90,166

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

— 1897 —

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

DEUX ÉDITIONS PAR SEMAINE

Le Jeudi ✻ **Le Dimanche**

L. LEREBOULLET

CH. ACHARD. — A. BROCA

DIRECTEURS



NOUVELLE SÉRIE. — TOME II. — 1897

PARIS

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

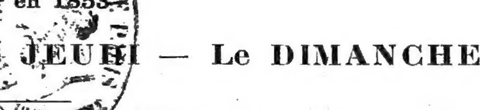
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE



DIRECTEURS : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — La pyloroplastie (p. 1).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Kératose pilaire et ses rapports avec l'ichthyose. — Arthropathie tabétique. — Applications de la nouvelle photographie par le procédé de Röntgen à la chirurgie et à la médecine. — Maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse. — Séro-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde. — Points hystérogènes et points hystérogènes frénateurs (p. 6).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Paralysie spinale. — Intoxication chronique par le sulfonal (p. 6). — Maladie de Thomsen. — Tabès dorsal sans arthropathies. — *Médecine :* Névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. — Pathogénie des myocardites. — Pourriture d'hôpital. — Ricine et antiricine. — Accidents post-sérothérapiques (p. 7).

REVUE DES CONGRÈS. — 68e *Réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne :* Hypertrophie prostatique. — Traitement du goître exophthalmique par l'ingestion de thymus (p. 8). — Diabète insipide dû à une lésion du 4e ventricule (p. 9).

MÉDECINE PRATIQUE. — Hélénine (p. 9). — Traitement de la diarrhée infantile par la diète hydrique (p. 10).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Le jubilé Th. Roussel (p. 10). — Cérémonie de la translation du corps de Pasteur dans la crypte de l'Institut Pasteur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La pyloroplastie,

Par le Dr A. CAUJOLE.

L'opération de Heinecke et Mikulicz ou pyloroplastie consiste essentiellement :

1° A inciser dans le sens de la longueur les parois antérieures de l'estomac, du pylore, et des premières portions du duodénum;

2° A donner ensuite à la plaie, par une traction exercée sur le milieu de chacune de ses lèvres, une direction perpendiculaire à sa direction primitive ;

3° A suturer enfin, dans cette position nouvelle.

On peut, avec Robson, introduire dans la lumière du nouveau canal une bobine en os décalcifié.

Cette intervention si simple permet de rendre à l'anneau pylorique son diamètre normal. Voyons ses indications et son manuel opératoire.

I

Les rétrécissements du pylore ont pour effet habituel d'amener la mort des malades par inanition, et comme la médecine est impuissante contre eux, il est naturel que l'on ait eu recours à des opérations chirurgicales.

La pylorectomie et les diverses gastro-entéro-anastomoses, avec ou sans bouton de Murphy, sont appliquées maintenant au traitement des sténoses de toute nature, et la divulsion digitale de Loreta à celui des sténoses cicatricielles. Mais cette dernière intervention est très dangereuse, car elle expose à des déchirures étendues de la muqueuse. Elle ne donne, en outre, que des résultats incertains. De l'avis de tous les auteurs, la pyloroplastie est un mode opératoire préférable, en certains cas bien déterminés.

Elle ne saurait être efficace, on le conçoit *a priori*, contre les rétrécissements cancéreux ; sans doute, Köhler a cru devoir l'employer à titre d'intervention palliative dans un cas de carcinome ; mais cet exemple n'est pas à suivre ; la masse et la consistance même du néoplasme peuvent constituer un obstacle sérieux, et d'ailleurs on s'attaque seulement au symptôme sans combattre la cause efficiente. Nous en dirons autant des rétrécissements syphilitiques et tuberculeux, véritables curiosités pathologiques. Durante aurait cependant traité et guéri par un procédé plastique spécial une prétendue sténose bacillaire. De même, les sténoses par corps étranger, par compression, par dislocation stomacale, échappent, évidemment, à la pyloroplastie.

En présence d'un rétrécissement par hypertrophie simple des parois duodénales et pyloriques, on peut avec Novaro, Lauenstein et Bardeleben faire l'opération de Heinecke ; nombre de guérisons se sont produites en ce cas.

A. Poncet, Carle et Miller ont opéré plusieurs fois, avec plein succès, des rétrécissements spasmodiques. Doyen va même jusqu'à préconiser le Heinecke-Mikulicz dans le cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

Mais les sténoses qui sont, par excellence, justiciables de la pyloroplastie sont, avant tout, les sténoses cicatricielles ; cicatrices d'ancien ulcus, d'ulcérations consécutives à l'absorption de liquides corrosifs ou caustiques, de déchirures pariétales suite de traumatisme, ainsi que nous en avons réuni deux observations.

La présence d'un ulcus en activité ne doit pas être une contre-indication absolue ; nombre de chirurgiens allemands et anglais, n'ont-ils pas, en effet, traité simultanément la sténose par la pyloroplastie et l'ulcère par l'excision de la cautérisation?

Il serait imprudent toutefois de pratiquer le Heinecke-Mikulicz dans tous les cas de sténose simple, sans exception.

1° En effet, quand les lésions cicatricielles au niveau du pylore sont trop anciennes, trop étendues, trop volumineuses, quand le tissu fibreux s'y trouve trop abondant, la pyloroplastie demeure sans résultat ; les observations de Lauenstein et de Rohmer sont là pour nous l'apprendre.

2° S'il existe, d'autre part, indépendamment des cicatrices pyloriques, des lésions de nature suspecte ou simplement indéterminée, en un point quelconque des muqueuses stomacale ou duodénale, il faut recourir à une autre intervention.

3° Quand, après laparotomie, le moindre doute peut s'élever sur la nature de la sténose, il faut agir de même.

4° Enfin, si l'on trouve un pylore immobilisé par des adhérences solides et étendues, il est indiqué de ne pas faire la pyloroplastie; pour attirer, en effet, hors de la cavité péritonéale les portions malades, il faudrait sectionner ces adhérences, ce qui n'est pas toujours facile, et ce qui expose, en outre, à des hémorrhagies secondaires mortelles. Il est vrai que Köhler et Slajmez ont pu, dans deux cas, opérer avec succès, après section et ligature soignée des brides péritonéales; mais il ne faut pas, croyons-nous, jusqu'à nouvel informé, suivre leur exemple.

On a des chances de ne pas avoir affaire à des adhérences considérables, si l'on intervient assez tôt. Mais c'est une question difficile que de savoir préciser le moment de l'opération. En principe, quand le diagnostic de sténose cicatricielle s'impose, quand il est même simplement probable, il faut agir sans retard. Attendre, c'est courir le risque de laisser le malade tomber dans une cachexie qui diminue les chances du succès, si elle ne devient pas une véritable contre-indication. « Toutefois, dit Bouveret, l'opération ne doit pas être trop précoce quand le rétrécissement est dû à la cicatrice d'une ulcération de gastrite toxique; il y a des inconvénients à pratiquer des incisions et des sutures dans des tissus encore ramollis par une inflammation récente. Il est préférable d'attendre six semaines à deux mois à compter du début des accidents. »

Quand les lésions sont le fait d'une action corrosive ou caustique, ou d'un traumatisme, il faut, pour les mêmes raisons, attendre jusqu'au vingtième ou trentième jour.

En résumé, la pyloroplastie doit être faite dans les cas de sténose hypertrophique, spasmodique, cicatricielle et traumatique, quand les tissus morbides ne sont point trop volumineux, et lorsque le pylore n'est pas immobilisé par des adhérences péritonéales considérables.

Il faut opérer de bonne heure.

II

Nous avons vu quel est le principe de la pyloroplastie: incision longitudinale suturée dans un sens transversal, avec ou sans bobine osseuse.

Divers procédés de laparotomie et de gastrotomie ont été indiqués pour réaliser ces données opératoires. On peut, avec Mikulicz, inciser sur une longueur de 10 centimètres, parallèlement au rebord des arcs costaux droits, 5 centimètres au-dessous d'eux pour tomber directement sur le corps du délit.

Van der Hœven fait une incision angulaire de 14 centimètres, 5 centimètres sur la ligne blanche, 9 centimètres le long du rebord costal.

Mais on voit à l'amphithéâtre que ces incisions ne facilitent guère la recherche du pylore et la clinique a démontré qu'elles amènent l'éventration (Rydygier).

Il vaut mieux recourir avec Heinecke, Novaro, Pearce Gould, Colzi, Doyen, Poncet à la laparotomie médiane: l'exploration est aussi aisément praticable qu'avec l'incision oblique.

Quant à la plaie opératoire intéressant l'estomac et le pylore, elle est le plus souvent linéaire; cependant Heinecke a fait une incision cruciale; Limont et Page ont pratiqué une véritable boutonnière losangique pour exciser le tissu cicatriciel.

L'incision doit mesurer environ 8 à 9 centimètres; elle se fait en deux temps, dont le premier constitue la gastrotomie exploratrice, et le second l'incision opératoire proprement dite. En principe, cette dernière doit intéresser les portions malades dans toute leur étendue, et à chaque extrémité, les portions saines sur une longueur de 1 centimètre.

C'est en nous conformant à ces données que nous avons fait nos recherches cadavériques et expérimentales, suivant le manuel exposé ci-après.

L'opérateur se place à la droite du malade.

Laparotomie médiane; incision de 8 à 9 centimètres à partir de l'appendice xiphoïde.

Le péritoine ouvert, on voit dans la partie supérieure de la plaie la face antérieure de l'estomac, reconnaissable à son aspect grisâtre. Le doigt, introduit dans l'abdomen, peut, en explorant vers la droite cette portion de la paroi stomacale, arriver sur le pylore malade, dont le volume et l'induration facilitent d'ailleurs la recherche.

La région pylorique de l'estomac, le pylore et les premières portions du duodénum, mobilisés de la main droite et libérés de leurs attaches péritonéales sont attirés au dehors et entourés de compresses chaudes aseptiques.

On peut alors confier l'estomac et le duodénum aux mains d'un aide qui les pince fortement entre ses doigts de manière à éviter l'irruption des liquides gastriques dans le champ opératoire ou le reflux de la bile par le duodénum (Ramakers). Ce but est mieux atteint, croyons-nous, si l'on place deux ligatures, l'une sur l'estomac à 6 centimètres de l'anneau pylorique, l'autre sur le duodénum à 4 centimètres de cet anneau.

L'estomac est incisé au bistouri, au ciseau ou au thermocautère (Doyen), sur une longueur de 4 centimètres, à gauche de la tumeur, suivant une direction longitudinale, à égale distance de la grande et de la petite courbure. Un doigt introduit dans la plaie explore les lésions et cherche à se rendre compte du degré de la sténose. On fait ensuite glisser dans le conduit pylorique, par l'ouverture déjà pratiquée, une sonde cannelée, et sur cette sonde on incise la paroi antérieure du pylore, en prolongeant vers la droite l'incision stomacale déjà décrite et en se maintenant toujours à égale distance de la grande et de la petite courbure. On arrive sur le duodénum et on a une plaie horizontale de 8 à 10 centimètres.

On saisit alors à l'aide d'un crochet chacune des lèvres de la plaie en leur milieu, et l'on tire simultanément sur ces deux crochets. Sur un pylore peu volumineux on fait plus simplement avec les doigts. L'incision prend, de la sorte, une direction perpendiculaire à la direction primitive, et les deux points extrêmes de la plaie ainsi orientée, sont les points médians de la plaie première. L'angle stomacal se trouve accolé à l'angle duodénal et, par là, la paroi antérieure de l'estomac est en contact intime avec celle du duodénum.

On suture au catgut fin (procédé Lembert) avec une aiguille ronde. Il est avantageux de fixer sur la ligne des sutures les lambeaux péritonéaux et épiploïques résultant de la section des adhérences.

On lève les ligatures placées sur l'estomac et le duodénum.

Suture au catgut du péritoine pariétal. Suture de la paroi abdominale au fil d'argent.

Si l'on juge trop considérable la longueur totale de l'incision, on peut suturer la portion gastrique dans sa

direction primitive, de manière à donner à la ligne des sutures la forme d'un ⊢.

Modification de Robson. — L'incision pylorique amenée dans sa direction définitive, on introduit dans le canal une bobine en os décalcifié ; on suture ensuite sur cette bobine : 1° les parois de la muqueuse; 2° celles de la séreuse. Ce dernier temps de l'intervention est singulièrement facilité.

Soins préopératoires. — Ils n'ont rien d'absolument particulier : ce sont ceux auxquels on a recours dans toutes les interventions sur les portions sous-diaphragmatiques du tube digestif. Lavages antiseptiques fréquents et répétés de l'estomac et de l'intestin à l'eau tiède (Billroth) ; avec solution salicylée (Rydygier et Pearce Gould), mais on risque d'avoir des accidents d'intoxication salicylique ; à l'eau boriquée (Jaboulay) ; avec solution alcaline, bicarbonate de soude (Novaro).

La plupart des auteurs procèdent à ces lavages plusieurs jours à l'avance, et les continuent jusqu'au moment de l'intervention. Ils donnent un lavement laudanisé.

Mais ces manœuvres sont dangereuses chez les malades trop affaiblis, comme c'est le plus fréquemment le cas ; elles peuvent déterminer des hémorrhagies graves. Aussi doit-on se contenter, semble-t-il, d'un sérieux lavage préopératoire. Si l'adynamie du patient le commande, on peut également lui administrer des excitants, le matin même de l'intervention (lavements ou injections hypodermiques).

La technique opératoire de la laparotomie ne présente rien qui ne soit connu.

Accidents immédiats. — La pyloroplastie, malgré son extrême simplicité, présente, en raison de son manuel opératoire et de la région qu'elle intéresse, des difficultés sérieuses, qui peuvent être, elles-mêmes, le point de départ d'accidents nombreux.

Comme dans toute laparotomie, on est exposé, chez des sujets affaiblis par une inanition prolongée, à voir le malade succomber dès l'ouverture de l'abdomen, par syncope réflexe consécutive au traumatisme péritonéal. Jamais, il est vrai, pareil accident ne s'est produit au cours d'une opération de Heinecke et Mikulicz.

La section des adhérences est un second écueil, les brides péritonéales anciennes, résistantes, épaissies, sont toujours fort vascularisées ; des hémorrhagies peuvent se produire, qu'il n'est pas commode d'arrêter ; — comment, en effet, placer sûrement, dans un champ opératoire aussi restreint, des fils à ligature ou des pinces avant la section ? — et, celle-ci pratiquée, comment assurer parfaitement l'hémostase ? Il est difficile de retrouver ces moignons péritonéaux qui se rétractent souvent une fois coupés ; et l'on s'expose, d'ailleurs, à pincer ou à lier des coins de paroi stomacale ou intestinale, dont le tissu trop ramolli ou trop friable peut se rompre immédiatement ou se nécroser plus tard.

Enfin la mobilisation du pylore, quand elle nécessite des manœuvres trop énergiques, peut amener des ruptures pariétales de cet organe, de l'estomac ou du duodénum au niveau d'un ulcus en activité (Doyen); et l'hémorrhagie n'en devient que plus redoutable, sans préjudice d'ailleurs de l'irruption dans le péritoine des liquides septiques du tube digestif.

Ce dernier accident est à craindre, surtout lors de la gastrotomie, il faut redouter également le reflux de la bile, que Ramakers a vu se produire une fois.

D'autre part, à l'incision des parois stomacales et pyloriques, il n'est pas rare d'avoir des hémorrhagies aussi abondantes et aussi graves qu'à la section des adhérences ; on opère en effet, au voisinage du tronc cœliaque, dont les branches anastomosées entre elles forment un riche réseau artériel, et non loin de la veine-porte qui reçoit, en arrière et au-dessus du pylore, la veine coronaire stomachique et la gastro-épiploïque gauche résumant la circulation veineuse de la face antérieure de l'estomac. Ces nombreux vaisseaux sont, dans la majorité des cas, ectasiés et gonflés de sang : or la ligature et la forcipressure sont extrêmement difficiles, pour les raisons que nous avons indiquées plus haut. Il est donc quelquefois long et pénible d'assurer l'hémostase.

Quand enfin l'on arrive aux sutures, il se peut que les tissus ramollis, indurés ou friables se déchirent sous les fils. L'accolement des lèvres de la plaie devient alors une source nouvelle de difficultés.

Si l'intervention se prolonge trop longtemps, du fait de ces complications opératoires, le patient peut succomber, entre les mains du chirurgien, au choc, à l'hémorrhagie, et, dans certains cas, à l'intoxication par l'agent anesthésique employé.

Ajoutons que l'on n'a pas eu, jusqu'ici, le malheur d'enregistrer un tel accident.

Accidents éloignés. — Le *choc* post-opératoire est parfois mortel ; les laparotomisés succombent en quelques heures dans le collapsus.

D'autres, affaiblis par l'inanition, se laissent mourir peu à peu, sans que l'on puisse, même après autopsie, incriminer autre chose que leur adynamie même, trop profonde au moment de l'intervention pour être curable par elle.

Il n'est pas rare, d'un autre côté, de voir la laparotomie réveiller, en moins de 24 heures, les affections anciennes, et leur donner, d'emblée, leurs formes les plus graves ; citons le paludisme (Ramakers), la tuberculose (Heinecke) et, suivant Doyen, certaines encéphalopathies. Enfin des syncopes mortelles peuvent survenir chez les arthritiques dont le cœur est atteint (myocardite, Kernig, 1 cas).

Les complications locales ne sont pas moins à craindre ; nous les connaissons toutes : c'est d'abord l'éventration, qui peut se produire, d'après Rydygier, dans les cas où l'on a recours à l'incision oblique.

Vient ensuite l'hémorrhagie interne secondaire dont nous avons précédemment étudié les causes ; section d'adhérences trop anciennes, difficultés et dangers de la forcipressure et de la ligature.

Mais ce qui menace avant tout le malade, c'est la péritonite. Elle peut résulter de l'insuffisance des précautions opératoires, on l'a déjà vu. Elle est due quelquefois à l'état des parties amenées au contact (ramollissement ou induration). Les tissus se déchirent sous l'influence des mouvements vermiformes de l'intestin, des contractions musculaires de la paroi stomacale (vomissements) ou des changements de position du malade dans son lit.

Dans les cas de rétrécissement ulcéreux, encore accompagnés d'hyperchlorhydrie, c'est le suc gastrique qui attaque la plaie et compromet la solidité des sutures. Sous l'influence d'une médication intempestive par le bicarbonate de soude, l'acide carbonique dégagé dans l'estomac, distend les viscères intéressés et fait bâiller les lèvres de l'incision. Le bénéfice de l'intervention est alors perdu, une péritonite se déclare et le malade est condamné.

III

Il est possible, toutefois, de parer dans une certaine mesure à ces éventualités.

Un malade encore vigoureux échappera très certainement au réflexe syncopal du début, aux chocs opératoire et post-opératoire et ne courra pas le risque de succomber à l'inanition prolongée. Il faut donc intervenir de bonne heure; mais le chirurgien est rarement seul juge en l'espèce : les malades subissent, dans le plus grand nombre des cas, durant une longue période, un traitement exclusivement interne; et le médecin ne se décide que fort tard, quand le patient ne l'exige pas lui-même, à demander la laparotomie.

L'abdomen doit être ouvert dans la ligne blanche et non suivant le rebord costal pour éviter l'éventration ultérieure.

On n'aura point de ruptures pariétales de l'estomac et du pylore, si l'on mobilise ces organes, lentement, patiemment, sans secousses, par tractions modérées et graduelles.

On évitera les hémorrhagies immédiates ou secondaires, si l'on ne s'attache pas à couper systématiquement toutes les adhérences; si l'on s'en tient à la section de celles qui doivent absolument disparaître pour que l'opération devienne possible, et si l'on procède à cette section toujours entre deux ligatures, autant que faire se pourra; rejeter l'emploi des pinces.

En somme, chercher à libérer le pylore surtout avec les doigts, et ne jamais couper une bride sans être certain qu'elle ne donnera pas, dût-on opérer mal à son aise.

Avant d'inciser les viscères, placer, en guise de ligatures, deux larges bandes en caoutchouc, bien aseptiques, sur l'estomac et le duodénum, c'est une sorte d'Esmarch d'un excellent effet. Isoler soigneusement le champ opératoire de la cavité péritonéale au moyen de compresses chaudes imbibées d'une solution boriquée. On est assuré, par cette double précaution, contre les liquides gastriques et biliaires, en même temps qu'on pare à l'hémorrhagie opératoire.

Pour la diminuer encore, inciser au thermo, comme le veut Doyen, ou, plus commodément, au bistouri, mais avec lenteur, à petits coups, liant au fur et à mesure les vaisseaux qui saignent.

Quant aux sutures, pour être à même de les placer en tissu sain, il ne faut pas craindre, ainsi que nous l'avons vu, les grandes incisions. Rejeter l'usage de la soie, qui déchire, et employer le catgut. Utiliser la bobine de Robson qui permet de suturer plus aisément, et rabattre sur la plaie, comme nous l'avons indiqué déjà, les lambeaux épiploïques et péritonéaux.

On n'aura pas d'accident mortel, durant une opération prolongée, même chez un malade affaibli et anémié, si l'on a recours, comme anesthésique, non pas au chloroforme, mais à l'éther. L'emploi de l'éther met à l'abri, d'ailleurs, des vomissements, toujours dangereux après l'intervention, et, par là, diminue d'autant les chances de péritonite.

Un pansement légèrement compressif maintiendra les viscères en place : on imposera au malade l'immobilité absolue pendant quelques jours : l'opium, le chloral et la morphine empêcheront, de leur côté, dans une certaine mesure, les mouvements physiologiques de l'intestin.

Enfin, dans les cas d'hyperchlorhydrie, l'on se gardera de faire prendre au malade du bicarbonate de soude, et l'on préférera la magnésie qui ne donne lieu à aucun dégagement gazeux. En ce cas, surtout, la bobine de Robson sera d'un concours efficace, puisqu'elle préserve la ligne des sutures durant 48 heures au moins, au dire de l'auteur.

Régime post-opératoire. — Nous n'insisterons guère sur ce régime que l'on trouve minutieusement étudié dans les traités de chirurgie spéciale. Les premiers aliments pris par la bouche doivent être, naturellement, des liquides : lait, bouillon, boissons alcooliques ou excitantes, M. Jaboulay donne, en outre, pendant les 3 premiers jours des lavements fortement peptonisés. Au bout d'une semaine on peut permettre les potages, les soupes très légères, et, 15 jours après l'intervention seulement, les aliments solides, œufs et viandes. Au bout de 3 à 4 semaines le malade peut commencer à ne plus surveiller d'aussi près son régime.

Mortalité, ses causes. — Nous avons étudié les accidents parfois mortels qui peuvent emporter le malade en quelques heures ou quelques jours. Ces graves complications ont fait des victimes; mais si, durant les premières années les chirurgiens éprouvèrent, de ce chef, des revers inattendus, il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle, la mortalité opératoire s'est abaissée jusqu'à zéro. Sur les 15 morts immédiates que nous relevons dans notre statistique, 9 se sont produites antérieurement à 1893, à une époque où la pyloroplastie était moins connue et moins pratiquée qu'à présent.

De ces décès, 3 doivent être rapportés au choc, 1 à l'hémorrhagie interne, 1 à la péritonite, 3 au réveil d'affections anciennes, 2 à l'adynamie prolongée, 5 à des causes inconnues. Le dernier accident opératoire mortel remonte à 1893. C'est que maintenant les chirurgiens interviennent plus tôt, connaissant mieux les indications, le manuel, les dangers aussi, et la guérison est maintenant devenue la règle.

GUÉRISONS OPÉRATOIRES. — Il est légitime, *a priori*, d'attendre la réunion par première intention de la plaie stomaco-pylorique, dont les lèvres sont constituées par des tissus indemnes de toute lésion. Les autopsies pratiquées jusqu'à ce jour démontrent le bien fondé de cette espérance. Jamais on n'a vu de formations cicatricielles exubérantes se produire au niveau de l'incision; le pylore élargi par une intervention bien conduite reste donc perméable.

Dans la grande majorité des cas, les vomissements disparaissent dès le premier jour. S'ils persistent, ils sont le fait de l'intoxication anesthésique. Quoiqu'il en soit, on observe dès la troisième journée au plus tard, un mieux manifeste; les phénomènes morbides rétrocèdent, et une semaine ne s'est pas écoulée que le malade recouvre son appétit; il digère sans difficulté les ingesta. La constipation disparaît, les selles et la miction deviennent plus fréquentes, plus abondantes, plus régulières.

En même temps, l'estomac tend à revenir à ses dimensions normales et, dès le premier septenaire, on peut suivre sa marche ascendante de l'ombilic vers le rebord costal.

Si des troubles sécrétoires existaient avant l'opération, leur disparition est certaine, et l'on a pu voir en quelques cas le bistouri triompher, de la sorte, d'une maladie de Reichmann.

Enfin, dès que le malade est à même d'ingérer des substances solides, il augmente rapidement de poids.

En moins de quelques semaines il recouvre donc la vie et la santé, il reprend ses forces, et, son état moral s'améliorant avec son état physique, il ne tarde pas à redevenir lui-même. La plupart des opérés ont repris

leurs occupations habituelles deux mois au plus après la laparotomie. Que l'on parcoure, pour s'en convaincre, les nombreuses observations de Heinecke, Novaro, Colzi, Pearce Gould, Senn, Czerny, Morrisson, Miller, Robson, etc., etc.

Les résultats immédiats sont donc aussi satisfaisants que possible, et l'on est heureux de constater que de jour en jour ils deviennent meilleurs.

Résultats éloignés. — Le *retour des accidents*, après pyloroplastie, est chose assez rare pour constituer une véritable curiosité. Nous en relevons six cas :

1° Novaro, en 1889, observe une récidive carcinomateuse, 4 mois après l'intervention;

2° Lauenstein (1891) voit un malade reprendre au bout de 15 jours ses douleurs et ses vomissements;

3° Lœbker, à la même époque, enregistre un fait tout semblable;

4° Doyen est obligé de recourir en 1892 à la gastro-entérostomie, après un Heinecke-Mikulicz;

5° Rohmer se voit contraint, dans les mêmes circonstances, de suivre cet exemple (1892);

6° M. Poncet, enfin, note des phénomènes très curieux de récidive temporaire chez son opérée de mars 1894.

Comment expliquer ces faits? Dans le premier cas, il s'agissait d'une sténose cicatricielle consécutive à un ulcère chez un homme de 35 ans; et l'on sait avec quelle facilité se greffe le cancer sur un vieil ulcus.

Dans le second cas, il y avait, en même temps qu'une sténose pylorique, une énorme ulcération de la muqueuse, au niveau de la petite courbure, restée inaperçue à la gastrotomie.

Quant à l'insuccès de Rohmer, il faut peut-être incriminer une cause analogue; le malade était porteur d'un rétrécissement fibreux suite d'ulcère; sous l'influence des manœuvres destinées à mobiliser le pylore, ce tissu friable se sera déchiré, et un ulcère nouveau se sera ouvert sur l'ancien. Cette lésion probable aurait intéressé les parois antérieure et postérieure de l'anneau, puisque, à la gastro-entérostomie, on trouva le pylore induré et rétréci. Les mêmes considérations peuvent fort bien rendre compte des récidives de Doyen et de Lœbker.

Dans le cas de A. Poncet, il s'agissait d'une sténose spasmodique. Les accidents reparurent à l'occasion d'un voyage en chemin de fer effectué par la malade quelque temps après l'intervention. Ils ont affecté plusieurs mois un caractère intermittent, et, depuis les derniers jours de juin 1895, ils ne se sont plus reproduits. Nous croyons qu'en l'espèce, s'il y a eu spasme nouveau, ce n'est assurément pas au niveau du pylore. L'élargissement vraiment très considérable obtenu par la méthode plastique met à l'abri d'une obstruction pylorique suffisante pour déterminer la réapparition du syndrome sténose. Il faut incriminer la persistance de troubles sécrétoires en rapport avec des altérations purement dynamiques des éléments glandulaires chez une névropathe (1).

Il est, en somme, deux cas dans lesquels le retour des accidents n'est pas imputable à l'intervention (Novaro et Poncet). Quant aux autres récidives, elles paraissent avoir résulté : une fois d'explorations préopératoires insuffisantes, trois fois de manœuvres de mobilisation viscérale trop énergiques (Rohmer, Doyen et Lœbker) et dont nous avons indiqué déjà les sérieux inconvénients.

S'il n'y a pas lieu de prévoir, après une opération bien conduite, des phénomènes de récidive, on peut affirmer que, dans les mêmes conditions, il n'y a jamais à craindre de *mort éloignée*.

Nous n'en trouvons, en effet, que deux observations : la première est de Heinecke (1888). L'opéré présentait une sténose intéressant, sur une grande longueur, le pylore et le duodénum; il mourut deux mois après l'intervention.

Dans la seconde (Bardeleben, 1888), on voit un homme de 35 ans, atteint d'un rétrécissement consécutif à l'ingestion d'acide chlorhydrique succomber au bout de 5 mois.

Or, ces deux malades sont morts tuberculeux, mais guéris, sans jamais avoir présenté depuis leur laparotomie de phénomènes gastriques. Tout au plus pourrait-on reprocher à l'intervention d'avoir hâté la marche de l'infection bacillaire. Quoiqu'il en soit, ces deux décès ne sauraient être rapportés au Heinecke-Mikulicz.

La pyloroplastie est, en effet, une opération curative : si les récidives sont très rares, si les morts éloignées le sont plus encore, la liste des guérisons complètes et durables est longue et démonstrative.

Il est toujours délicat de donner un tableau des *guérisons définitives*, après une intervention chirurgicale sur l'estomac et l'intestin. Généralement, les malades quittent l'hôpital de bonne heure et ne peuvent être suivis; ou, quand ils le sont, c'est, le plus souvent, sur une dalle d'amphithéâtre.

Treize malades ont été revus ou suivis par les chirurgiens, de 10 mois à 4 années après l'opération. Leur guérison était complète et persistante.

De tels chiffres ont leur éloquence, et nous ne croyons pas utile d'insister autrement. On ne trouve, en effet, dans aucune des statistiques touchant les interventions chirurgicales contre les rétrécissements bénins du pylore, une série aussi concluante de guérisons éloignées.

Statistique générale. — Nous avons pu réunir 90 cas de pyloroplastie visant 50 hommes d'un âge moyen de 30 ans, et 40 femmes d'un âge moyen de 26 ans, et nous relevons :

15 morts immédiates dont une seule imputable à l'opération (péritonite);
2 morts éloignées qu'on ne peut rapporter à la pyloroplastie;
5 récidives;
1 récidive temporaire;
68 guérisons, qui se répartissent en 55 cas non suivis et 13 cas suivis ou observés pendant une année au moins.

Ces guérisons se sont produites :
56 fois dans le cas de sténose cicatricielle;
4 — — spasmodique;
2 — — traumatique;
6 — — fibreuse.

En somme, l'opération de Heinecke et Mikulicz a donné, jusqu'à ce jour, 77 p. 100 de succès.

1. L'observation de Poncet est publiée *in extenso* dans la thèse de M. Caujole (Lyon, 1895-96, n° 1134). On y trouvera aussi une expérience de M. Caujole sur le chien.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses d'octobre et novembre 1896.

M. Cels (R). *Contribution à l'étude de la kératose pilaire et de ses rapports avec l'ichthyose.* N° 45. (H. Jouve.)

M. Djelalian (Krikor). *Contribution à l'étude d'arthropathie tabétique.* N° 47. (Ollier-Henry.)

M. Laurent (Louis). *Contribution à l'étude des applications de la nouvelle photographie par le procédé de Röntgen à la chirurgie et à la médecine.* N° 58. (Ollier-Henry.)

M. Martel (M.-A). *Etude des influences exercées sur le développement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse.* N° 59. (H. Jouve.)

M. Dumas (Pierre). *Séro-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde.* N° 60. (A. Jouvet.)

M. Pescheux (Henri-Maxime). *Des points hystérogènes et en particulier des points hystérogènes frénateurs.* N° 61. (Soc. d'éd. scient.)

La kératose et l'ichthyose sont pour M. Cels deux affections distinctes. Elles peuvent se trouver réunies sur un même sujet, mais la kératose est beaucoup plus fréquente que l'ichtyose; elle a une évolution, l'ichthyose ne semble pas en avoir ; elle a des localisations bien spéciales au tronc, aux membres, à la face, au cuir chevelu, qui n'existent pas dans l'ichthyose, elle est inflammatoire, l'ichthyose ne l'est pas en général. Ces deux affections, quoique distinctes, ont peut-être quelques points de parenté. L'évolution de la kératose semble être retardée par la concomitance de l'ichthyose.

M. Djelalian, en rapportant quatre observations inédites de Déjerine, montre que l'arthropathie apparaît fréquemment dans la période préataxique, mais elle n'est pas rare aussi dans la période ataxique. Elle présente une relation intime de clinique et d'anatomie pathologique avec des troubles de sensibilité du membre atteint d'arthropathie. Elle a pour substratum anatomique une altération dans le neurone sensitif périphérique. Elle serait d'origine réflexe comme les amyotrophies réflexes décrites par Raymond.

M. Laurent rapporte deux observations de corps étrangers montrés par les rayons X. Il réunit à ce propos les diverses observations déjà publiées et montre l'utilité de la nouvelle méthode pour découvrir la présence et la position de corps étrangers dans les tissus, de balles de revolver, d'aiguilles; on peut également déceler les lésions osseuses établies dans une ankylose, la part de l'os et des ligaments dans une ostéite; il avoue cependant en terminant, ainsi que l'a dit si bien le professeur Lannelongue à l'Académie des sciences, que la méthode ne pourra être appliquée à la médecine d'une façon aussi générale qu'au premier abord on l'avait pensé.

M. Martel nous montre que dans les premiers mois de la vie, on peut observer des modifications et des troubles de la nutrition chez les enfants nés de femmes malades. Ils se traduisent par de la lenteur dans la croissance, par une diminution de résistance vis-à-vis des germes morbides. On peut expliquer ces accidents par l'influence des toxines, qui de la mère passent au fœtus et l'infectent.

Après avoir résumé les documents parus depuis quelques mois sur ce sujet, M. Dumas conclut nettement qu'il existe désormais pour la fièvre typhoïde un nouveau procédé de diagnostic : le *séro-diagnostic de Widal*, confirmé déjà en France et à l'étranger. La *réaction du Widal positive*, obtenue avec le sang d'un malade n'ayant jamais eu la dothiénentérie, doit être considérée comme un signe de certitude de la fièvre typhoïde.

Le moment d'apparition de la réaction est compris en général entre le 7e et le 9e jour de la maladie (on l'a observée pourtant aux 3e, 4e, 5, 6e jour de début). Sa disparition est beaucoup plus irrégulière, elle varie de trois semaines après la défervescence, à 7 et même 10 ans (date extrême à laquelle on l'ait jusqu'à présent constatée) ; cette *réaction*, envisagée à un point de vue plus général doit être considérée non comme une *réaction d'immunité* (« Immunitätsreaction » des Allemands), mais comme une *réaction d'infection* (Widal).

Les points hystérogènes sont à la fois spasmogènes et frénateurs ; avec M. Closier de Beauvais, M. Pescheux appelle ces derniers points hystéroclasiques. Parmi ces points hystéroclasiques, la région ovarienne est une des plus puissantes, mais la zone cardiaque, située au-dessous du sein gauche, paraît avoir un pouvoir plus grand encore et surtout plus constant, car elle agit dans des cas où la pression ovarienne est inefficace. La zone cardiaque n'agit pas seulement sur les phénomènes convulsifs, mais, d'une façon générale, sur tous les paroxysmes hystériques.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie spinale d'origine familiale (Ueber familiäre spastische Spinalparalyse), par Schhaus (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, volume 9, livraison 3-4, p. 291). — Il s'agit de trois enfants, frères et sœurs, âgés respectivement de 21 ans, 13 et 8 ans. Chez tous, la maladie a débuté vers la 2e année de la naissance, a marché progressivement et a atteint son maximum vers l'âge de 6 ans. A partir de cette époque, l'évolution de la maladie a varié chez les 3 enfants. Chez la sœur âgée de 21 ans, la maladie est restée stationnaire jusqu'à ce jour malgré toutes les médications. Chez l'enfant âgé de 13 ans, les symptômes se sont atténués, et le massage et les bains ont exercés sur la maladie une amélioration sensible. Enfin, chez le dernier enfant, la maladie a empiré et l'effort thérapeutique a été nul. La symptomatologie de la maladie présente le même aspect chez les 3 enfants : paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes et l'absence de tout trouble de la vessie et du rectum. De plus, chez l'enfant âgé de 8 ans, il existe une atrophie manifeste de la jambe accompagnée d'une forte contracture du triceps, à propos de laquelle on a pratiqué la ténotomie. La cause de l'affection, dans les cas en question est absolument inconnue. On ne trouve en effet ni accouchement prématuré, ni dystonie, ni méningite dans les premiers temps de la vie.

D'autre part, les antécédents de la famille n'apportent aucun éclaircissement, il n'existe dans la famille qu'une disposition très manifeste pour la tuberculose. L'auteur n'admet pas qu'il s'agisse, chez ces malades, d'une forme de la maladie de Little. L'étiologie à cet égard est complètement muette. Ensuite il n'existe chez eux aucun trouble cérébral. Il n'y a pas notamment de changement de caractère, de troubles de l'intelligence, de strabisme. Enfin les bras sont complètement intacts.

Intoxication chronique par le sulfonal (Chronische Sulfonalvergiftung mit tödtichem Ausgang. Hämatoposphynurie), par Schulz (*Neurologisches Centralblatt*, 1er octobre 1896, n° 19, p. 856). — Il s'agit d'une malade de 59 ans qui souffre depuis longtemps de constipation. Elle présente en outre des phénomènes hystériformes. Ces troubles s'exagérant, elle est entrée dans un sanatorium, où on lui a administré, à cause de l'insomnie, du trional, trois fois seulement pendant 3 mois. Plus tard elle a pris du sulfonal à la dose de 1 gramme, et pendant 1 mois elle a pris 16 doses. A ce moment l'état de la malade était le suivant : douleurs violentes dans le ventre, vomissements, soif inextinguible, agitation nerveuse. Il y avait des troubles sensitifs qui affectaient la forme d'anesthésie en mouchette aux pieds. Elle a même eu de l'incontinence d'urine. On lui avait administré encore une fois 1gr5 de sulfonal. Mais, cette fois, il apparut un phénomène qui révéla une action toxique du sulfonal : c'est l'hématoporphurie, l'urine de la

malade étant tantôt d'un rouge brun, tantôt de la couleur du vin de Porto. Quelque temps avant sa mort subite, la malade a présenté de la paralysie des bras et des jambes, et les réflexes ont disparu. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

Maladie de Thomsen (Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit complicirt durch Neuritis multiplex), par Hoffmann (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. IX, liv. 3, 4, p. 273). — Homme âgé de 35 ans ; a remarqué, il y a déjà 8 ans, une certaine raideur des jambes, surtout au commencement de la marche. Au mois de juin 1894, il a éprouvé, un matin, de la faiblesse dans les deux mains, ce qui l'empêchait de ramasser un objet, il a eu en même temps des douleurs dans le coude et qui s'irridiaient jusqu'aux doigts. Etat actuel : le malade est d'intelligence médiocre, a une musculature très développée, surtout aux extrémités inférieures. Sa tête est longue. Pas de troubles sensoriels. La mimique de la face est normale ; peut-être l'ouverture des yeux après fermeture des paupières se fait plus lentement que chez l'individu sain. Si on lui dit de serrer les dents, les masséters proéminent d'une façon considérable et l'ouverture de la bouche ne se fait que quand la contraction tonique a diminué, si le malade répète plusieurs fois le même effort, il peut vaincre la contracture. La langue est relativement volumineuse, les mouvements sont normaux, et elle présente la réaction myotonique mécanique. La musculature de la cuisse et de la jambe est volumineuse, celle du tronc et de l'épaule l'est moins, tandis que celle de l'avant-bras est atrophiée. Les fléchisseurs de l'avant-bras droit et gauche sont parésiés. Les extenseurs ne présentent rien d'anormal. Les muscles de l'éminence thénar à droite sont très atrophiés et paralysés, ceux de de l'éminence gauche atrophiés et parésiés. A droite le premier interosseux et l'adducteur du pouce sont atrophiés. Pas de contractions fibrillaires. L'examen électrique a fait voir la réaction myotonique très pure dans la musculature du mollet. L'auteur s'est demandé si la paralysie atrophique des fléchisseurs de l'avant-bras et des muscles de la main est en rapport avec la myotomie. Si cette atrophie ne présente qu'une phase terminale de l'hypertrophie musculaire ou enfin, s'il ne s'agit pas d'une complication. A cause de la réaction de dégénérescence que l'auteur a trouvée dans les muscles atrophiés, il admet qu'il s'agit d'un cas de myotomie congénitale et de névrite multiple. L'examen d'un petit fragment de muscle du mollet gauche a montré les lésions qui ont été décrites par Erb, c'est-à-dire l'hypertrophie des fibres musculaires, multiplication des noyaux des fibres musculaires et du tissu interstitiel.

Des attitudes anormales, spontanées ou provoquées, dans le tabès dorsal sans arthropathies, par Frenkel et Favre (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1896, n° 4, p. 189). — Les auteurs se proposent de démontrer qu'on peut provoquer chez des tabétiques, sans effort et sans fatigue, des attitudes anormales qui sont difficiles ou même impossibles à réaliser chez l'individu normal. Les faits qu'ils ont constatés prouvent qu'il y a chez les ataxiques la possibilité d'une extension extrême des muscles et d'une laxité anormale des ligaments. Les attitudes anormales sont très variables et dépendent des articulations sur lesquels on agit. Il y a des tabétiques qui exécutent spontanément un grand écart des membres inférieurs en prenant pour point d'appui la région pelvienne. Cette attitude est due à une distension considérable des adducteurs, des muscles pelvitrochantérines et des ligaments de l'articulation coxofémorale. Cette attitude n'est obtenue par les gymnastes qu'au prix d'essais progressifs et ne peut être maintenue sans un effort qui devient rapidement douloureux. On peut provoquer des hyperextensions excessives des doigts et de la main, des lésions de la cuisse sur la bassin, la jambe étant en extension, et d'autres attitudes sans provoquer de fatigue ou de douleur. L'amplitude anormale de ces mouvements est aussi constante chez les hommes que chez les femmes et généralement plus considérable chez les sujets qui ont une incoordination très prononcée et dont la maladie dure depuis longtemps. Mais l'incoordination ne semble pas constituer une condition indispensable dans la production du mouvement anormal, car les auteurs l'ont retrouvée chez des sujets non atteints d'incoordation. Les mêmes auteurs ont tenté inutilement de reproduire ces attitudes chez des individus atteints de syringomyélie, d'atrophie myélopathique ou névritique. Il est donc très vraisemblable que la diminution de la sensibilité périphérique et profonde, ou mieux la diminution des excitations centripètes amoindrit l'intensité du tonus musculaire et réalise par là un relâchement extrême des appareils musculaires et ligamenteux.

MÉDECINE

Névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, par J. Déjerine (*Rev. de médecine*, nov. 1896, p. 882). — Observation nouvelle de l'affection décrite en 1893 par l'auteur avec J. Sottas. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, le début a eu lieu vers 7 ans par des troubles de la marche. Les symptômes consistent en une atrophie musculaire des quatre membres, avec pied bot équin varus, mains sinueuses et type Aran-Duchenne, lèvres saillantes et rire transversal, cypho-scoliose très accusée, en outre symptômes tabétiques (incoordination, signe de Ramberg, troubles sensitifs, signe d'Argyll Robertson), et hypertrophie appréciable de tous les nerfs des membres accessibles à la palpation.

L'auteur rapporte aussi plusieurs cas d'atrophie musculaire neurotique de Charcot-Marie, affection qui a été identifiée à la névrite hypertrophique de l'enfance par Marinesco. Il discute cette opinion et conclut d'après les symptômes et les lésions que la névrite hypertrophique est une maladie autonome.

Pathogénie des myocardites, par A. Weber et Blind (*Rev. de médecine*, septembre-octobre 1896, p. 705 et 799). — Ce travail est divisé en trois parties consacrées à l'historique, à l'anatomie pathologique et à la pathogénie des myocardites aiguës et chroniques. Les auteurs distinguent trois sortes de myocardites chroniques : 1° les scléroses *paravasculaires* ou dystrophiques ; 2° les scléroses *périvasculaires* ou inflammatoires ; 3° les scléroses du *cône cardiaque* ou par stase veineuse. Ils font la critique des opinions émises sur la pathogénie et citent une expérience personnelle de myocardite aiguë expérimentale produite par injection d'essence de térébenthine. Ils cherchent à établir que dans toute myocardite le fait primordial est un trouble nutritif de l'élément parenchymateux de la cellule musculaire. Le processus inflammatoire ne survient qu'en seconde ligne à la suite du processus régressif. Dans les myocardites aiguës la lésion nécrotique (cardionécrose) est due à l'action directe des microbes ou des poisons, dans les myocardites chroniques elle est due au trouble circulatoire, ischémie artérielle ou stase veineuse. Le second stade, de réaction (cardiogénèse), est caractérisé soit par l'inflammation proprement dite (cardite), soit par l'hypergénèse conjonctive sans inflammation vraie (scléroses cardiaques).

Note sur un cas de pourriture d'hôpital, par A. Coyon (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1896, p. 660). — Chez un malade du service de M. Ricard, atteint d'une ulcération de la jambe, avec pseudo-membranes caractéristiques de la pourriture d'hôpital, l'auteur a trouvé un bacille semblable à celui qu'a décrit M. Vincent dans cette même affection. Il a réussi une inoculation d'emblée au cobaye. La culture a été impossible. A noter la guérison du malade par les pansements à l'éther camphré et à la poudre de camphre.

Études sur la ricine et l'antiricine, par A. Stépanoff (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1896, p. 663). — Des expériences de l'auteur il résulte que la ricine s'élimine par le canal intestinal. Le mécanisme de la disparition de l'antiricine est encore inconnu.

Étude expérimentale des accidents post-sérothérapiques, par Béclère, Chambon et Ménard (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1896, p. 567). — Le sérum du cheval injecté à des génisses provoque des exanthèmes qu'on peut rapprocher de ceux qu'on observe chez l'homme après l'injection du sérum antidiphthérique du cheval. Le chauffage à 58° permet d'éviter ces accidents.

REVUE DES CONGRÈS

64e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE

SECTION DE CHIRURGIE

Traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.

M. Mac Ewen. — En 1889 Mac Gill, de Leeds, montrait les grands avantages de la prostatectomie sus-pubienne; mais la mortalité est encore assez élevée à la suite de cette opération (15 ou 20 p. 100). En 1893 White, de Philadelphie, a émis l'opinion que la castration aurait sur l'hypertrophie de la prostate le même effet que l'oophorectomie a sur les fibromes de l'utérus; en 1895 il prouva cette proposition par 111 observations. La prostate est un organe sexuel et ayant les plus étroites affinités avec les testicules. Hunter, Griffiths ont aussi soutenu que la castration entraîne l'atrophie de la prostate; chez l'eunuque la prostate a le même volume que chez l'enfant. White dans son travail est arrivé aux conclusions suivantes : 1) dans 82 p. 100 des cas la castration a été rapidement suivie d'une atrophie de la prostate; 2) dans 52 p. 100 des cas il y a eu disparition ou diminution de la cystite; les fonctions de contractilité de la vessie se sont rétablies; les symptômes les plus pénibles ont disparu. La mortalité a été de 18 p. 100, mais si on retranche les cas qu'il ne convenait pas d'opérer, la mortalité tombe à 7,1 p. 100. Les statistiques de White ne doivent être acceptées qu'avec des réserves, car les observations sur lesquelles elles s'appuient sont insuffisamment détaillées. Depuis la publication de White, on a fait 52 fois la castration pour hypertrophie de la prostate; on a eu 42 fois un succès plus ou moins complet; chez 4 malades il n'y a eu aucune amélioration, 6 malades sont morts. Dans 38 cas seulement les observations ont été publiées avec détail; sur ces 38 cas il y a eu 17 fois une diminution du volume de la prostate; 6 fois il n'y a eu aucune diminution; pour les autres cas, bien qu'on signale fréquemment une diminution des symptômes, on ne donne aucun détail sur ce qu'est devenu le volume de la prostate. La meilleure méthode pour opérer paraît consister à faire une incision de cent. 1/2 à travers la partie la plus inférieure du raphé scrotal; on peut enlever les 2 testicules par cette ouverture. Il vaut mieux lier séparément le cordon et les vaisseaux que de lier en masse. J'ai fait moi-même 3 fois la castration bilatérale et 2 fois la résection des 2 canaux déférents pour hypertrophie de la prostate. Dans les 3 cas de castration le résultat a été très bon : mais la prostate n'a que peu ou pas diminué.

L'atrophie prostatique consécutive à la castration est due sans doute à une diminution de l'hypérémie par contraction réflexe des vaisseaux. De plus les testicules fonctionnent aussi comme glandes vasculaires sanguines et versent dans le sang certains produits qui chez les jeunes sujets donnent les caractères de masculinité. Or ce produit continue a être sécrété après que la fonction de spermatogénèse a disparu. Il est probable que la disparition de cette substance influe aussi favorablement sur la prostate hypertrophiée. La disparition de la cystite est due en partie à la disparition des troubles vasculaires et en partie à la diminution de volume de la prostate. On ne peut pas encore porter un jugement sur les cas où on s'est contenté de la castration unilatérale. Les expériences sur les animaux montrent que la section des 2 canaux déférents amène une diminution de volume de la prostate. J'ai réuni 37 cas de résection des canaux déférents pour hypertrophie de la prostate; il y a eu 26 succès, 3 améliorations, 4 insuccès, 4 morts pour diverses causes qui n'avaient rien à faire avec l'opération. La diminution du volume prostatique est moins marquée qu'après la castration. Il n'y a jamais de troubles intellectuels à la suite de cette opération, qui est très simple et qu'on peut faire sans endormir les malades.

M. Harrison. — J'ai fait 12 fois la résection d'un canal déférent et 10 fois celles des deux canaux. Sur les 12 premières opérations j'ai eu 7 guérisons permanentes; les 5 autres cas ont donné des insuccès ou n'ont pu être suivis ultérieurement. Pour la résection double, je crois qu'il est mieux de laisser entre la résection de chaque côté un intervalle d'un mois. Si une résection n'est pas suffisante on pratique alors la 2e; il arrive en effet qu'après une période d'amélioration les symptômes réapparaissent à la suite d'une hypertrophie compensatrice qui survient quelquefois dans l'autre testicule. Sur mes 10 cas de résection double, j'ai eu 5 guérisons permanentes. Sur les 5 autres cas, 2 n'ont guère été améliorés, 2 ont pu être suivis, le dernier cas est encore trop récent pour qu'on puisse en parler.

M. Moullin. — Il y a certainement des malades chez lesquels la prostatectomie par la voie sus-pubienne ou périnéale reste la méthode de choix. Cette opération est loin de donner la mortalité de 20 p. 100 quand on la pratique avant que l'urine soit devenue septique et avant que les reins soient altérés. Elle devient grave au contraire quand il y a de la cystite septique. J'ai pratiqué 11 fois la castration double; j'ai eu 6 succès et 2 améliorations; 3 malades sont morts par asthénie cardiaque, apoplexie et urémie. Je ne crois pas à l'efficacité de la castration unilatérale.

M. Southam. — Toute intervention opératoire est inutile tant que le malade peut se sonder lui-même et on peut éviter la cystite par les lavages de la vessie et les antiseptiques pris par la bouche. La prostatectomie sus-pubienne m'a donné de bons résultats. La castration m'a aussi rendu des services.

SECTION DE MÉDECINE

Traitement du goître exophthalmique par l'ingestion de thymus.

M. Owen. — J'ai vu un malade atteint de goître exophthalmique depuis 20 ans et chez lequel l'ingestion de thymus a amené la guérison. J'ai vu ce malade pour la 1re fois en mai 1893; j'ai essayé inutilement les remèdes ordinaires. Puis le malade a pris régulièrement, chaque jour pendant 3 mois, 16 grammes de thymus d'agneau; les principaux symptômes disparurent et le malade put travailler comme il ne l'avait pas fait depuis bien des années. Le traitement fut arrêté en janvier 1894. Trois mois après le goître, la tachycardie et un peu d'exophthalmie avaient reparu. Le malade reprit 3 ou 4 fois par semaine 16 grammes de thymus cru; en juillet 1894 l'exophthalmie et le goître avaient disparu complètement et le pouls était à 72. Le sujet avait engraissé et il se sentait très bien; en automne il cessa de pouvoir prendre de la glande qui lui donnait des nausées. Trois mois après il ressentit une faiblesse croissante et craignit de voir réapparaître sa maladie; il reprit du thymus pendant 2 mois, mais cette fois aucune amélioration ne se produisit. Me rappelant alors que la saison des agneaux est l'été, je pensai que ces thymus provenaient de moutons trop âgés et je prescrivis du thymus de veau. Le 22 mars 1895 le malade allait très mal, se plaignant d'une dyspnée intense; le corps thyroïde était gros et animé de battements et il y avait un bruit de souffle dans les carotides. Les battements du cœur étaient tumultueux et irréguliers et le pouls battait plus de 140 fois par minute. Il y avait du tremblement des mains, surtout de la gauche et tout le corps était très amaigri. Le soir même le malade prit 16 grammes de thymus de veau et recommença le lendemain matin. Pendant la semaine qui suivit, il y eut une grande amélioration; le 23 mars la respiration était déjà moins embarrassée; l'exophthalmie diminua, les battements du cou et le goître diminuèrent aussi; le tremblement était moins prononcé. Pendant 3 mois, des troubles gastro-intestinaux firent que le malade ne put prendre du thymus que très irrégulièrement. Actuellement il ne va pas trop mal; mais il est moins bien qu'il y a 2 ans; il est vrai qu'il n'a pas pu continuer à prendre régulièrement du thymus en raison des nausées que cette alimentation a provoqués.

Un autre malade, qui présentait de l'amaigrissement, du tremblement, de l'exophthalmie et qui se plaignait de bouffées de chaleur et d'une hypertrophie du corps thyroïde, prit du thymus cru. Il alla rapidement mieux; le goître diminua : l'exophthalmie, le tremblement, les palpitations et la pigmentation disparurent. L'ingestion du thymus cru est très désagréable; il est probable que si on le faisait légèrement cuire cela n'altérerait pas ses propriétés. Comme préparation pharmaceutique je me suis servi uniquement d'un extrait glycériné et, bien que

finalement le résultat ait été excellent, au début les effets en furent moins remarquables que ceux de la glande employée en nature. Je me suis servi de cet extrait chez une jeune femme et il fit à peu près complètement disparaître le goître, le tremblement, l'exophthalmie. Mikulicz a vu que le thymus, sur 10 cas de goître, en améliore 9; il l'a vu aussi amener un soulagement dans un cas de goître exophthalmique. Cuningham, Edes, Solis-Cohen, Maude, Todd, Williams ont rapporté des observations semblables. On a du reste signalé des hypertrophies du thymus et de la rate dans des goîtres exophthalmiques. Il est probable que ce sont là des hypertrophies compensatrices et que les sécrétions internes de ces organes agissent à la manière d'antidote dans cette affection qui est vraisemblablement d'origine toxique. Cette dernière hypothèse est appuyée par ce fait que l'introduction de poisons bactériens dans le sang provoque une suractivité des organes lymphoïdes, d'où la leucocytose qui en résulte. Cette leucocytose pouvant avoir une action antitoxique, il semble probable que l'hypertrophie du thymus et de la rate dans la maladie de Graves ont pour rôle de fournir un antidote. Pöehl a montré qu'une infusion de thymus a un pouvoir antitoxique, et Montoudri a vu que la splénectomie est suivie d'une diminution du pouvoir bactéricide du sang. Wood (de Philadelphie) a vu une amélioration se produire à la suite de l'emploi de l'extrait de rate dans la maladie de Graves ; il y a eu une guérison apparente dans un cas et une simple amélioration dans 2 autres cas. Ce qui avait conduit cet auteur à employer ce traitement, c'est qu'il avait vu une maladie de Graves guérir spontanément sous l'influence d'une complication d'abcès de la rate.

D'autre part on sait que la maladie de Graves diminue ou même guérit sous l'influence de la grossesse, fait d'autant plus remarquable que dans cet état les goîtres ont une tendance à augmenter et que l'activité fonctionnelle des organes génitaux est associée à une suractivité du corps thyroïde. Mais on sait aussi que la rate augmente de volume pendant la grossesse et qu'il y a une leucocytose physiologique ; il est donc probable que cette influence heureuse de la grossesse est due à une augmentation de l'activité lymphoïde. Enfin la maladie de Graves est à peu près inconnue à l'âge où le thymus n'a pas encore disparu normalement; cela est important, car le corps thyroïde est plus actif dans la 1re période de la vie, et on devrait s'attendre alors à voir plus fréquemment des phénomènes d'hyperthyroïdisme. Oliver a récemment montré que le corps thyroïde et les capsules surrénales n'ont pas la même action sur la circulation; le corps thyroïde et la rate diffèrent aussi à ce point de vue. Il est probable que l'expérimentation démontrera de même qu'il y a une sorte d'opposition entre l'action des produits du corps thyroïde et celle des produits du thymus. On sait que l'aministration de l'extrait thyroïdien est souvent suivie d'une perte de poids. Or, nous voyons que le thymus existe chez l'enfant, c'est-à-dire à un âge où il est nécessaire qu'il y ait le moins de perte possible, de plus il persiste chez les animaux qui hibernent et s'hypertrophient au moment de chaque hibernation. Ces considérations permettent de penser que le thymus a une influence inhibitrice sur les pertes de l'organisme. Cette opinion est encore confirmée par l'observation de Demme rapportée par Jacobi : il s'agit d'un enfant qui maigrit rapidement et mourut au bout de 42 jours. A l'autopsie on ne trouva absolument aucune autre lésion que celle du thymus, dont le tissu était dense et contenait 3 tubercules. De son côté Friedlebern a vu un chien mourir d'épuisement, malgré un appétit vorace, à la suite de l'ablation du thymus et de la rate. Dans tous mes cas de goître exophthalmique traités par l'ingestion de thymus, l'amélioration s'est accomprgnée d'une augmentation de poids. Certains autres faits semblent aussi mettre en relief cet antagonisme qui existe entre le thymus et le corps thyroïde, et cela au point de vue de leur action sur le système nerveux. La sécrétion thyroïdienne a une influence directe on indirecte de stimulation sur les fonctions cérébrales; cela résulte de ce qu'on constate dans le crétinisme et le myxœdème consécutif à la thyroïdectomie. Cela résulte également des changements qu'on voit survenir à la suite de la médication thyroïdienne dans le crétinisme. De plus Freund et Horsley ont montré qu'on a des raisons de croire qu'il se produit une suractivité du corps thyroïde, quand des modifications actives surviennent dans l'appareil sexuel. D'autre part, pendant l'hibernation, lorsque le thymus atteint son maximum de développement, les fonctions cérébrales et sexuelles sont suspendues; elles n'existent pas chez l'enfant, mais elles se développent rapidement à l'époque de la puberté, au moment où le thymus disparaît complètement. Ces faits conduisent à cette opinion qu'il y a un rapport fonctionnel entre les diverses glandes vasculaires sanguines et permettent de croire que la maladie peut résulter d'un trouble dans l'équilibre de ces sécrétions, trouble auquel on peut rémédier par l'absorption d'extraits animaux convenablement choisis.

Diabète insipide dû à une lésion du 4e ventricule.

M. Robertson. — La diabète insipide, ou polyurie, est dû le plus souvent à une lésion intra-crânienne siégeant le plus souvent au niveau de la moelle allongée. Il peut aussi résulter de divers états morbides du sympathique du cou, de la poitrine ou de l'abdomen. Quelle que soit cette origine il est probable que la cause immédiate de cette affection est toujours la même et réside dans une augmentation de la pression sanguine dans les reins, par suite d'un trouble vaso-moteur. Il y a en outre quelques raisons de croire que dans certains cas il faut incriminer aussi bien la nutrition que les troubles nerveux. Le malade, dont il s'agit ici entra à l'hôpital en août 1888; il avait alors 33 ans, mais il paraissait plus vieux ; il n'y avait aucun antécédent syphilitique ou alcoolique. Il avait depuis 6 mois de la polyurie et une grande soif; il avait beaucoup maigri; il rendait de 6 à 7 litres d'urine et quelquefois bien davantage chaque jour. Il n'y avait aucune trace de sucre ou d'albumine. D'autres symptômes indiquaient une lésion du 4e ventricule : il y avait une paralysie du côté droit de la face et une paralysie temporaire de la jambe et du bras du côté gauche; cela indiquait une lésion de la partie postérieure de la moelle allongée ; il y avait aussi des attaques passagères de troubles de l'articulation, montrant que la lésion s'étendait par en bas jusqu'au noyau du nerf grand hypoglosse. La face rougissait d'un côté, ce qui, joint à la polyurie, indiquait une lésion de la partie supérieure du centre vaso-moteur du 4e ventricule. Enfin une douleur occipitale corroborait ce diagnostic. On essaya l'iodure de potassium ; mais le seul traitement qui agit fut l'électricité voltaïque : le pôle positif fut appliqué à la partie postérieure de la tête et du cou; il consistait en un vaste électrode; le négatif fut introduit dans la narine le long du plancher des fosses nasales jusqu'à ce qu'il reposât sur le rachis cervical. La force du courant fut augmenté graduellement de 1/2 à 5 milliampères et la durée d'application de 1 à 5 ou 6 minutes.

Pendant 7 semaines on renouvela ces séances tous les 2 ou 3 jours. Tous ces symptômes disparurent sauf la paralysie faciale et le malade partit le 15 décembre 1888. Il revint le 21 juillet 1892, disant qu'il s'était bien porté jusqu'en décembre 1891 ; il eut alors des vertiges et une faiblesse du bras et de la jambe du côté gauche; l'urine était en quantité normale. Il quitta de nouveau l'hôpital très amélioré. Le 3 octobre 1895, il revint encore avec une récidive des premiers symptômes paralytiques ; la quantité d'urine était encore très augmentée. Tous les symptômes, sauf la paralysie faciale disparurent encore sous l'influence du traitement électrique.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Hélénine.

Définition. — L'hélénine ou *camphre d'aunée*, est une huile concrète retirée par distillation de la racine de l'*Inula Helenium* (Synanthérées). C'est un mélange d'hélénine pure, d'alantol et d'anhydride alantique (Bardet.)

Solubilité. — L'hélénine *pure*, c'est-à-dire contenant seulement une faible proportion d'alantol, est soluble dans l'alcool, les huiles fixes et grasses, insoluble dans l'eau. L'hélénine impure est au contraire soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool.

Propriétés thérapeutiques. — D'après Korab, A. Menier, l'hélénine est un antiputride énergique, qui agit électivement sur les infections des voies aériennes supérieures. A ce titre ils l'ont préconisée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, surtout dans les cas où l'expectoration est abondante et fétide. Elle convient donc au traitement de la troisième période de la phthisie (Bokenam).

Au même titre elle pourrait être employée comme modificateur puissant et agent d'élimination dans les cas de gangrène pulmonaire, d'ectasie bronchique, et de trachéites chroniques accompagnées de catarrhe abondant.

Hemowie et Parisot ont même prétendu que cette action modificatrice des sécrétions des muqueuses s'étendait à l'utérus : ils font de l'hélénine administrée en injections hypodermiques un spécifique de la leucorrhée (?).

Dose usuelle. — *Chez l'enfant* : de 5 à 10 ans, 1 à 5 centigrammes par injection, jusqu'à 10 centigrammes en 24 heures. — De 10 à 20 ans et *chez l'adulte* : jusqu'à 25 et 40 centigrammes par 24 heures.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats* : L'injection est douloureuse. Cette réaction locale a contribué à resteindre les applications de l'hélénine. Ici encore, comme pour le gaïacol et l'eucalyptol, il faut attendre des progrès de la chimie, un produit réalisé par synthèse, pour juger définitivement de la valeur de ce médicament, jusqu'ici mélange complexe de la pureté relative duquel la solubilité dans l'alcool et l'insolubilité dans l'eau sont les seuls critérium.

b) *Éloignés* : L'hélénine, peut-être à cause de ses impuretés, provoque souvent chez les malades un état nauséeux et même des vomissements. Il faut donc graduer ses doses avec soin. L'élimination se fait par la muqueuse pulmonaire.

FORMULES

Hélénine . . . . 1 gr.
Huile d'olives stérilisée. Q. s. p. 20 cent. cubes
1 à 5 centimètres cubes.

G. Maurange.

Traitement de la diarrhée infantile par la diète hydrique.

Chez l'enfant nouveau-né et qui n'a aucune adultération des voies digestives, le méconium est exempt, dans les premières heures de la vie, de toute espèce de microbes. Cet état aseptique se modifie très rapidement : moins de 17 heures après la naissance, il y a déjà des bactéries dans le méconium, bactéries qui ont pénétré dans le milieu intestinal, soit par la voie rectale, soit par la voie buccale.

Cette flore microbienne a son développement maximum chez l'enfant atteint de diarrhée. En sorte que l'on peut dire que la diarrhée infantile est due à l'ingestion de microbes et l'absorption de ferments ou toxines sécrétés par des bacilles de plusieurs espèces, qui sont introduits avec les aliments dans les voies digestives. Nous savons d'autre part que le nombre et la virulence de ces bacilles augmentent avec les grandes chaleurs.

A l'état de fonctionnement normal du tube digestif et des glandes qui y sont annexées, l'organisme produit en quantité suffisante les substances ou sucs destinés à détruire les toxines dont l'absorption pourrait lui être nuisible. Mais il n'en est pas de même si le tube digestif fonctionne mal, que ce soit parce que le lait ingéré contient une proportion élevée de ces toxines, ou parce qu'il est donné en quantité trop considérable pour l'âge de l'enfant ; que ce soit encore le fait d'une alimentation mixte prématurée, ou intempestive. Dans ce cas, la neutralisation des toxines, loin d'être assurée, devient nulle ou seulement insuffisante : il y a à la fois diarrhée et toxémie.

Or peut-on espérer rétablir l'équilibre rompu en faveur des toxines, par l'administration de médicaments antiseptiques ? Dans les cas légers, les dérivés du naphtol, l'acide lactique, le bismuth, etc., pourront sans doute avoir une action réductrice, mais dans les cas graves ils seront insuffisants, voire même nuisibles ; car ils sont irritants et à ce titre peuvent contribuer à entretenir l'inflammation des parois digestives.

Dans ces conditions, il vaut mieux s'adresser à la *diète hydrique* qui à elle seule peut amener la guérison rapide surtout dans les affections aiguës à leur début. En faisant ingérer, à l'exclusion de tout aliment, une certaine quantité d'eau bouillie on obtient une modification des symptômes, car la fermentation des substances alimentaires mal digérées produit des corps nuisibles qui, absorbés dans le sang produisent des altérations des tissus organiques en proportion avec leur quantité et leur qualité : ces altérations s'expriment pour le clinicien par des symptômes en rapport avec le degré d'intoxication. Sous l'action de l'eau aseptisée, la muqueuse des voies digestives se déplisse; les débris de toute sorte que contiennent ces plis se dégagent et sont entraînés par les selles : les sécrétions anormales très acides qui, en irritant le riche plexus nerveux des parois digestives, produisent la douleur, se trouvent considérablement diluées : par le fait de cette simple dilution, les symptômes nerveux diminuent, et l'amélioration se produit. En outre l'eau absorbée par les vaisseaux rentre directement dans la circulation et par conséquent élève la pression. Les conséquences de ce phénomène sont l'établissement d'une diurèse plus active favorisant l'élimination des poisons, le relèvement de la tonicité cardiaque, la stimulation des centres nerveux, le retour des fonctions de la peau. Du côté de l'intestin, l'élévation de la pression sanguine produit des modifications importantes : il en résulte une diapédèse plus abondante, une phagocytose plus active, qui, agissant contre l'inflammation et la phlogose, rétablissent l'état anatomique et physiologique : la diarrhée verte abondante, fréquente et fétide, change d'aspect : elle devient plus jaune, se rapproche de la couleur jaune d'or normale chez les enfants, les selles deviennent moins nombreuses, moins abondantes, leur fétidité diminue peu à peu, les fonctions digestives rentrent tôt ou tard dans leur état physiologique.

La technique de cette médication est simple et peut être facilement enseignée aux personnes qui s'occupent des petits malades. Voici comment on procède :

Pour commencer la diète, on défend à l'enfant toute alimentation pendant 8-12-24 heures, et pendant ce temps on lui donne par petites gorgées, de 1/2 heure en 1/2 heure, ou toutes les fois qu'il a soif, de l'eau qui a été bouillie et refroidie à la température qui convient le mieux à l'enfant. La quantité d'eau ingérée peut atteindre, chez les malades tourmentés d'une soif ardente, 1 litre 1/2 par jour. Aussi faut-il préparer à la fois 2 litres environ d'eau bouillie. L'eau, suffisamment bouillie, doit être renfermée dans un vase absolument propre ; elle sera toujours maintenue couverte, dans un endroit frais. La cuiller, la timbale, le biberon qui servent à boire de cette eau doivent être nettoyées à l'eau bouillante et maintenus bien propres : on doit bien faire attention de ne pas tremper ces instruments dans le vase contenant la provision d'eau ; il est nécessaire de se servir d'un biberon bien nettoyé pour les enfants âgés de moins de 15 mois. (A. Watu, thèse de Paris, 1896, n° 37.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le jubilé Th. Roussel.

Au temps où nous vivons, et plus que jamais peut-être, il convient de louer les associations et les compagnies savantes lorsqu'elles se préoccupent de célébrer dignement les services rendus par ceux de leurs membres qui ont bien mérité de la science et de la patrie.

Ces hommages de respectueuse gratitude offerts à des hommes qui, à l'exemple de Th. Roussel, se sont toujours efforcés de faire le bien, répondent éloquemment à ceux qui accusent le corps médical d'ingratitude et d'envie et les sociétés scientifiques ou professionnelles d'étroit exclusivisme.

Elle a été de tous point réussie la fête qui rassemblait dimanche dernier (1), dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, les représentants du gouvernement, de l'Académie des sciences morales et politiques, de l'Académie de médecine et des œuvres si nombreuses fondées par M. Roussel.

On tenait à remercier surtout le promoteur de la loi relative à la protection des enfants du jeune âge et en particulier des nourrissons. Mais on n'oubliait pas que M. Roussel par ses belles recherches sur la *pellagre*, par ses travaux sur la *nécrose phosphorée*, par ses études sur l'alcoolisme, etc., nous appartenait au moins autant qu'il appartient au Parlement. C'est ce qu'à fait ressortir M. Bergeron, dans un discours, qui caractérise si bien l'œuvre de Roussel que nous ne pouvons mieux faire que d'en reproduire les principaux passages.

C'est de bonne heure, a dit M. Bergeron, que vous avez commencé la série de vos bonnes actions.

C'était au beau temps de notre jeunesse, vous vous le rappelez, nous étions tous deux internes à l'hôpital Saint-Louis et les hasards du service avaient fait passer sous vos yeux un pauvre diable atteint d'un mal étrange, la pellagre ; étrange par la diversité de ses manifestations et l'inégalité de leur gravité; étrange aussi par sa distribution géogragphique ; inconnu dans la plus grande partie de la France, et endémique dans les Landes, endémique aussi dans le Piémont et dans les Asturies.

Ce malade vous offrait donc un intéressant problème d'hygiène publique dont vous avez patiemment poursuivi, pendant plusieurs années, la solution dans toutes les régions à endémie pellagreuse et vous avez eu cette incomparable joie de découvrir la cause de la pellagre, d'indiquer un moyen infaillible de détruire le parasite du maïs qui donne à cet aliment ses propriétés délétères et en définitive de délivrer des populations entières d'une maladie grave et souvent mortelle.

Ce fut là votre premier bienfait et aussi le premier épisode de la belle lutte que vous poursuivrez toute votre vie en faveur de l'hygiène publique ou de l'hygiène professionnelle.

Vous étiez encore interne lorsqu'un des malades de votre service vous donna l'occasion d'entreprendre de nouvelles recherches sur les accidents variés, et quelquefois extrêmement graves, auxquels sont exposés les ouvriers qui travaillent à la fabrication des allumettes et dans le livre où vous avez résumé le résultat de vos recherches, livre qui est l'un de vos travaux les plus importants, vous avez dénoncé le phosphore blanc comme la cause de tous les désordres observés chez les ouvriers; or c'est en 1846, c'est-à-dire il y a un demi-siècle que vous avez décrit le mal et signalé la cause, et on pourrait à bon droit s'étonner qu'aucune modification n'ait été encore apportée à cette industrie, si l'on ne savait que la population française oppose autant de résistance obstinée à l'emploi des allumettes amorphes qui sont inoffensives, que les populations scandinaves ont mis d'empressement à les accepter.

Tout autorise à espérer, dans un avenir très prochain, une transformation dans la fabrication des allumettes qui la rendra inoffensive, mais, quoi qu'il advienne, votre livre qui est resté le point de départ de tout ce qui a été rêvé et fait, depuis 1846, sur le phosphorisme, constitue l'une des monographies les plus intéressantes et les plus utiles qui aient été publiées sur les maladies professionnelles.

Le temps a marché, nous arrivons aux années terribles. Vos concitoyens vous ont envoyé à l'Assemblée nationale, et c'est alors que votre patriotisme, indigné du rôle odieux que l'alcoolisme a joué, moins dans nos désastres que dans la criminelle folie de la Commune, tente de mettre fin à cette honte et obtient de l'Assemblée un vote en faveur d'un projet de loi pour la répression de l'ivresse publiqne. Mais cette loi, toujours mollement exécutée, ne visait que le scandale dans la rue, et ne pouvait atteindre le buveur d'alcool ou d'absinthe qui, lui, ne s'enivre jamais, mais qui, sous l'influence néfaste de ces poisons pris à petites doses, chaque jour, s'abrutit peu à peu, devient un épileptique, un aliéné, et laisse après lui une lignée de dégénérés.

Il y a 27 ans qu'à la tribune de l'Académie j'ai jeté le premier cri d'alarme en dénonçant l'ennemi. Ce cri s'est perdu dans le désert, mais l'Académie vient enfin de reprendre la campagne contre l'alcoolisme et on peut espérer que ses vœux seront aussi nets que décisifs; mais les vœux des corps savants risquent souvent de rester purement platoniques. Aussi, est-ce sur vous que nous comptons, mon cher Roussel, pour donner à ces vœux la forme pratique d'un projet de loi ; en d'autres termes, nous attendons de vous, pour nous aider à lutter contre l'alcoolisme, ce que vous avez fait pour la lutte contre la mortalité des nourrissons.

Entré à l'Académie en 1872, vous avez très modestement déclaré plus tard que *la loi de la première enfance* n'était que le résumé pratique de la mémorable discussion qui avait eu lieu en 1867 dans le sein de l'Académie. Ce n'est pas à moi de décliner l'hommage que vout avez cru devoir rendre à notre Compagnie, mais laissez-moi vous dire que, dans notre conviction absolue et unanime, tant de beaux discours seraient restés stériles si votre esprit, si net et si pratique, inspiré par un profond sentiment de charité, n'avait rendu nos vœux réalisables en les transformant en articles de loi.

Elle est donc bien à vous tout entière, elle est votre plus belle œuvre, cette loi de 1874, cette loi de protection de l'enfance, aussi est-ce très justement qu'elle porte votre nom et le fera vivre à jamais.

Pourquoi faut-il que cette loi qui, dans le principe, ne visait que le but humanitaire d'arracher à la maladie et à la mort des milliers d'innocentes victimes, soit devenue une loi de salut public en ce sens que la nécessité de son application générale et complète devient d'autant plus pressante que les défaillances de la natalité sont chaque jour accentuées et menacent la France de dépopulation ?

Mais vous ne vous êtes pas contenté de chercher à sauver la vie des nourrissons, votre sollicitude s'est étendue sur une autre classe d'enfants également bien intéressante. Ceux-là sont pour la plupart arrivés à l'âge de raison, leur vie n'est pas compromise, mais ils sont menacés d'une déchéance morale, soit par le mauvais exemple de parents indignes, soit par la promiscuité dangereuse du vagabondage de la rue et vous avez étendu sur ces enfants moralement abandonnés la protection d'une œuvre tutélaire, dite avec raison du sauvetage de l'enfance.

Votre œuvre est donc parfaite et, en considérant tout le bien que vous avez fait, vous pouvez vous dire avec un juste orgueil que vous avez combattu le bon combat, admirablement rempli votre vie, et que vous donnez à ma vieille amitié le droit et la joie extrême de vous dire que vous avez bien mérité de la science et du pays.

Après ce discours nous ne pouvons que signaler ceux de M. Tissier, président de l'Association des étudiants qui, aux applaudissements enthousiasmes de l'assistance, a promis de ne jamais oublier « l'exemple et le mot d'ordre : « bienfaisance et bonté », que M. Th. Roussel laisse à la génération nouvelle; de M. le Ministre de l'Intérieur qui à félicité au nom du gouvernement le sénateur républicain de la Lozère, des représentants officiels de la ville de Paris et du Conseil général de la Seine, etc.

En acceptant les adresses de félicitations, les médailles d'or, les plaquettes, les drapeaux offerts successivement par les représentants de plus de 40 sociétés ou comités, M. Th. Roussel a répondu par une allocution émue qui se terminait modestement par les paroles suivantes :

Le jubilé du 20 décembre 1896 n'est donc pas la fête d'un grand homme, ni d'un seul homme. C'est une fête de circonstance, qui, à propos d'une date particulière, marque en réalité la date d'un progrès social en voie de s'accomplir par un travail collectif.

S'il m'était permis de lui chercher son vrai nom, je l'appellerais la fête de la protection de l'enfance malheureuse.

1. Cet article devait paraitre dans la *Gazette* du 27 décembre. Des nécessités de mise en page en ont retardé la publication.

M. Bergeron avait fait voir que cette fête était, au contraire, celle de l'homme dont toute la vie a été inspirée par deux des sentiments les plus élevés : « l'amour de l'humanité et l'amour de la patrie ».

Cérémonie de la translation du corps de Pasteur dans la crypte de l'Institut Pasteur.

Nous ne pouvons reproduire ici ce que nous avons écrit à l'occasion du jubilé Pasteur (*Gaz. hebd.*, 1893, p. 10) ou bien le jour où nous venions d'assister aux obsèques solennelles de l'illustre savant (*Gaz. hebd.*, 1895, p. 469). Aussi bien tout a-t-il été dit pour louer comme il mérite de l'être celui qui, par son rare génie et par ses immortelles découvertes, s'est élevé à la première place que puisse rêver un savant en forçant le monde entier à reconnaître sa prééminence.

Mais il nous faut associer encore la *Gazette hebdomadaire* à la fête solennelle qui marquait le jour où Pasteur est venu reposer à jamais dans cet Institut qu'il a fondé, sous la garde d'honneur de ses disciples, dans le monument qui, comme l'a affirmé M. Duclaux, « n'appelle pas seulement la piété du souvenir, mais veut être honoré par des œuvres de mouvement et de vie ».

Les journaux politiques ont décrit la chapelle funéraire élevée à la mémoire de Pasteur par la piété de sa veuve et de ses enfants. Ils ont nommé successivement tous les personnages qui assistaient à la cérémonie et y ont prononcé des discours. Nous ne voulons que mentionner, après les délégations de l'Institut et de l'Académie de médecine, celle des savants anglais : sir Joseph Lister et MM. Dyce Duckworth, John Evens, W. Priestley, G. Reid sont venus tour à tour, affirmer devant le cercueil de Pasteur l'admiration que lui gardent ceux-là surtout qui ont été ses émules, qui ont contribué à rendre applicables aux progrès de la chirurgie ses immortelles découvertes.

Déjà en 1892, à l'occasion du jubilé Pasteur, sir Joseph Lister était venu « apporter l'hommage de la médecine et de la chirurgie » et caractériser en quelques paroles une œuvre qui mérite « la gratitude éternelle de l'humanité ». En venant officiellement assister aux obsèques de Pasteur, les savants anglais ont donné à la France un témoignage d'affectueuse estime qui ne doit pas être oubliée.

Que dire des discours ? M. Rambaud, ministre de l'Instruction publique n'a pu faire oublier la magnifique allocution prononcée sur le parvis Notre-Dame par son prédécesseur M. R. Poincaré ; mais il a très éloquemment rappelé quelques-uns des titres de gloire de Pasteur et il a caractérisé la cérémonie à laquelle il représentait le gouvernement en termes qu'il importe de citer textuellement :

> Pasteur va désormais reposer dans cette maison qui est la sienne, dont il a fait un centre vivant d'activité scientifique et que sa présence va consacrer comme un temple. Au-dessus de sa tête se poursuivront, inspirées de son génie, guidées par son esprit toujours agissant parmi les siens, les recherches de laboratoire, patientes, obstinées, presque ignorées du public, jusqu'au moment où celui-ci, au jour longtemps attendu pour la révélation, sera tiré de son indifférence par l'annonce de quelque surprenante conquête.
>
> Comme ces tombes de bienheureux sur lesquelles les peuples voyaient s'accomplir des prodiges, celle de Pasteur restera comme entourée d'une lumière de miracle. Et à chaque découverte dont profitera le genre humain, à chaque rayon de gloire scientifique qui viendra s'ajouter à l'auréole de la patrie, c'est vers cette maison, désormais auguste dans les fastes de la science, qui viendra se reporter, comme à la source de tous les progrès ultérieurs, la reconnaissance du pays et de l'univers.

Très éloquemment aussi, M. Baudin, président du Conseil municipal, M. Legouvé, président de l'Académie française, M. Cornu, président de l'Académie des sciences, M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, M. Louis Passy, président de la Société nationale d'agriculture, M. G. Perrot, directeur de l'Ecole normale, M. Tissier, président de l'Association des Etudiants sont venus tour à tour apprécier les éminents services rendus par l'illustre savant et par son Institut qui « n'est pas seulement, comme l'a si bien dit M. Tissier, le temple d'une science qui ne faillit à aucune de ses promesses, mais qui est aussi une école de générosité où la jeunesse peut venir chercher ses plus belles inspirations ».

Enfin M. Duclaux est venu affirmer au nom des disciples de Pasteur sa foi dans l'avenir.

> Et maintenant, a-t-il dit, après tous ces hommages, il faut qu'une garde d'honneur se forme autour de ces cendres qui vont entrer dans le grand repos.
>
> Non pas pour les garder jalousement et en défendre l'approche : Pasteur a fait une Eglise ouverte ; ses disciples sont aujourd'hui légion ; il les a disséminés dans les laboratoires de minéralogie, de chimie, de médecine, d'hygiène, d'agriculture, partout où a pénétré la nouvelle intelligence des choses qu'il a apportée dans le monde.
>
> Précisément parce que son œuvre est multiple et variée, il faut qu'il y ait un lieu où elle soit représentée tout entière, où les nouveaux prosélytes qu'elle se fera dans la suite des temps soient toujours assurés de trouver la doctrine du maître avec les développements et les modifications que le temps lui imprimera.
>
> C'est là la noble et difficile tâche que Pasteur a laissée, en mourant, à ses collaborateurs de l'Institut. A cette tâche, sa famille vient de donner une forme à la fois vivante et symbolique en faisant de nous et de nos successeurs les gardiens permanents d'une tombe. Nous essayerons de ne jamais oublier que cette tombe n'appelle pas seulement la piété du souvenir et qu'elle veut être honorée par des œuvres de mouvement et de vie. Elle est bien placée, là, près des laboratoires : celui qui l'habite a tant aimé la science et la patrie qu'il est capable de tressaillir dans ses os lorsque leur arrivera, au travers de cette mince cloison, l'écho d'une découverte profitable au pays.

M. Duclaux a fait plus encore. Il vient, au moment même où l'on rend un nouvel hommage à la mémoire de Pasteur, de lui élever un monument digne de lui en rappelant, dans un livre que nous avons signalé il y a 8 jours (1), la filiation des idées qui ont successivement inspiré les principales découvertes de son ancien maître. C'est avec un ordre, une clarté, une précision des plus remarquables que l'éminent directeur de l'Institut Pasteur montre ainsi la succession logique des travaux de chimie d'histologie, de pathologie générale et de thérapeutique qui ont mérité à Pasteur sa grande renommée. Nous ne saurions trop vivement engager tous les médecins à lire ce bel ouvrage. Ils y apprendront que les grandes découvertes ne sont jamais dues au hasard d'une intuition générale, mais qu'elles sont toujours préparées par de longs travaux, par des recherches expérimentales précises, par l'observation minutieuse, attentive et raisonnée des faits créés au gré de l'expérimentateur.

L. Lereboullet.

1. *Pasteur. Histoire d'un esprit.* Masson et Cie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

DIRECTEURS : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU JEUDI.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Sur un cas de gastrosuccorrhée (p. 13).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine.* — *Société de chirurgie :* Pathogénie de l'appendicite (p. 16). — *Académie des sciences :* Radiographie en médecine. — Contraction des muscles. — Venin des serpents. — Liquides de l'organisme. — Injection des sérums des vaccinés. — *Société obstétricale et gynécologique.* Sycéphalien synote (p. 18). — Hémorrhagies post-partum. — *Société de médecine de Nancy :* Epilepsie motrice et sensorielle. — Maladie de Basedow. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Ostéomyélite larvée (p. 19). — *Société des sciences médicales de Lyon :* Gastro-entéro-anastomoses, — Maladie osseuse de Paget. — Cancer vert. — Myome malin (p. 20). — Gastrotomie. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — Torticolis spasmodique (p. 21). — Actinomycose de l'appendice iléo-cæcal. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Grossesse et fièvre typhoïde — Tuberculose et grossesse. — Rétention placentaire post-abortive. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Insertion vélamenteuse. — Fibrome utérin. — Luxation intra-pelvienne de la hanche (p. 22). — Cancer de l'ampoule de Vater. — Kyste dermoïde — Cathétérisme rétrograde. — Epithélioma de la verge. — Infections de sérum artificiel. — Paralysie obstétricale (p. 23).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — ALLEMAGNE. *Société médicale de Hambourg :* Cholécystotomie idéale (p. 23).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Paralysie bulbaire asthénique. — *Médecine :* Staphylocoque et streptocoque pyogènes. — Bacille pyocyanique (p. 24).

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Sur un cas de gastrosuccorrhée,

Par M. le Dr MAURICE SOUPAULT,

Ancien interne des hôpitaux.

Chez l'homme sain, la muqueuse de l'estomac sécrète le suc gastrique d'une façon intermittente, au moment des repas. Après l'évacuation des aliments dans l'intestin, la sécrétion cesse jusqu'au repas suivant. Chez quelques dyspeptiques la sécrétion est permanente, et se fait même dans l'intervalle des digestions. On dit que ces malades sont atteints de gastrosuccorrhée.

C'est une affection aujourd'hui assez bien connue. Mais des points de détail restent encore obscurs dans son histoire. Aussi nous paraît-il intéressant de présenter quelques remarques à propos d'un cas type que nous venons d'observer dans le service de M. le professeur Debove.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, négociant dans une grande ville de l'Est. Les circonstances dans lesquelles il s'est présenté à nous sont assez curieuses à rapporter. Souffrant depuis quelques années d'une très douloureuse affection de l'estomac qui s'aggravait de jour en jour, il avait été consulter plusieurs médecins de la ville. Ceux-ci, partisans convaincus des interventions chirurgicales précoces, lui conseillèrent une opération immédiate, éliminant, de parti pris, tout traitement médical. Le malade moins enthousiaste, demanda à réfléchir et s'en vint à Paris consulter M. Debove, qui nous chargea de l'examiner. On va voir que rien ne justifiait l'opération et que le traitement médical a été suivi d'un plein succès.

Jusqu'en ces dernières années notre homme a joui d'une très bonne santé. Il n'a souffert d'aucune affection sérieuse. Signalons cependant que, vers l'âge de 16 à 17 ans, il eut un ténia dont il s'est débarrassé assez difficilement et dont la présence a provoqué quelques troubles gastro-intestinaux d'ailleurs rapidement disparus après l'expulsion du parasite.

En l'an 1890, il partit pour Panama et y contracta la fièvre intermittente qui revêtit d'ailleurs une forme assez bénigne. Les accès, facilement jugulés par le sulfate de quinine, reparaissaient à intervalles asssez longs, tous les 15 jours environ. A son retour en France les accès continuèrent à se montrer, à peu près tous les mois et cela pendant un an. Au bout de ce temps ils disparurent pour ne plus reparaître. Mais, dès ce jour, se montrèrent des crises gastriques intermittentes, revenant tous les mois ou tous les deux mois, et séparées par des intervalles de santé parfaite.

Ces crises gastralgiques méritent d'être décrites en détail. Elles se sont reproduites pendant 4 ans, jusqu'au début de l'année 1896, et pendant tout ce temps elles ont affecté des caractères identiques. Tout d'un coup, brusquement, le malade, dans un parfait état de santé est pris d'une sensation intense de torsion ou de brûlure au creux épigastrique ; la douleur est véritablement atroce et s'accompagne d'angoisse, de sueurs froides, de frissons, de lipothymies. La face est pâle et grippée, les traits sont tirés ; le pouls est petit et rapide. L'intolérance gastrique est absolue ; aucun aliment ne peut plus être supporté. Le lait, la tisane, l'eau pure, provoquent d'atroces vomissements et un redoublement de la douleur. Outre les vomissements alimentaires, il y a de véritables décharges d'un liquide muqueux, grisâtre ou verdâtre, amer et acide, brûlant la bouche et agaçant les dents. La gastrorrhée a été dans quelques crises tellement abondante que le malade nous a raconté avoir vomi en un seul jet près d'une demi-cuvette de liquide qui s'écoulait de sa bouche presque sans effort, comme d'un robinet. Ce liquide, qui n'a pas été analysé, était selon toute vraisemblance du suc gastrique, sécrété en extrême abondance par la muqueuse de l'estomac.

J'ai déjà dit que les crises ont présenté, à l'intensité près, les mêmes caractères pendant 4 ans ; elles se reproduisaient avec une assez grande régularité, environ tous les 2 mois, leur durée variait de 8 à 15 jours. Au bout de ce temps elles disparaissaient comme par enchantement, laissant le malade dans un état d'épuisement dont il était assez long à se remettre. Dans l'intervalle de ces accès, aucun trouble dyspeptique et santé excellente.

Ces crises se sont montrées ainsi jusqu'au mois de janvier 1896. A partir de cette époque la scène change : aux crises gastriques intermittentes, succède un état gastrique continu et des plus pénibles. Le malade n'a plus un seul jour de repos. L'affection,

entrecoupée par quelques crises plus aiguës, va toujours en augmentant. On ne peut mieux décrire la maladie qu'en racontant par le menu la façon dont notre homme passe la journée.

Le matin, au réveil, il se sent la tête lourde et se plaint au creux de l'estomac d'une pesanteur plutôt que d'une véritable douleur. A peine s'est-il levé, qu'il a des nausées et qu'il rejette, presque sans efforts, une quantité variable, mais toujours assez abondante, d'un liquide amer et acide, muqueux, sans aliments.

L'appétit est conservé et le malade mangerait volontiers, n'était la crainte des douleurs qui suivent habituellement l'ingestion alimentaire; en effet, après chaque repas, quelle qu'en soit la quantité et la composition, il ressent des douleurs extrêmement vives, avec sensation de transfixion et irradiations dans toute la poitrine. Plus le repas a été copieux, et plus la douleur est longue à se montrer. En tous cas elle est toujours tardive. Après le repas du matin, composé de lait ou de café au lait, elle ne se fait pas attendre plus d'une heure. Après le repas de midi, et le dîner du soir, c'est au bout de 4 ou 5 heures seulement qu'elle apparaît. Cette douleur, qui est l'unique symptôme dyspeptique, dure longtemps, ordinairement jusqu'au repas suivant. Elle est calmée par l'ingestion d'un peu d'eau ou de lait; mais, plus souvent, elle provoque un vomissement qui fait cesser à peu près tous les phénomènes douloureux. Dans les premiers temps de la maladie, jusqu'aux mois de juillet ou août, les vomissements étaient purement muqueux, dépassant de beaucoup la quantité des boissons ingérées. Mais, depuis 2 mois, les vomissements sont alimentaires. Une grande partie des ingesta est rejetée, diluée dans une abondante quantité de liquide. Le malade nous a apporté un matin des matières vomies la veille, 4 heures après son déjeuner. En voici l'analyse :

La bouillie stomacale filtrée a une coloration jaunâtre, et une odeur prononcée de fermentation acétique.

Acidité totale	3,20 p. 100
Vert brillant / Gunzbourg	Réaction positive très intense.
Chlore total	4,08 p. 100
Chlore combiné	1,74 p. 100
HCl libre	0,90 p. 100
Chlore minéral fixe	1,44 p. 100

On peut juger par ces chiffres qu'il existe une hyperchlorhydrie manifeste. Il est vrai que le malade avait mangé à son repas une certaine quantité de viande, et on sait qu'après les repas d'épreuve dans la composition desquels entre la viande l'analyse révèle des chiffres notablement plus élevés qu'après les repas complètement composés de pain. Néanmoins, l'acidité dépasse ici de beaucoup l'acidité normale. Mais ce qu'il faut noter c'est l'abondance très grande du liquide vomi qui mesurait environ trois quarts de litre, tandis que le repas du malade avait été copieux et qu'il avait bu à peine un verre de liquide. On peut donc dire qu'il existe ici non seulement hyperchlorhydrie, mais hypersécrétion.

Il nous reste à signaler, pour terminer l'histoire de notre malade un incident de haute importance. Depuis le mois de juin dernier il a eu, à plusieurs reprises, des selles noirâtres composées d'un liquide diarrhéique, de coloration brunâtre, de consistance gélatineuse, assez abondante, et présentant, selon l'expression du malade, l'aspect de la confiture de raisiné.

Ces matières noirâtres étaient composées de sang plus ou moins altéré, comme j'ai pu m'en rendre compte par moi-même sur un échantillon que le malade m'a apporté. Ce melæna s'est reproduit assez souvent depuis le mois de juin. Il ne se passe pour ainsi dire pas de semaines sans qu'il réapparaisse, et il semble bien que le malade ait ainsi rejeté par l'anus une quantité assez considérable de sang. Par contre, il n'y a jamais eu d'hématémèses.

Des troubles gastriques aussi intenses ont nécessairement entraîné des phénomènes généraux graves. Le malade a beaucoup maigri, surtout depuis que les vomissements alimentaires ont remplacé les vomissements muqueux. La pâleur et un affaiblissement général sont aussi assez prononcés.

La santé du malade est, quant au reste, très bonne. L'examen minutieux de tous les organes ne nous a décelé aucun trouble morbide. L'examen du système nerveux, particulièrement important dans la circonstance, ne nous a révélé aucun stigmate. Le malade est certainement un peu nerveux, irritable et impressionnable, mais ces phénomènes ne sont pas suffisants pour faire admettre l'existence d'une affection nerveuse.

Après cet examen clinique, il nous reste à faire chez notre malade l'exploration méthodique de l'estomac et l'examen du suc gastrique.

L'inspection ne nous a rien révélé qui mérite notre attention. Par la palpation l'estomac n'est pas douloureux. On ne constate aucun point particulièrement sensible à la pression. Il n'y a aucune tuméfaction. Le clapotage, recherché à l'état de jeûne, soit par l'exploration manuelle, soit par la succussion, est nul.

La percussion de l'estomac distendu par l'action d'un mélange effervescent nous montre que la grande courbure déborde l'ombilic d'environ un travers de doigt. Il dépasse donc un peu les limites physiologiques. Mais cette légère dilatation est sans inconvénients. En effet le cathétérisme nous montre que, huit à neuf heures après un repas ordinaire, l'estomac est vide d'aliments comme un estomac normal. Il n'y a donc pas de rétention alimentaire, et c'est là un point important à noter. En revanche, la sonde ramène environ 30 à 50 centim. cubes d'un liquide jaune verdâtre, bilieux, un peu mousseux, dont l'analyse révèle la composition. Ce liquide, d'une acidité totale d'environ 1,87 p. 100, fait virer le vert brillant, et donne avec le liquide de Gunzbourg une coloration rouge. Mis à l'étuve, il liquéfie et digère un cube d'albumine. Bref, il est composé de suc gastrique pur et actif. De cette exploration on peut conclure qu'il se fait à jeun une sécrétion assez considérable de suc gastrique.

Les données fournies par l'examen d'un repas d'épreuve, nous montrent que le suc gastrique de notre malade est nettement hyperchlorhydrique.

Voici la composition de ce suc gastrique obtenu à l'aide du repas d'épreuve d'Ewald, retiré de l'estomac une heure après l'ingestion.

La bouillie stomacale offre une apparence assez spéciale. Les grumeaux de pain assez médiocrement digérés nagent dans un liquide blanc, limpide, sans odeur. La masse totale mesure environ 250 centim. cubes au lieu de 80 à 100 centim. cubes, chiffre normal. Il y a donc hypersécrétion manifeste.

Le liquide filtre facilement. Filtré, il est d'une limpidité parfaite, et d'une couleur blanche.

Acidité totale	2,56 p. 100
Chlore total	4,86 p. 100
Chlore fixe	1,86 p. 100
HCl libre	1,16 p. 100
Chlore combiné	1,34 p. 100

Les réactions du Gunzbourg et du vert brillant sont très prononcées. Il n'y a pas de réaction lactique.

De tout ce que nous venons de dire, nous pouvons conclure que nous sommes bien nettement en présence d'un malade atteint de gastrosuccorrhée.

Plusieurs points, dans cette observation, méritent d'attirer notre attention.

Tout d'abord le début de la maladie.

Pendant longtemps, la maladie ne s'est manifestée que par des crises d'hypersécrétion intermittentes. Ce mode de début de la gastrosuccorrhée, sans être rare, n'est pas très fréquent. Il est plus habituel de voir l'affection se développer lentement, graduellement, par une phase d'hyperchlorhydrie simple, c'est-à-dire d'hypersécrétion digestive qui se transforme lentement, graduellement, en hypersécrétion continue permanente. J'ai cité dans ma thèse un exemple saisissant de cette transformation que j'ai pu suivre presque pas à pas chez un malade observé pendant dix-huit mois. — D'autre part il faut savoir que l'hypersécrétion intermittente ne se transforme pas fatalement en gastrosuccorrhée et que les malades peuvent rester pendant de longues années à cette phase de début.

Les causes déterminantes de l'affection restent souvent inconnues. En dehors des cas dans lesquels l'ataxie ou l'hystérie donnent une explication suffisante de l'appari-

tion des accidents, on invoque trop souvent l'état nerveux des sujets. C'est là une raison étiologique manifestement insuffisante. Chez quelques sujets j'ai pu retrouver des stigmates et des antécédents alcooliques; chez d'autres je n'ai rien observé de semblable et la cause déterminante de leur affection m'a échappé.

Chez notre malade, il est digne de remarque que les crises ont succédé à des accès de fièvre intermittente qui n'ont jamais reparu depuis. On peut se demander s'il n'y a là qu'une pure coïncidence, ou si, au contraire, il existe des rapports étroits entre les deux affections, et s'il y a lieu de considérer les crises gastriques comme d'origine paludéenne. On sait que les névralgies affectant des allures paroxystiques sont fréquentes dans le cours du paludisme ou comme séquelles de cette affection, et la gastralgie n'est pas la moins fréquente d'entre celles-ci. Un certain nombre d'auteurs ont noté que les accès de fièvre intermittente sont quelquefois remplacés par des accès gastralgiques, et quoique l'hypersécrétion intermittente ne soit pas jusqu'ici expressément notée, il est très admissible qu'elle puisse se montrer au même titre que les autres variétés de crises gastriques. Ces accès, d'origine paludéenne, sont favorablement influencés par le sulfate de quinine, et l'épreuve du traitement permet d'en reconnaître la nature. Ici on ne peut songer à employer ce moyen de diagnostic, les crises de gastralgie ayant fait place à une affection chronique s'accompagnant probablement de lésions anatomiques.

Ainsi, sans pouvoir affirmer chez notre malade qu'il existe entre les accès de fièvre intermittente et la gastralgie un rapport de cause à effet, il nous semble légitime d'en indiquer tout au moins la possibilité.

Nous avons peu de choses à dire sur les crises gastriques; elles sont remarquables par la netteté de leurs caractères, l'intensité peu commune de l'hypersécrétion gastrique pendant les paroxysmes, la rémission absolue des phénomènes morbides pendant les crises.

Mais nous devons insister plus spécialement sur quelques-uns des caractères de la maladie à la phase dyspeptique. On peut y distinguer deux périodes : période des vomissements muqueux, période des vomissements alimentaires.

On a remarqué qu'au début le malade rejetait, après ses repas, un liquide muqueux sans aliments, puis que les vomissements, quoique se produisant toujours à la même heure, étaient composés d'aliments délayés dans une abondante quantité de mucus. Cette différence dans les vomissements, qui, au premier abord, paraît insignifiante, mérite au contraire d'être remarquée. Elle indique une modification importante dans l'état des fonctions motrices de l'estomac. Au début de leur maladie les gastrosuccorrhéiques ont des vomissements muqueux parce que l'évacuation des aliments dans l'intestin se fait rapidement. A une époque plus éloignée, il y a déjà une certaine atonie motrice, les aliments restent plus longtemps dans le viscère, et lorsque le vomissement survient, il expulse une partie plus ou moins considérable du repas. Or, c'est précisément à cette époque que les malades commencent à maigrir.

Les résultats de l'exploration gastrique rendent bien compte de ces troubles fonctionnels. Au début, l'estomac reste de dimensions normales, puis il se distend, et cette distension est déjà assez notable quand les vomissements alimentaires surviennent. Chez notre homme, nous avons précisément remarqué la coïncidence des vomissements alimentaires tardifs et d'une légère ectasie de l'estomac.

Celle-ci n'est qu'un avant-stade d'une lésion beaucoup plus grave, la dilatation avec rétention alimentaire. Cette lésion est une complication presque fatale de la gastrosuccorrhée; mais elle apparaît plus ou moins tardivement selon les cas.

On a tenté d'expliquer ces variations de différentes façons. Celle qui me paraît la plus rationnelle est la suivante : l'hypersécrétion gastrique se complique toujours d'ulcère à une période variable de son évolution. C'est là un fait qu'aucune autopsie n'est encore venu contredire. Or, dans la très grande majorité des cas, cet ulcère siège au pylore. Il en résulte une obstruction de cet orifice d'abord par un simple spasme, puis par le fait d'une lésion matérielle, qui entraîne la rétro-dilatation de l'estomac. J'ai pu me rendre compte, en interrogeant une série de gastrosuccorrhéiques, que la dilatation de l'estomac était d'autant plus prononcée que la date de la première gastrorrhagie était plus lointaine. Le malade dont nous rapportons ici l'histoire n'a pas fait exception à cette règle. C'est au mois de mai ou juin dernier qu'il a présenté, à sa connaissance du moins, son premier melæna.

Or, c'est peu de temps après, vers le milieu de juin, que les vomissements alimentaires ont succédé aux vomissements muqueux.

Quelques mots encore sur le siège de l'ulcère.

Nous ne croyons pas qu'il se trouve au pylore, et nous aurions tendance à le localiser au duodénum. En effet, on remarquera que ce malade n'a jamais eu d'hématémèses, malgré l'abondance et la facilité des vomissements, qu'il a eu au contraire à plusieurs reprises des melænas assez abondants; notre hypothèse paraît donc vraisemblable. On sait d'ailleurs que la symptomatologie de l'ulcère du duodénum est identiquement la même que celle de l'ulcère de l'estomac, qu'il relève des mêmes causes et que M. Letulle a retrouvé, comme dans l'ulcère de l'estomac, les lésions de la gastrite parenchymateuse hyperpeptique.

Je résumerai brièvement le traitement de la gastrosuccorrhée. A la période de crises, il n'y a qu'une médication à employer, c'est la piqûre de morphine, toutes les autres sont impraticables ou inutiles. A la phase dyspeptique, l'indication capitale est de neutraliser le contenu gastrique dont l'acidité excessive est la cause de tous les accidents. On emploie d'habitude le bicarbonate de soude qu'on donne à haute dose, 15 à 20 grammes par jour. Pourtant je préfère de beaucoup la craie préparée, ou carbonate de chaux, pour plusieurs raisons. Il sature l'acidité gastrique sous un plus faible volume; son insolubilité est cause qu'il reste plus longtemps dans l'estomac, et qu'il n'est employé qu'au fur et à mesure que la sécrétion se fait. Enfin ce sel, étant neutre, ne rend pas le milieu gastrique alcalin, et n'est par conséquent pas passible du reproche adressé au bicarbonate de soude d'exciter secondairement la sécrétion gastrique. Les expériences qu'à l'instigation de M. Debove j'ai instituées sur ce sujet établissent nettement ces avantages.

Je compte en publier prochainement les résultats détaillés.

La craie préparée doit se donner à la dose de 10 à 12 grammes par jour, par paquets de 2 grammes donnés à intervalles réguliers, toutes les heures environ, de façon à maintenir constamment neutre le milieu gastrique.

Le lavage de l'estomac est inutile et même nuisible lorsqu'il existe seulement de la gastrosuccorrhée : il doit être réservé pour les cas compliqués de stase gastrique.

Nous avons soumis notre malade au traitement par la

craie : tous les jours il prenait environ 15 grammes du médicament par paquets de 2 grammes toutes les trois heures. Il n'a eu aucun autre médicament. Il est bon d'ajouter qu'il n'a pas été soumis au régime lacté exclusif. Nous nous sommes contenté d'interdire les substances notoirement irritantes, les boissons fermentées, les épices, les vinaigrettes.

Le résultat a été brillant. Les douleurs et les vomissements ont complètement disparu en quelques jours. L'alimentation a pu être reprise presque immédiatement. Nous avons revu dernièrement le malade; en un mois et demi il a augmenté de près de 8 kilos. Il a retrouvé ses forces, son activité. Ses melænas n'ont pas reparu. Il paraît véritablement guéri. Je me propose de rechercher prochainement si à cette amélioration considérable des troubles dyspeptiques correspond une diminution de l'hypersécrétion et de l'hyperacidité du suc gastrique.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 Janvier 1896.

Élection.

Sont nommés correspondants étrangers, 2e division :

1re *place.* — M. Démosthène (de Bucarest).	48 voix	ÉLU.
— M. Jacques Reverdin (de Genève).	10	—
— M. Neubauer	2	—
— Bulletins blancs	3	—
Total	71 voix.	
2e *place.* — M. Jaques Reverdin (de Genève).	60 voix	ÉLU.
— Bulletin blanc	1	—
Total	61 voix.	

Comité secret.

Liste de présentation à une place vacante de membre titulaire dans la section de pharmacie :

1° M. Guignard.
2° *ex æquo.* — MM. Beauregard, Bourquelot.
3° *ex æquo.* — MM. Béhal, Quesneville, Vigier.

M. Tuffier. — Voir page 1251.

M. C. Auffret lit un travail sur les lésions traumatiques et tuberculeuses du rachis.

M. Laveran lit un rapport sur un mémoire de M. Matignon, médecin de la légation française à Pékin, relatif à l'intoxication par l'arrachose ou atriplicisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 Décembre 1896.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Brun proteste contre la réhabilitation tentée par MM. Bazy et Championnière : toutes les fois qu'il a observé des signes cliniques de typhlite et de pérityphlite, il a trouvé à l'opération des lésions d'appendicite et de péri-appendicite. Quand on trouve d'autre part des ulcérations sur le cæcum, l'appendice est toujours malade en même temps. Donc les lésions de l'appendicite coïncident toujours avec des lésions du cæcum quand celles-ci existent.

Quant à la théorie du vase clos elle n'est plus défendue que par M. Routier et M. Pozzi qui se fonde surtout sur son observation dans laquelle l'appendicite a coïncidé avec un ictère catarrhal pour admettre un bouchon muqueux au niveau de l'appendice. Mais cette observation prouve seulement qu'il s'est agi dans ce cas d'une infection générale de l'intestin avec localisation ultérieure au cholédoque et à l'appendice.

En somme la pathogénie de l'appendicite s'explique par l'infection intestinale donnant de l'infection du canal appendiculaire. On peut observer souvent, il est vrai, de l'oblitération de l'appendice, mais ces cas sont rares.

M. Pozzi pense qu'on a tort de nier toute valeur à la théorie du vase clos et que les expériences de Roger et Josué montrent que toutes les fois qu'une cavité est close, les microbes y contenus exaltent leur virulence. Et ce fait trouve sa confirmation dans ce qu'on observe en cas de salpingite, d'otites, etc. Il faut donc admettre que, lorsqu'une cavité close contient des microbes déjà *pathogènes*, ces microbes acquièrent une virulence exaltée. Il faut aussi admettre que, dans l'appendicite, c'est l'inflammation qui commence, et que l'oblitération de l'appendice donne une gravité de plus à l'affection.

La vascularisation de l'appendice rend compte encore de la gravité spéciale des affections de l'appendice. L'appendice n'est nourri que par de maigres vaisseaux contenus dans un méso très mobile qui se coude souvent. Un appendice mal nourri résiste donc moins aux infections qu'un organe bien vascularisé. Enfin, il faut tenir compte, dans l'évolution des accidents appendiculaires, de la virulence spéciale des microbes qu'on peut rencontrer dans l'appendice.

M. Bazy cite un cas récent de M. Tillaux où il a existé une légère perforation du cæcum; l'appendice était seulement adhérent au niveau de son extrémité. Dans ce cas, la lésion du cæcum semble donc prédominante.

M. Routier. — Si j'ai bien compris les orateurs qui m'ont fait l'honneur de discuter ce point de mon rapport, il me semble que la plupart ont paru, dans cette pathogénie, faire deux chapitres qu'on pourrait intituler :

Pathogénie de la maladie.

Pathogénie des accidents. Je les suivrai dans cette division.

Pour beaucoup d'entre vous, l'appendicite est une maladie secondaire, qui suivrait le plus souvent des accidents intestinaux d'ordre divers, des entérites, des entérocôlites, qui suivrait même des maladies semblant au premier abord avoir peu de rapports étroits avec elle : l'angine, la rougeole, la varicelle, les oreillons.

Je ne veux pas nier les faits observés par des collègues que je sais très bons observateurs; mais j'ai vu, je crois, à l'heure qu'il est, assez d'appendicites, et les ai toujours observées avec assez de soin, pour qu'il me soit permis d'avoir une opinion personnelle; or, je n'hésite pas à vous affirmer que, sauf dans les cas où l'appendicite vient à la suite d'une fièvre typhoïde, j'estime que c'est une maladie primitive, et à ceux qui disent qu'elle se développe au cours d'accidents intestinaux je répondrai volontiers que ces accidents doivent être mis à l'actif de l'appendicite elle-même; c'est la lésion de l'appendice qui les cause, qui les entretient, je n'en veux pour preuve que la cessation de ces désordres intestinaux observée précisément après l'ablation de l'appendice malade.

Je tiens en effet à insister particulièrement sur ce point et crois très utile de ne pas laisser s'établir la légende que quelques-uns semblent vouloir répandre, à savoir, que les opérés d'appendicite sont encore des malades qui doivent être soumis à un régime, à un traitement.

J'affirme hautement, après en avoir beaucoup vu et beaucoup suivi, que les malades opérés d'appendicite, et auxquels on a enlevé l'appendice, sont des sujets guéris et bien guéris.

D'après ce que j'ai pu observer, il me paraît absolument certain que la plupart des troubles intestinaux sont sous la dépendance de l'appendicite : c'est là, à mes yeux, ce qui justifie d'autant mieux l'intervention chirurgicale. Les erreurs de diagnostic n'engagent que ceux qui les font.

Quant à ces accidents de rectite ou de côlite pseudo-membraneuse dont on a parlé, je suis plus habitué à les rencontrer chez les nerveux que chez les malades atteints d'appendicite, c'est le cortège habituel des douleurs pelviennes chez les femmes qui ont peu ou pas de lésions utéro-ovariennes.

La fièvre typhoïde, au contraire, peut, par des lésions de

voisinage, ou par des lésions folliculaires dans l'appendice lui-même, provoquer l'appendicite, c'est incontestable.

Quelques-uns d'entre vous ont dit que l'abcès était un mode de guérison, c'est possible dans quelques cas, mais ces cas, je les crois moins nombreux qu'on ne le dit, je ne saurais cependant établir de proportion exacte.

A ceux d'entre vous qui ont voulu réhabiliter la vieille typhlite, malgré mon respect pour les choses anciennes, je dirai que je ne crois pas à son existence.

Toutes les fois que j'ai ouvert un ventre pour ce qu'on appelait une typhlite, j'ai pu montrer que le cæcum n'était pas malade, et que, s'il l'était, c'était secondairement.

La fameuse tumeur en boudin, quand elle n'est pas due à un abcès, est factice, elle n'existe pas, elle est simulée par la contraction des muscles de l'abdomen. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit si souvent, on ne peut jamais sentir l'appendice.

Je viens, ces jours-ci encore, pour mes nouveaux stagiaires, de prouver ce fait, une fois de plus, à propos d'une jeune femme que m'a envoyée mon collègue Rendu.

Cette malade avait la fameuse tumeur en boudin dans laquelle les grands cliniciens d'autrefois, qui n'ouvraient pas le ventre de leurs malades, reconnaissaient le cæcum gonflé, enflammé ou plein de matières.

Après avoir examiné cette malade et sa tumeur, j'ai cru pouvoir déclarer que cette tumeur était factice, due aux muscles contracturés.

Sous le chloroforme la tumeur a disparu, et j'ai pu faire constater avec moi, à ceux qui étaient présents, qu'il n'y avait pas l'ombre de lésion cæcale ni péricæcale, je leur ai montré le cæcum souple, de couleur et de consistance normales.

Bien mieux, l'appendice, qui était libre, du reste, était rétrocæcal, bien caché par le coussin d'air intestinal et, par conséquent, bien inaccessible à la palpation.

Mais cet appendice était couvert d'arborisations vasculaires, tendu, dur, comme en érection, et une fois réséqué j'ai pu voir qu'il contenait trois calculs petits, logés dans des nids de la muqueuse très congestionnée à son niveau.

Je viens d'avoir fort à point un cas magnifique pour démontrer une fois de plus que, même quand il y a tumeur, celle-ci n'est pas due au cæcum et en est absolument distincte.

La malade dont il s'agit, jeune femme de 25 ans, a eu ses premiers accidents le 1er décembre 1896. Elle a eu tous les accidents qu'on désignait sous le nom de typhlite, y compris une belle tumeur en boudin, que non seulement on sentait à la palpation, mais encore qui était visible; le ventre de cette malade était rendu asymétrique par la tuméfaction de sa fosse iliaque droite.

Je n'ai pas craint, au moment de l'opérer, de brûler mes vaisseaux en déclarant à mes élèves que certainement le cæcum n'était pas malade.

J'ai fait une incision sur la tumeur, non sans difficulté je suis arrivé dans le ventre, là j'ai circonscrit cette tumeur que je vous apporte, qui ressemblait à l'intestin enflammé; elle a 15 centimètres sur 6; vous pourrez voir qu'elle est constituée par des exsudats épais de 2 à 4 centimètres, circonscrivant une cavité pleine de pus, où on voit des débris de l'appendice, et sur tout son côté interne l'insertion et l'épaississement de l'épiploon.

Pour affirmer la véracité de mes assertions, je ne me suis pas contenté d'ouvrir ce qui était en somme un abcès appendiculaire, j'ai enlevé tout, lié l'appendice à son insertion au cæcum, lié et réséqué l'épiploon, et j'ai pu rentrer dans le ventre l'angle iléo-cæcal une fois les adhérences détruites, et montrer que le cæcum n'était nullement cause de la maladie, pas plus que la paroi abdominale ou l'épiploon qui étaient adhérents.

Vous m'accorderez, j'espère, après toutes ces preuves accumulées, la permission d'affirmer une fois de plus qu'il n'existe pas de typhlite dans le sens qu'on attachait à cette dénomination.

Quant à la péritonite purulente dont nous a encore parlé M. Bazy, pourquoi ne serait-elle pas de cause appendiculaire? Je le renvoie à l'observation que j'ai publiée où j'ai précisément observé une péritonite purulente analogue, bien causée par une appendicite, et cependant il n'y avait jamais eu qu'un point douloureux à gauche.

J'arrive enfin, messieurs, au point capital de la question, à la théorie de la cavité close, à la cause des accidents,

Mon ami Brun me semble avoir fait trop bon marché les expériences de M. Gervais de Rouville et de la médecine expérimentale en général, le moment me semble mal choisi, car, depuis quelques années déjà, la médecine et la chirurgie ont singulièrement bénéficié des découvertes de laboratoire. Il sait que quand je parle de laboratoires, je ne suis pas suspect.

Ce n'est qu'après de longues recherches que M. Dieulafoy a formulé sa théorie: je l'ai suivi pendant qu'il étudiait les pièces diverses d'appendicites, je lui en ai fourni un certain nombre, vous ne serez pas étonnés, malgré vos assertions, de me voir rester fidèle à sa théorie, c'est que je la crois juste.

Mais, quand M. Dieulafoy dit cavité close, il ne faudrait cependant pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit, qu'il n'y a plus de canal appendiculaire!

Les uns passent un stylet dans le canal et constatent ce fait en disant : pas de cavité close. Les autres, M. Walther, par exemple, parlant des coupes en série faites par M. Siredet, constatent que nulle part il n'y avait d'oblitération; je vous dirai que je n'en suis pas étonné, après les préparations préliminaires obligatoires que nécessitent les coupes histologiques.

C'est sur le vivant, ne l'oublions pas, que se forme la cavité close, dans un petit canal, et il suffit du gonflement de la congestion de la muqueuse pour le produire.

Cette oblitération momentanée du fait de la congestion d'une muqueuse n'est cependant pas un fait rare dans l'organisme; la trompe d'Eustache, le canal cholédoque, les fosses nasales dans le rhume dit de cerveau en sont autant d'exemples.

Dans l'appendice, la muqueuse gonfle et le transforme en cavité close; fort heureusement, tous les cas n'arrivent pas à produire des accidents mortels.

Et c'est après une ou plus probablement plusieurs poussées que le canal devient définitivement plus étroit ou disparaît, c'est ce que mon ami Brun appelle un processus curatif, c'est ce que mon ami Jalaguier considère comme une prédisposition à de nouvelles crises, je les renvoie dos à dos.

Je ne puis vous rééditer tous les arguments fournis par M. Dieulafoy à l'appui de sa théorie, je n'en retiendrai qu'un qui est, ce me semble, topique : c'est celui de l'étude de la marche des microbes dans l'appendice atteint d'inflammation; sur une planche publiée à ce sujet, on voit très clairement qu'au niveau de la cavité close les microbes pullulent, colonisent dans la paroi qu'ils traversent en groupe pour gagner la séreuse; plus rares au-dessus, il n'y en a plus un seul quand on remonte au-dessus de l'étranglement.

Enfin, voici un fait d'anatomie pathologique sur le vivant que je n'ai vu signaler par personne.

Depuis que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, depuis que mon attention a été plus particulièrement attirée sur ce point, il est une expérience que je ne manque pas de faire, que je vous engage à répéter le cas échéant; elle m'a toujours réussi. Quand j'enlève un appendice qui n'est ni gangrené, ni perforé, avant de pratiquer la ligature au ras du cæcum, je prends cet appendice entre mes doigts, et je le comprime comme pour essayer d'en exprimer le contenu dans le cæcum. Jamais je n'ai pu vider le contenu de l'appendice, il reste dur, tendu, rigide, comme en érection.

Après ligature je le résèque, et alors, tantôt il offre un canal béant, tantôt au contraire la lumière de ce canal est invisible. Mais, en le sectionnant, toujours on trouve ou un hématome, ou du pus, ou de la matière fécale encore liquide, ou des calculs.

N'est-on pas autorisé à dire qu'il y avait cavité close?

Quant à l'appendicite familiale, nous avons en assez grand nombre porté ici plus d'exemples qu'il n'en faudrait pour prouver son existence : point n'est besoin d'invoquer des malformations congénitales ou héréditaires; aucun de nous n'y a fait allusion, nous avons cité des faits qui ne sont pas plus remarquables ni plus étonnants que l'hérédité des calculs biliaires ou rénaux.

Malgré le grand nombre de contradicteurs qui ont ici pris la parole, je me vois obligé de dire que leurs arguments n'ont pas été de nature à me convaincre.

Je ne parlerai pas de la typhlite, je crois en avoir fait justice.

J'espère que cette vague discussion sur la pathogénie de l'appendicite ne sera pas l'occasion d'un pas en arrière, d'un retour

aux errements funestes d'autrefois, que, malgré une note discordante que je regrette entre toutes, les médecins resteront bien convaincus de l'importance de l'appendicite dans la pathogénie des accidents, et du grand danger que fait courir à leurs malades l'emploi des purgatifs.

Je vous ai dit, avec preuves à l'appui, ce que je pensais de la théorie qui fait de l'appendicite une maladie secondaire.

Je ne comprends pas très bien les distinctions apportées par quelques-uns d'entre vous, suivant qu'il s'agit d'une première crise ou des crises ultérieures.

La théorie basée sur l'âge et la régression tombe devant des faits; j'ai et vous avez tous des cas nombreux d'appendicite chez l'adulte et même chez le vieillard.

A ceux d'entre vous qui parlent de rétention, de stagnation, je dirai qu'ils brûlent, ils n'ont plus qu'un petit pas à faire pour être avec nous.

En résumé, pour moi, personne n'a porté ici, basée sur des faits cliniques ou sur des expériences, une théorie de l'appendicite qui satisfasse mon esprit et explique les accidents comme la théorie de la cavité close.

M. Chauvel fait un rapport au nom de **M. Chupin** sur un cas de *trépanation préventive* chez un malade blessé par un coup de pied de cheval. Le frontal est enfoncé dans une profondeur de 1 centimètre environ. Il y a en même temps fracture des 2 tables de l'os. M. Chupin a fait la trépanation et a relevé les fragments. Le malade a très bien guéri.

M. Phocas de Lille rapporte 2 observations de *tumeur sacro-coccygienne*. Dans un de ces cas, la tumeur était animée de battements rythmiques. M. Phocas n'a opéré le second malade qu'au bout de 22 mois, avec succès.

M. Picqué présente un malade auquel **M. Souligoux** a fait par son procédé une gastro-entérostomie pour cancer.

M. Delorme présente un malade diabétique atteint d'une névrite ascendante du bras, traité par la compression. Le malade est notablement amélioré et les douleurs provoquées ont disparu.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 Décembre 1896.

La radiographie en médecine. Extension de la méthode.

M. Bouchard signale quelques faits nouveaux relatifs à l'utilisation des rayons Röntgen au point de vue du diagnostic de certaines affections du thorax.

Ses expériences n'avaient porté jusqu'ici que sur des épanchements pleurétiques et des cavernes tuberculeuses dont il avait pu déterminer avec précision le siège et l'étendue. Il vient d'appliquer la méthode radiographique avec un égal succès à des cas où les autres procédés d'exploration physique laissaient des doutes: c'est ainsi que les rayons X révélèrent nettement l'existence de ganglions bronchiques chez un malade sur lequel l'examen ordinaire n'avait fourni que des données incertaines, et qu'une autre fois ils permirent de reconnaître d'emblée une ectopie du cœur, alors qu'on avait diagnostiqué un anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Bouchard ajoute que les résultats si caractéristiques et si formels qu'on obtient pour la région thoracique ne se retrouvent plus lorsqu'on essaye d'appliquer la même méthode à l'exploration de l'abdomen. Toutes les tentatives qu'il a faites dans ce sens ont échoué du moins jusqu'ici.

La dépense énergétique des muscles en état de contraction statique.

M. Chauveau. — De nombreuses expériences faites avec le double contrôle du degré d'échauffement et des échanges de respiration m'ont fourni les mêmes résultats, en apparence paradoxaux, que j'avais déjà pu énoncer pour le fonctionnement dynamique des muscles : à savoir, que les muscles produisent un travail d'autant plus économique qu'ils le font sous un angle de raccourcissement *moindre*.

Propriété immunisante du sang d'anguilles contre le venin des serpents.

M. Physalix a pensé que le sang d'anguille, qui est très toxique, devait contenir, en même temps que des toxines, des substances antitoxiques. En chauffant le sang à 55°, il est arrivé à détruire les substances toxiques. En l'injectant ensuite à des cobayes, il les a préservés de l'action du venin des serpents. Il faut toutefois que l'injection immunisante ait été faite quelques jours avant l'inoculation du venin pour que l'immunisation soit complète.

Abaissement du point de congélation de l'eau par les liquides de l'organisme.

M. Armand Gautier. — Le travail que j'ai présenté l'année dernière au nom de **M. Winter**, à ce sujet, a été contesté en France par MM. Borda et Genin ; il a été, par contre, confirmé en Allemagne par M. Hamburger. Or, il résulte des nouvelles expériences entreprises par M. Winter que tous les liquides de l'organisme abaissent le point de congélation de l'eau d'environ 55 à 56 centièmes de degré, c'est-à-dire à peu près de la même façon — comme il l'a déjà démontré. Ce fait a une importance théorique et pratique, puisqu'il permet de conclure que les liquides de l'organisme ont, sous le même volume, le même nombre de molécules, et qu'on peut ainsi remarquer si un lait a été plus ou moins étendu d'eau.

Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection des sérums de vaccinés.

M. de Nittis. — Sur les conseils et avec l'aide de M. Charrin, pour mettre en évidence le rôle du système nerveux dans la résistance conférée par les sérums thérapeutiques, l'auteur sectionne un sciatique d'un lapin; d'autre part il injecte par les veines le sérum thérapeutique indiqué récemment par lui (*Biologie*, 13 juin 1896); enfin il inocule des cultures vivantes de proteus vulgaris et dans la patte normale et dans la patte énervée.

Tantôt l'injection de sérum précède l'énervation, tantôt elle la suit; tantôt enfin elle accompagne l'inoculation du virus.

Or, — si l'immunité conférée est relative, car trop parfaite elle annihilerait les différences, — les abcès avortent ou acquièrent un moindre volume du côté non opéré, tandis que la lésion des tissus énervés montre que la résistance à la suite des injections de sérum est une réaction des éléments anatomiques sous la dépendance du système nerveux, dont l'intégrité est nécessaire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 10 Décembre 1896.

Monstre double provenant d'une brebis. Sycéphalien synote.

M. V. Dujon. — Ce monstre est composé de 2 fœtus avec une seule tête, un seul tronc et 8 membres. Le bassin et les membres postérieurs de chaque fœtus sont indépendants. Il y a union au-dessus de l'ombilic. Il semble n'y avoir qu'un thorax, un cou et une tête. Le thorax est constitué par deux rachis placés latéralement, et deux sternums médians, l'un antérieur, l'autre postérieur; au thorax sont attachés 4 membres antérieurs normaux. Le cou est fait de 2 colonnes vertébrales qu'il est facile de sentir entre les doigts; il se trouve à sa partie postérieure une dépression médiane et verticale. La tête est bien conformée; mais elle présente en arrière une oreille double surnuméraire, dont les 2 pavillons sont soudés par leur base.

Il y a 2 circulations, 2 cœurs, 2 aortes, 2 cordons. Une anastomose transversale allant de l'aorte d'un côté à l'artère pulmonaire du côté opposé, fait communiquer les deux circulations. Il y a 2 trachées, 4 poumons.

Le tube digestif, unique dans sa moitié supérieure (pharynx, œsophage, 1re moitié de l'intestin grêle), est double, dans le reste. Il y a 2 foies et 2 rates.

Au-dessous de la cavité crânienne, parfaitement développée, existe dans l'épaisseur des os, au niveau de l'oreille surnuméraire, une petite cavité kystique communiquant avec le pharynx et paraissant être les vestiges de la tête atrophiée.

Emploi des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum.

M. Olivier s'efforce de démontrer qu'aujourd'hui l'accoucheur doit toujours avoir avec lui tout ce qui est nécessaire pour faire extemporanément une injection de sérum salin. Il établit tout d'abord que c'est à une solution de chlorure de sodium à l'exclusion de toute autre qu'il faut avoir recours et que le titre de cette solution, conformément aux conclusions de Malassez, doit être de 10 p. 100. Quant à la voie à emprunter, elle variera avec les cas. Dans les cas d'hémorrhagie grave mettant la femme en danger de mort, c'est à l'injection intraveineuse qu'il faut avoir recours; dans le cas où l'urgence est moindre, on fera l'injection sous-cutanée. Mais, pour faire ces injections, il faut des instruments. Molinier a fait construire, par M. Gentile, une trousse d'urgence qui comprend un siphon muni de canules spéciales pour l'injection intraveineuse; une seringue présentant une disposition particulière permettant d'injecter dans le tissu cellulaire le sérum salin sans aucun effort et rapidement; enfin une boîte métallique garnie de feutre intérieurement et contenant un flacon de sérum salin. L'accoucheur ainsi pourvu pourra de la sorte parer rapidement aux conséquences des hémorrhagies.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 29 Juillet 1896.

Épilepsie motrice et sensorielle produite par une tumeur cérébrale.

M. Pierre Parisot. — Il s'agit d'un homme de 69 ans chez lequel n'existaient ni tare nerveuse ni alcoolisme. Il présenta des crises épileptiformes d'abord limitées an côté gauche du corps, plus tard généralisées, à la suite desquelles il avait des hallucinations de la vue et de l'*ouïe* sans caractère d'unilatéralité. Il voyait danser autour de lui, apercevait de l'eau sur le sol, etc., il entendait parler des personnes mortes depuis longtemps et leur répondait; à l'hospice, il percevait la voix de sa femme lui adressant des reproches ou bien c'était son frère qui lui causait et avec lequel il s'entretenait. Ces hallucinations disparaissaient peu à peu, mais persistaient souvent pendant trois, quatre et cinq jours après les crises convulsives; l'intelligence était normale entre les accès. Les crises convulsives ont été plusieurs fois remplacées par des crises hallucinatoires de la vue et de l'ouïe qui duraient seulement quelques heures. Dans les derniers jours de son existence, le malade tomba dans un état d'hébétude qui alla s'accentuant et il succomba à une pneumonie.

A l'autopsie, on trouva la tumeur diagnostiquée. Cette tumeur, grosse comme une noix, adhérente à la dure-mère, siège dans la région orbitaire du lobe frontal droit; les centres corticaux moteurs et sensoriels n'offrent aucune altération appréciable à l'œil nu.

Une excitation produite à distance par la tumeur sur ces centres, permet d'expliquer la production des crises d'épilepsie motrice et sensorielle (hallucinations de l'*ouïe* et de la vue) observées pendant la vie.

Maladie de Basedow d'origine émotionnelle.

M. Haushalter. — Les émotions morales plus ou moins répétées peuvent-elles jouer un rôle dans la pathogénie du syndrome de Basedow? Telle est la question que semble résoudre affirmativement l'observation suivante.

La jeune X... S..., sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, mariée à l'âge de 20 ans, après avoir constamment vécu dans une maison très peuplée, vint au bout de deux ans de mariage habiter avec son mari une maison isolée dans une ville étrangère. Sans être nerveuse, elle avait toujours été assez poltronne, et dans son enfance ses frères et sœurs s'amusaient à la terrifier par des histoires de brigands; mais dès ce moment ses terreurs de la solitude s'accrurent. Dès que la nuit tombait, elle était prise, quand elle se trouvait seule, de la peur qu'on ne vienne l'attaquer; jamais elle ne se couchait avant que son mari ne fût rentré, et même quand il dormait, elle s'efforçait de demeurer éveillée, luttant contre le sommeil. A cette époque elle était enceinte; deux mois après l'accouchement débutèrent petit à petit les premiers symptômes de la maladie de Basedow, qui allèrent en progressant, atteignirent leur maximum il y a cinq ans, et s'amendent un peu depuis deux ans. La malade a eu depuis d'autres grossesses qui ne modifient son état en aucun sens.

En outre des signes classiques du goître exophtalmique, le caractère de la malade a beaucoup changé. Très douce autrefois, elle est devenue irascible; elle s'emporte pour un rien, crie, pleure, tremble. C'est bien la *névrose émotionnelle* de Peter, névrose née, par un mécanisme inconnu, de la perversion fonctionnelle de la glande thyroïde, sous l'influence des émotions de la peur.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Sur l'ostéomyélite larvée.

M. Poncet. — L'ostéomyélite larvée, dont le principal caractère est de ne révéler son existence que par des douleurs passagères plus ou moins vives, sans manifestation clinique apparente, reconnaît habituellement comme point de départ une infection staphylococcienne ou autre, ayant provoqué des accidents graves sur une ou plusieurs extrémités osseuses.

C'est généralement au cours d'une ostéomyélite suppurée que le malade éprouve des douleurs dans d'autres parties du squelette : ces ostéalgies, manifestations d'une affection très atténuée, peuvent disparaître spontanément ou être le premier terme d'une ostéopériostite ou d'un abcès intra-osseux.

L'observation qui sert de base à la présentation de M. Poncet est celle d'un jeune garçon, actuellement âgé de 18 ans, qu'il eut à opérer une première fois, en 1888, pour une ostéomyélite aiguë du tibia avec envahissemept secondaire, par le pus, des articulations du genou et du cou-de-pied; il pratiqua, à cette époque, la résection totale du tibia nécrosé, qui amena la guérison de ces lésions étendues, mais laissa persister quelques douleurs rhumatoïdes dans l'humérus droit, sans que l'examen attentif de ce dernier os pût alors déceler aucune altération.

Depuis ce temps le petit opéré fut revu régulièrement deux fois par an par M. Poncet. Les douleurs persistaient, étaient exaspérées par le froid, l'humidité, particulièrement le soir et dans la première partie de la nuit. A ce moment, en 1892, l'examen fonctionnel de l'humérus droit fut encore à peu près négatif, mais la mensuration décela une augmentation de 3 centimètres de la longueur de l'os, par rapport à celui du côté gauche.

Comme les troubles étaient trop peu accentués pour nécessiter une intervention active, on resta dans l'expectation jusqu'en janvier 1896 où les douleurs prirent le caractère de névralgies graves.

En février, comme il n'y a aucune amélioration, M. Poncet se décide à intervenir, bien que l'humérus semble toujours intact, et qu'il y ait intégrité parfaite des parties molles sus-jacentes, seulement un hyperallongement de 4 centimètres au lieu de 3.

Le 27 février, éthérisation, incision sur le point douloureux, des parties molles et du périoste qui ne semble pas épaissi, dénudation de l'os qui apparaît vascularisé à l'excès et un peu induré. Trépanation de 2 centimètres sur 8 millimètres; on trouve le canal médullaire rétréci, occupé par des trabécules osseuses nouvelles qui réduisent son calibre à celui d'une aiguille de bas, et par une moelle sclérosée, d'apparence fibro-muqueuse, dont la coloration tranche sur celle des régions incolores voisines. Evidement de tout l'os correspondant à la surface de la trépanation; les fragments de moelle retirés sont recueillis aseptiquement pour être examinés.

Le lendemain de l'opération, les douleurs persistent encore dans le bras, mais elles sont moins vives; 3 jours après, elles ont disparu pour ne jamais revenir depuis. La guérison pouvait être considérée comme définitive en novembre.

Les fragments de moelle ensemencés ont laissé les bouillons de culture stériles.

Il s'agissait donc ici d'une de ces lésions infectieuses à distane, dont le foyer avait sans doute été créé au moment de la première poussée d'ostéomyélite aiguë du tibia, alors que toute l'écodomie était comme imprégnée par les microorganismes et leurs toxines; depuis, les germes avaient disparu (ainsi qu'il arrive aussi dans les vieilles suppurations du foie et des annexes) et leurs lésions anciennes seules avaient persisté, sclérose de la moelle et da ses vaisseaux, peut-être aussi névrite des terminaisons intra-osseuses.

En présence de tels faits, qui ont la valeur d'une expérience de laboratoire, M. Poncet, si les douleurs sont rares et peu accentuées, temporise et a recours aux analgésiques; la guérison peut en effet être observée; mais si les souffrances s'exaspèrent, deviennent concassantes et térébrantes, comme les névralgies osseuses vraies, il trépane l'os sans attendre plus longtemps et alors même qu'il n'existe ni gonflement extérieur, ni douleur limitée à la pression; il se base alors sur le point indiqué par le malade comme centre d'irradiation des douleurs. L'étendue de l'évidement osseux à faire est, d'ordinaire, indiquée par les caractères normaux de l'os (vascularisation, ou éburnation) et de la moelle (congestion, sclérose) à ce niveau. La plaie est pansée à plat et la cicatrisation abandonnée à la réunion par seconde intention.

M. Poncet insiste, en terminant, sur la nécessité de dépister ces ostéalgies à distance; un de ses élèves, M. Mialaret, recherchant, dans les services de l'Hôtel-Dieu, les malades opérés d'ostéomyélite depuis un mois au moins, a noté, 10 fois sur 43 (à peu près 1/4), de telles ostéalgies ostéomyélitiques, d'ordinaire passagères, mais parfois persistantes. C'est au médecin d'en reconnaître la nature, car, de suite après l'opération, le malade y attache peu d'importance et, plus tard, il croit à des manifestations banales de rhumatisme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Octobre et Novembre 1896.

Un nouveau procédé de suture pour gastro-entéro-anastomoses.

M. Briau présente un malade auquel **M. Jaboulay** a fait, il y a 8 jours, une gastro-entéro-anastomose pour un néoplasme du pylore diagnostiqué par M. Bouveret.

Renonçant au bouton de Murphy en raison de ses mouvements, M. Jaboulay a eu recours au procédé suivant :

Abouchement de la première anse du jéjunum avec la face antérieure de l'estomac, par-dessus l'épiploon rétracté et le côlon transversal. Incision de part et d'autre de 2 centimètres; suture par les deux surjets aller et retour d'abord séreux, puis muqueux pour les lèvres postérieurs des incisions, ensuite muqueux et séro-séreux pour les lèvres antérieures; enfin pour remédier au reflux de la bile dans l'estomac, deux points de suspension séro-séreux de part et d'autre à deux centimètres des extrémités de la bouche stomacale.

Six malades ont été jusqu'ici opérés par ce procédé : la plupart, malgré la persistance de leur lésion organique, ont pu reprendre leurs occupations. L'un des deux atteint d'un rétrécissement cicatriciel du pylore, a toutes les apparences d'une bonne santé.

Maladie osseuse de Paget.

M. Pic. — Les hasards de la chronique hospitalière m'ont permis, en l'espace de six ans, d'observer 3 cas de maladie de de Paget, ce qui est un nombre considérable par rapport aux cas publiés.

Le dernier est particulièrement intéressant en raison des manifestations nerveuses concomitantes. Il s'agit d'un lithographe de 58 ans, né des parents robustes, ne présentant lui-même d'autre antécédent qu'une propension aux abus d'alcool.

L'affection a débuté à l'âge de quarante-huit ans, c'est-à-dire il y a dix ans, par une faiblesse subite éprouvée dans les jambes un jour qu'il descendait l'escalier de sa maison; la faiblesse persista et c'est à partir de la même époque qu'il vit ses membres inférieurs s'incurver peu à peu sous lui en arc de cercle. A noter que le métier de lithographe du malade l'oblige à rester constamment debout. Pendant ces trois premières années, crampes douloureuses assez fréquentes, disparaissant par le contact avec un objet glacé. La déformation des membres inférieurs est allée en s'accentuant de jour en jour.

Aujourd'hui on constate une incurvation considérable en arc de cercle à concavité interne des deux membres inférieurs. Dans la station verticale le malade arrive à se tenir debout en croisant ces derniers en X, de telle sorte que le bord interne de chaque pied ne repose plus sur le sol. Le corps est penché en avant.

La marche devient de jour en jour plus difficile en raison de la déformation et d'une contracture très marquée des adducteurs, empêchant le malade d'écarter les cuisses. On trouve une notable exagération des réflexes tendineux, et une légère incontinence d'urine.

Ces divers phénomènes sont peut-être de nature à appuyer l'hypothèse de l'origine médullaire de la maladie de Paget, que les plus récentes recherches anatomo-pathologiques tendent à faire admettre.

Étude sur la vraie nature du « cancer vert ».

MM. Paviot et Gallois. — L'entité morbide isolée, en 1834, par Aran et connue depuis sous le nom de « cancer vert » ne serait, d'après l'examen d'un fait récent observé dans le service de M. Colrat, qu'une *manifestation de la leucocythémie*, fait dont il est à peine besoin de faire ressortir l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Le néoplasme présentait en effet dans ce cas une similitude clinique absolue avec la variété maligne des tumeurs lymphoïdes symétriques des orbites, décrite par Gayet et Osterwald. L'enfant qui en était atteint et qui en mourut en 4 mois avant un foie leucocythémique. Aussi les auteurs n'hésitent-ils pas à conclure.

1° Le cancer vert d'Aran (chloroma de King) est constitué par un ensemble de lymphomes tangibles, devenus apparents à cause de leur siège orbitaire, temporal et occipital.

2° L'allure clinique, les résultats autopsiques autorisent à le rattacher à la leucocythémie qui, dans son évolution, précède, comme en témoignent la pâleur et l'état général grave, l'apparition de ces lymphomes orbitaires.

Myome malin.

M. Duplant. — Une femme âgée de 33 ans, sans antécédents morbides héréditaires ou personnels, accouche normalement d'un troisième enfant au mois de septembre dernier. Après sa délivrance le volume de l'abdomen n'avait diminué que de moitié et la malade percevait dans la fosse iliaque gauche une volumineuse tumeur. En même temps on notait de l'amaigrissement et une faiblesse croissante.

A la palpation on trouve en effet une énorme tumeur occupant toute la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, dépassant la ligne ombilicale à gauche et s'étendant au-dessous d'elle à droite. Toute la surface du néoplasme est mamelonnée.

Comme troubles fonctionnels la malade n'accuse que de vagues douleurs dans l'abdomen, mais souffre d'une dyspnée extrême, sans qu'il y ait du côté du cœur aucune lésion appréciable. Les poumons présentent un peu de submatité aux deux bases avec quelques râles sous-crépitants.

Pas de diarrhée ni de vomissements. Pas de pertes vaginales. Pas d'albuminurie ni de sang dans l'urine.

Le 1er décembre, on constate des signes d'épanchement pleural gauche. Une ponction donne issue à un liquide franchement hématique. Œdème très marqué des membres inférieurs.

Le 3, l'épanchement est bilatéral. La dyspnée est extrême. L'œdème s'est considérablement accru. Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve la cavité péritonéale distendue par une grande quantité de liquide rosé. La séreuse pariétale est recouverte d'une foule de noyaux de généralisation blanc rosé. La tumeur, énorme, dont le poids peut être évalué à 6 kilog., présente des adhérences telles avec les anses intestinales, qu'il est impossible d'en isoler une seule. Elle paraît comprendre les annexes, qu'il est impossible de retrouver.

L'utérus, le rectum, la vessie sont englobés comme les anses intestinales, les fibres musculaires de la matrice ne paraissent pas infiltrées. Le volume total de l'organe est réduit : la cavité qui, il y a 2 mois, contenait un fœtus à terme, est aujourd'hui de la grosseur d'une noix. Les poumons offrent des noyaux au niveau du hile et de la plèvre viscérale.

Au microscope, la tumeur paraît formée de cellules fusiformes disposées en faisceaux. Les uns, coupés longitudinalement, forment des arcades, que rencontrent, perpendiculairement à leur direction, des faisceaux coupés transversalement. Cette disposition rappelle celle des fibres musculaires de l'utérus. Il n'existe pas de substance intercellulaire. Les éléments anatomiques sont en contact les uns avec les autres sans interposition. La tumeur possède peu de vaisseaux.

Nous croyons donc bien avoir affaire à une tumeur maligne d'origine musculaire lisse. Nous pensons également à son point de départ dans l'ovaire. Car son début dans la fosse iliaque gauche, son développement pendant la grossesse éliminent l'idée d'une origine utérine.

Cette observation est intéressante à plusieurs chefs. Outre le peu de fréquence des tumeurs de cette nature, nous croyons utile d'attirer l'attention sur son développement pendant une grossesse qui a suivi son cours normal et qui s'est terminée par un accouchement facile.

En outre, il serait peut-être intéressant de suivre l'évolution de l'enfant, qui peut-être, nous fournira un jour, un fait de plus à la notion de l'hérédité du cancer.

Gastrotomie dans un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Rétablissement de la fonction.

M. Villard présente une malade atteinte de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, chez laquelle il a pratiqué, il y a eu 5 mois, une gastrotomie pour des accidents de sténose infranchissable. Cette femme, fut, pendant huit jours, alimentée exclusivement par la bouche stomacale ; au bout de ce temps, la déglutition œsophagienne recommençant à devenir possible pour les liquides, on tenta avec succès des cathétérismes avec des bougies d'abord filiformes, puis de plus en plus grosses ; le calibre de l'œsophage ainsi rétabli progressivement, 2 opérations furent tentées pour oblitérer l'orifice stomacal. Actuellement, il n'existe plus qu'une fistulette insignifiante ; la déglutition œsophagienne est possible pour tous les aliments ; la malade a augmenté de 10 kilogs.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Paul Courmont, apporte, pour prouver l'efficacité de la méthode de Widal, une statistique personnelle de plus de 100 cas de séro-réaction, dont 88 chez les typhiques. Il divise ces cas de la façon suivante :

1° Cas de fièvre typhoïde étudiés au début ou dans le cours de la maladie. — L'auteur en rapporte 44 cas. Sur ces 44 cas la séro-réaction n'a jamais manqué ; dans un seul, elle était absente au 6e jour, mais est apparue au 10e. Dans un cas cliniquement douteux, la réaction a été douteuse aussi. La période la plus précoce où ait apparu la réaction est le 5e jour de la maladie (les malades n'ont pas toujours pu, en effet, être examinés dès leur entrée) ; elle apparaît généralement vers le 7e jour.

Chez plusieurs de ces malades, la réaction a souvent aidé le diagnostic et, dans plusieurs cas, l'a affirmé contre les données de la clinique, et l'évolution ultérieure confirmait la dothiénentérie (cas de dothiénentérie revêtant la marque de granulie, de méningite, etc.).

2° Cas de fièvre typhoïde étudiés après la guérison, 45 cas. — La réaction a toujours persisté pendant le premier mois (25 cas) : de 1 à 4 mois après la guérison, elle n'a fait défaut que 5 fois (sur 14 cas). Chez 2 malades examinés un an et 2 ans après leur maladie. la réaction persistait encore ; elle manquait chez 2 autres (5e et 25e année).

Chez un des malades présentant la réaction, celle-ci a servi à faire le diagnostic rétrospectif d'une dothiénentérie ignorée, et cause des névrites pour lesquelles le malade entre à l'hôpital.

3° Cas de malades non typhiques. — Dans ces cas, la réaction n'a jamais été positive.

Dix observations de pleurésie, pneumonie et autres maladies fébriles confirmèrent la valeur de la réaction qui a été absente constamment. Dans 8 autres faits, l'absence des réactions a permis d'éviter la confusion avec la dothiénentérie d'affections à forme typhique (3 embarras gastriques, 1 phtisie aiguë, 1 pneumonie, 1 péritonite, 1 grippe) et dont l'évolution ultérieure a d'ailleurs prouvé la nature.

En rapprochant ces résultats des 250 faits environ publiés avant lui, M. Courmont conclut :

a) La séro-réaction est absolument constante dans la dothiénentérie ; apparaît le plus souvent vers le 7e jour, souvent avant ; elle persiste plusieurs mois au moins après la guérison.

b) Sa présence au cours d'une maladie fébrile doit faire porter le diagnostic d'une fièvre typhoïde.

c) Son absence ne donne pas la certitude pour le diagnostic négatif, mais entraîne de très grandes probabilités surtout à une période un peu avancée de la maladie.

Les 2 ou 3 faits soi-disant contradictoires publiés jusqu'ici ne sont pas suffisamment explicites sur les détails de la maladie, la façon dont la séro-réaction a été faite, pour pouvoir infirmer la constance des résultats positifs. Aucun fait de séro-réaction positive avec autopsie ou examen bactériologique prouvant l'absence de dothiénentérie n'a pu être rencontré et la réciproque est vraie.

M. Courmont aborde aussi le chapitre du séro-pronostic de la dothiénentérie sur lequel il publiait une note au mois de juillet à la Société de biologie et qui a été repris par M. Catrin à la Société médicale des hôpitaux.

L'étude minutieusement conduite de la séro-réaction, de ses caractères, de son apparition, etc., dans ses rapports avec la gravité de la maladie, pourra conduire au séro-pronostic de la fièvre typhoïde.

L'auteur donne enfin le procédé clinique, rapide et facile pour faire la séro-réaction.

Torticolis spasmodique.

M. Proton présente un malade entré à l'hôpital, il y a quelque temps, pour des contractions brusques du sterno-cléido-mastoïdien gauche. L'hypothèse de mal de Pott cervical étant écartée, on commence par soumettre le malade à une traction de 20 kilogs, pour réduire la contraction, et cela sans aucun résultat. On pratique ensuite la résection du nerf spinal, avec une application d'une minerve. Malgré cela les symptômes spamodiques persistent et s'étendent même aux muscles de la région inférieure de la face.

Le 9 octobre 1896. M. Nové-Josserand pratique la résection de tous les muscles de la nuque et du cou du côté gauche, sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, grand et petit complexus, splenius, etc. On prend soin d'interposer de la gaze iodoformée dans les incisions, de façon à maintenir l'écartement des muscles.

Cette intervention paraît avoir produit les meilleurs résultats.

M. Nové-Josserand. — Il est assez rare de rencontrer une association de tics convulsifs telle que celle qui nous est offerte par ce malade. En règle générale, les spasmes du sterno-cléido-mastoïdien gauche devraient s'accompagner d'une contraction des muscles de la nuque du côté opposé.

Nous devons remarquer l'insuccès absolu du traitement médical ; la résection du spinal ne fut, du reste, pas plus efficace. Néanmoins les secousses spasmodiques se reproduisaient incessamment, entraînant une gêne considérable, créant une infirmité telle qu'une intervention nouvelle s'imposait. C'est dans ce but que nous avons pratiqué une large incision des muscles précités. Les suites opératoires ont été des plus simples. Il est intéressant de noter qu'immédiatement après l'opération l'inclinaison de la tête a persisté et paraissait même plus accentuée

qu'auparavant. Au bout de dix à douze jours, au fur et à mesure que s'effectuait la réunion des muscles, on vit la tête reprendre son attitude normale.

Actuellement, le malade conserve encore son tic partiellement, mais la gêne qu'il entraîne est minime, les secousses sont rares, isolées, bien que se reproduisant parfois avec une certaine fréquence.

Notons en passant combien est faible la gêne fonctionnelle qui suit la section étendue des muscles.

Actinomycose de l'appendice iléo-cæcal.

M. Gangolphe relate un cas d'actinomycose abdominale, dont le diagnostic histologique, formulé par M. Louis Dor, corrobore pleinement l'histoire clinique.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, vigoureux, de belle apparence, entré à l'hôpital le 16 juin dernier. Dix mois auparavant, durant son service militaire, il fut atteint de coliques qui depuis revinrent encore par intervalles.

Au mois d'avril dernier, le malade est forcé d'interrompre son travail, ses forces diminuent, il maigrit, tousse et se plaint de douleurs coliquatives à l'hypogastre, dans la fosse iliaque, surtout du côté gauche, où il existe une masse verticale mesurant 8 à 10 centimètres de hauteur, dure, unie, sur la ligne médiane, avec une masse semblable se prolongeant dans l'épaisseur du muscle grand droit du côté droit.

On songe d'abord à un néoplasme ; puis le diagnostic auquel on s'arrête est celui de phlegmon chronique de la cavité prévésicale, d'autant que le malade accuse quelques troubles de la miction, gêne pour uriner (il a contracté une blennorrhagie quatre ans auparavant).

La température oscille entre 37°7 et 38°5.

Les urines renferment un peu d'albumine.

Dix jours après l'entrée du malade à l'hôpital une intervention est décidée. On incise sur un point fluctuant situé au niveau du bord externe du grand droit. L'incision donne issue à une faible cuillerée de pus et met à nu un tissu lardacé, scléreux. Une nouvelle incision est faite du côté gauche au niveau de la masse principale inflammatoire ; une autre dans le tissu cellulaire prévésical qui est induré, une dernière entre les grands droits. On rencontre toujours le même tissu scléreux, mais pas de pus. Drainage, pansement.

L'état du malade semblait s'être amélioré durant les quelques jours qui suivirent l'opération.

Puis, subitement, nous vîmes s'ouvrir une multitude de petits trajets fistuleux, dans les régions ombilicale, inguino-scrotale, etc., si bien qu'au bout de peu de temps la paroi abdominale ressemble à une écumoire.

A ce moment nous pensons qu'il devait s'agir présentement d'un cas d'actinomycose abdominale localisée à l'appendice ou à la région cæcale primitivement.

Une nouvelle intervention fut pratiquée, et une incision plus large que les précédentes nous permit de rencontrer un foyer rempli de granulations jaunes très typiques. Ces productions ont été examinées par M. Dor, qui n'hésite pas à reconnaître des formations d'actinomycose.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Octobre-Novembre 1896.

Grossesse et fièvre typhoïde. Accouchement prématuré. — Propriété agglutinative du sérum chez la mère et l'enfant.

M. Chambrelent. — Une femme enceinte de 8 mois contracte une fièvre typhoïde, dans le premier septénaire de laquelle elle accoucha prématurément d'un enfant petit, mais vivant, qui fut placé dans une couveuse.

La nature éberthienne de la maladie fut démontrée chez la mère par le séro-diagnostic. Quant à l'enfant, il dut être gavé en raison de son collapsus, il eut de l'ictère avec augmentation très considérable du volume du foie, du catharrhe broncho-pulmonaire. Ces symptômes doivent être mis sur le compte de la contagion de la mère au fœtus ; car le sérum de l'enfant présenta manifestement la réaction agglutinative caractéristique.

Tuberculose et grossesse

M. Lefour. — Dans une publication antérieure, j'ai raconté l'histoire d'une femme qui, mariée à un tuberculeux, fit successivement 8 fausses couches. Elle devint veuve, épousa un homme sain, devint enceinte pour la neuvième fois et mit au monde un enfant vivant né à terme et bien portant.

J'ai observé depuis un autre fait qui peut servir à l'étude de l'influence de la tuberculose paternelle sur l'évolution des grossesses,

Il s'agit d'un mari tuberculeux dont la femme a fait successivement 4 fausses couches. Cet homme s'étant notablement amélioré, sa femme, devenue enceinte pour la cinquième fois, a mené sa grossesse à terme. Depuis, l'état du mari s'étant de nouveau empiré, l'évolution de la tuberculose a repris sa marche. Deux grossesses nouvelles ayant eu lieu se sont terminées par 2 fausses couches.

Rôle du curage digital dans la rétention placentaire post-abortive

M. Binaud. — Une femme de 26 ans, à la suite d'une fausse couche de 2 mois et demi, a de la fièvre, un utérus gros, un col entr'ouvert. Pour remédier à cet état, on pratique le curage digital puis le curettage instrumental qui permet l'évacuation complète des produits de rétention placentaire.

M. Chaleix. — Le curage digital post-abortif ne peut être fait qu'à la condition d'abaisser l'utérus : il est donc contre-indiqué dans le cas ou il existe déjà un état inflammatoire des annexes.

M. Audebert. — L'exploration digitale est un auxiliaire précieux du curettage : elle devra, toutes les fois qu'elle est possible, être pratiquée avant, pendant et après l'opération si l'on veut être sûr d'évacuer complètement le contenu de l'utérus.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Octobre-Novembre 1896.

Deux cas de rupture du cordon due à une insertion vélamenteuse.

M. Audebert. — Chez une femme quintipare, le cordon, au cours d'un accouchement normal, se rompit à 5 centimètres du placenta, malgré qu'aucune traction violente n'ait été faite.

Dans un autre cas, le même accident se produisit chez une femme tertipare, après cours d'un accouchement de 2 jumeaux. La sage-femme, les 2 fœtus expulsés, voulant se rendre compte de la marche de la délivrance, tendit un des cordons sans exercer la moindre traction : immédiatement le cordon se déchira.

Dans ces deux faits l'examen du délivre montra que les éléments du cordon se dissociaient et serpentaient dans les membranes avant de s'unir au tissu placentaire.

La possibilité d'une insertion vélamenteuse, rendant beaucoup plus grande la fragilité de la tige funiculaire, doit engager le praticien à suivre strictement le principe classique qui conseille de s'abstenir de toute traction sur le cordon.

Fibrome utérin.

M. Villar communique l'observation d'une malade de 48 ans chez laquelle coexistaient un gros fibrome, un kyste de l'ovaire droit, deux kystes du ligament large, deux salpingites suppurées, et à laquelle il pratiqua avec succès l'hystérectomie abdominale totale.

Luxation intra-pelvienne de la hanche.

MM. Bourquet et **Tocheport.** — Un charretier, âgé de 32 ans, tombe à la renverse de telle façon, que la roue droite de

derrière de son camion passe sur sa cuisse droite de bas en haut et de dedans en dehors. Il en résulte une luxation intra-pelvienne, caractérisée par la position du membre en abduction et rotation en dehors, la tête fémorale faisant saillie dans la fosse iliaque, le col à cheval sur la branche iléopubienne, les vaisseaux fémoraux soulevés et battant immédiatement sous la peau.

La réduction est obtenue sous le chloroforme par les manœuvres suivantes. On exagère l'abduction et la rotation en dehors, et on fléchit la cuisse sur le bassin jusqu'à dépasser l'angle droit. On imprime alors un mouvement de rotation en dedans : la tête se décroche et vient brusquement en position pubienne. On essaie de réduire cette luxation pubienne; elle se transforme en iliaque; enfin, par une simple traction du membre inférieur, la tête réintègre le cotyle.

Suites simples : deux mois après l'accident, le malade a récupéré tous les mouvements de son articulation.

M. Coyne. — J'ai pu étudier sur une pièce, provenant d'un sujet qui succomba à la suite des violentes contusions qu'il reçut, les modes de production est de réduction de ces luxations. Il se produit d'abord une déchirure de la partie interne de la capsule et une luxation obturatrice; puis, l'action du traumatisme se prolongeant, la tête fémorale passe au-devant de l'éminence ilio-pectinée, puis de là passe sur le bassin. Pour réduire il faut transformer, par un mouvement de rotation en dehors et de flexion combinées, cette luxation en luxation obturatrice; la tête se réduit alors quand elle se trouve juste au-devant de la déchirure capsulaire.

Cancer de l'ampoule de Vater.

M. Fichet. — Femme âgée de 62 ans, entre dans le service de M. Arnozan pour un ictère chronique datant de 6 mois et meurt dans le coma quelques jours après.

A l'autopsie on trouve un foie petit, de coloration vert foncé et une vésicule assez volumineuse, adhérente par son fond à l'angle droit du côlon. Elle se continue avec le canal cholédoque très distendu, en le suivant jusqu'à son abouchement dans le duodénum. On constate l'existence d'une masse indurée diffuse occupant l'ampoule de Vater et envahissant la tête du pancréas. En ouvrant le duodénum par son bord inférieur, on trouve l'ampoule tuméfiée, rougeâtre, et dans sa partie gauche une ulcération serpigineuse empiétant sur la paroi intestinale. Plus profondément, la tête du pancréas est également envahie par un tissu néoplasique blanc jaunâtre, infiltrant le tissu glandulaire et l'ayant remplacé. Le corps du pancréas paraît à peu près sain : le canal de Wirsung n'est pas dilaté.

Kyste dermoïde des deux ovaires.

M. Tocheport présente deux kystes de l'ovaire, contenant de la matière sébacée, des poils et des dents, et extirpés par laparotomie chez une femme de 33 ans ayant eu à 18 ans une grossesse terminée par un accouchement normal.

Cathétérisme rétrograde.

M. Michel présente deux malades chez lesquels **M. Princeteau** a pratiqué le cathétérisme rétrograde suivi d'uréthrotomie interne pour rétrécissement infranchissable de l'urèthre. L'opération dans les deux cas a été très simple et les suites excellentes. La plaie sus-pubienne, réunie par première intention, était guérie en 12 jours; la sonde à demeure avait été supprimée le 8e jour.

Les auteurs concluent qu'en raison de sa bénignité cette opération pourrait être le plus souvent substituée avec avantage à l'uréthrotomie externe.

Épithélioma de la verge à plaques ulcérées multiples avec marche rapide et perforation précoce de l'urèthre.

M. Bégouin. — Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé type, qui a débuté, il y a 5 mois, sur le bord libre d'un prépuce atteint de phimosis congénital, chez un homme de 54 ans.

En ce court espace de temps, il a perforé l'urèthre et créé trois ulcérations épithéliomateuses indépendantes. Les ganglions inguinaux sont naturellement envahis, mais les testicules et les cordons semblent indemnes.

M. Vitrac présente une pièce de tumeur de la trachée, secondaire à un épithélioma de l'œsophage, ayant ulcéré la carotide primitive droite et la jugulaire interne gauche.

MM. Mongour et **Verdelet** communiquent l'observation d'un malade de 19 ans atteint d'*astasie-abasie choréiforme*.

Injections de sérum artificiel.

M. Verger démontre expérimentalement qu'une injection de 3 centim. cubes du sérum de M. Chéron ne provoque, contrairement aux conclusions de cet auteur, *aucune* modification dans la hauteur moyenne de la pression artérielle.

Paralysie obstétricale.

M. Fieux à propos d'un cas de *paralysie obstétricale du membre supérieur chez un nouveau-né*, émet l'hypothèse qu'elle est presque toujours le résultat d'une traction combinée à l'inclinaison de la tête vers une épaule, traction qui descend d'une façon considérable les 5e et 6e racines cervicales du côté opposé, racines qui remontent haut sur la tige cervicale, et d'où proviennent précisément les nerfs circonflexe et coraco-brachial.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séances des 1 et 15 Décembre 1896.

Cholécystotomie idéale.

M. Kümmel a tout d'abord retracé le tableau clinique de la cholélithiase de la vésicule biliaire et insisté sur les difficultés qu'on rencontre parfois quand il s'agit d'établir un diagnostic ferme. L'ictère et la tuméfaction de la vésicule biliaire manquent souvent. La colique n'est nullement caractéristique, et si le plus souvent elle témoigne d'une migration des calculs et du processus inflammatoire que leur présence provoque dans la vésicule, il en existe d'autres où les douleurs classiques sont provoquées par les adhérences qui se sont formées. M. Kümmel a observé trois cas de ce genre où la laparotomie montra une vésicule rétractée, ne contenant pas de calculs et où les accidents étaient produits par des adhérences, des brides fibreuses qui entouraient la vésicule et les voies biliaires.

Pour M. Kümmel, l'intervention chirurgicale dans la lithiase vésiculaire doit être faite de bonne heure, une fois que le traitement médical, comme cela s'observe dans 50 p. 100 des cas, est reconnu impuissant. Quant au procédé opératoire, M. Kümmel préfère, dans les cas où c'est possible, la cholécystotomie idéale qui à l'avantage d'une guérison rapide, mettant le malade à l'abri de tous les inconvénients de la cholécytostomie, qui sont la fistule et l'écoulement de la bile.

M. Kümmel a fait la cholécystotomie idéale chez 24 malades il n'a eu qu'un seul cas de mort chez un opéré chez lequel la vésicule se rompit au cours de l'opération. Le malade a succombé à la péritonite. Si après l'ouverture de la vésicule on trouve des calculs dans le cystique, on les fait passer dans la vésicule et on les enlève; si l'on constate la présence d'un calcul dans le cholédoque on pratique en même temps la cholédochotomie.

M. Lenhartz est également d'avis d'opérer chaque fois que l'indication est précise. Plusieurs fois, dans des cas où le diagnostic de lithiase biliaire semblait certain, il a trouvé un cancer de la tête du pancréas qu'on considère comme très rare et dont il a observé pourtant 4 cas dans l'espace de 15 mois.

Un autre fait qui a frappé M. Lenhartz, c'est la fréquence

relative de la guérison spontanée de la lithiase vésiculaire par un mécanisme qui consiste en ce que de gros calculs enclavés dans des canaux biliaire les perforent et passent dans l'intestin d'où ils sont ensuite éliminées.

M. Wiesinger pense aussi que les gros calculs qu'on trouve dans la portion supérieure de l'intestin et qui provoquent des phénomènes d'iléus, proviennent du foie d'où ils sont sortis en suivant les gros canaux biliaire.

M. Fränkel ne croit pas à la migration simple de gros calculs le long des canaux biliaires. Quant un gros calcul est engagé dans un conduit biliaire il ne pénètre dans l'intestin qu'après avoir provoqué la nécrose et la perforation des parois du canal. Au point de vue d'un diagnostic différentiel M. Fränkel attire l'attention sur la confusion possible, à cause de l'existence des coliques avec les tumeurs de la papille de Vater, les squirres du duodénum et les cancers des villosités avec envahissement secondaire de la papille.

M. Prochownik, dans les laparotomies qu'il a eu l'occasion de faire, a souvent constaté l'existence d'une lithiase de la vésicule n'ayant jamais provoqué le moindre accident. Souvent pour faire disparaître les coliques il a suffi de libérer la vésicule des adhérences qui l'entouraient.

M. Krause n'est pas partisan de la cholécystotomie idéale à laquelle il préfère la cholécystostomie; souvent en effet la vésicule n'est pas seule en jeu et la lithiase s'effectue parallèlement dans les canaux intra-hépatiques. Dans ces conditions, si après l'ablation des calculs on ferme la vésicule et on la replace dans le ventre, on ne change rien aux conditions pathologiques. Par contre en cas de fistulisation de la vésicule, on assure, par une sorte de drainage, la sortie des sécrétions et des calculs qui se trouvent en dehors de la vésicule. C'est ainsi qu'on voit souvent la fistule donner issue, pendant des semaines et des mois, à des calculs plus ou moins volumineux. Dans ces cas la non-fermeture de la fistule, qu'on reproche tant à la cholécystostomie, doit être envisagée plutôt comme un avantage à l'actif de cette opération. La déperdition de bile par la fistule n'a pas une grande valeur en l'espèce, puisque pour un grand nombre de physiologistes la bile est simplement un liquide excrémentiel.

Les cas qui, d'après M. Krause, bénéficient le mieux de l'intervention sont ceux où le processus de la lithiase est déjà éteint et dans lesquels la laparotomie montre une vésicule transformée en un moignon ne contenant pas de calculs. Dans ces cas il suffit de détacher les adhérences et de libérer les organes voisins pour voir le syndrome de la lithiase biliaire disparaître complètement.

M. Rumpel a observé une forme particulière de lithiase de la vésicule où il n'existe pas de tuméfaction de la vésicule ni d'ictère et où quelquefois on trouve des douleurs et de la fièvre. Les signes qui permettent de faire le diagnostic de lithiase vésiculaire sont : 1° la présence d'une grande quantité de bile dans les matières fécales; 2° la présence d'une quantité notable d'urobiline dans l'urine ; 3° l'existence concomitante d'une péricardite ou d'une pleurésie droite.

M. Simmonds attire l'attention sur ce fait que la terminaison fatale est rare dans la cholélithiase. Sur 18 400 autopsies faites à l'hôpital depuis 1889, il n'a trouvé que 21 cas où la mort pouvait être attribuée à la cholélithiase. Si l'on considère ensuite que chez 10 p. 100 des autopsiées on a trouvé des calculs dans la vésicule ou dans les canaux, on trouve que la mortalité par cholélithiase ne dépasse pas 1,1 p. 100.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie bulbaire asthénique (Zwei Fälle von asthenischer Bulbärparalyse) par Kojewnikoff (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol.-liv. 3, 4, p. 242). — 1er cas : Malade âgé de 54 ans, entré à l'hôpital au mois de juillet 1893 pour des troubles de déglutition, de mastication, d'articulation et de respiration. Ces phénomènes ont eu un début subit au mois d'avril de la même année. A l'examen, on constate du ptosis du côté gauche, parésie de la branche supérieure du facial; le malade ne peut pas froncer le sourcil. Le facial inférieur est encore plus atteint, le malade ne peut ni siffler, ni souffler et de sa bouche s'écoule toujours de la salive. Les mouvements des globes oculaires sont possible et le malade accuse de temps en temps de la diplopie. La mastication est difficile et fatigante, les mouvements de la langue sont très diminués. La déglutition ne se fait qu'avec une grande difficulté. Il ne peut avaler que les liquides, qui, du reste, lui reviennent par le nez, la voix est faible et il peut au début proférer quelques paroles, mais ensuite sa voix s'éteint et elle est fatiguée. La respiration est difficile, le malade manque d'air. On entend des râles à cause de l'accumulation des crachats dans la gorge. La musculature de la face est amaigrie, le masséter réduit de volume, mais les réactions faradique et galvanique sont normales; les réflexes tactiles et tendineux intacts, pas de troubles sensitifs ni sensoriels. Il est à noter dans l'évolution de ce malade que deux fois il se trouva dans un état alarmant et deux fois il s'est amélioré. Il a même pu, la 2e fois, sortir de l'hôpital et reprendre son métier. A cause des troubles de déglutition, le malade avait été nourri à la sonde, ce qui eut lieu sans accident, car on sait qu'un des malades d'Oppenheim est mort subitement pendant qu'on tentait de le nourrir à la sonde.

Le 2e cas se rapporte à une malade âgée de 17 ans, laquelle présente, en dehors des troubles bulbaires très caractéristiques et de la réaction amyosthénique qui caractérise la paralysie d'Erb, des troubles sensitis et sensoriels. Les troubles visuels consistent dans une diminution de l'acuité visuelle et dans une fatigue de la rétine, ce qui se traduit par l'apparition subite d'un rétrécissement du champ visuel; on constate les mêmes troubles pour le goût. Ainsi, quand on essaie de lui faire distinguer une solution quelconque, la malade le fait facilement. Mais après quelques tentatives de ce genre elle ne peut plus la distinguer de l'eau distillée. Il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas pans ce cas-ci d'une association d'hystérie et de paralysie asthénique bulbaire. Une autre particularité de ce cas, c'est que la musculature de la langue et du voile du palais était très atrophiée avec réaction de dégénérescence.

MÉDECINE

Immunisation des lapins contre le staphylocoque et le streptocoque pyogènes, par H. Van der Velde (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1896, p. 580). — Les sécrétions du staphylocoque renferment une substance, dite leucocidine, qui tue les globules blancs. D'autre part, chez les animaux immunisés se forme une substance neutralisante, dite antileucocidine. Lorsqu'on recueille la sérosité pleurale de lapins inoculés dans la plèvre avec du staphylocoque et que l'on détruit les microbes par l'éther, on obtient un liquide renfermant de la leucocidine. Ce liquide, injecté sous la peau à des lapins neufs, provoque chez eux la formation d'antileucocidine et par conséquent les immunise. Si le liquide est injecté après un chauffage d'une demi-heure à 60°, l'antileucocidine ne se produit pas.

L'auteur a essayé aussi de vacciner des lapins contre le streptocoque avec des cultures filtrées non chauffées et des cultures filtrées, puis chauffées à 120°, de ce microbe. L'immunisation obtenue avec les cultures chauffées était au moins aussi grande qu'avec les cultures non chauffées. Il conclut qu'il n'y a pas de règle générale pour la vaccination, mais des règles spéciales variant pour chaque infection.

Note sur les fonctions pigmentaires du bacille pyocyanique, par M. Nicolle et Zia-Bey (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1896, p. 669). — L'existence des phosphates dans les milieux de culture est une condition des plus favorables, mais non indispensable à la formation du pigment fluorescent. Le pigment vert fluorescent est retenu en presque totalité par la bougie Chamberland; la pyocyanine, le pigment verdâtre et le pigment feuille morte la traversent facilement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate (p. 25).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Appendicite chez l'enfant. — Etude sur la compression des cordons nerveux des membres par du tissu fibreux cicatriciel. — Traitement des anévrysmes du tronc brachiocéphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. — Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé dit de dédoublement. — Résultats obtenus par la ténotomie dans les torticolis musculaires chroniques. — Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux (p. 30).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Sarcosporidies. — Cas de tubercule de la membrane interne de l'aorte. — Etat expérimental de la tuberculose par ingestion. — Types nouveaux de teignes exotiques. — *Chirurgie :* Cas d'hémorrhagie mortelle par ouverture du sinus circulaire du trou occipital sans lésion du bulbe. — Ablation d'une tumeur du cerveau. — *Neuropathologie :* Bleu de méthylène dans la céphalalgie chronique et la migraine. — Paralysies arsenicales (p. 31).

MÉDECINE PRATIQUE. — Comment on doit prescrire les alcaloïdes dangereux. — Huiles (p. 32). — Traitement médical du cancer à l'estomac (p. 33).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — La lutte pour l'existence. Les médecins de nuit et la Préfecture de Police. Les médecins et les Compagnies d'assurances. La démission du Dr Laveran (p. 35).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate,

Par M. Raymond Petit,

Interne des hôpitaux.

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate et des accidents qu'elle détermine est un des points les plus délicats de la thérapeutique des voies urinaires. De nombreuses méthodes ont été proposées contre cette affection; les unes, s'adressant surtout au syndrome urinaire sont dites « méthodes palliatives »; les autres, visant l'organe lui-même, sont données comme curatives. Mais, comme le fait remarquer Flœrsheim (1) dans sa thèse, le terme curatif est peut-être encore prématuré, car les récentes opérations proposées n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves.

Le traitement palliatif ne nous arrêtera pas; il a été admirablement formulé par M. le professeur Guyon, et tous les chirurgiens admettent sans conteste que le cathétérisme régulier et la sonde à demeure forment la base du traitement des prostatiques. Dans la majorité des cas ces moyens thérapeutiques ont en effet raison des troubles liés à l'augmentation de cette glande.

Toutefois, il est certain que beaucoup de malades ne retirent pas de ce traitement méthodiquement suivi tout le bénéfice qu'ils seraient en droit d'en attendre : les uns, malgré des cathétérismes répétés, n'arrivent jamais à vider que péniblement leur vessie, et des crises de rétention complète, greffées sur leur rétention incomplète ordinaire, en font des malheureux auxquels ces accidents continuels rendent la vie insupportable. Chez d'autres, au milieu d'une attaque de rétention, le cathétérisme est impossible, sinon très difficile, entraînant parfois à sa suite des hémorrhagies; d'autres enfin, en dépit de la régularité du traitement, ne voient survenir aucune amélioration de leur état et restent des victimes désignées pour la cachexie urinaire, lorsqu'ils ne sont pas guettés par les redoutables complications du prostatisme, pyélites, pyélo néphrites, etc.

1. Flœrsheim, Etude sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate (thèse de Paris, 1896, n° 473).

De cette inefficacité fréquente du traitement ordinaire de l'hypertrophie de la prostate, sont nées des méthodes chirurgicales variées et assez nombreuses, destinées non pas tant à se substituer au cathétérisme qu'à le suppléer, lorsqu'il est impuissant.

Ce sont ces méthodes que nous aurons surtout en vue ici et que nous diviserons, avec Flœrsheim, en directes et indirectes.

A. Méthodes directes. — Le traitement chirurgical direct s'adresse à l'obstacle lui-même, à la prostate hypertrophiée. Il comprend des opérations diverses, prostatotomies, prostatectomies, cautérisations, injections testiculaires, etc.

1° *Prostatotomie.* La prostate a été attaquée par deux voies, l'urèthre et le périnée.

La prostatotomie uréthrale, basée sur cette croyance que l'hypertrophie prostatique relevait toujours de valvules transversales, de brides connues sous le nom de *barres*, a été pratiquée d'abord par Guthrie (1) puis par Mercier, Civiale et Leroy d'Etiolles; elle disparut ensuite pour être reprise par Gouley (de New-York) vers 1880. Malgré les luttes et les discussions auxquelles elle a donné naissance, la prostatotomie uréthrale est aujourd'hui abandonnée par tous les chirurgiens.

La prostatotomie périnéale, encore désignée sous le nom de drainage périnéal ou d'opération d'Harrison, bien qu'elle ait été pratiquée avant cet auteur par Gouley en 1885, consiste à inciser sur la ligne médiane la portion membraneuse de l'urèthre avec l'aide d'un cathéter. L'index servant ensuite de guide dans la plaie périnéale, on sectionne la prostate et on dilate le trajet au doigt jusqu'à la vessie; une sonde à demeure double, analogue aux canules à trachéotomie entrant l'une dans l'autre, est alors placée dans le réservoir urinaire et fixée au périnée. On obtient ainsi au bout d'un mois ou d'un mois et demi dans les cas heureux un rétablissement du cours normal des urines. Ce traitement qui n'a rien d'illogique, et dont le mode d'emploi a été modifié par Schmidt (de Cuxhaven) et Waston, se propose d'obtenir le repos et la décongestion de la prostate; mais il ne peut s'adresser qu'aux barres ou à l'hypertrophie du lobe moyen; de plus, il a souvent été suivi de récidive.

2° *Prostatectomie.* Deux voies se présentent aussi pour pratiquer cette opération : la *voie périnéale*, la voie *sus-pubienne.*

La prostatectomie périnéale a été faite sur la ligne médiane et latéralement. Sur la ligne médiane elle comprend la même incision que pour la taille. Elle a donné d'excellents résultats à Harrison (2), Williams (3), Landerer (4); un échec au contraire à Pilcher (5).

1. Guthrie (cité par Vignard), De la prostatotomie et de la prostatectomie (thèse de Paris, 1890).

2. Harrison, Lectures on the surgical disorders of the urinary organs.

3. Williams, *Brit. med. Journ.*, 15 juin 1878.

4. Landerer, Zur operative Behandlung der Prostata-Hypertrophie. Leipzig, 1885.

5. Pilcher, *Annals of surgery,* juin 1896.

La prostatectomie périnéale latérale ne s'adresse guère qu'au cas où les les latéraux de la glande sont seuls en cause; imaginée par Dittel, elle est recommandée par Max Schede et Küster qui lui doivent des succès. Elle nécessite une grande incision périnéale contournant d'un côté l'anus pour aller jusqu'au coccyx et par laquelle on aborde la prostate en arrière, en séparant l'urèthre du rectum; on enlève alors un morceau cunéiforme sur les deux côtés de l'organe en respectant l'urèthre. Dittel (1), Mac Gill (2), Mayo Robson (3), Kümmel (4), etc. ont aussi utilisé *la voie sus-pubienne*, en incisant la vessie; l'obstacle est détruit soit à l'anse galvanique, soit au thermocautère, soit par morcellement. On place alors une sonde à demeure dans l'urèthre et on suture la vessie.

3° *Cautérisation électrique*. Cette méthode, imaginée par Bottini ne diffère guère de celle de Mercier que par l'instrumentation : c'est une prostatotomie uréthrale avec l'anse thermo-galvanique.

4° Signalons aussi l'*électropuncture* employée par Casper (5) et l'*électrolyse* par Ciniselli, Mallez, Tripier, Neumann et récemment par Vautrin (6). Enfin, pour être complet, rappelons le «broiement» de Velpeau, dont les recherches de Voillemier ont fait justice, et les injections intratesticulaires d'acide phénique, de teinture d'iode, etc., aujourd'hui abandonnées.

B. MÉTHODES CHIRURGICALES INDIRECTES. — Ces méthodes sont actuellement nombreuses, elles ont pour but les unes de mettre la prostate au repos et d'en obtenir ainsi la décongestion, les autres de déterminer son atrophie.

1° *La ponction hypogastrique* est une opération facile et inoffensive avec l'antisepsie; pourtant elle expose parfois à la blessure du péritoine dont les rapports sont moins constants qu'on ne le croit et qui peut du reste être fixé devant la vessie par des adhérences souvent indiagnosticables. D'ailleurs ses indications sont limitées. Chez un prostatique dans le passé duquel on ne découvre aucun accident de rétention, qui est pris tout à coup d'impossibilité absolue de la miction, de douleurs violentes, et chez lequel le cathétérisme, après des tentatives répétées, est impraticable, il s'agit d'aller vite, et la ponction aseptique est indiscutable; elle favorise la décongestion rapide de l'appareil urinaire, et permet généralement au cathéter de traverser un urèthre infranchissable auparavant. Mais ce même malade est repris d'accidents semblables, qui se renouvellent plusieurs fois; le cathétérisme est de même chaque fois impossible; on ne peut recourir aux ponctions répétées; outre que ces piqûres de la paroi abdominale ne sont pas exemptes de danger, puisqu'on a vu des phlegmons antévésicaux survenir dans les conditions les plus rigoureuses d'antisepsie, chez des malades probablement infectés, il faut se rappeler qu'elles ne constituent jamais qu'un moyen provisoire, soulageant le malade, mais n'empêchant pas la vessie de se distendre à nouveau et la congestion de réapparaître avec des dangers croissants.

2° *La cystostomie sus-pubienne*, jadis employée par Sédillot en 1856 et depuis par Thompson, Bœckel, Röhmer, Packard, etc., n'est devenue une méthode à proprement parler qu'en 1888, après les travaux de Poncet (de Lyon), qui eut l'idée de faire chez les prostatiques une ouverture vésicale sus-pubienne, capable de fonctionner comme un véritable méat. Mac-Guire, vers la même époque, essaya une opération analogue. A cette méthode fut apportée une modification par M. Jaboulay dans le but d'utiliser le grand droit de l'abdomen pour en faire une sorte de sphincter.

Guyon, tout en laissant une place à la cystostomie, n'en étend pas le champ des indications aussi largement que Poncet; c'est l'opinion que défend du reste Michon dans sa thèse (Paris, 1895). Vautrin, dans une communication à la *Société de médecine de Nancy* (octobre 1895), la considère comme un pis-aller thérapeutique. Wassilief a imaginé un procédé de cystostomie dite idéale, dans laquelle il cherche à former un sphincter avec la musculeuse de la vessie elle-même.

Enfin le cysto-drainage de Méry, renouvelé par Lejars et Remy (1), donnerait de très bons résultats si l'on en croit Peyré (2); tandis que Flœrsheim (3) ne pense pas qu'il échappe aux désavantages de la cystostomie.

3° *La castration*. Decimus Hodgson (1856), Godard Curting, Gosselin furent les premiers à insister sur l'atrophie de la prostate après la castration; mais c'est à Launois qu'est vraiment due l'idée de pratiquer cette opération dans l'hypertrophie de la prostate.

En 1884 il avait établi les relations qui existent entre les testicules et la prostate, et il avait exprimé l'opinion que la castration pouvait peut-être bien constituer un traitement de l'hypertrophie prostatique; ces idées, n'eurent pas d'écho à ce moment, et ne furent pas publiées.

Neuf ans plus tard, en 1893, et presque en même temps, deux chirurgiens étrangers proposèrent à nouveau l'opération. William White (de Philadelphie) lut à l'*American chirurgical Association*, le 11 juin 1893, un long mémoire où il préconisait la castration double pour remédier aux troubles de l'hypertrophie prostatique, Ramm (4) (de Christiania), à la même époque, fit le premier cette opération sous l'influence de cette idée, émise déjà autrefois par Velpeau et Thompson, qu'il devait y avoir une analogie complète entre l'hypertrophie prostatique survenant chez les vieillards et les fibro-myomes utérins observés souvent chez la femme à l'époque de la ménopause, et que la castration pourrait avoir les mêmes effets sur l'augmentation de volume de la glande que l'ablation des ovaires sur les fibromes de l'utérus.

Mais l'ablation des ovaires n'a pas donné des guérisons si notoires dans le traitement des fibromes utérins, pour qu'on puisse se recommander d'elle.

En se tenant toutefois en dehors de l'interprétation des faits, et sans vouloir donner des phénomènes qui se produisent après la castration, une explication pathogénique — qui reste toujours le point obscur de la question — on peut dire qu'il y a entre les testicules et la prostate des rapports tels que toute altération d'un de ces organes retentit sur l'autre; c'est de cette donnée, empirique d'abord, plus tard expérimentale, qu'est partie toute la chirurgie actuelle de l'hypertrophie prostatique, sous l'impulsion de M. Launois, qui est le véritable promoteur de la question.

Nous ne dirons rien des rapports embryologiques, anatomiques physiologiques, tératologiques et pathologiques qui existent entre les glandes séminales et la pro-

1. DITTEL, *Wiener. klin. Woch.*, 1890; — *Wien. mediz. Blätter*, 1885, n° 9.
2. MAC GILL, *Brit. med. Journ.*, 19 novembre 1887.
3. MAYO ROBSON, *Brit. med. Journ.*, 9 mars 1889.
4. KUMMEL, *Centralb. f. Chir.*, 1889, n° 29.
5. CASPER, *Berlin. klin. Woch.*, 1888.
6. VAUTRIN, *Annales des mal. des organes génito-urin.*, mars 1896.

1. *Sem. médic.*, 4 octobre 1893.
2. PEYRÉ, Le cysto-drainage hypogastrique ou opération de Méry rajeunie. Paris, 1894.
3. FLŒRSHEIM, *loc. cit.*
4. RAMM, *Centrabl. für Chir.*, 2 septembre 1893, t. XX, p. 79, et 1894, t. XXI, p. 387).

state; ils sont exposés dans la thèse de Flœrsheim, dans celles de Touillon (1) et de Dassonville (2), et dans la communication de Vautrin.

Des expérimentations de nombre d'auteurs il résulte que la castration produit une atrophie de la prostate. Il est vrai qu'on peut opposer plusieurs arguments : Pégurier (3) affirme que la prostate du taureau ne diffère pas de celle de l'animal châtré; de plus l'expérimentation a porté sur les chiens et rien ne prouve que la même chose se produise chez l'homme; enfin les expériences ont été faites sur des animaux à prostate saine, ce qui change les conditions. Cependant la clinique a donné raison aux expérimentateurs en confirmant leurs résultats. Les statistiques sont très explicites à ce sujet : English (4) sur 120 cas compte 39 guérisons et 57 améliorations. Vautrin, à en juger par ses propres succès, est tenté de lui accorder la préférence sur les autres traitements. Après la castration double on observe généralement une diminution du volume de la prostate dans les premières semaines; mais cette réduction de l'organe n'est probablement due qu'à la décongestion. La diminution qui semble être le fait de l'atrophie est en général beaucoup plus lente. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, dit Touillon, qu'un toucher rectal méthodiquement pratiqué permet de constater une diminution appréciable du volume de la glande, et cette diminution par atrophie est progressive.

Il y donc en somme deux résultats différents, la décongestion et l'atrophie, qui tous deux concourent à donner l'amélioration ou la guérison. Withe, sur 111 observations qu'il a réunies, trouve dans 87,2 p. 100 des cas une atrophie rapide de la prostate à la suite de l'opération, une disparition ou une amélioration d'un certain degré de cystite dans 52 p. 100 des cas, un retour plus ou moins grand de la contractilité vésicale (66 p. 100), une amélioration des symptômes les plus ennuyeux (83 p. 100), enfin un retour presque complet aux conditions de miction normale dans 46,6 p. 100 des cas.

Cependant, chez un grand nombre de malades, les résultats ont été nuls; Czerny (5) est découragé devant le résultat de ses trois interventions, et déclare « que les résultats de la castration sont tristes au plus haut point ».

Comment expliquer cette absence de réduction de la prostate dans certains cas? Les recherches anatomo-pathologiques n'ont pas encore donné l'explication définitive de ces faits. Griffiths, qui décrit dans l'hypertrophie prostatique deux stades, le premier glandulaire, le second fibreux, croit que si la transformation fibreuse a envahi toute la glande, la castration n'amènera pas une diminution bien marquée. De même, Fenwick ne pense pas que les prostates fibreuses, qui par le toucher rectal paraissent fermes, dures et petites, subissent une réduction de volume aussi rapide et aussi complète que celles qui sont molles, élastiques et fibromyomateuses.

On pourrait ajouter avec Touillon que l'ablation des testicules atrophiés chez les vieillards peut bien n'avoir qu'une faible action sur la prostate puisque ces glandes se trouvent déjà supprimées physiologiquement.

Enfin on peut invoquer contre la castration double la mortalité relativement élevée qu'elle comporte; des troubles mentaux dont les uns sont bénins (manie, délire, post-opératoire) les autres graves et souvent mortels, dus à l'urémie ou à l'intoxication urineuse, la difficulté avec laquelle les malades consentent à faire le sacrifice de glandes séminales même devenues inutiles.

1. Touillon, Thèse de Paris, 1896, n° 476.
2. Dassonville, Thèse de Paris, 1896, n° 474.
3. Pégurier, *Nouveau Montpellier médical*, 28 décembre 1895.
4. English, *Soc. imperio royale des médecins de Vienne*, séance du 20 décembre 1895.
5. Czerny, *Deutsche med. Woch.*, 16 avril 1896.

A côté de la castration double, quelques auteurs ont tenté la castration unilatérale; longtemps considérée comme inefficace, elle aurait donné de bons résultats à Black, Hayne, Klark, Kümmel, Mansell-Moulin (*Lancet*, février 1896). Flœrsheim et Touillon lui accordent une certaine valeur; mais nous croyons avec M. Bazy que « l'absence ou l'ablation d'un seul testicule n'a aucune espèce d'influence sur le volume de la prostate ni sur la miction ». Les récentes recherches de Fenwick (1) chez l'homme et les expériences de Jackur (2) sur les animaux semblent appuyer cette manière de voir.

Devant les insuccès de la castration unilatérale, et les inconvénients de la castration double, les chirurgiens ont cherché des modes de traitement qui puissent donner les mêmes résultats sans présenter ses dangers ou ses désavantages.

Ligature de l'iliaque interne. — C'est vers la fin de l'année 1893 que Bier eut l'idée de cette opération. Constatant l'inefficacité de la plupart des traitements de l'hypertrophie prostatique; se fondant d'autre part sur l'analogie établie entre cette maladie et certaines affections utérines, il essaya d'appliquer à l'homme le genre d'opération que Battey avait proposée pour enrayer l'évolution des fibromes utérins, il lia l'artère hypogastrique pour priver la prostate de sang et tenter d'en diminuer le volume.

Cette ligature peut être faite, d'après lui, soit par l'abdomen, soit par le périnée. La voie transpéritonéale est plus facile, mais l'agitation du malade et la difficulté d'obtenir une anesthésie parfaite doivent lui faire préférer la voie périnéale. Bier (3) fit ainsi trois opérations : la première, qui eut lieu par la voie abdominale, *dura deux heures et demie;* il fallut pratiquer la respiration artificielle, etc., et le malade mourut le quatrième jour de septicémie péritonéale. Mais pendant les trois jours qui suivirent l'intervention, on put en constater les bons effets.

Les deux autres opérations furent faites par la voié périnéale : le premier malade, âgé de 65 ans, eut, au bout de quatre mois, une prostate ramenée au volume normal; la fréquence des mictions disparut et la force du jet revint comme autrefois; chez le second, le volume de la prostate diminua de moitié ou d'un tiers, mais le malade avait conservé de la fréquence des mictions.

L'auteur déclare son procédé moins dangereux que la cystotomie sus-pubienne ou la prostatotomie périnéale; mais ce qui paraît plus étonnant, c'est qu'un an plus tard, il trouva un imitateur en Willy Meyer (4) (de New-York) qui, le 11 décembre 1894, relatait devant l'Académie de médecine de New-York trois observations personnelles.

Le premier malade, âgé de 55 ans, eut, après une double ligature de l'iliaque interne, une hémorrhagie secondaire qui nécessita la ligature de l'iliaque primitive à son origine aortique. Cette ligature fut suivie de gangrène des orteils et d'une partie du métatarse pour laquelle il fallut amputer l'avant-pied. — La prostate ne fut en rien modifiée.

Le second malade, âgé de 63 ans, put uriner après la

1. Fenwick, *British med. Journ.*, 9 mars 1895, p. 529.
2. Jackur, *Therapeut. Monatschrift*, septembre 1896.
3. Bier, *Wiener klin. Woch.*, 1894, n° 32.
4. Willy Meyer, *Annals of. surgery*, juin 1896, p. 705

double ligature de l'hypogastrique, mais il succomba dans le coma le 4e jour.

Le 3e malade, de 65 ans, ne fut opéré que d'un côté, mais sans aucune amélioration.

En somme cette opération difficile est dangereuse et elle est heureusement tombée dans un juste oubli.

Mieux inspirés, d'autres chirurgiens cherchèrent à substituer à la castration vraie ce que M. le professeur Guyon a si judicieusement appelée la *castration physiologique*.

En janvier 1895, William White fit avec Wood et Kirby une série d'expériences sur la ligature et la section du cordon, des vaisseaux du cordon et enfin des canaux déférents; les résultats ont été en faveur de la dernière opération; les recherches de Guyon et Legueu, de Michaele Pavone ont conduit ces auteurs aux mêmes conclusions. — Jackur a récemment obtenu l'atrophie de la prostate en sectionnant de chaque côté tous les nerfs du cordon, mais il avoue lui-même l'opération impraticable chez l'homme. De sorte que l'expérimentation semble donner nettement la faveur à la ligature et à la résection des canaux déférents.

Les résultats fournis par la clinique sont conformes à ceux que nous venons de signaler.

Il y a un an à peine que White et Pavone faisaient connaître le résultat de leurs recherches sur la ligature et la résection des canaux déférents, en laissant à entendre que cette intervention pourrait être appliquée aux prostatiques, et déjà Flœrsheim a pu en réunir 56 observations.

Depuis ce moment plusieurs autres observations ont été publiées en France et à l'étranger. Brisch (1) a vu survenir une diminution de la prostate et une amélioration très notable des symptômes fonctionnels chez un homme de 68 ans auquel il fit des deux côtés la résection des canaux déférents.

Nové-Josserand vient de publier dans le *Lyon médical* (n° 40) un travail basé sur 46 observations dont trois personnelles; dans ces trois cas la diminution de la prostate ne fut bien nette qu'une seule fois, mais les troubles fonctionnels furent toujours notablement amendés.

Au mois d'octobre dernier, à la première session de l'Association française d'urologie (2), M. H. Bousquet (de Clermont-Ferrand) apporte deux cas nouveaux suivis de succès. — Au contraire M. Carlier, se basant sur sept faits personnels, croit peu à l'action de ce traitement. Enfin, Baldassari (3) communique à l'Académie de Ferrare un nouveau cas suivi de plein succès.

Quelles que soient les objections faites contre la ligature et la résection des canaux déférents, quelles que soient les explications auxquelles chaque auteur a recours, il n'en reste pas moins un fait acquis, qui ressort des observations cliniques, c'est l'amélioration très fréquente et cependant non constante des opérés. Après la résection des canaux déférents on voit se produire les modifications suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas, la prostate diminue de volume; Flœrsheim, dans son relevé de 56 observations, trouve l'atrophie 16 fois, soit dans 28,57 p. 100 des cas. S'agit-il d'une véritable atrophie, rien ne le démontre encore abolument (Albarran). — En effet il n'y a eu jusqu'ici que deux examens histologiques de la prostate après résection des canaux déférents (William Withe et Griffiths) et les résultats n'en sont pas très concluants (Assouville).

A quoi est due cette diminution de volume?

A l'atrophie de la glande sans doute, mais surtout, tout au moins les premiers jours, à sa décongestion.

« Il ne paraît pas douteux, dit M. le professeur Guyon, que la solidarité fonctionnelle qui existe entre la prostate et l'appareil testiculaire ne puisse jouer un rôle important et parfois décisif, dans la production ou l'entretien des poussées congestives de la vessie qui influent si grandement sur le sort des prostatiques. A coup sûr cependant, ce n'est pas la seule. Quoiqu'il en soit, chez nos deux opérés, l'isolement anatomique, ou plutôt la séparation physiologique résultant de la section bilatérale des déférents, semble avoir donné, de façon positive, cette diminution désirable et cherchée de leur état congestif.

« Peut-être faut-il demander à une action anticongestive exercée sur la prostate l'explication d'une partie des succès obtenus par la castration double. Cela semble d'accord avec les faits. Je ne veux pourtant pas dire que cette opération ne puisse agir sur la constitution même du tissu de la prostate. Il faut néanmoins remarquer que ce n'est plus aux éléments normaux que la clinique a affaire et qu'en cela les résultats de l'expérimentation et de l'obervation ne sont pas de tous points comparables.

« En ce qui touche l'étude de l'influence de la résection bilatérale des canaux déférents sur l'état de la prostate, on peut noter une atténuation des phénomènes qui dépendent de la congestion et même une modification dans l'état local de la prostate, sans cependant constater la diminution réelle de ces organes ni celles des testicules. A cet égard, la clinique est d'accord avec l'expérimentation. »

Un autre résultat important des interventions sur le canal déférent est la diminution de la fréquence des mictions; presque tous les auteurs s'accordent sur ce point et l'on peut dire que si cet effet n'est pas abolument constant, on l'observe pourtant dans l'immense majorité des cas. Les malades arrivent à garder leurs urines sans en être incommodés pendant beaucoup plus longtemps et des intervalles de trois et quatre heures entre les mictions sont souvent doublés.

Dans la journée ou dans la nuit qui suit l'opération, on voit disparaître les spasmes du col, les sensations impérieuses d'uriner. Les douleurs vésicales diminuent et les difficultés de la miction, les violents efforts disparaissent.

Le cathétérisme cependant est encore, dans bien des cas, nécessaire après l'opération, mais alors, la sonde passe avec une facilité extrême, lorsque quelques jours ou quelques heures avant elle ne traversait le canal qu'avec une difficulté excessive; cette *facilité post-opératoire du cathétérisme* est un des résultats les moins contestables; elle est mesurée par la diminution de longueur de l'urèthre et par la moins grande distance que le cathéter a à parcourir pour aller jusqu'à la vessie. Bien plus, il est des cas où la *miction spontanée* s'est montré, chez les prostatiques soumis antérieurement, pendant un temps plus ou moins prolongé et sans résultat appréciable, au traitement ordinaire de l'hypertrophie de la prostate. Dans quelques observations, on voit que *les urines ont retrouvé leurs caractères ordinaires* et se sont éclaircies, ou se sont débarrassées des éléments anormaux (pus, sang, albumine, etc.) qu'elles contenaient généralement peu de temps après l'opération. Signalons encore d'autres résultats heureux, tels que la *disparition de l'incontinence par regorgement* (Routier, Isnardi); la *diminu-*

1. *Bayerisch. Centralb. f. d. Krank d. Harn- u. sex. Org.*, 1896, vol. VII, p. 313.
2. Revue des Congrès (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 95, 1896).
3. Baldassari, Acad. des sc. natur. et médic. de Ferrare (*Presse médicale*, n° 98, 1896).

Les injections d'huile d'olives sont en effet les injections nutritives types. A la dose de 10 à 20 centimètres cubes, en dehors de toute addition médicamenteuse, l'huile d'olives relève la nutrition. On l'a employée comme telle avec succès chez les aliénés et chez les enfants athrepsiques (Krueg). Chez ces derniers principalement ce moyen constitue un excellent adjuvant au traitement institué : on peut même affirmer que, dans ces cas, les injections huileuses sont supérieures aux injections de sérum artificiel.

Récemment, Donogany et Hasenfeld, ont eu recours à cette méthode, pour suppléer à l'alimentation insuffisante d'un certain nombre de malades épuisés. Ils ont réussi à relever notablement les forces et à augmenter le poids du corps chez des cancéreux, des tuberculeux, des hystériques. La dose injectée a varié entre 10 et 50 grammes par jour. Ces résultats méritent d'être pris en sérieuse considération.

b) *Huile d'amandes douces.* — L'huile d'amandes douces, outre son prix de revient, a l'inconvénient de se solidifier à une température relativement peu rigoureuse. Et quelque soin qu'on prenne pour la ramener à une température de 37°, pour peu que l'injection soit de longue durée, comme cela a lieu avec les appareils de Burlureaux et Guerder, que nous avons décrits (1), il se forme des grumeaux qui obstruent la lumière du tube vecteur de l'huile et interrompent l'injection.

c) *Huile de faîne.* — d) *Huile d'arachides.* — L'huile de faîne et l'huile d'arachides sont d'un prix peu élevé : mais elles offrent le désavantage d'être plus douloureuse que les deux précédentes. Ces douleurs même, dans certains cas, sont assez persistantes pour faire renoncer les malades au bénéfice du traitement. Cela tient sans doute à une impureté relative de ces produits, qui contiennent des ptomaïnes, ou peut-être se ptomaïnisent plus facilement. Ce qui semble le prouver c'est que les mêmes phénomènes douloureux peuvent être provoqués par une huile d'olives de qualité inférieure.

La stérilisation ne peut être en effet mise en cause : elle peut être aussi parfaite que possible et néanmoins les accidents se reproduisent. C'est que ni le lavage à l'alcool, ni la chaleur n'ont d'action sur les ptomaïnes, qui conservent leurs propriétés irritantes locales et toxiques générales.

II. — A côté des huiles végétales on a tenté l'emploi d'huiles ou de graisses solubles d'origine animale. Telles l'huile de pied de bœuf (Perron), l'huile de foie de morue (Mosler, Pich).

a) *Huile de pied de bœuf.* — L'huile de pied de bœuf est passible des objections faites à l'huile d'arachides et à l'huile d'olive de mauvaise qualité. Nous ne voyons aucun avantage à la préférer à l'huile d'olives vierge, car la pensée qu'une huile d'origine *animale* peut être d'une absorption plus facile pour l'organisme qu'une huile d'origine *végétale*, est dépourvue de toute base physiologique. L'huile de pieds de bœuf doit donc être résolument écartée de la pratique hypodermique.

b) *Huile de foie de morue.* — L'injection sous-cutanée d'huile de foie de morue n'a causé que des abcès. Même dans les cas où la stérilisation est rigoureuse, elle amène une vive irritation locale (Dujardin-Beaumetz, Burlureaux), et cela en raison des ptomaïnes qu'elle contient. Vigier avait pensé résoudre la difficulté, en conseillant d'injecter de l'huile blanche, qui serait dépourvue de ptomaïnes. Il est vraisemblable que même alors elle possède des produits solubles nuisibles, car elle est toujours aussi mal tolérée par les malades.

Au surplus, cette question de l'injection d'huile de morue, préoccupant encore certains praticiens, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire ici les résultats des expériences auxquelles s'est livré à cet égard M. Burlureaux.

« Nous avons fait à cet sujet, dit-il, des essais méthodiques, car nous aurions bien voulu pouvoir injecter sous la peau de l'huile de foie de morue avec ou sans créosote; enhardi par la tolérance de la peau pour l'huile d'olive, nous avons un jour injecté à un malade, avec son consentement, deux gouttes d'huile de morue brune, telle qu'elle provient de la simple expression des foies de morues à l'usine de Saint-Denis ; or, bien que nous ayons eu soin de la faire chauffer à 120°, elle n'a pas été tolérée par la peau; le jour de l'injection tout s'est bien passé, mais le lendemain le malade avait, autour du point piqué, une plaque d'érythème et des douleurs très vives qui ne se dissipèrent que 48 heures après. Bien que ce premier essai fût peu encourageant, nous injectâmes à un autre malade une demi-seringue d'huile de foie de morue idéalement pure; elle avait été recueillie à Terre-Neuve par l'expression de foies de morues encore vivantes; elle était d'une limpidité parfaite et nous prîmes la précaution de la stériliser; malgré cela, la demi-seringue injectée occasionna chez le malade des accidents locaux qui survinrent, comme dans le premier cas, exactement 24 heures après l'introduction du liquide; cette longue durée d'incubation est assez intéressante à noter. Quant aux accidents ils rappellent beaucoup ceux provoqués par l'huile impure (érythème d'abord très limité, et qui, au bout de douze heures envahit toute la cuisse, prurit généralisé, puis fièvre (3° degré), malaise général et douleurs locales très vives continues, ne cédant qu'au bout de huit jours, sans donner lieu à un abcès). »

Nous relatons ces faits pour épargner aux expérimentateurs de l'avenir toute tentative de ce genre; nous sommes étonnés d'avoir lu quelque part que l'injection sous-cutanée d'huile de foie de morue était recommandée comme pratique courante.

G. Maurange.

1. Voir *Gazette*, 1896, p. 659.

Traitement médical du cancer à l'estomac,

d'après A. Robin.

Des modifications que subit le suc gastrique dans le cancer de l'estomac, il est facile de conclure qu'un cancéreux ne peut digérer les albuminoïdes, pas même le lait; celui-ci a même le désavantage de pousser à la fermentation lactique qu'il faudrait justement éviter.

Par conséquent, les grandes indications du régime seront de diminuer ou supprimer les albuminoïdes, d'arrêter les fermentations vicieuses si pénibles et si préjudiciables au malade et d'augmenter la ration des féculents.

En même temps, bien entendu, le traitement sera établi de manière à obtenir, comme dans la gastrite, des digestions artificielles dans l'estomac des malades. Enfin le traitement médicamenteux viendra au secours du régime toutes les fois où son intervention sera nécessaire.

C'est sur ces bases que sont établies les prescriptions suivantes :

I. — Régime

A. — En ce qui concerne les viandes, il y a lieu de s'assurer d'abord s'il n'y a pas sténose pylorique et s'il y a intégrité de l'intestin.

Lorsque le pylore et l'intestin ne paraissent pas touchés, ne pas supprimer les viandes : l'estomac ne sera qu'un lieu de passage pour les aliments et la digestion sera intestinale.

De plus, ces malades pourront suivre, à titre d'adjuvant, le régime suivant, qui devient nécessaire dans le cas de sténose pylorique ou de défaut d'intégrité des fonctions intestinales :

Poissons maigres (sole, barbue, turbot, merlan, poisson blanc) ;

Volaille tendre en purée (potage à la reine);

Gélatineux (gelée de viande, ris de veau, pieds de moutons etc., sans sauce). Ce sont de vrais aliments d'épargne, brûlant facilement en donnant de l'urée. Temporairement, poudres de viande, peptones.

B. — On insistera sur le régime végétal :

Les féculents azotés (purées de pois, lentilles, haricots rouges, fèves de marais). Toutes les pâtes alimentaires.

Peu de légumes verts. Comme condiments, les fruits cuits, les citrons, le sel, le poivre, muscade, cannelle, qui stimulent ce qui reste de fonctions gastriques. Le bouillon frais, le pain azyme sans levain, le beurre frais dont le malade peut consommer sans inconvénient de grandes quantités.

C. — On supprimera les aliments facilement fermentescibles : le pain, surtout frais, le fromage, la charcuterie, le képhir qui augmente les fermentations d'une manière fâcheuse. Les malades doivent boire peu. Le lait ne sera donné en bois-

son que si le malade le supporte : le régime lacté absolu sera indiqué :

1° Durant de courtes périodes intercalaires pour réveiller l'appétit;

2° Quand les malades viennent d'avoir des hématémèses;

3° Pendant les périodes de vomissements incoercibles.

La bière, les extraits de malt, le champagne étendu d'eaux faiblement minéralisées et légèrement gazeuses sont aussi de bonnes boissons. Trois repas par jour sont suffisants, car il faut toujours se rappeler que chez le cancéreux la digestion est pénible.

Grâce à ce régime, on parvient souvent à faire augmenter le malade de poids, bénéfice illusoire assurément, mais dont l'effet moral est extrêmement puissant. On ne se doute pas de la consolation éprouvée par les malheureux cancéreux quand ils se sont vu augmenter de poids; c'est pour eux un motif d'espoir qui les encourage et les rend plus patients à supporter les crises aiguës et les hématémèses, qui reviennent, bien entendu, plus ou moins périodiquement.

II. — TRAITEMENT MÉDICAL

Médication spécifique. — Il n'existe pas de médication spécifique et on ne peut avoir recours qu'à une médication palliative qui aura pour but de réveiller l'appétit, de favoriser la digestion, de combattre les fermentations.

A. — *Pour réveiller l'appétit*. — 1° Le condurango, employé comme tonique de l'estomac et non comme anti-cancéreux.

On emploiera le vin ou élixir de condurango ou, à leur défaut, la décoction préparée ainsi :

Écorce de condurango blanc.	15 gr.
Eau.	250 gr.

Faire bouillir jusqu'à réduction à 150 grammes, filtrer et édulcorer avec un sirop. Prendre une cuillerée à soupe 1/4 d'heure avant le repas.

2° Les strychniques : teinture de noix vomiques, teinture de fèves de Saint-Ignace ou gouttes amères de Baumé.

Dose V à VI gouttes, quelques minutes avant le repas.

3° Vin thériacal, stimulant et tonique. On prendra, par exemple :

Une cuillerée à soupe de vin thériacal;

Une cuillerée à soupe de vin de Condurango.

Dix minutes avant le repas, prendre un des cachets suivants :

Chlorure d'ammonium	0 gr. 15
Bicarbonate de soude	0 gr. 26
Poudre de Dower.	0 gr. 10

B. — *Pour favoriser la digestion*. — Il ne faut pas compter sur les glandes qui sont ou détruites, ou bien en voie d'atrophie catarrhale.

On devra considérer l'estomac comme un vase inerte où on fera des digestions artificielles.

Prendre, du milieu à la fin du repas, par petites gorgées, un grand verre de la solution :

Acide chlorhydrique.	1 gr. 66
Eau	1 000 gr.

et au milieu du repas, un cachet de :

Pepsine.	0 gr. 50
Maltine.	0 gr. 10
Pancréatine	0 gr. 10

C. — *Pour diminuer les fermentations*. — Un des moyens suivants :

1° Soufre : sublimé, lavé ou précipité, 15 à 20 centigrammes.

Ou soufre ioduré à 2 p. 100 : 25 à 50 centigrammes dans un cachet à la fin du repas.

2° Au milieu du repas, une grande cuillerée à soupe de la solution de :

Fluorure d'ammonium.	1 gr.
Eau.	300 gr.

3° A la fin du repas, dans un peu d'eau, naphtol granulé, 10 centigrammes. Lavage de l'estomac s'il y a grands vomissements très acides, grandes douleurs, sténose.

MÉDICATION SYMPTOMATIQUE

A. — *Contre les vomissements*, je recommande les divers moyens suivants :

1° 5 à 10 minutes avant les principaux repas, V à VIII gouttes de la solution :

Picrotoxine.	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Eau de laurier-cerise.	10 gr.

2° Ou encore, cinq minutes avant les principaux repas :

Une cuillerée à café de solution de cocaïne (15 cent. pour 150 gr. d'eau).

Une cuillerée à café d'eau chloroformée.

Une cuillerée à café d'eau de menthe.

3° Appliquer un vésicatoire de 5 centimètres sur 5 centimètres au niveau du creux épigastrique et saupoudrer avec de la poudre d'opium brut.

4° Le matin, en se réveillant, suppositoire avec :

Poudre d'opium brute.	0 gr. 10
Poudre de feuilles de belladone. . .	0 gr. 02
Beurre de cacao	Q. S.

B. *Contre les hémorrhagies*. — 1° Dans le cas de grandes hémorrhagies, piqûre d'ergotine au creux épigastrique.

2° Si l'hémorrhagie est moins abondante :

Toutes les heures, une cuillerée à soupe de la potion :

Ergotine Bonjean.	4 gr.
Acide gallique.	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 gr.
Eau distillée de tilleul.	120 gr.

3° Petite hémorrhagie :

Acide tannique.	0 gr. 60
Poudre d'opium brut.	0 gr. 15
Sucre en poudre ou lactose.	1 gr.

Pour six paquets. Prendre un paquet toutes les 4 heures.

4° Enfin, dans les cas d'hémorrhagies minimes, prendre une à trois dragées de perchlorure de fer au milieu des principaux repas.

C. — *Contre les douleurs*. — Contre la simple gêne au creux épigastrique, appliquer en ce point, d'une façon permanente, l'épithème suivant :

Emplâtre de diachylon.	ãã 5 parties.
Emplâtre thériacal.	
Extrait de belladone.	ãã 1 partie.
Extrait de ciguë	
Extrait de jusquiame	
Acétate d'ammoniaque, ...	2 parties.

2° Si les douleurs sont plus fortes, appliquer un vésicatoire opiacé ou administrer la potion :

Bromure de potassium.	6 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 5
Eau de laurier-cerise.	10 gr.
Sirop d'éther.	30 gr.
Eau distillée de tilleul	120 gr.

Prendre 1 à 4 cuillerées en 24 heures.

3° En dernier lieu, si les douleurs sont par trop violentes : Injection de morphine *loco dolenti*.

D. — *Contre le pyrosis*. — Employer les paquets suivants à raison de 1 à 4 par jour :

Magnésie décarbonatée	0 gr. 60
Poudre d'opium	0 gr. 02
Sous-nitrate de bismuth.	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	0 gr. 75

E. — *Contre la constipation.* — Prendre chaque soir, au moment du coucher, une des pilules suivantes :

Aloès socotrin		2 gr.
Résine de jalap	}	
— scammonée	}	ââ 1 gr.
— turbith végétal	}	
Extrait de belladone	}	ââ 0 gr. 15
— jusquiame	}	
Savon amygdalin		Q. S.

Mêlez et divisez en 25 pilules.

F. — *Contre la diarrhée* : 1° Toutes les 2 heures bol de :

Diascordium	ââ 4 gr.
Sous-nitrate de bismuth	

Pour 20 bols.

2° Si la diarrhée est incoercible, prendre toutes les 6 heures une pilule de :

Calomel	
Poudre d'ipéca	ââ 0 gr. 1
Extrait thébaïque	

G. *Contre l'état cachectique.* — Le meilleur reconstituant consiste dans l'administration des glycérophosphates pris par l'estomac ou en injections sous-cutanées :

Glycérophosphate de soude	0 gr. 20
Eau	1 gr.

Chaque jour, on injectera 5 à 6 grammes de cette solution (1).

Ch. Bugler.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La lutte pour l'existence. — Les médecins de nuit et la Préfecture de Police. — Les médecins et les Compagnies d'assurances. — La démission du Dr Laveran.

La lutte continue, elle durera longtemps encore entre les médecins et les administrations. Lorsqu'il s'agit de *Sociétés de secours mutuels* et des tarifs qu'elles édictent, de Conseils généraux établissant à un taux dérisoire le traitement des médecins chargés de l'*Assistance médicale gratuite*, ou encore de *Compagnies d'assurances contre les accidents* qui prétendent confondre les honoraires dus pour un certificat d'examen avec ceux qu'exigent les soins donnés à un blessé et les opérations nécessitées par son état, nous ne pouvons qu'encourager nos confrères à s'unir pour lutter contre d'inacceptables prétentions. Un jour ou l'autre il faudra bien, parmi les mutualistes, distinguer les indigents de ceux qui veulent, en payant une cotisation insignifiante, échapper à la nécessité de rémunérer un médecin; il faudra que tous les Conseils généraux acceptent, pour l'organisation de l'Assistance médicale, le paiement à la visite; il sera nécessaire enfin de faire comprendre aux Compagnies d'assurances qu'elles méconnaissent leurs intérêts en rédigeant, pour les faire accepter par les médecins, des contrats qui, par l'ambiguïté de leurs termes, font naître d'incessants conflits.

Il sera donc peut-être relativement aisé de surmonter, dans ces diverses circonstances, les difficultés contre lesquelles protestent un si grand nombre de nos confrères.

Il n'en est pas de même lorsque, prétextant de certains abus, des conditions onéreuses dans lesquelles se font certains services, les municipalités ou les administrations prétendent imposer aux médecins, comme à des fonctionnaires, un traitement fixe et profiter de ce que les médecins sont trop nombreux pour réduire au minimum la valeur de ce traitement.

Sans doute on n'est que trop enclin, parmi nous, à rechercher les *places*, les « *fixes* » comme on dit parfois. Lorsqu'il s'agit d'obtenir une position de médecin appointé on ne regarde guère aux charges qu'elle impose; on pense surtout à la certitude de toucher tous les trimestres une somme sur laquelle on peut compter d'avance et aussi sur les avantages que procurera sans doute, au point de vue de la clientèle privée, le titre que l'on a acquis. Les administrations le savent et c'est pourquoi elles s'efforcent de substituer une taxe d'abonnement ou traitement fixe aux émoluments aléatoires, c'est-à-dire aux honoraires proportionnels aux services rendus.

C'est ce que vient de faire M. le Préfet de police à propos du service médical de nuit. Une indemnité fixe de 600 francs par an est offerte aux médecins qui consentiront à accepter ce service, précédemment *honoré* au taux de 10 francs par visite. Le motif de cette réforme a été expliqué au Conseil municipal. Le service médical de nuit a coûté 110 000 francs en 1890, 127 000 francs en 1894; 140 000 francs en 1895. Cela fait donc environ 140 000 visites de nuit par an. Qui ne trouvera ce chiffre absolument exagéré? Qui ne comparera ce qui se passe dans la classe aisée où les appels de nuit sont excessivement rares avec ce qu'exige la classe ouvrière ou indigente?

Point n'était donc besoin d'accuser, comme on l'a fait, les médecins de s'entendre avec leurs clients pour faire compter comme visites de nuit des visites faites durant la journée. Le contrôle est trop facile pour que de semblables fraudes soient possibles. D'ailleurs les médecins du service de nuit déclarent eux-mêmes que 9 fois sur 10 ils sont dérangés inutilement et j'affirme que, si les chiffres indiqués au Conseil municipal sont exacts, il doit en être ainsi. Pour ma part je crois sincèrement avoir été, depuis 20 ans, un des médecins les plus occupés de Paris : or je n'ai jamais été souvent et, depuis quelques années, je ne suis plus jamais appelé de nuit. Les médecins qui veulent bien me remplacer pour les visites de ce genre n'ont que 2 ou 3 fois *par an* à répondre à un appel d'urgence. Il en est de même, j'en ai la certitude, pour tous les médecins dont la clientèle est un peu dispersée, et qui ont su apprendre à leurs clients à ne pas s'affoler pour une angine striduleuse et surtout à suivre rigoureusement, pendant la nuit, les prescriptions indiquées le soir lorsqu'il s'agit d'une maladie grave. Je ne parle pas, bien entendu, des accouchements mais je ne sache pas que l'on accouche si souvent à Paris qu'il faille 135 médecins, non accoucheurs pour la plupart, en vue d'assurer d'urgence ce service.

Dans la clientèle ouvrière et surtout dans la clientèle indigente, ce qui multiplie les visites de nuit c'est que l'on y est infiniment plus exigeant et moins déférent vis-à-vis du médecin. L'ouvrier travaille le jour hors de chez lui. Il veut assister à la visite médicale. On attend qu'il soit rentré, qu'il ait dîné, puis on fait appeler le médecin de nuit. Ou bien encore on s'épouvante pour une indisposition et, comme la visite médicale ne coûte rien, on n'hésite pas à aller requérir un gardien de la paix et à réveiller le médecin du bureau de bienfaisance ou celui de la préfecture.

Il semble donc qu'avant de rendre celui-ci responsable des sommes indument dépensées par la Ville de Paris il eût été nécessaire de faire rembourser par tous les malades *non indigents*, c'est-à-dire par tous ceux dont les revenus, indiqués par leur loyer, leurs contributions, etc., sont

1. *Bulletin médical*, 1896, n° 99.

suffisants, le prix ordinaire de la visite médicale. On fait payer la désinfection des locaux contaminés par une maladie infectieuse. Pourquoi ne pas exiger de même le remboursement d'une visite médicale ? Pourquoi surtout ne pas voir ce que donnerait cette mesure avant de taxer à 600 francs, sans tenir un compte exact du nombre des visites qui leur seront imposées, les médecins chargés d'un service des plus pénibles ?

Est-il juste, en effet, que les médecins appelés de nuit dans un hôtel, dans un appartement meublé ou même, en l'absence du médecin traitant, dans un appartement quelconque, ne soient pas largement rétribués lorsqu'ils ont à faire à des clients riches ? Et n'est-ce pas rendre très suspecte à ceux-ci l'organisation du service médical de nuit que de le confier à des médecins insuffisamment rémunérés et par conséquent choisis parmi ceux-là seuls qui n'ont aucune ressource de clientèle ?

Nous espérons donc qu'avant d'accepter l'organisation proposée par le Conseil municipal, c'est-à-dire avant de créer un service médical de nuit exclusivement réservé aux indigents, et assuré, moyennant une indemnité fixe, par les médecins du bureau de bienfaisance, l'administration se préoccupera de faire payer à un taux suffisamment rémunérateur toutes les visites d'urgence qui seront demandées par des familles aisées. On arrivera ainsi, nous l'espérons, à une économie notable, et les médecins ne seront pas les seuls à faire les frais de la nouvelle organisation.

En toute circonstance nous croyons donc préférable, pour le médecin, de réclamer des honoraires proportionnels aux visites faites au lieu d'accepter une taxe d'abonnement. Et c'est pour éviter à un assez grand nombre de nos confrères une mesure de ce genre que nous croyons devoir une fois encore appeler leur attention sur les rapports à établir entre les médecins et les Compagnies d'assurances sur la vie.

Déjà en 1884 j'avais, dans une *lettre médicale* écrite en collaboration avec Dechambre, soulevé cette importante question. « Si vous lisez, disais-je alors, les tarifs d'honoraires admis par la plupart des syndicats, si vous supputez le prix moyen de la visite dans les cas où il s'agit de Sociétés de secours mutuels, de bureaux de bienfaisance, d'expertises médico-légales, etc., vous serez frappé de la modicité de ces prix ; vous conviendrez, avec les honnêtes et laborieux médecins qui acceptent les fonctions administratives, que trop souvent ils sont dupes de leur dévouement et bien à plaindre de se voir obligés, au début de leur carrière à solliciter des places aussi peu rémunérées. Mais si vous comparez aux honoraires dont se contentent les médecins des petites villes de province ceux qu'allouent à leurs médecins les Compagnies d'assurances sur la vie vous reconnaîtrez que ceux-ci sont très honorables. A Paris une visite médicale est payée 20 francs ; en province les Compagnies allouent 10 francs par certificat, que celui-ci soit rédigé dans le cabinet du médecin ou bien au domicile de l'assuré. Et ces 10 francs sont payés par la Compagnie sans difficulté d'aucune sorte, sans retard aucun. J'avoue donc ne pas comprendre le motif qui a inspiré à certains syndicats l'idée de s'attaquer exclusivement aux Compagnies d'assurances, et ce que je comprends moins encore c'est que, sans aucun avis préalable, sans aucune explication, les syndicats aient signifié brutalement aux Compagnies un tarif (20 francs par certificat, 25 francs quand il y a analyse d'urines) en disproportion avec les usages et les précédents. »

Après la polémique qu'a provoquée jadis cette *lettre médicale* je n'ai rien à en retrancher. Aujourd'hui, en effet, les mêmes difficultés renaissent. Mais tandis qu'en 1884 les Compagnies étaient isolées et ne pouvaient que difficilement s'entendre, leur union est aujourd'hui complète. Bien plus constituées, elles aussi, en syndicats, elles se préoccupent d'assurer dans des conditions moins onéreux et avec plus de sécurité leurs services médicaux. Dire tout ce que je sais à cet égard, tout ce que comporte de difficultés l'organisation de ces services serait m'entraîner trop loin. Ce que je veux affirmer c'est qu'aujourd'hui encore les prétentions des médecins qui exigent 25 francs d'honoraires (sans compter les frais de déplacement) pour un certificat médical d'assurances sur la vie me semblent inacceptables.

Les Compagnies, en effet, s'efforcent de réaliser un assez grand nombre d'affaires pour des sommes relativement peu élevées, Elles font signer dans les petites villes et dans les campagnes des contrats pour des sommes de 2 000, 5 000 francs, etc. Or pour ces affaires le taux de la prime annuelle (50 à 120 francs) est si peu élevé que les frais généraux doivent être considérablement réduits. Jamais on ne consentira donc à payer à un médecin, pour sa visite, la moitié du taux de la prime annuelle. D'autre part on ne peut imposer cette charge à l'assuré qui comprendrait difficilement comment il doit à un médecin dix fois plus cher pour l'examiner à l'état de santé que pour le traiter lorsqu'il est malade.

Dans l'impossibilité où elles se trouvent de céder aux exigences de certains de leurs médecins les Compagnies cherchent par quel procédé elles pourront arriver à sauvegarder leurs intérêts et il est bien probable qu'elles arriveront à charger dans chaque centre un peu important, et moyennant une rétribution fixe, un seul médecin de visiter toutes les personnes susceptibles de signer une police d'assurance. Le médecin du syndicat des Compagnies pourra ainsi recevoir des émoluments relativement assez élevés. Mais il sera seul. Et nous craignons bien que, du fait de cette réglementation nouvelle, l'ensemble du corps médical n'ait à souffrir. Il reste bien évident, en effet, que l'on choisira des médecins dont la réputation et l'expérience seront à la hauteur de la tâche qu'ils auront à remplir. Dans les petites localités, dans les campagnes ce seront des ressources relativement enviables qui échapperont à la majorité des médecins.

Pourquoi donc soulever, par des réclamations peu justifiées, un débat qui ne peut aboutir qu'à l'amoindrissement de ceux qui en auront été les promoteurs ? Nous appelons à ce sujet l'attention toute spéciale de l'Union des syndicats ?

Le médecin principal Laveran, ancien professeur du Val-de-Grâce, vient de faire valoir ses droits à la retraite, A peine âgé de 50 ans, appelé durant de longues années encore à rehausser, par la juste notoriété que lui ont value des travaux scientifiques, la renommée du corps auquel il appartenait, M. Laveran se retire écœuré des dénis de justice et des vexations imméritées dont il a été victime. Nous plaignons sincèrement ceux qui, aveuglés par un militarisme étroit et mesquin, ne savent pas comprendre ce que de semblables défections jettent de discrédit et de déconsidération sur le corps de santé tout entier.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Polype muqueux naso-pharyngien (p. 37).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Davainea Madagascariensis. — *Académie des sciences :* Radioscopie intrathoracique (p. 38). — *Société anatomique :* Mal de Pott. — Ulcère rond. — Maladie d'Addison. — *Société de biologie :* Glande thyroïde. — Antitoxine diphthérique (p. 39). — Exosmose oculaire. — Le fer chez le fœtus. — Epilepsie expérimentale. — *Société de chirurgie :* Plaie pénétrante de l'abdomen. — Anévrysme cirsoïde. — Fracture du cubitus (p. 40) — Pseudarthrose. — Anévrysme de la jambe. — *Société médicale des hôpitaux :* Infection à streptocoques. — Zone sonore inféro-dorsale. — Sigmoïdite aiguë (p. 41). — Séro-diagnostic. — *Société d'ophthalmologie :* Conjonctivite subaiguë. — Glaucome foudroyant. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Amputation intra-claviculaire du membre supérieur (p. 42). — Névralgie rebelle du trijumeau. — Méthode Röntgen à la chirurgie. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Ligature de la carotide primitive. — Intoxication par le sous-nitrate de bismuth (p. 43). — Plaie du poumon. — Luxations du pouce (p. 44).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société médicale de Hambourg :* Tuberculose de la choroïde. — *Société médicale de Magdebourg :* Pathogénie et traitement des brûlures (p. 44). — Angleterre. *Midland medical society :* Ablation d'une tumeur du foie. — Pyonéphrose calculeuse. — Gastrojéjunostomie pour cancer du pylore. — *South-eastern branch of the british medical Association :* Bains salés dans les dilatations du cœur. — Fièvre typhoïde. — Belgique. *Société belge de chirurgie :* Fistules vésico-vaginales (p. 45). — Tumeur sanguine. — Fracture de la colonne vertébrale. — Tumeur cérébrale. — Traitement de l'hématocèle (p. 46). — Thyroïdectomie. — *Société belge d'ophthalmologie :* Conjonctivites infectieuses. — Tumeurs épibulbaires (p. 47). — Verres de couleur. — Anomalie du canal lacrymal. — Ophthalmie du Congo. — *Société belge d'otologie et de laryngologie :* Empyème du sinus maxillaire. — Abcès rétro-pharyngiens. — Sérothérapie dans l'ozène (p. 48).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Polype muqueux naso-pharyngien.

Au n° 11 de la salle Denonvilliers, vous avez pu examiner un garçon de 8 ans, atteint d'un polype muqueux naso-pharyngien. C'est là une lésion assez rare, mais importante à bien connaître, en raison de la confusion à laquelle elle prête avec les polypes fibreux naso-pharyngien. Mais c'est là une erreur que presque toujours vous pourrez éviter si vous savez pratiquer un examen méthodique. Dans le cas actuel vous avez vu que le diagnostic a pu être établi assez simplement.

L'enfant, dont les antécédents héréditaires sont nuls et qui, sauf la scarlatine à 19 mois et la variole à 3 ans et demi, a toujours été bien portant, a présenté, il y a quelques mois, des signes d'obstruction nasale pour lesquels on l'a conduit chez un spécialiste. Au mois d'avril 1896 fut extirpé un polype muqueux de la fosse nasale droite. En mai, le malade eut la rougeole dont il se remit sans encombre, puis, le 28 juillet, on lui extirpa un deuxième polype. Nouvelle séance le 29 septembre et les jours suivants, et finalement il fut de la sorte extrait 9 polypes muqueux.

Les choses en étaient là lorsque, vers la fin de novembre, la mère s'aperçut qu'une tumeur pendait dans la gorge. Alors le spécialiste conclut à l'indication d'une opération chirurgicale importante, exigeant l'hospitalisation, et il voulut bien m'adresser le malade.

Lorsque l'enfant me fut présenté à la consultation, il me suffit de lui faire ouvrir la bouche pour voir que derrière la luette pendait une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, arrondie, mais à extrémité libre un peu effilée et comme frangée, visible sur une longueur de 2 centimètres environ. Le voile du palais était abaissé en totalité et la concavité normale était notablement abaissée.

A un examen superficiel, on aurait pu croire que la tumeur faisait corps avec la face postérieure du voile et de la luette. Mais en y regardant d'un peu plus près, on ne tardait pas à se convaincre qu'un sillon la séparait de ces parties et le toucher confirma immédiatement cette donnée.

Avec le doigt, en effet, il fut aisé de sentir que la tumeur, appendue à la voûte du naso-pharynx, descendait dans cette cavité en la remplissant presque entièrement, mais sans adhérer à aucune autre de ses parois.

L'obstruction nasale était évidente et la respiration était exclusivement buccale. Il suffira de nommer l'enchifrènement, la voix amygdalienne. Rien du côté des sens spéciaux. Une partie du diagnostic s'imposait : il y avait un polype du naso-pharynx. Mais quelle était la nature de ce polype? S'agissait-il de la lésion spéciale appelée polype naso-pharyngien? Sur ce point on pouvait, on devait discuter, car il dominait le pronostic et la thérapeutique.

Dans le naso-pharynx, en effet, on rencontre une tumeur spéciale, qu'il est classique de désigner sous le nom de polype naso-pharyngien. Elle naît presque toujours, chez les adolescents du sexe masculin, de la fibromuqueuse qui sert de périoste à la voûte du naso-pharynx, et elle a une grave tendance à envahir les cavités voisines. Au lobe pharyngien, qui descend derrière le voile, s'ajoutent bientôt un prolongement nasal qui s'insinue dans les fosses nasales et les sinus annexes, un prolongement facial qui, par la fente ptérygomaxillaire, va s'étaler dans la fosse temporale.

Cette évolution anatomique vous fait déjà prévoir que ces polypes naso-pharyngiens sont graves par les délabrements de voisinage qu'ils provoquent. Ils sont graves encore par les hémorrhagies auxquelles ils donnent naissance. Ils sont graves, enfin, par les interventions qu'ils exigent. Il faut agir, en effet, contre ce néoplasme capable de causer des hémorrhagies mortelles; et ce que je vous ai dit de ses prolongements, de son implantation, vous fait prévoir que, pour avoir un accès large, on aura besoin de se créer des voies artificielles, attaquer le squelette, jusqu'à pratiquer la résection du maxillaire supérieur.

Or, un accès large est indispensable, car ces tumeurs sont des fibrosarcomes, et si, le sujet parvenu à l'âge adulte, elles ont tendance à la régression spontanée, jusque-là, au contraire, elles ont coutume de repulluler sur place, si bien qu'il faut détruire aussi complètement que possible le pédicule et en outre le surveiller pendant longtemps.

Ce n'est pas tout, et pendant l'intervention on est exposé à des hémorrhagies graves, épouvantables même, dont on ne se rend maître que par une exérèse à la fois complète et très rapide : et cela, bien évidemment, nécessite l'accès du pédicule par une voie aussi large et aussi directe que possible.

Cette esquisse rapide me suffit, car je veux seulement vous montrer quel pronostic, quelle thérapeutique comportent les polypes naso-pharygiens, et vous faire comprendre l'intérêt capital qu'il y avait, dans le cas particulier, à déterminer si notre polype du naso-pharynx était un polype naso-pharyngien.

C'est que dans le naso-pharynx peuvent pendre des polypes identiques, dans leur nature et dans leur pronostic, aux polypes muqueux des fosses nasales : un de ces polypes, accompagné ou non de polypes antérieurs, s'implante dans les fosses nasales ou dans le cavum tout près des choanes, et descendant dans le naso-pharynx s'y trouve assez à l'aise pour acquérir un volume inconnu aux vulgaires polypes des fosses nasales. Cette tumeur est bénigne, elle ne saigne pas, n'envahit pas les cavités voisines, et on obtient aisément la guérison par une opération insignifiante.

Or, chez l'enfant que vous avez pu examiner, c'est de cette variété qu'il s'agissait, et j'ai pu porter à l'avance devant vous le diagnostic exact, bientôt confirmé par l'intervention. Ce diagnostic peut être ambigu : la preuve en est que dans le cas actuel un spécialiste distingué semble ne pas l'avoir nettement établi, puisqu'il a cru à la nécessité d'une intervention exigeant le séjour à l'hôpital, et que c'est le motif pour lequel il a bien voulu me confier le malade. Quels sont donc les symptômes qui m'ont mis sur la bonne piste?

L'âge, d'abord : le patient est un garçon de 8 ans et le vrai polype naso-pharyngien est une tumeur de l'adolescence, exceptionnelle aussi bien avant 14 ou 15 ans qu'après 25 ans. Cela étant, j'ai regardé de plus près la la tumeur pharyngienne, et je vous ai fait remarquer qu'elle était de couleur assez pâle, que sa muqueuse n'était pas plus rouge, plus vascularisée que celle des piliers et de la luette; il y avait une différence, c'était plutôt une différence en moins : le vrai polype naso-pharnygien est recouvert par une muqueuse rouge très vascularisée.

De cette vascularisation résulte la fréquence des épistaxis d'abord, des hémorrhagies buccales ensuite : et vous vous souvenez que notre malade n'en a jamais eu. Il n'en a même pas eu — et cela serait encore plus exceptionnel — lorsque le toucher a été pratiqué, à diverses reprises, pour bien déterminer les rapports et la consistance de la tumeur.

Cette consistance, elle aussi, a une valeur indicatrice réelle : elle n'est pas dure, mais assez molle pour que le doigt puisse déprimer la masse néoplasique.

Voici enfin un renseignement capital : on nous raconte que déjà à 9 reprises il a fallu enlever des polypes muqueux de la fosse nasale nasale droite, et actuellement nous y voyons une masse qui a tous les caractères classiques de cette lésion.

Cette constation, pas plus d'ailleurs que les précédentes, n'est pas probante à elle seule, car toujours nous devons supposer la possibilité de coexistences, d'exceptions, même bizarres. Mais l'ensemble des signes que je viens d'énumérer ne laissait guère place au doute : je diagnostiquai un polype muqueux, et ce fut également l'avis de mon ami le Dr Boulay, qui veut bien venir régulièrement dans le service soigner les maladies du nez, de la gorge et des oreilles.

Dès lors, notre plan opératoire fut de sectionner tout simplement le pédicule au serre-nœud, l'anse étant introduite par les voies naturelles. Ni par l'inspection, ni par le toucher nous n'avons pu déterminer avec une précision parfaite l'implantation du pédicule, dans les choanes ou dans le naso-pharynx, mais en pratique cela n'a pas d'importance.

Au serre-nœud, le 22 décembre 1896, M. Boulay débarrassa la fosse nasale droite de deux polypes muqueux qui l'obstruaient, puis, à l'aide d'une sonde uréthrale munie au bout d'une ficelle et remplaçant fort bien la sonde de Belloc, les deux chefs d'une anse métallique furent attirés dans cette fosse nasale. Le plein de l'anse fut passé en arrière de la tumeur, entre elle et la paroi pharyngienne, et vous avez vu que le seul point délicat de l'intervention a consisté à faire remonter le fil aussi haut que possible, en poussant l'anse avec l'index gauche introduit dans le pharynx tandis que de la main droite étaient tendus les deux chefs libres.

Cela fait, en quelques tours de serre-nœud a été sectionné un pédicule grêle et mou et j'ai pu vous montrer la tumeur, grosse comme le pouce environ; au volume près, elle était identique aux deux petits polypes que vous veniez de voir; et, après l'avoir coupée en long vous avez vu une surface de section grise et tremblotante.

Ce n'est pas le premier cas de ce genre que je rencontre. Déjà, également avec le concours de mon ami Boulay, j'ai observé une fillette d'une dizaine d'années, dont Boulay a publié l'histoire dans son intéressant mémoire sur les causes d'obstruction nasale chez l'enfant : l'opération a été aussi simple que dans le cas précédent et la guérison a été rapide et définitive. Deux cas seulement, en plus de 4 ans, dans un service aussi actif que le nôtre, c'est bien peu sans doute : mais, malgré sa rareté, cette lésion mérite d'être connue car tout médecin doit être apte à pratiquer l'opération qu'elle nécessite.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Janvier 1896.

Davainea Madagascariensis.

M. Raphaël Blanchard a eu l'occasion d'examiner complètement un helminthe de la Guyane qu'un auteur anglais, M. Daniels, avait cru devoir différencier du ver antérieurement décrit sous le nom de *Tœnia Madagascariensis*, ou mieux *Davainea Madagascariensis*, et qu'il a appelé *Tœnia demerariensis*. Or, d'un examen attentif M. Blanchard conclut que cet helminthe est en réalité le *Davainea Madagascariensis*.

L'individu entier est long de 15 cm. 5, moins la tête et le cou, ce qui permet de lui attribuer une longueur totale de 16 à 16 cm. Il est formé d'environ 340 anneaux; filiforme en avant, il est large de $1^{mm}5$ en arrière. Cet helminthe est répandu dans toute la zone intertropicale et attaque les adultes aussi bien que les enfants, les nègres aussi bien que les blancs. Il est donc probable que l'animal qui lui sert d'hôte intermédiaire est cosmopolite et M. Blanchard a tendance à soupçonner les cancrelats.

M. Napias lit un travail sur les dispositions légales prises dans les différents pays d'Europe au point de vue de l'hygiène du travail des femmes et des enfants (âge d'admission, durée du travail).

Élection.

M. Guignard est élu, par 68 voix sur 70 votants, membre dans la section de pharmacie.

Comité secret.

Sont classés pour la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale :

1° M. Delorme, 2° M. Richelot, 3° M. Peyrot, 4° M. Bouilly, 5° M. Quénu, 6° M. Kirmisson.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 Décembre 1896.

Radioscopie intrathoracique.

M. Bergonié. — Les malades que j'ai pu examiner provenaient du service de M. le professeur Arnozan, à l'hôpital

Saint-André de Bordeaux. Ils avaient été préalablement très soigneusement percutés et auscultés soit par lui-même, par M. le docteur Cassaët, professeur agrégé à la Faculté, et par moi-même. A la suite de cet examen on avait d'abord tracé sur leur thorax les diverses zones de matité révélées par les moyens cliniques ordinaires, au moyen d'un crayon dermographique. Ils étaient ensuite soumis à l'examen radioscopique et l'on traçait encore dans l'obscurité une seconde courbe analogue, limitant les zones claires des zones sombres. Il ne pouvait y avoir de cette façon aucune erreur, ni aucune tentative inconsciente de parfaire une coïncidence approximative. Des fils de plomb ont été également maintenus sur le thorax au moyen de collodion pour limiter par une ligne bien visible au radioscope les zones éclaires des zones sombres.

Les résultats ont été toujours parfaits comme coïncidence : à une zone de matité a toujours correspondu une zone d'opacité plus ou moins complète. La coïncidence était parfois étonnante de précision.

Chez un tuberculeux dont les deux poumons étaient envahis, l'image sur l'écran radioscopique présentait des taches irrégulières sur un fond d'ailleurs bien moins lumineux que d'ordinaire L'auscultation avait révélé chez lui une quantité de cavernules irrégulièrement distribuées.

Sur 2 malades atteints de pleurésie unilatérale, une différence énorme a été constatée entre la transparence des 2 poumons. Chez le premier malade, une femme atteinte de pleurésie purulente, le sommet du poumon apparaissait très transparent, mais la ligne de démarcation peu nette, comme à la percussion. Les seins assez développés formaient une ombre intense et limitée qui, tout d'abord, avait induit en erreur. Chez le second pleurétique, chez lequel une zone de matité très nettement limitée avait été trouvée, on détermina également une zone d'opacité, tracée comme je l'ai dit plus haut. La coïncidence fut absolue. Les mouvements respiratoires du diaphragme avaient une amplitude très diminuée du côté affecté par rapport au côté sain.

Chez une autre malade, amenée par M. le docteur Péry et atteinte de kyste hydatique, les résultats ont été encore plus nets. L'écran radioscopique a révélé l'existence d'une zone opaque, ayant envahi le côté gauche du thorax et laissant, aussi bien sur le bord externe que du côté de la colonne vertébrale et au sommet, une mince bande très claire dans laquelle des ponctions avaient pu être faites sans amener trace de liquide. L'opacité de l'ombre, vue en arrière, et ses bords bien nets ont prouvé que le kyste siégeait beaucoup plus près de la région postérieure du thorax que de la partie antérieure, ce que vérifiait la percussion. Ici encore la radioscopie, tout en permettant une précision beaucoup plus grande, a été absolument d'accord avec les autres moyens cliniques d'exploration.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 Janvier 1896.

Mal de Pott et compression du cœur droit.

MM. Ramond et **Bonnus** relatent l'observation d'un homme, atteint depuis 18 ans d'un ancien mal de Pott et présentant, à côté de deux abcès par congestion symétriques, ouverts tous deux à la région fessière, un anasarque généralisé et de la cyanose. Le foie et la rate étaient volumineux, les urines contenaient de 7 à 8 grammes d'albumine par litre, qu'on attribua à la compression du système cave par des ganglions tuberculeux.

L'autopsie montra que la compression était exercée par un abcès par congestion médiastinique, qui comprimait l'oreillette droite, au niveau de l'embouchure des deux veines caves. L'examen histologique des divers viscères montra une dégénérescence amyloïde généralisée.

Ulcère rond perforé.

M. Heresco communique l'observation d'un individu n'ayant jamais présenté d'antécédents pathologiques et qui brusquement fût pris des symptômes d'une péritonite généralisée. On pratique la laparotomie, sans trouver pas de perforation au niveau de l'intestin. A l'autopsie on trouva un ulcère rond de l'estomac, perforé.

Maladie d'Addison.

M. Gouget rapporte l'observation d'un individu sujet, depuis huit ans à des attaques apoplectiformes et ayant présenté plus tard de l'asthénie et de l'amaigrissement progressifs. La mort survint du fait d'attaques apoplectiformes. A l'autopsie on trouva les capsules surrénales hypertrophiées, caséeuses à leur centre, calcifiées à la périphérie. Elles contenaient des cellules géantes, mais pas de bacilles. L'inoculation au cobaye ne donna rien.

On trouva en plus un tubercule cérébral, de la tuberculose des organes génitaux, et au niveau des poumons quelques tubercules crétacés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 Janvier 1897.

Glande thyroïde et glandules parathyroïdiennes.

M. Gley. — J'ai montré le premier, il y a quelques années, que, si après l'extirpation de la glande thyroïde, on ne voit pas survenir chez les animaux le syndrome classique de l'intoxication, cela tient à ce qu'on a laissé en place les petites glandules annexées à la glande thyroïde, que j'ai désignées sous le nom de glandules parathyroïdiennes et dont les dimensions varient de celles d'un grain de mil à celles d'une lentille. Plus tard, un physiologiste allemand, M. Kohn, a décrit d'autres glandules parathyroïdiennes qui se trouveraient accolées à la face interne de la glande thyroïde.

Or, récemment, MM. Vasale et Generale, physiologistes italiens, ont publié leurs recherches d'où il résulte que si l'on extirpe les glandules parathyroïdiennes, en laissant en place la glande thyroïde, on voit apparaître, chez les chiens et les chats, le syndrome classique signalé après la thyroïdectomie. Les expériences que j'ai faites sur le chien et le chat, pour vérifier l'assertion de Vasale et Generale, ne sont pas encore terminées; mais sur 9 lapins chez lesquels j'ai fait l'extirpation des glandules thyroïdiennes seules, j'ai vu chez 4 survenir le syndrome de l'intoxication thyroïdienne. D'un autre côté, j'ai reçu une note de M. Rouxeau (de Nantes) qui a vu les phénomènes d'intoxication thyroïdienne survenir chez les 30 lapins auxquels il a extirpé les glandules parathyroïdiennes.

Ces recherches mettent donc en doute la spécificité des sécrétions de la glande thyroïde elle-même, puisqu'on peut se demander si les phénomènes observés après la thyroïdectomie complète ne relèvent en réalité de l'extirpation des glandules parathyroïdiennes.

Action de la toxine et de l'antitoxine diphthériques sur la moelle osseuse.

MM. Roger et **Josué.** — Continuant nos recherches sur l'action des toxines et des antitoxines sur le tissu médullaire, nous nous sommes adressés à la toxine diphthérique et au sérum antidiphthérique.

Les animaux ont reçu : les uns 2 ou 4 gouttes de toxine très active, d'autres 1 centimètre cube de sérum antidiphthérique, d'autres enfin à la fois la toxine et le sérum.

Les lapins qui ont reçu la toxine présentaient déjà au bout de 24 heures une prolifération manifeste des cellules de la moelle plus marquée à la périphérie et portant surtout sur les petits médullocelles. Après 48 heures, l'augmentation du nombre des cellules est beaucoup plus considérable, mais ce sont surtout les gros et moyens médullocelles qui se sont multipliés. Après 4 jours, toute la coupe présente une nappe de cellules, avec disparition complète de la disposition aréolaire, congestion intense et épaississement des fibrilles.

Si l'on examine la moelle osseuse d'un lapin sacrifié 24 heures après l'injection de sérum antidiphthérique, on trouve des modifications beaucoup plus marquées que sous l'influence de

la toxine. La prolifération est générale et porte surtout sur les petits médullocèles, les gros et les moyens restant relativement peu nombreux; par contre, les myéloplaxes sont bien abondants. Après 48 heures, l'aspect général est le même, mais les cellules sont plus abondantes. Contrairement à ce qu'on observe chez les animaux intoxiqués, ce sont non les gros médullocelles, mais les petits éléments qui ont augmenté de nombre. Enfin au 4e jour, la prolifération est énorme, mais l'aspect aréolaire est conservé; on voit seulement les travées qui limitent les cavités graisseuses infiltrées de cellules petites et fortement colorées.

Chez les animaux ayant reçu à la fois la toxine et le sérum, les modifications de la moelle osseuse tiennent le milieu entre les deux types précédents. La prolifération porte surtout sur les petits médullocelles, mais cette prédominance est moins marquée que chez les animaux qui ont reçu le sérum antidiphthérique, plus marquée que chez les intoxiqués non traités. L'épaississement des fibrilles est moindre que chez ces derniers.

Du rôle protecteur de l'épithélium cornéen dans l'exosmose oculaire.

M. Mermet. — Le présentateur démontre que la théorie de Leber touchant le rôle protecteur de l'endothélium de Descemet dans l'exosmose oculaire doit être revisée. D'après lui, le sûr garant du tonus oculaire est l'épithélium antérieur de la cornée.

L'anatomie montre que lames de la cornée et chambre antérieure sont d'origine mésodermique, que l'endothélium doit laisser transsuder, comme tous ses congénères des autres séreuses, que l'épithélium ectodermique diffère seul des précédents comme origine et ne saurait se laisser traverser de sa face profonde à sa face superficielle.

La clinique prouve que dans la kératite bulleuse du glaucome, l'épithélium antérieur cornéen est seul soulevé, qu'il s'agit ici, sous l'influence de l'hypertonie oculaire, d'une imbibition, d'une hydrotomie cornéenne dont la barrière est en avant l'épithélium de Bowmann.

Les expériences font voir que la réaction du bleu de Prusse sur la cornée est impossible dans les circonstances suivantes en l'absence de lésions épithéliales, et qu'elle ne dépend aucunement de l'état de l'endothélium de Descemet. Les injections de solutions de sulfate de fer dans la chambre antérieure suivies d'instillations de ferrocyanure dans le sac conjonctival ne donnent lieu, en effet, à l'apparition du bleu de Prusse que si on vient à léser l'épithélium antérieur; une croix, un trait fait sur celui-ci se dessinent instantanément en bleu, grâce au contact immédiat des deux liquides. Toute exulcération traumatique ou inflammatoire de la cornée aboutit au même résultat.

Le fer chez le fœtus.

M. Guillemonat, avec M. Charrin, a pu démontrer que, pendant la vie intra-utérine, filles et garçons, ont les mêmes quantités de fer. Plus tard, chez l'adulte, comme l'auteur l'a vu avec M. Lapicque, l'homme en a plus que la femme.

Lésions dans l'épilepsie expérimentale.

M. Thomas. — M. Charrin a présenté, il y a quelques mois, un cobaye épileptique, prenant des crises spontanément, pour ainsi dire, ou sous l'influence d'excitations diverses, de la peau en particulier.

Or, sur toute la hauteur de la moelle, on décèle des lésions portant de préférence sur les cellules et expliquant l'excitabilité anormale de ces centres sous l'action des agents mécaniques ou autres

M. Bordas présente un nouveau milieu de culture, le lacto-sérum artificiel, permettant de différencier les cultures typhiques et les cultures de coli-bacilles.

M. Widal cite plusieurs faits montrant que la conservation des propriétés agglutinantes par le sérum typhique desséché peut être utilisée en hygiène publique et médecine légale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Janvier 1897.

Plaie pénétrante de l'abdomen.

M. Michaux fait un rapport sur une observation de **M. Chupin**, où il s'agit d'un homme qui s'est tiré un coup de carabine Lebel chargée à blanc dans l'abdomen. L'examen ayant montré que la plaie était pénétrante, et qu'il existait en même temps une fracture de la crête iliaque, M. Chupin a fait une laparotomie et a trouvé les muscles réduits en bouillie, le péritoine déchiré et la plaie abdominale remplie de poussière et d'étoffes: l'intestin n'était pas blessé. M. Chupin nettoya la plaie et mit une mèche de gaze en rapport avec le foyer de la fracture de l'os iliaque. Les suites opératoires ont été parfaites et le malade a bien guéri.

Pour M. Michaux, l'auteur a sagement agi en faisant une laparotomie exploratrice immédiate, pour nettoyer la plaie abdominale et traiter aseptiquement la fracture compliquée de l'os iliaque.

M. Chupin a fait, de plus, quelques expériences sur le cadavre avec les carabines Lebel chargées à blanc : dans tous les cas le coup de feu perforait la paroi abdominale et laissait l'intestin intact. La blessure était surtout grave quand la cartouche à blanc contenait du carton, et quand le coup portait sur des régions osseuses, thorax, par exemple.

M. Robert fait observer que les cartouches à blanc qui contiennent des balles de carton condensé et vernissé, sont assez dangereuses. Le danger dépend de la vitesse initiale; elle est de 700 mètres à la seconde. Cette vitesse est donc plus grande que pour les gros projectiles; et cette vitesse est due à la qualité spéciale de la poudre qu'on emploie.

Les blessures par ces cartouches à blanc sont très graves en général. Sur des planches de sapin, ces coup de feu à blanc produisent des dégâts analogues à ceux produits par la dynamite. Jusqu'à 50 centimètres, ces coups de feu à blanc sont très vulnérants. Jusqu'à 2 mètres, ils sont encore dangereux.

Anévrysme cirsoïde.

M. Nélaton fait un rapport sur une observation de **M. Roux** (de Brignolles) relative à un cas d'anévrysme cirsoïde de la région temporale et qui semble porter atteinte à la théorie des anévrysmes cirsoïdes soutenue par M. Terrier en 1890, laquelle théorie considère l'anévrysme cirsoïde comme un anévrysme artérioso-veineux succédant à un traumatisme ou à un nævus.

Dans le cas de M. Roux, l'anévrysme cirsoïde siégeait à la région temporale droite, et avait succédé à un traumatisme ancien. Du côté opposé aussi (région temporale gauche), il existait des dilatations vasculaires, petites il est vrai, mais qui étaient le siège d'un souffle continu avec renforcements.

M. Roux fit l'ablation de l'anévrysme cirsoïde de la région temporale droite après la ligature de la carotide externe : les vaisseaux dilatés qui l'entouraient s'affaissèrent. Mais, au bout de 4 mois, les dilatations vasculaires de la région temporale gauche commencent à augmenter. Du côté droit, au contraire, pas de récidive.

M. Roux a fait l'examen histologique de la tumeur enlevée : il a trouvé des lésions vasculaires (endartérite et péri-artérite) des vaisseaux moyens et capillaires de la face, mais sans découvrir la communication entre les vaisseaux artériels et veineux admise par M. Terrier.

Cette observation est très curieuse; mais elle n'entre pas dans le cadre ordinaire des anévrysmes cirsoïdes. Son mode de traitement a bien réussi. Aussi M. Roux en conclut-il que l'anévrysme cirsoïde est le résultat d'une vascularite.

M. Nélaton trouve que cette observation ne peut être expliquée ni par la théorie de M. Terrier ni par la vascularite invoquée par M. Roux.

Fracture du cubitus avec luxation de la tête radiale.

M. Schwartz fait un rapport au nom de **M. Chevassus** sur un cas de luxation traumatique du radius, avec fracture du

cubitus observé chez un homme de 20 ans, à la suite d'un coup de pied de cheval. Comme au bout de 3 mois de traitement, il existait une impuissance fonctionnelle du membre, M. Chevassus fit la résection de la tête radiale et les fonctions de l'avant-bras se sont rétablies.

Cette observation vient, d'après M. Schwartz, confirmer l'opinion de Malgaigne qui disait que la luxation de la tête du radius succédait à une fracture du cubitus (tiers moyen ou tiers inférieur). Le ligament annulaire se déchire et la luxation se produit.

Comme traitement, quand le traumatisme est récent, il faut tenter la réduction sous le chloroforme, avec immobilisation du membres; si le traumatisme est ancien, il faut faire ou l'arthrotomie ou la résection de la tête du radius.

Pseudarthrose des os de la jambe.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de **M. Ferraton** ayant trait à un cas de pseudarthrose consécutive à une fracture des 2 os de la jambe avec issue sous la peau d'une esquille tibiale. M. Ferraton a opéré le malade 8 mois après le traumatisme; il existait un cal fibreux entre les deux fragments osseux aigus, chevauchant. Il régularisa les extrémités osseuses, enleva le cal fibreux et on fit une suture métallique. Le malade a bien guéri.

Un cas d'anévrysme faux primitif de la jambe.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de **M. Hartmann** ayant traité un homme de 40 ans, qui reçoit à la jambe deux coups de tranchet, le 10 mars 1896; les plaies sont suturées et guérissent par première intension. 15 jours plus tard, le malade rentre à Bichat, et M. Hartmann constate à la jambe un anévrysme faux primitif. Le 6 avril, après striction du membre, il pratique, sur la ligne médiane postérieure de la jambe, une incision qui le mène sur un sac flasque à paroi mince. Ce sac possède un diverticule antérieur; M. Hartmann fait alors une incision antérieure, décolle le jambier du tibia et arrive sur le diverticule. Il remarque en outre, sur un point, une petite fente qui conduit le stylet dans un vaisseau; cette fente est obturée avec trois pinces de Kocher. Pensant avoir trouvé le point de communication, il lève le lien constricteur : la poche se remplit aussitôt de sang, et plusieurs tentatives ne peuvent faire découvrir l'ouverture vasculaire. Un tamponnement serré est alors pratiqué avec de l'amadou iodoformé et le pansement fait. Il n'y a eu aucune complication, la guérison opératoire est survenue et le malade se sert parfaitement bien de sa jambe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Janvier 1897.

Lavages du sang dans une infection à streptocoques. Guérison.

M. Dalché.— Au sens rigoureux du mot, le procédé qui se rapproche le plus du lavage est celui qui combine la transfusion et la saignée, pourvu que cette saignée soit encore suffisante. Mais l'injection seule de la solution saline dans la veine constitue une sorte de lavage, à certaines conditions : il faut que le liquide pénètre avec abondance et que les reins, le cœur et les poumons du malade ne portent pas d'altérations profondes. Une grande élimination urinaire (ou intestinale, cutanée, etc.), provoquant une évacuation considérable de poisons, sera d'autant mieux obtenue qu'on introduira une notable quantité de sérum artificiel, sans arriver aux doses dangereuses.

Une femme de 27 ans entra à l'hôpital Beaujon pour des accidents pyohémiques, dans un état typhoïde alarmant, en stupeur, subictérique et présentant au niveau des membres plusieurs abcès et des plaques de lymphangite. Il n'y avait rien à l'utérus, et la constatation d'un souffle mitral puis d'un souffle aortique qui se manifestèrent l'un après l'autre, les jours suivants, firent songer à la possibilité d'une endocardite, cause ou effet de l'infection, que des recherches bactériologiques nous apprirent relever du streptocoque. Je fis une injection d'un litre de sérum artificiel de Hayem cinq jours de suite; chaque lavage fut suivi d'un frisson d'une violence inouïe et d'une élévation de la température qui monta jusqu'à près de 42° pour retomber le soir même aux environs de la normale. L'état général s'améliora assez vite et la malade finit par guérir.

Après l'injection intraveineuse il survient de tels phénomènes réactionnels qu'il est bien difficile de considérer la polyurie et la toxurie comme les seuls heureux effets qu'elle provoque. Elle a encore sur l'organisme atteint une action sthénique des plus remarquables, et favorise les efforts qu'il tente pour lutter contre la maladie. Les phénomènes critiques sont incomparablement plus marqués, pour des quantités égales de liquide, à la suite des injections intraveineuses qu'après les injections sous-cutanées; mais le lavage par la voie intraveineuse nécessite aussi davantage une intégrité du rein et du cœur. J'ai vu survenir des accidents de cœur forcé chez une femme atteinte de myocardite et de sclérose rénale à la suite d'une injection de 650 centim. cubes, précédée d'une saignée de 250 grammes, d'où surcharge de 400 grammes seulement. Il faut examiner le cœur et le pouls avec autant de soin que l'on vérifie l'état des fonctions urinaires.

La zone sonore inféro-dorsale à gauche.

M. L. Galliard. — Il existe, à la base du thorax, à gauche et en arrière, une zone horizontalement étendue des dernières vertèbres dorsales à la région inféro-axillaire; limitée inférieurement par une ligne horizontale, limitée supérieurement par une ligne d'abord horizontale, puis obliquement ascendante, plus haute, par conséquent, sur le côté de la poitrine qu'au voisinage de la colonne vertébrale, où sa hauteur ne peut guère dépasser trois travers de doigt. Cette zone sonore inféro-dorsale subit, au point de vue des modalités plessimétriques, l'influence de la distension gazeuse de l'estomac et du côlon.

Le poumon gauche, comprimé ou refoulé par ces organes distendus, était-il préalablement sain, la zone inféro-dorsale fournit un tympanisme spécial qui se distingue de la sonorité que donne le parenchyme pulmonaire dans la région sus-jacente.

Le poumon gauche est-il hépatisé, ce tympanisme contraste avec la matité que donne le bloc pneumonique sus-jacent.

La plèvre gauche contient-elle des gaz et pas de liquide (pneumothorax simple), la zone inféro-dorsale fournit un son amphorique.

La plèvre gauche contient-elle du liquide et des gaz (hydropneumothorax), cette zone donne un son hydro-aérique ou métallique, que j'ai signalé au Congrès de Bordeaux, en 1895.

Lorsque la plèvre gauche contiendra seulement du liquide, on trouvera probablement, dans certaines conditions, le même son métallique. Piorry l'a constaté sur le cadavre dans un fait de pleurésie diaphragmatique. Dans 2 cas où le tympanisme inféro-dorsal avait précédé l'apparition d'un empyème métapneumonique, j'ai constaté une altération de la matité qui aurait pu induire en erreur un observateur non prévenu.

C'est surtout au point de vue du traitement de la pleurésie gauche qu'il importe d'étudier le plessimétrisme de la zone inféro-dorsale.

Un cas de sigmoïdite aiguë.

M. L. Galliard. — Une femme de 28 ans, atteinte de fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans, entre, le 28 novembre 1896, dans mon service à l'hôpital Tenon avec le diagnostic : métrite. Depuis 8 jours elle n'a pas eu de garde-robe; mais l'émission des gaz a persisté; depuis 2 jours elle vomit. Violent mal de tête, prostration, température vaginale 39°1. On constate dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse, ovoïde, faisant corps avec l'S iliaque, non dépressible, non fluctuante, peu mobile, douloureuse à la pression. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements. Le toucher vaginal démontre l'intégrité de l'utérus et des annexes. Lavement purgatif, onctions chloroformées, cataplasmes, lait.

Le second jour 38°5 et 38°6.

Les jours suivants, 38°, diarrhée. Pas d'évacuation puru-

lente. La tumeur diminue progressivement. Elle n'a guère que le volume d'un œuf de poule lorsque je prie M. Gérard-Marchant d'examiner la malade, le 10 décembre; il reconnaît comme moi l'intégrité de l'appareil génital. Le 20 décembre l'état général est satisfaisant; on trouve encore dans la fosse iliaque gauche une masse dure et mobile comparable à une grosse noix. La malade quitte l'hôpital.

Séro-diagnostic.

M. Hayem signale la persistance de la propriété agglutinante dans le sérum typhique chauffé à 57°-59°.

MM. Sabrazès et **Hugon** (de Bordeaux) adressent une note relatant 22 observations dans lesquelles ils ont pu vérifier l'exactitude de l'épreuve du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde et les maladies qui lui ressemblent.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 Janvier 1896.

De la conjonctivite subaiguë. Étude clinique et bactériologique.

M. Morax a donné le nom de conjonctivite subaiguë à une forme particulière d'inflammation de la conjonctive causée par un microorganisme spécial. Cette affection, non différenciée et considérée comme une réaction banale de la muqueuse oculaire, constitue une maladie spéciale et contagieuse que l'on peut distinguer des autres variétés de conjonctivites aussi bien par l'étude clinique que par l'examen bactériologique; elle se développe à tous les âges mais s'observe surtout chez les adultes et les vieillards, elle provoque l'agglutinement des paupières, le matin au réveil, et l'on constate une sécrétion muco-purulente dans l'angle interne de l'œil; l'œil opposé est atteint dans les 3 ou 4 jours suivants.

Les symptômes consistent en une légère photophobie, s'accusant surtout le soir, une gêne périorbitaire, des démangeaisons, mais pas de douleurs véritables comme dans les conjonctivites aiguës, blennorrhagiques. L'infection conjonctivale est surtout marquée au niveau de la conjonctive tarsienne et de la caroncule; la conjonctive du globe reste intacte et la sécrétion est peu abondante.

Il est rare de voir cette conjonctivite se compliquer de lésions cornéennes.

Cette conjonctivite subaiguë peut se prolonger pendant quelques mois, si on ne la soigne point, et c'est le sulfate de zinc, en solution au 40° ou au 50° qui la guérit en quelques jours. Examinée en microscope, la sécrétion conjonctivale, fixée sur une lame et colorée par une couleur basique d'aniline, on reconnaît, entre les leucocytes polynucléaires et quelques cellules épithéliales desquamés, un grand nombre de bacilles assez volumineux et fortement colorés. Ces bacilles affectent la forme diplobacillaire; les extrémités sont arrondies et un espace clair très net sépare les deux éléments.

Le diplobacille se décolore par la méthode de Gram et ses caractères morphologiques permettent de le différencier aisément des autres microorganismes que l'on peut rencontrer sur la conjonctive saine ou enflammée. En outre, il existe toujours en très grande abondance dans la sécrétion de la conjonctive subaiguë, ce qui rend le diagnostic facile.

Les colonies du diplobacille ne se développent qu'à une température comprise entre 30° et 38°; à la température ordinaire, la vitalité du diplobacille ne dépasse pas 2 ou 3 jours; elle peut être de 6 mois et plus à la température de l'étuve.

Quel que soit le mode d'inoculation employé, le diplobacille ne provoque jamais aucun trouble chez les animaux, mais il suffit de déposer une goutte d'une culture pure de 5e génération dans le cul-de-sac conjonctival de l'homme pour voir se développer, après une incubation de 3 jours, une conjonctivite ayant tous les caractères de la maladie naturelle avec le diplobacille dans les sécrétions.

L'expérience prouve donc que la conjonctivite subaiguë est contagieuse.

Glaucome foudroyant avec abolition complète de la circulation rétinienne. Considérations sur le rôle de la circulation intra-oculaire dans la pathogénie du glaucome.

M. Sulzer communique plusieurs observations de glaucome présentant certaines particularités. Il insiste sur l'état de la circulation intra-oculaire artérielle et des vaisseaux intra-oculaires, facteurs auxquels il attribue un rôle prépondérant dans le glaucome.

Son travail aboutit aux conclusions suivantes : ces glaucomes peuvent être divisés en 3 classes : le glaucome circulatoire, le glaucome vasculaire, le glaucome nerveux.

Les glaucomes sont liés par le caractère commun de la dégénérescence vasculaire; primitive dans le glaucome vasculaire, cette dégénérescence est secondaire dans les autres classes et elle dépend d'un trouble de la circulation artérielle.

Les troubles circulatoires dégénératifs et nerveux sont liés par une dépendance mutuelle qui fait qu'ils se produisent et se renforcent entre eux.

Le trouble circulatoire joue le principal rôle dans tous les glaucomes.

L'excavation glaucomateuse n'est pas un effet mécanique direct de l'hypertonie; elle est produite en première ligne par une dégénérescence partielle des fibres à myéline de la papille dépendant de la paralysie des éléments périphériques correspondants de la rétine, par entrave de la circulation et par une nutrition insuffisante des tissus de la papille dépendant également de la circulation artérielle.

Au point de vue thérapeutique, il est essentiel d'envisager l'origine du glaucome et l'état de la circulation intra-oculaire.

WUILLOMENET.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances de Novembre 1896.

Amputation intra-claviculaire du membre supérieur.

M. Vallas. — J'ai opéré, le 7 août, par un procédé particulier de désarticulation et avec plein succès opératoire, une femme atteinte de tumeur maligne de l'épaule développée dans la moitié antérieure du muscle deltoïde. L'opération consiste à enlever le membre supérieur en emportant la clavicule et en laissant en place l'omoplate.

Voici comment j'ai procédé :

1er *Temps.* — Incision le long du bord supérieur de la clavicule depuis le 1/3 interne de cet os jusqu'à son extrémité externe.

Cette incision permet la section de la clavicule vers son 1/3 interne et la ligature de l'artère et de la veine sous-clavière immédiatement à la sortie des scalènes.

2e *Temps.* — Complément des incisions cutanées :

a) Incision partant de l'extrémité interne de la première et descendant, sur la face antérieure du thorax, jusqu'au bord inférieur du grand pectoral.

b) Incision prolongeant l'extrémité externe de celle du 1er temps, et descendant sur la face postérieure du moignon de l'épaule et du bras pour s'arrêter un peu plus bas que le bord inférieur du grand dorsal.

c) Incision réunissant les extrémités des deux précédentes en passant en diagonale sous l'épaule.

3e *Temps.* — Section des parties profondes. D'avant en arrière, on coupe successivement :

Le muscle grand pectoral et, après avoir soulevé son segment externe, les muscles qui s'insèrent à l'apophyse coracoïde.

Les vaisseaux sous-claviers, entre les deux fils à ligature et les nerfs du plexus brachial.

4e *Temps.* — Désarticulation de l'épaule.

La malade, guérie de son opération, est morte de généralisation. Il s'agissait d'une tumeur maligne développée dans le muscle deltoïde.

Ce procédé est facile à exécuter, est moins grave que la dé-

sarticulation interscapulo-thoracique. Le lambeau est suffisamment irrigué; le sphacèle n'est pas à craindre.

Ablation totale du ganglion de Gasser pour névralgie rebelle du trijumeau.

M. Laguaitte. — Il s'agit d'un homme de 56 ans qui, au niveau d'une plaie profonde de la face au niveau du trou mentonnier du côté droit, remontant à 40 ans, commençait, il y a 8 ans, à éprouver des douleurs violentes irradiées de la région mentonnière droite au domaine des nerfs maxillaire supérieur et ophthalmique.

Toutes les médications ayant échoué, on se décida, après plusieurs tentatives infructueuses d'élongation et de section des nerfs dentaire inférieur et sous-orbitaires, à pratiquer l'ablation du ganglion de Gasser, précédée de la ligature de la carotide externe.

Voici le manuel opératoire :

1er *Temps.* — Incision commençant au-dessous de la tubérosité de l'os malaire, remontant verticalement jusqu'au niveau de l'apophyse orbitaire externe et se recourbant en arrière, pour redescendre dans le sillon préauriculaire.

Au fond de l'incision ascendante, section à la scie de la moitié postérieure du losange malaire et, au fond de l'incision descendante, section de la racine antérieure de l'arcade zygomatique.

2e *Temps.* — Dissection du lambeau que l'on rabat en bas, en laissant adhérents à sa face profonde l'apophyse zygomatique et le muscle masséter.

3e *Temps.* — Section de l'apophyse coronoïde que l'on relève avec le muscle temporal.

4e *Temps.* — Dénudation à la rugine de la partie inférieure de la fosse temporale et du plan sphéno-temporal, jusqu'au trou ovale où l'on est arrêté par l'émergence des nerfs dentaires inférieur et lingual. On sectionne ces 2 nerfs un un peu audessous du trou ovale et on place sur leur bout supérieur une pince à pression.

5e *Temps.* — Trépanation du crâne dans la partie inférieure de la fosse temporale et agrandissement de la brèche osseuse en bas et en dedans jusqu'au trou ovale qui est largement ouvert et transformé en une gouttière au fond de laquelle on voit le nerf maxillaire inférieur sortir du crâne.

6e *Temps.* — Ouverture de la loge dure-mérienne du ganglion de Gasser à l'aide d'une sonde cannelée en suivant le tronc du nerf maxillaire inférieur, tandis qu'un aide soulève le cerveau et la dure-mère à l'aide d'un écarteur plat et mousse. L'index, introduit au fond de la plaie, achève d'isoler de la dure-mère la face supérieure du ganglion et reconnaît le tronc du nerf maxillaire supérieur. On charge ce nerf sur un crochet, on l'attire et on le coupe d'un coup de ciseaux.

La dénudation de la face inférieure du ganglion se fait comme celle de la face supérieure.

En exerçant des tractions sur la pince qui est fixée sur le nerf maxillaire inférieur, on arrive à sentir, avec l'extrémité du doigt, le bord postérieur du ganglion et l'on peut aller saisir, avec une pince à pression, le tronc même du nerf trijumeau en amont du ganglion. Il suffit alors d'exercer un mouvement de traction et de torsion pour amener le ganglion. On arrache en même temps le nerf ophthalmique.

On sent très bien ensuite, avec la pulpe du doigt introduit au fond de la plaie, la loge vide qu'occupait le ganglion de Gasser au sommet du rocher.

7e *Temps.* — On remet en place les tissus mous en les fixant par quelques points de catgut, on draine le fond de la plaie à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée et on fait la suture du lambeau cutané. En laissant l'apophyse zygomatique adhérente à la face profonde du lambeau, on a l'avantage de replacer cette apophyse dans ses rapports normaux par la simple suture du lambeau et on évite en outre les chances de sa nécrose.

L'opération que j'ai pratiquée par ce procédé a duré 1 heure, y compris la ligature de la carotide externe.

Dès les premiers pansements, on put constater que la sensibilité des téguments, et celle des muqueuses du côté droit de la face était complètement abolie, que la conjonctive était très congestionnée et sèche, la cornée déjà un peu opaque et les téguments de la joue droite plus vascularisés que du côté gauche.

La cornée a même présenté, il y a quelques jours, une ulcération assez étendue, mais superficielle.

Depuis l'opération, cet homme n'a plus souffert et a pu reprendre son existence habituelle.

Au point de vue opératoire, je ferai remarquer l'utilité de la ligature préventive de la carotide externe. Pendant toute l'opération, en effet, je n'ai pas vu un seul jet artériel, et je ne me suis pas aperçu de la méningée moyenne. Il ne s'est produit qu'un suintement sanguin insignifiant. La ligature de la carotide externe n'est, d'ailleurs, pas une complication opératoire importante.

Quant au résultat physiologique, on retrouve ici tous les phénomènes que les physiologistes obtiennent par la section du trijumeau, y compris les troubles trophiques de l'œil.

M. Dor. — Les troubles trophiques de l'œil peuvent être guéris par l'antisepsie et l'instillation fréquemment renouvelée d'un collyre préparé avec l'extrait de capsules surrénales.

Application de la méthode Röntgen à la chirurgie.

M. Destot présente plusieurs photographies obtenues par la méthode de Röntgen : entre autres celle du poignet d'une jeune fille qui présente un rhumatisme de nature douteuse, chez laquelle on trouve à l'union du carpe et du métacarpe, une tache nuageuse correspondant à une raréfaction du tissu osseux qui permet d'affirmer une ostéo-arthrite tuberculeuse.

M. Destot emploie un tube en S surmonté d'une grosse ampoule; il obtient ainsi de belles radiographies. Il montre enfin par des exemples que les rayons X sont doués d'une grande pénétration et sont susceptibles d'exercer une influence trophique sur l'économie.

M. Gallot fait des expériences démontrant la vision directe des rayons Röntgen, qu'il projette sur un écran.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Octobre-Novembre 1896.

Ligature de la carotide primitive.

M. Capdepon. — Un homme de 48 ans entre à l'hôpital pour un sarcome du cou de la grosseur d'une forte orange siégeant sous le sterno-mastoïdien gauche qu'elle déborde en avant et en arrière. Il ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel.

Le 7 août on en pratique l'extirpation qui est laborieuse en raison des connexions intimes du néoplasme avec le paquet vasculaire du cou; au cours de l'intervention, on est amené à faire la ligature de la carotide primitive gauche.

Depuis l'intervention ce malade n'a jamais présenté le moindre phénomène cérébral. Voilà donc un cas de plus dans lequel la ligature de la carotide primitive n'a été suivie d'aucun trouble; ce qui tendrait à établir que la suppression de ce tronc artériel n'a pas toujours la gravité qu'on avait bien voulu lui accorder jusqu'ici.

Intoxication par le sous-nitrate de bismuth.

M. Tocheport. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, cuisinière, qui, grièvement brûlée aux mains, entre à l'hôpital 10 jours après son accident. Ses deux avant-bras n'étaient que de vastes plaies bourgeonnant et suppurant. On les recouvrit avec du sous-nitrate de bismuth et de l'amidon en parties égales.

Au bout de 3 semaines, gonflement de la muqueuse buccale, difficulté de la déglutition, haleine fétide, apparition d'un liseré ardoisé sur le bord libre des gencives. La muqueuse des lèvres inférieure et supérieure est également tachée de placards ardoisés en face des canines.

Ces accidents, mis sur le compte du pansement au bismuth, disparaissent avec la suppression de la cause.

Plaie du poumon.

M. Tocheport. — Le 15 octobre dernier un homme de 40 ans, portant sur l'épaule une hache dont le tranchant était tourné en bas, tombe sur le dos. Il en résulte une plaie de la région postérieure gauche du thorax, sectionnant quatre côtes et faisant une plaie du poumon de quatre centimètres de longueur.

Le Dr Chevalier appelé, trouva le malade respirant à peine, la plèvre gauche remplie de caillots. L'air s'échappait de la plaie en produisant un bruit de soufflet.

Séance tenante les caillots furent enlevés, la plèvre lavée et la plaie du poumon suturée par un surjet au catgut. Suture de la plèvre et de la paroi.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le 27 septembre les points de suture furent retirés. Le malade guérit complètement.

Luxations complexes du pouce en dehors.

M. Vitrac. — D'une série de recherches sur le cadavre, il résulte que l'irréductibilité des luxations complexes du pouce peut dépendre d'un obstacle autre que les os sésamoïdiens.

Pour que ces luxations complexes se produisent il faut qu'un ligament latéral au moins soit déchiré. C'est le plus souvent le ligament externe. La phalange se rapproche alors de l'espace interosseux, c'est la variété interne, luxation type de Farabeuf.

Si le ligament interne ou les deux ligaments sont rupturés, la phalange peut se placer en dehors du métacarpien qui, lui, comble l'espace interosseux : c'est la variété externe.

Dans la variété interne, le tendon fléchisseur est luxé en dedans, dans la variété externe il est luxé en dehors.

Dans cette dernière variété, quand les sésamoïdes seuls ne faisaient pas obstacle, c'était le tendon fléchisseur qui, accroché sur la partie dorsale externe de la tête métacarpienne, empêchait la réduction. Le tendon fléchisseur étant coupé, il n'existe plus d'obstacle à la réduction.

On est donc autorisé à classer dans les luxations complexes du pouce une *variété externe* ou « en dehors » dans laquelle existent :

a) La position externe de la phalange.

b) La déchirure du ligament interne ou des deux ligaments.

c) La luxation en dehors du tendon fléchisseur.

d) L'irréductibilité, qui peut être due à la seule luxation tendineuse.

Le traitement doit donc s'adresser à l'obstacle tendineux. On peut le sectionner mais le plus souvent il suffit de décrocher avec une pince le tendon qui restait fixé en arrière et en dehors de la tête métacarpienne pour que le premier temps de la manœuvre de Farabeuf devienne possible et par suite la réduction.

La formule du traitement chirurgical de la luxation complexe en dehors, en l'absence d'obstacle sésamoïdien, serait donc : après incision, libération sans ténotomie du tendon fléchisseur.

On pourrait encore obtenir la réduction en faisant au-dessus du poignet la ténotomie temporaire du tendon fléchisseur, manœuvre qui permettrait à la fois la réduction de la luxation tendineuse et de la luxation osseuse.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 27 Octobre 1896.

Tuberculose de la choroïde.

M. Liebrecht estime qu'on doit distinguer dans la tuberculose de la choroïde deux formes : une forme mililaire, où la tuberculose de la choroïde est une manifestation locale de la tuberculose miliaire généralisée, et une tuberculose primitivement locale de la choroïde, où le néoplasme tuberculeux constitue une manifestation autonome de la diathèse. Au point de vue anatomique, la tuberculose locale de la choroïde peut se présenter soit sous forme d'une tuberculose diffuse, soit sous celle d'un tubercule isolé de la membrane. La tuberculose locale de la choroïde est très rare, puisque, d'après M. Liebrecht, on n'a signalé, depuis 1890, que 11 cas de tubercules isolés et 5 cas de tuberculose diffuse de la choroïde.

D'après les préparations microscopiques faites et présentées par M. Liebrecht dans la tuberculose miliaire de la choroïde, les tubercules miliaires sont formés d'un amas de cellules rondes parmi lesquelles on trouve des cellules épithélioïdes rares. Les cellules géantes font défaut, de même que tout signe de caséification. Les tubercules sont situés directement sous la couche pigmentaire de la rétine.

Le tubercule solitaire se présente sous la forme d'une tumeur de la choroïde, dont une partie fait saillie dans le corps vitré et dont une autre, après avoir perforé la sclérotique, s'étend dans le tissu conjonctif autour de l'orbite. Le reste de la choroïde paraît normal et est nettement séparé de la partie occupée par le tubercule. Le tubercule lui-même est composé d'un amas de nodules formés par des cellules épithélioïdes et présentant des endroits caséifiés, dans le voisinage desquels on trouve des cellules géantes.

Ce qui caractérise la tuberculose diffuse de la choroïde c'est que la choroïde, avec le corps biliaire, sont transformés en une masse tuberculeuse qui n'est pas composée de nodules isolés, mais d'un amas uniformes de cellules épithélioïdes avec foyers de caséification et cellules géantes innombrables. La rétine est respectée par le processus.

Quant à la pathogénie de la tuberculose de la choroïde, M. Liebrecht admet que la tuberculose miliaire de choroïde est d'origine hématogène, c'est-à-dire que les matières bacillifères, ayant pénétré dans la circulation arrivent dans les veines ciliaires et s'arrêtent au niveau des capillaires. La tuberculose miliaire de la choroïde constitue, d'après M. Liebrecht, un élément de diagnostic différentiel fort important entre la fièvre typhoïde et la tuberculose miliaire généralisée.

Il est plus difficile de comprendre la pathogénie des deux formes de tuberculose locale de la choroïde, car il est toujours difficile de dire d'un façon précise si cette tuberculose est réellement primitive ou si elle n'est pas une manifestation d'un autre foyer primitif. Personnellement. M. Liebrecht considère cette tucerculose comme secondaire, d'abord parce que cette façon de voir cadre mieux avec nos connaissances sur la biologie du bacille tuberculeux, en second lieu, parce que les individus, débarrassés de leur foyer tuberculeux de la choroïde, finissent pourtant par mourir tuberculeux. Dans ces conditions, c'est-à-dire si l'on admet l'origine secondaire de la tuberculose de la choroïde, on comprend que la constatation de cette tuberculose assombrit le pronostic.

M. Deutschmann pense que la tuberculose miliaire de la choroïde peut encore être symptomatique d'une infection tuberculeuse du cerveau. En injectant du pus tuberculeux sous la duremère des lapins, il a vu des tubercules se développer sur la charoïde et sur la gaine du nerf optique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séance du 10 Décembre 1896.

Pathogénie et traitement des brûlures.

M. Tschmarke, après avoir passé en revue les diverses théories soutenues pour expliquer le mécanisme de la mort rapide après les brûlures étendues, a montré que la théorie la plus judicieuse sous ce rapport est celle de Sonnenburg, d'après laquelle la mort serait dans ces cas le résultat d'une diminution des tissus des vaisseaux avec paralysie consécutive du cœur. Dans un cas dont M. Tschmarke a eu l'occasion de faire l'autopsie, il a trouvé sur la peau brûlée et dans le sang de nombreux streptocoques.

Comme traitement, M. Tschmarke recommande la pratique suivie à la clinique du professeur Sonnenburg et tendant à éviter, avant tout, l'infection. Dans tous les cas qui se présentent, on commence par nettoyer soigneusement le foyer de brûlure et les parties voisines avec de l'eau, du savon, l'éther et le sublimé; au besoin le malade est endormi à l'aide de l'éther. Une fois le foyer bien nettoyé, on le recouvre simplement de gaze iodoformée par-dessus laquelle on met un pansement aseptique qui est changé seulement lorsqu'il est traversé par les sécrétions de la plaie. Souvent les brûlures étendues du second degré guérissent ainsi sous un seul pansement; les cicatrices deviennent lisses et molles, la sécrétion est souvent diminuée et les douleurs calmées.

Les bains dans les brûlures étendues et graves sont contre-indiqués au début car ils amènent une dilatation des vaisseaux et favorisent ainsi le collapsus qui menace le malade. Plus tard ils deviennent utiles surtout dans les plaies difficiles à tenir propres, par exemple quand elles siègent au voisinage de l'anus.

M. Sendler est également partisan du traitement antiseptique des brûlures, seulement l'emploi de la gaze iodoformée doit être évité ou limité autant que possible, de crainte de voir survenir une intoxication par l'iodoforme. Les surfaces granuleuses qu'on observe après la chute des eschares exigent ordinairement un traitement chirurgical, comprenant des greffes et des transplantations cutanées.

ANGLETERRE

MIDLAND MEDICAL SOCIETY

Séance du 16 Décembre 1896.

Ablation d'une tumeur du foie.

M. Christopher Martin a présenté une tumeur du foie, pesant près de 4 livres, qu'il a enlevée chez une femme d'une quarantaine d'années. La tumeur était attachée au bord antérieur du foie par un pédicule vasculaire et recouverte en partie par la vésicule. Après ligature du pédicule et du canal cystique, la tumeur a été enlevée avec la vésicule. La malade guérit sans complication.

L'examen histologique montra que la tumeur était composée de cellules hépatiques altérées, séparées par de larges espaces vasculaires. Il s'agissait probablement d'un lobe accessoire du foie ayant subi une dégénérescence.

Pyonéphrose calculeuse.

M. Furneaux-Jordan a rapporté l'observation d'un malade auquel il a pratiqué la néphrectomie transpéritonéale pour une pyonéphrose. Le malade se plaignait principalement d'une sensation de gêne dans le côté droit, tandis que les véritables douleurs n'ont paru que 15 jours ou 3 semaines avant l'opération. L'urine acide renfermait une grande quantité de pus.

L'opération n'a présenté aucune difficulté. La quantité d'urine par jour est actuellement de 35 à 40 onces.

M. G. Heaton montre un calcul oxalatique pesant 80 grains, qu'il a enlevé chez un jeune homme.

Le calcul était solidement enclavé dans l'orifice supérieur de l'uretère et avait provoqué une distension du bassinet et de la pyurie. L'opération était rendue difficile par ce fait que le rein, très haut situé, était presque complètement caché sous les fausses côtes.

Gastrojéjusnostomie pour cancer du pylore.

M. Haslam a fait récemment 2 fois la gastrojéjunostomie pour cancer du pylore chez 2 malades chez lesquels les phénomènes d'obstruction pylorique sont devenus rapidement menaçants. Depuis l'opération les 2 malades ont engraissé, bien que l'opération ait été faite au moment où tous les deux se trouvaient dans un état de cachexie et de consomption extrême.

Dans les 2 cas l'abouchement a été fait à l'aide du bouton de Murphy. Un des opérés a rendu le bouton par le rectum 140 jours après l'opération.

SOUTH-EASTERN BRANCH OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Séance du 10 Décembre 1896.

Les bains salés dans les dilatations du cœur.

M. Leeds Harrisson rapporte l'observation d'un cas de dilatation du cœur, traité avec succès par les bains salés de 95° F et par la méthode de Schott.

Le malade, un homme de 48 ans, avait de l'albuminurie, une ascite considérable et de l'anasarque généralisé. Le cœur était très dilaté et à l'auscultation on entendait un dédoublement du second bruit et un souffle systolique dur rappelant le bruit de frottement. Au bout de quelques semaines de traitement par les bains, l'ascite et l'anasarque disparurent, en même temps que la quantité journalière d'urine augmenta considérablement. Actuellement on n'entend à l'auscultation ni le dédoublement du second bruit ni le souffle qui existait auparavant; la digestion se fait bien et l'état général du malade est notablement amélioré.

La méthode de Schott, qu'on avait essayée au début, a dû être abandonnée au bout de très peu de temps, de sorte que le succès obtenu chez ce malade doit être attribué exclusivement aux bains.

Les thromboses dans la fièvre typhoïde.

M. Gastling a observé plusieurs fois au cours et pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, des thromboses dont la gravité a varié avec le moment de leur apparition. Les thromboses survenues au cours de la convalescence, c'est-à-dire après que la température est redevenue normale ont toujours été moins graves que celles qui ont paru au cours même de la fièvre typhoïde. Les thromboses qui ont été observés pendant la convalescence occupaient ordinairement les veines fémorales, iliaque primitive et iliaque externe, et se manifestaient par une douleur et une sensibilité du membre qui se tuméfiait et devenait le siège d'un œdème plus ou moins accusé; le vaisseau thrombosé pouvait être senti comme un cordon dur; ordinairement tous ces phénomènes s'accompagnaient d'une légère élévation de la température qui durait 8 à 10 jours. Tous ces malades ont guéri.

Dans les cas où la thrombose se déclarait au cours de la fièvre typhoïde, avant la défervescence, la situation était plus sérieuse, surtout du fait du détachement possible du caillot comportant le danger d'une pyohémie. Souvent la thrombose s'annonçait par un frisson qui se répétait dans la suite; la température présentait une marche irrégulière, le pouls était fréquent et irrégulier; il y avait en outre de l'apathie et de l'angoisse précordiale. Presque tous les malades de cette catégorie ont succombé.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance des 28 Novembre et 28 Décembre 1896.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Depage présente une malade opérée de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale. Cette fistule, située à la partie postérieure du vagin, permettait l'introduction de deux doigts et était immobilisée à cause de l'opération qui avait été pratiquée.

Ne pouvant manœuvrer les instruments avec aisance à travers le vagin, relativement étroit, M. Depage débrida le canal par le procédé de Schuchardt, qui consiste à faire une incision à gauche du vagin, partant de l'ischion et allant atteindre le bord du sacrum. Cette incision est approfondie à travers le tissu cellulaire de la fosse ischiatique jusqu'à la hauteur du col de la matrice, et le pont qui sépare le vagin de la plaie est sectionné sur toute son étendue.

Par la large voie ainsi créée, M. Depage a pu opérer la fistule comme si elle eût été à fleur de peau. Tout d'abord il a détaché la muqueuse vaginale sur tout le pourtour du canal; puis, après avivement, il a placé un premier plan de sutures sur la muqueuse vésicale et un deuxième sur la musculeuse. Il a fermé le vagin au-devant de la fistule close, de façon à mettre cette dernière en rapport avec la plaie parasacrée et a suturé celle-ci en plusieurs étages, après y avoir placé un drain.

La guérison fut obtenue malgré la persistance, au niveau du plan vésical, de plusieurs fils de soie qui amenèrent une cystite purulente qui cessa après extraction des fils par la voie uréthrale.

Tumeur sanguine d'origine intracrânienne.

M. Gallet présente un malade atteint d'une tumeur sanguine en communication avec les sinus crâniens.

C'est un jeune homme de 19 ans, plagiocéphale, bien portant et sans antécédents morbides. Il s'est aperçu, il y a deux ans, qu'une petite tumeur se formait au niveau de la suture pariéto-frontale droite et se développait surtout au moment où il inclinait la tête en avant. Depuis quelques semaines, la tumeur paraît avoir augmenté de volume. Il faut éliminer les diagnostics de méningocèle, d'encéphalocèle, d'hydrencéphalocèle. La réductibilité de la tumeur, qui n'amène aucun symptôme de compression cérébrale; l'existence, une fois la tumeur réduite, d'une petite fissure à la surface de la paroi crânienne; le développement de la tumeur (grosse alors comme une noix), quand la tête est fortement fléchie en avant; l'action évidente sur le volume de la tumeur qu'exerce la compression des jugulaires; l'âge du malade, tous ces symptômes imposent le diagnostic d'une de ces tumeurs que Lannelongue a désignées sous le nom d'anévrysmes veineux et Stromeyer sous le nom de céphalhématocèle. Ici l'affection est congénitale; il n'existe aucune trace de traumatisme.

Ce jeune malade désire absolument être débarrassé de cette tumeur.

Dans ces conditions, considérant qu'il ne serait pas légitime de faire courir à ce jeune homme les dangers d'une opération radicale et, d'autre part, que c'est lorsque la tumeur fait fortement hernie que le vertige et la céphalalgie surviennent et qu'aucun symptôme ne se produit lorsque la tumeur est réduite, M. Gallet croit que la seule chose à tenter est l'occlusion de la fissure crânienne. Il suffirait, une fois la tumeur réduite, d'amener sur cette fissure — véritable porte herniaire — un épais lambeau périostique et de l'y bien maintenir par quelques points de suture, pour arriver à ce but.

M. Dandois fait remarquer qu'en fermant l'orifice osseux du crâne, M. Gallet ne supprime pas la tumeur; il ne fait disparaître qu'un symptôme. Il se demande pourquoi on ne tenterait pas dans ce cas la ligature de la carotide primitive qui a été pratiquée avec succès dans certains cas de tumeurs sanguines intracrâniennes.

M. Depage, se basant sur un cas personnel, estime que la ligature de la carotide primitive est une opération grave, dont les conséquences peuvent être désastreuses.

Chez le malade de M. Gallet, si l'on veut absolument intervenir d'une façon radicale, il préférerait faire une large craniotomie par le procédé de Doyen et lier le sinus. Si, au contraire, c'est à l'opération palliative qu'on veut avoir recours, il conseillerait de fermer l'orifice par une transplantation osseuse.

M. Lambotte croit que la tumeur dépend du sinus sphéno-pariétal de Breschet. Ce sinus est facile à atteindre et on pourrait en faire aisément la ligature en pratiquant une large trépanation.

M. Lorthioir recommande également une large craniotomie. Dans le cas présent la ligature de la carotide primitive ne servirait à rien, car il s'agit ici d'un véritable lac veineux qui ne serait nullement influencé par la suppression de la circulation carotidienne.

M. Hendrikx se demande si en supprimant simplement la hernie produite par la tumeur, on fera disparaître les vertiges et autres phénomènes cérébraux. La tumeur aura une tendance à s'accroître dans la cavité crânienne et les symptômes pourraient, au contraire, s'exagérer.

M. Lavisé recommande l'opération palliative, soit par le procédé que M. Gallet vient de décrire, soit par la transplantation osseuse, comme le conseille M. Depage.

M. Gallet estime que les symptômes ne sont pas suffisants pour intervenir radicalement. Il s'adressera donc à la suture périostée, quitte à faire la crâniotomie si les symptômes fonctionnels s'aggravent.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Puttemans a traité par les ligatures apophysaires une fracture indirecte par arrachement de la colonne vertébrale. Les lésions siégeaient au niveau de la première vertèbre lombaire, déplacée quant à son axe et divisée en deux fragments, le supérieur réduit à une mince lamelle osseuse, l'inférieur beaucoup plus considérable, présentant en outre un trait de fracture vertical. Après réduction de la fracture, M. Puttemans assura la contention des fragments par la ligature des apophyses épineuses et des apophyses transverses au moyen de gros fils d'argent. Les suites immédiates de l'opération furent excellentes; la douleur avait complètement disparu; mais le 2e jour, les phénomènes de compression médullaire apparurent, la température s'éleva, suivit une marche graduellement croissante, atteignant le 7e jour, au moment de la mort, 41°6. L'autopsie révéla les lésions de la méningite rachidienne et encéphalique.

Les ligatures apophysaires, dans les fractures accompagnées d'un grand déplacement, constituent un auxiliaire puissant de l'orthopédie; la méthode employée se rapproche du procédé préconisé par Chipault dans le traitement du mal de Pott.

Tumeur cérébrale. Trépanation.

M. Albin Lambotte. — Une femme de 40 ans souffre de céphalalgie depuis 1 an 1/2; dans les quatre derniers mois, crises de douleurs atroces avec vomissements, étendues à toute la voûte, mais plus prononcées en arrière et à droite. Perte presque complète de la vision depuis quelques semaines, et strabisme interne de l'œil gauche. Pas de paralysie ni de troubles de la sensibilité générale. A l'ophthalmoscope, névrite optique double prédominante à gauche. Diagnostic : tumeur de la région du pli courbe droit.

Trépanation le 16e octobre 1896. Large craniectomie à lambeau de 10/10 centimètres, au niveau du lobe occipito-pariétal droit. La dure-mère est très tendue, sans battements; on ne voit pas la tumeur; le cerveau est ponctionné, puis incisé au bistouri sans résultat.

L'opération fut tout d'abord suivie d'un résultat favorable : disparition des douleurs et des vomissements. Au bout de quelques jours, une hernie cérébrale progressive se produisit et entraîna le décès dans le coma le 13e jour.

L'autopsie fait découvrir une énorme tumeur occupant le lobe occipital *gauche* émergeant au niveau du *pli courbe gauche*. Tumeur diffuse probablement sarcomateuse (petites cellules rondes au microscope).

Je tire de ce cas la conclusion suivante : lorsque le diagnostic de localisation n'est pas certain, il faut faire la craniectomie bilatérale à quelques jours d'intervalle et n'inciser la dure-mère que lorsque la tumeur est reconnue.

Traitement de l'hématocèle.

M. Lavisé a réuni une douzaine d'observations d'hématocèles recueillies dans sa pratique et dans lesquelles il est intervenu chirurgicalement. Il est d'avis que l'intervention s'impose chaque fois que le diagnostic est établi, mais elle ne doit pas se faire exclusivement par la voie vaginale. Le mode d'intervention doit être déterminé pour chaque cas en particulier; la laparo-

tomie, l'hystérectomie vaginale et l'incision du cul-de-sac de Douglas ont chacune leurs indications. Quand les lésions sont minimes, on fera plutôt l'incision du Douglas. Si la lésion est nettement unilatérale et l'hémorrhagie grave, c'est à la laparotomie qu'on aura recours, tandis qu'on pratiquera l'hystérectomie vaginale en cas de doute sur l'état d'intégrité des annexes, même avec hémorrhagie minime.

M. Lavisé croit, avec la plupart des auteurs, que généralement l'hématocèle résulte d'une grossesse intra-utérine.

M. Gallet. — Les hématocèles résultent la plupart du temps d'une déchirure d'une veine du plexus utéro-ovarien, et on est porté à attribuer cette déchirure à une grossesse intra-utérine. Dans un cas de kyste du ligament large, il y a eu hématocèle par la déchirure d'une veine du plexus utéro-ovarien, sans aucun rapport avec la grossesse.

M. Depage a observé une hématocèle du ligament large, dont il attribue la formation à une thrombose septique. Il s'agissait d'une femme qui, paraît-il, avait fait une fausse couche six semaines auparavant. Des phénomènes septiques s'étaient déclarés dans la suite et enfin, brusquement, était survenue une hématocèle du ligament large.

M. Verneuil estime qu'il ne faut pas toujours intervenir immédiatement en cas d'hématocèle. Il cite trois observations à l'appui de sa manière de voir.

M. Lavisé insiste à nouveau sur la nécessité de l'intervention immédiate, qui se trouve justifiée par ce fait qu'on ne peut pas prédire si le cas sera grave ou ne le sera pas, et par la possibilité d'une hémorrhagie secondaire.

M. Thiriar croit qu'il faut intervenir vite et bien, et il base son opinion sur deux cas malheureux qu'il a observés dans sa clientèle.

Dans l'un de ces cas, la mort s'est produite parce qu'il n'a pu intervenir à temps. Dans l'autre, il est intervenu par le vagin, mais une hémorrhagie secondaire s'est produite deux jours après l'opération.

Comme mode d'intervention, M. Thiriar préconise la laparotomie.

Thyroïdectomie.

M. Thiriar rapporte un cas de goitre parenchymateux dans lequel il est intervenu avec succès par la thyroïdectomie, à cause des accès de suffocation. Au cours de l'opération, il a constaté un aplatissement de la trachée, laquelle avait pris la forme d'un fourreau de sabre.

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 10 Décembre 1896.

Essai de classification des conjonctivites infectieuses.

M. H. Coppez (Bruxelles). — Deux classifications se trouvent en présence : l'une ancienne, basée sur l'anatomie et la symptomatologie, l'autre récente, sur la bactériologie ; classification anatomique pure, classification étiologique. Laquelle doit-on adopter ?

Les microbes suivants peuvent provoquer différentes formes de conjonctivites.

1° Le gonocoque comporte les formes suivantes : *a*) purulente (forme classique) ; *b*) catarrhe (Fournier, Morax, Piringer) ; *c*) granulaire (écoles des Unitaristes, Arlt) ; *d*) pseudo-membraneuse (Von Graefe, Legros, Jacobsen, etc.) ;

2° Le bacille de Weeks : *a*) catarrhale (forme classique) ; *b*) pseudo-membraneuse (Morax, H. Coppez) ;

3° Le pneumocoque : *a*) catarrhale (Parinaud) ; *b*) phlycténulaire (Axenfeld) ; *c*) purulente (Haushalter et Viller, Cuénod) ; *d*) granulaire (Axenfeld) ; *e*) pseudo-membraneuse (Morax, H. Coppez, Pichler).

4° Le staphylocoque : a) catarrhale (Barbier, Cuénod) ; *b*) purulente (Valude) ; *c*) phlycténulaire (Duclaux et Boucheron) ; *d*) pseudo-membraneuse (Guibert, Pes, Pichler, Dor).

5° Le streptocoque : *a*) catarrhale (Parinaud) ; *b*) purulente (Morax) ; *c*) compliquée avec bubons (Villeneuve) ; *d*) pseudo-membraneuse (nombreux observateurs).

6° Le bacille de Klebs-Löffler : *a*) catarrhale (Sourdille, H. Coppez, Aubineau, Von Hippel) ; *b*) pseudo-membraneuse (forme classique).

En désignant la conjonctivite par le nom du microbe pathogène en cause (classification étiologique pure), voici les *avantages* :

1° Connaissance exacte de l'origine du mal ; possibilité de l'action prophylactique.

2° Pronostic plus aisément déchiffrable.

3° Indications thérapeutiques importantes (guérison de la cause première ; sérothérapie).

Voici les *inconvénients* :

1° Nécessité d'étudier bactériologiquement tous les cas qui se présentent en traitement. Or, les cas sont innombrables et les recherches difficiles. La maladie est souvent guérie avant la terminaison de l'enquête bactériologique.

2° Cette classification ne peut embrasser les cas mal étudiés ou encore inconnus au point de vue bactériologique ;

3° Elle met sur le même rang les cas les plus communs et les plus rares ;

4° Elle ne permet pas d'assigner une place exacte aux conjonctivites polymicrobiennes, qui sont nombreuses et difficiles à débrouiller.

Dans la classification ancienne (classification anatomique pure), on reconnaît :

1° Une conjonctivite catarrhale (à gonocoques, à diplo-bacilles, à pneumocoques, à staphylocoques, à streptocoques, à bacilles de Klebs-Löffler) ;

2° Une conjonctivite purulente à gono- pneumo- staphylo- ou streptocoques.

3° Une conjonctivite granulaire à gono- ou pneumocoques ;

4° Une conjonctivite phlycténulaire (à pneumo ou staphylocoques) ;

5° Une conjonctivite pseudo-membraneuse (à gono-, pneumo-, staphylo- ou streptocoques à bacilles de Weeks ou de Klebs-Löffler).

A première vue, cette classification paraît aussi confuse, aussi peu satisfaisante que la première. Mais il n'en est rien.

1° Elle sépare nettement les formes rares des formes communes. Elle permet de remonter bien plus sûrement à la source du mal que la connaissance du facteur étiologique ne permet de préciser les signes cliniques.

2° Les types fondamentaux de cette classification (catarrhale, etc.) sont connus de tous temps, d'un diagnostic facile, et permettent de rattacher à eux toutes les formes possibles de conjonctivites aiguës banales.

3° A part certaines données initiales et la sérothérapie, le traitement est bien plus symptomatique qu'étiologique.

En résumé, la classification anatomique est encore la meilleure dans l'état actuel de la science, mais on y accolera l'épithète bactériologique chaque fois que l'examen microbiologique aura été pratiqué et aura donné un résultat positif, — ce qui n'est pas toujours le cas.

M. Vandenberghe est d'avis également qu'il faut conserver l'ancienne classification : mais à côté de la salle de consultations doit fonctionner le laboratoire auquel on s'adressera pour élucider certains cas douteux.

Tumeurs épibulbaires.

M. Rogman (Gand). — Il s'agit d'un kyste séreux de la sclérotique, de 8 millimètres environ, d'origine probablement congénitale, siégeant du côté interne au voisinage immédiat de la cornée, développé chez une jeune fille de 13 ans. Ablation de la paroi antérieure du kyste. Guérison définitive. Cette paroi antérieure avait nettement la structure histologique de la sclérotique. Donc kyste intra-scléral, grande rareté en ophthalmologie. Aucune hypothèse plausible sur la genèse de cette affection n'a été émise.

M. Van Duyse (Gand) a vu un cas analogue. Chez une petite fille de 13 ans existait depuis deux ans un kyste limpide siégeant dans la cornée, par décollement du tiers antérieur de cette membrane, sur la moitié de son étendue environ. Ce

kyste, d'origine traumatique, se prolongeait sur la sclérotique, mais ne soulevait pas sa lame antérieure

M. Nuel (Liège) pense qu'il s'agit d'un hygroma de la bourse prétendineuse du droit interne.

Du choix des verres de couleur en oculistique.

M. Pergent (Bruxelles). — Les rayons rouges sont les plus nuisibles à la vue parce qu'ils font perdre aux cônes et aux bâtonnets le maximum de nucléine, ce qui est un signe de fatigue. Tout verre qui laisse passer des rayons rouges ne peut convenir au repos ; c'est pourtant le cas des verres fumés des opticiens. C'est le bleu qui est la meilleure couleur de repos : il faut choisir un bleu pur sans trace de rouge.

Anomalie non décrite du canal lacrymal.

MM. Van Duyse (Gand) et **Rutten** (Namur). — Il s'agit d'un enfant offrant de nombreuses anomalies congénitales, entre autres un colobome palpébral supérieur et inférieur. Il présente en outre un cordon fibreux qui unit le colobome palpébral inférieur à la partie gauche d'un double bec de lièvre. Il existe un canal qui unit les points et canalicules lacrymaux à la lèvre supérieure. En pressant sur ce canal, on voyait une gouttelette de pus sourdre et aux points lacrymaux et à la lèvre supérieure ; plus tard, la communication s'établit avec le nez, selon le mode ordinaire, mais la fistule labiale persista.

Sur l'ophthalmie du Congo.

M. Venneman (de Louvain) appelle ainsi une chorio-rétinite diffuse et récidivante qu'il a observée chez un malade retour du Congo. La caractéristique était le trouble du corps vitré ; le segment antérieur de l'œil était normal. La maladie existe au Congo même, où elle atteint parfois les nègres. Mais elle peut n'éclater que pendant le voyage de retour ou même en Belgique. L'affection serait le plus souvent unilatérale.

Une très intéressante discussion s'engage au sujet de la communication de M. Venneman. Beaucoup de membres ont vu des choroïdites ou des iritis chez des officiers ou des agents commerciaux revenus du Congo ; quelques-uns reconnaissent ne pas avoir pensé à incriminer le Congo lui-même, mais la syphilis ou le rhumatisme. Souvent ces cas sont en rapport avec de grandes pertes de sang. M. Tacke a vu trois cas avec hématurie. Le pronostic est généralement favorable ; cependant M. Coppez a vu l'atrophie double des nerfs optiques dans un cas.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 8 Novembre 1896.

Technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire.

M. Goris. — Les sinusites se divisent en aiguës et chroniques :

1° Les sinusites aiguës résultent ordinairement de l'extension d'un catarrhe aigu des fosses nasales à l'antre d'Highmore. Elles guérissent souvent sans traitement.

2° Les sinusites chroniques, de date relativement récente (quelques mois seulement), sont dues soit à une carie dentaire, soit à la présence de polypes nasaux, ou consécutives à l'influenza ; plus anciennes et produisant un abondant écoulement purulent fétide, elles reconnaissent comme causes des affections osseuses, carie, tuberculose ou nécrose du maxillaire.

Comment aborder le sinus malade? L'ouverture par l'alvéole de la seconde molaire peut suffire dans certains cas récents, mais elle n'est pas radicale. Le plus fréquemment, il faut ouvrir une large voie à la vue, au toucher et aux instruments, spécialement dans les cas rebelles aux autres traitements et d'emblée dans ceux qui n'ont pas une origine dentaire ou nasale.

Voici la technique que je préconise : le patient, endormi, est placé dans la position de Rose, la langue est tirée par une pince hors de la bouche et un bâillon maintient les mâchoires écartées.

J'introduis l'index sous la joue et j'incise la muqueuse buccale le long de son insertion alvéolaire, puis, à l'aide d'une large rugine, je mets à nu la face externe du maxillaire jusqu'au-dessous du trou sous-orbitaire que je protège en plaçant le pouce à l'extérieur au niveau de cet orifice. Un rétracteur mousse maintient en dehors les tissus détachés.

Je défonce alors la paroi antérieure du sinus à l'aide d'un vilebrequin lancéolé et j'agrandis rapidement l'ouverture avec le ciseau et une pince à os. Une hémorrhagie se produit à ce moment, nécessitant un tamponnement passager à la gaze stérilisée. Il faut que l'ouverture pratiquée permette l'introduction de l'index et l'exploration digitale de la cavité.

Un curettage soigné des parois de l'antre les débarrasse alors des végétations, granulations et polypes. Le raclage de la partie supérieure doit être fait très délicatement pour éviter la perforation de l'orbite. Après cautérisation au thermocautère, on bourre la cavité de gaze iodoformée.

Dans les suites de l'intervention, il importe de signaler une pseudo-paralysie faciale persistant habituellement une quinzaine de jours, et due à la destruction des attaches des muscles canins et releveurs de la lèvre supérieure.

Le premier pansement est renouvelé 5 jours après l'opération, puis tous les 2 ou 3 jours. Après 8 à 9 mois, on suspend de jour à autre le pansement pour permettre l'occlusion progressive de la fistule.

M. Cheval estime que l'hémorrhagie est rarement abondante et pense que la guérison peut s'obtenir en moins de 3 mois.

M. Schleicher. — Il faut limiter l'ouverture du sinus aux dimensions nécessaires pour l'introduction de la curette. C'est la méthode de Grünwald, qui permet une fermeture beaucoup plus rapide de la fistule. En outre, dans plusieurs cas, il est nécessaire de réséquer la paroi antérieure du maxillaire et d'implanter dans le sinus des lambeaux de muqueuse et de périoste maxillaires. Cette intervention nécessite évidemment dans la suite le port d'un obturateur.

Les abcès rétro-pharyngiens.

M. Laurent. — Le diagnostic des abcès rétro-pharyngiens est souvent fort difficile lorsque l'abcès est peu volumineux et haut situé.

D'autre part, l'abcès fusant peut présenter les symptômes de l'abcès amygdalien et être confondu avec lui.

Le traitement consiste évidemment dans l'incision, qui, au moment où elle est pratiquée, peut être suivie de mort subite, apparente ou réelle, par spasme de la glotte consécutif à l'abcès rétro-laryngé, ou par syncope réflexe, sans introduction de pus dans le larynx.

L'incision doit être faite dans la position assise sans anesthésie ; puis immédiatement le patient doit être mis dans la position latéro-ventrale.

M. Schleicher préconise la position de Rose.

M. Cheval estime qu'il faut opérer le malade dans la position dite « tête pendante », ou tout au moins être prêt à recourir à ce procédé, le cas échéant.

Sérothérapie dans l'ozène.

M. Buys, se fondant sur les résultats positifs de Belfanti et Della Vedora a obtenu, par l'emploi du sérum antidiphthéritique, une modification locale non douteuse chez 2 malades soignés semblablement. Ce n'est pas qu'il y ait identification possible entre le bacille diphthérique et le microbe de l'ozène ; mais le sérum de Behring qui, dans ce cas, ne peut agir comme antitoxique, semble avoir une action excitophage (excitation des phagocytes), qu'il partage d'ailleurs avec d'autres sérums d'animaux vaccinés.

Les malades de M. Buys reçoivent une injection tous les 2 jours et ne sont soumis à aucune espèce de traitement local.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Des mélanodermies (p. 49).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Des kystes hydatiques du fémur. — Luxations du coude. — Vomissements de la grossesse. — Hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés. — Laparotomie dans les contusions de l'abdomen (p. 56). — Hémicraniectomie temporaire. — Epilepsie jacksonnienne traitée par la trépanation. — Opération d'Estlander-Létiévant. — Considérations anatomiques sur la vessie des enfants. — Injections sous-cutanées massives de solutions salines. — Affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe. — La toux pharyngée chez les enfants (p. 57). — Œdème aigu primitif du larynx. — Sérothérapie antidiphthérique dans le département de la Somme. — *Thèse de la Faculté de Lille* : Pseudo-diphthéries à streptocoques (p. 58).

REVUE DES JOURNAUX. *Chirurgie* : Plaies de la vessie au cours de la kélotomie. — Coellotomie vaginale. — Réimplantation du tissu osseux après la trépanation du crâne. — Péritonite tuberculeuse après la laparotomie. — Occlusion congénitale de l'intestin (p. 58). — *Médecine* : Indications de la saignée. — Action agglutinante de la chrysoïdine sur les vibrions cholériques.

MÉDECINE PRATIQUE. — Procédé permettant la préparation extemporanée de solutions aseptiques pour l'usage hypodermique (p. 59). — Hyoscine (p. 60).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Des mélanodermies.

(*Étude séméiologique et pathogénique.*)

Par LOUIS-ANDRÉ VULPIAN.

DÉFINITION. — Symptôme commun à des affections très différentes, tantôt relevant de causes internes, tantôt résultant d'influences extérieures, la mélanodermie consiste en une coloration noire, anormale et plus ou moins généralisée de la peau, due à une pigmentation exagérée sous diverses influences.

ÉTIOLOGIE. — On peut diviser au point de vue étiologique les mélanodermies en deux grandes classes, selon qu'elles sont de cause *interne* ou *externe*.

I. *Mélanodermies de cause interne.* — Les mélanodermies de cause interne peuvent être divisées en deux groupes :

a) La mélanodermie constitue l'élément principal d'une maladie générale (maladie bronzée d'Addison, phthiriase, syphilis pigmentaire, arsénicisme);

b) La mélanodermie n'est qu'un élément morbide secondaire (tuberculose, goître exophthalmique, chlorose, malaria, diabète bronzé, certaines dermatoses, cachexies, grossesse, troubles utérins, pellagre, sclérodermie, lèpre).

II. *Mélanodermies de cause externe.* — Les mélanodermies de cause externe peuvent être divisées elles aussi en plusieurs groupes :

a) *Mélanodermies traumatiques* survenant chez certaines personnes à l'occasion de tout traumatisme cutané, ordinairement localisées aux points spécialement traumatisés. Telles sont les mélanodermies résultant de la pigmentation des cicatrices, les mélanodermies consécutives aux pressions prolongées (bandage, ceinture, jarretière, courroies, corset); les mélanodermies suites de grattages violents et répétés de la peau (prurigo, gale, eczéma, pédiculose, pigmentation suites de varices); les mélanodermies produites sous l'impression du vent, du froid, du soleil (hâle, éphélides solaires), de la chaleur (chaufferettes, fourneaux); enfin les mélanodermies consécutives aux révulsifs (iode, térébenthine, vésicatoire, acide picrique, chrysarobine, sinapismes). Ce groupe de mélanodermies a son importance, en pratique, car la persistance des pigmentations anormales à la suite de l'application de ces révulsifs est souvent fort désagréable aux malades, surtout quand il s'agit de femmes.

b) *Mélanodermies professionnelles* dont la connaissance peut être d'une si grande importance en médecine légale : nous voulons parler des mélanodermies des mineurs, des charbonniers, des forgerons, etc. Chez ces individus, on voit une sorte de pointillé noir surtout appréciable aux mains, et dû aux parcelles de houille que le lavage ne parvient pas à enlever, et qui pénètrent à la longue dans les follicules; il nous faut citer encore les mélanodermies des personnes restant longtemps devant un foyer incandescent (verriers, forgerons) ou exposées à l'air (débardeurs). Les tailleurs de grès qui ne prennent pas de masque ont aussi le visage et les mains piqués par un pointillé bistré dû non seulement au grès, mais au plomb employé pour *aveugler* les meules. Les brunisseurs présentent une teinte bistrée de la face dorsale des doigts; nous ne ferons que citer les mélanodermies survenant à la suite de la fabrication de substances toxiques et médicamenteuses (plomb, arsenic, mercure, argent, etc.).

Nous n'insisterons pas davantage sur ces mélanodermies qu'on pourrait appeler *fausses mélanodermies;* car dans ces cas, ce sont plutôt les substances dont se servent les ouvriers qui infiltrent leur tégument que la pigmentation véritable de la peau qui augmente.

SIGNES. — Au point de vue des signes, nous ne ferons qu'étudier les mélanodermies de cause interne, de beaucoup les plus importantes, celles qui ont une réelle valeur tant au point de vue du pronostic que du diagnostic. Les mélanodermies externes sont faciles à distinguer : elles sont localisées à l'endroit précis où a eu lieu la pression, le traumatisme, etc.; elles n'ont d'importance souvent que pour faire faire un diagnostic rétrospectif de vésicatoire appliqué, de sinapisme ou d'une éruption bien localisée (zona, éruption syphilitique, etc.).

Il n'en est plus de même pour les mélanodermies internes et certaines autres, comme la pigmentation de la phthiriase.

Elles ont, en effet, une valeur séméiologique considérable, et c'est souvent la pigmentation qui révèle la syphilis, la phthiriase, ou qui même est le fondement principal du diagnostic, par exemple, dans la maladie d'Addison.

I. *Mélanodermie de la maladie bronzée.* — La mélanodermie de la maladie bronzée d'Addison, qui est de toutes la mieux connue, va servir de type à notre description.

Elle apparaît rarement au début de la maladie, elle survient ordinairement après un certain nombre de prodromes parmi lesquels on note de l'anéantissement, de la lassitude, de l'affaiblissement progressif, de la diminution de l'appétit, de l'amaigrissement, des douleurs disséminées, des nausées, des vomissements, en un mot tous les signes d'une asthénie progressive pouvant durer plus ou moins longtemps.

La pigmentation, d'abord peu sensible au début, peut passer inaperçue; plus tard elle s'accentue et prend une teinte brunâtre, couleur sépia ou noyer foncé, rappelant

vaguement l'aspect du mulâtre; cette mélanodermie peut être générale ou partielle et dans ces cas se faire remarquer surtout dans les régions où la peau est amincie (face, partie antérieure du tronc et de l'abdomen, face interne des membres surtout inférieurs, scrotum, fourreau de la verge); si la mélanodermie est générale, elle est toujours plus accusée en ces points, surtout aux flancs et à la racine des cuisses, enfin sur les parties découvertes et exposées à l'air; elle est encore accentuée là où il y a eu quelque cause d'irritation (plaie, furoncle, brûlures, vésicatoire); les paupières sont ordinairement indemnes, les poils peuvent être hyperchromiques.

La coloration brunâtre, sépia, présente souvent sur ce fond plus ou moins sombre, surtout au niveau de la face, de petits points du volume d'une tête d'épingle à une petite lentille, plus pigmentés, d'où un aspect pointillé caractéristique; il peut exister aussi l'apparence inverse; certaines régions peuvent présenter une coloration plus claire, d'un blanc mat; d'autres peuvent être absolument blanches comme si elles étaient dépigmentées.

La peau peut avoir conservé sa souplesse normale, ordinairement elle est moins souple, plus sèche, comme parcheminée et plissée.

Les muqueuses sont aussi atteintes par la pigmentation sous forme de plaques ardoisées pouvant siéger à la face interne des lèvres, sur les gencives, à la partie interne des joues, à la voûte palatine de chaque côté de la ligne médiane, enfin et très fréquemment un peu en arrière des commissures labiales. Cette pigmentation ressemble aux taches pigmentaires de la muqueuse buccale observées chez certaines races de chiens.

Sur la langue, le pigment envahit peu à peu le derme et les papilles; la conjonctive, ordinairement indemne et qui tranche par sa coloration d'un blanc éclatant sur la pigmentation de la face, présente parfois une sorte de reflet bleuâtre.

Les cheveux présentent aussi des altérations particulières; de blonds on les voit devenir châtains, de bruns presque noirs; parfois il y a coloration noire des ongles et teinte très foncée des dents.

Il faut savoir que la pigmentation dans cette maladie est d'autant plus sombre qu'elle a mis plus de temps à se produire; d'abord limitée à la face elle gagne rapidement les autres parties du corps.

Il est encore un certain nombre de caractères qui serviront à différencier cette mélanodermie de toutes les autres : la couleur résiste au frottement, au lavage, aux bains de toute nature; elle survit à l'ablation des couches superficielles de l'épiderme, elle ne détermine pas de démangeaisons, elle est générale et uniforme dans sa distribution.

L'évolution de cette mélanodermie, de même que la maladie qui lui a donné naissance, est progressive ordinairement jusqu'à la mort, qui peut être amenée soit par cachexie, soit par complications.

II. *Mélanodermie de la syphilis pigmentaire.* — Elle est constituée par une série de taches ou de marbrures de teinte assez variable, jaunâtre ou bien d'un brun sale ocreux disposées les unes au voisinage des autres, se touchant et se confondant pour la plupart en enveloppant des îlots de tégument sain, de façon à figurer une sorte de réseau de dentelles à larges mailles. Ces taches, plus ou moins foncées suivant les sujets, n'ont ni saillie, ni efflorescence, ni desquamation, ne s'accompagnent d'aucun prurit. On a identifié cette pigmentation à la crasse pigmentaire, à la peau truitée; les îlots irréguliers ou arrondis de peau saine disposés dans les mailles du réseau pigmentaire ressortent très facilement sur ce fond bistré, de sorte que cette syphilide pigmentaire frappe les yeux et parfois se distingue mieux de loin que de près; il nous faut insister sur ce point qu'en ces îlots la peau n'est pas décolorée, ce qui distingue nettement la syphilide pigmentaire du vitiligo, avec lequel on pourrait parfois la confondre; d'ordinaire, c'est au cou que siège cette syphilis pigmentaire; c'est là, quand elle siège encore ailleurs, qu'elle est le plus marquée; elle est surtout prononcée sur les faces latérales du cou, moins nettement et moins fréquemment sur les faces antérieure et postérieure; elle forme souvent une sorte de collier autour du cou, dit collier de Vénus; elle a une disposition généralement symétrique; on l'observe aussi assez fréquemment aux aisselles; on peut la voir sur les flancs, le ventre, le dos, la partie supérieure des cuisses; elle est très rare à la face; enfin on a publié quelques cas de syphilide pigmentaire généralisée; elle se forme insidieusement d'une manière précoce ou tardive, sans troubles locaux, et on ne la reconnaît que lorsqu'elle est déjà développée, vers la deuxième moitié de la première année de la syphilis.

Fournier l'a presque exclusivement observée sur les femmes; mais elle est loin d'être rare chez l'homme, surtout quand celui-ci a ce qu'on appelle la peau féminine, c'est-à-dire fine et blanche; elle peut s'observer chez les sujets blonds comme chez les sujets bruns; sa durée est indéterminée; la pigmentation disparaît peu à peu, insensiblement, comme elle est venue, mais toujours avec une grande lenteur.

Sa pathogénie est encore discutée; Kaposi en fait une simple mélanodermie cachectique. Hardy, Pillon, Fournier croient qu'il s'agit là d'une lésion spéciale, d'origine syphilitique, évoluant pour son propre compte, lésion pigmentaire d'emblée et se constituant en deux ou trois semaines. Pour quelques auteurs allemands, c'est le reliquat d'une éruption cutanée, avant tout de la roséole. Enfin De Mareff a vu dans la syphilis pigmentaire des lésions profondes, siégeant dans le derme dont les vaisseaux sont épaissis, parfois oblitérés. La pigmentation ne serait donc pas due à un trouble de la pigmentation, résulterait d'une extravasation de la matière colorante du sang et de son transport sous forme de pigment dans les parties superficielles du derme et dans le corps muqueux.

On peut dire que ce trouble dans la coloration de la peau est pathognomonique, car il ne se rencontrerait que dans la syphilis; pourtant Fournier a signalé la possibilité de pigmentations analogues avec la même disposition et le même siège au cours de la tuberculose.

Il faut savoir que les éruptions syphilitiques et même le chancre donnent fréquemment lieu à des pigmentations persistantes, mais qui sont plus accentuées que celles de la syphilis pigmentaire et plus irrégulièrement disposées; un point encore à noter, c'est que le traitement antisyphilitique n'a pas d'effet ou peu sur cette syphilis pigmentaire.

III. *Mélanodermie par arsénicisme.* — Nous arrivons à une troisième grande variété de mélanodermie, la mélanodermie médicamenteuse ou toxique, dont le type est donné par la pigmentation survenant à la suite de l'usage prolongé de l'arsenic. C'est un symptôme assez rare qui, bien que sans gravité, peut, dans certaines circonstances, surtout chez les femmes, passer pour fort importun.

Devergie, en parlant de la disparition des plaques de psoriasis sous l'influence de l'arsenic, disait que « ce médicament imprime à la peau une coloration d'un gris de fer qui occupe toute l'étendue de chaque plaque et ne disparaît qu'après plusieurs mois, c'est-à-dire probable-

ment après l'élimination de l'arsenic absorbé »; il ajoute qu'il suffit de minimes doses pour produire cet effet.

Les cas de pigmentation par l'arsenic étant assez rares, sans que l'on sache pourquoi, ne sont pas de notion courante; c'est pourquoi nous insisterons un peu sur cette mélanodermie particulière. C'est une coloration jaune brunâtre ou brun sombre, diffuse, généralisée ou localisée, ou tout au moins prédominante au niveau de lésions préexistantes, de dermatoses chroniques soignées par l'arsenic.

En voici quelques exemples : Cheadle, dans un mémoire sur le traitement de la chorée par l'arsenic, dit incidemment qu'il a observé quatre fois un inconvénient non encore signalé à sa connaissance, à savoir une coloration anormale de la peau (arsenical bronzery) et qui ressemble, dit-il, à la pigmentation de la maladie bronzée d'Addison, mais en plus clair, et l'a vue prédominer aux seins, aux jarrets; dans un cas elle était généralisée; habituellement, dit-il, elle n'est pas durable.

Owen cite le cas d'un jeune enfant avec pigmentation généralisée ayant cessé quand on eut cessé l'arsenic; il fait bien remarquer que cette coloration singulière ne s'est développée que sur les parties couvertes; que la peau est plus colorée du côté de la flexion que de l'extension. Les observations de Handford, Crooken, Leszynski, Hafter, se ressemblent à peu près toutes. Wyss (de Zurich) en rapporte 2 cas (1).

Le premier est relatif à une enfant de 12 ans qui, pour une chorée, fut soumise à un traitement par la liqueur de Fowler à dose modérée; au bout de cinq semaines on remarqua une pigmentation particulière de la peau, prédominante à la face, à la poitrine, aux aines, aux fesses, et surtout à l'anus et aux grandes lèvres, aux membres supérieurs; elle est plus marquée du côté de l'extension; de plus elle présentait par places une desquamation légère à certaines places.

Le second cas est celui d'un garçon de 10 ans traité pour de l'anémie, puis pour une chorée, par la liqueur de Fowler également à dose modérée; environ deux mois après, pigmentation du visage, du cou, des jarrets; la cessation de la médication amena la disparition presque complète de la pigmentation; il est à noter que quelques mois plus tard une nouvelle cure arsenicale n'a pas produit de pigmentation.

Dans les cas de Forster, la maladie a été confondue avec une maladie de Basedow compliquée de maladie bronzée d'Addison. D'autres observations ont encore été rapportées par Richardière, Mathieu, etc. (2).

Il y a donc là une mélanodermie bien particulière, simulant la maladie bronzée, mais sans pigmentation muqueuse, sans asthénie et ne prédominant pas là où les régions sont découvertes, mais prédominant là où les régions sont cachées et surtout là où il y a des lésions cutanées préexistantes, mélanodermie n'apparaissant qu'à la suite de l'usage prolongé de l'arsenic même à faibles doses et disparaissant progressivement dès que la cessation du médicament a été effectuée. Quant à la pathogénie de cette pigmentation, elle est assez obscure. Sur des fragments de peau excisés, Wyss a constaté que le pigment, dont la couleur varie du jaune au rouge et au brun noirâtre, se trouve en grains dans les lymphatiques des papilles et en moins grande quantité dans les lymphatiques du derme. Les différences d'intensité de la pigmentation sur les diverses régions du corps s'expliqueraient par leur richesse plus ou moins grande en papilles.

(1) Wyss, *Correspbl. f. Schweizer Aerzte*, 1890, p. 473.
(2) *Soc. méd. des hôpitaux*, 27 avril 1894 et 30 mars 1895.

La pigmentation d'origine arsénicale ne saurait être comparée à l'argyrie où il y a réellement dépôt de particules métalliques d'argent dans la peau. On doit plutôt la rapprocher de la teinte de la peau dans l'ictère des nouveau-nés, de la coloration cuivrée de certaines syphilides, du vitiligo. Un élève de Wyss, Sterlin, a montré que l'usage prolongé de la liqueur de Fowler à doses médicamenteuses réduit le chiffre des globules rouges et de l'hémoglobine; Wyss pense que là est l'explication de la mélanose arsenicale; ce serait la matière colorante du sang, décomposée par l'arsénite de potasse, qui se déposerait sous forme de granules insolubles dans les lymphatiques cutanés. Il reste à expliquer pourquoi cette pigmentation n'est pas constante après un traitement arsenical. Peut-être faut-il faire intervenir ici les phénomènes circulatoires, variables avec chaque individu; dans un cas, Cheadle a noté que la peau, avant d'être pigmentée, présentait une rougeur scarlatiniforme disparaissant sous la pression du doigt.

Une remarque non faite jusqu'ici et qui ressort de toutes les observations citées jusqu'à présent, c'est que la pigmentation arsenicale est presque spéciale à l'enfant.

IV. *Mélanodermie de la phthiriase*. — La mélanodermie de la phthiriase a elle aussi des caractères bien particuliers; c'est une coloration plus ou moins brune ou noire et plus ou moins intense, siégeant surtout au niveau des parties supérieures du dos, vers les omoplates, les épaules, la partie supérieure du bras, le tronc, l'abdomen (sa partie inférieure); cette pigmentation est plus accentuée sur les parties couvertes; la tête, les mains, le cou, sont le plus souvent exempts de pigmentation, mais il n'en est pas toujours ainsi puisqu'on a cité quelques cas de mélanodermie phthiriasique des paupières; on donnait autrefois comme caractère distinctif dans la phthiriase la non-pigmentation des muqueuses; mais des observations (Thibierge, Besnier, Chauffard, Greenhow) démontrent qu'il n'en est pas ainsi et que l'on peut très bien rencontrer dans la mélanodermie de phthiriase des taches pigmentaires de la bouche.

La peau ici a des caractères particuliers; elle est rugueuse, épaissie, jamais lisse ni souple; elle est maculée de cicatrices de dimensions variées dans l'intervalle desquels il y a la pigmentation anormale; elle porte enfin des traces de grattage avec des éruptions diverses; le pigment peut être enlevé avec l'ongle, enfin cela est curable et peut disparaître entièrement sous l'influence d'une bonne hygiène et d'un traitement approprié. Il y a souvent du prurit qui peut être assez violent pour s'opposer au sommeil et devient une cause d'affaiblissement et de cachexie chez les vieillards atteints de phthiriase.

Cette affection est l'attribut des misérables, mal vêtus, des vagabonds, vivant en commun dans des garnis où pullulent tous les parasites; elle coïncide, justement à cause de ces conditions, avec la phthiriase du cuir chevelu; d'après ce que nous venons de dire, on peut et on doit penser que, liée peut-être à la phthiriase qui produit une irritation constante de la peau, cette mélanodermie tient aussi en grande partie à la cachexie par misère; c'est pourquoi on l'a encore désignée sous le nom de « maladie des vagabonds ».

Il nous reste à parler de quelques mélanodermies de moindre importance.

V. *Mélanodermie dans la tuberculose*. — Dans la tuberculose il est assez fréquent de voir une mélanodermie particulière s'installer (Bouchut). Bazin a fait remarquer que dans les périodes ultimes de la scrofule abdominale le facies offre souvent une teinte bleue bistrée caractéris-

tique qui se rapproche suivant lui de la teinte jaune paille des affections cancéreuses, du masque des femmes enceintes ou mieux encore de la coloration propre aux sujets atteints de cachexie palustre.

Ordinairement cette pigmentation cutanée commence par la face et les mains et s'étend successivement aux différentes régions du corps, tout en prédominant dans les parties primitivement atteintes; il peut y avoir des phénomènes généraux d'asthénie, d'amaigrissement, de la céphalalgie, de la lassitude générale, ce qui pourrait faire penser à une maladie bronzée d'Addison, mais les autres phénomènes font défaut. Quant à la pathogénie de ces troubles dans la tuberculose, elle n'est pas encore élucidée : pour les uns, ces troubles seraient dus à une altération de la rate, des ganglions lymphatiques ou de l'intestin (G. de Mussy); pour d'autres, il y aurait en même temps que de la tuberculose pulmonaire de la tuberculose des capsules surrénales; enfin, pour Guermonprez, ce serait là un type intermédiaire entre la phthisie classique et la forme ordinaire de la maladie bronzée d'Addison; n'oublions pas de signaler la fréquence du pityriasis versicolor et du pityriasis tabescentium chez les phthisiques, éruptions que l'on pourrait confondre avec la mélanodermie des phthisiques.

VI. *Mélanodermie du goître exophthalmique.* — Dans le goître exophthalmique, on peut voir des pigmentations spéciales, parfois en zébrures de la peau, parfois formant des zones irrégulières envahissant soit le cou, soit la face, soit le tronc et les membres; il est des cas où elle a pu simuler la maladie bronzée d'autant plus qu'elle peut gagner jusque-là la muqueuse buccale. Cette pigmentation semble être sous l'influence du système nerveux.

VII. *Mélanodermie de la malaria.* — Il est facile de reconnaître la mélanodermie si communément observée dans la période cachectique de la malaria; quand elle est légère, la coloration est cendrée, gris jaunâtre, plus tard jaune brun; dans les formes plus intenses, la teinte brun grisâtre si caractéristique, uniformément répandue sur le corps et non disposée en plaques, enfin l'absence d'envahissement des muqueuses font aisément faire le diagnostic; s'il n'en était pas ainsi il faudrait extraire un peu de sang par piqûre et alors l'examiner. Suivant les cas on trouve d'abord des granulations ordinairement noires, rarement jaunes ou brunes, tantôt grosses, tantôt petites, et des amas de granulations qui, réunies les unes aux autres par une substance soluble dans les alcalis et les acides, nagent entre les globules et forment réellement des amas de matière pigmentaire; il existe aussi des grains de pigment égalant en grosseur les globules blancs; enfin, et c'est ce que l'on constate le plus fréquemment, on voit de grosses et de petites particules de pigment assez souvent enfermées dans les globules et qui tantôt ressemblent aux globules blancs, tantôt s'en écartent par une forme plus ou moins en massue ou fusiforme. Cela est assez rare; ce que l'on rencontre le plus fréquemment ce sont des granulations pigmentaires, ou alors souvent et presque toujours des globules blancs pigmentés; cette pigmentation, dont la pathogénie n'est plus contredite par personne, est due aux hématozoaires de Laveran.

VIII. *Mélanodermie des femmes enceintes.* — Chez un grand nombre de femmes enceintes, on trouve sur la ligne médiane de l'abdomen une raie brune de quelques millimètres de large, allant du mont de Vénus jusqu'à l'appendice xiphoïde; cette raie, surtout bien apparente chez les femmes brunes, noire chez les négresses, est à peine marquée ou manque complètement chez les blondes; la ligne brune existe au-dessus et au-dessous de l'ombilic, mais la partie sus-ombilicale a une teinte moins foncée que la partie sous-ombilicale.

Chez les femmes brunes, il n'est pas rare de trouver toute la peau du ventre et du haut des cuisses foncée en couleur, bistrée et parfois parsemée de petites taches blanches rappelant exactement l'aréole mouchetée.

Il faut noter encore les modifications de la pigmentation de l'aréole vraie, qui prend une teinte foncée qui s'accentue avec les progrès de la grossesse et varie du jaune au brun noirâtre; chez les négresses, elle est d'un noir d'ébène; chez quelques femmes blondes et surtout chez les rousses, la coloration brune de l'aréole manque complètement et se trouve remplacée par une teinte d'un rose plus tendre. Autour de cette aréole pigmentée dite aréole vraie, il s'en forme une deuxième dite aréole secondaire, tachetée, mouchetée, tigrée ou pommelée; celle-ci est beaucoup moins bien limitée que la première; elle envahit quelquefois une grande partie de la peau qui recouvre les mamelles. En l'examinant, voici ce que l'on observe : la coloration pigmentée de la peau ne s'arrête pas brusquement à la circonférence de l'aréole vraie, mais à partir de celle-ci le pigment se dépose dans la peau voisine où il forme une couche de moins en moins foncée qui s'étend plus ou moins loin selon les femmes; cette aréole est parsemée d'un nombre considérable de petites taches blanches de forme arrondie avec petit point noir au centre (orifice de glande sébacée) qui donne un aspect tigré particulier; on a vu parfois, mais exceptionnellement, le pigment apparaître par plaques sur les différentes parties du corps (Mac Lane).

Il arrive très fréquemment aussi que pendant la grossesse la peau du visage présente des taches jaunâtres connues sous le nom d'*éphélides*, de masque; le visage est leur siège de prédilection, surtout le front; elles sont plus ou moins étendues, presque toujours symétriques; elles ne s'avancent jamais jusqu'à l'implantation des cheveux dont elles sont séparées presque toujours par une bordure où la peau est restée saine; la lumière semblerait être une des conditions principales de leur développement et l'ombre portée par les cheveux suffirait à l'arrêter.

Les éphélides ne font aucune saillie sur la peau et ne sont accompagnées ni de prurit ni de desquamation. Elles sont représentées par de petites taches roussâtres, miliaires ou lenticulaires, pouvant se fusionner avec les taches voisines et former de vastes plaques tapissant des régions entières; il est des cas où les éphélides confluentes au visage, au cou, au bras, descendent jusqu'au-devant de la poitrine.

Les éphélides se développent souvent chez les femmes au moment de la menstruation et surtout pendant la grossesse; elles disparaissent ordinairement après l'accouchement. Mais il n'en est pas toujours ainsi et cela peut persister très longtemps et souvent indéfiniment.

IX. *Mélanodermie de la pellagre.* — Dans la pellagre il peut y avoir de la mélanodermie plus ou moins marquée, surtout au niveau des parties exposées à l'air et aux rayons solaires. S'accompagnant de vertiges, de douleurs vagues, de céphalalgie ou douleurs abdominales, puis bientôt épuisement progressif avec amaigrissement, abattement moral, tendance au suicide, cette pigmentation procède par poussées survenant au printemps; la mélanodermie qui accompagne la pellagre est précédée de rougeur de peau avec gonflement, cuisson et démangeaisons très intenses, puis l'épiderme durcit, prend un aspect rugueux, une teinte gris sale ou brunâtre, se fendille en petites écailles, s'exfolie lentement en laissant à la peau

coup préférable, toutes les fois que le nombre d'interventions et l'installation spéciale de la salle d'opérations comportent l'addition du moteur nécessaire.

Parmi les cas d'épilepsie jacksonnienne guéris par la trépanation, il en est quelques-uns où la disparition des crises constatée après l'opération ne s'est pas maintenue, et où des récidives se sont manifestées, plusieurs mois, une année même après l'intervention chirurgicale. Cette réapparition éloignée d'attaques d'épilepsie partielle semble avoir pu se produire en l'absence de toute récidive de la cause irritante enlevée au cours de l'opération. Elle s'explique alors par la persistance de lésions des circonvolutions cérébrales motrices déterminées par une excitation et une compression de cette zone corticale circonscrite. Cette rémission prolongée des accès convulsifs, constatée dans certains cas, a pu faire croire à un succès définitif. Aussi accordera-t-on à M. Thouvenet que, pour se tenir à l'abri de cette cause d'erreur, il importe de ne publier que des cas contenant des renseignements très complets sur les suites éloignées de l'opération. Seules les observations ainsi conçues pourront permettre alors d'apprécier exactement la valeur de la trépanation comme mode de traitement de l'épilepsie jacksonienne.

Dans l'opération de Létiévant-Estlandler, la résection costale sous-périostée permet d'épargner les vaisseaux. En cas de section de ces derniers, l'hémostase est rendue facile par suite de l'étendue du champ opératoire et de l'absence des côtes. En fait, on ne signale, dans les observations ou mémoires ayant trait à ce sujet, que les cas dans lesquels l'hémorrhagie a été grave et l'hémostase laborieuse.

Pour M. Grosclaude, si l'hémorrhagie est généralement insignifiante par suite de périartérite ou d'endartérite amenant une obstruction plus ou moins considérable des vaisseaux. Ces périendartérites surviennent comme les inflammations des vaisseaux dans le voisinage ou dans le champ d'un foyer purulent. C'est un moyen de défense, et il est d'autant plus prononcée que l'empyème est plus ancien. Dans les thoracoplasties chez des malades suppurant depuis longtemps (4 à 8 mois), l'hémorrhagie est généralement de peu d'importance.

En présence de symptômes d'intensité moyenne faisant penser à l'existence chez un enfant d'un calcul vésical, il faut toujours pratiquer l'exploration de la vessie, car les calculs évoluent en général longtemps sournoisement à cet âge.

Pour M. Mayet la taille périnéale est à coup sûr une intervention bénigne et nécessitant surtout peu de soins complémentaires. Mais c'est une opération aveugle, et la blessure d'un canal déférent (quelquefois des deux) est la règle. Cette complication suffit pour faire rejeter les tailles périnéales et décider le chirurgien en faveur de la taille sus-pubienne.

La lithotritie est une excellente opération chez l'enfant; c'est le procédé de choix et elle ne reconnaît que deux contre-indications : le volume et la dureté de la pierre. Alors on pratiquera séance tenante la taille sus pubienne.

La taille sus-pubienne de l'enfant possède quelques caractères propres. Elle doit se faire sans ballon de Petersen, elle présente le plus souvent moins de danger de blessure du péritoine; enfin elle se termine par la suture vésicale totale et primitive avec suture de la paroi et tentative de réunion immédiate; l'enfant ne supporte que difficilement jusqu'à 12 ou 13 ans les tubes-siphons, et la suture vésicale totale, même chez l'adolescent, réussit bien plus aisément que chez l'adulte. Cette suture vésicale n'augmente pas du reste chez l'enfant la mortalité.

Il est de toute importance : 1° de placer dans la région prévésicale un drain d'attente; 2° de s'efforcer de maintenir la sonde à demeure durant les 2 premiers jours.

M. Fourmeaux établit sa thèse sur les observations de M. Duret (de Lille) qui ont été l'origine du récent débat de l'Académie de médecine. Il conclut que le sérum artificiel (ou mieux les solusions salines) qui rend de si bons services dans les hémorrhagies peut être employé avec succès dans toutes les infections et les chocs. On l'emploiera à doses massives (600 gr.) fréquemment répétées; la principale indication de l'injection est l'hypotension. Sauf dans des cas très rares, on utilisera la voie hypodermique qui agit aussi sûrement. La fièvre n'est pas une contre-indication de l'injection. On ne redoutera pas l'hyperthermie consécutive. Dans les hémorrhagies en nappes graves, si l'hémostase n'est pas parfaite, on injectera seulement 200 à 300 grammes, recherchant surtout les propriétés hémostatiquee de la solution saline. Avant une intervention et après une opération grave, le chirurgien pourra avoir recours aux injections massives, surtout chez les personnes anémiées. Durant les opérations qu'il prévoit être de longue durée, il devra veiller à ce qu'un litre de solution saline soit toujours prêt à être injecté.

Avant et surtout après le traitement, pour tonifier l'état général des opérés et les rendre plus résistants, on aura recours aux injections quotidiennes de solutions riches (formule de Chéron).

Acide phénique neigeux	1 gr.
Chlorure de sodium	2 gr.
Sulfate de soude	8 gr.
Phosphate de soude	4 gr.
Eau distillée	100 gr.

Les manifestations de la syphilis sur l'oreille externe sont peu fréquentes et ne présentent guère de particularités cliniques.

M. Devillas décrit une otite moyenne, sèche, catarrhale ou purulente due à la syphilis et présentant commé lésion fondamentale une périostite de la caisse. Il est de grande importance de bien connaître les otites internes spécifiques. Malgré leur gravité, le traitement doit toujours être institué avec persévérance et il existe d'incontestables succès. En outre des lésions vraiment spécifiques, la syphilis peut donner lieu, sur les diverses parties de l'organe de l'ouïe, à des lésions d'origine sinon de nature syphilitique; ces lésions sont justifiables du traitement dans une certaine mesure tout au moins. La syphilis peut être cause de surdi-mutité, non seulement par l'intermédiaire des lésions spécifiques, mais aussi probablement en produisant des malformations et des tares non spécifiques.

M. Palas appelle l'attention sur une variété de toux peu connue et peu étudiée : la toux pharyngée, symptôme presque constant dans les maladies du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales; il l'a surtout étudiée, parce que c'est là qu'on la retrouve le plus fréquemment, dans l'hypertrophie des amygdales palatines, les végétations adénoïdes, la pharyngite granuleuse. Pour expliquer la toux pharyngée, il faut faire une large part au catarrhe naso-pharyngien qui accompagne si souvent ces affections.

Par son opiniâtreté, par sa durée, cette toux peut devenir inquiétante et faire songer à une affection grave; par les nombreuses variétés que l'on peut observer, elle peut faire dévier le diagnostic. On rencontre surtout la toux sèche, brève, fréquente, composée d'une seule saccade, rappelant la toux du début de la tuberculose pulmonaire; et la toux quinteuse ou spasmodique presque identique à la toux de la coqueluche ou aux quintes de l'adénopathie trachéo-bronchique. Presque toujours, on peut noter cette particularité que la toux se produit avec plus de fréquence à certains moments : le soir, au moment où l'enfant se couche; vers le milieu de la nuit, et surtout le matin, au réveil.

La recherche de l'affection qui produit cette toux a une grosse importance, car tous les traitements d'ordre général seront impuissants à faire disparaître la toux pharyngée, dont seul un traitement local approprié pourra se rendre maître. Aussi, en présence d'une toux persistante, dont on ne peut expliquer l'origine, faudra-t-il toujours pratiquer avec soin l'examen de la gorge et du rhino-pharynx, et, s'il existe une affection, la traiter.

A l'occasion d'un cas observé dans le service de M. Tapret, M. Seguin réunit quelques observations déjà publiées et nous montre qu'il existe parmi les œdèmes du larynx des cas primitifs et d'origine infectieuse. Ces œdèmes aigus primifs peuvent présenter ou non de la suppuration, d'où : 1° œdèmes avec suppuration, comprenant les cas décrits sous le nom de laryngite phlegmoneuse, d'abcès rétro-laryngés, d'abcès du larynx; 2° œdèmes séreux, répondant à ce qu'on a décrit sous le nom d'érysipèle primitif du larynx, d'œdème aigu infectieux bénin, Ces deux formes diffèrent au point de vue du pronostic, qui est beaucoup plus sombre dans la première.

L'œdème aigu du larynx résulte d'une infection microbienne, ainsi que l'ont démontré les recherches cliniques et bactériologiques; le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque sont les agents habituels de cette infection.

L'œdème primitif laryngé a une allure clinique souvent brutale, extrêmement rapide. Il est nécessaire d'en faire le diagnostic de bonne heure pour appliquer une thérapeutique efficace. Celle-ci usera d'abord de tous les révulsifs avant d'employer la ressource ultime, la trachéotomie. On pourra être obligé de pratiquer cette opération en présence d'accidents menaçants de sténose laryngée.

En dépouillant la statistique particulière du département de la Somme, M. Chevallier montre que la sérothérapie est appelée : 1° à abaisser la mortalité par la diphthérie; 2° à en restreindre les cas, en raison de l'immunité qu'elle confère et empêcher sa propagation.

Il est de toute nécessité que chaque angine donne lieu à un examen bactériologique; le praticien évitera ainsi d'envoyer dans un service d'isolement où il risque de se contaminer un enfant qui n'a rien. Il ne privera pas des moyens thérapeutiques convenables un malade dont il aura méconnu la diphthérie.

De là découle cette autre considération : utilité des laboratoires pour le public, pour l'administration dans les cas de maladies infectieuses.

Enfin, il faut que l'on sache bien que le sérum, qui agit merveilleusement dans les cas de diphthérie pure, a, dans certaines associations microbiennes, son pouvoir curateur diminué, sans qu'on puisse taxer d'infidélité une méthode qui a fait ses preuves.

Thèse de la Faculté de Lille.

M. Henry (Paul). *Contribution è l'étude clinique et bactériologique des pseudo-diphthéries à streptocoques.*

Certaines angines couenneuses simulent la diphthérie par l'aspect extérieur et par l'examen histologique de leurs fausses membranes. Elles peuvent être dues au streptocoque pyogène; Vidal de Cassis et Gübler les ont soupçonnées les premiers, au nom de la clinique, mais ce n'est que depuis les découvertes bactériologiques modernes qu'on a pu les différencier des autres affections pseudo-membraneuses. La découverte du bacille de Löffler les sépare de la diphthérie vraie; celle du pneumocoque, de l'angine membraneuse, signalée par Jaccoud et Ménétrier, etc.

Le streptocoque pyogène joue, pour M. Henry, un grand rôle dans la pathogénie des pseudo-diphthéries. On l'y trouve d'une façon constante. Microbe banal de la cavité bucco-pharyngienne, il peut, sous l'influence du froid, du surmenage, envahir les tissus : angines primitives. Il peut aussi provenir d'un autre malade par contagion : angines secondaires; l'impossibilité où l'on était autrefois de faire un diagnostic clinique exact de cette pseudo-diphthérie permet de supposer que bon nombre d'angines couenneuses à streptocoques ont été traitées comme étant de nature diphthérique; la difficulté où l'on se trouve encore aujourd'hui de différencier scientifiquement cette variété d'angine à fausses membranes (en dehors de l'examen bactériologique) relègue l'importance du diagnostic au second plan; la gravité ou la bénignité de la pseudo-diphthérie à streptocoques, établie d'après la marche de la température, doit commander la conduite du médecin au double point de vue prophylactique et thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Plaies de la vessie au cours de la kélotomie (Zur Frage der Blasenverletzung bei Bruchschnitt), par Hollander (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 42, p. 938). — L'auteur rapporte une observation de cure radicale de hernie crurale chez une femme de 62 ans chez laquelle il se forma, 6 semaines environ après l'opération, une fistule sus-pubienne en communication avec la vessie; la formation de la fistule, par laquelle l'urine ne coulait pas, a été précédée d'élimination de quelques fils de suture avec l'urine.

D'après l'auteur, il ne s'agissait pas dans ce cas d'une plaie de la vessie proprement dite, mais très probablement d'une constriction, par les fils, d'un diverticule de la vessie formé depuis longtemps. Il a rencontré cette disposition dans un cas de laparotomie pour kyste dermoïde de l'ovaire : dans ce cas la vessie présentait un diverticule dont le sommet était engagé dans l'orifice interne de l'anneau crural. Il suppose donc que la même disposition avec descente plus avancée du diverticule a dû exister chez la malade à laquelle on a fait la herniotomie.

Coeliotomie vaginale (Zur vaginalen Coeliotomie), par Steffeck (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 44, p. 978). — L'étude de quatre observations personnelles et de la littérature de la question aboutit aux conclusions suivantes :

La colpotomie antérieure est indiquée : 1° dans les petites tumeurs mobiles des ovaires, occupant la moitié antérieure du bassin; 2° dans les petits myomes interstitiels et sous-séreux autant qu'ils se prêtent à l'ablation; 3° dans les affections des trompes autant qu'il n'y a pas de formation de tumeur proprement dite. Elle est contre-indiquée dans toutes les affections de la moitié postérieure du bassin, dans toutes les tumeurs des ovaires et des trompes, fixées par des adhérences, et enfin au cas de périmétrite adhésive postérieure.

La colpotomie postérieure est indiquée : 1° dans les petites tumeurs de l'ovaire situées derrière l'utérus; 2° en cas d'ovaires immobilisés quand ils sont fixés au vagin; 3° dans les tumeurs des trompes adhérentes au vagin quand l'intervention doit comprendre seulement l'incision et le drainage de la tumeur; 4° dans la périmétrite adhésive postérieure. Elle est contre-indiquée dans toutes les affections de la moitié antérieure du bassin, dans les affections des trompes et des ovaires quand ceux-ci ne sont pas adhérents au vagin.

Réimplantation du tissu osseux après la trépanation du crâne (Ueber die histologische Befunde nach Replantation trepanirter Knochenstücke des Schädels), par David (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LIII, p. 740). — Il résulte des recherches expérimentales de l'auteur que si, après avoir réséqué un lambeau osseux du crâne, on le replante à sa place, le lambeau se cicatrise, reprend, pour ainsi dire, quand la plaie guérit aseptiquement.

Mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie (Ueber die feineren histologischen Vorgänge bei der Ruckbildung der Bauchfelltuberculose, u. s. w.), par Gatti. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LIII, p. 645 et 709). — D'après les recherches expérimentales de l'auteur faites sur des cobayes, des lapins et des chiens, la laparotomie amènerait la guérison de la tuberculeuse fibreuse du péritoine et influencerait la tuberculose caséeuse. La guérison de la tuberculose fibreuse serait due non seulement à la réaction inflammatoire et à la prolifération du tissu conjonctif, comme on l'admet ordinairement, mais encore à la dégénérescence des cellules épithélioïdes qui sont résorbées, en même temps que, parallèlement, disparaissent les cellules rondes et les bacilles, si bien que du néoplasme il ne reste que le tissu conjonctif préexistant avec ses vaisseaux. Dans la tuberculose caséeuse, le même processus a lieu dans les cellules de la zone conjonctive périphérique.

Quant au mode d'action de la laparotomie, l'auteur pense que l'exsudat séreux, qui apparaissait régulièrement dans le péritoine à la suite de l'intervention, exerce une action bactéricide sur les bacilles tuberculeux et que cette destruction provoque les processus histologique étudiés plus haut.

Occlusion congénitale de l'intestin (Zur Frage über congenitale Darmocclusion), par Hecker (*St-Petersburg, med. Wochenschr.*, 1896, n° 45, p. 399). — Il s'agit d'une fillette de 3 jours qui depuis sa naissance n'a pas eu de selle et avait par contre des vomissements incessants. La vulve et l'anus étaient bien conformées, mais une sonde introduite dans le rectum s'arrêtait à 6 centimètres de hauteur.

La laparotomie latérale au niveau de la fosse iliaque gauche montra à côté des intestins distendus, un cordon aminci dont il a été impossible de trouver l'embouchure. On se contenta donc d'établir un anus contre nature. Après une euphorie passagère l'enfant succomba, douze heures environ après l'opération.

L'autopsie montra que l'estomac normalement conformé se continuait avec l'intestin qui à un moment donné se terminait, à la hauteur du petit bassin, en cul-de-sac. La longueur de cette partie de l'intestin était de 97 centimètres; l'anus a été etabli à 30 centimètres du cul-de-sac. A côté de cette portion de l'intestin, partait de l'anus un cordon de 4 à 5 millimètres de largeur, pourvu d'un canal dans toute sa longueur; il se terminait par un renflement qui était librement situé au-dessous du foie. Ce cordon représentait la partie terminale du jéjunum, l'iléon, tout le gros intestin, le cæcum avec l'appendice (qui mesurait 4 centimètres) et une partie du rectum. Il existait en outre une ancienne péritonite d'origine manifestement fœtale.

MÉDECINE

Indications de la saignée (Ueber die Indicationen der Aderlasses), par Alber (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 43, p. 952). — L'auteur considère la saignée comme une intervention qui répond aux indications symptomatiques résultant soit d'une élévation de la pression sanguine avec congestion de divers organes, soit d'une accumulation de produits toxiques dans le sang.

La première indication se trouve réalisée dans l'hémorrhagie cérébrale où la saignée, sans faire disparaître l'épanchement, empêche sa reproduction et favorise le rétablissement des fonctions cérébrales. Elle est particulièrement de mise chez des individus vigoureux, chez lesquels on trouve le pouls plein, la face congestionnée, la respiration stertoreuse. Sous l'influence de la saignée, l'auteur a vu tous ces phénomènes disparaître très rapidement. Parmi les autres affections s'accompagnant de phénomènes cérébraux et bénéficiant largement de la saignée, l'auteur cite l'épilepsie à attaques subintrantes et l'urémie à forme comateuse, mais chez les urémiques à petit rein contracté et présentant des troubles de compensation du côté du cœur, la saignée est plutôt nuisible.

L'accumulation d'acide carbonique dans le sang, comme on l'observe dans la pneumonie et la bronchite capillaire, peut aussi devenir une indication de la saignée. D'après l'auteur la saignée agit d'une façon remarquable dans la pneumonie quand la soustraction d'une petite quantité de sang est faite aussitôt qu'on voit se dessiner l'insuffisance du cœur droit et l'œdème pulmonaire. Il en est de même de certains pneumothorax avec déplacement considérable du cœur.

La saignée peut encore rendre des services dans les affections valvulaires du cœur avec troubles de compensation. Dans la myocardite, ses indications sont moins précises, mais par contre elle est formellement indiquée dans la péricardite à épanchement considérable.

D'après l'auteur la saignée peut dans certains cas (pneumonies pleurésie, péricardite) être avantageusement remplacée par de, ventouses scarifiées.

Action agglutinante de la chrysoïdine sur les vibrions cholériques (Ueber das Verhalten der Chrysoïdins gegen Cholera-Vibrionen), par Blachstein (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n°s 44 et 45). — L'auteur a constaté que si l'on ajoutait une solution de chrysoïdine à un liquide tenant en suspension des vibrions cholériques, on voyait se produire le phénomène d'agglutination signalé par Gruber et Durham.

Avec la chrysoïdine, le phénomène d'agglutination des vibrions cholériques se manifeste le mieux quand on procède de la façon suivante :

Dans une petite éprouvette de 10 centimètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre contenant 3 centimètres cubes d'eau stérilisée, on introduit une culture cholérique de 24 heures sur agar; avec le fil de platine on écrase la culture contre les parois de l'éprouvette et on secoue fortement le tube de façon à obtenir un liquide uniformément trouble, lactescent. On prend alors 10 centimètres cubes d'une solution alcoolique de chrysoïdine à 2,5 p. 100, on l'additionne de 20 centimètres cubes d'eau distillée, et, de ce mélange, on verse dix gouttes dans l'éprouvette contenant l'émulsion de vibrions cholériques. On voit alors se produire les phénomènes suivants :

Quelques minutes après l'addition de chrysarobine, on voit, au milieu de l'émulsion uniformément trouble, se former une fine poussière qui, en se condensant, arrive, au bout de 10 à 15 minutes, à former de véritables flocons. Au bout d'une demi-heure, le liquide commence à se clarifier et, au bout d'une heure, tous les vibrions se trouvent ramassés au fond de l'éprouvette. Tous ces phénomènes se passent plus vite à l'étuve à 37° qu'à la température de la chambre.

Cette action agglutinante de la chrysoïdine ne se manifeste qu'avec le vibrion cholérique et fait défaut quand on opère avec d'autres vibrions analogues aux vibrions cholériques. D'un autre côté, la réaction agglutinante ne se produit avec aucune autre substance chimique, même très voisine de la chrysoïdine (vésuvine, acide mono-sulfochrysoïdinique).

Pour expliquer l'action agglutinante de la chrysoïdine, l'auteur admet qu'il s'agit d'une sorte d'affinité chimique entre ce corps et une substance qui se trouve dans le corps des vibrions cholériques, laquelle affinité serait de même nature que celle qui existe entre les bases et les acides colorants. Le processus serait donc actif et non pas passif, comme l'admet Gruber pour l'action agglutinante du sérum cholérique sur les bacilles en virgule.

En injectant à des pigeons et à des souris des cultures cholériques très virulentes additionnées d'une solution de chrysoïdine, l'auteur a constaté que, tandis que les animaux en expérience restaient, sans exception, en vie, les animaux témoins, c'est-à-dire les animaux ayant reçu des cultures cholériques non additionnées de chrysoïdine, succombaient tous sans exception. Par contre, dans les expériences faites avec des cultures de vibrions cholériformes, l'addition de chrysoïdine aux cultures ne modifiait pas les résultats, c'est-à-dire que les animaux en expérience succombaient dans les mêmes conditions que les animaux témoins. La chrysoïdine neutralise donc les toxines des vibrions cholériques.

MÉDECINE PRATIQUE

Procédé permettant la préparation extemporanée de solutions aseptiques pour l'usage hypodermique.

Au cours des articles que nous consacrons chaque semaine au *formulaire hypodermique*, nous avons maintes fois insisté sur la nécessité de n'injecter que des produits rigoureusement aseptiques. Or si, aujourd'hui, tous les praticiens font bouillir leur seringue, flambent leur aiguille en platine iridié, lavent la peau du malade avec une solution antiseptique — au besoin, les familles exigeraient qu'on prenne ces précautions — le plus souvent ils s'en rapportent pour le liquide de l'injection à la préparation du pharmacien.

Or, même à Paris, il n'y a encore qu'un petit nombre de pharmaciens qui livrent des produit stérilisés pour l'hypodermie. La plupart ne font aucune différence entre la préparation d'une potion et celle d'une solution à l'usage sous-cutané. M. le professeur Landouzy, dans la préface qu'il a bien voulu écrire pour notre petit livre (1), recommande judicieusement de formuler : Eau *stérilisée*. « C'est, dit-il, mettre le pharmacien dans l'obligation légale de faire extemporanément bouillir l'eau qui va dissoudre l'alcaloïde; c'est l'empêcher de faire sa solution avec l'eau distillée qu'il a en réserve dans des récipients plus

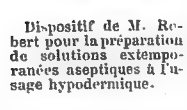
1. *Formulaire pratique de l'hypodermie* par le Dr G. Maurange, 2e édition entièrement refondue, avec une préface de M. le professeur Landouzy (Paris, Rueff, 1896).

ou moins vastes, fréquemment exposés aux souillures que leur apportent et le contact de l'air et le contact des mains des préparateurs. » Mais cette précaution est encore insuffisante et, pour s'en rendre compte, suivons les manipulation de notre pharmacien. Il a fidèlement employé l'eau bouillante pour dissoudre le principe actif. Mais voilà qu'il filtre sa solution sur du papier non stérilisé, pris avec des mains non désinfectées, et placé sur un entonnoir de verre essuyé le plus souvent avec la serviette banale qui traîne sur la table. Finalement le liquide est introduit dans un flacon soigneusement frotté avec le même linge et qui est simplement bouché avec du liège sorti du tiroir commun et façonné au mâche-bouchon, agent de contamination par excellence. On conçoit que de telles préparations doivent être bannies de la pratique hypodermique.

On a tenté de tourner la difficulté en stérilisant à l'avance les solutions en ampoules de verre fermées à la lampe et contenant la quantité nécessaire à une seule injection. Ce procédé qui présente au point de vue de l'asepsie toutes les garanties désirables, offre d'autres inconvénients. Nous avons vu, à diverses reprises, que la plupart des alcaloïdes, l'atropine, la morphine, la cocaïne, etc., subissaient sous l'action prolongée du réactif *eau*, une transformation moléculaire capable d'altérer leurs propriétés thérapeutiques. C'est ainsi que la morphine se change en apomorphine, qui fait vomir, et que les solutions de cocaïne perdent en 48 heures la majeure partie de leur pouvoir analgésique. D'où cette autre condition indispensable, fréquemment proclamée ici même, de préparer extemporanément les solutions à l'usage hypodermique.

Cette double condition — asepsie rigoureuse du liquide à injecter, préparation extemporanée et aseptique de la solution — est réalisée par le dispositif très simple imaginé par M. Robert.

Deux tubes d'inégale grandeur contenant l'un l'alcaloïde, l'autre l'eau distillée ou tout autre véhicule, sont reliés par un caoutchouc. Une pince empêche tout contact entre le sel et son dissolvant. L'appareil ainsi préparé est mis à l'étuve où il est stérilisé, plusieurs jours de suite pendant une heure, à 65°, suivant la méthode de Tyndall. Ce chauffage discontinu assure l'asepsie du médicament, sans avoir l'inconvénient de décomposer des produits, qui, comme les alcaloïdes, sont facilement altérables par la chaleur.



Dispositif de M. Robert pour la préparation de solutions extemporanées aseptiques à l'usage hypodermique.

Au moment de faire l'injection, il suffit d'enlever la pince, d'agiter à plusieurs reprises pour dissoudre le principe actif dans le véhicule — toute l'opération se passe en vase clos et aseptique. — La solution faite, on frappe légèrement le plus grand tube sur la paume de la main afin de faire descendre tout le liquide dans le récipient qu'il représente et dont la contenance est d'un, deux, trois ou cinq centimètres cubes, suivant le cas. On arrache le petit tube et on aspire le liquide avec l'aiguillle flambée de sa seringue stérilisable.

Voilà un appareil très aisément réalisable à peu de frais, avec lequel on peut faire de l'hypodermie aseptique et efficace.

G. Maurange.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Hyoscine.

Définition. — L'hyoscine est un alcaloïde isomère de l'atropine et de l'hyosciamine dont elle partage **l'extrême toxicité**. Elle provient des eaux-mères de l'hyosciamine. Elle serait identique à la *scopolamine*, dont nous aurons occasion de reparler.

Solubilité. — L'hyoscine est soluble dans l'eau acidulée et l'alcool. Elle est fort peu employée sous sa forme cristallisée. On préfère pour l'usage hypodermique les sels d'hyoscine qui sont solubles dans l'eau. Ces sels sont au nombre de deux : le *chlorhydrate* et l'*iodhydrate*.

Propriétés thérapeutiques. — L'hyoscine a été employée comme succédané de l'hyosciamine et de l'atropine. Comme ces deux alcaloïdes, elle diminue les sécrétions, dilate la pupille (Gley) et est légèrement hypnotique. Cette action lui a été cependant contestée par différents auteurs, en particulier par Sprathing.

Elle a été utilisée comme calmant dans la manie aiguë et, d'une façon générale, chez les déments. Cependant, elle serait contre-indiquée dans tous les cas où il s'agit de lésions inflammatoires du côté des centres nerveux et des méninges.

Dans l'hystéro-épilepsie, elle aurait pour effet de prévenir et de diminuer les attaques convulsives (Bela Nagy) ; mais elle est surtout efficace contre les tremblements, la paralysie agitante et, d'une façon générale, dans les affections chroniques du système nerveux accompagnées de troubles moteurs (J. Bruce).

Son action dans les névralgies de la face est plus contestable, malgré que Lannois ait obtenu quelques succès par l'emploi prolongé du médicament. Il échoue complètement dans le tic douloureux.

Enfin, de même que l'atropine, l'hyoscine a été préconisée contre les sueurs profuses des phthisiques (Fruntzel, Martindale, G. Mitchell, Bruce, Gordon Sharp).

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 1/4 de milligramme par injection, 1/2 milligramme par 24 heures. Ces doses peuvent être doublées chez les cérébraux. Doit en tous cas être employée avec précaution.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats :* La douleur est nulle localement : il n'y a aucun changement de coloration de la peau de la région.

b) *Eloignés :* 5 à 10 minutes après l'injection, apparaît de la sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge. La dilatation pupillaire débute quelques instants après. A hautes doses, on note une diminution de la sensibilité, une tendance au délire et aux hallucinations.

FORMULES

Hyoscine. . . . . 0 gr. 05
Eau acidulée. . . . . 10 gr.
1/4 de centigr. cube comme succédané de l'atropine.

(Martindale, J. Mitchell, Bruce.)

Hyoscine. . . . . 0 gr. 002
Eau acidulée. . . . . 10 centim. cubes.
1 centim. cube 4 jours de suite, suivis de 4 jours de repos, contre la névralgie épileptiforme de la face.

(Lannois.)

Chlorhydrate d'hyoscine . . . . . 0 gr. 005
Eau distillée . . . . 10 centim. cubes.
1 à 2 centim. cubes.

(Lannois, Gley.)

Iodhydrate d'hyoscine . . . . . . 0 gr. 01
Eau distillée . . . . 10 gr.
1 centim. cube.

(Fruntzel.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Un cas d'ascite lactescente non chyleuse (p. 61).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Résection intra-durale des racines postérieures. — Hystérectomie abdominale totale. Accidents pseudorabiques. — Polyorchidie (p. 62). — *Société anatomique :* Angine de Ludwig. — Hémorrhagie du lobe droit du cervelet. — Phlegmatia alba dolens. — Anévrysme de l'aorte. — Ulcère perforant du duodénum. — *Société de biologie :* Fonctions thyroïdienne. — Capsule surrénale accessoire. — Action de la pilocarpine. — Part de l'hyperhémie dans los éruptions (p. 63). — *Société de chirurgie :* Cancer du foie. — Tumeur du cerveau. — Tuberculose rénale (p. 64). — Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — *Société médicale des hôpitaux :* Rayons de Röntgen. — Goitre exophthalmique. — Accidents post-sérothérapiques. — Rétractilité du caillot (p. 65). — *Société de dermatologie et de syphiligraphie :* Traitement du lupus. — Pseudo-pelade. — Mycosis avec prurigo. — Trichophytie cutanée. — Tuberculides acnéiformes (p. 66). — Cicatrice chéloïdienne. — Scrofule oculaire. — Télangiectasies. — *Société de thérapeutique :* Hyperchlorhydrie (p. 67). — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Kyste de l'ovaire. — Kyste sébacé des petites lèvres. — Annexites et curettage (p. 68).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — ALLEMAGNE. *Société de médecine interne de Berlin :* Cancer de l'estomac. — Pneumocoques dans le sang. — Pérityphlite (p. 69). — *Réunion libre des chirurgiens de Berlin :* Etranglement interne. — Cystostomie et castration. — Aiguille dans la dixième vertèbre dorsale. — ANGLETERRE. *Clinical Society of London :* Tachycardie paroxystique (p. 70). — Fracture de l'axis. — *Nottingham and midland counties branch of the british medical Association :* Cancer du larynx. — Cancer de l'amygdale. — Angiome caverneux de la parotide. — *Royal academy of medicine in Ireland :* Obstruction intestinale. — BELGIQUE. *Cercle médical de Bruxelles :* Fibromyome de la paroi abdominale (p. 71). — Abcès rétro-pharyngien. — Ponction lombaire. — Luxation compliquée. — Cure radicale de hernie (p. 72).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Un cas d'ascite lactescente non chyleuse,

Par M. Paul Sainton,

Interne des hôpitaux.

Un grand nombre d'opinions ont été émises sur la nature du liquide qui constitue l'ascite laiteuse ou chyleuse ; les uns le considèrent comme du chyle, d'autres comme un liquide graisseux, résultat de la dégénérescence d'éléments divers (leucocytes, cellules épithéliales), d'autres enfin pensent qu'il s'agit d'un épanchement spécial qui prend d'emblée les allures d'une émulsion graisseuse. Dans une communication récente à la *Société médicale des hôpitaux* (13 novembre 1896), M. le Dr Achard rapporte un cas d'ascite laiteuse dans lequel le liquide ne renfermait qu'une quantité minime de graisse et présentait au microscope de fines granulations réfringentes n'ayant pas les caractères distinctifs des granulations graisseuses : il contenait de la globuline et une nucléo-albumine. Dans une autre observation, rapportée par Lion (*Arch. de méd. expérim.*, 1893), le liquide ascitique d'apparence chyleuse ne renfermait pas de graisse, mais une substance albuminoïde analogue à la caséine, pouvant être rangée parmi les glycoprotéides.

Nous avons observé dans le service de M. le Dr Delpeuch, à l'hôpital Tenon, un cas d'ascite lactescente ayant de grandes analogies avec celui de M. Achard ; il nous semble intéressant de l'en rapprocher, d'autant plus qu'un examen chimique complet du liquide fut fait par M. Meillère, pharmacien en chef.

Observation. — C... Emilie, âgée de 56 ans, entre, le 1er septembre 1896, salle Maurice Raynaud. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, on note une scarlatine dans l'enfance, une fluxion de poitrine à 24 ans, une attaque d'albuminurie à 42 ans, ayant nécessité le régime lacté pendant un an.

Le début de la maladie actuelle eut lieu, il y a 10 mois, par des douleurs dans les reins, puis dans l'abdomen, accompagnées de diarrhée se produisant immédiatement après l'ingestion des aliments : en même temps que ces symptômes apparaissait un dégoût très prononcé pour la viande, que la malade mangeait volontiers auparavant.

A son entrée à l'hôpital, cette femme se plaint de douleurs abdominales intenses irradiant dans les reins, d'inappétence absolue, de renvois et de ballonnement du ventre après les repas, elle a plutôt de la diarrhée que de la constipation. L'examen de l'abdomen ne fournit guère de renseignements ; la pression réveille dans la région hépatique une douleur assez vive, mais nulle part on ne sent de tuméfaction appréciable. Les urines ne sont pas albumineuses : leur densité est de 1,025, elles contiennent 25 grammes d'urée par litre et 6 grammes de chlorures.

Les jours suivants, les mêmes douleurs persistent, le ventre se ballonne, les membres s'œdématient et la percussion révèle de la matité appréciable dans la région des flancs. Le 19 septembre, l'épanchement a un peu augmenté, la malade réclame une intervention, on pratiqua alors une première ponction qui amena l'issue d'un litre de liquide lactescent. Pendant le mois d'octobre, l'état de la patiente s'aggrave lentement, l'appétit est nul, la langue sèche et rôtie, la diarrhée est presque continuelle ; de petites poussées fébriles aux environs de 38°5 se produisent de temps à autre. Le ventre se distend, sa paroi est un peu œdématiée et l'on constate tous les signes d'un épanchement péritonéal abondant. Une 2e ponction pratiquée le 19 octobre, donne issue cette fois à 6 litres de liquide présentant l'aspect de celui extrait antérieurement.

Cette ponction n'amène qu'un soulagement temporaire, la cachexie de la malade augmente, c'est à peine si elle peut ingérer quelques verres de lait par jour, du subdélirium apparaît et elle meurt dans le marasme le 17 décembre.

Autopsie 24 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen on recueille 10 litres de liquide offrant les mêmes caractères que celui recueilli par ponction pendant la vie : sa couleur légèrement modifiée est un peu jaunâtre. L'examen de la cavité abdominale permet de constater qu'à sa partie inférieure le tablier épiploïque a contracté quelques adhérences avec la paroi du côté gauche, elles se font par l'intermédiaire de petits tractus fibreux, peu résistants, qui cèdent au moindre effort. Le péritoine est un peu épaissi au niveau de la rate qui est entourée d'une coque de périsplénite. Nulle part il n'est possible de trouver de lésions des chylifères.

L'estomac est dilaté, il existe une infiltration cancéreuse de la région pylorique empiétant sur le duodénum jusqu'au niveau de son passage au-devant du rein et atteignant une étendue d'environ 6 centimètres. Le pancréas est normal. Quelques ganglions mésentériques sont volumineux. Le foie est de volume et de consistance normaux et ni sur la coupe, ni à sa surface, on ne trouve de noyaux cancéreux. Les reins sont sclérokystiques. Les organes thoraciques sont normaux, à l'exception de quelques adhérences pleurales à la base du poumon.

Caractères du liquide. — Il est d'aspect lactescent, comparable à celui de lait fortement étendu. Dans les liquides recueillis lors des deux premières ponctions, il s'est formé, au bout de 5 à 6 jours, un léger dépôt composé par une poussière blanchâtre. L'examen microscopique montre qu'il est constitué par une multitude de petites granulations réfringentes, très fines, animées de mouvements browniens et ne se colorant pas par l'acide osmique : dans le champ du microscope, on apercevait quelques cellules épithéliales déformées et de rares globules blancs.

Examen chimique. — Voici les résultats des analyses des trois liquides successivement recueillis :

1er Liquide. — Réaction neutre.

Densité	1,008
Albumine	3 gr. 20 par litre.
Matières grasses	0 gr. 21 —
Chlorure de sodium	8 gr. 04 —

2e Liquide. — Réaction faiblement alcaline.

Densité	1,009
Albumine	4 gr. 24 par litre.
Matières grasses	0 gr. 19 —
Chlorure de sodium	7 gr. 50 —
Urée	1 gr. 261 —

3e Liquide (recueilli après la mort). — Réaction alcaline.

Densité	1,009
Extrait sec à 75°	21 gr. 440 p. 1000
Extrait sec à 100°	21 gr. 360 —
Globuline	5 gr. 100 —
Autres albumines	4 gr. 450 —
Matières grasses	0 gr. 670 —
Sels totaux	8 gr. 940 —
Chlorure de sodium	7 gr. 120 —
Acide phosphorique	0 gr. 253 —
Azote total	1 gr. 729 —

Sucre : il se forme un précipité abondant par la liqueur de Fehling, mais la recherche avec le polarimètre est négative.

Examen du sérum sanguin. — Il était intéressant de rechercher si, chez notre malade, le sérum sanguin présentait des caractères analogues à ceux de la sérosité ascitique, la question des sérums lactescents étant toute d'actualité. Le sérum recueilli grâce à l'application d'une ventouse scarifiée n'avait pas l'aspect lactescent.

La composition du liquide recueilli dans ce cas d'ascite laiteuse s'éloigne donc notablement de celle d'une émulsion graisseuse : lors des deux premières ponctions, on ne trouve dans les sérosités recueillies que 0 gr. 21 et 0 gr. 19 p. 1000 de matière grasse ; de plus, les granulations que contenait le liquide ne présentaient pas les réactions des granulations graisseuses avec l'acide osmique. Nous sommes donc amenés à admettre avec M. Achard qu'il existe des liquides d'ascite laiteuse dans lesquels l'aspect n'est pas dû à la présence de granulations graisseuses.

Nous ferons en outre remarquer que les liquides laiteux non graisseux se sont montrés au cours de cancers abdominaux : car dans l'observation de Lion il s'agit d'un cancer de l'ovaire, dans celle d'Achard vraisemblablement d'un cancer abdominal, dans la nôtre d'un néoplasme du pylore. La coïncidence nous paraît digne d'attirer l'attention.

Une dernière particularité du cas que nous rapportons est que l'épanchement fut certainement laiteux d'emblée, puisque la formation s'en est faite rapidement sous nos yeux et que la quantité de liquide contenue dans l'abdomen lors de la première ponction était minime.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 Janvier 1896.

Résection intradurale des racines postérieures.

M. Chipault a déjà publié, en collaboration avec M. Demoulin, l'observation d'un malade auquel il a, pour une névralgie rebelle du nerf cubital, réséqué la 8e racine postérieure cervicale droite. Il montre aujourd'hui le résultat définitif, au bout de 2 ans 1/2. L'opération n'a laissé à sa suite aucune altération fonctionnelle ; même pas d'altération sensitive, ce qui est singulièrement remarquable : le territoire de la racine coupée n'a été hypo-esthésié que pendant 24 heures à peine. Si le malade n'avait pas subi, avant l'opération, la section du cubital au coude, qui a entraîné un peu d'atrophie et d'anesthésie de l'éminence hypothénar, il serait sorti complètement indemne de sa terrible affection.

On peut donc dire que la résection intradurale des racines postérieures, application à l'homme de la découverte de Bell et de Magendie, constitue, physiologiquement, le traitement idéal des névralgies rebelles, traitement qui s'attaque uniquement à l'élément sensitif du nerf.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale.

MM. Pinard et **Segond** présentent une naine rachitique, haute de 1m,15, primipare, atteinte d'un raccourcissement de 10 centimètres du membre inférieurga uche et d'une cyphos-coliose considérable. De là des raisons multiples pour que son bassin n'existât pour ainsi dire pas, à la fois rétréci et asymétrique. Evidemment, aucune pelvitomie ne pouvait donner un passage suffisant et dès lors il fallait pratiquer l'opération césarienne. Mais ici se pose une question : l'embryotomie sur l'enfant vivant est encore admise presque sans conteste sur les femmes ayant subi des manœuvres antérieures et déjà infectées. Alors en effet l'opération de Porro devient très grave, mais cela changerait si l'on pouvait, comme les chirurgiens le font depuis quelque temps avec succès, pour les fibromes, par exemple, pratiquer, après la césarienne, l'hystérectomie abdominale totale. C'est ce que M. Pinard résolut de réaliser ; il commença par extraire un fœtus de 3600 grammes, puis M. Segond termina par l'ablation de l'utérus par la méthode américaine. L'opération a duré en tout une heure ; les suites ont été des plus simples et la femme allaite son enfant depuis le lendemain de l'intervention. De ce beau succès, M. Pinard, auparavant partisan du Porro, devient partisan de l'intervention nouvelle, surtout parce qu'elle permet de sauver l'enfant, même lorsque l'utérus est préalablement infecté, et l'embryotomie surl'e nfant vivant perd ainsi son dernier refuge.

Accidents pseudorabiques chez le chien.

M. Mégnin attire l'attention sur le fait que chez le chien diverses affections délirantes peuvent aboutir à des accidents simulant la rage, et en particulier ces animaux mordent souvent plusieurs personnes. Avec les moyens souvent insuffisants dont on dispose pour faire les autopsies et démontrer réellement la rage, il y a là des faits qui, certainement, faussent les statistiques qui permettent d'étudier la rage.

M. Weber insiste sur ces faits et confirme leurs conséquences.

Névromes multiples de polyorchidie.

M. Péan présente un jeune homme de 25 ans atteint de névromes généralisés, ayant apparu à l'âge de 4 ans et depuis devenus peu à peu plus nombreux et plus volumineux. Quelques-unes de ces tumeurs, au bras gauche, étant devenues douloureuses, M. Péan se décida à les extirper en partie.

Dans une première séance, il réséqua le nerf médian au bras et les tumeurs correspondantes; dans une deuxième, le nerf cubital du même côté, au bras également. Enfin, il existait dans le scrotum à droite une tumeur douloureuse, que M. Péan se proposa d'enlever : or, il arriva dans une vaginale très spacieuse contenant deux testicules sains, réunis par un épididyme commun. Ce fait est important, car les cas de polyorchidie sont généralement considérés comme douteux.

M. Péan termine en faisant remarquer que la résection du nerf médian et cubital n'a causé aucun trouble moteur.

M. Périer fait un rapport sur une observation de M. Mouchet (de Sens) relative à un cas d'ovariotomie double, au 3e mois de la grossesse, heureuse à la fois pour la mère et pour l'enfant.

M. Chipault lit un travail sur les ligatures apophysaires qui sera publié dans notre prochain numéro.

Élection.

M. Delorme est élu membre dans la section de pathologie chirurgicale par 70 voix sur 75 votants : MM. Richelot, 2 voix ; Kirmisson, 2 voix ; bulletin blanc, 1.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 Janvier 1896.

Angine de Ludwig.

MM. Ombrédanne et **Keim** rapportent l'observation d'un malade qui entra à l'hôpital avec une angine de Ludwig et qui, malgré l'incision du phlegmon du cou, mourut au bout de huit jours, avec des phénomènes d'infection généralisée. L'examen du pus démontra la présence du streptocoque et du staphylocoque. Vers les derniers jours, il se produisit un phlegmon gazeux, sans que l'examen, les cultures et les inoculations aient réussi à déceler la présence du vibrion septique.

Hémorrhagie du lobe droit du cervelet.

MM. Martin et **Latteux** communiquent l'observation d'une femme de 64 ans ayant succombé à une vaste hémorrhagie du lobe cérébelleux droit et qui est entrée à l'hôpital avec des ecchymoses des régions palpébrale et sous-conjonctivale gauche, un état comateux complet avec parésie généralisée et légère contracture des membres. Il n'y avait pas de paralysie vraie, ni hémiplégie faciale; la sensibilité était très diminuée; incontinence des urines et albuminurie.

Phlegmatia alba dolens.

MM. Dubrisay et **Thoyer** communiquent l'observation d'une femme arrivée infectée à la Clinique, accouchée après basiotripsie, et qui, deux jours après, présenta une phlébite du côté gauche avec embolie pulmonaire, dont elle se remit facilement, présenta une phlébite du côté droit et mourut brusquement quelque temps après.

A l'autopsie on trouva l'utérus revenu sur lui-même et ne contenant aucun débris placentaire. Le cœur présenta quelques caillots adhérents dans la cavité droite. Les veines fémorale et iliaque du côté gauche contenaient un caillot adhérent. Du côté droit, ces mêmes veines étaient également oblitérées, mais les caillots étaient peu adhérents. Dans le poumon on a retrouvé des vestiges d'infarctus.

Anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale ouvert dans la plèvre gauche.

M. Georges Luys présente l'observation d'un homme de 66 ans, entré à l'hôpital se plaignant uniquement d'essoufflement et de dyspnée d'effort. L'examen clinique du malade fait porter le diagnostic de rétrécissement et d'insuffisance aortique. Huit jours après son entrée le malade meurt subitement après avoir accusé, deux heures auparavant, une légère douleur au niveau du flanc gauche.

A l'autopsie on trouva un énorme anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale ayant écarté les piliers du diaphragme et ouvert dans la plèvre gauche, qui contenait environ 2 à 3 litres de sang.

Péritonite généralisée par ulcère perforant du duodénum.

MM. Lardennois et **Levrey** présentent des pièces provenant de l'autopsie d'un homme de 26 ans mort d'une péritonite généralisée provoquée par un ulcère perforé du duodénum. L'ulcère, du diamètre d'un petit pois, taillé à l'emporte-pièce, siège à la partie antérieure de la portion initiale du duodénum tout contre le pylore.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Janvier 1896.

Fonctions thyroïdienne et parathyroïdienne.

M. Moussu a fait une série d'expériences sur les animaux (chien, chat, chèvre, cheval) qui lui ont montré, en confirmation de l'opinion qu'il a soutenue encore en 1892, que l'extirpation des glandes parathyroïdiennes seules amène presque régulièrement la mort tandis que l'extirpation des glandes thyroïdes seules laissent l'animal en vue.

Ces mêmes expériences semblent encore montrer que les fonctions des glandes parathyroïdiennes diffèrent de celles des glandes thyroïdes, l'extirpation des premières amenant des troubles aigus et celle des secondes des troubles chroniques.

Capsule surrénale accessoire.

M. Pilliet a trouvé à l'autopsie d'une femme ayant succombé à l'infection puerpérale, une capsule surrénale accessoire qui siégeait dans le ligament large, à côté de l'utérus, et mesurait près d'un centimètre de longueur. Cette capsule, reconnaissable à sa structure, présentant les lésions de dégénérescence qu'on trouve ordinairement dans les capsules surrénales à la suite des maladies infectieuses.

L'autopsie ayant été faite par une autre personne, M. Pilliet n'a pu savoir si les capsules surrénales normales se trouvaient à leur place habituelle.

Action de la pilocarpine sur le tonus des muscles bronchiques.

M. Doyon a constaté sur le chien que la pilocarpine provoque une augmentation du tonus des muscles bronchiques. Le nerf vague et le filet pulmonaire qui en émanent provoquent sur un animal normal la contraction du poumon, sur un chien pilocarpinisé l'excitation de ces nerfs provoque le relâchement des muscles de cet organe. La pilocarpine permet donc de mettre en évidence l'influence suspensive du vague sur les muscles de Reisseissen. Le phénomène peut se constater sur le vivant et sur des poumons isolés des coups.

La part de l'hyperhémie dans les éruptions.

M. Jacquet. — Pour étudier la part de l'hyperhémie dans les éruptions dans la pathogénie desquelles, comme je l'ai démontré, le traumatisme (grattage, contact) joue un rôle considérable, j'ai procédé de la façon suivante.

Un lapin dont les oreilles sont fixées dans un appareil plâtré, est fixé sur une planchette; puis on sectionne d'un côté le sympathique cervical. En enlevant au bout de quelque temps les appareils plâtrés, on constate qu'il n'existe presque aucune différence dans la vascularisation des deux oreilles, c'est-à-dire que dans les conditions qui viennent d'être indiquées la vasodilatation de l'oreille, du côté de la section fait défaut. Cette absence de vasodilatation a été constatée chez 7 sur 8 lapins opérés; mais il suffit de frictionner un peu les deux oreilles pour voir une dilatation intense se produire du côté de la section.

Ce fait montre donc que dans les hyperhémies cutanées le traumatisme joue un rôle plus grand que la vasodilatation.

M. Dastre attribue le phénomène signalé par M. Jacquet à ce que tous les vasoconstricteurs ne passent pas par le grand sympathique et que pour avoir un effet complet il faut encore sectionner le nerf auriculo-cervical. Il faut encore compter avec l'abaissement du tonus général de l'animal fixé sur la planchette.

M. Chauveau pense qu'il faut encore tenir compte de la compression mécanique exercée par l'appareil plâtré.

M. Bordas a trouvé dans l'intestin des huîtres de provenance diverse un bacille non pathogène qui par ses caractères, se rapproche du colibacille.

M. Bonnier rapporte un cas de mydriase réflexe d'origine labyrinthique chez une femme atteinte d'otite suraiguë.

M. Delezenne envoie une note sur la formation d'une substance anticoagulante par circulation artificielle de sérum d'anguille à travers le foie.

M. L. Robin indique un nouveau réactif colorié pour la culture du bacille typhique.

M. Sabrazès envoie une note sur une nouvelle méthode de coloration histologique des tissus par la thionine et l'acide picrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Janvier 1897.

Chirurgie du cancer du foie.

M. Routier rapporte l'observation d'une femme de 20 ans qui souffrait du foie depuis 1 an et chez laquelle on trouva une tumeur au niveau du bord antérieur du foie qu'on pouvait attribuer aussi bien au foie qu'à la vésicule. Une ponction ayant donné issue à du pus, on fit le diagnostic de kyste hydatique suppuré du foie et on mit un gros drain à la place de la grosse canule du trocart : il sortit des matières grisâtres, sales. Au bout de quelques jours, la fièvre s'établit. Croyant à une rétention du pus, M. Routier fit une laparotomie et tomba sur une poche flétrie contenant des détritus semblant être des débris d'hydatides. La malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'un cancer du foie.

M. Quénu a observé en 1893 une malade dans les conditions suivantes. Il s'agissait d'une femme âgée, cachectique, ayant de la fièvre et portant une tumeur volumineuse et douloureuse du foie. On diagnostiqua un abcès en faisant des réserves au sujet de la possibilité d'un cancer du foie.

La laparotomie latérale montra l'existence d'une masse néoplasique dont la ponction donna issue à du pus et à des matières ramollies. L'examen histologique de cette matière démontra qu'il s'agissait de cellules épithéliomateuses dégénérées typiques.

M. Ricard est intervenu dans un cas qui montre bien les difficultés que présente l'hémostase dans les opérations sur le foie.

Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans environ, qui, depuis quelques mois, était atteinte de troubles dyspeptiques avec douleurs épigastriques vagues. Elle fut soignée quelque temps pour une affection gastrique, lorsque une voussure apparut à l'épigastre.

M. Ricard fut appelé à ce moment. La voussure était manifeste, médiane et distendant le creux épigastrique; elle était du volume d'une tête fœtale, régulière, rénitente, presque fluctuante, mobile dans les mouvements respiratoires et absolument indolente. Son diagnostic fut : kyste hydatique du foie; et aujourd'hui, après l'erreur commise, il se demande encore quel autre diagnostic aurait pu être raisonnablement porté. Pour le confirmer, il fit une ponction avec la seringue de Pravaz. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide; mais le fait est si fréquent dans les hydatides à vésicules, l'aiguille dont il s'était servi était de dimension si petite que son diagnostic resta le même et que l'intervention fut résolue.

L'abdomen ouvert, la tumeur hépatique apparut de suite, telle que nous nous la représentions comme forme et comme dimension. Mais, au lieu de voir l'enveloppe plus ou moins translucide d'un kyste hydatique, c'était du tissu hépatique de coloration légèrement violacée. De plus, la grosseur, au lieu de dédoubler le bord tranchant du foie, le surplombait en le respectant, fait insolite dans le cas de distension du foie par une tumeur parasitaire.

Il pratiqua au point culminant de la tumeur une ponction à l'aide du petit trocart de l'appareil Potain. Un jet de sang noir en sortit comme si la pointe de l'instrument eût pénétré dans un énorme vaisseau veineux. Il releva la pointe de l'instrument de quelques centimètres et l'enfonça dans une autre direction. Le résultat fut le même : un véritable jet de sang sortit par ma canule. Il retira alors le trocart, décidé à ne point pousser plus loin son exploration; mais son orifice de ponction saigna d'une façon aussi inquiétante que prolongée. Il essaya de la fermer par des sutures de Lembert; mais les orifices créés par l'aiguille donnèrent lieu à la même hémorrhagie, et il ne put s'en rendre maître que par une cautérisation ignée, faite au rouge sombre, et une compression qui dut être maintenue pendant plus de 20 minutes, non sans une certaine inquiétude.

Il a pu enfin, l'hémorrhagie arrêtée, refermer l'abdomen. Les suites opératoires furent très simples, sauf quelques douleurs abdominales vives pendant les premières heures. Les fils furent retirés vers le 10e jour. La malade alla bien pendant 6 semaines, se croyant guérie. Malheureusement, les phénomènes ne tardèrent pas à s'aggraver; la tumeur augmenta de volume, doubla presque en quelques semaines; un épanchement hémorrhagique survint, nécessitant plusieurs ponctions. Les membres inférieurs devinrent œdémateux, la cachexie fit de rapides progrès et la malade s'éteignit 4 mois 1/2 après l'intervention.

Cette opération avait eu lieu sur une malade de la ville et l'autopsie ne put malheureusement pas être faite; mais l'évolution rapide du mal, son mode de terminaison ne laissent aucun doute sur la nature maligne de la tumeur hépatique et permettent de penser à un *sarcome vasculaire*.

M. Ricard a tenu à rapporter cette observation non pas pour s'inscrire contre l'extirpation des tumeurs hépatiques d'une façon générale, mais pour attirer l'attention sur ces tumeurs exceptionnelles, dont l'exérèse ne paraît pas pouvoir être tentée.

Tumeur du cerveau.

M. Broca fait un rapport sur une communication de **M. Barette** (Caen), relative à un homme de 27 ans entré à l'hôpital de Caen pour une tumeur volumineuse et très vasculaire de la région pariétale. Il y avait de plus des symptômes de tumeur cérébrale avec troubles oculaires. M. Barette pensa à une tumeur cérébrale dans la région du cuneus, ou à un fongus de la dure-mère ayant perforé l'os.

M. Barrette se décida à intervenir, mais, après la première incision, il se produisit une terrible hémorrhagie que l'on ne put arrêter que par le tamponnement, et on dut arrêter l'opération. Le malade mourut en 12 heures.

A l'autopsie, on trouva de volumineuses veines traversant le crâne par de nombreux orifices produits par la raréfaction de l'os. Il n'y avait pas de fongus de la dure-mère. Mais il existait une volumineuse tumeur de l'encéphale occupant la pointe du lobe occipital et le cuneus et comprimant le vermis. Elle avait envahi le sinus latéral, ce qui avait produit un arrêt de la circulation veineuse du crâne, d'où la production des veines volumineuses qu'on avait observées sous le péricrâne.

Tuberculose rénale.

M. Tuffier est intervenu 15 fois chez des individus atteints de tuberculose du rein et chez lesquels les indications de l'intervention ont été formées soit par l'hématurie, soit par les douleurs, soit par l'infection.

Pour la tuberculose rénale à forme hématurique, M. Tuffier est intervenu deux fois : dans un cas, par la néphrectomie pri-

mitive, nécessitée par la présence de nombreux abcès dans le rein, dans le 2e cas par la néphrectomie. Les deux malades ont guéri. La première radicalement, la seconde après avoir présenté 18 mois après l'intervention, une nouvelle poussée d'hématuries moins abondantes que les premières.

Dans la forme névralgique, à pseudo-coliques néphrétiques, progressivement croissantes, et subintrantes M. Tuffier est intervenu 4 fois; les malades ont guéri.

Pour des accidents d'infection ou d'intoxication, c'est-à-dire dans les pyélo-néphrites aiguës ou chroniques d'origine tuberculeuse, M. Tuffier est intervenu 9 fois : 5 fois par la néphrotomie, 2 fois par la néphrectomie secondaire, 2 fois par la néphrectomie primitive. Sur ce nombre il y a eu 3 morts dont 1 par extension de la tuberculose. D'une façon générale la néphrectomie primitive semble donner de meilleurs résultats dans le traitement de la tuberculose rénale, quand celle-ci est primitive et unilatérale.

Rétrécissement traumatique tardif de l'urèthre.

M. Bazy a été appelé auprès d'un homme âgé atteint de troubles urinaires qui, vu l'âge du malade, semblait être d'origine prostatique. Ce malade avait eu, 40 ans auparavant, une fracture double du bassin.

A l'examen, M. Bazy constata que l'obstacle à l'émission de l'urine siégeait au niveau de la portion membraneuse, et non dans la région prostatique. Il passa alors une bougie filiforme armée d'une sonde à bout coupé qui fut arrêtée. Il n'y avait donc pas de déviation du canal, mais bien un rétrécissement de l'urèthre. Ce rétrécissement fut incisé; et depuis ce moment l'état du malade resta parfait. Il résulte donc de tout ceci qu'il s'agissait là d'un cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre 7 ans après le traumatisme.

M. Routier a vu un malade ayant présenté des signes de rétrécissement traumatique de l'urèthre 7 ans après le traumatisme.

M. Bazy présente des lambeaux de tissu pulmonaire sphacélé extrait par la pneumotomie. Ces lambeaux pèsent 32 gr.

M. Michaux présente une mamelle extrêmement hypertrophiée, qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse de la malade à laquelle elle a été enlevée. Elle pesait 13 livres 1/2, et contenait beaucoup de liquide.

M. Picqué présente un malade atteint d'une vaste ulcération du bras prise pour un sarcome ulcéré. C'était une ulcération syphilitique qui guérit par trois injections de calomel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Janvier 1897.

Application des rayons de Röntgen dans un cas de phlegmasie du poumon.

MM. Rendu et **du Castel** rapportent l'observations d'un homme de 20 ans pris d'une affection pulmonaire aiguë qui paraissait être une pneumonie du lobe moyen du poumon droit. Au 11e jour le tableau clinique changea et, au lieu d'une pneumonie aiguë franche on assista à l'évolution d'une bronchopneumonie. Pendant 40 jours environ le malade eut tous les jours de la fièvre; l'état général devint tellement grave que l'issue fatale, à bref délai, paraissait certaine.

Au 57e jour de la maladie, quand tout espoir paraissait perdu, le père du malade insista pour qu'on fît, comme dernière ressource une application des rayons de Röntgen. Après la troisième séance de radiation la fièvre tomba, puis après plusieurs autres séances le malade entra franchement en convalescence. Actuellement le malade est complètement, guéri.

Pour le moment MM. Rendu et du Castel croient sage de réserver leurs conclusions, d'autant plus que la nature précise de la maladie est restée inconnue. Mais à ne regarder que le fait brut et les dates chronologique, la part des rayons de Röntgen dans la guérison du malade paraît avoir été prépondérante.

Il est possible, assurément, qu'il n'y ait eu là qu'une coïncidence. cela ne paraît cependant guère probable, parce que rien n'était changé dans le traitement ni dans les conditions du malade, sauf l'introduction du nouveau procédé thérapeutique.

Comment peut-on concevoir que la pénétration des rayons invisibles à travers le poumon malade soit susceptible de produire de pareils résultats ?

Il est loisible de supposer qu'à l'instar des champignons et des moisissures, qui meurent quand on les expose à une forte lumière, les microbes des fermentations pathologiques subissent un arrêt dans leur vitalité et un ralentissement dans leur pullulation, quand ils sont touchés par ces rayons lumineux que nous ne voyons pas mais dont l'action chimique est indubitable : il se passerait dans les profondeurs des tissus une atténuation de la virulence microbienne analogue à celle qu'exercent les rayons solaires sur le bacille de la diphthérie.

Il est également permis de croire que la très forte action de révulsion durable qui se produit sous l'influence des rayons Röntgen n'est pas sans jouer un rôle important dans la modification du milieu pathologique. Chez le malade, au bout de 10 séances, a commencé à se manifester un érythème qui, au lieu de disparaître en 48 heures comme les érythèmes ordinaires, est devenu une véritable brûlure accompagnée de phlyctènes et d'ulcérations dermiques, qui ont mis 3 semaines à guérir.

Si de pareils troubles trophiques atteignent les téguments, on doit penser que des modifications de même ordre, vraisemblablement aussi profondes, peuvent s'accomplir dans l'intimité des tissus, et que le parenchyme pulmonaire a dû être impressionné aussi activement que la peau.

L'intervention chirurgicale dans le goître exophthalmique.

M. Debove résume l'observation d'une jeune fille de 18 ans atteinte d'un goître exophthalmique avec tachycardie très marquée et qui voulait à toute force se faire opérer. Elle entra donc dans un service de chirurgie où on lui enleva le lobe droit du corps thyroïde. L'opération ne présenta rien d'anormal et il n'y eut pas d'hémorrhagie. Dans l'après-midi, la malade, qui paraissait aller très bien, fut prise tout à coup d'une soif inextinguible. Dans la soirée survint de l'agitation, puis du délire, puis du coma, finalement la mort.

L'autopsie n'expliqua nullement la terminaison funeste. On trouva un thymus volumineux.

M. Marie trouve que l'opération est moins souvent indiquée dans la maladie de Basedow que dans les goîtres qu'on pourrait désigner sous le nom de basédofiés, c'est-à-dire chez des malades qui, après avoir présenté pendant des années un goître qui ne les incommodait presque pas, voient tout à coup survenir des symptômes faisant partie du syndrome classique de Basedow. C'est dans ces cas que l'intervention chirurgicale est parfaitement légitime, et même souvent rendue nécessaire par cette dyspnée extraordinaire qui peut entraîner la mort. L'opération donne ordinairement de bons résultats.

Chauffage des sérums et accidents post-sérothérapiques.

MM. Béclère, Chambon et **Ménard**, en s'appuyant sur les recherches de M. Hayem qui semblent montrer que les substances nuisibles contenues dans un sérum étranger étaient profondément modifiées quand ce sérum avait été préalablement chauffé à la température de 56° à 57°, ont fait dans cette direction une série d'expériences avec le sérum du cheval. Ils ont constaté que ce sérum, chauffé à l'étuve pendant 1 h. 3/4 à 58° puis injecté à une génisse, ne provoquait pas les accidents cutanés qu'il entraîne souvent quand il n'a pas été chauffé.

Mais comme le sérum antidiphthérique perd ses propriétés préventives par le chauffage, à partir de 55° on ne peut compter sur le chauffage de ce sérum pour lui faire perdre tout inconvénient sans nuire à sa valeur thérapeutique.

La non-rétractilité du caillot dans le purpura.

M. Bensaude en s'appuyant sur les recherches de M. Hayem sur la non-contractilité du caillot dans les maladies

infectieuses, a cherché ce phénomène chez 172 malades; chez 152 atteints des affections les plus variées (maladies des organes internes et dermatoses) il n'a pu la trouver. Au contraire le non-rétractilité du caillot existait dans 2 cas de pneumonie, 2 cas de fièvre typhoïde, et d'une façon constante chez 16 malades atteints de diverses variétés de purpura hemorrhagica.

Ces 16 cas peuvent être ainsi classés : 2 cas de purpura hemorrhagica infectieux aigu, 10 cas de purpura hemorrhagica subaigu dont plusieurs correspondent au type maladie de Werlhof, 2 cas de purpura hemorrhagica chronique; 2 cas de purpura hemorrhagica secondaire survenus au cours d'une tuberculose pulmonaire.

Les recherches expérimentales encore incomplètes, ont permis à M. Bensaude de reproduire cette lésion hématique et des hémorrhagies chez un seul animal auquel il avait injecté, dans le péritoine, du sang d'un malade atteint de purpura hemorrhagica.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 Janvier 1897.

Traitement du lupus.

M. Nélaton présente un malade atteint d'un lupus de la face, et qui était dans son service; il présentait en outre une énorme masse épithéliomateuse. Il enleva la masse d'épithélioma, traita ensuite le lupus, et répara enfin la plaie faite à la lèvre par la méthode de Tagliacosi.

Chez un second malade le curettage et les cautérisations au thermocautère ont amené une guérison du lupus de la face en 6 semaines.

M. Brocq trouve que chez le second seulement les cicatrices ont un aspect bien chéloïdien.

Il y a quelque temps, M. Brocq a adressé à un chirurgien une femme atteinte d'un épouvantable lupus de la face qu'il était impossible de traiter par les procédés dits médicaux. Au bout de 4 semaines elle revint très modifiée : il semble donc que, dans les cas où les procédés médicaux sont insuffisants, il faut s'adresser aux procédés chirurgicaux.

M. du Castel présente une malade atteinte depuis 8 ans d'un lupus érythémateux de la face et chez laquelle, sous l'emplacement d'un érysipèle grave de la face, survenu il y a 3 ans, le milieu de la face s'est recouvert d'un masque constitué par des squames épaisses d'un millimètre environ, grasses, adhérentes au derme qui donnent au faciès un aspect tout particulier,

Le dos des mains est couvert de placards de lupus érythémateux des plus nets et de taches cicatricielles; ces lésions sont aussi très accusées sur la paume des mains.

Sur un cas de pseudo-pelade en bandes.

MM. Hallopeau et **G. Bureau**. — Cette bande de pseudo-pelade part du milieu de la partie postérieure du cuir chevelu et se dirige en haut et en avant vers le bord droit de la même région; elle mesure environ 8 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, la peau présente à son niveau une teinte blanchâtre et le derme y semble épaissi; il s'agit vraisemblablement d'une alopécie tropho-névrotique; les cheveux n'y présentent pas les caractères qui différencient ceux de la pelade vraie.

Mycosis avec masque spécial et prurigo.

MM. Hallopeau et **G. Bureau**. — Ce masque est constitué par de larges placards, laissant peu d'intervalles de peau saine, de couleur rouge pâle, surélevés, non squameux, à contours très irréguliers et nettement limités; la peau semble œdémateuse à leur niveau; l'aspect du visage est très insolite et rappelle ce que l'on observe dans certaines formes de lupus érythémateux aigu, le prurit intense donne lieu à de nombrenses lésions de prurigo, phénomène très exceptionnel dans le mycosis; il confirme l'axiome qu'il n'y a pas de règles sans exception : ce mycosis est encore remarquable par la conservation apparente d'un bon état de santé générale.

Trichophytie cutanée.

M. du Castel a montré un enfant de 20 mois atteint de trichophytie cutanée de l'épaule, et chez lequel les lésions ont débuté il y a 15 jours, par un petit point érythémateux qui s'est étendu progressivement de manière à former un placard large comme la paume de la main. Autour de ce placard se développent les placards plus jeunes et les vésico-pustules isolées. Ces placards sont formés de vésico-pustules plus volumineuses que celles de l'eczéma vulgaire et à contenu trouble. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un cas de trichophytie cutanée.

Une jeune fille de 20 ans a vu se développer depuis 3 mois une lésion de la paume des mains et des ongles consistant en plaques desquamatives de la paume des mains sans suintement, sans lésions vésiculaires, sans altérations inflammatoires nettes. Les ongles sont dissociés en lamelles par le processus pathologique. M. du Castel se demande s'il ne s'agit pas là aussi d'un cas de trichophytie. Une culture a été faite dont les résultats trancheront le diagnostic.

Tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

MM. Hallopeau et **G. Bureau**, — Ce fait se rapproche beaucoup de ceux qui ont été décrits sous le nom de folliclis et est rattaché par les auteurs et M. Darier à la tuberculose; le caractère essentiel des éléments éruptifs est la présence dans leur partie centrale d'uné pustulette, laquelle fait bientôt place à une dépression cratériforme : plus tard, il se produit une cicatrice à bords taillés à l'emporte-pièce; ces éléments sont disséminés sur toute la surface du tronc et des membres; le plus souvent isolés, parfois agminés ou même conglomérés en groupes simulant des placards de lupus verruqueux; ils en diffèrent en ce que l'on peut constamment les décomposer en leurs éléments initiaux reconnaissables, soit à leur pustulette soit à leur cicatrice centrale. Le sujet, comme il est de règle en pareil cas, est atteint de tuberculose ganglionnaire; ce fait diffère de ceux qui ont été étudiés sous le nom de folliclis par le siège plus superficiel des lésions initiales; les résultats des examens histologique et bactériologique seront étudiés ultérieurement.

M. Barthélemy trouve que cette éruption de pustules liée à la tuberculose diffère des folliclis qu'il a décrites et dont les lésions sont plus circonscrites et plus anciennes. Ces lésions ressembleraient plutôt à de l'acnitis.

M. Leredde fait observer que, chez ce malade, les lésions, à l'origine, étaient surtout rouges, de cette rougeur inflammatoire qui rappelle le furoncle, puis elles sont devenues violacées. Aux extrémités, en outre, on observait seulement une pointe violacée.

M. Brocq rapporte l'observation d'une jeune femme de 20 ans qui fut atteinte, il y a 6 mois, de lésions cutanées constituées par des pustulettes qui guérirent spontanément. Il y a 6 semaines, survint une nouvelle éruption de pustules à base rouge et au centre marqué par une petite collection purulente. Le pus se dessécha, forma une croûtelle au-dessous de laquelle on apercevait un puits très superficiel. Mais en même temps il se produisit un amaigrissement rapide, de l'asphyxie locale aux extrémités, aux oreilles, aux joues, aux pieds, des angiokératoses. Il y avait en même temps une adénopathie cervicale très marquée. Ces lésions formaient des bandes qui présentaient l'aspect du lupus érythémateux. En certaines régions, comme aux coudes, aux mains, aux jambes, les premières lésions étaient analogues aux lésions de folliclis. Sous l'influence du traitement par la quinine et la digitale, il se produisit une transformation radicale, telle qu'il n'y avait plus du tout de pustulettes.

Malgré l'aspect de lupus érythémateux, la coïncidence d'adénopathies cervicales et l'angiokératome, il semble difficile de rattacher une lésion à la tuberculose et de prononcer le mot de *tuberculide*, si grave pour le malade.

M. G. Thibierge présente un malade atteint de l'affection désignée sous les noms de folliclis, de folliculite disséminée, et que M. Darier, frappé de son développement chez des sujets

tuberculeux, a proposé récemment d'appeler tuberculide; dans le cas actuel les lésions sont caractérisées par de petits nodules enchâssés dans la peau, centrés par une pustulette et donnant lieu à une cicatrice; elles sont localisées aux mains, aux coudes et aux oreilles; en ce dernier siège, elles remontent peut-être à plusieurs années, mais leur apparition sur les mains ne date que de quelques mois et est postérieure au développement d'adénopathies tuberculeuses à forme pseudo-lymphadénique dans l'aisselle et au cou. A ce dernier titre, le malade que je présente rentre donc dans la règle, de même que par l'existence de l'asphyxie des extrémités. Je ferai remarquer cependant — et cette remarque tire un certain intérêt du peu de certitude des notions pathogéniques que nous possédons sur cette affection — que le malade est un ancien syphilitique, traité à nombreuses reprises par les préparations iodurées.

Cicatrice chéloïdienne consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode.

M. G. Thibierge montre une jeune fille de 15 ans, présentant à la région thoracique antérieure une cicatrice chéloïdienne remontant à 7 mois et survenue à la suite d'une application de teinture d'iode faite au cours d'une bronchite de la façon suivante : une certaine quantité (environ 10 grammes) de teinture d'iode fut versée sur un morceau d'ouate, lequel fut laissé en place pendant toute la nuit; le lendemain, il s'était formé une croûte noirâtre, dont la chute, amenée par l'application d'un cataplasme, laissa une ulcération de forme es d'étendue correspondant à celle de la chéloïde actuelle. La manière anormale dont la teinture d'iode a été appliquée et l'intensité avec laquelle elle a agi dans ce cas expliquent comment a pu se développer une séquelle tout à fait exceptionnelle.

De la scrofule oculaire et de ses relations avec la syphilis héréditaire.

M. Galezowski conclut : 1° que *la scrofule oculaire* est une manifestation héréditaire soit de la syphilis, soit de la tuberculose; 2° que généralement ces deux causes se trouvent réunies chez les enfants atteints des ophthalmies dites scrofuleuses; 3° que dans la plus grande majorité des cas la syphilis héréditaire domine la tuberculose; 4° que le traitement antisyphilitique dans toutes les affections scrofuleuses de l'œil et plus particulièrement les frictions mercurielles appliquées méthodiquement amènent l'amélioration et la guérison; 5° que les kératite ou conjonctivite phlycténulaire ne sont qu'une simple affection herpétique.

Cas de télangiectasies en plaques multiples.

M. Brocq présente une malade de 50 ans qui a eu la syphilis à 21 ans; à 50 ans, elle a vu survenir, quelques mois après la ménopause, d'abord sur la jambe, puis sur la cuisse gauche quelques taches d'un rouge vif. Elles n'augmentèrent d'abord qu'avec une extrême lenteur, puis, à l'âge de 54 ans, à l'occasion d'une grippe grave compliquée d'accidents pleuro-pulmonaires, elles se développèrent en grand nombre. Actuellement la malade présente sur toute l'étendue des deux membres inférieurs, disposées d'une manière assez symétrique, une quantité considérable de taches rouges dont la teinte varie du rouge vineux au rouge vif. La plupart d'entre elles s'effacent complètement par la pression et surtout par la distension des téguments : cependant un certain nombre conservent une légère teinte jaunâtre. Elles sont constituées par de très fines télangiectasies. Elles ne font aucune saillie à la surface des téguments, qui ne présentent pas non plus de dépression à leur niveau.

Leur forme générale est ovalaire; quelques-unes, surtout les plus petites, sont arrondies; leurs limites sont assez nettement arrêtées.

Leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes et plus. Elles sont surtout nombreuses vers la face interne et moyenne des cuisses, et à droite; mais en somme elles criblent, au nombre de plus de 400, les deux membres inférieurs.

Certaines d'entre elles présentent sur un ou plusieurs points de leur surface des taches blanchâtres de forme générale arrondie, de la dimension d'une forte tête d'épingle, d'aspect cicatriciel, mais au niveau desquelles le derme est parfaitement souple et de consistance normale comme d'ailleurs au niveau de toutes ces plaques. En outre à leur surface existe une desquamation, furfuracée au niveau des cuisses, mais qui, sur les jambes, arrive à constituer des sortes de lamelles nacrées, transparentes, posées sur les plaques malades comme des pains à cacheter. Vers la partie moyenne de la face interne du tibia droit, qui est bosselée dans son ensemble, se voit une tumeur un peu rosée, allongée dans le sens vertical et qui donne l'impression d'une lésion syphilitique; en arrière, vers le mollet, on en trouve deux autres plus petites.

La malade est extrêmement impressionnable et a été déjà soignée pour des troubles divers du système nerveux. J'ai pu relever dans la littérature médicale 7 autres cas de télangiectasies généralisées. Ce qui fait l'intérêt de la malade actuelle, c'est d'abord les antécédents de syphilis qui ont été notés dans deux autres cas, mais surtout l'existence de taches blanches pseudo-cicatricielles sur certaines plaques, et d'un léger degré de desquamation de l'épiderme à leur niveau, ce qui semblerait indiquer qu'il existe un certain processus inflammatoire et pas seulement de simples troubles nervo-vasculaires.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 Janvier 1897.

Traitement de diverses formes cliniques de l'hyperchlorhydrie.

M. Mathieu établit un principe que le traitement doit varier avec les formes cliniques de l'hyperchlorhydrie.

Dans les *crises gastriques d'origine névropathique, avec hyperchlorhydrie*, qu'on observe chez les tabétiques et les névropathes il n'y a qu'un remède qui les soulage réellement, ce sont les injections hypodermiques de morphine. Pour des crises névropathiques moins intenses, il peut suffire du repos avec une alimentation peu irritante, traitement qui réussit également dans l'*hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes douloureux éloignés*.

Dans l'*hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes quotidiens*, il convient d'éliminer de l'alimentation tous les éléments d'irritation physique ou chimique, ce qui suffit, dans bien des cas, pour faire disparaître les paroxysmes douloureux, mais cela ne suffit pas toujours. Il est nécessaire alors de donner des alcalins à dose suffisante pour calmer la douleur, il est inutile de dépasser cette mesure.

Parfois, chez certains névropathes, cela ne suffit pas ei il faut avoir recours aux calmants directs de la douleur : opium, mordhine, cocaïne, cannabis indica, etc. Autant que possible, on se contentera de moyens tout à fait inoffensifs, tel que les applications chaudes, les bains chauds, les douches chaudes. C'est le traitement qui réussira encore le mieux dans l'*hypersécrétion avec stase* (maladie de Reichman).

Dans l'*hyperchlorhydrie avec rétrécissement mécanique du pylore*, dû, le plus souvent, à un ulcère non encore cicatrisé ou à la cicatrice d'un ancien ulcère, il ne suffit plus de réduire l'excitation alimentaire au minimum et de saturer l'excès d'acide par les alcalins, il faut surtout, et avant tout, évacuer chaque jour par la sonde le liquide stagnant. Mais la véritable médication, c'est de rétablir la communication entre l'estomac et l'intestin : c'est ce que réalise la gastro-entérostomie.

Dans l'*hypersécrétion compliquée d'ulcère rond*, le sous-nitrate de bismuth réussit très bien. Dans certains cas, l'existence d'un ulcère chronique peut être une indication de pratiquer la gastro-entérostomie en l'absence de la stase permanente qui en est l'indication fondamentale : c'est, en particulier, le cas lorsque les douleurs sont intolérables.

Dans tous ces cas le lait et les alcalins rendent de grands services, à la condition d'être administrés d'une façon convenable.

Les alcalins doivent être donnés dès que la douleur s'annonce, à dose suffisante pour l'empêcher de se produire. La nature des alcalins employés importe peu.

La magnésie a l'avantage d'être purgative, et, à poids égal, de saturer deux fois plus d'acide que le bicarbonate de soude; elle est indiquée surtout lorsqu'il y a constipation. La craie préparée ne se dissout qu'au fur et à mesure de la production des acides, et neutralise le suc gastrique sans l'alcaliniser. On peut combiner la craie et la magnésie, les substituer l'une à l'autre, suivant qu'il y a diarrhée ou constipation.

Le bicarbonate de soude rend journellement d'excellents résultats. Toutefois, ceux qui ne l'aiment pas peuvent le remplacer par le sous-nitrate de bismuth, la craie et la magnésie. On peut encore avoir recours aux sels de soude, aux acides organiques : le citrate, le benzoate, le borate, le tartrate. Le salicylate de soude serait, d'après des recherches récentes, le meilleur agent susceptible de restreindre les fermentations gazeuses chez les hyperchlorhydriques.

L'eau et le sel de Carlsbad donnent de bons résultats lorsque les paroxysmes aigus étaient calmés et qu'il n'y avait pas de stase permanente accentués.

M. Le Gendre médicamente le moins souvent possible les malades atteints de troubles gastriques relevant de l'hyperchlorhydrie, et préfère s'adresser au système nerveux qu'il convient de soigner, car ces malades sont des névropathes auquel convient surtout le repos absolu, tant physique que moral; il y a parfois avantage à s'associer l'hydrothérapie tiède, bains de siège, douches tièdes prolongées, etc., etc.

M. Bovet recommande les applications de compresses froides sur la région épigastrique; il a eu maintes fois recours à ce moyen, et il lui doit de nombreux succès.

M. Le Gendre pense que les applications chaudes peuvent amener le même résultat; cela dépend absolument des malades.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Décembre 1896.

Kyste de l'ovaire contenant un liquide noir chez une jeune fille de 15 ans 1/2.

M. Villar. — Il y a six mois la malade dont je vous présente les pièces commença à souffrir et son ventre augmenta très rapidement de volume. Une ponction donna issue à six litres d'un liquide noir qui se reproduisit rapidement.

La laparotomie permit de constater qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire droit à pédicule très large. Une partie de la poche fut réséquée, le reste fut marsupialisé. La malade guérit.

L'intérêt de la pièce réside dans la rareté de cette affection chez une enfant aussi jeune (15 ans 1/2) et dans la coloration anormale du liquide kystique.

Kyste sébacé des petites lèvres.

M. Binaud. — Il n'est fait dans les traités classiques aucune mention des kystes sébacés des petites lèvres malgré le grand nombre des glandes sébacés existant à la surface de ces organes.

La malade que je vous présente présentait sur la petite lèvre droite une petite tumeur de la grosseur d'une noix qui fut facilement reconnue pour un kyste sébacé et aisément énucléée.

M. Coyne. — La rareté des kystes sébacés des petites lèvres provient de ce que les glandes sébacées sont plus nombreuses sur la face externe; qu'elles sont courtes, droites et s'obturent difficilement, toutes conditions qui facilitent leur excrétion.

Annexites et curettage.

M. Audebert. — L'existence de lésions annexielles, anciennes ou récentes, aiguës ou chroniques constituent-elles une contre-indication du curettage dans les rétentions placentaires? Souvent, en effet, on voit, à la suite d'un avortement ou d'un accouchement incomplet se produire des accidents infectieux qui paraissent justiciables du curettage. Mais si ces accidents infectieux se compliquent de salpingite, de paramétrite ou de pelvipéritonite, lésions que nous englobons sous le terme général d'*annexite*, doit-on quand même opérer le curettage, et ne risque-t-on pas, ce faisant, d'occasionner des désordres graves du côté des organes pelviens malades? On conseille d'ordinaire, pour faciliter l'évacuation complète de la cavité utérine infectée, de saisir le col avec une ou deux pinces tire-balles, et de l'amener par des tractions douces jusqu'à la vulve. Les collections purulentes péri-utérines, les adhérences qui unissent les exsudats inflammatoires aux organes voisins, ne sont-ils pas exposés, dans les cas de pyosalpinx principalement, à se rupturer pendant ces manœuvres d'abaissement et de traction? La conséquence de cette rupture ne sera-t-elle pas l'irruption dans le péritoine de liquides éminemment septiques, irruption bientôt suivie par l'apparition des phénomènes de péritonite suraiguë?

Les exemples, sans être nombreux, en sont assez connus pour que je me borne à signaler ici les cas de Duchamp (de Saint-Étienne), cités par Doléris, et celui de Pichevin (*Soc. obstétr. de Paris*), tous terminés par la mort.

Voici un fait qui, à l'encontre des précédents, montre l'innocuité du curettage exécuté dans des conditions semblables.

X..., primipare, âgée de 18 ans, fille soumise, entre à la clinique le 27 octobre dernier.

Les dernières règles datent du 16 août. Dès le début de sa grossesse apparaissent de vives douleurs bilatérales dans le bas-ventre qui augmentent progressivement, ce qui s'explique par les fatigues professionnelles de la malade.

Le 26 octobre (la grossesse est alors d'un peu plus de deux mois), les douleurs deviennent encore plus intenses et se compliquent de coliques utérines. Le soir, une hémorrhagie violente se déclare, et une grande quantité de sang liquide s'échappe, mélangé à des caillots et à des débris divers.

A son arrivée à la clinique, je constate ce qui suit : frissons, T. 38°. Les culs-de-sac du vagin sont fortement empâtés, et en particulier, on trouve dans le cul-de-sac latéral droit une tuméfaction du volume d'une mandarine, non fluctuante; le doigt, introduit dans le col, rencontre le placenta encore adhérent, mais ne peut arriver jusqu'à son insertion qni est située très haut.

Le curettage est pratiqué le jour même (27 octobre). Le col, saisi avec une pince de Duplay, est maintenu en place, *sans aucune tentative d'abaissement*; j'extrais ainsi, sans abaissement et sans traction, un fragment placentaire assez volumineux et déjà fétide.

Drainage de la cavité; tamponnement vaginal léger à la gaze iodoformée. Glace sur le ventre.

Dès le lendemain 28, la température devient normale; les douleurs abdomino-pelviennes sont un peu moins vives.

Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37°4, et les douleurs s'atténuent de plus en plus; la glace est supprimée le 2 novembre.

Le même jour, par le palper et le toucher, je m'assure que l'empâtement péri-utérin a très sensiblement diminué, et que la tumeur du cul-de-sac droit s'est résorbée en grande partie.

Dès ce moment, la malade, qui ne souffre plus, devient très indocile et demande à cor et à cris son exeat; on la retient pour ainsi dire de force; cependant, aucun accident ne survient jusqu'au 7 novembre.

Mais ce jour-là, le onzième après l'opération, après avoir réclamé avec instance la permission de sortir, elle se lève à plusieurs reprises et se promène dans la salle; le soir même, les douleurs reparaissent avec une nouvelle intensité. T. 38°8. Une vessie de glace est remise sur le ventre; et comprenant la nécessité du repos, la malade se décide à garder le lit. Aussi les phénomènes pelvipéritoniques s'amendent rapidement.

Le 10 novembre, nouvelle imprudence, nouvelle rechute. Enfin, après quelques alternatives, elle quitte l'hôpital, en bon état, le 28 novembre.

Malgré l'insuccès *apparent* du curettage dans ce cas, il est bon de noter que l'opération permit d'abord d'extraire de volumineux débris placentaires en voie de putréfaction, et de mettre ainsi un terme à l'infection utérine au début (premier résultat important), qui ne fut suivie d'aucun accident immédiat. Au contraire, dès le lendemain, le thermomètre accusa une défervescence marquée et les douleurs diminuèrent; cette amélioration persista jusqu'au onzième jour. Il n'est guère possible d'admettre que les complications survenues ce jour-là aient été la

conséquence de l'intervention; ce seraient là des complications à bien longue échéance! N'est-il pas plus simple et surtout plus vrai de voir dans cette nouvelle poussée inflammatoire la suite forcée des imprudences de la malade? On en trouve d'ailleurs une nouvelle preuve en continuant la lecture de l'observation : La malade se résigne à garder le repos pendant trois jours, tout rentre dans l'ordre.

C'est là un fait à ajouter à celui de Wisard (*in* thèse, Paris, 1889), à celui de Basset (*in* thèse, Paris, 1894), et aux observations rapportées dans un mémoire récent écrit en collaboration avec le Dr Chaleix, qui prouvent surabondamment que les lésions annexielles, loin de constituer une contre-indication au curettage, sont souvent modifiées très favorablement par l'évacuation totale, à l'aide de la curette, des éléments septiques retenus dans l'utérus, c'est-à-dire par la suppression d'une source continuelle et voisine d'infection.

Mais ces effets favorables ne seront obtenus, les complications de rupture, dont j'ai parlé, ne seront évitées que si l'on renonce systématiquement à *abaisser* l'utérus pendant le curettage; quand, au cours de l'examen qui doit précéder toute opération de ce genre, le toucher révèle l'existence d'une lésion péri-utérine quelconque, il faudra se contenter de maintenir le col, sans l'abaisser et sans lui imprimer de mouvements, et bien se garder d'exercer la moindre traction sur la pince fixatrice. Est-il besoin de dire que, à ces précautions indispensables et d'une importance capitale, devront se joindre une douceur et une prudence très grandes pendant les manœuvres intra-utérines (lavage, curettage proprement dit, pansement, post-opératoire), surtout si le col n'est pas largement béant.

M. Chaleix. — On ne saurait trop, en effet, insister sur la nécessité qu'il y a de faire le curettage en fixant l'utérus sans l'abaisser, tout au moins dans tous les cas où on soupçonne une lésion quelconque des annexes. Ce point de technique est négligé dans presque tous les traités. Lorsqu'on pratique le curettage chez une femme dont les annexes sont atteintes (nous comprenons ici l'annexite sous son sens le plus large, inflammation des trompes, des ovaires, du paramétrium et du péritoine pelvien), il peut se produire trois choses : ou bien une amélioration immédiate générale et locale succède à l'intervention; ou bien, sans aggravation de l'état général ou local, les accidents inflammatoires continuent leur évolution, et après un temps plus ou moins long arrivent à la chronicité; ou bien enfin, c'est là le fait le plus rare, le curettage semble donner aux accidents préexistants un coup de fouet formidable imprimant une allure particulièrement aiguë à l'affection. Dans tous les cas, terminés d'ailleurs par la guérison, où nous avons pu observer cette dernière marche, il s'agissait de femmes atteintes d'endométrite blennorrhagique, chez lesquelles le curettage s'était imposé pour des rétentions placentaires postabortives accompagnées d'hémorrhagie. De même qu'en gynécologie, il ne faut pas oublier ici combien la présence du gonocoque doit rendre discrète toute intervention intra-utérine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN
Séance du 4 Janvier 1897.

Cancer de l'estomac.

M. Boas a présenté un homme de 50 ans qui est entré à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques légers, mais avait depuis 6 mois maigri de 20 livres sans présenter toutefois un aspect cachectique. A la palpation de l'abdomen, on ne trouva pas de tumeur, mais l'examen du contenu stomacal montra qu'il existait un certain degré d'insuffisance motrice; que le contenu stomacal renfermait des bacilles filiformes et que son acidité était due à la présence d'une grande quantité d'acide lactique.

Le malade était tombé 2 ans auparavant de 2 mètres de hauteur sur le sacrum, sans que cette chute eût des conséquences particulières.

En s'appuyant sur l'ensemble de symptômes, M. Boas diagnostiqua un cancer de l'estomac et proposa une opération qui fut acceptée. L'opération faite par M. Hahn montra la présence d'un cancer du pylore qui fut enlevé en totalité. La guérison se fit sans incident; le malade a engraissé de 30 livres et a repris son travail.

La tumeur était un adéno-cancer, ayant le volume d'une petite pomme. D'après M. Boas, même en l'absence d'une tumeur appréciable à la palpation, il peut y avoir indication d'opérer si la marche de la maladie, les résultats de l'examen du suc gastrique et les antécédents font penser à un cancer, quand même les troubles dyspeptiques paraissent légers et qu'il n'existe pas encore de cachexie.

Pneumocoques dans le sang.

M. A. Fränkel a montré les cultures de pneumocoques obtenues par l'ensemencement du sang d'un pneumonique au 4e jour de la pneumonie et 2 jours avant la mort. Ces pneumocoques étaient moins virulents que ceux qui existaient dans les crachats.

Il semble donc que le sang exerce une action bactéricide sur les microbes qui l'envahissent.

D'après M. Fränkel, la pénétration des pneumocoques dans le sang, sans pouvoir être envisagée comme la cause de la mort, doit faire porter un pronostic grave.

La pérityphlite chez les enfants.

M. Karewski a tout d'abord montré qu'il était très difficile de se faire une idée sur la fréquence de la pérityphlite chez les enfants d'après les statistiques qui ont été publiées.

Ainsi Matterstock, sur 1 030 pérityphlites, ne l'a rencontrée que chez 70 enfants; Sonnenburg sur 130 cas opérés n'a compté que 38 enfants; Sotter 6 sur 69; M. Karewski lui-même, 14 enfants sur 41 cas. Si l'on prend les statistiques des maladies de l'enfance, on est frappé du petit nombre de pérityphlites : sur 3 486 enfants Henoch n'a observé que 2 fois la pérityphlite; à l'hôpital Frédéric il n'y a eu que 13 cas sur 7 313 malades; Soltmann à Leipzig n'a constaté que 19 cas sur 4 912 malades et Basch 4 cas sur 1 313 enfants malades. D'un autre côté les statistiques montrent encore que la pérityphlite est plus fréquente dans les hôpitaux où l'on opère que dans ceux où l'on n'opère pas.

La même incertitude règne au sujet de la mortalité chez les enfants opérés. Baginsky note une mortalité de 33 p. 100 sans compter les cas de mort dus à la péritonite secondaire; Rotter accuse une mortalité de 66 p. 100, Israël une de 55 p. 100, M. Karewski évalue sa mortalité à 47 p. 100, Broca à 32 p. 100; seul, M. Sonnenburg a eu une mortalité de 8 p. 100. La mortalité paraît donc plus élevée chez les enfants que chez les adultes, et très variable selon les opérateurs, ce qui tient peut-être moins au nombre qu'à la nature des cas opérés.

D'un autre côté, si l'on envisage séparément la forme diffuse et lar fome circonscrite on trouve que la première donne une mortalité de 69 p. 100, la deuxième une mortalité de 2,5 p. 100, ce qui explique que Sonnenburg n'ait pas eu un seul cas de mort sur 31 cas de pérityphlite circonscrite et une mortalité de 43 p. 100 sur 7 cas de pérityphlite diffuse.

Le début de la pérityphlite est souvent méconnu et pris pour un catarrhe gastrique avec constipation, traité à tort par des purgatifs qui aggravent la situation. D'après M. Karewski beaucoup d'enfants ont pendant des mois ou même des années des dyspepsies prémonitoires dont on ne comprend pas la valeur clinique.

Dans d'autres cas la pérityphlite est confondue avec l'ileus, et l'on donne des irrigations qui ont une influence funeste. D'autres cas sont envisagés avec trop d'optimisme à cause du peu de gravité des symptômes subjectifs, et cependant il existe déjà une péritonite diffuse non diagnostiquée. Inversement on renonce à une opération considérée comme inutile, et quand un autre chirurgien la fait, on voit l'enfant guérir.

En général, dans les cas circonscrits on ne doit pas opérer,

mais se tenir prêt à opérer si cela devenait nécessaire. On ne doit pas trop compter sur une ouverture dans la vessie ou le rectum, car les fèces peuvent pénétrer dans l'abcès et déterminer une péritonite septique.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 14 Décembre 1896.

Etranglement interne.

M. Benda présente les pièces provenant de deux malades opérés par le prof. Körte.

Le premier cas se rapporte à un individu déjà âgé entré à l'hôpital dans un état général très grave et présentant une hernie scrotale double extrêmement volumineuse nullement étranglée. Il existait en même temps les signes d'une péritonite généralisée dont l'origine n'a pu être déterminée. Comme l'état général était extrêmement grave, on s'abstint de toute intervention. Le malade succomba dans la journée, et à l'autopsie on trouva une poche formée par des adhérences entre le côlon ascendant et le cæcum, et dans laquelle est venu s'engager le cæcum après avoir subi une torsion sur son axe. Cette torsion avait amené une gangrène suivie de péritonite généralisée.

Le second malade avait été amené moribond à l'hôpital et succomba quelques heures après son entrée. A l'autopsie on trouva, après l'ouverture de l'abdomen, que l'intestin grêle présentait une infiltration hémorrhagique, que la séreuse était sèche, tuméfiée, offrant les signes d'une nécrose au début. L'iléon paraissait occuper sa place normale, siéger peut-être un peu profondément, mais le cæcum et le côlon ascendant se trouvaient dans la moitié gauche de l'abdomen; le paquet intestinal, qui normalement se trouve circonscrit par le gros intestin dans le fer-à-cheval que forme ce dernier, était vide et se présentait comme un entonnoir avec l'extrémité effilée dirigée en bas où se trouvait également l'insertion du mésentère. Le paquet intestinal avait passé entre les feuillets du mésentre et était revenu dans la cavité péritonéale en repassant par le diverticule rétrocæcal. Il s'agissait probablement là d'une malformation congénitale du méso-côlon.

Depuis le mois d'avril 1896, M. Körte a opéré quatre hernies rétro-péritonéales étranglées. Tous les opérés ont guéri. Dans aucun cas le diagnostic exact n'a été fait, et chez tous les quatre malades l'intervention a été faite pour parer aux phénomènes d'étranglement interne.

Cystostomie sus-pubienne et castration chez un prostatique.

M. Rose a eu l'occasion d'intervenir récemment chez un prostatique atteint d'un rétrécissement uréthral et qui ne pouvait plus vider sa vessie. Une uréthrotomie externe n'ayant amené aucun résultat, M. Rose pratiqua la cystostomie sus-pubienne et constata que la prostate formait une tumeur du volume d'une noix qui faisait saillie dans la vessie. Bien que la cystite ait rapidement disparu, la fistule ne se fermait pas; M. Rose fit alors la castration : le malade guérit dans d'excellentes conditions. Deux ans après l'opération la prostate a diminué tellement de volume qu'on ne la sentait plus au toucher rectal.

D'après M. Rose la cystite n'est nullement une contre-indication de la castration. Il pense encore que si on accuse la castration de ne pas amener toujours une atrophie de la prostate cela tient à ce que les malades ne sont pas restés un temps suffisamment long en observation.

Aiguille dans la dixième vertèbre dorsale.

M. Rose rapporte l'observation d'un enfant apporté à l'hôpital dans un état comateux et présentant une tuméfaction de l'abdomen, de la diarrhée, de l'opisthotonos, mais sans raideur de la nuque, et une fièvre élevée. La mère, qui ne parlait pas l'allemand, n'a pu fournir aucun renseignement. D'après l'ensemble de symptômes présentés par le petit malade, on diagnostiqua une fièvre typhoïde.

L'enfant ayant succombé quelques jours après son entrée, on ne trouva pas trace de fièvre typhoïde. En revanche, le cervelet était recouvert d'une mince couche de pus qui, en grande quantité se trouvait, dans le canal médullaire et dans la dixième vertèbre dorsale se trouvait enclavée une aiguille à coudre.

On n'a pu élucider la provenance de cette aiguille; d'après M. Rose elle devait se trouver dans le linge de l'enfant et aurait pénétré sous la peau sans que les parents s'en aperçussent.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 8 Janvier 1897.

Tachycardie paroxystique chez l'enfant.

M. W. Herringham a rapporté l'observation d'un enfant de 11 ans sujet depuis 5 ans à des accès typiques de tachycardie paroxystique. L'accès débutait bruquement, en pleine santé, sans cause connue, et se terminait ordinairement pendant le sommeil; l'attaque durait de 36 heures à 13 jours. Pendant l'accès le pouls était petit, dépressible, incomptable; le cœur, ordinairement dilaté, se contractait violemment et présentait 200 a 240 battements par minute; il n'existait pas de douleur proprement dite, mais au début de l'accès l'enfant accusait de l'angoisse précordiale. La respiration était accélérée, par moment il y avait de la cyanose, mais sans œdème pulmonaire. L'urine était diminuée de quantité, probablement en rapport avec l'abaissement de la pression sanguine. Pendant le sommeil, qui était agité, l'état du cœur ne se modifiait pas. Comme l'attaque se terminait toujours dans la nuit, pendant le sommeil de l'enfant, on n'a jamais pu établir si la terminaison de l'attaque ou de l'accès se faisait brusquement, ou progressivement dans l'espace de quelques heures. L'attaque une fois terminée, l'enfant se réveillait avec un pouls de 90° et une sensation de bien-être général.

L'enfant ne présentait aucune lésion cardiaque, et dans les antécédents on ne trouvait ni rhumatisme, ni syphilis. Toutefois, dans l'intervalle des accès le cœur reste dilaté, si bien qu'on peut se demander s'il n'existe pas chez ce malade des adhérences péricardiques ou si le cœur même n'est pas touché.

D'une façon générale, en s'appuyant sur son cas personnel et les cas publiés dans la littérature, M. Herringham ne pense pas que dans la tachycardie paroxystique le cœur soit sain. Il estime plutôt qu'il existe des lésions qui peuvent être de trois ordres. Dans un certain nombre de cas il existe probablement une myocardite aiguë comme on en observe chez les rhumatisants; dans d'autres cas la myocardite est d'origine syphilitique comme cela a été noté dans 2 cas, ou d'origine fibreuse; enfin dans un troisième groupe la lésion relèverait d'une névrite comme on en observe après les maladies infectieuses.

Les traitements les plus variés, la digitale, le nitrite d'amyle, l'atropine à dose élevée, la compression du pneumogastrique, la médication stomacale ou intestinale, n'ont jamais donné des résultats bien précis : ils ont réussi dans certains cas et échoué dans d'autres.

Le traitement de Schott (bains et exercices) n'a rien donné.

M. Abraham se demande si la tachycardie paroxystique n'est pas due à un mauvais état de nutrition du centre cardiaque du bulbe, agissant comme excitant.

M. S. West a observé un policeman qui, sans cause connue, présentait un pouls extrêmement rapide avec dilatation du cœur et souffle qu'on entendait à une distance de 12 à 15 pouces. Tous ces symptômes ont disparu au bout de 2 ans, et le malade a depuis 6 ans repris du service actif. Le pronostic n'est pourtant pas aussi bon dans tous les cas.

M. Seymour Taylor n'a jamais observé de tachycardie paroxystique chez l'enfant. Chez les 4 ou 5 adultes chez lesquels il a vu cette affection, il n'existe aucune lésion du cœur. Tous ces malades, à l'exception d'un seul, ont succombé 4 ou 5 ans après le début de l'affection, et chez tous on trouve un déplacement d'un viscère abdominal (rein, utérus) ou de l'entéroptose.

Fracture de l'axis.

M. Cuthbert S. Wallace. — Il s'agit d'un homme qui a fait une chute d'une hauteur de 9 pieds et a été apporté sans connaissance. Le lendemain le malade se plaignit d'avoir le cou raide. A l'examen on trouva la tête projetée en avant, le menton touchant presque le sternum. Dans le pharynx, la colonne cervicale faisait une saillie très appréciable mais nullement douloureuse au toucher.

Le malade fut placé dans un lit, la tête fixée sur un coussin de sable, et au bout de 8 jours, la raideur de la nuque ayant disparu, il a pu faire quelques mouvements avec la tête. Mais le lendemain de cet essai il a été pris brusquement de dyspnée et succomba en quelques minutes.

A l'autopsie on trouva une fracture de l'axis, ayant séparé la partie supérieure de la vertèbre et l'apophyse odontoïde, de la partie inférieure. La moelle cervicale ne présentait pas de lésions.

NOTTINGHAM AND MIDLAND COUNTIES BRANCH OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Séance du 27 Novembre 1896.

Thyrotomie pour cancer du larynx.

M. Barling a rapporté l'observation d'un malade auquel, en juillet 1892, il a fait une thyrotomie suivie d'ablation d'une tumeur papillomateuse simple qui remplissait le larynx. La tumeur s'étant reformée, il a fallu au bout de deux ans faire une nouvelle thyrotomie, et l'examen des masses enlevées, à cette occasion, du larynx montra que la tumeur avait subi des modifications de nature et renfermait dans son épaisseur plusieurs foyers de cellules cancéreuses. En 1895, sans que la tumeur ait récidivé, il est survenu des phénomènes de sténose qui ont nécessité la mise à demeure d'une canule de trachéotomie.

En juillet 1896, le malade revint en se plaignant des douleurs, et l'examen du larynx montra l'existence d'une récidive : la tumeur occupait les deux côtés du larynx et était en partie nécrosée. On fit une nouvelle thyrotomie, suivie, comme les deux précédentes, d'ablation de la tumeur et complétée par une cautérisation de la cavité. L'examen de la tumeur montra que la tumeur avait subi une dégénérescence épithéliomateuse complète. Le malade, un homme de 54 ans, nullement cachectique, a bien supporté l'opération et actuellement, deux mois après l'opération, il se porte aussi bien que possible.

Cancer de l'amygdale.

M. Heaton a montré un homme de 60 ans auquel il avait enlevé, il y a sept mois, un cancer de l'amygdale.

Pour faire une opération complète, il a fallu enlever l'amygdale gauche avec le pilier antérieur, la moitié gauche du voile du palais et de la voûte palatine, les portions alvéolaires des maxillaires supérieur et inférieur gauche dans l'étendue des trois dernières molaires. La tumeur a été abordée par une incision horizontale qui partait de la commissure latérale gauche et se dirigeait en arrière, suivie de résection de la branche montante du maxillaire inférieur gauche. Le malade guérit dans de bonnes conditions et a beaucoup engraissé depuis l'opération. Une pièce de prothèse qu'il porte lui permet d'avaler correctement les aliments.

Angiome caverneux de la parotide.

M. Gamgee a montré une jeune fille de 21 ans qui a remarqué que lorsqu'elle se penchait en avant, il survenait une tuméfaction de la région parotidienne du côté gauche. En l'examinant on constate que quand la malade se tient debout la région parotidienne gauche paraît plus pleine que celle du côté droit; quand la malade se penche en avant on voit se former au niveau de la parotide gauche une tumeur molle, fluctuante assez volumineuse, qui ne présente pas de thrill ni de souffle ni de pulsations et disparaît quand la malade se redresse. La compression des jugulaires externe provoque l'apparition de la tumeur.

D'après M. Gamgee, il s'agit dans ce cas d'un angiome caverneux.

ROYAL ACADEMY OF MEDICINE IN IRELAND

Séance du 11 Décembre 1896.

Obstruction intestinale aiguë.

M. M' Ardle est intervenu dans 41 cas d'obstruction intestinale produite soit par des adhérences, soit par le volvulus, soit par l'entérite aiguë, soit par la péritonite, soit par l'appendicite. Sur ce nombre d'opérés, 7 seulement ont succombé.

Souvent M. M' Ardle a pu constater que la médication expectative et les lavements ont été très nuisibles aux malades et ont considérablement aggravé la situation. Il regrette donc qu'il se trouve encore actuellement des médecins restés partisans des lavements même après l'apparition des phénomènes graves, et, sans préconiser la laparotomie d'emblée et dans tous les cas, il pense que l'opération, dans l'état actuel de la chirurgie, doit être faite plus souvent et plus tôt qu'on ne le faisait dans le temps.

Au point de vue de la technique opératoire, M. M' Ardle a insisté sur la nécessité d'enlever à l'aide d'un lavage à l'eau bouillie tout le liquide qui se trouve dans la cavité abdominale et de ne replacer les intestins dans la cavité abdominale qu'après avoir rétabli leur péristaltisme avec une solution saline bouillie. Quant aux indications de l'opération, il est d'avis d'opérer chaque fois qu'après l'échec du traitement médical on constate la présence d'un exsudat dans le péritoine.

M. Tobin est aussi d'avis d'opérer de bonne heure, d'autant plus que dans un grand nombre de cas, l'opération constitue une intervention radicale. Ceux qui craignent la laparotomie sont ordinairement ceux qui opèrent trop tard, et s'ils opéraient de meilleure heure, avant la péritonite déclarée, ils auraient certainement plus de confiance dans les ressources de la laparotomie. Il pense donc qu'il faut opérer chaque fois qu'il existe une obstruction intestinale complète, même dans les cas où cette obstruction est produite par des masses cancéreuses inopérables, puisque dans ces cas l'établissement d'un anus contre nature améliorerait notablement la situation.

M. Croly fait observer que tout dépend du diagnostic et que pour sa part il n'hésiterait pas à ouvrir le ventre, comme simple moyen de diagnostic, préférant, dans l'obstruction intestinale aiguë, faire la laparotomie que de mettre des sangsues ou de donner des lavements ou de placer le malade la tête en bas, etc.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 6 Novembre 1896.

Fibromyome de la paroi abdominale, simulant une tumeur viscérale.

M. Van Engelen. — Il s'agit d'une femme de 35 ans qui depuis la dernière grossesse, remontant à 8 ans, a ressenti des douleurs dans le ventre, en même temps que se développait, de bas en haut selon la malade, une tumeur dure et allongée dans la partie supérieure de l'abdomen. L'état général était resté excellent.

L'examen gynécologique ne donna aucun renseignement, vu le siège élevé de la tumeur, qui commençait sous l'ombilic et s'étendait jusque sous les fausses côtes du côté gauche. Elle semblait profondément située entre l'estomac et la rate, et était dure, fibreuse et peu mobile. Elle ne dépendait pas de l'estomac. elle était fixe, allongée verticalement et placée plus en dehors de

ce viscère ; du reste, la femme n'accusait aucun symptôme morbide du côté de l'appareil digestif. Ce n'était pas la rate, qui était normale et qui ne se continuait pas avec le néoplasme; le pancréas non plus ne pouvait être en cause : il aurait donné une tumeur à direction plutôt horizontale.

Une laparotomie médiane fut pratiquée en dedans de la tumeur; chez cette femme, maigre en apparence, on trouva un pannicule adipeux très développé, sans aucune tumeur viscérale ; le néoplasme, un fibromyome, siégeait dans la paroi abdominale elle-même, dans le muscle droit, s'étendant ainsi jusqu'aux insertions supérieures de ce muscle. Vu l'étendue de la tumeur, on renonça à l'extirpation, qui aurait certainement laissé une brèche impossible à combler. Les suites opératoires furent très favorables ; la malade n'a plus ressenti de douleurs depuis l'intervention. Malgré que l'examen ait été fait immédiatement avant l'opération, on avait diagnostiqué une tumeur abdominale profonde. Même en pensant à un néoplasme pariétal, on était ramené au diagnostic erroné, par la netteté de l'impression digitale. L'erreur, en effet, était due à l'épaisseur considérable du tissu cellulaire sous-cutané, simulant la paroi abdominale elle-même, et glissant à la palpation sur le plan musculaire dur et fibreux. La malade elle-même, d'ailleurs, avait l'impression du siège abdominal de la tumeur. Des cas analogues ont été déjà cités.

Un cas d'abcès rétro-pharyngien.

M. Puttemans. — Une petite fille de 23 mois tombe brusquement malade. Il y eut dès le début une fièvre élevée, 39°5, avec vomissements, somnolence et constipation, sans autres symptômes. Pendant 5 jours, la température resta à 40°5; on diagnostiqua une pneumonie centrale. Au septième jour, la chute brusque de température à 37° 5 parut confirmer le diagnostic. Cependant l'état général ne s'améliorait pas, la température remonta, et bientôt se développait un gros empâtement au cou, sous l'angle de la mâchoire, avec de la fièvre vespérale. L'auscultation restait négative.

Quinze jours après le début du mal, brusquement, au milieu de la nuit, l'enfant se mit à ronfler fortement. On reconnut un abcès rétropharyngien, qui exigea 2 débridements pour amener, avec une expulsion suffisante du pus, le soulagement de la petite malade.

Le cas est curieux à plus d'un titre. Cette affection se voit ordinairement vers l'âge de 6 à 8 mois ; Henoch, dans 2 cas seulement, l'a vue débuter après l'âge de 2 ans. En outre, il n'y a jamais eu de dysphagie, la déglutition est restée constamment parfaite, aucun aliment, liquide ou solide, n'a été rejeté par le nez. Quant à l'étiologie, elle paraît devoir être rapportée à une origine infectieuse, par exemple à la pneumonie diagnostiquée quelques jours auparavant.

De la ponction lombaire.

M. Nauwelaers. — La ponction spinale ou ponction lombaire du canal rachidien consiste dans la ponction capillaire de l'arachnoïde rachidienne au niveau de la région lombaire.

Celle-ci a été pratiquée : 1° pour combattre l'augmentation de de la pression du liquide céphalo-rachidien dans l'hydrocéphalie. la méningite aiguë, la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, les tumeurs cérébrales, la chlorose grave ; 2° dans un but de diagnostic.

L'auteur relate 5 observations personnelles de ponction lombaire faite dans 5 cas de méningite tuberculeuse à la période ultime de la maladie. Les effets thérapeutiques furent peu importants; les 5 cas se sont terminés par la mort. On n'a trouvé de bacilles tuberculeux dans aucun des liquides cérébro-spinaux recueillis par ponction; et cependant ils en contenaient, puisque, inoculés dans le péritoine de cobayes ils ont provoqué la tuberculose chez ces animaux. La ponction lombaire a donc une importance réelle au point de vue du diagnostic.

Pour l'intervention, il faut placer les enfants dans le décubitus abdominal, l'hypogastre soulevé par un ou plusieurs coussins, et faire pénétrer l'aiguille presque verticalement dans l'espace intervertébral, un peu obliquement de dehors en dedans, et non pas, comme on le conseille, de bas en haut.

Séance du 4 décembre 1896.

Deux cas de luxation compliquée.

M. Crickx. — J'ai eu l'occasion de revoir dernièrement un enfant atteint de luxation compliquée, il y a plus de 3 ans. A la suite d'une chute sur le dos de la main, il s'était produit une luxation du poignet en arrière, le radius et le cubitus faisant saillie à travers la cicatrice d'une ancienne blessure de la région. Devant l'impossibilité de la réduction, M. Crickx dut réséquer la tête du cubitus et du radius ; au bout de 15 jours, la plaie était guérie et le massage commencé. Lors du dernier examen, le résultat était très favorable ; il ne restait qu'un certain ballotement dans l'articulation radio-carpienne, la force du membre étant parfaite.

Un écolier de 10 ans fait une chute sur le poignet droit. Fracture du radius, luxation compliquée du coude en avant ; l'humérus faisait saillie au niveau du pli de la région, le tendon du biceps était repoussé en dehors, et l'artère humérale, dénudée sur une longueur de 6 à 8 centimètres, mais intacte, se trouvait logée dans la rainure de la trochlée. La luxation étant irréductible, on fit l'arthrotomie et le sujet guérit sans complication.

Ce qu'il faut noter ici, c'est la dénudation de l'artère sur une certaine longueur, dont il n'est cependant résulté aucun accident fâcheux. Le retour des mouvements articulaires était à peu près complet au bout de 5 semaines.

De la suppuration tardive dans la cure radicale de hernie.

M. Van Engelen. — La cure radicale de hernie par la méthode de Bassini, oblige l'opérateur à abandonner un certain nombre de fils au sein des tissus. Bien que ce procédé m ait ordinairement donné des résultats très favorables, j'ai eu quelques cas de suppuration dans la pratique de cette méthode. A la suite de ces faits j'ai recherché une modification à cette cure radicale ; or, ce qui se passe dans l'opération de la hernie est, en beaucoup de points, analogue au *modus faciendi* de la laparotomie, et le mode de suture de Bassini ressemble à la fermeture par plans de la paroi abdominale.

Dans la laparotomie, cependant, certains chirurgiens ne font qu'une suture en masse, et s'en trouvent tout aussi bien. N'y aurait-il pas avantage à agir de la même façon pour la hernie et, une fois le sac, lié, à suturer en masse les différentes couches de tissus ? J'ai mis cette idée en pratique, et le résultat en a été jusqu'à présent aussi satisfaisant que celui de Bassini.

M. Duplay vient, du reste, de publier, dans la *Semaine médicale*, des considérations sur la cure radicale de hernie sans fils perdus, et cela dans le même but de parer aux suppurations plus ou moins tardives.

M. Crickx. — Dans la suture en masse, on ne se préoccupe pas assez du rétablissement de la paroi postérieure du canal inguinal, et le procédé, fût-il réellement efficace, encore faut-il attendre qu'un temps suffisamment long, plus de 6 mois, vienne consacrer la guérison des cas opérés par cette méthode.

M. Van Engelen. — Il faut prendre en sérieuse considération tout procédé chirurgical qui diminue les chances de suppuration plus ou moins éloignée de l'opération, et l'on ne doit pas regarder une plaie guérie par seconde intention comme devant donner une cicatrice meilleure, plus résistante que celle obtenue par première intention, quoi qu'en pensent certains praticiens de l'ancienne école et même quelques jeunes chirurgiens également.

M. Cittadini. — Avec la suture en masse, la plaie finit par devenir si étroite que l'opérateur est exposé à blesser l'artère et la veine fémorale.

M. Van Engelen. — Une incision bien faite permet au chirurgien d'opérer la hernie inguinale sans crainte de léser ces organes. J'ai cependant été le témoin d'un accident de ce genre, entre les mains d'un praticien inexpérimenté.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE. — Étiologie de la tétanie chez les enfants (p. 73).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires (p. 76). — Structure histologique de l'hypertrophie de la prostate (p. 77).

PATHOLOGIE MENTALE. — De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques (p. 78).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Rougeole ecchymotique. — Rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895. — Luxation de la hanche en avant-Ophthalmomalacie. — Antisepsie préopératoire de la conjonctive (p. 79). — Dyshidrose. — Indications du curettage. — Pathogénie et traitement de l'entéroptose. — Accouchements prématurés artificiels. — Désarticulation coxo-fémorale (p. 80). — *Thèses de la Faculté de Toulouse :* Hystérie simulant l'épilepsie. — Influence de l'arthritisme sur quelques affections de la cavité buccale (p. 81).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Examen bactériologique de l'urine dans 22 cas de cystite. — Extirpation intravésicale des tumeurs de la vessie. — Tératome du cou. — Abcès cérébral d'origine otique. — Polype tuberculeux du rectum. — Les traumatismes du foie et des voies biliaires (p. 82). — Résection du foie. — Iodoforme en chirurgie. — *Médecine :* Hernie diaphragmatique étranglée. — Diabète. — Endocardite ulcéreuse. — Leucémie et anémies. — Angines. — Urée comme diurétique (p. 83).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'obésité par l'ingestion de corps thyroïde. — Hydrastinine. — Comment il faut administrer le napthol (p. 84).

PATHOLOGIE INFANTILE

Étiologie de la tétanie chez les enfants,

Par le Dr R. Romme.

I

Les récentes recherches sur l'origine et l'étiologie de la tétanie chez les enfants ont singulièrement embrouillé cette question. Confondant dans une même description la tétanie, le laryngospasme et les troubles nerveux divers qui se rencontrent dans la première enfance, Kassowitz et bon nombre d'auteurs autrichiens et allemands à sa suite se sont efforcés de rattacher la tétanie au rachitisme, d'en faire une simple manifestation de la diathèse rachitique, de la dépouiller ainsi de son individualité clinique. D'un autre côté, en faisant du laryngospasme un signe presque pathognomonique de la tétanie, Escherich et ses élèves ont considérablement élargi le domaine de la tétanie latente, actuellement en train d'absorber la tétanie vraie, telle qu'elle a été décrite par les cliniciens français. Il en est résulté une certaine confusion; aussi voyons-nous maintenant les travaux récents débuter par une définition très complexe de la tétanie vraie et cette définition revenir à plusieurs reprises au cours du travail, fait qui montre bien que la notion de la tétanie n'est pas très nette dans l'esprit de ceux qui ont l'occasion de traiter cette question. Mentionnons enfin, comme cause de l'obscurité qui règne actuellement sur l'étiologie de la tétanie, l'hypothèse actuellement très vague d'après laquelle la tétanie serait la manifestation clinique d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

Pour voir, par conséquent, où nous en sommes avec la pathogénie et l'étiologie de la tétanie, il est nécessaire de serrer de plus près les points qui viennent d'être signalés : 1° les rapports de la tétanie avec le rachitisme et les troubles gastro-intestinaux; 2° la valeur de quelques symptômes spéciaux étudiés surtout ces temps derniers et qui suffisent à certains auteurs pour porter le diagnostic de tétanie en l'absence même du phénomène essentiel de l'affection qui est la contracture intermittente et paroxystique des extrémités.

Pour ce qui est de la clinique même de la tétanie, nous renvoyons le lecteur à l'excellent mémoire publié récemment par Oddo (1).

II

Les observations ne manquent pas aujourd'hui où l'absence du rachitisme et des troubles digestifs chez l'enfant pris de tétanie, se trouve notée et soulignée à dessein. On connaît d'autre part bon nombre de cas où, chez des enfants non rachitiques et ne présentant pas de troubles digestifs, la tétanie a éclaté à l'occasion ou à la suite d'une fièvre éruptive, d'une maladie infectieuse, immédiatement avant la pneumonie, comme dans le cas de Marschner (2). Cet auteur a observé entre autres un cas de tétanie qui s'était déclaré immédiatement après la ponction pour une ascite symptomatique d'un cancer du péritoine (adulte). On cite souvent le cas de Lasègue où un enfant est pris de tétanos en sortant en sueur d'un bal et en descendant dans la rue où la température était très froide. Ces faits, qu'on pourrait multiplier très facilement, montrent suffisamment que le rachitisme, l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale ne se retrouvent pas tous les cas. Mais comme les discussions sur le rôle étiologique du rachitisme continuent et même très âprement encore aujourd'hui, il nous semble indiqué d'établir le rôle non prédominant du rachitisme, à l'aide de quelques faits plus probants que de simples observations cliniques auxquelles il est toujours facile d'opposer une fin de non-recevoir.

Pour cette démonstration, nous aurons recours en premier lieu au récent travail de Kalischer (3), fait avec les matériaux de la clinique de Neumann (de Berlin). Le travail en question est basé sur l'étude de cinq cas de tétanie vraie. Sur ce nombre, trois seulement étaient rachitiques : les deux autres ne présentaient pas trace de rachitisme. Si l'on songe encore que les trois tétaniques rachitiques étaient observés sur un ensemble de 1 114 rachitiques et les 2 tétaniques non rachitiques sur un ensemble de 1 077 non-rachitiques, on conviendra que le rôle prédominant du rachitisme ressort avec peine de ces chiffres.

Les chiffres rapportés par Loos qui, un des premiers, s'est élevé avec Escherich contre les idées de Kassowitz, montrent également que le rachitisme n'englobe pas la tétanie et que tout se réduit à la plus grande fréquence de la tétanie chez les rachitiques. Ainsi, sur 72 cas de tétanie réunis par Loos dans son travail, la moitié seulement présentaient des traces de rachitisme, et le plus souvent les stigmates étaient très peu accusés; les cas avec craniotabès, chers à Kassowitz, étaient extrêmement rares. Du reste, lorsque cette question des rapports du rachitisme et de la tétanie fut soule

1. *Revue de médec.*, juin-octobre 1896.
2. *Deut. Arch. f. klin. Medic.*, vol. LVI, fasc. 5 et 6.
3. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, vol. XLII, fasc. 3 et 4, p. 387.

vée au Congrès de Rome, la plupart des auteurs se prononcèrent contre les idées de Kassowitz. De même, dans la récente discussion à la Société de médecine interne (mai et juin 1896), les faits qui ont été cités ont confirmé le rôle secondaire du rachitisme. Ainsi, sur les 60 cas de tétanie chez des nourrissons observés par Cassel, 8 ne présentaient aucune trace de rachitisme, 52 avaient bien des stigmates rachitiques, mais ils étaient très légers; des phénomènes graves de rachitisme n'ont été, en somme, constatés que dans 11 cas. Sur ces 60 nourrissons, 36 avaient des troubles intestinaux aigus ou chroniques; dans 20 autres cas, les fonctions gastro-intestinales n'ont jamais été troublées. Ajoutons que 226 rachitiques observés par Oddo en deux ans et demi, il ne s'est trouvé que 4 cas de tétanie.

Il ressort donc de ces quelques statistiques, prises un peu au hasard, que la tétanie est peut-être plus fréquente chez les rachitiques que chez les non-rachitiques, mais qu'il est impossible de soutenir, avec Kassowitz, que la tétanie est fonction du rachitisme.

On peut arriver à la même conclusion encore par une autre voie. Si le rachitisme était la grande cause de la tétanie, on devrait trouver souvent chez les rachitiques l'ensemble des symptômes qui suffisent à certains auteurs pour diagnostiquer la tétanie, surtout la tétanie latente. Or, si l'on excepte le spasme de la glotte, les autres symptômes de la tétanie sont relativement rares chez les rachitiques. C'est du moins le fait qui ressort d'une statistique très curieuse de Kalischer. (1)

Kalischer examina notamment sous ce rapport 82 enfants rachitiques dont le rachitisme était accompagné de divers phénomènes nerveux. Sur ces 82 rachitiques qui n'avaient pas d'accès de tétanie vraie, manifeste, 51 avaient du spasme de la glotte, 2 des accès d'apnée, 14 le signe de Trousseau, 28 le phénomène du facial, 30 des convulsions générales. Sur les 51 enfants qui avaient du spasme de la glotte, 21 n'avaient ni le signe de Trousseau, ni le phénomène du facial, 14 avaient le phénomène du facial, 2 le signe de Trousseau, 12 le signe de Trousseau et le phénomène du facial à la fois. D'un autre côté, sur les 31 rachitiques qui n'avaient pas de spasme de la glotte, 2 seulement avaient le phénomène du facial et pas un n'avait le signe de Trousseau. Comby, sur 16 000 rachitiques qui ont passé en dix ans au dispensaire qu'il dirige, n'en a observé que 30 ou 40 avec des accidents convulsifs. Oddo, chez ses 226 rachitiques, n'a observé que 8 fois du laryngospasme et 2 fois du hoquet spasmodique (spasmus nutans).

Nous revenons plus loin sur la valeur diagnostique de ces symptômes; pour le moment, il suffit de montrer jusqu'à quel point il est rare de rencontrer chez des rachitiques et même chez des rachitiques à symptômes nerveux comme ceux de la statistique de Kalischer, l'ensemble de signes qui justifierait le diagnostic de tétanie latente.

Enfin le dernier argument qu'on peut invoquer contre la théorie de Kassowitz est l'échec, dans la tétanie ou dans le laryngospasme, de la médication phosphorée que cet auteur considère comme spécifique du rachitisme. L'inefficacité du phosphore dans un cas a déjà été notée dans le temps par Escherich. Cassel, dans sa communication de la Société de médecine interne, a confirmé cette inefficacité en disant que la médication phosphorée ne lui a jamais réussi.

1. *Die Tetanie der Kinder und ihre Beziehungen zum Laryngospasmus.* Leipzig, 1882. Et *Revue de maladies de l'enfance*, 1893, vol. XI, p. 137.

III

La théorie gastro-intestinale de la tétanie, la théorie qui fait dépendre la tétanie d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, compte un très grand nombre de partisans et est en train de rallier les suffrages de tout le monde. Oddo, après avoir montré, dans son mémoire très remarquable (1), l'insuffisance de la théorie rhumatismale et de la théorie nerveuse dont personne ne parle plus, et l'impossibilité de rattacher la tétanie au rachitisme, trouve, pour ce qui est de théorie gastro-intestinale, que « des raisons très sérieuses doivent nous faire admettre cette théorie, en attendant que la preuve irréfutable en faveur de l'origine toxique gastro-intestinale soit fournie par les recherches de chimie biologique ».

Il est certain que les troubles gastro-intestinaux sont extrêmement fréquents chez les tétaniques rachitiques ou non. Mais il faut ajouter qu'ils ne sont pas constants. Nous avons cité plus haut des cas où l'absence des troubles digestifs est notée dans les observations; nous avons aussi vu la statistique de Cassel ou sur 60 tétaniques, on en trouve 20 dont les fonctions gastro-intestinales n'ont jamais été troublées. A ceci on répond ordinairement, comme le fait Oddo, que les troubles gastro-intestinaux avaient pu échapper non seulement au médecin, mais encore aux parents. Cet argument ne nous semble pas avoir une valeur bien grande.

Kassowitz a invoqué contre la théorie gastro-intestinale la fréquence extrême de la dyspepsie et la rareté non moins grande de la tétanie. De son côté, R. Fischl (1) a attiré l'attention au dernier Congrès des naturalistes allemands, à Francfort, sur ce fait que pendant l'été, quand les troubles dyspeptiques et gastro-intestinaux sont particulièrement fréquents, la tétanie est infiniment plus rare que pendant les autres saisons. Mais les parties dans la théorie gastro-intestinale tournent cette objection en faisant intervenir à côté de la dyspepsie d'autres facteurs, tels que l'hérédité, le terrain nerveux ou même la nécessité « de certaines conditions chimiques spéciales favorisées par la dyspepsie, mais qui ne se rencontrent pas d'une manière banale chez tous les nourrissons dyspeptiques » (Oddo). Disons du reste qu'au Congrès de Francfort, Escherich (2), anciennement partisan de la théorie gastro-intestinale, a soutenu qu' « il n'existait aucun ordre de faits (Anhaltspunkte) en faveur du rôle causal des troubles digestifs dans la tétanie ».

Nous avons vu aussi que très souvent la tétanie éclate à l'occasion d'une maladie infectieuse. Il y a dans ces cas l'infection, probablement d'une intoxication microbienne, qui semble n'avoir aucun rapport avec l'auto-intoxication d'origine intestinale. Pour faire ressortir ces faits à la théorie gastro-intestinale, Oddo fait observer que les maladies infectieuses qui font éclater la tétanie sont le plus souvent précisément celles qui s'accompagnent de manifestations gastro-intestinales, et il cite à l'appui la fièvre typhoïde et la rougeole. L'exemple ne semble pourtant pas bien choisi, pour ce qui est de la rougeole qui attaque principalement l'arbre respiratoire; en second lieu à la tétanie par fièvre typhoïde ou par rougeole, on peut opposer celle par scarlatine, par coqueluche, par pneumonie, etc. Puis, la vulnérabilité toute spéciale du tube digestif chez les nourrissons, chez lesquels toute infection et toute intoxication se manifestent au début presque toujours par des troubles digestifs, enlève toute valeur à cet argument. Rien n'empêche donc de soutenir

1. *Therapeut. Wochenschr.*, 1896, n° 40.
2. *Ibid.*

que, du moins dans les cas où les troubles digestifs ont précédé de très peu de temps l'éclosion de la tétanie, ils étaient non pas la cause, mais l'expression du facteur toxique infectieux qui a produit aussi la tétanie.

Loin de nous l'idée de nier le rôle important des troubles gastro-intestinaux dans la production de la tétanie. Mais ce qui nous semble impossible, ou du moins prématuré, c'est de faire des troubles gastro-intestinaux, avec les faits qu'on possède actuellement, le facteur étiologique unique, essentiel de la tétanie. Le succès de la théorie gastro-intestinale s'explique en très grande partie par la vogue dont jouit actuellement la doctrine de l'auto-intoxication d'origine intestinale, la tendance à faire au tube digestif une première place en tant que porte d'entrée des infecctions et des intoxications microbiennes. Pour ce qui est des infections intestinales, un travail récent très remarquable de Neisser (1), fait sous la direction de Flügge, a prouvé avec la dernière évidence que sous ce rapport le rôle de l'intestin est des plus modestes. D'un autre côté, les recherches non moins précises de Lubbert (2) ont montré l'existence, parmi les bactéries peptonisantes du lait, d'une espèce qui tout en reproduisant le tableau du choléra infantile, affection type d'une intoxication gastro-intestinale, ne forme même pas de toxines ni sur les cultures ni dans le tube digestif. Ces faits commandent donc une certaine réserve quand on veut adapter tout un ensemble de faits cliniques à la théorie hypothétique des auto-intoxications intestinales.

Il ne nous semble donc pas possible d'établir actuellement une pathogénie unique de la tétanie. Comme l'épilepsie, par exemple, la tétanie peut relever de causes multiples. Fréquente dans le rachitisme sans en être une simple manifestation, fréquente chez les enfants qui présentent des troubles gastro-intestinaux, la tétanie s'observe encore au début et au cours des maladies infectieuses (rhumatismes, fièvre typhoïde, scarlatine, pneumonie, etc.), et a été notée à la suite de diverses intoxications. L'action de toutes ces toxines, ptomaïnes, poisons plus ou moins caractérisés, germes infectieux, etc., se manifeste peut-être par une modification spéciale, plutôt fonctionnelle qu'anatomique du système nerveux central et périphérique ; peut-être encore, comme le pense Kalischer, toutes ces causes créent-elles dans l'organisme un ensemble de conditions favorables à la pénétration d'un germe spécifique agissant d'une façon spéciale sur le système nerveux central ; l'apparition épidémique de la tétanie, comme dans les cas signalés par Escherich, rendant probable l'origine infectieuse de la tétanie dans certains cas.

IV

L'étude de la valeur diagnostique de quelques symptômes qu'on rencontre dans la tétanie (laryngopasme, signe de Trousseau, phénomène du facial) et auxquels les recherches récentes ont conféré un caractère pathognomonique, est surtout intéressante au point de vue clinique. Si nous arrivons à montrer la rareté relative de ces signes dans la tétanie vraie, nous aurons montré la réserve extrême avec laquelle on doit accepter le diagnostic de tétanie latente, basé sur la présence de ces signes, et éliminer ainsi un nombre considérable de cas qui n'ont rien à voir avec la tétanie vraie.

Parmi ces signes, nous citerons en premier lieu le *laryngospasme* qui, d'après Escherich et son école, suffirait presque à lui seul à justifier le diagnostic de tétanie. Le laryngospasme est, en effet, fréquent dans la tétanie, mais il est loin d'être constant. Il est noté chez les cinq tétaniques de Kalischer, dont trois étaient en même temps rachitiques ; mais cet auteur, après avoir constaté ce fait, s'empresse d'ajouter qu'il a observé assez souvent le laryngospasme chez des enfants qui n'avaient pas de tétanie, et n'étaient pas rachitiques. Il cite à l'appui de la non-spécificité du laryngospasme, l'observation d'un enfant de 2 ans qui avait, outre le laryngospasme, plusieurs phénomènes de tétanie latente ; sous l'influence du traitement ou autrement, ces phénomènes disparurent et l'enfant garda pendant un an seulement des accès de laryngospasme qui disparurent assez brusquement pour être remplacés par des accès de petit mal épileptique des plus caractéristiques. Dans la statistique de Loos, le laryngospasme fait déjà défaut chez 12 sur 72 tétaniques observés par cet auteur. Cassel, qui a observé 116 cas de laryngospasme chez des nourrissons, n'a trouvé sur ce nombre que 2 qui avaient en même temps de la tétanie, et il en conclut que le laryngospasme n'est rien moins qu'un symptôme caractéristique de la tétanie. De même pour Hauser, qui est intervenu dans la discussion (*Soc. de méd. interne de Berlin*), la plupart des cas de laryngospasme n'ont aucune relation avec la tétanie. En s'appuyant sur l'étude de 200 enfants chez lesquels il avait surtout cherché à établir la valeur des symptômes dits tétaniques, il a soutenu qu'il pouvait exister des laryngospasmes sans tétanie, et inversement des tétanies sans laryngospasmes. Heubner s'est rattaché à cette façon de voir. Oddo nous dit, dans son très intéressant mémoire, que le spasme de la glotte se rencontre non seulement en dehors de toute tétanie, mais encore en dehors de tout stigmate de rachitisme et que les rachitiques ont rarement le laryngospasme. Ajoutons, enfin, que d'après les recherches toutes récentes de Rehn (1) le spasme de la glotte tiendrait tout simplement à un empoisonnement par les toxines formées dans l'estomac du nourrisson du fait de son alimentation vicieuse. Il a notamment observé cinq nourrissons rachitiques, nourris au biberon, chez lesquels les troubles glottiques disparurent d'une façon complète et définitive à partir du moment même où ils furent mis à l'allaitement au sein. Au Congrès de Francfort, Fischl et Von Ranke ont aussi cité des cas de laryngospasme en dehors de la tétanie. Ces faits sont donc nettement contraires à la théorie d'Escherich sur la valeur pathognomonique du laryngospasme.

Le *signe de Trousseau* n'est pas non plus pathognomonique de la tétanie, pas même de la tétanie latente. Charcot l'a observé fréquemment dans l'hystérie. Sur les 5 tétaniques de Kalischer, 2 ne l'avaient pas, et un de ces deux était rachitique. Sur 72 cas de Loos, le signe de Trousseau a manqué chez 25. Il a par contre existé constamment chez les 30 tétaniques d'Escherich et les 60 de Cassel.

Il en est de même du *phénomène du facial* dit signe de Weiss ou de Chvostek. Il n'est noté que 2 fois chez les 5 tétaniques de Kalischer ; il n'existe que chez 3 sur les 60 tétaniques de la statistique de Cassel. Loos l'a bien trouvé chez tous ses tétaniques, mais, d'un autre côté, Orthen (2) a plusieurs fois constaté sa présence dans l'épilepsie, l'hystérie, la phthisie, les affections stomacales. Frankl-Hochwart a signalé le phénomène du facial chez

1. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 17 août 1896.
2. *Ueber die mechanische Uebererregbarkeit der N. facialis.* Bonn, 1893.

1. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1896, vol. XXII, p. 12.
2. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1896, vol. XXII, p. 1.

3 à 4 p. 100 des névropathes, dans l'hystérie et la neurasthénie. Charcot, Laufenauer, Högges l'ont observé dans l'hypnose et le somnanbulisme. Ajoutons enfin que, d'après Kalischer, même dans la tétanie vraie manifeste, le signe de Trousseau et le phénomène du facial n'existent souvent que d'une façon passagère, disparaissant quelquefois pour quelque temps pour reparaître ensuite.

Nous n'avons rien à dire du signe d'Erb (surexcitabilité électrique des nerfs moteurs) ni de celui d'Hoffmann (exagération de l'excitabilité mécanique et électrique des nerfs sensitifs), difficiles, presque impossibles à apprécier chez les enfants.

On voit donc, d'après l'étude qui vient d'être faite, avec quelle réserve on doit accepter le diagnostic de tétanie ou même tétanie latente d'après la présence du laryngospasme, du signe de Trousseau, du phénomène du facial isolés ou réunis. Et cette réserve, ou plutôt cette distinction entre la tétanie vraie et la tétanie latente, est d'autant plus justifiée que, d'après Kalischer, jamais la tétanie latente ne se transforme en tétanie vraie.

En somme, ces trois symptômes ne sont que des cas particuliers de l'hyperexcitabilité mécanique ou réflexe de la moelle et des nerfs périphériques, et la diversité des états pathologiques dans lesquels on peut la rencontrer indique suffisamment la diversité et la multiplicité des causes qui peuvent la réaliser. L'absence d'une étiologie précise doit donc réserver le diagnostic de tétanie aux cas où existe le caractère primordial de la tétanie, c'est-à-dire la contracture spontanée caractéristique, et c'est en se plaçant à ce point de vue seulement qu'il est possible de conserver à la tétanie son individualité clinique. Il en est de la tétanie comme de l'épilepsie, dont les manifestations cliniques, isolées n'ont rien de pathognomonique, tandis que dans leur ensemble elles donnent à l'épilepsie une autonomie nosologique. Disons enfin que l'analogie entre la tétanie et l'épilepsie, se poursuit encore dans le domaine de l'anatomie pathologique. Les lésions qu'on a signalées dans la tétanie sont en effet très variables et très diverses. Weiss, Bonome et Cervesato, Szabo ont signalé une poliomyélite, du renflement cervical; d'autres, comme Tonnelier, Blondeau, Grisolle, Trousseau ont trouvé une hyperhémie de la substance cervicale du cerveau et des méninges ; Stasse, Niemeyer, Schulz, une névrite périphérique. D'autres encore, comme Loos, n'ont fait que des autopsies négatives (Oddo). Pour la tétanie pas plus que pour l'épilepsie, l'anatomie pathologique ne fournit aucun fait pouvant être utilisé dans l'étude de l'étiologie et de la clinique de cette affection.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires,

Présentation à l'Académie de médecine,

Par M. le Dr A. Chipault.

Depuis 3 ans 1/2, j'ai imaginé de traiter certaines gibbosités par un procédé qui me paraît apporter un sérieux appoint à la question, pratiquement si délicate, de l'orthopédie vertébrale.

Ce procédé consiste dans l'application, après réduction de la gibbosité, de ligatures en 8 de chiffre au fil d'argent sur les apophyses correspondant à celle-ci : intervention sur la simplicité opératoire et la bénignité de laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Il va de soi que le malade, une fois ligaturé, est immobilisé, pendant un temps variable suivant l'affection traitée, dans un appareil orthopédique ; j'emploie d'ordinaire une planche avec des orifices disposés 2 par 2 sous les aisselles, au-dessus des hanches, au-dessus et au-dessous des genoux, pour fixer le malade à l'aide de sangles, et un orifice correspondant à l'anus pour permettre la défécation.

J'ai opéré 15 malades par ce procédé, sans un accident ni un incident opératoire.

Un de mes opérés seulement a succombé de pneumonie, 3 mois après l'intervention, dans le service de M. le professeur Raymond : c'était un vieillard atteint de mal de Pott cervico-dorsal, avec diplégie brachiale : je n'ai pas besoin de dire que l'opération, dont la plaie était depuis longtemps guérie, n'a été pour rien dans cette terminaison accidentelle et tardive.

Restent 14 opérés.

8 d'entre eux étaient atteints d'affections orthopédiques du rachis ; 1 de cyphose rachitique, 1 de scoliose infantile, 1 d'arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales moyennes avec torticolis, 5 de mal de Pott. Sur ces 8 cas j'ai eu 1 insuccès complet dans le cas de scoliose, 1 insuccès partiel dans le cas d'arthrite rhumatismale et 7 succès complets avec disparition totale de la gibbosité dans le cas de cyphose rachitique et dans les 5 cas de gibbosités pottiques, qui, toutes, étaient des gibbosités moyennes, réductibles ou mieux déroulables sans effort et sans bruit sous chloroforme.

Les nombreux travaux que j'ai déjà consacrés à cette première catégorie de faits (*Médecine moderne*, 12 juillet 1895, 22 juillet, 16 septembre, 24 octobre 1896, *Congrès de chirurgie*, 1895 et 1896) d'une part, d'autre part à la récente et remarquable communication que Calot vous a faite sur le même sujet me font un devoir de ne pas insister davantage sur eux.

Est-ce à dire que je sois disposé à abandonner, dans les diverses sortes de gibbosité que je viens d'énumérer, et en particulier dans les gibbosités pottiques, mon procédé des ligatures apophysaires? Certainement non, et cela pour deux motifs que je crois devoir développer en quelques mots devant vous.

a) Le premier est d'ordre anatomo-pathologique : il repose sur les remarquables recherches encore inédites de mon collègue et ami Regnault sur l'évolution spontanée des maux de Pott : ces recherches, en effet, patiemment suivies depuis plusieurs mois, ont eu pour conclusion qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des arcs et des apophyses : voici des dessins pris par Regnault sur les pièces du musée Dupuytren, et une pièce inédite due à mon excellent maître Capitan, professeur à l'Ecole d'anthropologie, qui sont à ce sujet des plus probantes. Je puis donc dire que dans le mal de Pott les ligatures apophysaires ne font que régler et hâter le travail de la guérison, dans le sens où il se fait spontanément ; il me semble difficile de donner de cette méthode thérapeutique une plus éclatante confirmation.

b) Le second motif pour lequel je ne suis nullement disposé à abandonner les ligatures apophysaires est d'ordre thérapeutique et par conséquent plus valable encore. En effet, dans les petites gibbosités réductibles que j'avais traitées avant la communication de Calot, elles m'ont

donné de si excellents résultats que je ne vois vraiment pas pourquoi je modifierais à ce sujet ma pratique et, d'autre part, pour les grandes gibbosités moins facilement réductibles, elles me semblent appelées à améliorer encore les résultats qui vous ont été présentés : on conçoit en effet, *a priori*, que, dans ces cas comme dans les autres, joindre à la contention orthopédique de la colonne vertébrale réduite la ligature de ses apophyses ne puisse que simplifier cette contention et en abréger la durée. Ce n'est du reste pas là une simple hypothèse. Il y a 8 jours, mon confrère le Dr Leclerc, de Levallois-Perret, voulut bien m'adresser un petit malade atteint de mal de Pott avec gibbosité considérable et ancienne. Confiant dans les résultats qu'on vous a présentés, confiant aussi dans la valeur éprouvée de mes ligatures apophysaires, j'ai associé, chez ce sujet, à la réduction hardie et parfaite de la gibbosité, réduction qui ici encore s'est faite sans le moindre effort et sans le moindre craquement, la contention mixte par mon procédé : ligatures apophysaires et fixation sur une planche spéciale ; contention dont la simplicité et la rapidité ont, je ne crains pas de le dire, pleinement satisfait les Drs Gasne, Maurice Faure et Desvaux, qui voulaient bien m'assister dans cette opération. Vous pouvez déjà juger, par l'examen comparatif des photographies préopératoire et post-opératoire du malade, du résultat obtenu.

Je me crois donc en droit d'appliquer désormais les ligatures apophysaires non seulement aux petites gibbosités facilement réductibles, mais encore aux grandes gibbosités, à condition, bien entendu, qu'elles ne soient pas ankylosées, et de considérer ma formule : réduction, ligatures apophysaires et contention orthopédique, comme indiscutablement supérieure à la formule qui vous a été présentée.

Les malades que je vais vous montrer, des adultes atteints de gibbosités traumatiques avec accidents sensitivo-moteurs, c'est-à-dire des sujets chez lesquels la contention vertébrale présentait des difficultés exceptionnelles, vont, du reste, vous prouver une fois de plus combien les ligatures apophysaires peuvent être précieuses en orthopédie vertébrale.

Ces malades sont au nombre de 3.

a) Le plus ancien, son opération remontant à mai 1893, est ce jeune homme, aujourd'hui âgé de 25 ans, et chez qui une fracture de la 10e vertèbre dorsale avait été suivie de paraplégie sensitivo-motrice à type radiculaire; 11 jours après l'accident je lui fis une trépanation de la colonne vertébrale avec ablation de 3 arcs et d'esquilles compressives pénétrées dans le canal. Je terminai l'opération par la ligature à la soie plate des apophyses épineuses sus- et sous-jacentes; la guérison fut parfaite. Depuis 2 ans 1/2, le malade n'a d'autre symptôme de sa paraplégie qu'une légère susceptibilité au froid de son membre inférieur gauche. La souplesse de ses mouvements lombaires est parfaite pour l'extension et la flexion. Il n'y a pas la moindre trace de gibbosité, et, mieux encore, la région vertébrale lésée a si parfaitement repris son aspect habituel que l'opéré, un garçon bien musclé comme vous voyez, pourrait servir de modèle dans un atelier.

b) Le second malade que je vous présente, opéré lui aussi depuis fort longtemps, depuis juillet 1893, est peut-être plus intéressant encore par la singularité du diagnostic que je dus porter et qui fut confirmé par le résultat thérapeutique obtenu. En juillet 1892, il se fit, en tombant d'un arbre, une luxation cervicale, immédiatement accompagnée d'accidents sensitivo-moteurs graves, qui se localisèrent bientôt au membre supérieur gauche, sans dès lors continuer à s'améliorer. Je le vis un an après son accident, dans le service de mon père, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Il était porteur d'une luxation en avant et à droite de la 4e vertèbre cervicale sur la 5e, luxation appréciabfe par le palper de la nuque et le toucher buccal, ainsi que d'accidents paralytiques et hyperesthésiques localisés au territoire des 3e et 6e racines cervicales du côté gauche, c'est-à-dire du côté opposé au déplacement osseux : ils étaient donc dus, sans aucun doute, à l'élongation de ces deux racines. Mais, détail singulier, luxation et accidents sensitivo-moteurs étaient à peine appréciables dans le decubitus dorsal, pour apparaître lorsque le malade se levait et s'aggraver tant qu'il restait debout. La luxation, fait au moins rare, était une luxation ballante. En présence de l'insuccès des minerves jusqu'alors appliquées et de l'inactivité complète à laquelle était réduit le malade, je résolus de lui ligaturer en bonne position les apophyses des vertèbres déplacées et des vertèbres sus et sous-jacentes, ce qui fut fait le 28 juillet 1893. Il fut ensuite immobilisé pendant un mois dans une minerve plâtrée ; depuis qu'il en est sorti, l'opéré est tel que vous le voyez aujourd'hui, parfaitement et totalement guéri, d'abord au point de vue esthétique, ainsi que vous pouvez en juger par la comparaison de ces photographies préopératoires et du malade que je vous présente ensuite au point de vue fonctionnel : il est serrurier de charpente, et fait des journées entières de la bicyclette.

c) Le troisième opéré que je vous présente l'est seulement depuis 2 mois : il était atteint, à la suite d'une chute, d'une fracture dorsale moyenne avec gibbosité et hématomyélie. Le 25 novembre, avec l'assistance de nos confrères Heurteaux et Chibrac, je réduisis la gibbosité et ligaturai au fil d'argent les apophyses épineuses. Le 1er janvier, 35 jours plus tard, mon opéré se levait et faisait un tour dans son jardin ; aujourd'hui il a pu faire, malgré ses 65 ans et sa fracture vertébrale, une longue étape en voiture et en chemin de fer : il l'a faite en voyageur ordinaire, sans le moindre appareil orthopédique. Sa guérison est déjà parfaite.

Il me semble que ces résultats autorisent à donner dès maintenant aux ligatures apophysaires une grande part dans la thérapeutique des gibbosités, part dont la détermination sera d'autant plus intéressante que la simplicité et la bénignité de cette technique ont surpris, je crois ne point trop m'avancer en l'affirmant, tous ceux qui me l'ont vu mettre en pratique depuis 3 ans.

Structure histologique de l'hypertrophie de la prostate.

(Introduction au traitement de l'hypertrophie de la prostate par les opérations sur l'appareil testiculaire.)

Par le Dr Boleslas Motz,

Préparateur à la Clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker.

La discussion scientifique des résultats obtenus par les différentes opérations sur l'appareil testiculaire est encore actuellement impossible. En effet, deux facteurs principaux : l'augmentation de volume dans la prostate d'une part, la diminution de contractilité de la vessie de l'autre, peuvent se combiner pour produire les accidents : leur part d'action est encore mal établie.

Il est donc logique d'aborder cette question par l'étude anatomo-pathologique de l'hypertrophie de la prostate, et c'est ce que nous avons fait à la clinique du professeur Guyon.

Les *conclusions anatomo-pathologiques* de l'examen de 30 prostates hypertrophiées sont les suivantes :

Le volume de la moitié des prostates examinées est au-dessus de l'hypertrophie moyenne.

Sur 27 prostates, deux ont le lobe moyen très développé.

Dans deux autres, l'hypertrophie est asymétrique.

Quantité de tissu glandulaire. — Sur 30 prostates hypertrophiées, 19 prostates, soit 63 p. 100, ont le tissu glandulaire très abondant; 11 prostates, soit 33 p. 100, ont très peu de ce tissu; une prostate, soit 3,5 p. 100, n'en montre plus.

Rapport entre la quantité de tissu glandulaire et le *volume de la prostate.* — Sur 14 grosses prostates, il y en a un peu plus de la moitié (8) dont le tissu glandulaire est abondant; sur 9 cas d'hypertrophie moyenne, 7 montrent un tissu glandulaire très abondant.

Disposition du tissu glandulaire. — Dans la plupart des cas, une grande quantité de tissu glandulaire est disposée sous la forme de corps sphéroïdes, mais presque toujours, outre ces corps sphéroïdes, il existe une proportion au moins égale de tissu glandulaire disséminé. L'apparition de corps sphéroïdes ne peut plus être considérée comme une lésion spécifique de l'hypertrophie.

Parmi ces 30 prostates, nous avons trouvé un cas de polyadénome total diffus de Virchow.

Etat du tissu glandulaire. — Dans la moitié des prostates hypertrophiées, le revêtement épithélial n'est pas normal : l'épithélium cylindrique prolifère en plusieurs couches polygonales.

La cavité des culs-de-sac glandulaires est remplie d'un exsudat amorphe avec des débris cellulaires et des concrétions prostatiques. Ces dernières ne paraissent pas avoir une influence marquée sur l'état des culs-de-sac.

Stroma. — Presque dans toutes les prostates il existe une quantité plus ou moins grande de fibres lisses. Là où le tissu glandulaire est très développé, le tissu musculaire est aussi très abondant.

Le tissu conjonctif, presque toujours, est jeune et riche en noyaux bien colorables.

Le stroma de nombreuses prostates présente des plaques d'infiltration embryonnaire. L'inflammation des culs-de-sacs glandulaires n'est pas toujours en continuité directe avec les infiltrations du stroma.

État des vaisseaux glandulaires. — Sur 30 prostates nous avons trouvé :

1° Dans 16 cas les vaisseaux complètement normaux ;

2° Dans 5 cas, une congestion simple sans lésion vasculaire.

3° Dans 9 cas seulement les vaisseaux étaient très nombreux et atteints d'endo-et périartérite.

Il est difficile, par conséquent, d'admettre que l'artério-sclérose soit une cause principale de l'hypertrophie de la prostate.

Rapport entre l'état des vaisseaux et la quantité de tissu glandulaire. — On ne trouve jamais d'artério-sclérose dans les prostates dont le tissu glandulaire occupe deux tiers ou plus des coupes (15 cas). L'artério-sclérose est très rare même dans les prostates où le tissu glandulaire occupe seulement la moitié de la coupe (1 cas sur 4).

Rapport entre l'état des vaisseaux et le volume des prostates hypertrophiées. — Sur 14 prostates très volumineuses, 9, c'est-à-dire les deux tiers, avaient les vaisseaux tout à fait normaux.

La disposition des vaisseaux enflammés est très irrégulière. Dans la même coupe on peut trouver des vaisseaux normaux à côté de vaisseaux enflammés. Très souvent on ne trouve que quelques corps sphéroïdes dont les vaisseaux sont enflammés.

Les *conclusions thérapeutiques* que nous déduisons des données anatomiques sont d'abord : que le massage et l'électricité ne peuvent pas diminuer le volume de la prostate hypertrophiée. Ils peuvent être appliqués dans la congestion prostatique, mais alors la sonde à demeure agit plus sûrement et plus rapidement. Ils peuvent aussi rendre service en facilitant la résorption des exsudats pathologiques : le stroma restera souple, et le résultat d'une opération ultérieure sur l'appareil testiculaire sera plus favorable.

Les résultats des opérations sur l'appareil testiculaire dépendent surtout de la quantité de tissu glandulaire. La quantité de ce tissu trouvée dans les prostates examinées nous indique que probablement dans 19 cas (63 p. 100) on aurait obtenu une notable diminution de la prostate.

On ne doit pas attendre grand résultat de l'opération si la prostate est dure et ferme.

Cependant on ne doit pas être trop affirmatif sur le résultat probable de l'opération dans le cas d'une hypertrophie molle : il existe des prostates très molles avec peu de tissu glandulaire (1).

PATHOLOGIE MENTALE

De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques,

Par le Dr PIERRE DHEUR,

Les troubles de la sensibilité sont de règle dans le cours de la mélancolie et se montrent indifféremment dans les formes dépressives, anxieuses et stupides de cette affection. Ces troubles très mobiles apparaissent, augmentent et disparaissent avec les autres symptômes.

Il est une perturbation de la sensibilité qui est constante, c'est la perte ou la diminution considérable, sur une plus ou moins grande partie du corps, de la sensibilité tactile et souvent aussi des autres sensibilités. La forme des zones d'analgésie est très variable. Le plus souvent l'analgésie envahit toute la surface du corps pour ne laisser qu'une petite portion saine. Le dernier refuge de la sensibilité douloureuse semble souvent être la lèvre supérieure. Parfois aussi l'analgésie se localise à un membre ou même à l'un des faces d'un membre. Ces lésions sont souvent mais non toujours symétriques. L'on peut voir, par exemple, la perte de la sensibilité douloureuse sur un avant-bras et sur une jambe du même côté. L'on trouve souvent un retard dans la perception de la douleur.

La sensibilité tactile est diminuée dans un quart des cas au niveau des zones d'analgésie, mais cette diminution est toujours très légère. La sensibilité électrique, la sensibilité électro-musculaire sont diminuées dans les 3/4 des cas. La diminution de la sensibilité thermique s'observe principalement dans la forme anxieuse. Nous avons pu observer une fois la perte de la sensation du chatouillement et la diminution de la sensibilité à la pression.

Les réflexes disparaissent souvent chez ces malades à cause même des anesthésies. Nous avons trouvé quatre fois le réflexe patellaire exagéré.

Les hypéresthésies s'observent dans un tiers des cas. Elles sont en général de peu d'étendue et se localisent en un point très variable. Lorsqu'une zone d'hypéresthésie se trouve au milieu d'une zone d'analgésie, la sensibilité va progressivement en diminuant du centre à la périphérie, de sorte que les zones semblent à un moment être séparées par une zone normale.

Les organes des sens sont toujours plus ou moins atteints dans la mélancolie. L'on observe dans la moitié des cas et souvent chez le même sujet : la diminution et parfois l'abolition de l'odorat d'un ou des deux côtés avec disparition de la sensibilité tactile de la muqueuse, la diminution de la sensibilité gustative; la diminution de l'acuité auditive des deux côtés.

La diminution de l'acuité visuelle qui coïncide le plus souvent avec la diminution du champ visuel des deux côtés; une fois du daltonisme, une fois de l'hémianopsie. Quatre de nos malades sont presbytes. Un présente le signe d'Argyll-Roberston. Du côté des sensations internes, les sensations de faim et de soif sont diminuées dans la plupart des cas. Nous avons trouvé une seule fois la soif exagérée. La sensibilité de la muqueuse rectale et vésicale est aussi presque toujours émoussée. Les mouvements respiratoires, très irréguliers, sont souvent moins fréquents que chez une personne saine.

Les sensations sujectives se retrouvent très nettes dans trois cas. La céphalalgie est presque de règle.

1. Les documents sur lesquels sont basés ces conclusions viennent de paraitre dans la thèse de M. MOTZ, Paris, 1896-1897, n° 69.

Pour ce qui est des hallucinations, dans deux cas, il nous a été impossible de les trouver. Dans les autres nous avons les hallucinations de l'ouïe et de la vue, et des hallucinations psychomotrices (1).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. ROUGER (Albert). *De la rougeole ecchymotique.* N° 78. (G. Steinheil.)

M. LIHOU (Alfred-Eugène). *Prophylaxie de la rougeole à l'hôpital ; la rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895.* N° 10. (G. Carré et G. Naud.)

M. MOUEZY (Alexandre). *Du traitement de la luxation de la hanche en avant.* N° 63. (A. Maloine.)

M. FERRAEZ (E.). *Contribution à l'étude de l'ophthalmomalacie.* N° 89. (A. Maloine.)

M. TUROT (Georges). *De l'antisepsie préopératoire de la conjonctive.* N° 73. (G. Steinheil.)

M. FAREZ (Paul). *De la dyshidrose.* N° 107. (A. Maloine.)

M. BONNETBLANC (Louis). *Indications du curettage.* N° 114. (A. Maloine.)

M. HERNETTE (Jean-Baptiste-Louis). *Pathogénie et traitement de l'entéroptose.* N° 70. (H. Jouve.)

M. DAVID (Etienne). *Contribution à l'étude des accouchements prématurés artificiels.* N° 72. (H. Jouve.)

M. CORONAT. *La désarticulation coxo-fémorale.* N° 20.

La rougeole ecchymotique est, pour M. ROUGER, une des formes de la rougeole hémorrhagique. Il est important de la bien distinguer : 1° des rougeoles hémorrhagiques vraies où les ecchymoses cutanées s'accompagnent d'hémorrhagies viscérales et d'un état général grave ; 2° des érythèmes infectieux purpuriques qui sont liés à des infections secondaires d'origine buccale, pharyngienne ou bronchique au cours ou à la suite de la rougeole.

Toutes les causes qui peuvent amener une gêne de la circulation cutanée locale ou générale ; les maladies dyspnéiques du poumon et du larynx, et en premier lieu la coqueluche sont capables de produire des éruptions ecchymotiques.

L'exanthème est composé d'éléments prenant la place et les dimensions des taches morbilleuses, d'une couleur lie de vin le premier jour, passant ensuite au violet, au brun sale et au jaune cuivré, ne s'effaçant pas sous la pression des doigts, et persistant pendant 10 à 15 jours. Il apparaît du deuxième au quatrième jour de l'éruption de rougeole, et coïncide souvent avec un abaissement de la température et une amélioration de l'état général.

Le pronostic est favorable, sauf dans les cas où la formation des ecchymoses est liée à la présence d'une maladie dyspnéique grave du poumon et du larynx.

La sélection pratiquée à la porte de la consultation a diminué les cas intérieurs sans les supprimer. D'autre part M. LIHOU pense que le lazaret, pratique pour les autres maladies contagieuses, ne paraît pas l'être pour la rougeole; pour suppléer à son insuffisance, les salles communes ne contiendront pas plus de 2 ou 4 lits, ou seront divisées en petites chambres de 2 lits par le système des cloisons vitrées du Dr Hutinel. La désinfection de toute personne entrant dans ces salles ou en sortant devra être rigoureusement pratiquée.

Le pavillon de la rougeole sera divisé en petites chambres de 2 à 3 lits pour le traitement des cas simples, l'isolement individuel étant inutile et impraticable dans ce cas ; une partie de ce pavillon sera réservée à l'isolement des cas d'infection secondaires (otites, conjonctivites, stomatites et vulvites), dont la charge sera confiée à une infirmière spéciale. Les rougeoles compliquées (bronchopneumonie) seront soignées dans des chambres entièrement isolées des autres dans le pavillon des rougeoles simples ; l'isolement individuel y sera mis en pratique, il sera confié à un personnel d'infirmières ayant leurs dortoirs et réfectoires spéciaux.

L'hospitalisation pour les enfants atteints de rougeole et âgés de moins d'un an les condamne presque infailliblement à la mort. De plus, il faut éviter de laisser les enfants séjourner à l'hôpital après leur guérison. Les bons résultats obtenus à l'hôpital Trousseau en 1895 sont dus à la mise en pratique des deux dernières précautions précédentes, à l'antisepsie médicale soigneusement pratiquée par les infirmières, à l'unité de direction due à la suppression de l'ancien roulement, enfin à la sérumthérapie antidiphtérique et au tubage.

L'abduction forcée ou la rotation en dehors se produisant dans la flexion de la cuisse sur le bassin avec ou sans traumatisme à la région de la hanche constitue le mécanisme ordinaire des luxations coxofémorales en avant. La déchirure capsulaire siège à la partie inférieure et interne de l'articulation dans les luxations ovalaires, à la partie antérieure et interne dans les luxations ilio-pubiennes. La luxation est primitivement en bas ; secondairement elle est en avant. Le principal obstacle à la réduction est la résistance de la partie antérieure de la capsule restée intacte et plus exactement l'inextensibilité du ligament ilio-fémoral ou ligament en Y de Bigelow. Dans les luxations anciennes la rétraction musculaire, les transformations osseuses qui se produisent tant du côté de l'ancienne articulation que du côté de la tête fémorale, constituent les principaux obstacles à la réduction.

Dans les cas de luxation ancienne, M. MOUEZY conclut que le plan des manœuvres de réduction comprendra : la flexion et l'adduction de la cuisse portées à un degré tel que dans la flexion le genou touche la poitrine et dans l'adduction croise le membre sain ; en même temps, quelques mouvements de rotation et d'impulsion sont imprimés à la cuisse luxée. Il ne faut pas cesser ces diverses attitudes pendant que s'achève la réduction et que le membre est conduit d'abord dans le sens transversal puis progressivement dans l'extension sans jamais interrompre l'adduction, faisant ainsi une réelle circumduction. On peut encore réaliser la réduction alors qu'il y a ankylose osseuse, il n'est pas impossible d'obtenir un résultat également heureux chez les vieillards.

L'ophthalmomalacie est une affection à caractères bien tranchés, une entité morbide définie. M. FERRAEZ pense qu'elle est produite par une paralysie le plus souvent réflexe du cordon cervical du grand sympathique ; à cette paralysie peuvent s'ajouter des phénomènes d'irritation ou de dépression dans la sphère du trijumeau, point de départ fréquent du réflexe. Il existe une forme d'ophthalmomalacie permanente ayant pour cause une lésion du cordon cervical du grand sympathique, lésion primitive ou secondaire à une lésion centrale.

L'asepsie mécanique du sac conjonctival doit être recherchée, avant toute intervention, par des lavages énergiques. L'emploi du laveur de M. Kalt paraît à M. TUROT le procédé de choix. On doit y adjoindre l'antisepsie chimique, au moyen de substances actives, mais peu ou pas irritantes, telles que le permanganate de chaux à 1 p. 3 000. La stérilisation de la muqueuse est bien loin d'être obtenue au point de vue bactériologique; cliniquement elle est très approchée, sans être suffisante pour exclure tout perfectionnement.

M. FAREZ considère comme définitivement acquis : 1° que la dyshidrose ne siège pas dans l'appareil sudoripare ; 2° que le processus vésiculeux se développe dans les espaces intercellulaires de la couche épineuse; 3° que le contenu de la vésicule est constitué par des éléments qui ont transsudé à travers les parois vasculaires du réseau papillaire superficiel.

Il apparaît, en outre, comme très probable que cette exsudation résulte de l'inflammation de ces mêmes vaisseaux papillaires.

1. Les observations ont paru dans la thèse de M. DHEUR (Paris, 1896-97, n° 62.)

Enfin, de nombreuses raisons autorisent à admettre comme très vraisemblable : 1° que l'inflammation papillaire a pour cause l'exaspération momentanée d'nn trouble vaso-moteur chronique, lequel est lié à une intoxication générale du système nerveux. 2° Que la dyshidrose, supposant un fonds à la fois nerveux, vasomoteur et toxique, peut être définie une toxinévrodermite ou dermatose vaso-motrice toxique.

Si le curettage fait merveille contre les lésions qui ne dépassent pas la surface du muscle et qui ne sont pas de nature néoplasique, il ne semble pas avoir d'effets vraiment utiles dans l'endométrite blennorrhagique aiguë, probablement du fait de l'infection utérine, de l'introduction des germes dans les lymphatiques, sans compter les dangers de propagation. Dans l'infection puerpérale encore bornée à l'utérus, il offre les plus grandes chances de succès quand il est employé sans retard; il n'est cependant pas à l'abri, même dans ces conditions, de quelques revers qui dépendent des différents microbes alliés ensemble pour produire l'infection générale. Dans l'endométrite chronique, le curettage pratiqué avec la curette ordinaire ne peut que raser l'utérus et faciliter aux topiques l'accès des innombrables glandes intra-musculaires.

Dans l'inflammation circum-utérine son action indirecte semble se mesurer à l'intensité des lésions qu'il attaque directement; cependant si, à ce point de vue, il est très recommandable dans la périmétrite puerpuérale aiguë, M. Bonnetblanc le déconseille dans la périmétrite blennorrhagique aiguë, ses inconvénients semblent alors dépasser ses avantages.

Dans le cas d'hyperplasie de la muqueuse, qu'il s'agisse de l'hyperplasie simple qui accompagne le fibrome, ou de l'hyperplasie extensive du cancer, le curettage n'a que des effets palliatifs peu durables, inutilisables dans un grand nombre de cas, De plus il faut savoir s'en servir dans le cancer, quand les femmes ne sont pas trop affaiblies, à cause des hémorrhagies graves qu'il provoque.

L'intestin est maintenu en place par deux forces : la tension abdominale et les replis péritonéaux qui le suspendent à la paroi postérieure de l'abdomen. La tension abdominale est due à la réaction élastique et au tonus des muscles de la paroi abdominale, sa valeur moyenne de 11 centimètres d'eau est donnée par la mesure de la tension des gaz dans l'intestin ou dans le rectum. Quant aux replis péritonéaux ils suspendent les six anses que forme l'intestin (Glénard) à la paroi postérieure, à la façon de baldaquins : et les angles ainsi formés deviennent des points rétrécis lorsqu'il existe de l'entéroptose. Mais l'intestin est incomplètement soutenu par ces replis ; il repose sur le plancher périnéal et exerce à ce niveau une pression dite pression de surcharge. Ainsi que Schwerdt l'a montré, cette pression de surcharge est en raison inverse de la pression de tension. D'après Glénard, l'entéroptose débute par une chute du coude droit du côlon ; celui-ci attire le transverse, le transverse attire l'abdomen et l'intestin grêle suit le mouvement. L'intestin prolabé se rétrécit, et la tension abdominale diminue parce que le contenu a diminué de volume. Mais pour M. Hernette cette hypothèse va à l'encontre des données physiologiques précédentes et ne peut pas se soutenir. Il faut admettre la théorie qui résulte des recherches des expériences de Schwerdt. La fatigue amène une dépression générale et une diminution du tonus musculaire. Cette diminution du tonus au niveau de la paroi abdominale amène un abaissement de la pression de tension : d'où augmentation de la pression de surcharge, les viscères obéissent à la loi de la pesanteur et tombent. En même temps la perte du tonus des parois musculaires de l'intestin et la diminution de tension abdominale laissent le gaz distendre l'intestin : d'où arrêt dans la circulation de la bouillie instestinale, et fermentation anormale et auto-intoxication.

Le traitement consiste à relever la pression abdominale non pas en suppléant aux muscles par une ceinture, comme fait Glénard, mais en relevant le tonus musculaire par le traitement de la dépression du système nerveux (repos et suralimentation), et par l'exercice journalier des muscles de l'abdomen. Il faut enfin arrêter les fermentations abdominales — le fluorure d'ammonium paraît être l'antiseptique le plus favorable — et favoriser la circulation de matières par des laxatifs quotidiens.

L'accouchement prématuré artificiel doit être connu de tous les praticiens. Il reste indiscutable dans les cas de maladie de la mère ou du fœtus imposant, *sous peine de voir l'un ou l'autre succomber*, l'interruption de la grossesse. M. David conseille d'y recourir dans les rétrécissements du bassin, lorsqu'il pourra être provoqué *à partir du 7e mois*. La couveuse et le gavage sont alors recommandés pour soutenir l'enfant exposé en raison de sa délicatesse et du changement de milieu subi. La symphyséotomie, toujours aléatoire et dont on ne connaît pas de résultats lointains et multipliés, offre quelques dangers pour les sujets porteurs de malformations thoraciques. Elle doit être laissée aux cas où le bassin maternel est plus petit que 7 centimètres et aux circonstances où une femme, porteur d'un rétrécissement du bassin, se présente alors que l'enfant est déjà trop volumineux pour passer au travers de la filière génitale maternelle rétrécie. On laissera alors la grossesse évoluer jusqu'à terme. Pour provoquer l'accouchement prématuré le meilleur procédé est celui de Krause, *il est simple, efficace, à la portée de tous*. Fait suivant les règles de l'antisepsie que nous avons décrites, il est d'une innocuité complète pour la mère et pour l'enfant.

L'étude des moyens d'aborder l'articulation coxofémorale pour en pratiquer la désarticulation, sans crainte d'hémorrhagie, et sans causer de difficultés opératoires réelles, nous fait dire à M. Coronat qu'il y a un *procédé de choix* et un *procédé d'exception* : le premier, celui de Ravaton-Veitch consistant à pratiquer l'amputation de la cuisse au tiers supérieur, suivie de la désarticulation au moyen d'une incision pratiquée sur la face externe de la cuisse et tombant perpendiculairement sur la surface de section de l'amputation ; le second, s'inspirant des idées de Verneuil et consistant à lier les vaisseaux fémoraux d'abord, puis à tailler les lambeaux là où les dégâts traumatiques ou inflammatoires le permettent.

La statistique des désarticulations faites dans ces quinze dernières années confirme ces vues théoriques, le procédé de choix donnant seulement 12 p. 100 de mortalité, alors que le procédé d'exception donne 26 p. 100 de mortalité (pour les cas non traumatiques).

Ces deux procédés ont des indications très nettes. Le procédé d'exception ne doit être employé que lorsque le tiers supérieur de la cuisse aura été atteint par une des affections qui nécessitent la désarticulation de la hanche et que l'état des tissus ne permettra pas l'emploi du procédé de choix. Ces affections sont ou d'ordre infectieux ou d'ordre traumatique. Un certain nombre de cas de tuberculose ou d'ostéomyélite ayant envahi une trop grande longueur du fémur ne pourront être guéris que par le sacrifice de tout le membre inférieur. On peut prévoir cependant que si ces affections étaient plus tôt et plus énergiquement traitées, elles ne mettraient pas le chirurgien dans la triste nécessité de pratiquer une opération grave par elle-même et par ses conséquences. Une plus stricte observation de l'antisepsie pourra diminuer les cas de mort par septicémie suraiguë qu'on a trop de tendance, dans certaines observations étrangères, à cacher sous le nom de chocs traumatique.

Enfin les écrasements du membre inférieur, plaies par armes à feu, gangrène foudroyante, tous cas où la vitalité des tissus profonds de la cuisse ou l'organisme sont sérieusement atteints, nécessitent souvent une désarticulation d'urgence.

Quant aux tumeurs, sarcomes périostiques, osseux ou des parties molles de la cuisse elles devront être également traitées par la désarticulation coxo-fémorale, mais avec peu de chances de succès radical, si on n'opère pas tout à fait dans les débuts de l'affection.

Rappelons en terminant que la mortalité générale moyenne des désarticulations de la hanche était en 1877 de 70 p. 100 (Lüning) en 1885 de 52 p. 100 (Eisenberg) ou de 44 p. 100 (Alvernhe) et est enfin en 1896 de 29,3 p. 100.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

M. Bérard (Oscar). *Considérations sur l'hystérie simulant l'épilepsie et sur les signes qui peuvent servir au diagnostic différentiel.* N° 175.

M. Chemin (Félix). *De l'influence de l'arthritisme sur quelques affections de la cavité buccale.* N° 176.

M. Chemin a tenté de mettre en relief l'importance considérable de l'arthritisme dans la genèse des maladies buccales et dentaires, ainsi que la place prépondérante qu'il occupe dans la pathologie et de montrer que l'arthritisme, par ses procédés généraux, par sa production facile et abondante de chaux, influe de la façon la plus heureuse sur le système dentaire des arthritiques, en déterminant chez eux une grande résistance de la dent. Toutes les lithiases et la *lithiase salivaire* en particulier relèvent le plus souvent de l'arthritisme et il se manifeste fréquemment par une *sialorrhée toute spéciale;* en sa deuxième phase, l'arthritisme engendre la périodontite expulsive dont la cause première réside dans la calcification excessive de la dent, dans la sclérose du ligament dentaire, dans l'*artério-sclérose* des petits vaisseaux de la dent. Quant à la cause secondaire, elle est due à l'infection microbienne; cette périodontite peut se rencontrer, non seulement dans le diabète, comme il a été dit, *mais dans toutes les formes types de l'arthritisme*; elle est susceptible d'un traitement local efficace contre l'élément microbien, mais tout à fait illusoire contre les causes premières.

La conclusion pratique est qu'à côté du traitement local qui varie pour chaque affection de la bouche, d'origine arthritique, il existe un traitement général basé sur une hygiène alimentaire.

L'hystérie est une grande simulatrice, elle simule toutes les affections organiques, elle simule aussi l'épilepsie dans toutes ses formes: grande attaque comitiale, état de mal épileptique, épilepsie partielle, automatisme ambulatoire, délire et vertige. Parfois, elle se contente d'emprunter quelques symptômes à l'épilepsie, tels que les heures de nuit, l'absence de l'aura, l'incontinence d'urine, la morsure de la langue, la présence d'un léger stertor, la perte de connaissance absolue pendant toute la durée de la crise.

Le diagnostic sera donc d'une réelle difficulté et, à vrai dire M. Bérard nous montre que chaque symptôme peut prêter à l'erreur. Mais il nous montre aussi que si l'hystérie est une grande simulatrice c'est aussi une mauvaise simulatrice; certains signes de l'épilepsie feront défaut ou seront à peine ébauchés.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Examen bactériologique de l'urine dans 22 cas de cystite (Bakteriologische Untersuchungen in 22 Fällen von Cystitis), par Richter (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org.*, 1896, vol. VII, p. 501). — L'examen bactériologique de l'urine émise spontanément et recueillie aseptiquement a donné les résultats suivants :

Sur 8 cas de cystites survenues au cours de la gonorrhée ou peu de temps après, chez l'homme, on trouva 4 fois des colibacilles, 3 fois des diplocoques en biscuit, 1 fois des diplocoques et des staphylocoques.

Dans 2 cas de cystites par infection instrumentale chez des hommes, l'urine ne contenait que des colibacilles.

Sur 3 cas de cystites d'origine inconnue chez des hommes, on trouva 2 fois des colibacilles, 1 fois des staphylocoques.

Sur 3 cas de cystites chez des prostatiques, on trouva 1 fois des proteus, 1 fois des colibacilles, 1 fois des colibacille et des staphylocoques.

Sur 3 cas de cystite avec néoplasme de la vessie, l'urine renfermait 2 fois des proteus, 1 fois des colibacilles.

Sur 3 cas de cystite chez des femmes, l'urine renfermait 2 fois du proteus, 1 fois des staphylocoques et des diplocoques.

Extirpation intravésicale des tumeurs de la vessie (Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste), par M. Nitze (*Centralb. f. d. Krankh. der Harn- u. Sex.-Org.* 1896, vol. VII, p. 377 et 470). — Le travail renferme, à côté d'une description détaillée de la technique opératoire et des instruments nécessaires, la relation de 31 cas de tumeurs bénignes de la vessie enlevées par la voie intravésicale. Tous les malades ont guéri et dans aucun l'hémorrhagie n'a été inquiétante.

Suivant l'auteur l'extirpation intravésicale doit être considérée comme le procédé de choix pour les tumeurs non cancéreuses de la vessie.

Tératome du cou (Teratoma colli strumam cysticam simulans), par N. Swoboda. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 46, p. 1062). — L'observation se rapporte à une fillette de 3 mois, apportée à la clinique pour une tumeur congénitale du cou, laquelle tumeur commençait à la région mastoïdienne gauche, traversait obliquement le cou et dépassait la ligne médiane. Elle mesurait 7 cent. 5 de longueur sur 3 cent. 5 de largeur et présentait 2 brides qui la divisaient en 3 parties : une de consistance molle, la supérieure et l'inférieure de consistance élastique; en bas et de côté elle adhérait intimement au larynx et à la trachée dont elle suivait tous les mouvements; elle était mobile sur la colonne vertébrale et n'adhérait pas à la peau. Les troubles fonctionnels étaient nuls.

D'après l'ensemble de symptômes on diagnostique un goître kystique congénital. L'opération, qui ne présenta pas de difficultés particulières montra que la tumeur extirpée se composait de tissu fibrillaire, de tissu névroglique et de cellules ganglionnaires, et qu'elle devait par conséquent être rangée dans le groupe des tératomes.

Abcès cérébral d'origine otique (Ein Beitrag zur operativen Behandlung des otogenen Hirnabscesses), par Grunert (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 52, p. 1149). — Il s'agit d'un homme de 25 ans atteint depuis très longtemps d'une otorrhée chronique du côté droit et entré à la clinique pour des douleurs qu'il éprouvait dans son oreille droite. La mastoïde ayant été trouvée enflammée, on la trépana et on trouva l'oreille moyenne remplie par des masses cholestéatomateuses décomposées. Malgré le nettoyage de l'oreille, les maux de tête persistaient de plus en plus intenses, le malade devient apathique, somnolent, le pouls se ralentit. Tout fait donc pressentir la formation d'un abcès intra-crânien qu'après l'examen du malade on localise au lobe temporal en s'appuyant sur l'absence des vomissements et des douleurs occipitales qui auraient pu faire penser à un abcès cérébelleux. La trépanation du crâne suivie de mise à nu du lobe temporal confirme le diagnostic en montrant l'existence dans l'épaisseur du lobe temporal d'un abcès contenant 30 centimètres cubes de pus à streptocoques. Guérison.

Polype tuberculeux du rectum (Ueber einen tuberculösen Mastdarmpolypen), par L. Prochownik (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 49, p. 1205). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une femme de 23 ans, entrée à la clinique pour des douleurs localisées de chaque côté de l'utérus. Au toucher on trouvait, outre les signes d'une endométrite, une tumeur des dimensions d'une petite pomme qui siégeait derrière et un peu à gauche de l'utérus et dont la compression faisait sourdre quelques gouttelettes de pus à l'orifice anal. Le toucher rectal montra que la tumeur qu'on avait sentie à travers le vagin s'insérait par un pédicule au tiers supérieur du rectum dont elle remplissait presque entièrement la lumière. Après l'ablation de la tumeur on a pu constater que la muqueuse était saine, sauf au niveau de l'insertion du pédicule où l'on sentait une tuméfaction profonde dont la ponction à travers le vagin donna issue à du pus contenant des bacilles tuberculeux.

L'examen microscopique du polype enlevé montra qu'il renfermait dans son foyer plusieurs foyers caséeux. La malade succomba plusieurs mois après l'opération à la tuberculose pulmonaire dont elle présentait déjà des signes au moment de son entrée à l'hôpital.

Les traumatismes du foie et des voies biliaires, par F. Terrier et M. Auvray. (*Rev. de chir.*, 1896, n° 10, p. 717). — L'étude des traumatismes du foie, faite très complètement au point de vue clinique, anatomique, montre que la laparotomie exploratrice au cours des traumatismes du foie, doit être pratiquée le plus tôt possible. On pourra de la sorte

remédier aux hémorrhagies si redoutables, et dans le cas où cette hémorrhagie se serait arrêtée d'elle-même, assurer l'hémostase par une suture et prévenir, par un examen de la cavité du péritoine, les accidents infectieux qui sont tant à redouter dans les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées.

Etudes cliniques et expérimentales sur la résection du foie, par KOUSNETZOFF et PENSKI (*Rev. de chir.*, 1896, n° 12, p. 954).— 1° La ligature du foie serrée légèrement ne garantit pas suffisamment contre l'hémorrhagie primitive et secondaire pendant les premiers jours après l'opération.

2° Le procédé intra-péritonéal du traitement du moignon hépatique doit être considéré comme le plus parfait, surtout si l'on fait usage du tampon recommandé par Bergmann et Eiselsberg.

3° Les aiguilles mousses pour sutures faites à travers le parenchyme hépatique évitent à coup sûr les lésions des vaisseaux et les complications qui peuvent en résulter, et facilitent la technique de la résection du foie.

4° On arrête complètement l'hémorrhagie en serrant très fort, mais aussi très progressivement, les fils des ligatures en masse à travers le foie, et on obtient ainsi une occlusion complète des vaisseaux.

5° L'application des ligatures sur un faisceau vasculaire ou sur des vaisseaux hépatiques isolés est possible.

6° La suture de l'épiploon à la surface de résection ne garantit pas toujours contre l'hémorrhagie secondaire et complique en outre la technique opératoire.

7° L'incision le long des fausses côtes donne facilement accès au foie et doit être considérée comme la plus avantageuse.

Hernie diaphragmatique étranglée (Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata), par BERGMANN (*Saint-Petersburg, med. Wochenschr.*, 1896, n° 48, p. 427). — Un homme de 29 ans reçoit au cours d'une rixe quatre coups de couteau dans le thorax; une de ces plaies, située à cinq travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche, est entourée d'un emphysème sous-cutané indiquant que la plaie est pénétrante. En absence d'une hémorrhagie ou de symptômes pulmonaires inquiétants, on n'intervient pas activement et le malade guérit complètement sans présenter de fièvre ni de complications.

Deux mois plus tard, pendant un effort, le malade éprouve brusquement une douleur violente dans l'abdomen et dans le thorax et est pris sur-le-champ de vomissements. Il rentre à la maison et prend une bonne tasse d'huile de ricin, qui ne produit aucun effet. 24 heures après, le malade se rend à l'hôpital où l'on diagnostique une hernie diaphragmatique étranglée, en s'appuyant sur l'existence d'une obstruction intestinale depuis 48 heures, sur la présence d'un épanchement dans la plèvre gauche, et sur les antécédents du malade (plaie du thorax ayant pu intéresser le diaphragme). Le malade n'a consenti à l'opération qu'au bout de 24 heures et succomba sous le chloroforme au moment où après la résection de la 7e côte gauche, on ouvrait la plèvre qui contenait près d'un litre de liquide séro-sanguinolent.

A l'autopsie on trouva dans la moitié gauche du diaphragme un trou de 8 centimètres de diamètre, à travers lequel a passé presque tout l'estomac. A la périphérie de l'orifice il existait des adhérences entre la séreuse stomacale et le péritoine diaphragmatique.

Valeur antiseptique de l'iodoforme en chirurgie. (Ueber den antiseptischen Werth des Iodoforms in der Chirurgie), par LOMRY (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LIII, p. 787). — 1° Lorsque chez un chien ou un lapin on étudie comparativement les plaies infectées de cultures streptococciques ou straphylococciques, dont les unes ont été saupoudrées d'iodoforme et les autres laissées sans pansement, on constate que les plaies traitées par l'iodoforme présentent un meilleur aspect, sécrètent moins et se cicatrisent plus rapidement que les plaies abandonnées à elles-mêmes.

2° Si les recherches bactériologiques refusent à l'iodoforme des propriétés antiseptiques, cela tient à ce que les expériences ont été faites avec des milieux de culture qui ne dissolvent pas l'iodoforme; mais si les expériences sont faites avec un milieu nutritif naturel, l'action antiseptique de l'iodoforme est manifeste.

3° L'iodoforme affaiblit la virulence des staphylocoques et des streptocoques. Il neutralise ou détruit les toxines microbiennes mais sans que cette neutralisation ou celle des bactéries soient complètes.

4° L'iodoforme, loin d'avoir une action nocive sur les mouvements et les propriétés phagocytaires des leucocytes, semble exciter l'activité de ces derniers.

MÉDECINE

La période initiale du diabète (Ueber das Anfangsstudium des Diabetes mellitus), par LOEB (*Centralb. f. inn. Mediz.*, 1896, n° 47, p. 1201). — Il résulte des observations rapportées par l'auteur que longtemps avant l'apparition des symptômes classiques (polyphagie, polydipsie, glycosurie, impuissance, etc.), le diabète est caractérisé par une glycosurie minime, souvent tout à fait intermittente. Pendant cette période initiale, les malades n'accusent aucun malaise, paraissent d'une santé florissante, augmentent même de poids. Dans ces conditions, la glycosurie en question n'est découverte qu'accidentellement. Mais une fois découverte, il faut, d'après l'auteur, la prendre très au sérieux et voir si elle ne se rattache pas à un diabète en train d'évoluer.

Endocardite ulcéreuse des valvules de l'artère pulmonaire consécutivement à une gonorrhée (Ueber einen Fall von maligner Endocarditis an der Klappen der Art. pulmonalis nach Gonorrhæ), par KELLER (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVII, p. 387). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de 35 ans qui, quatre semaines après une gonorrhée est pris de douleurs rhumatismales et entre, au bout d'un mois, à l'hôpital où à l'examen on trouve les signes d'une endocardite localisée à l'orifice pulmonaire, et accompagnée de fièvre irrégulière et de tuméfaction de la rate. Pendant le séjour du malade à l'hôpital la situation fut aggravée par une néphrite hémorrhagique, par les signes multiples d'insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire et par une péricardite qui s'est manifestée peu de temps avant la mort survenue 6 mois environ après l'infection gonorrhéique.

A l'autopsie on trouva une endocardite végétante au niveau des valvules de l'artère pulmonaire, une néphrite hémorrhagique avec infarctus dans les reins et la rate.

L'examen bactériologique du sang pris dans le cœur droit a donné des résultats négatifs; l'exsudat péricardique et les végétations de l'endocarde renfermaient des streptocoques; dans les reins on trouva des streptocoques et des diplocoques.

D'après l'auteur les ulcérations uréthrales ont servi de porte d'entrée à l'infection streptococcique qui a existé dans ce cas.

Destruction des leucocytes dans la leucémie et les anémies graves (Leucocytenzerfall im Blute bei Leukämie und schweren Anämien), par GUMPRECHT (*Deut Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVII, p. 449). — On sait que dans la plupart des leucémies il existe une élimination exagérée d'acide urique ou de corps alloxuriques et qu'il existe un rapport entre cette élimination et la destruction des leucocytes dans l'organisme. Suivant le genre des modifications des noyaux, la destruction se fait suivant le type d'hyperchromatose ou suivant celui d'hypochromatose.

Les recherches faites par l'auteur montrent qu'en dehors de l'organisme les lymphocytes dégénèrent rapidement suivant le type d'hypochromatose : les contours des noyaux deviennent inégaux, leur structure s'efface et la chromatine disparaît lentement des noyaux.

Dans les leucémies aiguës la dégénérescence des leucocytes s'effectue suivant le type indiqué plus haut et qui se retrouve encore souvent, mais non d'une façon constante, dans les anémies graves.

Dans le sang normal, la destruction des leucocytes fait défaut, ou est très minime si l'on ne compte pas avec les leucocytes polynucléaires qui, très probablement, sont de vieux leucocytes.

Injections parenchymateuses d'acide phénique dans les angines (Zur Anwendung parenchymatöser Karbolinjektionen bei tonsillären Erkrankungen), par Kramer (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 47, p. 1005. — L'auteur a constaté que le meilleur traitement prophylactique des récidives des angines phlegmoneuses consiste dans des injections interstitielles d'acide phénique, qu'on fait quelques jours après l'ouverture des abcès. Des malades qui malgré tous les moyens employés avaient régulièrement tous les 2 ou 3 mois une attaque d'angine phlegmoneuse, ont été définitivement débarrassés de leur affection par 6 à 8 injections (une injection tous les 2 jours) de 1/2 centim. cube d'une solution à 2 ou 3 p. 100.

Ponction lombaire dans l'encéphalopathie saturnine (Lumbalpunction als Eingriff bei Encephalopathia saturnina), par Seegelken (*Munchen. med. Wochenschr.*, 1896, n° 47, p. 1160.) — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 21 ans, peintre, qui au cours d'une attaque de coliques de plomb a été pris dans la nuit de convulsions généralisées dont il eut dans la nuit même 25 accès. Le lendemain matin il tomba dans un état comateux avec accélération du pouls et abolition de tous les réflexes. L'urine examinée à ce moment ne contenait pas d'albumine.

Urée comme diurétique (Harnstoff als Diureticum), par Bettmann (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 49, p. 1081). — L'auteur a essayé à la clinique d'Erb l'urée, vantée comme diurétique par Klemperer, dans 3 cas de cirrhose avec ascite, dans 4 cas de pleurésie unilatérale et dans 5 cas de pleurésie bilatérale avec ou sans péritonite concomitante. Dans aucun de ces cas, l'urée n'a produit d'effet diurétique manifeste, bien que, suivant les indications de Klemperer, l'urée ait été administrée à haute dose et continuée pendant un temps suffisamment long. La plupart des malades avaient ainsi pris plus de 200 grammes, quelques-uns jusqu'à 600 grammes d'urée, sans qu'il en résultât un inconvénient quelconque.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'obésité par l'ingestion de corps thyroïde.

Certains myxœdémateux, traités par l'opothérapie thyroïdienne, présentent une diminution rapide et quelquefois considérable de leur poids. Aussi a-t-on été amené à essayer ce traitement contre l'obésité. Dans un certain nombre de cas, le résultat obtenu a été des plus satisfaisants. En ne modifiant rien de leur régime alimentaire ou hygiénique, certains obèses ont perdu, sans dommage pour leur santé générale, jusqu'à 3, 4 et même 5 kilogrammes en une semaine. Un malade de Grawitz perdit même 3 kilogrammes en 3 jours. Voilà donc un traitement dont l'efficacité ne paraît pas douteuse. Aussi y a-t-il quelque intérêt pour le praticien à savoir dans quelle mesure il est autorisé à l'employer, quels en sont les dangers et les indications.

Tout d'abord l'extrait thyroïdien peut-il être considéré comme le spécifique de l'obésité (Guttmann) et ce spécifique est-il sans danger? Théoriquement, un médicament capable de faire perdre à des malades 47 livres (Putman), 57 livres en 3 mois (Ratjen), 66 livres en 2 mois (Rendu), est trop actif pour être employé dans tous les cas, sans accidents. En fait, si l'augmentation de l'excrétion aqueuse, la fonte du tissu graisseux, constituent l'élément le plus important de la perte de poids, il s'y ajoute vraisemblablement une excrétion anormale de l'azote, ce qui revient à une désassimilation exagérée des substances albuminoïdes. A ce sujet l'expérience de Wendelstadt sur lui-même est remplie d'enseignement. En 15 jours de traitement thyroïdien il a perdu 15 gr. 77 d'azote, c'est-à-dire 100 grammes environ d'albumine, ce qui équivaudrait à une destruction d'environ 500 grammes de chair musculaire. Or, si l'on tient compte de ce que pendant l'expérience Wandelstadt a perdu 3 kilogrammes de son poids, on voit que la destruction de chair musculaire représente 1/6 de la perte totale. Mais ces chiffres sont encore fréquemment dépassés, témoin un malade de Denning dont la perte quotidienne d'albumine atteignait 35 à 40 grammes, soit 150 à 200 grammes de chair musculaire.

Comme les autres muscles de l'organisme, le muscle cardiaque sera défavorablement influencé par le traitement. Aussi, avant de soumettre un obèse à l'ingestion thyroïdienne devra-t-on s'assurer de l'intégrité de son myocarde. Tout malade atteint de tachycardie, de crises angineuses ou pseudo-angineuses, d'arythmie cardiaque, à plus forte raison de lésions valvulaires, doit-il être éloigné de toute tentative thérapeutique de ce genre. Au surplus les accidents cardiaques observés en clinique dans les cas où cette règle a été méconnue sont-ils assez nombreux pour la justifier.

De même on n'exposera pas à cette médication les albuminuriques, les glycosuriques, les personnes âgées ou affaiblies.

En dehors de ces contre-indications, tous les obèses sont-ils justiciables du traitement thyroïdien? Il faut ici distinguer deux catégories de sujets. Les obèses jeunes, vigoureux, pléthoriques, à faciès coloré, gros mangeurs ne sont que peu ou point améliorés. L'amaigrissement est presque nul. Chez ceux-là, le succès ne peut être obtenu que par un régime diététique approprié. Au contraire les obèses au teint pâle, blafard, à chair molle, œdématiée, bouffie, retirent tous les bénéfices de la médication. Chez eux la perte de poids est rapide, les oxydations augmentées, la nutrition relevée. Remarquons que cette obésité « torpide » — qui n'est pas sans présenter quelques analogies avec le myxœdème — se rencontre particulièrement chez la femme, par opposition à l'obésité « fleurie », plus fréquente chez l'homme.

Le praticien devra en outre savoir que la perte de poids, surtout rapide pendant la première semaine, se ralentit ensuite malgré l'augmentation des doses. Au bout d'un certain temps même elle s'arrête. Il est bon par conséquent de suspendre la médication dès que cesse l'amaigrissement.

En employant des organes frais à l'exclusion des préparations diverses, tablettes, tabloïdes, etc., de provenance souvent suspecte, le médecin se met à l'abri de la plupart des accidents imputés au traitement thyroïdien. Il doit prescrire par jour 1/4 à 1/2 lobe de corps thyroïde frais de mouton, dose que l'on peut doubler et même quadrupler. Un lobe équivaut environ à 2 grammes de substance active (1).

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Hydrastinine.

Définition. — L'hydrastinine est l'un des principes actifs de l'*Hydrastis Canadensis*.

1. Cf. P. Mauclaire et G. Maurange, L'opothérapie (*Revue générale des sciences pures et appliquées*, n° 24, 30 décembre 1896).

SOLUBILITÉ. — Peu soluble dans l'eau; très soluble dans l'alcool. Ses sels sont très solubles dans l'eau, en particulier le *chlorhydrate*, qui est seul employé à l'usage hypodermique.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES. — L'hydrastinine a une action directe sur le myocarde. C'est un vaso-constricteur. A ce titre est employé comme antipériodique et antimétrorrhagique. A été préconisée contre le fibrome de l'utérus, contre les ménorrhagies congestives, l'endométrite fongueuse chronique.

Elle exerce une action favorable dans le travail de l'accouchement. Mais est inefficace contre l'hémorrhagie *postpartum*, malgré l'opinion de FALK.

L'hydrastinine a en outre une action tonique générale : elle prévient ou combat les accidents qui accompagnent et suivent la ménopause. Elle trouve sa place à côté de l'opothérapie ovarienne, dans les troubles consécutifs à la castration chez la femme.

Disons, pour être complet, qu'elle a été utilisée avec des succès divers dans le traitement de l'hémoptysie et pour combattre les sueurs des phthisiques.

Le traitement par l'hydrastinine peut être suivi fort longtemps sans inconvénient pour l'organisme. Pour cette raison ce médicament doit être préféré à l'ergotine.

DOSE USUELLE. — *Chez l'adulte* : 5 à 10 centigrammes par injection. Ne dépasser cette dose que dans des cas exceptionnels, et répartir en plusieurs quantités égales les injections de vingt-quatre heures.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats :* Peu douloureuse et nullement irritante localement.

b) *Eloignés :* Lorsque la préparation est récente il n'y a pas d'induration. Faute d'une stérilisation suffisante et d'une solution extemporanée, la plupart des auteurs ont eu des accidents qui sont parfaitement évitables. Bien entendu faut-il que la solution soit absolument limpide.

FORMULE

Chlorhydrate d'hydrastinine	1 gr.
Eau distillée bouillie	10 à 20 gr.

1/2 à 2 centim. cubes par jour.

(FALK.)

G. MAURANGE.

Comment il faut administrer le napthol.

D'après M. MAXIMOWITSCH (1) le naphtol α, trois fois moins toxique et trois fois plus antiseptique que le naphtol β, doit toujours être préféré à ce dernier.

Lorsqu'on veut antiseptiser l'intestin, le mieux c'est d'administrer le naphtol α, en solution dans l'huile de ricin, la solution en question ayant l'avantage d'agir à la fois comme évacuant et comme antiseptique de l'intestin. Pour réaliser simplement une *antisepsie de l'intestin*, on prescrira le naphtol α de la façon suivante :

Naphtol α	3 gr.
Chloroforme	0 gr. 30
Essence de menthe	0 gr. 10
Huile de ricin.	Q. s. pour faire 100 c. c.

A prendre une à deux cuillerées à bouche à 10 ans; chez les enfants de 3 à 10 ans, administrer par cuillerées à café.

Dans la *diarrhée cholériforme* et dans le *choléra* on formulera de la façon suivante :

Naphtol α.	6 gr.
Chloroforme	2 gr.
Essence de menthe	0 gr. 20
Huile de ricin	Q. s. pour faire 100 c.c.

A prendre 1 à 4 cuillerées à soupe par jour.

1. *Deut. Arch. f klin. Mediz.*, 1896, vol. LVII, p 439.

L'huile de ricin naphtolée rend de grands services au début de la *dysenterie*. Plus tard il est indiqué de donner l'huile de ricin naphtolée à doses fractionnées, par exemple une cuillerée à bouche, 2 à 4 fois par jour, 2 heures avant chaque repas.

Naphtol α.	5 gr.
Chloroforme.	1 gr.
Essence de menthe	0 gr. 20
Huile de ricin.	Q. s. pour faire 100 c. c.

Dans tous ces cas, l'huile de ricin naphtolée est donnée dans du café noir sucré ou dans de la bière ou du porter.

Le naphtol α peut encore s'administrer sous forme de tablettes comprimées, grandes ou petites.

1° Petites tablettes :

Naphtol α	0 gr. 25
Poudre de rhubarbe	0 gr. 05
Extrait de belladone	0 gr. 01
Teint. alcool. de cinamome. . . .	II gouttes

pour une tablette; en prendre 10 dans la journée; deux tablettes à la fois.

2° Grandes tablettes:

Naphtol α	0 gr. 50
Poudre de rhubarbe	0 gr. 10
Exait de belladone.	0 gr. 01
Teint. alcool. de cinamome. . . .	II gouttes

pour une tablette comprimée; à prendre 6 à 10 dans la journée, deux à la fois.

Dans certains cas d'*arthritisme*, de *goutte*, d'*oxalurie*, de *diathèse urique*, de *cirrhose du foie* où il est indiqué de réaliser l'antisepsie et d'assurer en même temps l'évacuation de l'intestin, les tablettes comprimées sont formulées de la façon suivante :

Naphtol α.	0 gr. 30
Extrait d'aloès.	0 gr. 03
(ou podophyllin	0 gr. 15)
Extrait de belladone	0 gr. 01
Poudre de rhubarbe	0 gr. 05
Teint. alcool. de cinamome	II gouttes

pour une tablette. A prendre 1 ou 2 tablettes 2 à 4 fois par jour.

Dans la fièvre typhoïde, on peut employer les tablettes suivantes:

Naphtol α	0 gr. 25
Phénacétine	0 gr. 15
Poudre de rhubarbe.	0 gr. 05
Teint. alcool. de cinamome	II gouttes

pour une tablette; 1 ou 2 tablettes toutes les 2 heures.

Dans la fièvre typhoïde grave on peut donner 3, voire même 6 ou 8 grammes de naphtol α par jour. Dans ces cas, il est préférable d'administrer le naphtol α en poudre avec de l'antipyrine, de la phénacétine, de la quinine, du salicylate de soude, suivant ces indications, sous forme de cachets :

1)	Naphtol α.	0 gr. 50
	Salicylate de bismuth.	0 gr. 12
	Poudre de rhubarbe	0 gr. 10
	Extrait de belladone	0 gr. 01

pour un cachet; n° 20. A prendre 4 à 6 cachets dans la journée,

2)	Naphtol α.	0 gr. 50
	Phénacétine.	0 gr. 40
	Bromhydrate de quinine.	0 gr. 10
	Poudre de rhubarbe	0 gr. 05

pour un cachet; n° 20. A prendre 6 cachets par jour.

3)	Naphtol α.	0 gr. 50
	Salicylate de bismuth.	0 gr. 15
	Antipyrine	0 gr. 50

pour un cachet; n° 20. A prendre 4 ou 5 cachets par jour.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Note sur un point de diagnostic et de traitement chirurgicaux des néoplasmes du foie (p. 85).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Stigmate permanent de l'épilepsie (p. 86). — La peste en Orient. — Psittacose. — *Société de médecine légale :* Modes de pendaison. — Lésions herpétiques. — *Société anatomique :* Fracture des fémure (p. 87. — Pied bot. — Tubercule cérébral du noyau lenticulaire. — Cirrhose atrophique. — Appendicite perforante. — Maladie de Parrot. — Tuberculose du cœur. — Cirrhose atrophique. — *Société de biologie :* Intoxication par le sérum d'anguille. — Toxine typhique. — Epanchements du péricarde. — Anthracose pulmonaire. — Chlorure de sodium. — Neurasthénies toxiques. — *Société de chirurgie :* Gastro-entérostomie (p. 89). — Abcès cérébral. — *Société médicale des hôpitaux :* Bacille d'Eberth. — Rhumatisme blennorrhagique (p. 90). Idiotie myxodémateuse. — Action des rayons de Röntgen. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Radiographie anatomique. — Hernie musculaire (p. 91). — Acrophagie hystérique. — Torticolis chronique postérieur. — Farcin aigu (p. 92).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Pouls inégal des deux côtés. — Exercice musculaire chez les cardiaques. — *Société de médecine berlinoise :* Ostéomalacie et opothérapie. — *Société médicale « Hufeland » de Berlin :* Insuffisance motrice de l'estomac. — Belgique. *Société belge de gynécologie et d'obstétrique :* Hystérectomie pour fibrome. — Inversion utérine. — Vomissements incoercibles pendant la grossesse. — Un cas de virilisme. — Développement embryonnaire du vagin; vulvovaginite des petites filles. — Autriche. *Société de psychiatrie et de neurologie de Vienne :* Abcès de la moelle (p. 95). — Affection bulbaire. — *Société império-royale des médecins de Vienne :* Nævus pigmentaire pileux. — *Club médical de Vienne :* Myocardite alcoolique. — *Société laryngologique de Vienne :* Stomatite épidémique. — Calcul du canal de Wharton (p. 96).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Note sur un point de diagnostic et de traitement chirurgicaux des néoplasmes du foie,

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. Tuffier.

L'essai de discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie à propos des néoplasmes du foie a mis en lumière deux points de leur histoire chirurgicale : les difficultés du diagnostic et la gravité des hémorrhagies qui suivent la simple exploration de ces tumeurs. C'est à propos de ces deux questions que je veux vous proposer deux moyens qui pourront peut-être atténuer ces difficultés sous la forme d'un élément de diagnostic et d'un mode d'hémostase.

I

Les observations de mes collègues vous ont prouvé que les néoplasmes du foie pouvaient être confondus avec des suppurations ou des kystes de la glande, et que, l'abdomen ouvert et les pièces en main, il était encore *impossible de se prononcer*, si bien qu'une ponction devenait indispensable; mais cette ponction n'est pas sans danger, elle a failli tuer par hémorrhagie la malade de M. Ricard et elle a laissé, à son dire, une malade de M. Terrier sur la table d'opération. Pour qui connaît les hémorrhagies consécutives aux incisions hépatiques, ces accidents n'ont rien d'étonnant, mais ils portent avec eux leur enseignement. Nous devons chercher les moyens de parfaire le diagnostic sans encourir une chance d'hémorrhagie. Je me suis trouvé deux fois en présence de semblables hésitations et dans les deux cas j'ai pu arriver au diagnostic par l'*exploration du hile du foie*. Mon premier malade était un ingénieur américain qui portait une tumeur hépatique arrondie, lisse, bombant à l'épigastre et sans aucun retentissement du côté des voies biliaires. Je pensais à un kyste hydatique, mais l'amaigrissement du malade me laissait des doutes. Je fis voir le malade à mon maître et ami M. Bouilly qui conclut à un néoplasme à marche rapide. La tumeur finit par bomber à l'épigastre au point de devenir vraiment sous-cutanée et fluctuante; je fis une laparotomie exploratrice; je tombai sur un foie portant une énorme tumeur blanchâtre, fluctuante, saillante sur son bord convexe et limitée. Une ponction retira un liquide séreux et floconneux, notre diagnostic n'en était pas plus avancé; je pensai alors que s'il s'agissait d'un néoplasme les ganglions seraient engorgés. L'exploration du hile me fit trouver un chapelet ganglionnaire induré. L'abdomen fut fermé et mon malade succomba à l'évolution rapide de son cancer.

Le 31 mars 1894, j'ai opéré à Beaujon une jeune fille de 22 ans, que mon collègue Gilbert, alors suppléant dans cet hôpital, m'avait adressée. Elle présentait des accidents de coliques néphrétiques répétées, subintrantes, avec un ictère variable, qui indiquait un obstacle dans le canal cholédoque. Après plusieurs mois de traitement médical, la permanence de l'obstruction du cholédoque nous conduisit à l'intervention. L'abdomen ouvert, je trouvai un gros foie, présentant sur sa face inférieure une tuméfaction diffuse et rénitente, et sur sa face convexe deux ou trois plaques grisâtres; il m'était impossible d'étiqueter cette affection et mon collègue Gilbert était aussi embarrassé que moi. L'exploration du hile du foie me fit constater la présence de *volumineux ganglions*, lisses, durs, du volume d'une grosse noix. Je portai le diagnostic de tumeur maligne du foie et je pratiquai la cholécystentérostomie; tout marcha d'abord à souhait, mais la malade mourut le 22 juin. A l'autopsie nous trouvâmes un cancer du foie avec propagation au canal cholédoque, fait entièrement rare et qui explique l'existence des coliques hépatiques.

Ces deux faits, joints à l'histoire des erreurs de diagnostic qui nous ont été signalées, me permettent de dire : l'exploration du hile du foie s'impose dans tous les cas d'hésitation diagnostique; la présence de ganglions plus ou moins nombreux sera l'expression extérieure d'un cancer du foie, mais je me hâte d'ajouter *que leur absence ne peut entraîner la conviction qu'il ne s'agit pas d'un cancer*. Les recherches de Hanot et Gilbert montrent que le cancer secondaire et l'adéno-épithéliome n'engorgent pas les ganglions et se propagent par les veines. Mais le cancer primitif, celui que nous avons la prétention, peut-être grande, d'attaquer, s'accompagne presque toujours d'engorgement ganglionnaire du hile. La présence de ces ganglions est non seulement un élément précieux de diagnostic, mais elle contre-indique toute tentative d'intervention radicale et elle rend inutile l'exploration dangereuse par ponction.

II

La question d'*hémostase* joue le plus grand rôle dans l'ensemble de nos opérations sur le foie, mais elle acquiert une importance capitale quand il s'agit de néo-

plasmes. Les tentatives d'hémostase par de nouveaux procédés sont donc très justifiées. Nous savons en effet que les tumeurs malignes, surtout viscérales, s'accompagnent en général d'une vascularisation extrême des tissus, vascularisation qui se traduit par une énorme dilatation des veines et même des artères dans le territoire de l'organe atteint. Pour les tumeurs du rein, du testicule, du pylore, le fait est tellement connu qu'à la simple inspection de l'organe on peut déjà affirmer l'existence d'un cancer sous-jacent. Les tumeurs du foie sont variables à cet égard. Un grand nombre suivent la loi commune, mais il en est qui ne s'accompagnent pas d'hypérémie *appréciable*. Dans tous les cas le tissu même de l'organe est toujours plus vascularisé qu'à l'état normal. Aussi l'hémostase en cas d'hémorrhagie est-elle alors tout particulièrement pénible; la friabilité des tissus rend inefficaces nos moyens généraux d'hémostase et les faits qui nous ont été cités prouvent bien la gravité des hémorrhagies et notre impuissance. J'ai cherché de ce côté, au point de vue expérimental et à ce seul point de vue si on ne pourrait appliquer en chirurgie hépatique le moyen qui m'a rendu si souvent service en chirurgie rénale, la *compression digitale et temporaire* du pédicule. Si chez un chien (dont le pédicule hépatique est beaucoup plus difficile à saisir que chez un homme) on pratique une laparotomie et on met à découvert le foie lobé, on peut constater facilement l'influence de cette compression du pédicule. Il suffit de faire une longue et profonde incision ou résection du foie pour voir : 1° que l'hémorrhagie abondante a lieu par des artères qui donnent beaucoup et par des veines; 2° que si on comprime alors entre deux doigts le pédicule de l'organe, l'hémorrhagie s'arrête presque instantanément et il ne persiste qu'une légère rosée sanguine à la surface de la plaie. A mesure que la durée de la compression augmente ce suintement sanguin s'atténue et disparaît lui-même complètement. Il est probable que ce dernier suintement est dû au sang des veines sus-hépatiques, et ces dernières, cessant elles-mêmes d'être alimentées, cessent de donner. Je ne sais si le même procédé d'hémostase sera praticable chez l'homme et s'il donnera les mêmes résultats, mais les quelques recherches cadavériques que j'ai pu faire semblent prouver que la compression du pédicule est relativement facile. L'index gauche introduit dans l'hiatus de Winslow, le pouce peut comprimer tout le pédicule vasculaire sans provoquer aucune lésion. Je crois que, pour cette striction, les doigts sont de beaucoup préférables aux instruments. Il est certain que je ne puis donner à cet égard qu'une indication, mais je serai très heureux de connaître le résultat de ce procédé d'*hémostase temporaire et préventive* appliqué sur le vivant et que tout me porte à croire absolument sans danger.

REVUE DES THÈSES

Thèse de la Faculté de Bordeaux.

M. CAILLET (Joseph-Lucien). *Rôle clinique et séméiologique des acides sulfoconjugués de l'urine.* N° 14.

M. GERMAIN (Jules-Charles-Jean-Louis). *De quelques lésions simulant la pelade. Contribution au diagnostic de la pelade.* N° 39.

M. LE DANTEC. *Etude sur les armes empoisonnées et les poisons des flèches.* N° 15.

M. ROUX (Georges). *De l'urticaire pigmentaire.* N° 10.

M. GIBIAT (Jean-Auguste). *Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta sans hémorrhagies* N° 44.

Il résulte du travail de M. CAILLET que l'indican et les acides sulfoconjugués sont des produits de désassimilation formés dans l'intestin et éliminés en grande quantité par les urines, lorsque le foie est altéré dans son rôle antitoxique. On trouve l'indicanurie dans les maladies du tube digestif, chez les paludéens, chez les malades porteurs de tumeurs, etc.

Pour le diagnostic des suppurations latentes, ce symptôme peut être utile dans les abcès voisins du tube digestif qui contiennent probablement des bactéries intestinales. Dans les auto-intoxications gastro-intestinales, la toxicité des urines augmente avec les acides sulfoconjugués. Ces derniers suivent la marche de la température.

Certaines alopécies circonscrites dues à des causes diverses peuvent simuler la pelade. Elles ont été étudiées par M. GERMAIN.

Il y a des alopécies congénitales qui datent de la naissance et persistent sans changement. D'autres, au contraire, survenues après un abcès du cuir chevelu sont passagères et disparaissent dès que la cause qui les a produits cesse. Lorsque l'alopécie succède à une tumeur bénigne, il peut y avoir destruction des bulbes pileux et, par suite, plaque persistante.

Les tondantes trichophytiques seront reconnues par un examen histologique. L'auteur signale encore, comme pouvant en imposer pour la pelade, la morphée du cuir chevelu et certaines alopécies atrophiques.

Le travail de M. LE DANTEC contient une étude complète des armes empoisonnées au point de vue de leur classification, de leur distribution géographique, de leurs effets physiologiques et du traitement approprié au poison employé.

Les peuples sauvages, pour empoisonner leurs armes, ont pris ce que la nature a mis à leur portée : alcaloïdes végétaux dans les pays à végétation luxuriante des zones tempérées et tropicales; produits animaux (venins des serpents, des batraciens, des insectes) dans les pays pauvres en végétation toxique et riches en faune venimeuse; virus (suc des cadavres, terre tétanigène des marais) dans les régions dépourvues de flore et de faune toxiques.

L'affection étudiée par M. ROUX est une maladie de la première enfance qui dure plusieurs années. Elle débute par des élevures rouges, auxquelles succèdent des taches brunes, les unes saillantes, les autres aplaties. A la période d'état surviennent des poussées congestives accompagnées parfois de vésicules ou de bulles.

Histologiquement on trouve : 1° dans les plaques saillantes, des cellules spéciales (Mastzellen) accumulées dans les couches moyennes du derme et le long des vaisseaux; 2° dans les plaques affaissées, du pigment dans les couches profondes de l'épiderme et les papilles du derme.

Le pronostic n'est pas grave.

Le placenta prævia, dit M. GIBIAT, peut assez souvent évoluer sans hémorrhagie. Cela est dû soit à la diminution ou à la cessation de la circulation placentaire, soit au décollement graduel du placenta et à la formation de caillots; mais c'est surtout dans le siège même de l'insertion, à la partie inférieure et postérieure, qu'il faut rechercher l'explication du phénomène.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 Janvier 1896.

Un stigmate permanent de l'épilepsie.

MM. Mairt et Vires. — On sait combien le médecin légiste, placé en présence d'un individu soupçonné atteint d'épilepsie, a de difficultés pour dépister la simulation, et cela même lorsqu'il assiste à une attaque convulsive.

Qu'on envisage l'attaque d'épilepsie, ou la névrose en dehors de toute attaque on trouve :

a) Pour l'attaque, des symptômes permettant de dépister la simulation. Ils sont fournis par les modifications que produit l'attaque sur les échanges organiques, et par les modifications que produisent les différentes phases de l'attaque sur la toxicité urinaire et sur la marche générale de la température.

b) Pour la névrose, un stigmate permanent : l'hypotoxicité urinaire, qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive ou d'épilepsie larvée.

La connaissance de ce dernier stigmate nous paraît de la plus haute valeur pour diagnostiquer la névrose épilepsie dans nombre de cas et pour étudier, avec un criterium nouveau, l'épilepsie larvée.

La peste en Orient.

M. Proust, à propos de l'épidémie actuelle, lit une étude d'où il conclut que la présence de la peste à Bombay, l'aggravation de l'épidémie, la possibilité de son importation en Europe par le golfe Persique ou la mer Rouge ne justifient que trop les résolutions de la conférence de 1894. Si la convention signée à Paris avait été ratifiée par les Etats participants, le service sanitaire international fonctionnerait déjà et protégerait aujourd'hui la Perse et l'Europe. La Perse ne serait pas réduite, pour se défendre, à accepter les services du consul anglais. Il faut donc accomplir aussi vite que possible ces résolutions. Il y aurait également lieu, comme on l'a proposé, de créer une union sanitaire internationale contre la propagation des épidémies, union qui rendrait pour la protection de l'Europe contre la peste les mêmes services que pour la défense contre la fièvre jaune et le choléra.

Ces vœux ne peuvent avoir une réalisation immédiate. Il faut donc, en attendant, interdire les pèlerinages de la Mecque et surveiller les provenances de Bombay. L'application de notre règlement de police sanitaire maritime de 1896 donne toute garantie pour la défense de notre territoire.

M. Roux, après avoir donné une description rapide du bacille et avoir rappelé le rôle des rats dans la genèse et la propagation de la maladie, montre que les rats peuvent prendre la peste par ingestion; il insiste encore sur la probabilité, admise par Pasteur, d'une persistance du virus atténué dans les pays infestés pour expliquer les renaissances épidémiques en apparence spontanées. Dès lors il est probable que la destruction des rats serait une mesure prophylactique importante.

Un fait important est que chez l'homme le bacille existe dans le sang avant la mort : d'où la possibilité de diagnostiquer de bonne heure même les premiers cas, et de prendre les mesures voulues.

M. Roux donne un bref résumé de l'évolution clinique de la peste à bubon, puis il passe à l'analyse des recherches de M. Yersin. Cet auteur, ayant conféré l'immunité à un cheval par injections intraveineuses successives, a constaté que le sérum de cet animal était pour la souris à la fois préventif et curatif. Dès lors, M. Yersin est parti pour la Chine et, avec du sérum venu de Paris, a pu traiter 26 malades atteints de peste confirmée (3 à Canton, 23 à Hanoï) et a obtenu 24 guérisons. L'hostilité des Chinois envers les Européens l'empêche, à son grand regret, d'apporter une série plus nombreuse, mais ces chiffres, malgré leur faiblesse, ne peuvent être attribués à un hasard heureux, pour une maladie qui cause, au bas mot, 80 p. 100 de décès.

Psittacose.

M. Blanquinque (de Laon), lit sur le diagnostic de la psittacose une note qui sera publiée dans le prochain numéro.

Élection.

M. Farabeuf est élu membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie par 44 voix contre : MM. Hénocque, 1, Rémy 2, Poirier 2, Retterer 2, Reynier 19, bulletins blancs 2.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Modes singuliers de pendaison.

M. Dufour (de Marseille) a envoyé l'observation d'un homme de quarante-deux ans, que l'on trouva pendu au milieu d'une corde tendue transversalement aux parois de la chambre et qui décrivait deux tours autour de son cou; les pieds effleuraient le sol; une chaise était renversée près de là; le corps était déjà en putréfaction; la langue sortait de la bouche, etc.

D'après M. Dufour l'individu, monté sur la chaise, aurait enroulé, autour de son cou, le milieu de la corde, jusqu'à ce qu'elle fut tendue; il aurait ensuite repoussé la chaise avec les pieds; la chute brusque du corps a réalisé la pendaison, et la perte de connaiseance a dû être subite.

M. Briand a observé une mélancolique, sujette à des idées de suicide, qui s'était pendue de la façon suivante : elle prenait l'air dans une pièce où flottait un fil de fer fixé à deux murailles, et sur lequel elle s'accoudait volontiers. Pendant que la surveillante avait le dos tourné, la malade avait fait avec le fil de fer un tour autour de son cou, puis s'était brusquement appuyé avec les bras sur le fil de fer; le poids du corps l'avait tendu, et il y avait eu perte immédiate de connaissance.

Un autre mélancolique s'est pendu au pied d'un lit, élevé du sol à peine de 40 centimètres. Il était couché près du lit, parallèlement à lui.

M. Garnier a observé un cas identique chez une mélancolique qui avait fabriqué un lien, l'avait attaché au pied de son lit, passé autour de son cou, puis s'étendant, comme vient de le dire M. Briand, la striction avait amené la mort.

Ce qui est très curieux c'est que ce cadavre ne présentait ni sillon au cou, ni suffusion hémorrhagique; il y avait si peu de traces de strangulation que le commissaire de police aurait réclamé l'autopsie si l'accident n'avait pas eu lieu à l'infirmerie spéciale, et dans les circonstances que nous venons de rapporter. Ces faits sont intéressants à connaître, car si pareil événement se produisait dans d'autres conditions, il pourrait donner lieu aux plus graves suppositions.

Lésions herpétiques simulant des plaques muqueuse.

M. G. Brouardel. — Un jeune homme de dix-neuf ans, à antécédents héréditaires alcooliques et hystériques, pédéraste passif par plaisir et non par profession, entre dans le service de M. Fournier, avec une inflammation péri-anale donnant l'idée de plaques muqueuses.

Comme le patient nie la syphilis, et qu'on ne saurait affirmer sur une seule lésion le diagnostic de cette affection, avant de prescrire le traitement spécifique on a recours au nettoyage de de l'individu et au pansement des parties malades avec la pommade à l'oxyde de zinc. Sous l'influence de cette médication l'aspect des lésions change, en même temps qu'une poussée d'herpès sur la verge démontre qu'il ne s'agit, en réalité, que d'une dermite papulo-vésiculeuse, développée sous l'influence de la malpropreté de l'individu.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 Janvier 1896.

Fracture symétrique spontanée des fémurs par ostéo-sarcomes.

MM. Keim et **Dartigues** rapportent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour une fracture spontanée du fémur droit. La malade, qui présentait un aspect cachectique, a pu sortir au bout de deux mois, mais quinze jours plus tard elle rentra de nouveau pour nouvelle fracture spontanée du fémur gauche, au même niveau que la première. Comme à l'examen on trouva une masse dure, sous-musculaire au niveau de la fracture, on diagnostiqua un ostéo-sarcome. La malade mourut au bout de quelque temps avec des phénomènes de cachexie cancéreuse.

A l'autopsie on trouva une masse sarcomateuse double, avec

hémarthrose à droite, de consistance dure, et entourent l'os au niveau du foyer de la fracture. Dans le poumon il existait des noyaux sarcomateux nombreux. Rien dans les autres viscères.

L'examen histologique a démontré un sarcome à myéloplaxes, et quelques points calcifiés.

Double pied bot congénital.

M. Ardouin présente le squelette de deux pieds bots provenant d'un fœtus à terme, qui était en outre porteur de malformations multiples.

Des deux pieds, le droit était en varus équin, le gauche en talus valgus. A côté de la rétraction de toutes les parties molles, il y avait des altérations osseuses importantes : obliquité énorme du col de l'astragale dans le varus équin, beaucoup moindre dans le talus valgus, déformation très accusée du calcanéum gauche.

Les parents, sains et bien portants, avaient déjà eu un enfant mort-né hydrocéphale.

Tubercule cérébral du noyau lenticulaire.

M. Castaigne présente des pièces provenant de l'autopsie d'un enfant de 7 ans, mort de méningite tuberculeuse aiguë, après avoir présenté pendant un an des phénomènes d'hémiplégie gauche. Une tumeur siégeait dans l'épaisseur de la substance cérébrale et occupant la région des noyaux gris. Histologiquement, cette tumeur était du tubercule très net.

Ce tubercule, dont le grand axe mesurait 5 centimètres et le petit axe 4 centimètres environ, s'est surtout développé aux dépens du noyau lenticulaire. Il dépassait les limites du noyau lenticulaire, occupait la région de la capsule interne, et empiétait même un peu sur la couche optique qui limitait la tumeur en dedans.

Cirrhose atrophique.

M. Castaigne montre les pièces d'une femme morte à l'âge de 67 ans, à l'hospice d'Ivry. On trouva un foie qui, macroscopiquement et au microscope, avait tous les caractères d'une cirrhose typique de Laënnec.

Cette pièce est intéressante au point de vue clinique, parce que les premiers symptômes de cirrhose remontent à 1872, époque à laquelle la malade avait eu une ascite, ponctionnée à trois reprises, en même temps que des troubles dyspeptiques.

Au point de vue anatomique, le point intéressant semble être la dilatation très marquée de la veine ombilicale, qui peut expliquer la longue survie de la malade, malgré sa cirrhose très marquée.

Appendicite perforante.

M. Mauclaire rapporte l'observation d'un individu qui, brusquement, au milieu du plus parfait état de santé, tomba à la renverse et présenta tous les symptômes de l'occlusion intestinale. Il se plaignait cependant d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Lorsqu'on l'amena à l'hôpital, il ne pouvait plus être question d'opération.

A l'autopsie, on trouva un gros foyer de suppuration dans la fosse iliaque et fusant dans la cavité pelvienne. L'appendice n'apparut pas tout d'abord, il était relevé en arrière, accolé au cæcum, et recouvert d'un feuillet péritonéal qui le masquait complètement. Il était perforé à sa partie moyenne.

Un cas de maladie de Parrot.

M. Labbé montre les pièces d'un enfant, syphilitique héréditaire, âgé de 10 jours, qui a présenté une pseudo-paralysie des deux membres supérieurs. A l'autopsie, on ne trouva pas de lésion spécifique dans les viscères, mais la plupart des os longs présentaient des altérations médullaires, au voisinage de l'épiphyse. Les humérus offraient une exostose circulaire, au niveau du col chirurgical; la tête de l'os était légèrement mobile sur la diaphyse.

Sur une coupe longitudinale, on trouva le cartilage vascularisé, la ligne d'ossification irrégulière, remplacée par une substance gris jaunâtre, molle, et limitée à ses deux extrémités par la section de l'exostose. Le cartilage épiphysaire était très vasculaire et séparé de l'os diaphysaire par un tissu inflammatoire, riche en vaisseaux, en cellules embryonnaires, et parsemé d'îlots cartilagineux, ou osseux irréguliers.

La localisation de l'ostéophyte aux deux extrémités de la ligne ostéo-chondrale, siège de décollements, fait songer que certains de ces ostéophytes, ne sont que des cals viciés par la syphilis, et destinés à empêcher le décollement total de l'épiphyse.

Tuberculose du cœur.

M. Fontoynont présente un cœur qui est le siège d'une symphyse complète et totale. Les ganglions du médiastin sont tuberculeux. Dans l'oreillette droite existe une série de noyaux, quelques-uns de la grosseur d'une petite noix, englobant la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire. Quelques tout petits noyaux dans l'oreillette du côté opposé. Rien dans les ventricules.

Cirrhose atrophique à marche rapide.

M. Faitout rapporte l'observation d'un homme de 44 ans, qui est entré à l'hôpital pour une cirrhose atrophique dont le début ne remontait pas à un mois et qui a succombé.

Ce malade ne présentait, pour ainsi dire, pas de signes d'alcoolisme et ne buvait qu'un litre de vin par jour.

Presque dès le début il exista un subictère qui se fonça de plus en plus, jusqu'à la période terminale.

L'affection évolua si rapidement qu'on avait pensé à un certain moment, à l'existence d'un adéno-épithéliome. A l'autopsie, on trouva, outre les lésions caractéristiques du foie clouté, de volumineuses varices œsophagiennes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 Janvier 1896.

Sérothérapie dans l'intoxication par le sérum d'anguille.

M. Richet. — On sait depuis les recherches de M. Mosso que le sérum du sang d'anguille est extrêmement toxique et qu'à la dose de 1/10 de centim. cube injecté dans les veines il tue le lapin.

J'ai étudié les effets locaux du sérum d'anguille et j'ai constaté qu'à la dose de 1/2 centim. cube injecté sous la peau d'un lapin, il provoque de l'œdème, des eschares suppurées ou non, et une série de troubles généraux passagers. Or le sang du lapin ainsi traité atteint des propriétés antitoxiques remarquables.

Voici 2 lapins dont 1 avait été inoculé avec du sérum de lapin ayant reçu une injection sous-cutanée de sérum d'anguille, et un autre qui n'avait subi aucune préparation. J'injecte à chacun dans une veine de l'oreille 3 centim. cubes de sérum d'anguille et vous voyez que, tandis que le premier lapin n'a rien, le second est pris au bout de 2 minutes de convulsions généralisées et succombe 1 minute après.

Toxine typhique.

M. Chantemesse est arrivé à obtenir une toxine typhique liquide en cultivant un bacille d'Eberth très virulent, extrait de la rate d'un malade, sur un milieu composé de moelle osseuse, de tissu splénique et de sang défibriné. Dans ce milieu la culture pousse rapidement et forme des toxines liquides.

Ces toxines se conservent mieux à la température de la chambre que sur la glace et disparaissent sous l'influence de l'air et de la lumière. Si l'on acidifie le bouillon, la toxine disparaît.

L'ingestion de ces toxines est inoffensive : mais injectées dans les veines elles provoquent de l'hypothermie et de la diarrhée et tuent les animaux. Si la dose est moins élevée, les animaux peu-

vent réagir contre l'hypothermie, la diarrhée et les phénomènes généraux sont moins intenses, mais la mort n'en survient pas moins au bout d'un temps plus ou moins long. A l'autopsie on trouve une grosse rate, une infection de l'intestin et de la congestion pulmonaire.

La toxine peut servir à immuniser les animaux dont le sérum acquiert des propriétés antitoxiques. Les typhiques traités par ce sérum présentent généralement une modification favorable de l'état général, du pouls et de la température.

Compression du cœur par les épanchements du péricarde.

M. François-Franck a fait, pour étudier le mécanisme de la compression du cœur par un épanchement du péricarde, 4 séries d'expériences : 1° sur le cœur isolé; 2° sur les animaux curarisés à thorax ouvert; 3° sur les animaux curarisés à thorax fermé; 4° sur les animaux non curarisés à thorax fermé.

Il a constaté que quand le cœur est isolé la circulation s'arrête quand la contre-pression au niveau des oreillettes devient très légèrement inférieure à la pression sans laquelle le sang arrive dans le cœur.

Chez les animaux curarisés à thorax ouvert la contre-pression au niveau des oreillettes doit être bien plus élevée que la pression pour que la circulation s'arrête. Cet arrêt est du reste passager car l'accumulation du sang au-dessus des oreillettes augmente la pression qui vainc la contre-pression et pour obtenir un arrêt de la circulation la contre-pression doit être de nouveau augmentée. Le tracé sphygmographique du pouls est alors caractéristique du pouls paradoxal.

Chez les animaux curarisés à thorax fermé, les phénomènes qu'on observe sont les mêmes que ceux chez les animaux à thorax ouvert.

Chez les animaux non curarisés à thorax fermé, la contre-pression doit être encore plus élevée car par la dyspnée à inspirations profondes l'animal lutte efficacement contre la contre-pression.

Recherches expérimentales sur l'anthracose pulmonaire.

MM. Paul Claisse et **O. Josué**. — Dans 2 communications antérieures nous avons publié une partie de nos recherches dont nous donnons aujourd'hui les conclusions générales.

72 animaux ont été mis en expérience pendant 10 mois. Les uns sont seulement rendus anthracosiques; chez les autres nous créons en outre divers états morbides.

1° *Conséquences de l'anthracose simple.* — L'examen histologique prouve que les particules de charbon disséminées ou groupées par amas dans le parenchyme pulmonaire ne déterminent pas de réactions inflammatoires et cela même au bout de 260 jours. L'analyse physiologique montre aussi la tolérance parfaite de l'organisme : la santé générale n'est pas altérée, la fonction respiratoire reste normale, ainsi que le prouve en particulier l'examen du sang sur lequel nous avons déjà insisté.

2° *Influence de l'anthracose sur les états morbides.* — Les divers états morbides locaux et généraux que nous avons déterminés ont évolué de la même façon chez les animaux anthracosiques et chez les témoins non anthracosiques dans 11 cas. 2 fois seulement chez des animaux porteurs de pneumoconioses invétérées, l'évolution pathologique a été activée.

3° *Influence des états morbides sur l'anthracose.* — 19 expériences; dans chacune 2 animaux passent en même temps dans la cage à fumée : l'un sert de témoin, l'autre subit en outre diverses actions expérimentales.

Le plus souvent les différences sont peu marquées. Elles sont nettes chez les tuberculeux et chez les animaux qui ont subi la section d'un pneumogastrique : chez ces derniers surtout l'anthracose est beaucoup plus développée que chez les témoins.

Nous concluons de l'ensemble de ces recherches que le charbon est incapable de produire par sa seule présence dans le poumon humain les lésions qu'on lui a attribuées ; bronchite, dilatation des bronches, pneumonie chronique, phthisie et cavernes anthracosiques. Le charbon peut dans une certaine mesure préparer ces divers processus et leur donner leur physionomie anatomique et clinique un peu particulière; mais en réalité ces lésions variées doivent relever d'affections surajoutées, infections bronchopulmonaires diverses et surtout tuberculeuses.

Action du chlorure de sodium sur l'organisme du lapin.

M. E. Maurel. — Pour le lapin, aux doses que l'on peut considérer comme thérapeutiques :

1° Les solutions fortes à 7 grammes pour 100 centim. cubes augmentent le poids de l'animal et favorisent la reconstitution du sang, mais elles n'ont qu'une action faible ou nulle sur la diurèse; 2° les solutions étendues. au contraire (3 gr. 50 p. 1000 centim. cubes) favorisent la diurèse; mais elles n'ont qu'une action faible ou nulle sur l'augmentation du poids et la richesse du sang et même la diminuent.

Neurasthénies toxiques.

M. Artault de Vevey rapporte 2 cas d'intoxication par simples exhalations de laurier-rose se trouvant dans la chambre des malades. Dans le premier cas il s'agit d'un domestique qui couchait dans une pièce où on remisait l'hiver des lauriers et qui présentait des troubles généraux et nerveux, avec pâleur, anémie, ralentissement du pouls, qui cessaient et reprenaient alternativement, suivant que le malade quittait ou reprenait sa chambre, et que M. Artault n'hésita pas à attribuer aux lauriers, pour avoir éprouvé autrefois les mêmes phénomènes, vertiges violents, difficulté grande à se tenir debout, 53 pulsations, état neurasthénique consécutif, toutes les fois qu'il lui arrivait de conserver dans la chambre des lauriers qu'il élevait sur une terrasse.

Il est intéressant de noter qu'il n'y avait pas de fleurs et que l'intoxication s'est produite ici par simples émanations de feuilles.

Une autre fois M. Artault observa un empoisonnement sérieux par ingestion d'une spécialité pharmaceutique, dite tisane purgative, qui renfermait des feuilles et des fleurs de cytise, sans doute mises par erreur pour des fleurs et des feuilles de baguenaudier, qui servent, comme on le sait, à falsifier le séné. La malade victime de cet accident resta malade pendant près de 3 mois et conserva un état neurasthénique grave pendant plus de 2 ans.

M. Weiss présente un nouveau régulateur de température.

M. Thomas donne la description d'un faisceau qui se rend de la moelle directement au cervelet.

M. André Broca expose une nouvelle interprétation de phénomènes qui se passent dans la rétine à la suite des excitations lumineuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Janvier 1897.

De la torsion du bout supérieur de l'intestin dans la gastro-entérostomie.

M. Reynier, en revenant sur le cas de gastro-entérostomie rapporté par M. Monod et dans lequel la mort est survenue avec des symptômes d'obstruction intestinale, estime que cet accident est dû à ce fait que, dans le cas de M. Monod, la torsion du bout supérieur de l'intestin n'a pas été pratiquée avant l'abouchement. En effet, quand on ne fait pas cette torsion, l'intestin se coude, le bout supérieur, rempli des matières refluant de l'estomac, comprime et aplatit le bout inférieur de l'intestin abouché. Ces accidents ont été signalés par Wölfler, Guinard, Villar et d'autres.

Pour éviter cet accident, Chaput, Jaboulay, Roux, Kocher, ont décrit différents procédés opératoires relatifs à la fixation du bout supérieur. A ces procédés M. Reynier préfère la simple torsion.

Il est vrai que dans certains cas la guérison survient sans qu'on ait fait la torsion de l'intestin : il est probable que dans

ces cas la portion de l'intestin abouchée est assez mobile et assez éloignée du duodénum.

M. Quénu a fait dans un bon nombre de cas la gastro-entérostomie sans faire la torsion de l'intestin; malgré cela ses malades ont guéri de l'opération et n'ont pas présenté de phénomènes d'occlusion intestinale.

M. Chaput fait observer que les vomissements bilieux consécutifs à la gastro-entérostomie sont dus à plusieurs causes : coudure de l'intestin, passage des matières stomacales dans le bout supérieur, d'où aplatissement du bout inférieur, reflux de la bile du bout supérieur dans l'estomac. La formation d'un éperon est due probablement à la brièveté du mésentère. Pour éviter tous ces accidents, le mieux et le plus simple est, d'après M. Chaput, de faire la torsion de l'intestin.

M. Ricard a observé un cas qui confirme les idées que vient d'émettre M. Reynier.

Il s'agit d'une malade à laquelle il a fait la gastro-entérostomie sans torsion de l'intestin. Deux ou trois jours après l'opération, il survint des vomissements bilieux extrêmement abondants. Au cinquième jour, M. Ricard ouvrit de nouveau le ventre et vit alors le bout supérieur de l'intestin abouché considérablement distendu et comprimant le bout inférieur. Il fit un abouchement jéjuno-duodénal, et les vomissements s'arrêtèrent immédiatement.

Abcès cérébral d'origine otique.

M. Reynier présente les pièces d'un malade qu'il a opéré pour un abcès cérébral consécutif à des lésions de l'oreille moyenne.

Ce malade est entré à Lariboisière le 2 janvier 1897. Il avait de la fièvre, se plaignait de maux de tête et présentait de plus un écoulement de l'oreille.

M. Reynier commença par faire la trépanation de l'apophyse mastoïde. Mais, malgré l'intervention, la température resta élevée, et le malade eut de l'aphasie. M. Reynier se décida alors à faire la trépanation du crâne sur la ligne indiquée par Poirier, au niveau des circonvolutions frontales. Mais une ponction à ce niveau dans le cerveau ne donna rien, et, pour trouver l'abcès, qui siégeait dans le lobe occipital, il a fallu agrandir l'orifice de trépanation et ponctionner très obliquement en arrière. On incisa l'abcès cérébral et on plaça un drain.

La température tomba et l'aphasie disparut après l'opération. Mais, au bout de 2 heures, la température remonta de nouveau et présenta de grandes oscillations, et le malade mourut au bout de 6 jours. A l'autopsie, on trouva un abcès cérébral occupant le lobe temporo-occipital; il existait de plus une phlébite des sinus, des abcès dans les poumons et dans le foie.

Le fait intéressant dans ce cas consiste, d'après M. Reynier, en ce que l'aphasie a été due non pas à une lésion directe de la troisième circonvolution frontale, mais à la compression du lobe frontal par un abcès du lobe temporo-occipital. En second lieu il vaut mieux, d'après M. Reynier, trépaner un peu plus en arrière.

M. Broca fait observer que si M. Reynier avait suivi la voie mastoïdo-pétreuse il serait arrivé directement et sur le sinus thrombosé et sur l'abcès cérébral reposant sur l'os malade, et n'aurait pas fait d'inutiles ponctions.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que dans les faits de localisation cérébrale il faut se souvenir que des lésions cérébrales considérables peuvent donner de l'aphasie ou de l'épilepsie jaksonienne par simple compression des régions correspondantes.

M. Brun pense aussi que M. Reynier aurait dû aborder le cerveau par l'oreille moyenne, d'autant que dans les cas de ce genre les abcès siègent presque toujours dans le lobe temporo-occipital.

M. Félizet présente un malade chez lequel il découvrit un morceau de verre placé dans la main, au moyen des rayons de Röntgen.

M. G. Marchant présente des pièces de péritonite purulente due à un abcès aréolaire du lobe gauche du foie, le pus ayant fusé le long du côlon descendant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Janvier 1897.

Septicémie grave sans bacille d'Eberth et avec agglutination

M. Ferrand rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'une piqûre profonde de l'index gauche, a été pris d'un frisson et est entrée au bout de quelques jours à l'hôpital avec un ensemble de symptômes faisant penser à une fièvre typhoïde. Il avait notamment une fièvre de 39°, un peu de douleur d'adénite dans l'aisselle gauche, un fort état saburral, une grosse rate, de l'albuminurie. Le lendemain on pratiqua la séro-réaction, le sang étant recueilli au moyen d'une ventouse scarifiée, mais on n'observa aucune agglutination, ni extemporanée, ni après séjour à l'étuve.

L'adénite axillaire s'étant accusée et compliquée même d'un début très net de phlegmon dans la région sous-claviculaire, le malade est passé le jour suivant en chirurgie et est opéré par 2 incisions, l'une au niveau du cou, l'autre au niveau du grand pectoral Il n'en sort que de la sérosité sanguinolente sans pus véritable.

Le 25 octobre, l'état général persistant grave le malade est ramené dans le service de M. Ferrand, où ses plaies commencent à suppurer et où l'on fait un nouvel examen du sérum qui donne cette fois une agglutination extemporanée très nette. De plus, l'ensemencement d'un tube de bouillon produisit, le lendemain, un dépôt floconneux au fond du tube, le reste du bouillon restant clair.

Deux autres examens faits les jours suivants donnent également des résultats positifs.

A l'autopsie du malade, qui a succombé 3 semaines après son entrée à l'hôpital, on trouva une grosse rate, une psorentérie avec congestion légère de la muqueuse de l'intestin grêle, les plaques de Peyer restant intactes; un gros foie, une dégénérescence graisseuse de la substance corticale des reins, une congestion avec un peu de splénisation de la base droite.

L'ensemencement de la rate dans le bouillon donne du streptocoque en longues chaînettes, et au bout de 48 heures on constate qu'il s'agit de streptocoque pur.

Il résulte de cette observation qu'un malade atteint de septicémie grave, à streptocoques, sans bacille d'Eberth, après avoir offert d'abord une réaction négative, a présenté, dans 2 examens scucessifs, la réaction agglutinative, telle que M. Widal l'a décrite.

M. Widal trouve le fait exceptionnel et pense qu'on n'a pas pris les précautions nécessaires pour pratiquer le séro-diagnostic.

Rhumatisme blennorrhagique avec troubles trophiques cutanés

MM. L. Jacquet et Ghika. — Le malade qui fait l'objet de notre communication a présenté, au cours de 3 attaques de rhumatisme blennorrhagique généralisé, des troubles trophiques cutanés fort intéressants, consistant essentiellement en la production de cornes cutanées disséminées sur la plante des pieds.

Ces cornes, peu volumineuses, comparables par leur forme à certains clous coniques de tapissier, se voyaient surtout au pourtour des points de pression normaux du pied. Tantôt isolées, tantôt confluentes, elles simulaient alors des sortes de massifs montagneux en miniature, suivant la comparaison employée par M. Jeanselme dans un cas identique. Les troubles trophiques portaient également sur les os, les articulations, les ongles. Il n'existe dans la science que 2 cas analogues.

L'un, le premier en date, de M. Widal, diffère de notre observation en ce que les mains, les pieds, le pourtour des geenoux et même le tronc présentèrent des cornes semblables. Ce malade eut une récidive de sa blennorrhagie, de son rhumatisme et de ses lésions cutanées. L'autre cas, de M. Jeanselme, diffère fort peu du nôtre.

Au total 3 observations qui, à elles 3 constituent 7 exemples de cette filiation : chaude-pisse, rhumatisme, cornes cutanées. Il n'est donc pas douteux que ces lésions de la peau puissent avoir pour point de départ le rhumatisme blennorrhagique.

Mais il reste à savoir quel est le substratum anatomique de la lésion et quelle en est la pathogénie.

Pour ce qui est du substratum anatomique, M. Jeanselme comparait ces productions cornées à des cornes creuses de ruminants.

Après leur chute, il constatait que la peau sous-jacente était en apparence absolument saine, ce qui, au premier abord, pouvait paraître surprenant. Chez le malade de M. Widal et dans notre cas, la chute des cornes a été provoquée volontairement, et l'on a pu voir que la corne reparait sur une saillie papillaire avec laquelle elle faisait corps au début, puis dont elle se détachait progressivement. Il s'agissait donc d'une dermite papillaire avec hyperkératose.

Quant à la nature de la dermite, 3 hypothèse pouvaient être soutenues *a priori*.

On pouvait se demander si elle n'était pas d'origine toxicodermique, mais dans notre cas, en particulier, le malade n'a pris ni copahu, ni cubèbe, ni aucune autre médicament. On devait également rechercher si ce n'était pas une localisation microbienne du gonocoque ou de tout autre microbe. Or, dans le cas de M. Widal l'examen a été fait par M. Sabouraud et il a été négatif.

Restait une dernière hypothèse, c'est celle qui donne à ces lésions une origine nerveuse et en fait un trouble trophique névritique ou même myélopathique. C'est à cette opinion que nous nous arrêtons en nous basant surtout sur la coexistence de troubles de la sensibilité, d'altérations des réflexes patellaires et de troubles trophiques d'un autre ordre.

L'un de nous (M. Jacquet) va même plus loin; en s'appuyant sur la fréquence de ces troubles nerveux dans le rhumatisme blennorrhagique, il se demande si beaucoup de ces rhumatismes ne sont pas eux-mêmes d'origine myélopathique. Il pense qu'on doit dissocier l'étude des rhumatismes blennorrhagiques et il se propose de revenir plus tard sur ce sujet.

Le traitement thyroïdien dans l'idiotie myxœdémateuse.

M. Bourneville montre 2 jeunes idiots myxœdémateux présentés il y a un an à la Société et soumis depuis cette époque à un traitement thyroïdien qui a donné une amélioration manifeste, au double point de vue physique et psychique. On a constaté que, pendant l'interruption du traitement, les symptômes myxœdémateux des 2 ordres réapparaissaient.

M. Vaquez, qui a examiné le sang de ces 2 sujets, a constaté que chez ces malades le taux de l'hémoglobine est abaissé et qu'il se relève après un traitement thyroïdien suffisamment prolongé. Il a encore trouvé chez eux une augmentation du diamètre des globules rouges et la présence de globules rouges à noyaux.

M. Marie a échoué avec le traitement thyroïdien chez deux myxœdémateux qui étaient un peu plus âgés que ceux de M. Bourneville.

M. Debove demande à M. Bourneville s'il croit inoffensif le traitement thyroïdien.

M. Bourneville considère que le traitement thyroïdien peut être dangereux. Ainsi, chez un adulte de 24 ans, il a noté des accidents assez sérieux (tachycardie, tremblements, tendances syncopales, mouvements convulsifs sans perte de connaissance) et a dû suspendre la médication. Sur un des 2 jeunes sujets présentés, il y a eu aussi quelques-uns de ces accidents, mais très atténués. En pareil cas, il faut, naturellement, cesser le traitement, quitte à le reprendre quand tout est rentré dans l'ordre.

Actions des rayons de Röntgen sur les microbes.

M. Achard a institué, avec M. le professeur Lannelongue, un certain nombre d'expériences relatives à l'action des Röntgen sur les cultures microbiennes. Pour ces expériences on a fait agir 2 heures par jour, pendant 5 jours, 2 ampoules de Crooks sur diverses cultures. Ces cultures ne se sont pas développées autrement que les cultures témoins. La virulence n'a pas, non plus, paru modifiée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 23 Décembre 1896.

Radiographie anatomique.

MM. Destot et **Bérard**. — Nous présentons quelques radiographies relatives aux circulations viscérales, obtenues, pour la plupart, à l'aide de la machine statique, avec des temps de pose très limités, de 45 secondes à 3 minutes, grâce à l'emploi d'un nouveau tube focus très puissant construit sur les indications de l'un de nous.

Ce nouveau tube nous a même permis de prendre des vues stéréoscopiques de la plupart des épreuves. En utilisant des mélanges à injection de finesse et, par conséquent, de pénétration variables, nous avons pu décomposer l'étude des circulations intra-parenchymateuses en série de complexité croissante.

Pour le corps thyroïde, présence d'anastomoses artérielles péri-capsulaires assez constantes et volumineuses; anastomoses intra-parenchymateuses plus rares, beaucoup plus fines, mais à peu près de règle, permettant l'injection par regorgement des différentes artères d'origine distincte: en somme territoires artériels mal définis.

Pour l'utérus, le tronc de l'artère utérine fournit, comme l'admettent tous les auteurs, des branches à l'uretère, à la paroi postérieure et au bas-fond de la vessie, au vagin, avant de remonter sur les côtés de l'organe ; les branches vaginales, très variables de volume, d'ordinaire au nombre de quatre, deux antérieures et deux postérieures, sont toujours plus importantes sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure du vagin ; les branches antérieures arrivent, chez certains sujets, jusqu'à la vulve pour fournir aux clitoridiennes. L'anastomose de l'utérine et de l'utéro-ovarienne, dans les six cas considérés, se faisait par une continuation à plein canal du tronc de l'utérine dans le ligament large, si bien qu'il était impossible de faire le départ de ce qui revenait à chacune des artères ; la disposition hélicine des artérioles de la trompe et de l'ovaire apparaissait avec une netteté admirable. Dans un cliché, l'utérus étant détaché du vagin par les incisions de l'hystérectomie vaginale, on constate ainsi la disposition et l'importance des artérioles sectionnées dans ce temps de l'opération. Sur les coupes transversales d'un utérus à artères injectées finement, contrairement à l'opinion courante d'après laquelle on peut sectionner sans crainte l'utérus sur la ligne médiane au cours de l'hystérectomie vaginale, sous prétexte qu'en ce point n'existe à peu près aucune artère, on voit que sur toute l'épaisseur de l'organe la distribution des artères est la même ; branches hélicines partant de rameaux périphériques et plongeant concentriquement vers la muqueuse. Si les branches de la région médiane donnent moins de sang que les périphériques, c'est qu'elles sont intra-parenchymenteuses et, par conséquent, étranglées dès leur section par les ligatures vivantes du muscle utérin.

Pour le rein enfin, les territoires artériels sont fermés, lobaires ou multilobaires. Les branches interlobaires se réduisent sans beaucoup de transition en artérioles projetées comme des jets de pomme d'arrosoir vers les glomérules, sans intermédiaire de voûtes artérielles. Dans les derniers clichés obtenus seulement les artérioles des pyramides sont injectées et on peut se rendre compte que c'est par l'intermédiaire des glomérules dont les séries se distinguent nettement au stéréoscope sur leurs plans respectifs. Pour les veines au contraire, les anastomoses de lobe à lobe et avec les veines capsulaires sont nombreuses, si bien que tout le rein est rempli par l'injection d'une seule veine lobaire; les anastomoses se font surtout au-dessus des pyramides de Malpighi par un système de voûtes discontinues. Le trajet est parallèle à peu près de celui des artères.

Enfin, en terminant, signalons deux faits dans lesquels la radiographie a pu rendre, dans un cas, nettement perceptible à travers le thorax une tumeur du médiastin, tandis que chez un tuberculeux les zones indurées ou excavées du poumon ne se sont révélées par aucun détail d'éclairage.

Hernie musculaire.

M. Rioblanc montre un jeune soldat porteur d'une hernie musculaire vraie de la cuisse droite, qui présente avec une netteté rare les signes classiques depuis Farabœuf : sensation d'une perte de substance aponévrotique où le doigt s'enfonce, forma-

tion de la tumeur pendant le relâchement du muscle et disparition pendant la tension passive ou la contraction du triceps, C'est un type de hernie musculaire vraie, sans rupture.

M. Gangolphe. — Quelle est, chez ce malade, la pathogénie de la hernie?

M. Rioblanc. — La hernie remonte à l'enfance, à une chute du haut d'un arbre, chute qui a déterminé la fracture des deux cuisses. Le malade ne donne aucun autre renseignement sur cette petite hernie qui, d'ailleurs, ne le gêne pas. Il paraît probable qu'une violente contraction de défense au momoment de la chute aura produit une déchirure de l'aponévrose,

Aérophagie hystérique.

M. Perret. — Voici un malade qui présente, depuis 6 ans, sans cause connue, des troubles consistant dans des déglutitions d'air suivies d'éructations sonores sans accumulation de gaz dans l'estomac. Ces phénomènes, qui ont nécessité, à un moment donné, son isolement (ils se produisent pendant toute la journée), s'atténuent par intervalles. Très affaiblis depuis 8 mois, ils ont repris sous l'influence d'un refroidissement; ils sont suspendus pendant le sommeil et, partiellement, pendant la phonation ; le traitement est resté sans influence.

M. H. Mollière. — L'aérophagie est un phénomène qui a été bien étudié par Bouveret, puis par Aubert; il rentre dans l'étude de la physiologie stomacale, et on peut distinguer l'aérophagie hystérique, comme Pitres, Bouveret, Vauthey en ont rapporté des cas, et l'aérophagie volontaire présentée par les plongeurs marins; M. Lacassagne s'est particulièrement occupé de cette dernière catégorie. Quant à la première, elle est caractérisée par ce fait que les déglutitions sont suivies d'éructations, sans que les gaz s'emmagasinent dans l'estomac, point sur lequel Aubert a particulièrement insisté.

La cause de cette affection, dans ce cas particulier, ne peut être rapportée, de par les symptômes concomitants (zones d'anesthésie), qu'à l'hystérie.

Quant au traitement, l'hydrothérapie a seule donné une amélioration temporaire.

Torticolis chronique postérieur.

M. Pont. — Le torticolis dont est porteur le malade que je vous présente est dû à une myosite intéressant le trapèze, le splénius, le grand complexus du côté droit, consécutive a une inflammation des ganglions carotidiens et de la nuque. La tête est inclinée à droite et en arrière, la face regarde à gauche et en haut. Après redressement forcé sous le chloroforme, on fixe dans un appareil silicaté. La guérison complète est obtenue.

M. Delore. — J'ai appelé ce torticolis postérieur, non parce que la tête est rejetée en arrière, mais parce qu'il est dû à la contraction des muscles postérieurs du cou. Il n'est pas dû, à un seul muscle lésé, mais à l'action combinée des muscles voisins. Il se développe généralement sous l'influence du froid, d'un traumatisme, d'une adénite, etc. Le diagnostic doit compléter l'intégrité de la colonne cervicale et il se base sur la localisation à la nuque de la douleur et de la rigidité, en l'absence de la contraction du sterno-mastoïdien.

Farcin aigu.

M. Gabriel Roux, au nom de **M. Forestier**, lit une observation de *farcin aigu* chez l'homme.

Il s'agit d'un marchand ambulant, âgé de 44 ans, couchant souvent dans les écuries, qui en novembre 1896, commença à éprouver des symptômes d'embarras gastrique et de lassitude générale et fut atteint quelques jours après d'abcès multiples peu douloureux spontanément, accompagnés d'une fièvre intense et de troubles broncho-pulmonaires unilatéraux.

M. Forestier porta le diagnostic de *morve* (farcin) qui se trouva confirmé par les symptômes qui apparurent ultérieurement. Il y eut, en effet, une éruption pustuleuse discrète sur les membres et probablement aussi dans le pharynx et la trachée, un gonflement érysipélatoïde du nez et de la face, un peu de jetage et le malade succomba, le 19 décembre. malgré une énergique médication, dans le coma et avec un état typhique.

A deux reprises différentes, M. Forestier avait retiré des abcès superficiels un pus visqueux, jaunâtre, d'aspect tout spécial, qu'il adressa à M. G. Roux, en vue d'un examen bactériologique.

M. Gabriel Roux. — Ayant été informé que, peut-être, il s'agissait d'un cas de *morve*, j'ai utilisé simultanément, pour assurer expérimentalement le diagnostic probable :

1° Le procédé indiqué, en 1889, par M. Straus, lequel consiste à injecter une petite quantité de la substance suspecte (dans le cas actuel : le pus) dans le péritoine d'un cobaye mâle dont les testicules, si le produit injecté est véritablement de nature morveuse, ne tardent pas à s'enflammer et à suppurer;

2° La méthode, aujourd'hui classique, d'ensemencement en nappe d'une dilution de cette même substance à la surface d'une pomme de terre préalablement stérilisée, laquelle se recouvre bientôt des colonies caractéristiques du *bacillus mallei*, si vraiment celui-ci existe.

Or, non seulement les résultats de cette double série d'investigations ont été des plus probants et absolument confirmatifs du diagnostic clinique, mais ils ont encore été obtenus dans un laps de temps exceptionnellement court, et cela malgré la coexistence, dans le pus expérimenté, d'un microcoque d'espèce indéterminée. Voici le détail des recherches.

Un cobaye mâle, en excellent état de santé, pesant 595 grammes et ayant une température rectale de 38°6, fut inoculé, dans le péritoine, le 21 décembre, à 3 heures du soir, avec 1/20 environ de centimètre cube du pus suspect; déjà, le 22 décembre au matin il avait une température rectale de 39°4, et il présentait, le soir du même jour (24 heures après l'inoculation), des testicules manifestement hypertrophiés et douloureux à la pression.

D'autre part, les pommes de terre ensemencées avec le pus non dilué et placées à l'étuve à 37°6, montraient aussi, moins de 24 heures après leur ensemencement, des colonies jaune ambré ayant tous les caractères des cultures morveuses et constituées, au reste, par des bacilles morphologiquement idensiques au *bacillus mallei* classique.

Depuis cette époque l'orchite double du cobaye a constamment progressé; elle paraît être entrée en suppuration dans la journée du 24 décembre où a été constatée une brusque élévation de température de 2° C. (de 39° à 41°) et elle persiste encore aujourd'hui (6 janvier) sans ouverture spontanée.

En six jours, le cobaye a perdu 105 grammes et il ne pèse plus aujourd'hui (6 janvier) que 480 grammes.

Afin de se mettre à l'abri de toutes les causes d'erreur une gouttelette de pus retirée, le 2 janvier, du testicule gauche du cobaye par une ponction aseptique fut ensemencée sur de nouvelles pommes de terre; il en est très rapidement résulté une culture absolument pure et typique de *bacillus mallei*.

M. J. Courmont. — L'observation que vient de communiquer M. Roux est très intéressante, et je ne doute pas qu'il ne s'agisse de morve puisque des cultures caractéristiques ont été obtenues.

Mais je tiens à bien mettre en garde les membres de la Société contre la valeur attribuée par les classiques et par M. Roux au *signe de Straus*, c'est-à-dire à l'orchite du cobaye mâle inoculé dans le péritoine avec les produits morveux. Straus avait donné cette apparition de l'orchite comme un signe pathognomonique de la morve. Il était simple et à la portée de tout vétérinaire ou médecin, puisqu'il suffisait d'inoculer un cobaye mâle dans le péritoine et d'attendre, 48 heures, l'apparition de l'orchite. Malheureusement, ce signe est bien loin d'avoir l'importance que lui attribuait Straus. En 1896, trois travaux ont montré que l'orchite du cobaye pouvait assez fréquemment ne pas être morveuse.

Kutscher l'obtient avec un microbe n'ayant aucun rapport avec celui de la morve. Hallopeau et Bureau l'observent avec des produits de mycosis fongoïde.

Enfin, Nocard a définitivement montré le peu de valeur du *signe de Straus* considéré isolément. Sur 59 chevaux soupçonnés morveux, dont le jetage, inoculé au cobaye, avait produit l'orchite, 16, *c'est-à-dire plus d'un quart*, n'étaient pas morveux; ils ne réagissaient pas à la malléine. Leur affection était due à un microbe nouveau que Nocard a isolé : bacille court, polymorphe, *prenant le Gram*, à l'inverse du bacille morveux qui se décolore par cette méthode.

L'orchite du cobaye n'est donc pas spécifique.

Pour faire le diagnostic de la morve, il faut, en somme, employer simultanément la malléine et l'inoculation au cobaye. Si la malléine n'a pu être injectée, il faut s'assurer que l'orchite du cobaye contient le bacille de la morve, soit par la culture, soit par l'examen microscopique direct.

M. Roux. — Je ne me suis pas borné au seul signe de Straus, j'ai ajouté les cultures sur pomme de terre qui sont caractéristiques. Il n'y a donc pas de doute.

M. Courmont. — On échoue le plus souvent, d'après Nocard, lorsqu'on veut obtenir d'emblée des cultures pures avec des produits morveux; il vaut mieux agir comme M. Roux et ponctionner l'orchite du cobaye.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 13 Janvier 1897.

Le pouls inégal des deux côtés.

M. Gerhardt a rapporté l'observation d'une femme de 69 ans, atteinte de paralysie agitante et qui a succombé à une attaque d'apoplexie suivie de paralysie du côté gauche. Pendant la vie de la malade on constata que son pouls radial gauche donnait 92 pulsations par minute et le pouls radial droit 112.

L'autopsie montra un foyer de ramollissement dans la couche optique et le corps strié, de l'athérome des petits vaisseaux, un exsudat pleural purulent, de la médiastinite, une péricardite purulente avec petits foyers hémorrhagiques, un cœur atrophié. L'artère sous-clavière droite avait un diamètre de 8 millimètres.

M. Gerhardt explique la différence du pouls par l'inégalité du calibre dans la sous-clavière, faisant que l'ondée sanguine, affaiblie du fait de la péricardite, n'arrivait pas, au moment des aspirations profondes, jusqu'à la radiale gauche.

M. Leyden rappelle que Traube a signalé le pouls différent. Il a observé personnellement plusieurs cas. Parmi les causes on a encore signalé l'oblitération du tronc artériel, la circulation se faisant alors par les collatérales.

M. Litten a eu l'occasion de voir un cas semblable. Le pouls paradoxal n'est pour lui que l'exagération du phénomène physiologique qui fait que le pouls devient plus petit pendant l'inspiration.

De l'exercice musculaire chez les cardiaques.

M. A. Fränkel pense que l'exercice musculaire est indiqué dans certaines névroses avec intermittences du pouls, dans les artério-scléroses où l'on peut avoir un abaissement de pression artériel par dilatation des vaisseaux périphériques, enfin chez les obèses présentant un affaiblissement du cœur.

Quant à l'hypo-alimentation préconisée par M. Hirschfeld, M. Fränkel estime qu'elle ne peut être recommandée comme méthode générale. Il est vrai qu'on augmente les troubles par une alimentation abondante chez les patients atteints de lésions valvulaires et artério-scléreuses, mais on ne peut passer immédiatement à la diminution des aliments qui affaiblit beaucoup les malades.

En ce qui concerne la faiblesse cardiaque chez les vieillards alités, M. Fränkel pense qu'on doit l'attribuer moins à l'absence de l'exercice musculaire sur le cœur qu'à l'affection primitive qui exige le repos au lit, résistance pulmonaire qui résulte de l'hypostase.

M. Leyden distingue deux sortes d'asthénie cardiaque : l'asthénie cardiaque absolue, comme on en observe après les maladies infectieuses, par exemple, et l'asthénie relative, se rapprochant du *weakened heart* des Anglais. C'est dans cette dernière seulement que l'exercice musculaire est utile.

M. Lévy n'admet pas non plus que la parésie du cœur chez les vieillards qui restent longtemps au lit tienne à l'absence d'un exercice musculaire : si tel était le cas, le même fait devrait s'observer aussi chez de jeunes malades qui restent longtemps au lit, et cela n'est pas. Les vieillards ont par eux-mêmes un cœur affaibli et cette faiblesse s'accroît par le fait d'une maladie accidentelle et par l'hypostase pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 Janvier 1897.

Ostéomalacie et opothérapie.

M. Senator rapporte l'observation d'une femme de 27 ans, qui est entrée dans son service pour une ostéomalacie puerpérale dont les signes se sont déclarés chez elle en 1888, après son troisième examen. A l'examen on trouvait la colonne vertébrale déformée et douloureuse au toucher, le bassin présentant les déformations caractéristiques, les os, les muscles et les nerfs douloureux au toucher. La réaction électrique des nerfs des muscles et les réflexes étaient normaux. L'exploration du cou ne permit pas de découvrir la présence de la glande thyroïde.

La malade a été traitée d'abord par la thyroïdine puis, après une période de repos, par l'ovarine. Elle quitta l'hôpital au bout d'un certain temps, notablement améliorée. Mais l'examen de l'urine et des matières fécales fait tous les jours a montré que l'amélioration ne pouvait être attribuée au traitement.

Pour ce qui est des modifications de l'urine, on a constaté que sa quantité a progressivement augmenté pendant les trois phases de traitement pour atteindre son maximum pendant le traitement ovarien. La quantité totale d'azote, qui était de 6,42 avant la troisième, est montée à 7,32 pendant le traitement thyroïdien et est tombée à 5,9 pendant la période de repos pour remonter à 8,29 pendant le traitement ovarien. L'élimination d'acide phosphorique a subi une augmentation pendant les deux périodes d'organothérapie : sa quantité, qui était de 0,96 avant le traitement est montée à 1,944 pendant la période du traitement thyroïdien, pour retomber à 1,45 pendant la période de repos et à 1,424 pendant le traitement ovarien. L'élimination de chaux s'est trouvée également augmentée comme le montrent les chiffres de 0,154, de 0,19, de 0,172, de 0,2709 correspondants aux quatre périodes en question. Jamais on n'a trouvé d'acide lactique dans l'urine.

L'examen du sang a montré que son alcalescence était considérablement augmentée.

L'examen des matières fécales a permis de constater une augmentation de la quantité de chaux pendant la période de traitement ovarien.

L'ensemble de ces analyses montre donc que l'amélioration survenue chez cette malade doit être attribuée aux meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles la malade s'était trouvée placée à l'hôpital.

M. Senator a encore étudié l'action diurétique de l'ovarine dans les hydropisies d'origine cardiaque, rénale et hépatique, et constaté que dans tous ces cas l'effet diurétique était nul. Par contre, l'ovarine n'a paru agir bien sur les troubles de la ménopause.

SOCIÉTÉ MÉDICALE « HUFELAND » DE BERLIN

Séance du 19 Novembre 1896.

Insuffisance motrice de l'estomac.

M. Rosenheim constate que l'étude systématique de l'insuffisance motrice de l'estomac a été négligée ces temps derniers, principalement à cause de ce fait que lorsqu'un malade se présente avec des troubles dyspeptiques, on a une tendance à les attribuer à une lésion de l'appareil glandulaire plutôt qu'à une lésion de l'appareil moteur de l'estomac. Or, d'après son expérience, l'insuffisance motrice est plus souvent que l'insuffisance glandulaire de l'estomac la cause de la dyspepsie.

M. Rosenheim comprend sous le nom d'insuffisance motrice tous les troubles de la motilité de l'estomac, indépendamment du volume de l'organe, c'est-à-dire qu'il croit, d'après ce qu'il a vu, l'insuffisance motrice possible aussi bien avec un estomac dilaté qu'avec un estomac de dimensions normales et même ayant un volume au-dessous de la normale. Autrement dit, il pense que la dilatation de l'estomac et l'atonie de l'estomac sont deux états différents qui peuvent bien coexister, mais qui peuvent aussi se présenter séparément avec une symptomatologie propre à chacun d'eux; et qu'inversement la dilatation de l'estomac avec stagnation des aliments et l'atonie qui s'accompagne toujours de cette stagnation, sont deux états identiques, quant aux symptômes par lesquels ils se manifestent. C'est pour cette raison que la dilatation de l'estomac ne doit pas être confondue avec l'insuffisance motrice, car d'un côté on peut voir des gens avoir des estomacs énormes et ne présenter aucun symptôme pathologique, et de l'autre des individus offrir le syndrome de l'insuffisance tout en ayant un estomac de petites dimensions.

L'insuffisance motrice de l'estomac se manifeste quelquefois d'une façon brusque, souvent sous l'influence d'un traumatisme n'ayant même pas porté sur la région stomacale; chez les neurasthéniques et les migraineux, on peut la voir apparaître d'une façon périodique et s'accompagner de vertiges, de céphalalgie; souvent son point de départ est un excès de table. Les symptômes qu'on observe dans tous ces cas sont une sensation de pesanteur stomacale, des nausées, des vomissements, une aversion pour les aliments. Vient-on à examiner l'estomac à jeun, on y trouve un reliquat plus ou moins considérable du dernier repas; les fonctions sécrétoires sont portant normales et ordinairement on ne trouve pas de dilatation. Cet état peut durer 4 à 10 jours, puis tout semble rentrer dans l'ordre; mais au bout de quelque temps, l'attaque se reproduit.

Le diagnostic d'insuffisance motrice est ordinairement facile, mais on peut rarement le faire d'une façon précise, surtout dans les cas légers, sans le secours de la sonde, car les symptômes ordinaires de la dilatation (bruit de succussion et de flot au-dessous de l'ombilic, mouvements péristaltiques visibles, vomissements abondants d'aliments restés longtemps dans l'estomac, etc.) font ordinairement défaut. Pour se rendre compte de l'insuffisance motrice, le mieux c'est de procéder au sondage 7 heures après le repas d'épreuve, lequel sondage montre si, oui ou non, il reste dans l'estomac des aliments. Le sondage fait à jeun fournit les mêmes renseignements sur l'existence d'une insuffisance, quand il permet de constater la présence des aliments pris la veille.

L'existence d'une insuffisance une fois constatée, il faut rechercher sa cause. Souvent on trouvera un néoplasme, ou un ulcère, ou une obstruction du pylore, ou une périgastrite. Dans un grand nombre de cas, une étiologie précise fera défaut, à moins de rattacher l'insuffisance à une des causes encore peu connues.

Parmi ces causes, M. Rosenheim cite en premier lieu les crises gastriques des tabétiques qui, au début, s'accompagnent fréquemment d'une insuffisance motrice ne cédant souvent qu'à un traitement méthodique. Viennent ensuite les traumatismes, même les traumatismes qui ne portent ni sur la région stomacale, ni sur l'abdomen, et qui agissent par voie réflexe en amenant une sorte de paralysie très rebelle. Les hernies épigastriques, enfin, jouent un rôle effectif dans l'étiologie de l'insuffisance motrice.

Le traitement doit être basé avant tout sur le régime. Il ne peut être question de régime sec et on ne peut impunément priver les malades de 1 à 2 litres de liquide dont ils ont besoin. Cette quantité de liquide sera donnée sous forme de thé, de lait, de soupe, etc., en quantité de 200 à 300 grammes à la fois; si l'estomac ne supportait pas de liquides, on s'adressera à la voie rectale. Les aliments solidee seront pris fréquemment et en petites quantités à la fois.

L'évacuation de l'estomac suivie d'un lavage avec de l'eau à 22°-25° ou avec une solution médicamenteuse (chlorure de sodium, acide carbonique, infusion de quinquina, de quassia, etc.) rendra de très grands services. Chez tous ces malades, l'hydrothérapie est infiniment plus utile que le massage et l'électricité. Enfin, si le traitement médical venait à échouer, on n'hésitera pas à préconiser une intervention chirurgicale, la gastro-entérostomie.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séances de Novembre 1896.

Inversion utérine.

M. Henrotay. — L'inversion utérine se rencontre rarement; il m'a été donné d'en observer récemment un cas. Une femme, dont l'accouchement avait eu lieu au mois de mai, vint me trouver le 12 juillet dernier. L'examen me démontra l'existence d'une inversion utérine et s'accompagna d'une hémorrhagie grave. Les tentatives de réduction échouèrent complètement et le surlendemain je pratiquai l'hystérectomie. L'opération fut rapide, malgré l'altération des rapports anatomiques; la fermeture de la voûte vaginale fut pratiquée. L'opérée se leva le 6e jour et, sans que l'on puisse en expliquer la cause, la température se maintint élevée (38° et 39°) pendant quelques jours. La malade est aujourd'hui complètement rétablie.

M. O. Laurent. — A propos de la communication du Dr Henrotay, je relaterai le cas d'une femme de 32 ans, tertipare, qui, après un accouchement terminé par une application de forceps, fut prise avant la délivrance d'une hémorrhagie abondante accompagnée d'une vive douleur. Le toucher montre en ce moment, dans le vagin, le placenta et la matrice invaginée sans possibilité de réduction. L'hémorrhagie menaçante et l'état syncopal de la parturiante s'opposent à des manœuvres prolongées. On se résout à tamponner fortement le vagin après extraction du délivre. Une heure plus tard, application d'un pessaire de Gariel dans l'espoir de refouler l'utérus. Mais on n'en obtint d'autre effet qu'une bonne hémostase. La malade se remit peu à peu, mais l'inversion, devenue chronique, entraînait de telles douleurs lombaires et hypogastriques et un écoulement muco-purulent si abondant qu'appelé à voir le cas je le jugeai justiciable de l'extirpation de l'organe : l'opération fut faite en juillet 1892 avec un succès complet.

M. Henrotay. — Au point de vue de la genèse de la lésion, il est permis de se demander si dans le cas opéré par M. Laurent, le traitement immédiat du déplacement a été appliqué comme il convenait.

Dans toute la littérature médicale que j'ai résumée concernant ces cas, je n'en ai pas trouvé un seul où le refoulement par le poing ait échoué; il est incontestable que le traitement par le pessaire est puéril et suranné.

Hystérectomie pour fibrome.

M. Dorff. — Je crois que l'opinion de M. Jacobs qui considère le fibrome comme une tumeur maligne dont l'extirpation immédiate est toujours indiquée n'est pas en rapport avec la majorité des faits. J'ai observé un nombre considérable de fibromes opérés par Hegar et moi-même je n'ai qu'une seule fois noté, chez une femme de 64 ans, une dégénérescence analogue.

M. Jacobs. — La tumeur fibreuse de l'utérus a, selon moi, une tendance exorbitante à la dégénérescence, non pas seulement et précisément maligne, sarcomateuse ou cancéreuse, mais encore graisseuse, calcaire, myomateuse, etc. Le fibrome utérin peut être atteint de ramollissement, surtout sous l'influence de la grossesse, que l'on a considérée à tort comme un facteur heureux, mais aussi sous l'action de l'état dyscratique du sang, résultat des hémorrhagies. Or, un fibrome ramolli est-il en voie de guérison? La chose est des plus contestables.

La dégénérescence graisseuse est très rare; je ne l'ai rencontrée qu'une fois.

La dégénérescence myxomateuse, plus fréquente, est pour moi une indication formelle de l'opération : elle amène rapidement l'épuisement de la malade dont elle diminue la résistance.

Quant au fait de la rareté de la dégénérescence après la ménopause affirme M. Dorff, il est contredit par l'histologie. Après la ménopause, la dégénérescence la plus fréquente est la scléreuse. J'ai, il y a 5 ans, opéré une femme de 70 ans dont le fibrome, qui remontait à 40 ans, était depuis 2 ans douloureux

parce qu'il devenait scléreux ; la malade mourut de pneumonie hypostatique post-opératoire.

La calcification n'est pas non plus, à mon sens, la guérison du fibrome qui devient un véritable corps étranger de l'abdomen et doit être enlevé.

Les fibromes sous-muqueux sont peut-être les seuls qui peuvent guérir spontanément par pédiculisation progressive et élimination. La libération du fibrome sous-péritonéal par le même processus amène des accidents qui nécessitent également l'intervention. Mais le diagnostic de ces fibromes sous-muqueux est très difficile et il faut recourir à l'hystérectomie vaginale.

La dégénérescence kystique n'est pas autre chose que la terminaison utérine de la transformation par ramollissement et, là encore une fois, l'indication opératoire est pour moi formelle.

La dégénérescence sarcomateuse n'est pas rare non plus.

Quant à la véritable dégénérescence carcinomateuse, elle est, pour M. Dorff, une simple coïncidence : il n'en resterait pas moins à démêler si ce n'est pas le fibrome qui donne une prédisposition plus grande de l'utérus à devenir cancéreux. La statistique de Martin constate que sur 201 cas de fibromes il y eut 60 fois dégénérescence parmi lesquelles 10 dégénérescences graisseuses, 3 dégénérescences calcaires, 10 fois suppuration, 11 fois œdème, 3 fois télangiectasie, 9 fois dégénérescence carcinomateuse (7 du col, 2 du corps).

Cette statistique a une valeur probante énorme. Je conserve donc mes convictions absolues. Jusqu'à présent, soit à ma clinique, soit aux autres cliniques du pays et de l'étranger, je n'ai jamais vu de fibrome disparaître après la ménopause. J'ai fait 11 laparotomies exploratrices avec constatation de dégénérescence péritonéo-intestinale diffuse (carcinose) pour fibromes volumineux, inopérables par ce fait; l'intervention était trop tardive. Avec ce que l'on sait de l'évolution des fibromes, il est permis d'affirmer que ces personnes, opérées 10 ans plus tôt, n'auraient pas eu de cancer dans leur péritoine.

M. Henrotay. — Au sujet de la marche des tumeurs fibreuses de l'utérus, j'ai à relater un fait significatif. Appelé pour curetter une rétention placentaire, je suis fort étonné de ne ramener que des lambeaux très peu importants, sans caduque ni villosités choriales. Moins de 6 mois après, la matrice avait le volume d'une petite tête d'enfant et nécessita l'hystérectomie. Il y eut là un véritable coup de fouet donné à la tumeur fibreuse par une intervention palliative. Fait notoire : cette malade était très voisine de la ménopause.

Vomissements incoercibles pendant la grossesse.

M. Dorff. — Les vomissements incoercibles sont dus, d'après Kaltenbach, à une névrose fonctionnelle, l'hystérie. Mais pendant la grossesse comme à l'état ordinaire, ils peuvent être la conséquence d'un simple catarrhe gastrique, d'un ulcère rond, d'un carcinome de l'estomac ou du péritoine, de l'urémie, etc. Ils peuvent avoir leur point de départ dans les états pathologiques des organes génitaux, comme la déviation utérine, l'antéflexion, la rétroflexion, l'hydramnios, la grossesse gémellaire, la périmétrite, la métrite, la contracture organique ou tétanique du col, qui a conduit au traitement de ces cas par le procédé de Copeman (dilatation du canal cervical) les cautérisations ou des badigeonnages du col et le simple toucher vaginal. Aucune lésion pathologique ne peut être invoquée seule pour expliquer d'une façon positive l'apparition des vomissements ; il vient toujours s'y ajouter une disposition nerveuse.

En effet, les symptômes peuvent disparaître sans cause appréciable ou sous une influence psychique quelconque. Voici une observation qui me paraît intéressante à ce sujet.

Mlle X..., 22 ans, fille de parents nerveux et neurasthéniques, se marie à 20 ans. Au début de sa grossesse, elle est prise de nausées et de vomissements considérables. Je la trouve atteinte de rétroversion mobile ; l'application d'un pessaire amène une amélioration qui ne se maintient pas. Survient une paralysie complète des deux cuisses, qui cesse soudain et fait place à une paralysie des jambes. Il y a de l'hyperesthésie, de la toux nerveuse. Les vomissements deviennent constants, depuis la 10e semaine de la grossesse au 4e mois, toute tentative d'alimentation gastrique ou rectale est suivie de vomissements ; les symptômes de dépérissement surviennent et il faut prendre une résolution.

La suggestion est essayée sans succès ; je place alors une tige de laminaria dans le col qui était dur.

Cette application n'occasionna aucun désordre, aucune douleur de délivrance et fut suivie d'une amélioration qui alla en s'accentuant jusqu'à l'accouchement, qui eut lieu à terme.

La paralysie des jambes disparut en quelques mois.

Un cas de virilisme.

M. Keiffer. — La personne dont il s'agit a été réglée à 12 ans. A un moment donné, il survient de la dysménorrhée ; les règles disparaissent pendant des périodes de 7 à 8 mois ; après une dilatation et un curettage utérin, le cours normal des règles se rétablit, malgré le caractère infantile des organes génitaux internes, en rapport d'ailleurs avec l'aspect externe des organes, rappelant celui des pseudo-hermaphrodites par hypospadias.

Le sujet a tous les caractères secondaires de la virilité : visage carré, fine moustache, barbe abondante, corps maigre à muscles puissants. Poils à l'hypogastre, aux cuisses et aux jambes, appareil mammaire rudimentaire.

Les organes génitaux externes présentent de petites lèvres minces, flottant sur les bords de l'orifice vulvaire et formant par leur réunion un prépuce recouvrant un organe érectile. Le méat urinaire est situé sous cet organe érectile, à 4 centimètres de lui.

Entre le méat et le gland, il existe deux bandelettes symétriques verticales, homologues des corps spongieux de l'urèthre masculin. L'orifice vulvaire est étroit, le vagin profond. L'utérus est petit, mesurant 6 centimètres de profondeur. Impossible de sentir les ovaires ; les ligaments paraissent normaux. Le bassin est vicié, rétréci ; c'est un bassin viril, de dimensions plus petites que les moyennes trouvées par Sappey.

Sur le développement embryonnaire du vagin ; vulvovaginite des petites filles.

M. Keiffer. — Il est difficile de définir, dans la formation du vagin, la part d'intervention de l'épiblaste ectodermique et celle des tubes de Müller. Sur des préparations microscopiques, l'utérus présente une cavité muqueuse parfaitement formée, tandis que le vagin est formé par un tube cellulaire et rempli de cellules polygonales claires, à petit noyau rond bien coloré.

Ce tube plein doit s'évider, laissant à nu l'épithélium ébauché. Le tissu cellulaire mou, blanc, désagrégé, dont il est rempli est un excellent terrain de culture et de propagation pour les diverses infections, et spécialement pour le contage blennorrhagique. Ainsi se trouve éclairée la pathogénie de la vulvovaginite des petites filles.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE VIENNE

Abcès de la moelle.

M. Schlesinger a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu dont l'histoire clinique peut se résumer comme il suit : début brusque avec des phénomènes de paraplégie et de paralysie sensitive du tronc et des membres inférieurs ; paralysie de la vessie, raideur et douleurs violentes de la colonne vertébrale : mort peu de temps après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouva un abcès qui occupait la partie inférieure de la moelle épinière et dont le pus avait infiltré le cône terminal, la moelle lombaire et la partie inférieure de la moelle dorsale ; la suppuration marchait de pair avec une myélite hémorrhagique des plus accusées. L'abcès devait exister depuis quelque temps, car il présentait manifestement une tendance à s'enkyster. Les racines étaient profondément altérées et il existait, en outre, une dégénérescence ascendante et une méningite spinale suppurée.

Le pus de l'abcès renfermait une culture pure de staphylocoques.

Affection bulbaire.

M. Schlesinger a présenté un malade actuellement en traitement à la clinique de M. Schrötter.

Le malade est un homme de 39 ans dont l'affection a débuté, il y a un an, par des vertiges très violents. En juillet, il survint des troubles de la parole et de la déglutition avec régurgitation des liquides; depuis quelques semaines, les membres du côté droit sont manifestement parésiés, en même temps qu'il s'est déclaré des troubles vésicaux. Tous ces phénomènes se sont particulièrement aggravés depuis une quinzaine.

L'examen du malade, qui n'est pas alcoolique et ne croit pas avoir eu la syphilis, a donné ces résultats :

Le fond de l'œil est normal; mais il existe du nystagmus latéral avec diplopie et parésie de l'abducteur du côté droit, peut-être aussi de celui du côté gauche. Du côté gauche, on note une paresthésie dans le domaine du trijumeau gauche; le facial et l'acoustique sont normaux; du côté des nerfs bulbaires, on trouve des phénomènes paralytiques particulièrement accusés à droite. La langue est atrophiée, à droite plus qu'à gauche; le voile du palais est mieux soulevé dans sa moitié droite, par contre les réflexes pharyngiens sont diminués à droite; il existe une salivation abondante. La parésie des membres du côté droit est très nette, et, de ce côté, les réflexes tendineux sont considérablement exagérés; l'exagération des réflexes existe également du côté gauche, mais elle est bien moins accentuée. La sensibilité est normale; mais il est facile de constater une hémiataxie à droite, le signe de Romberg est très net; la marche est incertaine, et il existe une tendance à tomber à droite.

D'après M. Schlesinger, l'apparition des symptômes bulbaires avant la paralysie motrice des membres doit faire exclure l'idée d'une affection de la base. D'un autre côté, l'apparition tardive des troubles de l'équilibre et l'absence de la papille par étranglement, sont contre l'hypothèse d'une affection du cervelet. Pour toutes ces raisons, M. Schlesinger serait porté à diagnostiquer chez ce malade une affection du bulbe, tumeur ou syphilis. Le traitement antisyphilitique institué depuis quelque temps a amené une amélioration sensible; mais, comme la même amélioration avec le traitement spécifique s'observe aussi quelquefois dans les tumeurs, M. Schlesinger ne croit pas qu'on puisse encore se prononcer entre la syphilis et un néoplasme.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 13 Janvier 1897.

Nævus pigmentaire pileux traité par les rayons de Röntgen.

M. Freund a présenté un garçon de 11 ans, atteint d'un nævus pigmentaire pileux qui occupait la nuque, les épaules et une partie du dos et qui fut traité par l'application des rayons de Röntgen, chaque séance d'une durée de 2 heures. Après la 11e séance, les poils ont commencé à tomber et au bout de plusieurs autres séances l'épilation était complète en même temps que les cheveux des parties voisines sont également tombés.

M. Zemann qui a examiné microscopiquement les poils qui étaient tombés, a constaté une atrophie de la racine.

M. Schiff a cité un cas de carcinome de l'estomac amélioré par l'application des rayons de Röntgen.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 13 Janvier 1897.

Myocardite alcoolique.

M. Schnabl a rapporté l'observation d'un homme de 44 ans, journalier de profession, ayant des habitudes alcooliques qui un jour a été pris de céphalalgie et de vertiges accompagnés de perte de connaissance. Ces symptômes disparurent pour faire place à des douleurs précordiales avec irradiations tellement violentes sous le bras gauche que le malade gardait son bras immobile et évitait de faire le moindre mouvement avec sa tête.

A l'examen, on trouvait une augmentation de la matité cardiaque principalement à droite. A l'auscultation on entendait un souffle tantôt diastolique, tantôt systolique; le second bruit pulmonaire n'était pas accentué, le second bruit aortique était plutôt affaibli. Le tracé du pouls ne présentait rien de particulier. Les douleurs dont se plaignait le malade semblaient suivre le trajet de la radiale.

D'après M. Schnabl, il s'agirait là d'une myocardite alcoolique avec douleurs dans les vaisseaux, lesquelles douleurs peuvent être comprises comme une névrose vasculaire.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE VIENNE

Séance du 7 Janvier 1897.

Stomatite épidémique.

M. Stoerk a observé récemment plusieurs cas de stomatite épidémique.

Le premier qu'il a eu à soigner date déjà de quelques années, et se rapporte à un garçon de 10 ans, fils de boucher. L'enfant a été amené pour une tuméfaction de la muqueuse buccale, tuméfaction tellement douloureuse que l'enfant ne pouvait guère manger. A l'inspection on trouva en effet une tuméfaction considérable de la muqueuse gingivale qui formait de véritables bourrelets autour de chaque dent.

Pendant 3 semaines la stomatite a été soignée sans succès comme une stomatite mercurielle, c'est-à-dire par la teinture d'opium, la teinture de ratanhia et le nitrate d'argent. Une amélioration, puis la guérison ne furent obtenus que par des attouchements avec une solution de crésol à 2 p. 100. Le succès de cette médication antimicrobienne vient donc à l'appui de l'origine parasitaire de cette stomatite.

Dernièrement, M. Stoerk a eu l'occasion d'observer 3 nouveaux cas de stomatite épidémique chez deux adultes et une petite fille. Un des adultes était boucher de profession, le second, soldat dans un régiment de cavalerie, par conséquent continuellement en contact avec des chevaux. Chez tous les 3 on trouvait la muqueuse tuméfiée et boursouflée, couverte d'ulcérations. Ces malades ont guéri en l'espace de 2 à 3 semaines, grâce aux badigeonnages de la muqueuse avec une solution de crésol à 2 p. 100.

M. Stoerk insiste sur ce fait que, sur ses 4 malades, 3 se trouvent professionnellement en contact avec la race bovine ou chevaline, fait qui viendrait à l'appui de la parenté entre la stomatite épidémique de l'homme et la stomatite aphteuse des animaux.

M. Heindl a également observé, ces temps derniers, 15 cas de stomatite épidémique à forme érythémateuse ou ulcéreuse. Ces 16 cas ont été observés sur un ensemble de 1 000 malades qui ont passé à la policlinique générale de Vienne dans le courant des mois d'octobre, de novembre et de décembre. Sur ce nombre il se trouvait un ouvrier en crins pour brosses.

Calcul du canal de Wharton.

M. Hajek a montré un calcul des dimensions d'une grosse noisette qu'il avait enlevé du canal de Wharton d'une femme de 35 ans qui depuis 2 ans avait une sensation de gêne sous la partie libre de la langue. L'exploration ayant montré l'existence d'un calcul dans le canal de Wharton gauche, on incisa l'orifice libre du canal et on fit facilement l'extraction du calcul.

La malade n'a présenté aucun symptôme du côté du plancher de la bouche ou des glandes salivaires.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Péritonite diffuse (p. 97).
PATHOLOGIE MÉDICALE. — Pneumotyphus (p. 99).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Tuberculose pulmonaire. — Hystérie chez les jeunes enfants. — Difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant. — Rétrécissement mitral. — Variole hémorrhagique et prodromes de la variole (p. 101). — Endocardite gonococcique. — *Thèses de la Faculté de Bordeaux* : Cas de synencéphalie. — Variations de l'état mental et responsabilité. — Etude des délires oniriques. — Hypermnésies. — La sorcellerie, ses rapports avec les sciences biologiques (p. 102).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine* : Phénomène de Litten et sa signification clinique. — Déplacement congénital du rein. — Influence du sucre de lait sur la décomposition bactérienne des substances albuminoïdes. — Arthrite tuberculeuse. — Action du sérum antidiphthérique sur le rein. — Hypertrophie compensatrice des reins. — Actinomycose (p. 103). — Cystite gonorrhéique tardive chez la femme. — Encapsulement du contenu intestinal dans la cavité abdominale (p. 104).
MÉDECINE PRATIQUE — Traitement du hoquet par l'extension de la langue (p. 104). — Iode (p. 105).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Les caisses de secours pour les veuves et orphelins du corps médical. — Le Dr Guermonprez et la Compagnie du Nord (p. 106).
VARIÉTÉS. — Eloge de Verneuil (p. 107).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire au cours d'une grossesse. Laparotomie. Guérison avec évolution normale de la grossesse (1).

PAR MM.

J-L. FAURE — Chirurgien des hôpitaux.

ARMAND SIREDEY — Médecin de l'hôpital St-Antoine.

Le 3 septembre dernier, mon collègue et ami le Dr A. Siredey me pria d'aller voir dans son service une malade dont l'état lui semblait indiquer une intervention chirurgicale urgente.

Cette malade, Marthe V..., âgée de 24 ans, lingère, était entrée la veille au soir dans son service.

Ses antécédents n'apprennent pas grand'chose. Elle a eu 3 enfants avec grossesses et couches normales. L'année dernière du 23 août au 23 octobre 1895, elle est restée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde qui a évolué sans incidents particuliers.

Vers le 1er mai 1896, elle est prise brusquement pendant la nuit de douleurs lombaires avec points douloureux dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque du même côté. Cet état persiste pendant quelques jours, puis tout disparaît. *A aucun moment la malade n'a présenté d'ictère.*

A la fin de juin elle devient enceinte pour la 4e fois.

Dans la nuit du 30 au 31 août, vers 2 heures du matin, la malade est prise de douleurs dans les reins et le flanc droit, douleurs violentes et très analogues à celles du commencement de mai. Il y a en même temps des vomissements verdâtres et un certain degré de fièvre.

Le 2 septembre, à 6 heures du soir, elle entre à Saint-Antoine dans le service de M. Siredey. Dans la nuit elle a quelques *douleurs utérines* et *une légère métrorragie* qui font craindre un avortement.

Température, 38° ; glace sur le ventre.

1. Cette observation a déjà été communiquée à la *Société médicale des hôpitaux*, le 30 octobre 1896 (voir le *Bulletin* de la Société, p. 741), par mon collègue M. le Dr Siredey. Je la publie ici en me plaçant à un point de vue plus exclusivement chirurgical. J.-L. F.

Le 3, à la visite du matin, l'état semble inquiétant. La malade vomit sans cesse des matières d'un vert foncé, elle a du hoquet. Les yeux sont caves, les traits très altérés, la face est pâle. Le ventre est ballonné, mais sensiblement plus à droite qu'à gauche. Une légère pression permet de déprimer un peu la paroi du côté gauche, tandis qu'à droite la pression est très douloureuse et que la contraction des muscles abdominaux empêche de rien sentir dans la profondeur. Il est cependant facile de se rendre compte que le maximum de la douleur se trouve un peu au-dessus de la fosse iliaque, presque à hauteur de l'ombilic. Il y a en ce point une légère submatité, mais il est impossible de sentir à travers la paroi rigide le moindre empâtement profond.

Le pouls est à 120, petit et faible.

M. Siredey pense à une péritonite consécutive à une appendicite et me fait appeler.

Ce diagnostic me parut également le plus probable, bien que le maximum de la douleur siégeât en un point un peu élevé pour l'appendice. Mais en l'absence d'un diagnostic absolument ferme, l'état inquiétant de la malade me parut indiquer une intervention immédiate.

La malade fut aussitôt transportée dans la salle d'opération, lavée, nettoyée, rasée, et l'intervention fut pratiquée sur-le-champ en présence de M. Siredey.

Incision de 15 centimètres au-dessus et en dedans de l'arcade crurale. Le péritoine ouvert, on voit s'écouler immédiatement une assez grande quantité de liquide purulent jaunâtre. Le péritoine est ouvert sur toute la longueur de l'incision cutanée et la région explorée avec soin. La péritonite est manifeste, les anses intestinales sont rouges, dépolies, velvétiques, couvertes çà et là de fausses membranes. Je vais immédiatement à la recherche de l'appendice. Mais celui-ci, bien que baignant dans le pus ne présente aucune lésion. En même temps j'explore la trompe, rouge et enflammnée comme tous les organes voisins, mais sans altérations; l'utérus gravide, volumineux, dépassant le pubis est également reconnu.

Ne sachant au juste à quelle cause attribuer l'infection du péritoine, je me décide à pratiquer une incision médiane sous-ombilicale de façon à pouvoir explorer plus facilement l'abdomen, et à faire au besoin un lavage, que la présence de deux ouvertures rendrait plus complet.

Je fais donc sur la ligne médiane une incision de 12 centimètres environ, j'arrive presque immédiatement sur le péritoine auquel je fais une boutonnière de 3 centimètres. Il m'est facile de voir qu'en ce point le péritoine bien qu'encore légèrement malade et baigné de sérosité louche, est cependant infiniment moins atteint qu'au niveau de ma première incision. Je m'éloigne donc évidemment du foyer du mal, et je risque fort, en continuant mon exploration sur la ligne médiane, de perdre un temps précieux et d'aggraver en ce point l'infection qui y est encore relativement modérée. Je ferme donc ma boutonnière péritonéale avec une pince et je reviens à mon incision latérale.

Un pus complètement jaune continue à s'en écouler, et c'est précisément cette couleur tout à fait extraordinaire qui me fait penser à sa coloration possible par la bile et à quelque lésion du côté des voies biliaires. J'agrandis donc mon incision par en haut. Au fur et à mesure que j'incise avec des ciseaux la paroi abdominale dans toute son épaisseur, peau, muscles et péritoine, car il faut aller vite, les lésions s'accentuent, et il devient évident que je me rapproche du foyer du mal. Mon incision atteint bientôt une longueur de 30 centimètres environ. Je suis alors sous le foie qui montre son bord tranchant et la pointe de son lobe droit. Toute la région est pleine de pus, tapissée de fausses membranes qui s'étendent irrégulièrement sur le foie, sur le côlon, sur les anses grêles, sans qu'il y ait nulle part aucun foyer limité.

Après avoir en quelques coups d'éponge à peu près nettoyé la région, je porte la main sous le foie, afin d'explorer la vésicule, qu'il est impossible de voir au milieu des fausses membranes purulentes qui la rendent méconnaissable. Je porte donc la main profondément sous le foie, vers le pédicule de cet or-

gane et je ramène la main vers moi en explorant la face inférieure afin de me rendre compte de l'état de la vésicule. Je ne sens rien, ni vésicule, ni calculs, mais au cours de cette manœuvre, *un flot de bile pure, limpide et opalescente,* inonde dans ma main et se répand dans le péritoine. J'estime sa quantité à deux grandes cuillerées à bouche. Il y a donc manifestement quelque part une perforation de la vésicule. J'essaie de la voir, je ne vois rien, et comme l'opération commence à se prolonger et que le pouls de la malade faiblit un peu, je ne continue pas mes recherches. Je nettoie la région aussi bien que possible avec des compresses stérilisées, et je la lave légèrement, pour enlever les fausses membranes et le pus, avec environ 2 litres d'eau bouillie.

Je place un gros drain sous le foie en pleine région infectée, et j'accompagne ce drain d'une compresse stérilisée, qui l'isole des anses intestinales voisines et établit elle-même une sorte de drainage.

Puis je me mets en devoir de refermer vivement mes incisions. L'incision médiane est d'abord rapidement unie par des points séparés au crin de Florence. L'incision latérale, qui est immense, est fermée par un surjet au catgut qui prend, d'ailleurs assez irrégulièrement le péritoine, les muscles et les aponévroses coupés obliquement. La peau est réunie par des points séparés à la soie. Le drain et la mèche de gaze sortent au niveau du tiers supérieur de la plaie, à 10 centimètres environ au-dessous de son extrémité supérieure.

Pansement à la gaze stérilisée. L'opération a duré 45 minutes environ.

Piqûre d'éther.

Le soir, 38°.

Le lendemain, 4 septembre, l'état général est excellent. La malade a bonne mine ; le pouls est à 100, la température à 37°3 le matin, 38° le soir.

Les vomissements ont disparu.

Le 5, pansement. Il y a un peu de pus et très peu de bile dans la gaze. Les lèvres de l'incision sont rouges sur toute leur longueur. Aucun incident.

Le 7, nouveau pansement, il y a quelques gouttes de bile, et un peu plus de pus que l'avant-veille. La mèche de gaze est enlevée, le drain laissé en place.

Les pansements sont renouvelés tous les 3 ou 4 jours, sans que l'on retrouve la moindre trace de bile.

Le 12, un certain nombre de fils sont enlevés, il y a quelques petits abcès localisés, au niveau des fils latéraux. L'incision médiane est complètement réunie et les fils en sont enlevés.

Le 17, alors que la température est normale, la malade est prise de vomissements porracés se renouvelant plusieurs fois dans la journée. Il n'y a cependant aucun signe de péritonite. Ils cessent spontanément le quatrième jour. Il est probable qu'ils sont dus à la grossesse.

Le drain est raccourci peu à peu et définitivement enlevé le 25 septembre en même temps que les derniers fils.

Le trajet du drain est comblé, mais il y a à ce niveau une plaie bourgeonnante, large comme une pièce de 5 francs.

Les pansements sont renouvelés tous les 5 ou 6 jours.

Le 1er novembre la plaie est grande comme une pièce de 10 sous.

Au milieu de novembre, elle est complètement cicatrisée, et, le 9 décembre, la malade est présentée à la *Société de chirurgie*. Elle est en excellent état. La grossesse continue à évoluer normalement et l'on entend parfaitement les bruits du cœur du fœtus.

Cette observation est évidemment des plus exceptionnelles, et malgré quelques points obscurs et de regrettables lacunes elle n'en est pas moins très instructive.

L'origine de cette perforation vésiculaire est inconnue. Il est permis de penser qu'au cours de la fièvre typhoïde qui a évolué l'année précédente des lésions de cholécystite avaient produit, suivant le processus des infections typhiques, des ulcérations vésiculaires cicatrisées depuis, mais qui n'en restaient pas moins des points faibles susceptibles de se rompre sous une influence quelconque.

Cette influence, quelle a-t-elle été? il est impossible de le savoir. Les accidents que le malade a présentés au mois de mai ont bien par quelques points rappelé une colique hépatique, mais ils ne sont pas assez nets pour qu'on puisse affirmer la réalité d'une lithiase biliaire D'autre part l'exploration n'a permis de rencontrer aucun calcul, et nulle concrétion n'a été éliminée au cours de la guérison. On comprendrait cependant fort bien que la présence d'un calcul dans une vésicule récemment atteinte de lésions ulcéreuses ait pu déterminer sa perforation.

Quoiqu'il en soit, nous nous trouvons là en présence d'une pathogénie problématique.

Si le diagnostic de la cause de la perforation est à peu près impossible, que dire du diagnostic de la perforation elle-même? Il est de toute évidence que rien dans les antécédents ni dans l'examen de la malade n'autorisait à penser à une perforation des voies biliaires, et on était tout naturellement conduit à songer à quelque affection appendiculaire. J'avais bien, avant l'opération, émis quelque doute à ce sujet, à cause du point où siégeait le maximum de la douleur, et qui me semblait situé bien haut par rapport à l'appendice. Mais enfin, je m'étais rallié à l'idée d'une appendicite. Et c'est là encore un cas qui vient montrer quel compte il faut tenir de la douleur dans le diagnostic des affections intrapéritonéales et la localisation de leur point de départ. La malade souffrait ici sous le foie bien plutôt que dans la fosse iliaque.

Je regrette vivement que l'examen bactériologique du contenu péritonéal n'ait pas été fait. Mais, au début de l'intervention nous n'avions pas de pipette sous la main et nous avons couru au plus pressé. Il est cependant absolument évident qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une péritonite infectieuse.

La fièvre du début, l'aspect du liquide, les lésions inflammatoires, les fausses membranes purulentes qui se retrouvaient sur tout le péritoine envahi, l'infection secondaire de la plaie, qui dès le surlendemain était rouge sur toute sa longueur, montrent avec la plus grande évidence qu'il s'agissait bien là d'une affection septique, bien que nous n'ayons pu recueillir le microbe coupable, ni constater son degré de virulence.

J'insiste aussi sur ce point que l'infection péritonéale était diffuse. Elle occupait à peu près toute la moitié droite de l'abdomen, de haut en bas, mais sans dépasser sensiblement la ligne médiane. Elle n'en était pas moins diffuse, c'est-à-dire que nulle barrière d'adhérences ne séparait le foyer infecté de la cavité péritonéale. Les lésions allaient diminuant insensiblement et s'atténuaient d'autant plus qu'on s'éloignait davantage du foyer primitif d'infection. Mais il est certain que si on n'était pas intervenu, l'infection se serait rapidement étendue à toute la séreuse, ce qui eût compromis sérieusement le succès de l'opération.

Ici comme dans tant d'autres cas, la malade a dû son salut à la précocité de l'intervention.

Il n'en est pas moins remarquable de voir combien une infection de cette étendue a cédé rapidement à un nettoyage forcément incomplet et à un drainage localisé et sans rapport avec la plus grande partie de surface infectée. Il faut, pour expliquer des résultats aussi rapides et aussi décisifs, que la puissance de phagocytose du péritoine soit vraiment prodigieuse!

J'insiste enfin sur l'innocuité absolue de l'opération relativement à l'évolution de la grossesse. Les cas analogues ne sont pas très rares, mais ils ne sont pas non plus très fréquents. Il y a d'ailleurs ici quelque chose de plus. Au moment où elle est entrée à l'hôpital, la veille

de son opération, la malade semblait menacée d'avortement, puisqu'elle a eu, dans la nuit, des douleurs internes et une légère métrorrhagie. Bien loin de précipiter l'avortement, l'intervention semble au contraire l'avoir empêché de se produire, alors que les signes prémonitoires, provoqués sans doute par la gravité de l'état général avaient déjà fait leur apparition.

Je n'ai rien à dire de la technique opératoire, qui est celle qui m'a été inspirée par les circonstances.

Il eût évidemment mieux valu ne point faire l'incision médiane, qui m'a fait perdre quelques minutes. Encore, en me montrant clairement que je m'éloignais du mal, m'a-t-elle forcé à limiter mon exploration dans le côté droit.

Je me félicite grandement de n'avoir point perdu mon temps à rechercher une perforation que je n'aurais pu trouver et que, en tous cas je n'aurais certainement pas pu suturer, si le hasard m'avait conduit sur elle. Un tamponnement très relatif, puisqu'il était accompagné d'un large drainage, a suffi à amener la guérison, et la bile a coulé, en très petite quantité, pendant 4 jours à peine.

Je crois donc qu'en pareil cas il faut se garder d'explorations inutiles, longues et dangereuses. On drainera tout simplement. Cela est simple, court et efficace. Pour moi, je le ferais encore si j'avais à le faire.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — Service de M. le Professeur Debove

Pneumotyphus.

BACILLE D'EBERTH DANS LE POUMON

Par I. Bruhl,

Ancien interne des hôpitaux.

Au commencement du mois d'octobre 1896 entrait dans le service de M. Debove un homme de 32 ans qui paraissait atteint de pneumonie; tel fut, en effet, le premier diagnostic que l'on posa, et qui du reste paraissait légitime : en effet, le malade avait été pris d'une façon brusque, 4 jours auparavant, de frissons, de point de côté droit, de dyspnée; enfin et surtout on constatait dans son crachoir l'expectoration colorée et visqueuse pathognomonique. Cependant l'examen du thorax ne révélait pas nettement l'existence de la pneumonie; on trouvait bien une zone mate à la base du poumon droit sur une étendue de trois travers de doigt, et à ce niveau quelques râles assez fins, mais sous-crépitants plutôt que crépitants vrais, sans souffle tubaire, sans bronchophonie.

La marche de la maladie qui, arrivée au 8e jour, ne se jugea pas par la défervescence brusque, la persistance des mêmes signes physiques, enfin l'état de prostration ne concordaient pas avec l'hypothèse de pneumonie franche. Ces anomalies nous engagèrent à examiner à nouveau le malade et voici ce que cet examen nous a appris.

Notre malade, qui est représentant de commerce, n'a aucun antécédent pathologique, ni héréditaire, ni personnel, digne d'être noté, sauf un léger degré d'éthylisme. C'est en pleine santé, sans aucun phénomène prodromique, qu'il a été pris brusquement un matin au réveil de frissons, de fièvre, de céphalalgie très intense, de courbature généralisée, en même temps que de troubles digestifs très marqués : inappétence absolue, soif vive, diarrhée abondante et non provoquée. Dans le courant de la journée il se plaint d'une douleur diffuse dans le côté droit, vers la base du thorax, d'une dyspnée modérée, d'une toux pénible; dès le lendemain il y a une expectoration visqueuse et colorée. Les phénomènes nerveux restent très intenses; le malade est accablé, et à notre premier examen, au 8e jour de la maladie, nous nous trouvons en présence d'un homme pâle, fatigué, prostré, somnolent, répondant péniblement aux questions qu'on lui pose; la courbe thermique est celle d'une fièvre continue oscillant autour de 39°; le pouls bat 96 à la minute; il est mou, dépressible et nullement vibrant; la langue est sale; les bords sont rouges et le dos est recouvert d'un épais enduit saburral; les urines sont rares, foncées, et renferment une quantité assez notable d'albumine.

En somme, on a bien l'impression d'un état typhoïde; les phénomènes thoraciques ne se sont guère modifiés : on constate, en effet, une lésion en foyer de la base du poumon droit, caractérisée comme nous l'avons dit ci-dessus, et quelques râles sibilants, disséminés dans les deux poumons; la douleur de côté persiste, la dyspnée est modérée; on compte 28 respirations à la minute; la toux n'est pas fréquente; l'expectoration assez abondante est nettement muco-purulente, mais n'offre plus les caractères de crachats pneumoniques typiques.

La diarrhée, liquide, jaune et fétide, qui dure depuis le début de la maladie, a attiré notre attention sur l'abdomen. C'est alors qu'en découvrant le malade, nous constatons l'existence d'une éruption très abondante de taches rosées; ces taches siègent sur l'abdomen, le dos, la base du thorax; on en retrouve quelques-unes à la partie supérieure des cuisses. Un certain nombre de ces taches s'effacent à la pression; d'autres, de dimensions plus considérables sont d'apparence purpurique. Cette éruption survenue vers le 8e jour d'une maladie avec état adynamique devait nous faire penser à la fièvre typhoïde; et, dans cet ordre d'idée, nous relevons les phénomènes abdominaux suivants : météorisme, douleur très vive et gargouillement dans la fosse iliaque droite, hypertrophie splénique, tous symptômes qui, s'ajoutant à la diarrhée persistante, viennent confirmer notre hypothèse.

Ajoutons que depuis deux jours le malade accuse une douleur très vive à la déglutition; et l'inspection de la gorge permet de voir des ulcérations, arrondies ou ovalaires, au nombre de 7 ou 8, siégeant surtout le long du pilier antérieur du côté droit et sur le voile du palais; on en constate aussi sur l'amygdale gauche; enfin il existe une érosion analogue sur la langue; le bord est rouge, le fond est creusé et recouvert de détritus grisâtres peu adhérents; on sait que ces manifestations pharyngées ont été signalées dans la fièvre typhoïde par M. Duguet, qui les attribue à une ulcération des follicules clos.

Cet ensemble symptomatique nous a paru suffisant pour affirmer la fièvre typhoïde; cependant le début franchement brutal, la prédominance des phénomènes pulmonaires d'emblée très intenses ne cadrent pas avec le tableau classique de la dothiénentérie. Aussi avons-nous jugé intéressant de contrôler notre diagnostic par la recherche du phénomène de l'agglutination; or, en appliquant la technique de M. Widal, la réaction était des plus évidentes.

L'évolution de la maladie a du reste été conforme au diagnostic de fièvre typhoïde; après une période fébrile de 3 semaines environ, pendant laquelle la courbe ther-

mique était celle d'une fièvre continue et au cours de laquelle est survenue une hémorrhagie intestinale, on assiste à la disparition graduelle de tous les accidents. Cependant nous devons encore noter une rechute : cette rechute s'est compliquée d'une otite suppurée, dans le pus de laquelle on a constaté la présence du bacille d'Eberth.

Nous ne nous attarderons pas à discuter les diverses hypothèses qui se sont successivement présentées à notre esprit : pneumonie simple, pneumonie grippale, pneumonie typhoïde, etc. Mais il importe dans ce cas de fièvre typhoïde de mettre en relief la brusquerie du début et les accidents pulmonaires initiaux. C'est là un type clinique connu depuis longtemps, quoique assez rare, et décrit sous le nom de *pneumo-typhus* ou de *pneumo-typhoïde*. La maladie commence brusquement avec tout le cortège symptomatique d'une pneumopathie aiguë et continue à évoluer vers la fin du premier septénaire ou au commencement du deuxième septénaire comme une fièvre typhoïde légitime. Si cliniquement ces faits sont bien connus, il n'en est pas de même de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, les autopsies étant rares.

Nous ne développerons pas ici les diverses théories émises; bornons-nous à rappeler que pour certains auteurs, M. Lépine en particulier, la localisation pulmonaire est bien de nature typhique; mais la preuve bactériologique n'a pas été faite. Pour d'autres, il s'agit d'une double infection, à la fois par le pneumocoque et par le bacille d'Eberth, qui se développerait simultanément sur un même individu. D'autres enfin ont supposé qu'en pareil cas le bacille d'Eberth a pu pénétrer dans l'économie par l'intermédiaire de l'air inspiré ; le germe a été en quelque sorte inhalé. A ce propos, nous devons rappeler que notre malade a sans doute contracté sa fièvre typhoïde par contagion, car il faisait de fréquentes visites à son frère, qui était en traitement à l'hôpital Beaujon pour une dothiénentérie.

Nous nous sommes surtout proposé d'étudier la nature des accidents pulmonaires présentés par notre malade, et nous avons procédé pour cela à quelques recherches bactériologiques, dont les résultats nous ont paru intéressants. Nous avons eu recours à la ponction du poumon pratiquée avec tous les soins recommandés en pareil cas ; cette ponction a été faite au niveau de la zone mate, c'est-à-dire en plein foyer pulmonaire ; nous avons ensemencé le liquide hématique retiré du poumon dans du bouillon, et d'emblée nous avons obtenu une culture pure de bacille d'Eberth. Il va de soi que nous nous sommes appliqué à bien différencier ce microbe du colibacille ; en effet, les cultures ont été faites sur gélose, en bouillon lactosé, etc., il n'y avait aucun doute, nous étions autorisé à affirmer que nous étions bien en présence du bacille d'Eberth.

Nous avons encore contrôlé ce résultat par l'épreuve de l'agglutination; or le microbe que nous avions retiré du poumon se laisse agglutiner par l'adjonction de sérum de typhique.

Ce premier point étant établi, nous devions nous demander si dans le suc pulmonaire, il n'y avait pas de pneumocoques; or nous nous croyons autorisé à répondre par la négative; car, outre que la culture était pure d'emblée, l'inoculation de l'exsudat pulmonaire à la souris a tué celle-ci au bout de 60 heures seulement; l'examen du sang et de frottis d'organes de la souris n'a permis de constater aucun pneumocoque, mais bien du bacille d'Eberth ; la souris est morte d'infection typhique et non pneumococcique.

L'ensemencement du sang de notre malade est resté stérile.

Enfin nous avons cherché à nous rendre compte de la nature des ulcérations pharyngées; on sait que certains auteurs y ont trouvé le bacille d'Eberth ; nous n'y avons trouvé que des streptocoques, des staphylocoques, quelques bacilles longs, mais aucun microbe ressemblant au bacille typhique ; nous pouvons ajouter que sur le milieu d'Elsner, qui est recommandé pour l'isolement du bacille typhique, rien n'a poussé. Nous sommes donc en droit de conclure que dans ce cas les lésions pharyngées relevaient très vraisemblablement d'infections secondaires.

En résumé nous nous sommes trouvé en présence d'un cas de fièvre typhoïde réalisant la description clinique du pneumo-typhus ; nos recherches bactériologiques permettent d'affirmer que la lésion pulmonaire est bien la conséquence de la pullulation du bacille d'Eberth dans le poumon. Or ce seul fait de la constatation du bacille d'Eberth, dûment différencié du colibacille dans le poumon pendant la vie, est une chose rare et les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré ne nous ont fait connaître aucun cas semblable.

M. Widal nous a confirmé qu'il ne connaissait qu'un fait analogue, à lui personnel et dont il veut bien nous donner le résumé. Dans ce cas, comme nous allons le voir, il ne s'agissait pas de pneumotyphoïde, mais d'une dothiénentérie à forme pulmonaire caractérisée par des poussées de congestion pulmonaire, se localisant surtout aux sommets et pouvant en imposer pour une phtisie aiguë. M. Widal (1), qui a décrit ces poussées congestives, les a rapprochées des congestions pulmonaires du sommet, si bien décrites par Bernheim, au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Fièvre typhoïde à forme pulmonaire simulant une tuberculose aiguë. — Bacilles d'Eberth retirés par ponction capillaire du poumon.

(Observation résumée et inédite.)

P... Edouard, charron, âgé de 24 ans, entre le 21 juillet 1891, salle Bouley, n° 23, à l'hôpital Necker.

Père mort de la poitrine. Aucun antécédent personnel, en dehors de rhumes fréquents sans importance dus à sa profession qui l'oblige de passer brusquement d'une température chaude à l'air ambiant froid.

Depuis trois semaines, le malade souffre de courbature généralisée, de céphalalgie, d'inappétence, d'insomnie. Mêmes symptômes le jour de l'entrée, le 21 juillet; la langue est rôtie, mais pas de diarrhée, pas de saignement de nez. Taches rosées lenticulaires difficiles à apprécier car elles sont surélevées et n'ont pas l'aspect des taches classiques. La fosse iliaque est douloureuse et gargouillante. La rate est augmentée de volume. Sibilances généralisées dans toute la hauteur des deux poumons. La température est à 40°. Pas de stupeur. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Ni la stupeur, ni la diarrhée n'apparaissent les jours suivants. Les sibilances prédominent bientôt aux sommets, puis de la submatité se localisant dans la fosse sus-épineuse gauche, on pense à la tuberculose aiguë.

Les jours suivants, un souffle apparaît dans la fosse sus-épineuse gauche, la température se met à osciller de 2° du matin au soir et des râles sous-crépitants se font entendre aux bases. Toux fréquente, sans expectoration. Pas de symptômes adynamiques.

La matité s'étend à la fosse sous-claviculaire droite. Elle varie d'intensité et se déplace d'un jour à l'autre, d'un sommet à l'autre et de droite à gauche. La respiration est très soufflante à son niveau et l'on entend de gros râles humides. Signes de congestion très marqués aux deux bases.

1. WIDAL, Article *Rhumatisme* du *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel, t. II, p. 756.

En présence de ces symptômes, le 5 août, quinze jours après l'entrée du malade à l'hôpital, avec une seringue stérilisée, on retire par ponction de la base du poumon droit, une goutte de sérosité dont l'ensemencement donne des colonies d'un microbe présentant tous les caractères classiques du bacille d'Eberth.

La ponction de la rate fournit une culture pure de bacille d'Eberth et donne ainsi la preuve qu'il s'agissait bien d'une infection typhique généralisée. En présence de ce résultat donné par l'examen bactériologique, on n'hésite plus à porter le diagnostic de fièvre typhoïde à forme pulmonaire, caractérisée par des poussées congestives avec prédilection pour les sommets.

Ce diagnostic fut pleinement confirmé par l'évolution de la maladie. Le 10 août, c'est-à-dire 20 jours après l'entrée du malade, la température était tombée à la normale. Les râles, les souffles et la matité avaient graduellement disparu. Après quinze jours de convalescence, le malade quittait l'hôpital et ne présentait plus le moindre symptôme pulmonaire.

En résumé cette observation est intéressante au point de vue clinique puisqu'elle nous offre un exemple de fièvre typhoïde à forme pulmonaire, caractérisée par des poussées congestives localisées surtout aux sommets et pouvant simuler celles de la tuberculose ; elle est intéressante également au point de vue bactériologique puisque nous avons pu déceler le bacille d'Eberth dans le poumon.

Ainsi le bacille d'Eberth peut à lui seul déterminer dans le poumon des accidents simulant la tuberculose, simulant la pneumonie. Ce n'est pas à dire que toutes les manifestations pulmonaires de la fièvre typhoïde relèvent du bacille d'Eberth. On sait que nombre d'auteurs y ont trouvé des microbes d'infections secondaires — on peut même ajouter que c'est là la règle.

Nous-même, nous avons eu l'occasion d'examiner tout dernièrement, dans le service de notre maître M. Dreyfus-Brisac, une malade dont l'histoire clinique se rapproche de celles que nous venons de relater. Or le liquide retiré par ponction du poumon, ensemencé dans du bouillon, a donné naissance à une culture d'un diplocoque ayant de grandes analogies morphologiques avec le pneumocoque, mais ne tuant pas la souris. Le microbe avait-il perdu sa virulence? cette hypothèse est plausible, car ce n'est qu'au 17e jour de la maladie que nous avons pu faire notre examen.

Il n'en reste pas moins établi que certaines localisations pulmonaires de la dothiénentérie reconnaissent comme unique agent pathogène le microbe de la fièvre typhoïde, et que ces pneumopathies typhiques spécifiques peuvent revêtir des types cliniques multiples, jusqu'à en imposer pour une pneumonie, voire même pour la tuberculose.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Poncet (Joseph). *Sur la constatation des bacilles de Koch dans les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire.* N° 93. (G. Carré et C. Naud.)

M. Conturie (Jules). *Sur l'hystérie chez les jeunes enfants.* N° 75. (H. Jouve.)

M. Laclautre (Théodore). *Difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant.* N° 105. (G. Steinheil.)

Mlle Reless (Marie). *Valeur diagnostique de la dureté du premier bruit dans le rétrécissement mitral.* N° 80 (H. Jouve.)

M. Gouin (Paul). *Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique et des prodromes de la variole.* N° 13. (G. Steinheil.)

M. Carageorgiadès (Hermann J.). *De l'endocardite gonococcique.* N° 109. (H. Jouve.)

De ses recherches, M. Poncet conclut que dans les manifestations primitives de la tuberculose, alors que les symptômes cliniques font encore défaut on peut déjà rencontrer des bacilles.

Parmi ces manifestations primitives il compte l'anémie prétuberculeuse, les bronchites tuberculeuses, l'hémoptysie, la spléno-pneumonie, la pleurésie, nombre de phthisies déclarées ayant présenté à leur début l'une quelconque de ces manifestations, et l'examen bactériologique pouvant dès cette période assurer le diagnostic.

L'hystérie de la première enfance n'est pas rare. M. Conturie pense que si on ne l'a pas constatée plus souvent, c'est que jusqu'ici on a fait jouer un trop grand rôle aux troubles survenant au moment de la dentition, aux troubles digestifs, aux vers intestinaux. L'hérédité et l'éducation sont les deux principaux facteurs de son développement. Elle se manifeste surtout par des troubles psychiques. Les attaques d'hystérie convulsive sont rarement complètes. Les paralysies, les anesthésies sont peu fréquentes.

De diagnostic en général facile si on y pense et si on examine l'enfant à ce point de vue, l'hystérie a un pronostic moins sérieux que chez l'adulte et d'autant plus bénin que le traitement aura été institué de meilleure heure. Celui-ci est surtout constitué par une bonne direction de l'éducation, l'isolement, l'hydrothérapie.

Pour M. Laclautre, chez les enfants au-dessous de 5 ans surtout, il est impossible le plus souvent d'affirmer d'une façon positive une pneumonie qui commence, car tantôt elle se dissimule sous les aspects d'une autre maladie avec laquelle elle n'a, de par sa nature, son siège et sa gravité, aucune analogie ; tantôt les signes pulmonaires symptomatiques n'existent pas ou sont trop faibles pour être perçus. Aussi faut-il toujours, à l'exemple de M. Roger, songer à une pneumonie en face d'une « maladie qui, au premier ou au second jour, donne lieu à un maximum de 40° ».

D'après Mlle Reless, la dureté du premier bruit permet le diagnostic de la sténose mitrale, en l'absence même de tout autre signe de cette maladie. Cette dureté s'observe dans les deux premiers degrés de la sténose mitrale : dans le 1er, le premier bruit est éclatant, dans le 2e, il est simplement dur ; il disparaît dans le 3e degré. La dureté du premier bruit ne se rencontre guère dans d'autres maladies. Elle est un signe diagnostique et pronostique important en ce sens qu'il contribue à établir le degré de le lésion.

De ses observations recueillies au cours de l'épidémie de variole de Marseille en 1895-96, M. Gouin conclut que dans la variole commune :

a) La période d'invasion tant discrète que confluente, peut affecter 4 formes :

1° Invasion normale avec prodromes violents ;

2° Invasion avec prodromes légers, que l'on peut peut-être rapporter à la période d'inoculation, faisant place ensuite aux prodromes habituels ;

3° Invasion avec prodromes interrompus par des périodes de rémission ou d'intermittence complète des phénomènes morbides pouvant durer un temps variable ;

4° Invasion avec prodromes très minimes ou même absence de prodromes.

b) Cette dernière forme est la règle chez les tout jeunes enfants chez lesquels l'invasion passe inaperçue.

c) Relativement au rapport de la durée de la période prodromique à la forme de la variole, tout ce que l'on peut dire c'est, avec Jaccoud, qu'une éruption qui débute après 4 jours pleins n'est jamais confluente.

d) Le symptôme le plus important de la période d'invasion, par sa fréquence et son intensité, est de beaucoup la céphalalgie.

e) Les premiers vomissements de la variole suivent presque toujours l'ingestion des aliments (Dr Coste).

M. Gouin remarque d'autre part à propos de la variole hémorrhagique que :

a) Une vaccination même récente ne préserve pas de la va-

riole hémorrhagique, pourvu toutefois que l'on soit porteur d'une tare constitutionnelle.

b) Les tares constitutionnelles ou les causes débilitantes, grossesse, misère physiologique, se rencontrent fréquemment dans son étiologie.

c) Si les sujets frappés sont sains et robustes il s'agit toujours ou de sujets non revaccinés depuis leur naissance, ou, plus souvent, encore, jamais vaccinés.

d) Le frisson initial fournit une présomption de variole hémorrhagique, de même que le rash scarlatineux généralisé.

e) La suffusion sanguine des paupières supérieures peut dénoncer avant tout autre signe le caractère hémorrhagique d'une variole, et lorsqu'elle se montre c'est un signe de certitude.

Parmi les nombreuses séreuses sur lesquelles le gonocoque peut secondairement se fixer, une des plus fréquemment atteintes est l'endocarde. Mais l'endocardite blennorrhagique ne relevant que du gonocoque, il faut distraire de son étude toutes les observations dans lesquelles l'endocardite est due à une infection secondaire. Ne doit donc être considérée comme blennorrhagique, d'après M. Carageorgiadès, que l'endocardite qui renferme dans ses produits anatomiques le gonocoque caractérisé par l'examen microscopique, les cultures et l'inoculation. Les cas ainsi recueillis rendent son existence incontestable.

Elle affecte au point de vue clinique 3 types : passager avec retour à la normale, aigu ou subaigu avec reliquat de lésion valvulaire, ulcéreux, septicémique ou hémorrhagique, cette dernière variété étant la plus rare.

L'endocardite, comme la phlébite et les arthropathies, est due à une infection sanguine : les arthropathies blennorrhagiques ne sont donc nullement l'intermédiaire obligé entre la localisation primitive du gonocoque et la complication cardiaque. Les deux manifestations constituent seulement des phénomènes connexes d'une même infection et coexistent dans les 2/3 des cas. La blennorrhagie, comme la plupart des maladies infectieuses, a tendance à frapper le cœur infériorisé par une première atteinte d'endocardite, mais dans bon nombre de faits elle peut atteindre et désorganiser l'endocarde indemne de toute tare.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Pichez (Léon-Jean-Marie). *Étude historique, étiologique et pathogénique au sujet d'un cas de synencéphalie.* N° 13.

M. Guyot (Charles-Eugène-Camille). *Variations de l'état mental et responsabilité.* N° 11.

M. Pichon (André-Émile). *Contribution à l'étude des délires oniriques ou délires de rêve, délires infectieux et toxiques.* N° 13.

M. Guillon (Noël-Louis-Albert). *Essai sur les hypermnésies. Étude de psychologie morbide.* N° 17.

M. Regnault (Jules Emile Joseph). *La sorcellerie, ses rapports avec les sciences biologiques.* N° 22.

Ce travail très documenté amène M. Pichez à considérer les brides amniotiques comme généralement consécutives à la production des monstres : elles sont un résultat et non une cause.

Parmi les causes étiologiques des monstruosités crâniennes en général et de la synencéphalie en particulier, il faut signaler : l'âge des parents, les maladies génitales, les intoxications (surtout l'alcoolisme et peut-être le saturnisme), les infections et enfin une série de conditions mal définies, troublant le développement normal de l'œuf.

La pathogénie de la synencéphalie réside dans une malformation de l'amnios : absence de capuchon céphalique ou d'un replis amniotique ou adhérence de l'amnios au crâne fœtal.

Il est difficile de résumer en quelques lignes un travail volumineux et consciencieux comme la thèse de M. Guyot.

Elle démontre que si la société a le droit et le devoir de se défendre contre le criminel, elle doit considérer que celui-ci est, la plupart du temps, un dégénéré, quand ce n'est pas un fou. Ce n'est ni la prison, ni la guillotine qui lui conviennent.

La prison est un supplice inutile et dangereux, puisqu'elle rejette dans la société, une fois sa peine accomplie, un malheureux, qui, à son état mental, joindra désormais la soif de vengeance.

Aux criminels en apparence sains d'esprit — ils ne le sont jamais entièrement — convient le traitement par le travail dans une de nos possessions lointaines; aux dégénérés, l'internement à vie dans un asile mixte où le travail alterne avec le traitement médical; aux fous, le traitement médical exclusif.

Du moment que le criminel est un impulsif dangereux, un fou ou un dégénéré, il ne devrait pas jouir, après sa guérison réputée complète, d'une liberté absolue; cela est vrai surtout pour les assassins. De même que l'impulsif alcoolique, par exemple, ne doit jamais être considéré comme à l'abri d'une impulsion nouvelle, de même on ne peut jamais dire que celui qui a tué ne récidivera point.

Les symptômes psychiques des délires infectieux et toxiques sont identiques à l'état de rêve. Ce délire est d'abord et surtout nocturne, principalement dans les périodes hypnagogiques et se prolonge dans le rêve ou après le réveil. Il rappelle des souvenirs antérieurs, influencés par la réalité ambiante.

Les hallucinations sont surtout visuelles et généralement suffisantes. Le malade est acteur comme dans les rêves somnambuliques et perd la notion de temps. Le délire peut être suspendu par une intervention extérieure. Après guérison, il y a amnésie partielle ou totale du délire.

L'identité des délires infectieux et toxiques est pour M. Pichon une preuve de l'origine toxique du délire infectieux.

Les hypermnésies permanentes ou hypertrophies générales ou partielles de la mémoire sont des troubles pathologiques. Puisque les gens doués de pareilles aptitudes ne sont pas semblables aux individus qui les entourent, ce sont sinon des malades, du moins des anormaux et, plus l'hypertrophie de leur mémoire sera partielle, plus ils seront anormaux.

L'hypermnésie désigne uniquement un trouble dans l'évocation des images; c'est l'accélération du troisième temps de la mémoire. C'est donc un mode particulier de l'association des idées avec ou sans rapidité de la pensée qu'on rencontre aussi dans l'état mécanique (vésanique ou symptomatique d'une lésion organique), dans certaines intoxications (alcool, chloroforme, hachisch, opium).

La cause de cette rapidité plus grande de la pensée réside dans l'accélération du jeu des cellules corticales.

Mais comment, se demande M. Guillon, expliquer l'hypermnésie si connue des noyés, alors que l'amnésie est de règle dans la pendaison ? Il y a asphyxie dans les deux cas. Mais, dans la pendaison, il y a compression des carotides et par suite anémie cérébrale; au début de l'asphyxie par immersion, il y a, par suite des réflexes cutanés et pulmonaires, rapidité plus grande du pouls, due à l'action du pneumogastrique, c'est-à-dire hyperactivité cérébrale.

Plus facile à expliquer est l'hypermnésie après un traumatisme cérébral.

Ici, la cellule intellectuelle irritée produit la pensée, comme ailleurs l'irritation cérébrale limitée à la zone motrice produira l'épilepsie jacksonienne.

Le travail volumineux et consciencieux de M. Regnault comprend deux parties. Dans la première l'auteur fait l'historique de la sorcellerie. Il nous fait voir d'abord les sorciers dans les diverses races humaines; puis il traite des rapports de la sorcellerie avec les diverses religions et il nous montre enfin les conséquences de la croyance aux sortilèges.

La deuxième partie est une étude de la sorcellerie moderne, nous y voyons comment on devient sorcier, ainsi que les diverses pratiques de la sorcellerie. — Il y a deux catégories de sorciers : 1° les vrais sorciers, qui ont des connaissances réelles acquises par l'observation et qui pratiquent les sciences occultes; 2° les pseudo-sorciers, qui sont des malades ou des escrocs; L'étude des maléficiés est un des chapitres les plus personnels de l'auteur. Il y a tenté des expériences sur l'action des médicaments à distance, sur la suggestion à distance et la force neurique rayonnante (champ magnétique humain, extériorisation de la sensibilité et de la motricité). Ce chapitre des maléficiés se termine par une discussion médico-légale de la responsabilité de maléficiés.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Phénomène de Litten et sa signification clinique, par M. Swenson (de la clinique propédeutique du professeur Lesh). Kiew, 1896, *Travaux de la Société des médecins de Kiew*, 1896, t. II, livraison 2).

En 1892, le professeur Litten (de Berlin) attira l'attention sur un phénomène clinique qui se trouve en rapport avec la contraction du diaphragme.

Un sujet étant couché sur le dos, le regard dirigé vers la lumière, on peut saisir au moment de l'inspiration une certaine dépression des parties latérales de la cage thoracique qui se produit entre les lignes mammaire et axillaire. Cette dépression commence vers la 7e et 8e côte et descend à la 9e et 10e côte. A la fin de l'inspiration la dépression disparaît pour se remplacer au début de l'expiration par une ampliation de la même portion de la cage thoracique; ce dernier phénomène suit le courant contraire au phénomène de la dépression.

M. Swenson, en étudiant de son côté ce phénomène, l'a trouvé chez la plupart des sujets sains, mais pas chez tous.

Pour le bien observer il faut choisir un sujet maigre, bien musclé et lui faire faire des inspirations profondes. Dans la majorité des cas, le phénomène est plus marqué du côté droit.

Pour M. Swenson le phénomène de Litten nous rend compte de l'état d'ampliation pulmonaire et indique la limite inférieure du poumon.

D'après l'auteur le ballonnement du ventre et l'hypertrophie du foie font passer ce phénomène plus haut. Les pleurésies, les empyèmes, le pneumothorax, la symphyse pleurale font disparaître le phénomène de Litten.

L'auteur cite trois cas (dont un personnel) où la présence ou l'absence de ce phénomène a pu faire trancher le diagnostic.

Par exemple, Neumann, en se basant sur la présence du phénomène de Litten a pu faire le diagnostic de la hernie diaphragmatique chez un ouvrier tombé du troisième étage et présentant les signes cliniques du pneumothorax.

Deux cas de déplacement congénital du rein (Mittheilungen über zwei Fälle von congenitaler Nierenverlagerung), par Schwalbe (*Virchow's Archiv*, 1896, vol. CXLVI, p. 414). — Dans les 2 cas, chez un suicidé et chez un individu ayant succombé à la tuberculose miliaire généralisée, l'anomalie a porté sur le rein droit. Dans le premier cas, il était situé sous le rein gauche et soudé à ce dernier par son extrémité supérieure. Dans le second cas, le rein droit était situé au-devant des 4e et 5e vertèbres lombaire, et dépassait d'un centimètre, à gauche, la ligne médiane. Dans les 2 cas les capsules surrénales occupaient leur place normale.

Influence du sucre de lait sur la décomposition bactérienne des substances albuminoïdes (Ueber den Einfluss des Milchzuckers auf die bakterielle Eiweiszersetzung), par Seelig (*Virchow's Archiv*, 1896, vol. CXLVI p. 53). — Les expériences faites avec des solutions de peptone, additionnées ou non de lactose et ensemencées avec des coli-bacilles, ont montré que le sucre de lait s'oppose dans une certaine mesure à la décomposition des substances albuminoïdes. L'auteur en conclut que dans la résistance du lait à la putréfaction, la lactose joue un rôle important.

Action du sérum antidiphthérique sur le rein. (Experim. u. klinischen Untersuchungen über den Einfluss der Bering'schen Diphterie-Heilserum, u. s. w.), par Siegert (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLVI, p. 331). — 1° L'injection sous-cutanée de sérum antidiphthérique est fréquemment suivie d'une albuminurie et d'une légère albumosurie, analogues à celles qu'on observe chez les animaux soumis au traitement de l'immunisation;

2° La même albuminurie et la même albumosurie, accompagnées d'une diminution de la quantité et d'une augmentation du poids spécifique de l'urine, s'observent chez les animaux soumis aux injections de sérum;

3° Cette albuminurie est produite par le sérum, et non par la petite quantité d'acide phénique qu'il renferme; l'acide phénique ne produisant pas, dans ces conditions, de néphrite, et agissant plutôt, contrairement au sérum, comme un léger diurétique.

4° Comme lésion rénale plus grave, on observe quelquefois chez des malades, à la suite des injections, l'apparition d'une néphrite parenchymateuse et hémorrhagique aiguë. Les rapports entre cette néphrite et le sérum antidiphthérique n'ayant subi aucune modification ne sont pas suffisamment établis;

5° L'anurie, qui survient quelquefois chez les malades à la suite des injections de sérum, s'observe également chez les animaux;

6° L'albuminurie des diphthériques est ordinairement influencée dans un sens favorable par les injections de sérum;

7° L'injection de 10 centimètres cubes de sérum ne provoque pas, chez les lapins, de lésions anatomiques des reins;

8° Les petites quantités de sérum n'influencent en rien la diurèse chez les animaux, d'où l'indication d'employer chez les malades un sérum concentré.

Actinomycose (Ueber Aktinomycose), par A. Habel (*Virchow's Archiv*, 1896, vol, CXLVI, p. 1). — Ce travail contient cinq observations très détaillées d'actinomycose viscérale, prises à la clinique de M. Eichhorst (de Zurich). Dans deux cas, il s'agissait d'actinomycose pulmonaire avec envahissement secondaire des organes du médiastin; dans le troisième cas, l'actinomycose avait débuté par le cæcum et s'était étendue secondairement au foie et aux poumons qui étaient, en même temps, le siège des lésions tuberculeuses; le quatrième cas est celui d'une malade entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une péritonite généralisée, et à l'autopsie de laquelle on trouva une actinomycose de l'ovaire droit; enfin, dans le cinquième cas, qui a évolué comme une bronchite tuberculeuse, l'autopsie montra l'existence d'une actinomycose des poumons et des plèvres avec envahissement secondaire de la cavité abdominale à travers une perforation du diaphragme.

Tous ces cas ont présenté une marche rapide, et dans aucun d'eux le diagnostic d'actinomycose n'a été fait au début. Dans les quatre cas d'actinomycose primitive ou secondaire des poumons, l'examen des crachats, au point de vue de la présence des actinomycètes ou des bacilles tuberculeux, a été négatif; l'existence des crachats vitreux teintés de sang dans deux cas et l'apparition d'une infiltration dure de la paroi thoracique dans un troisième (cinquième observation) auraient pu, à la rigueur, mettre sur la voie du diagnostic, mais ces phénomènes n'étaient pas suffisamment accentués et ne fixèrent pas l'attention.

Ces cinq observations montrent donc que le diagnostic n'est possible, surtout dans les cas peu nets, que lorsqu'on découvre les granulations caractéristiques dans le pus ou dans les crachats.

CHIRURGIE

Arthrite tuberculeuse des nourissons (Ueber tuberculöse Arthritis und Osteitis in frühesten Kindesalter), par Th. Rovsinn (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LIII, p. 620). — L'auteur rapporte dans un travail 7 cas d'arthrites tuberculeuses (genou, épaule, hanche, cou-de-pied) à symptômes et marche particulières, observés chez des nourrissons au-dessous d'un an. Ces arthrites présentaient ceci de particulier qu'elle ont débuté d'une façon aiguë (fièvre élevée, douleurs, etc.), ont toutes suppuré et ont toutes guéri par la simple arthrotomie après évacuations du pus. Dans tous les cas la guérison n'était pas suivie d'ankylose, et l'articulation récupérait rapidement tous ses mouvements.

Dans tous les cas l'aspect de la synoviale ne laissait aucune doute sur la nature de la lésion. L'examen bactériologique du pus dans 2 cas et son inoculation à un animal, dans un troisième, a montrés l'existence des bacilles tuberculeux dans le pus.

Hypertrophie compensatrice des reins (Ueber die compensatorische Hypertrophie der Nieren), par Sacerdotti (*Virchow's Archiv.*, 1896, vol. CXLVI, p. 267). — La néphrectomie unilatérale est généralement bien supportée par les animaux. Le rein qui est laissé en place se charge immédiatement des fonctions du rein enlevé, aussi n'observe-t-on pas dans ces conditions, une accumulation de matières excrémentielles dans

l'organisme; et, au bout de quelque temps, la surchage fonctionnelle du rein donne lieu à une hypertrophie compensatrice de l'organe laissé en place.

Dans les cas d'inanition aiguë avec diminution considérable de la diurèse et, par conséquent, avec diminution de l'élimination des produits excrémentiels, l'ablation d'un rein ne provoque pas d'hypertrophie compensatrice du second rein, bien que l'épithélium de ce dernier conserve son pouvoir de reproduction.

Si l'on fait passer par les reins d'un animal le sang d'un autre animal de la même espèce, mais privé de ses deux reins, le premier animal fournit une urine qui contient le double des produits excrémentiels de l'urine normale; et, si l'expérience est répétée à plusieurs reprises ou est suffisamment prolongée, il se produit une hyperplasie de l'épithélium rénal analogue à celle qu'on observe après la néphrectomie unilatérale.

Tous ces faits permettent, d'après l'auteur, de soutenir que l'hypertrophie compensatrice des reins est due, en totalité, ou, du moins, en très grande partie, à l'exagération de l'activité fonctionnelle de l'épithélium rénal.

Cystite gonorrhéique tardive chez la femme (Ueber eine Spätform der Cystitis gonorrhäica bei Frauen), par Kalischer (*Wien. med. Presse*), 1896, n° 42, p. 1306.) — L'auteur a constaté à plusieurs reprises, à la clinique de M. Schauta (de Vienne) que, contrairement à l'opinion générale, les phénomènes vésicaux qu'on observe chez les femmes atteintes d'uréthrite gonorrhéique, peuvent, quand ils ne sont pas convenablement soignés, aboutir à une véritable cystite. Cette cystite, qu'il désigne sous le nom de cystite infiltrante ulcéreuse, se présente avec les caractères suivants :

A l'examen cystoscopique, on voit sur la muqueuse vésicale de grosses taches brunâtres à centre élevé formant plateau, et couvert d'un exsudat se présentant sous forme de fausses membranes ayant les dimensions d'une lentille. Si, avec une pince, on essaie d'enlever ces fausses membranes, on constate qu'elles sont très adhérentes et qu'elles laissent après elles une surface ulcérée, irrégulière, couverte de granulations.

Les symptômes cliniques de cette cystite sont une fréquence très grande des mictions et une sensation de pesanteur, de douleurs dans la vessie; les mictions elles-mêmes ne sont pas douloureuses; l'urine est uniformément trouble et dépose fortement; la capacité de la vessie est diminuée.

Toujours on trouve soit une gonorrhée génitale plus ou moins récente avec des gonocoques à l'appui, soit une gonorrhée ancienne.

Le seul traitement qui réussit dans ces cas est le curettage des ulcérations, suivi d'une instillation de nitrate d'argent ou, dans les cas rebelles, d'un attouchement au crayon de nitrate ou au galvanocautère.

Le traitement est douloureux; aussi doit-on pratiquer cette petite opération sous le chloroforme, ou bien après avoir laissé agir un suppositoire à la morphine. En tous cas, il faut se garder d'employer la cocaïne qui, vu l'état de la muqueuse vésicale, peut être facilement résorbée et causer la mort.

Encapsulement du contenu intestinal dans la cavité abdominale (Kann Darminhalt in der menschlichen Bauchhöle einheilen?), par Askanazy (*Virchow's Archiv*, 1896, vol. CXLVI, p. 35). — Les deux cas observés par l'auteur semblent montrer que le contenu intestinal sorti à travers une perforation peut s'enkyster dans la cavité abdominale.

Dans le premier cas, il s'agit d'un nouveau-né pris, cinq jours après sa naissance, de phénomènes de péritonite subaiguë à laquelle il succomba au bout de quinze jours. A l'autopsie, au milieu du pus et des fausses membranes qui tapissaient les intestins, on trouva, à l'angle gauche du côlon transverse, une perforation cachée par une sorte de production de la dimension d'une noix, composée de granulations calcaires d'un blanc jaunâtre. Des granulations analogues, emprisonnées dans des adhérences fibreuses, se trouvaient à la surface de l'estomac, du foie et de la rate. L'examen de ces granulations, après leur décalcification, montrait qu'elles se composaient des parties constituantes du méconium (cellules épidermiques, pigment biliaire, cristaux de cholestérine et de bilirubine, poils, etc.). Il s'agissait donc de l'encapsulement du méconium sorti à travers la perforation qui s'était probablement produite pendant l'accouchement sous l'influence d'un traumatisme sur la nature duquel il est difficile de se prononcer. Dans l'espèce, cet encapsulement a été facilité par l'état encore probablement stérile du méconium, au moment ou la perforation s'est produite. Plus tard, la perforation a donné lieu au passage d'un contenu intestinal infecté qui a provoqué la péritonite à staphylocoques à laquelle l'enfant a succombé.

Le second cas observé par l'auteur se rapporte à un homme de 48 ans qui avait reçu un coup de pied de cheval dans l'hypochondre gauche; il est entré à l'hôpital pour une pleurésie purulente du côté droit à laquelle il succomba trois semaines après l'évacuation de la collection par la ponction. A l'autopsie, on trouva une déchirure du cæcum, une péritonite chronique avec deux abcès encapsulés, dont l'un était en communication avec la déchirure du cæcum, l'autre sous-diaphragmatique, en communication avec la plèvre gauche; des abcès dans le foie et la rate. Le péritoine était, en outre, parsemé de granulations, en partie calcifiées, de la dimension d'un grain d'avoine. L'examen histologique de ces granulations montra la présence de débris de cellules musculaires, de cellules végétales, de gouttelettes graisseuses, etc. Pour ce cas, par conséquent, où la mort est survenue seulement trois mois après la rupture traumatique de l'intestin, il s'est également produit un encapsulement du contenu intestinal.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du hoquet par l'extension de la langue.

Les moyens les plus divers ont été tour à tour préconisés contre le hoquet, et tous ont à leur actif quelques succès. Rappelons brièvement quelques-uns d'entre eux.

La frayeur, l'émotion provoquées, l'arrêt volontaire de la respiration, sont communément employés. On fait boire un demi-verre d'eau à petites gorgées en pinçant les narines (Varangot). On combine l'extension de la tête avec la compression des conduits auditifs externes (Hénocque). Plus simplement, on fait appliquer fortement la pulpe du petit doigt contre le pouce de la même main, ou mieux encore on comprime les poignets (Peretti). On soulève, avec les doigts, l'os hyoïde (Nothnagel), ou encore on opère une striction forte des hypocondres et de l'épigastre par un bandage de corps (J. Boyer). Dans les formes plus rebelles, on a recours à la suggestion, à l'hydrothérapie (drap mouillé, Chambard), à la métallothérapie à l'action de l'aimant (Laënnec), à la faradisation (Trousseau), la galvanisation (Duchenne de Boulogne) ou à la compression digitale (Leloir) du phrénique au cou. L'acupuncture (Hame), les pointes de feu au niveau des insertions du diaphragme (Zuccarelli), l'imposition du cautère à l'épigastre (Dupuytren), l'application d'une compresse imbibée de chloroforme au creux de l'estomac (Brown-Séquard), le vésicatoire du cou (Short), la glace intus et extra, la faradisation tétanisante prolongée de l'œsophage (Régis et Debédat), les inhalations de chloroforme (A. Latour) ou d'éther (Lépine) à dose anesthésique, sont des moyens extrêmes. Quelques médicaments rendent encore des services : tels le musc (Warnes), la pilocarpine en injections sous-cutanées à la dose de 1/2 à 1 1/2 centigramme (Ortil), le valérianate de zinc (Danet) ou le camphre (Debreyne) associés à la belladone, la cocaïne (Weissemberg), l'emplâtre à la thériaque et à la belladone (Guéneau de Mussy), les infusions chaudes de menthe poivrée (Trousseau).

D'après M. Lépine (de Lyon), le procédé le plus efficace pour combattre la convulsion clonique du diaphragme est l'*extension de la langue*. Voici comment on s'y prend :

Au moment de l'accès, saisir la langue du patient, la tirer un peu fortement de façon à sentir la résistance qu'oppose toujours en pareil cas la base de cet organe, et la maintenir tirée en dehors de la bouche aussi longtemps que l'exige la cessation du spasme.

Plusieurs faits de hoquet invétérés ont été guéris par ce moyen : il est probable que cette extension amène la cessation

du spasme par suite de l'excitation continue que l'on imprime aux nerfs de la pointe et surtout de la base de la langue, en la maintenant tirée, excitation qui se traduit par une diminution rapide du pouvoir excito-moteur du bulbe.

C'est pour cette raison qu'il faut pratiquer l'extension simple et continue de la langue et ne pas exercer des tractions rythmées de cet organe, comme dans les cas où l'on cherche à rétablir la respiration. (D'après M. M. Martelly, thèse de Toulouse, 1896-1897.)

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Iode.

Solubilité. — L'iode est fort peu soluble dans l'eau 1 p. 7 000, mais il est soluble dans l'alcool, l'éther, la glycérine, l'huile, les graisses, la vaseline. On augmente considérablement sa solubilité dans l'eau par l'addition d'iodure de potassium ou de sodium.

Antidotes. — Acide sulfanilique. Sulfanilate de soude.

Propriétés thérapeutiques. — L'iode est un antiseptique puissant, mais dont le pouvoir sur les bactéries pathogènes n'est pas établi d'une façon précise. Il atténue cependant dans une proportion considérable, la toxicité des cultures tétaniques filtrées (Vaillard et Roux) et du virus diphthérique (Behring, Roux) et neutralise le virus charbonneux à une dose même très faible (Davaine). Ces propriétés l'ont fait utiliser dans le traitement de la pustule maligne (Davaine, A. Richet, Verneuil) et ont permis la préparation des sérums vaccinateurs.

L'iode a-t-il en outre une action sur le bacille de Koch ou sur les poisons qu'il sécrète? Le fait, quoique indéniable n'est pas encore cliniquement démontré. Néanmoins, l'iode a été utilisé avec quelque succès dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (Durante) et de la plupart des tuberculoses chirurgicales. Ce serait spécialement dans la polyadénite ganglionnaire, dans l'arthrite fongueuse, les synovites tendineuses qu'on aurait obtenu le plus de résultats positifs.

L'action antisyphilitique n'est pas douteuse : elle a son maximum contre les manifestations tertiaires de la maladie (gomme, etc.).

L'iode serait encore le spécifique du goître. Injecté sous la peau, dans 28 cas de goîtres parenchymateux (C. Réyès), il aurait amené une amélioration incontestable, supérieure même à ceux fournis par la médication thyroïdienne et surtout par les injections interstitielles.

L'action *résolutive, fondante*, de l'iode en a fait étendre l'emploi (G. de Pieri) au traitement de la maladie de Morton (injections péri-articulaires). Les otites sèches scléreuses et les otites purulentes chez les tuberculeux sont également guéries ou améliorées par ce moyen (Gradenigo). Sur 27 cas, 10 guérisons, 10 améliorations, 7 échecs. Signalons enfin son application au traitement de l'anémie (Ménuella) et de la chlorose; à celui de la diathèse urique, du rhumatisme ou mieux de manifestations rhumatismales diverses (Parona), de l'emphysème et de l'asthme et en général de toutes les affections justiciablea des iodures alcalins.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : On emploie la dose moyenne d'un centigramme par injection et on ne dépasse guère deux injections par jour. Néanmoins, dans certains cas, on a poussé ces doses jusqu'à 5 centigrammes par jour.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* L'injection est très douloureuse, aussi est-il bon de la pousser dans le tissu musculaire et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il faudra éviter avec soin de faire pénétrer le liquide injecté dans les veines, car il suffit d'une très faible proportion d'iode dans le sang pour transformer l'hémoglobine.

b) *Eloignés :* Si l'injection a été faite très aseptiquement, la résorption est prompte. Il n'y a ni induration, ni douleur très persistante. L'élimination à l'iode se fait très rapidement par les reins, les glandes salivaires, les muqueuses nasales et bronchiques et la peau. On peut en déceler la présence dans l'urine quelques minutes après l'injection. Enfin, il est exceptionnel d'observer des phénomènes accentués d'iodisme à la suite de l'injection hypodermique.

FORMULES

Iode. . . . . 1 gr.
Vaseline . . . . 100 gr.
1 centimètre cube.

(Albin Meunier.)

Iode métallique . . . . . 0 gr. 20 à 1 gr.
Iodure de potassium. . . . . 2 gr.
Eau distillée. . . . . 20 gr.
Un centimètre cube en commençant par le litre le plus faible dans le traitement de la tuberculose chirurgicale et pulmonaire.

(Durante.)

Iode métallique. . . . . 0 gr. 01
Eau distillée. . . . . 100 gr.
10 centim. cubes dans l'anémie.

(Menella.)

Iode sublimé. . . . . 1 gr.
Iodure de potassium. . . . . 3 gr.
Chlorure de sodium . . . . 6 gr.
Eau distillée. . . . . 1 000 gr.
100 grammes par jour en deux ou trois fois.

(Sérum iodé) (De Renzi.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Caisses de secours pour les veuves et orphelins du corps médical. — Le Dr Guermonprez et la Compagnie du Nord.

Ainsi qu'une circulaire du conseil général de l'Association des médecins de France l'a fait connaître à toutes les sociétés locales, M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu approuver, tels que je les avais rédigés et tels qu'ils ont été adoptés par notre dernière assemblée, les statuts de la *Caisse des veuves et orphelins des membres de l'Association.* Dès aujourd'hui la Caisse nouvelle peut donc recevoir des dons et des legs. Bientôt elle fonctionnera utilement.

Ainsi se trouve réalisée une fondation qui, mieux encore que la Caisse des pensions viagères, me paraît répondre aux besoins les plus réels du corps médical et dont j'ai toujours vivement souhaité et poursuivi la réalisation, malgré les préventions que j'ai eu à combattre et les résistances que j'ai rencontrées, même au sein du Conseil général.

Cette Caisse des veuves et orphelins est et ne peut être qu'une caisse de secours. Elle reste, comme toutes les œuvres que nos statuts nous permettent de fonder, subordonnée aux libéralités de nos collègues et de tous ceux qui voudront bien comprendre son utilité. Elle ne donnera au début que des pensions d'un chiffre relativement faible. Elle ne subventionnera que les déshérités de la fortune. Mais elle vivra, car elle est *approuvée*, c'est-à-dire assurée de recevoir des subventions et des legs comme la Caisse des pensions viagères.

J'insiste sur le caractère que nous nous efforçons de donner aux œuvres dont nous poursuivons la réalisation, sur les garanties de sécurité et de durée qu'elles présentent car on ne semble ni toujours ni partout bien comprendre nos intentions et nos manières d'agir.

D'autres fondations du même genre existent en effet et diffèrent des nôtres par leurs statuts et leur fonctionnement. Dans le dernier numéro du *Concours médical*, M. le Dr Cezilly adresse un chaleureux appel aux femmes de France en faveur de la Caisse de pensions de droit qu'il désire créer. Cet appel sera écouté, je le souhaite de tout cœur.

Les médecins qui savent comprendre l'utilité de la prévoyance, c'est-à-dire de l'assurance contre tous les risques auxquels ils se trouvent exposés, approuveront en effet la création d'une fondation nouvelle qui, moyennant le versement d'une prime dont le taux varie suivant l'âge, assure aux veuves et orphelins des médecins une pension de 600 francs.

Ceux d'entre eux qui se trouveront en état de verser les primes exigées par des calculs mathématiquement irréfutables voudront dès aujourd'hui assurer à leur famille, qu'une mort prématurée pourrait laisser dans la détresse, la petite rente qui lui permettra de ne pas mourir de faim.

Pourquoi sont-ils si peu nombreux d'ordinaire? Pourquoi les œuvres de prévoyance que l'on a multipliées dans ces dernières années progressent-elles si lentement?

Nous croyons que l'insécurité apparente de ces œuvres est pour beaucoup dans l'indifférence avec laquelle on les accueille, et nous souhaitons vivement que leurs fondateurs se préoccupent de rassurer à cet égard ceux dont ils sollicitent le concours.

Il paraît évident, en effet, que malgré toutes les précautions avec lesquelles on a rédigé les statuts de ces œuvres, malgré les garanties données aux souscripteurs, il existe toujours, au point de vue financier, certains risques que l'on pourrait assez aisément faire disparaître.

Et c'est à ce point de vue que les Compagnies d'assurances approuvées et surveillées par l'Etat, que l'Association générale, dont les garanties sont absolument certaines, diffèrent des caisses de fondation récente.

Ceux qui les gèrent en ce moment sont, nous en avons l'assurance, dignes de toute confiance. Mais ils sont mortels. Et après eux pourront venir des administrateurs ou des comptables dont la probité ou la compétence en matière financière seront moins impeccables.

Il importe donc que, dans les statuts de ces sociétés d'assurances, des articles plus explicites et plus formels précisent comment seront placés les fonds appartenant aux sociétaires, quelles seront les réserves accumulées, etc., etc. Il conviendrait surtout de rédiger des statuts susceptibles d'être approuvés par le ministère de l'Intérieur de façon à offrir, avec la surveillance de l'Etat, toute garantie à ceux qui, avant de verser des primes annuelles, seront *absolument certains* que, dans aucun cas, les veuves et orphelins pour qui ils ont consenti ces sacrifices n'en seront pas frustrés plus tard à la suite d'un cataclysme financier dû à une imprévoyance ou à une malversation.

Je ne doute pas qu'il ne soit possible de donner à cet égard des garanties sérieuses. Alors seulement aucune objection ne pourra plus être faite à des œuvres dignes du plus sérieux intérêt.

Mais, je l'ai dit souvent et je le répète, celles-ci ne s'adresseront jamais ni aux médecins fortunés, à ceux qui peuvent, grâce aux compagnies d'assurances prospères et sûres, garantir à leur famille un héritage considérable, ni à ceux qui, durant toute leur vie, luttent pour l'existence et ne parviendront jamais à payer les primes nécessitées pour assurer leur contrat. Les œuvres que crée l'Association générale sont destinées à ces derniers. Pour vivre, elles doivent être largement subventionnées par les médecins riches. Ce qui s'est passé jusqu'à ce jour nous garantit l'avenir.

Les œuvres de prévoyance, au contraire, sont accessibles à ceux-là surtout qui peuvent de leur travail quotidien retirer une rémunération suffisante, mais qui ne peuvent pas sans une certaine appréhension songer à l'avenir. A ces confrères, qui sont dignes de tant d'estime, et que nous devons encourager de tout notre appui, nous conseillons vivement de croire à l'avenir des caisses nouvelles fondées récemment et de chercher, dans la prévoyance, la sécurité de leur famille.

Nous recevons une singulière brochure. Elle ne devait, d'après ce que dit sa couverture, être communiquée qu'à MM. les médecins de la Compagnie du Nord. Les documents qu'elle contient n'étaient pas destinés à la publicité. Nous voulons bien le croire. Mais un opuscule imprimé a de grandes chances de tomber dans le domaine public; et, puisque nous l'avons reçu — comme le recevront sans doute plusieurs de nos confrères — nous ne pouvons taire les réflexions qu'il nous inspire.

Ce document est intitulé :

COMMENT LE DOCTEUR GUERMONPREZ
A ÉTÉ RÉVOQUÉ
APRÈS AVOIR ÉTÉ PENDANT 21 ANS
MÉDECIN DE LA COMPAGNIE DES CHEMINS DE FER DU NORD

et il contient la copie des lettres échangées entre M. le Dr Guermonprez et le président du Conseil d'administration, l'ingénieur en chef de l'Exploitation et le médecin en chef de la Compagnie du Nord.

Nous croyons rendre service à M. le Dr Guermonprez en ne reproduisant pas ces lettres. Celles de l'Administration et celle de notre très honorable confrère le Dr J. Worms, médecin en chef de la Compagnie, se bornent à invoquer, pour motiver une révocation jugée urgente, des manquements graves dus à des absences fréquentes et non autorisées.

M. le Dr Guermonprez n'ignore pas que ces formules administratives, aussi courtoises que correctes, sont uniquement destinées à éviter d'inutiles et pénibles controverses. Il le sait si bien que, dans sa lettre à M. le Dr Worms qui lui avait laissé entendre qu'il était impossible de maintenir dans une position officielle un médecin *déconsidéré*, il répond : « Ma façon d'agir est celle que j'ai voulue; j'entends bien n'avoir pas à vous en rendre compte ». Il ne s'étonnera donc pas que M. le Dr Worms n'ait pas attendu qu'il lui en soit rendu compte et qu'il ait purement et simplement révoqué celui des médecins de la Compagnie du Nord qui semble ignorer la loi sur l'exercice de la médecine et son article 16, § 3.

Cet article est ainsi conçu :

« Exerce illégalement la médecine... toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment *en prêtant son concours* aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de la soustraire aux prescriptions de la présente loi... »

Or, la Compagnie du chemin de fer du Nord savait qu'il existe à Sens une personne qui, « non munie d'un diplôme de docteur en médecine, prend part habituellement ou par une direction suivie, au traitement

des maladies ou des affections chirurgicales »; et elle avait acquis la preuve que M. le Dr Guermonprez lui prêtait, à la date du 24 décembre 1896, un concours assidu.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Éloge de Verneuil.

Je sors d'un festin littéraire : je viens d'entendre, à la Société de chirurgie, l'éloge de Verneuil par Reclus. Le sujet prêtait, car si, dans ses dernières publications scientifiques, Verneuil a fortement prêté le flanc à la critique — et c'est le seul point sur lequel je sois en désaccord avec le panégyriste — il était intéressant de nous montrer comment cet homme a dû lutter, pour toujours traîner un boulet, véritable Sisyphe qui changeait de rocher quand, par impossible, il s'était débarrassé du premier.

Verneuil, né à Paris le 29 septembre 1823, perdit son père presque en naissant, et sa mère resta, avec deux enfants, dans une position fort précaire.

« Le garçonnet fut envoyé en nourrice à la campagne, où il faillit mourir; on lui donnait moins de lait que de mouillettes au vin. Plus tard, à Livry, il fut une seconde fois guetté par l'alcoolisme : son professeur de latin, un vieux légiste en retraite, traducteur passionné d'Horace, l'emmenait après chaque leçon, boire avec lui, au cabaret. Au sortir de nourrice, on confia le petit Aristide à un instituteur de Couberon, M. Corède; le gamin n'était guère studieux et les enfants du village l'appelaient « l'âne à Corède ».

« Ses études furent irrégulières; à 16 ans, il entre à l'institution du père Chastagnier, où il reste deux années. Nous avons sous les yeux, deux de ses bulletins. Dans le premier, sa conduite est « excellente » sa santé « florissante ». « Cet élève est « doué d'un charmant caractère; il est docile et laborieux, estimé « de ses professeurs, aimé de ses camarades; ses devoirs sont faits « avec autant de goût que d'application ». Il a la note « bien » pour la « tenue religieuse. » Dans le second, il est « soumis et respectueux »; on peut le donner pour modèle aux meilleurs élèves; il a autant de facilité pour les sciences que pour les lettres; et si sa conduite religieuse n'est plus qu' « assez bonne », sa santé se fortifie; il dispute la première place à son camarade Gaunard; et, chose importante, « il a adopté un beau corps d'écriture ». M. Verneuil était fier de ces deux bulletins qu'il conservait dans ses archives, mais, en nous les montrant, il se hâtait d'ajouter : Je n'étais qu'un simple cancre! »

A cette époque Mme Verneuil mère s'était remariée et l'aisance était entrée dans la maison : mais ce fut pour peu de temps et lorsque Verneuil fut nommé interne en décembre 1843 (1). « Cette nomination arrivait à propos : la mère et la fille travaillaient de leurs mains et Verneuil voulut ne plus leur être à charge. Pendant son année d'externat, il s'était exilé à l'hospice du Bon-Secours; il y avait le gîte, parfois le couvert et, une fois par semaine, sa grand'mère, la vieille marquise d'Olle, qui habitait Montfermeil, lui apportait quelques provisions au fond d'un panier. Mais, avec l'internat, ses ressources augmentent; il a sa chambre, l'indemnité mensuelle; il enseigne l'anatomie à des étudiants créoles et suit parfois son maître chez un riche client. Le panier de la marquise d'Olle ne revenait plus vide maintenant de la chambre du jeune interne à la ferme de Montfermeil. Ces années de misère lui laissèrent un souvenir aigu; il y pensait lorsque, dans l'éloge de Follin, il exalte « la liberté d'allure et d'esprit de celui qui ne redoute ni le froid de l'hiver, ni les soucis du jour, ni les préoccupations matérielles du lendemain ».

A l'hôpital, il connut Follin, à l'Ecole pratique, Broca, « et alors se noua cette amitié fameuse dans l'histoire de notre médecine. Ces trois jeunes hommes, réunis d'abord par leurs fonctions le furent plus encore par leur affinité naturelle, leurs opinions, leurs goûts, leur horreur de la routine; une chaleur que l'âge même ne devait pas éteindre. Ils déployèrent le drapeau autour duquel se rallia tout ce qu'il y avait d'ardent parmi la jeunesse; leur influence sur les étudiants fut telle qu'on les nomma : les triumvirs ».

« Quelle différence pourtant entre ces trois hommes de même âge marchant à la conquête de la gloire! Follin était normand et sortait d'une bonne famille bourgeoise; il perdit son père de bonne heure, mais sa mère, une femme remarquable, lui donna « une mâle éducation, sans faiblesse, sans préjugés, avec le culte sacré de l'indépendance et de l'honneur ». Une certaine fortune permit de ne rien négliger pour ses études, et lorsque, à 20 ans, ce jeune homme, haut de taille, robuste, dur à la fatigue, sobre et pourtant gai compagnon, vint prendre ses inscriptions à Paris, sa belle figure, son large front, son grand œil bleu, doux et tranquille, lui valurent partout un accueil empressé. Son plan tracé d'avance, il voulait se vouer à la chirurgie et conquérir successivement tous nos honneurs; il sut choisir ses chefs parmi les plus savants comme aussi les plus influents et se les attacher par sa constance au travail, sa conscience du devoir, son bon sens et sa rare maturité. Dans le conseil des trois amis, il était le plus avisé.

« Paul Broca était girondin; avec toutes les aimables qualités de son charmant pays, il avait une des plus vastes intelligences que nous ayons eu le bonheur de connaître. Aucune science ne lui était étrangère; il avait des connaissances positives en mathématiques, en chimie, en physique; il a ouvert un des sillons les plus féconds de la physiologie; il fut chirurgien savant et éminent nosographe, il créa l'anthropologie. Il fut, de plus, érudit en histoire jusqu'à confondre son ami Henri Martin, en géographie jusqu'à collaborer pour une carte des pays basques avec son compatriote Elisée Reclus, en politique jusqu'à faire prévoir, lors de son entrée au Sénat, sa prochaine entrée au ministère; en théologie, jusqu'à soutenir d'ardentes polémiques dans les journaux religieux. Quant à son talent d'écrivain, les plus belles pages de notre littérature médicale sont signées par Malgaigne et par lui. Il devait être, il fut l'âme du triumvirat.

« Verneuil était parisien et conserva toujours sa marque de naissance. Une aquarelle du temps le montre avec cravate voyante, veston bleu et, sous le gilet ouvert, une chemise chiffonnée : au premier aspect, c'est un bohème, d'enfance vagabonde, d'éducation mêlée et qui a subi les promiscuités de la rue. Mais comme la figure est jeune, intelligente et franche! Quels yeux clairs, regardant bien droit, peut-être même avec quelque impertinence! Quel sourire spirituel plissant ses lèvres fines et soulevant sa narine mobile! Il tient bien un peu du gavroche, mais son grand front rassure : les fortes idées ont déjà mordu son cerveau et quand sa jeunesse cessera de déborder, il apportera, dans le concert des trois amis, avec une bonne humeur charmante, un courage qu'exaltent les dangers, un désintéressement chevaleresque et une capacité de travail qui ne se lassera jamais. Son instruction est nulle, il la recommence; son éducation est négligée; il s'en fait une; il ignore les langues vivantes, il apprend l'allemand, l'anglais et l'italien; il était brouillé avec l'histoire, il étudiera, dans des conférences fameuses, les « Chirurgiens érudits » et les « Petits prophètes de chirurgie. »

« A eux trois, ils furent les chefs de ce que l'on nomma « la Jeune Ecole ». Leur ambition n'était pas mince. Ils voulaient tout simplement être anatomistes comme Blandin et Gerdy, cliniciens comme Velpeau, opérateurs comme Lisfranc, écrivains comme les Bérard, sincères comme Marjolin. Ils considéraient Malgaigne comme leur chef. Cet érudit, documenté comme pas un, ce lettré, ce polémiste ardent et amer, ce tribun redoutable, impatient de toute autorité, passionné, souvent paradoxal, avait séduit nos jeunes iconoclastes, fiers de leur science, de leurs dons merveilleux, enivrés par leur audace même et aussi par l'acclamation qui saluait leur entrée sur la scène médicale. Ils aimèrent à braver les résistances et — ils l'avouaient eux-mêmes — à dire tout haut, à tout venant et en tout lieu, leur opinion sur tout — hommes et choses. »

Malgré cette indépendance, les « triumvirs » arrivèrent. En 1853, tous trois étaient agrégés, en 1856, Verneuil était chirurgien des hôpitaux.

1. Il avait donc 20 ans et dès lors je ne crois guère possible qu'il ait pu, à une époque quelconque de sa vie faire les 7 ans de service militaire, faute de 2 000 francs pour acheter un homme, que lui attribue M. Reclus.

« Allait-il enfin reprendre haleine dans sa lutte contre la misère? Hélas! elle le serra plus fort à la gorge. Au moins, lorsqu'il était interne et prosecteur, il avait des élèves, de petits revenus mensuels. Et voici que maintenant il se retrouvait sans relations, sans protecteur, sans chef pour le lancer dans la clientèle! C'est alors que sa mère, peu faite pour la pauvreté, imagina de hasarder tout son avoir dans la création d'une maison de « haute nouveauté ». Les affaires semblaient prospérer, lorsqu'un événement, dont on n'aurait pu soupçonner la répercussion sur les destinées de Verneuil, vint tout compromettre : à Constantinople, le Sultan licencia son harem, la meilleure clientèle de la maison. Le crédit s'effondra; il fallut liquider : le passif s'élevait à plus de quatre-vingt-dix mille francs.

« Verneuil n'accepta pas pour les siens l'idée d'une faillite : il visita les créanciers, fit luire à leurs yeux son avenir brillant, son énergie, sa droiture; on accorda du temps; il signa des billets l'obligeant à payer intérêt et capital dans l'espace de quinze années. Notre maître but alors jusqu'à la lie toutes les angoisses du débiteur honnête à ces terribles fins du trimestre où l'argent attendu ne rentre pas. — Son courage fut tel que ses amis ignorèrent toujours les difficultés qui l'étranglèrent. Jamais de découragement ou seulement de lassitude dans cette lutte avec le rocher de Sisyphe. Tout son travail était pour payer cette dette, tout, jusqu'à ses jetons de présence; un créancier, le père Toussaint, surveillait, dans les journaux médicaux, la composition des jurys de concours; dès qu'il voyait le nom de Verneuil sur la liste, il courait compter les signatures et réclamer son échéance.

« Malgré ce fardeau, Verneuil suffit à tout et à plus encore, puisque, aux examens, cours publics, conférences, service d'hôpital, il ajouta des travaux scientifiques de premier ordre. »

En 1867, Follin, Broca étaient nommés membres de l'Académie de médecine, Broca, professeur à la Faculté.

« Verneuil aurait-il part aux mêmes honneurs? Les habiles démontraient sans peine que toute sa carrière n'était qu'une longue absence d'esprit de conduite. Bénévole, dans le service de Velpeau, il s'était brouillé avec ce maître omnipotent, qui tenait les clefs de toutes les avenues. La sœur de Verneuil avait été prise tout à coup d'un mal à la hanche; on craignait une coxalgie; le jeune élève, épouvanté, implore son maître, l'oracle infaillible; il le supplie de venir voir la malade à Livry. Velpeau, âpre à l'argent et dont souvent le cœur semblait cuirassé d'un triple airain, répond brusquement qu'il ne court pas la campagne pour donner des consultations gratuites : « Après tout, le prêtre vit de l'autel! » A ces mots, Verneuil pâlit, dénoue son tablier, le jette aux pieds du maître et quitte son service. Velpeau n'était pas homme à l'oublier jamais.

« Verneuil interne eut le même dédain pour les petites roueries du parfait candidat : sur trois années il en passa deux en médecine; la troisième il choisit Lisfranc, Lisfranc qui n'était pas de l'École, Lisfranc détesté de tous les puissants du jour, Lisfranc sans influence et sans autorité; en eût-il eu, d'ailleurs, qu'il ne les aurait pas mises au service de son élève : avant la fin de l'année, ils étaient brouillés. Au cours du prosectorat, les erreurs de tactique se multiplient; Verneuil aggrave ses fautes; il entre à la *Gazette hebdomadaire*, et là, chaque semaine, dans un feuilleton impatiemment attendu des lecteurs, il donne, à propos d'histoire et de critique, ses impressions sur les hommes et sur les choses avec une indépendance qui consterne ses amis. Il ne craint pas de surnommer Velpeau « le canotier du Pactole »! Et tous de dire : Verneuil ne sera jamais professeur! On le répétait surtout en 1864, lorsqu'ici, à la tribune que j'occupe et en un jour semblable, il lut l'éloge de Robert. Ce fut un scandale dont la rumeur dura longtemps. »

En 1851, Robert concourut pour une chaire de clinique. Ses épreuves furent brillantes et, jointes « à ses titres antérieurs, la dignité de sa vie, ses multiples concours, son âge et surtout les sept promesses formelles que lui avaient faites sept des douze juges assuraient son élection, escomptée déjà de toute part. Le jour du scrutin arrive : Robert n'a que deux voix; il est quatrième, quatrième seulement, après Michon, après Bouisson, après Nélaton. Ce fut un coup terrible dont ses élèves ne purent prendre leur parti, surtout quand ils connurent les détails du vote : pour détacher Réveillé-Parise, qui avait promis sa voix à Robert et ne voulait pas se parjurer, on menaça ce vieillard, presque dans l'indigence, de supprimer la pension modeste dont il vivait. »

Verneuil ne put oublier ces infamies, et en 1864 il lisait « un discours ému, rude, emporté, sans mesure, vibrant de rancœur et d'indignation. »

Ici, M. Reclus n'approuve pas son maître et « l'opportunité de cette ardente philippique lui semble contestable. » De nos jours, en effet, « notre faculté d'indignation est émoussée à l'égard des injustices de concours » et en 1864 il aurait dû en être de même, car on n'en était plus à compter « les passe-droits et les prévarications. »

Malgré ces incartades — dont tous les honnêtes gens lui sauront gré — Verneuil fut nommé professeur, puis membre de l'Académie de médecine.

« Mais malgré cette consécration de sa valeur professionnelle, sa situation de fortune restait des plus précaires; sa clientèle commençait à peine à se dessiner; ses charges demeuraient écrasantes; ses dettes de familles n'étaient pas toutes éteintes et son ménage, celui de sa mère et de sa sœur absorbaient le peu qui restait Aussi, lorsque, en 1873, 20 ans après son agrégation, il quitta l'appartement du boulevard Sébastopol, si modeste que le plus humble des médecins de quartier l'eût dégaigné, il dut, pour s'établir boulevard du Palais, emprunter 7000 francs à l'un de ses vieux amis. En 1874, seulement, il échappait au cauchemar de ses jours et de ses nuits; il assurait le sort de sa mère et commençait même, en 1876, à placer quelques économies. Sa lutte avec la gêne avait duré 51 ans ».

A partir de ce moment, la vie fut plus clémente à Verneuil, malgré une « plaie douloureuse » qu'il dissimulait. L'aisance, les honneurs suprêmes arrivèrent au seul des « triumvirs » qui eût fourni, toute sa carrière. Et lorsqu'il eut pour son propre compte éloigné le besoin, « la bataille que dès son enfance il avait livrée à la misère, avait développé chez lui une perspicacité spéciale pour flairer chez autrui les embarras d'argent et rien n'était comparable à sa délicatesse pour les lever. Il racontait volontiers que, placé par Germer-Baillière auprès de Robert pour contribuer à une thèse de concours, il avait reçu de lui 700 francs qui lui permirent d'attendre sa nomination à l'École pratique sans être talonné par la faim. Comme il a su les rendre avec usure! On n'imagine pas le nombre de secrétaires, de bibliothécaires, de traducteurs, d'aides de toute sorte qui soudain lui devenaient nécessaires lorsqu'il dépistait une infortune. J'ai reçu bien des confidences d'obligés dont le cœur débordant cherchait à épancher leur gratitude. Je sais un étudiant d'intelligence rare et de grande originalité que Verneuil prit comme secrétaire pour lui permettre de préparer ses concours. Maître et élève se brouillent, et, malgré son bon cœur, l'élève était seul coupable du malentendu. Il meurt dans l'indigence : Verneuil fut le premier à secourir sa veuve ».

Et M. Reclus conclut :

« Messieurs, lorsque j'ai commencé pour vous cet éloge du professeur Verneuil, je savais le maître éminent qu'il fut et son rôle dans notre science contemporaine; je connaissais aussi son infinie bonté et les rares qualités de son cœur, mais j'ignorais à peu près son origine et sa vie intime. A mesure que j'assemblais les renseignements, recueillant les témoignages et lisant les correspondances, ma vénération a grandi encore, et j'ai voulu vous montrer, sans réticence et sans fausse pudeur, dans quelle condition douloureuse se fit sa croissance intellectuelle. Privé de son père dès le berceau, abandonné à des mains mercenaires, ballotté, sans guide, des ignorances de la campagne aux exemples dangereux de la ville, de la sottise d'un instituteur à l'ivrognerie d'un précepteur, sans instruction solide, sans culture, presque sans éducation, Verneuil, au seul contact de deux esprits d'élite, a puisé, dans des réserves inconnues, la force de se discipliner et d'apprendre; il s'est fait grand chirurgien à travers des catastrophes qui eussent brisé les énergies les mieux trempées; il a su accomplir ce prodige sans y perdre sa dignité et sans y prendre orgueil démesuré, amertume ou dégoût; enfin, et par surcroît, il a trouvé le temps d'être bon, plein de pitié, ouvert à toutes les compassions. Les pessimistes ont tort : une humanité n'est pas méprisable qui nous fournit de tels exemples. »

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Note sur le diagnostic de la psittacose (p. 109).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Urobilinurie par contusion du foie. — Gastrostomie. — Épidémie de peste (p. 110). — Maladie kystique des testicules. — Tétanos à Madagascar. — Saignée et transfusion. — *Société de biologie :* Tétanie hépatique. — Vaccine et variole. — Lymphangite pneumococcique. — Bacille de Pfeiffer. — Diphthérie, péripneumonie et fièvre typhoïde (p. 111). — Splénectomie. — Erythèmes. — *Société médicale deshôpitaux :* Réaction agglutinante de Widal (p. 112). — Éclampsie puerpérale. — Éruption scarlatineuse (p. 113). — Rougeole. — Diphthérie de l'adulte. — Paralysie infantile. — *Société de thérapeutique :* Eucaïne. — Tubage et trachéotomie. — *Société de médecine de Nancy :* Ulcère de l'estomac (p. 114). — Favus unguéal. — Visibilité des rayons X. — Sarcome du rein droit. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Kyste dermoïde. — Hématocèle vaginale (p. 115). — Anévrysme de l'aorte. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Rétrécissement large de l'urèthre. — Psoïte d'origine traumatique p. 116). — Sclérose en plaques. — Pyramidon (p. 117).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Séro-diagnostic de Widal. — Syphilis (p. 117). — Exercice musculaire chez les cardiaques. — *Société médicale de Hambourg :* Infection puerpérale. — Papillome de l'ovaire. — Abcès sous-diaphragmatique. — Angleterre. *Royal medical and chirurgical Society :* Perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde (p. 118). — *Edinburg obstetrical Society :* Hémorrhagie génitale. — Hématomètre dans une moitié d'un utérus cloisonné (p. 119). — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Cure radicale de hernie. — Ponction lombaire. — Fibrome pris pour une grossesse extra-utérine. — Papillome de la vessie. — Appendicite (p. 120).

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur le diagnostic de la psittacose.

Communication à l'*Académie de médecine*

Par M. Blanquinque,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Laon.

La fièvre typhoïde est une des affections avec lesquelles on peut le plus facilement confondre la psittacose; certaines coïncidences étiologiques peuvent rendre le diagnostic différentiel très difficile si on n'a pas recours à la séro-diagnose. Comme le faisaient remarquer MM. Vidal et Sicard à la Société de biologie (séance du 28 nov. 1896), la réaction agglutinante permet de distinguer très facilement le bacille d'Eberth de celui de Nocart.

C'est ce procédé qui m'a permis de faire un diagnostic ferme dans les 3 cas dont je vais rapporter brièvement l'observation.

Observation I. — La première malade, une jeune fille de 20 ans, habitant avec sa famille les environs de Laon, s'est plainte, le 19 novembre, de courbature, céphalalgie, avec anorexie et diarrhée datant de 4 ou 5 jours.

Le 20, après un purgatif léger, évacuation de selles fétides, ballonnement du ventre, sensibilité dans les deux fosses iliaques. 38° 8 et 132 pulsations.

Le 21, c'est-à-dire le 3e jour, la température monte à 40° et le pouls à 120°. Je constate 2 petites taches rosées autour de l'ombilic et une autre au-dessus du pli de l'aine.

Je diagnostique une fièvre typhoïde grave à cause de la fréquence du pouls et de la brusquerie de l'invasion.

Prescription : enveloppement au drap mouillé, chlorhydrate de quinine, lait, etc.

Le 23, délire intense pendant la nuit, le pouls est cependant descendu à 110 et le thermomètre à 38° 5.

Le soir, vers 7 heures, apparition de symptômes alarmants : pouls filiforme, état syncopal, céphalalgie, tintements d'oreilles, perte de connaissance. Le frère de la malade, qui est étudiant en médecine, pratique, à quelques minutes d'intervalle, une injection hypodermique de caféine et 3 d'éther. La température rectale descend à 36° 8. On pouvait penser à une hémorrhagie intestinale, mais le ventre était peu ballonné, il n'était pas douloureux, la percussion ne révélait aucune matité; enfin nous étions encore dans le premier septénaire; d'ailleurs, à 10 heures du soir, la coloration du visage avait reparu et il n'y avait pas d'évacuation sanglante.

Dans la nuit, ces accidents reparurent, effrayant beaucoup la malade, qui se sentait mourir et disait ne plus voir clair et ne pouvoir parler.

Le lendemain, elle ne se rappelait plus rien de ce qui s'était passé la nuit; encore quelques propos incohérents; le thermomètre remontait à 38° 2 le matin et 38° 8 le soir.

L'apparition des règles dans la nuit du 25 au 26 paraît avoir été une crise salutaire; la température tombe à 38° et le pouls à 100°. A partir du 27, la convalescence commence, c'est-à-dire au bout de 8 à 10 jours, et le thermomètre oscille pendant quelques jours encore entre 37° et 37°5, le pouls restant à 80. L'albumine, très abondante le jour des syncopes, disparaît complètement ainsi qu'une petite toux sèche sans signes stéthoscopiques.

Cette convalescence fut très longue, la malade a maigri de 6 kilos; elle n'était pas encore tout à fait remise dans les premiers jours de janvier 1897.

Ainsi, voilà une fièvre infectieuse qui monte à 40°2 et à 140 pulsations le 3e jour, pour entrer en défervescence vers le 10e jour. Je constate le 3e jour quelques taches rosées, et le 5e apparaissent des accidents simulant une hémorrhagie intestinale; la rate était sensible et hypertrophiée, il y avait de la diarrhée avec une langue toujours humide; tout cela était bien des symptômes de fièvre typhoïde, mais la marche en était bien anormale. D'autre part, j'avais cherché dans l'eau de consommation la cause de la maladie et l'analyse de cette eau, provenant d'un puits peu profond situé dans le jardin, n'avait pas donné de résultat bien net. On n'y avait trouvé que le bacterium coli sans pouvoir affirmer la présence du bacille d'Eberth.

Je dois ajouter qu'il n'y avait aucune fièvre typhoïde dans la commune.

Pendant le cours de la maladie, j'appris que, le 18 octobre on avait acheté à un marchand ambulant deux perruches, dites inséparables, et d'autres petits oiseaux, qu'une de ces perruches était morte le 1er novembre et que la jeune malade, chargée de l'entretien des oiseaux, avait caressé, embrassé cette perruche avant et après son décès, mais elle ne lui avait jamais donné à manger de bouche à bec.

Le 8 novembre, son frère, Ernest G..., avait acheté sur les quais et avait rapporté dans sa famille une perruche du Brésil et un jeune perroquet. Cet oiseau avait mauvais aspect, ses plumes hérissées, ses ailes tombantes, une diarrhée persistante lui donnaient une mine assez piteuse.

Le 15, un petit oiseau (capucin) était trouvé mort dans la cage commune installée dans la salle à manger de la famille.

Tout cela n'était pas très convaincant au point de vue de la psittacose, et je me promis de demander à M. Nocart de faire l'examen bactériologique des oiseaux qui viendraient encore à mourir. Avant que j'aie pu mettre ce projet à exécution, la mère et un des frères de cette première malade s'alitaient à leur tour.

Obs. II. — Mme X..., âgée d'une cinquantaine d'années, fatiguée par les soins donnés à sa fille et par des inquiétudes diverses, se plaint depuis le 23 novembre de fièvre, de dyspnée avec point de côté, d'abattement avec céphalalgie; elle a la diarrhée depuis 8 jours. Dès le 25, le thermomètre monte à 39° 5 et le pouls à 130. Je trouve ce jour-là quelques râles sibilants disséminés dans les deux bases. Le lendemain 40° 5 et 120 pulsations, diarrhée assez abondante; pas de taches rosées, rate hypertrophiée, non sensible.

Le 28 on peut constater bien nettement les signes d'une broncho-pneumonie de la base gauche avec bronchite généralisée. L'abattement est considérable, les sueurs abondantes. La langue humide et saburrale, puis rosée, ne devient jamais ni sèche ni fendillée.

L'urine contient 0 gr. 35 d'albumine.

La bronchopneumonie, caractérisée par du souffle voilé, des râles crépitants à grosses bulles, de la submatité, atteignit plus tard le sommet et la base droits.

Le thermomètre, après être resté pendant 9 jours au-dessus de 39°, descendit le 13e jour à 37° 5 pour remonter 5 jours après à 39° et 39° 5, le pouls restant entre 120 et 130. La convalescence ne s'établit définitivement que vers le 20 décembre au bout d'un mois.

Cette malade, pendant la période la plus grave de sa maladie, eut une grande prostration avec faiblesse du pouls et sensation d'une mort prochaine, symptômes que j'ai observés en 1893 chez plusieurs malades atteints du typhus.

Dans cette deuxième observation, il n'y avait guère de signes de fièvre typhoïde et il semblait bien qu'on était en présence d'une broncho-pneumonie infectieuse semblable à celles observées en 1892 chez les personnes ayant acheté des perruches malades, affections sur la nature desquelles les premiers observateurs (Dubief, Gaston, Rendu, Peter) ont hésité jusqu'à la découverte par M. Nocart du bacille de la psittacose.

Voici maintenant la 3e observation.

Obs. III. — Ernest G..., 28 ans, étudiant en médecine, qui a prodigué ses soins à sa mère et à sa sœur, constate, le 28 novembre qu'il a 39° 6 le matin et 40° 4 le soir. Depuis plusieurs jours, il avait de la diarrhée, avec une légère céphalalgie périorbitaire; il dîne néanmoins en famille et ne se couche que le soir.

Le 29, il se lève encore une partie de la journée malgré ses 40° de température; la langue est saburrale et la rate un peu développée. Pendant 3 jours épistaxis assez abondantes; l'urine contient 1 gr. 35 d'albumine.

Jusqu'au 10 décembre, le thermomètre oscille entre 39° et 40° sans aucun accident ataxique; à part une petite toux sèche et une grande faiblesse et pendant 2 jours une sensation de vide avec défaillance, il n'y eut aucun symptôme alarmant et la défervescence commença le 15e jour. — Le malade a perdu 11 kilogrammes.

Je n'insiste pas sur le traitement qui a consisté, comme chez les 2 autres malades, en quinine, strychnine, quinquina, antiseptiques de l'intestin, affusions froides chez la mère et enveloppements au drap mouillé chez les deux autres; là n'est pas l'intérêt de ces observations.

Chez ce jeune étudiant, la courbe thermométrique était bien celle de la fièvre typhoïde et je ne vois à signaler que la montée brusque du thermomètre, l'aspect de la langue toujours humide et le léger collapsus signalé plus haut.

J'ai raconté précédemment qu'une perruche et un capucin étaient morts les 1er et 15 novembre. Le 28, un bouvreuil succombait également et je le fis envoyer à M. Nocart qui ne trouva la bactérie de la psittacose ni dans le sang, ni dans la rate, ni dans la moelle osseuse de cet oiseau. Le 2 décembre, la deuxième perruche meurt et on l'expédie à Alfort, et, pour que l'enquête soit complète, j'y joins, le 10 décembre, la perruche du Brésil et le perroquet qui continue à être malade.

M. Nocart, avec son obligeance habituelle, me répond le 15 décembre qu'il a étudié avec beaucoup de soin les divers oiseaux et que ni le bouvreuil, ni les perruches, ni le perroquet mort à Alfort ne renferment dans leur sang ou leurs organes la bactérie de la psittacose ou d'autres microbes.

Devant ces résultats négatifs il fallait bien abandonner le diagnostic de psittacose. Pour lever complètement le doute qui régnait encore dans mon esprit, surtout pour la malade atteinte de broncho-pneumonie, je priai le Dr Widal de vouloir bien faire l'épreuve de la sérodiagnose.

M. Sicard, son élève et son collaborateur, vint lui-même recueillir quelques gouttes du sang de ces 3 malades et l'examen par la sérodiagnose, fait au laboratoire de M. le Dr Widal, démontra que les deux jeunes gens avaient eu la fièvre typhoïde; quant à la mère, son sérum ne réagissant ni sur le bacille d'Eberth, ni sur celui de la psittacose, elle avait eu une grippe ou une broncho-pneumonie quelconque.

Voilà donc 3 malades atteints en quelques jours de fièvre infectieuse après l'arrivée dans la maison de perruches et d'un perroquet malades; ces oiseaux succombent et, en dernière analyse, on découvre qu'il n'y a là aucune relation de cause à effet, que c'est une simple coïncidence.

Cela prouve bien qu'il ne faut pas conclure trop vite à la psittacose et que le diagnostic ne peut être établi d'une façon définitive et irréfutable que par la sérodiagnose ou par l'examen bactériologique des oiseaux incriminés.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 Janvier 1896.

Urobilinurie par contusion du foie.

M. Hayem lit un rapport sur 2 cas observés par M. Laval où une rupture du foie avec hémorrhagie péritonéale s'est compliquée d'un léger subictère et d'urobilinurie. Pour M. Laval, l'urobilinurie est constante dans les affections du foie et est proportionnelle à la gravité des cas. Dès lors, il y aurait là un élément important de diagnostic et de pronostic. M. Hayem explique ce fait parce qu'avec le sang est mélangée de la bile plus ou moins complètement élaborée, d'où une altération plus ou moins profonde des globules rouges. Le sang résorbé par la séreuse est donc altéré et doit introduire dans la circulation générale une grande quantité d'hémoglobine libre, d'où l'urobilinurie.

Gastrostomie.

M. Villar (de Bordeaux) fait une communication de la gastrostomie par le procédé de Franck. Les observations françaises sont actuellement au nombre de 7, dont 6 dues à des chirurgiens bordelais, et M. Villar conclut que les reproches faits à ce procédé au début n'ont pas leur raison d'être. (Voir le résumé des travaux de M. Villar dans la *Gazette*, 1894, p. 154, et 1896, p. 308.)

Épidémie de peste.

M. Colin fait remarquer que, dans l'épidémie actuelle de peste, il est curieux de voir la maladie passer par le détroit de Bab-el-Mandeb et la mer Rouge, c'est-à-dire franchir l'équa-

teur. En effet, l'étude des épidémies antérieures montre que la peste, bien différente en cela du choléra et du vomito negro, ne s'établit pas dans la zone torride; son germe contagieux ne résiste pas aux hautes températures. Il est donc probable que dans le cas actuel la virulence est supérieure à ce qu'elle est d'ordinaire et cela justifie les mesures hygiéniques préconisées par M. Proust.

Maladie kystique des testicules.

M. Kirmisson a observé un enfant de 19 mois qu'on lui avait adressé comme atteint d'hydrocèle et chez lequel, après la ponction, il sentit une tumeur manifeste. Pour déterminer s'il s'agissait d'une lésion syphilitique, le traitement spécifique fut institué, mais la tumeur s'accrut rapidement. Dès lors, M. Kirmisson pratiqua la castration et enleva une tumeur kystique. L'examen histologique, dû à M. Malassez, démontra l'existence d'une maladie kystique, et, par places, l'on redoutait une dégénérescence maligne, avec évolution carcinomateuse. Or l'opération date aujourd'hui de 13 mois et l'enfant continue à se porter fort bien. On peut donc affirmer qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

Tétanos à Madagascar.

M. Polaillon lit un rapport sur un travail où M. Burot étudie le tétanos à bord du *Shamrock* pendant la campagne de Madagascar. Il a observé 4 cas mortels, consécutifs à des injections de sulfate de quinine, suivies d'abcès local. Les deux premiers malades, injectés à terre, sont arrivés à bord déjà malades et les deux derniers ont été ainsi contaminés. Mais M. Burot prit les mesures antiseptiques nécessaires et l'épidémie s'arrêta.

Saignée et transfusion.

M. Hayem lit un rapport sur un procédé imaginé par M. Barré pour obtenir la *désintoxication du sang* en pratiquant d'un côté une saignée au pli du coude, tandis que du côté opposé on pratique une transfusion saline de même abondance. De la sorte, il remplace donc le liquide à mesure qu'il le soustrait à l'économie, et dès lors on peut soumettre à la saignée, lorsqu'elle est indiquée en principe, des malades dont le cœur affaibli n'aurait pas supporté la déplétion vasculaire provoquée par la phlébotomie. M. Barré a traité de la sorte avec succès un cas de pneumonie, un cas de rhumatisme cérébral et un d'urémie. Il est difficile de dégager actuellement ce qui revient dans ces résultats à la transfusion saline; il faut donc attendre de nouvelles observations, mais le procédé paraît intéressant.

M. Laborde lit un rapport sur un travail de M. Dubois, relatif au *traitement de la tuberculose pulmonaire par le mercure* (injections sous-cutanées et frictions). Les résultats semblent avoir été favorables.

M. Hallopeau lit un rapport sur le travail de **M. de Gouvêa**: Manifestations oculaires de la lèpre. (V. *Gaz.*, 1896, p. 341.)

M. Clozier (de Beauvais) relate un cas d'éclampsie infantile où les crises convulsives furent arrêtées par compression de la zone hystéroclasique cardiaque.

Comité secret.

Classement des candidats dans la section de *pathologie médicale* :

1° M. Fernet; 2° M. Rendu; 3° *ex æquo*, MM. Joffroy et Troisier; 4° *ex æquo*, MM. Chauffard et Pierre Marie

---

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Janvier 1896.

De la tétanie hépatique.

M. Gilbert a observé l'apparition de crises de tétanie chez une femme affectée de coliques hépatiques. La tétanie se montrait en même temps que les coliques et cédait rapidement après leur disparition. Elle frappait inégalement les 4 membres, le membre supérieur droit était violemment contracturé, le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit l'étaient moins, le membre inférieur gauche était à peine touché. L'action réflexe à laquelle on peut attribuer la tétanie s'exerçait ainsi conformément aux lois de Pflüger.

La tétanie doit donc être ajoutée à la liste des accidents nerveux qui peuvent compliquer les coliques hépatiques.

L'infection dans la vaccine et la variole.

M. Salmon. — Depuis Renaut, L. Pfeiffer, on a décrit dans la lésion vaccinale ou variolique des corpuscules réfringents, hyperchromatiques, présentant les phénomènes de métachromatie. Ces corpuscules ont été interprétés comme des parasites, en particulier de l'ordre des protozoaires. Ces corps vivants sont morbides, se reproduisent par scission et peut-être par sporulation. Ces corpuscules sont caractéristiques et ne se retrouvent dans aucune autre infection.

En réalité, si l'on emploie le procédé de Guanieri (inoculation à la cornée), on peut retrouver l'origine et la filiation de ces êtres vivants. Ce sont, non pas des corps chromatiques d'origine nucléaire, épithéliale, mais des transformations soit par chromatolyse, soit par fragmentation des cellules migratrices, en particulier du noyau des leucocytes polynucléaires qui constituent les figures pseudoparasitaires.

Lymphangite pneumococcique.

MM. A. Gilbert et **A. Grenet** ont observé une lymphangite du membre inférieur due au pneumocoque seul. La marche clinique de l'affection a été absolument normale, et rien, sinon une défervescence assez rapide et l'apparition de quelques vésicules d'herpès, ne pouvait permettre de soupçonner quel était le microbe en cause. Le pneumocoque avait pénétré au niveau d'une plaie située à la partie moyenne de la jambe.

Bronchopneumonies infantiles dues au bacille de Pfeiffer (influenza-bacillus).

M. Henri Meunier. — Aux agents infectieux vulgaires rencontrés habituellement dans la bronchopneumonie infantile, il convient d'ajouter le bacille décrit par Pfeiffer en 1892 sous le nom d'*influenza-bacillus*, retrouvé, vérifié et nettement spécifié depuis par un grand nombre de bactériologistes. La recherche de cette bactérie est assez simple pour entrer dans la pratique courante de la bactériologie clinique, si l'on a soin de se conformer à un détail de technique absolument indispensable, la culture du milieu spécial.

C'est ainsi que j'ai pu déceler le coccobacille grippal dans 10 cas de bronchopneumonie infantile; le microbe a toujours été extrait de l'organisme vivant, soit du poumon, soit du sang de la veine; il était dans tous les cas, sauf un, seul agent pathogène dans le foyer pulmonaire. Les 24 échantillons que j'ai isolés ont été rigoureusement vérifiés, grâce surtout à une propriété très spéciale du microbe, *qui ne pousse que sur milieux ensanglantés* (gélose sanglante).

Les 6 derniers cas, observés tout récemment, se rattachent évidemment à l'épidémie régnante de grippe; la bronchopneumonie s'est montrée chez des enfants âgés de 1 à 3 ans, soit d'emblée, soit après une angine ou à l'occasion d'une rougeole. La chronologie de mes constatations bactériologiques et le contrôle cadavérique m'ont prouvé que le plus souvent le bacille de Pfeiffer déterminait à lui seul l'infection primitive, la bronchopneumonie, et que la surinfection par les agents pathogènes vulgaires, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques et colibacilles, ne survenait que secondairement, surtout chez les sujets malingres ou tuberculeux.

Séro-diagnostic de la diphthérie, de la péripneumonie et de la fièvre typhoïde.

M. Joseph Nicolas (Lyon), se basant sur ses travaux antérieurs communiqués déjà à la Société, a recherché s'il ne se-

rait pas possible de faire un séro-diagnostic de la diphthérie. De l'examen au point de vue de la réaction agglutinante du sérum d'enfants atteints de la diphthérie et traités ou non par le sérum antidiphthérique il conclut :

La réaction agglutinante ne se produit pas avec le sérum des diphthériques non traités par des injections de sérum antidiphthérique, et par conséquent il n'est pas possible de faire un séro-diagnostic de cette affection.

La réaction agglutinante est au contraire extrêmement nette surtout pour le bacille naissant, c'est-à-dire pour des cultures en voie de développement lorsqu'on emploie le sérum de malades traités par la sérothérapie.

Cette réaction agglutinante apparaît dès le lendemain de l'injection de sérum, mais ne se retrouve plus après 15 jours et 1 mois.

M. Arloing a constaté que le sérum des animaux immunisés avec la sérosité pneumonique contre la péripneumonie produite, comme on sait, par le pneumo-bacille, exerce envers les cultures de ce dernier des propriétés agglutinantes très nettes.

M. Widal expose ses nouvelles recherches qui lui ont montrés que le sérum des typhiques exerce des propriétés agglutinantes sur les cultures typhiques tuées par la chaleur ou par des substances chimiques (formol).

M. Renon veut insister sur une petite cause d'incertitude déjà signalée par M. Widal, et qui pourrait induire en erreur un bactériologiste peu familiarisé avec les cultures de bacilles d'Eberth. Lorsqu'on emploie une culture vieille de quelques jours et même parfois âgée seulement de 24 heures, des pseudo amas peuvent se former spontanément, sans qu'on puisse en saisir la raison. Ces pseudo-amas peuvent simuler les amas véritables, et dans 1 cas leur présence a failli faire porter à M. Renon un diagnostic erroné. Dans ce cas, un premier examen du sérum de la malade semblait avoir fourni des amas et on pensait pouvoir songer à la fièvre typhoïde. Les symptômes cliniques ne concordant pas avec ceux de cette maladie, un nouvel examen pratiqué quelques jours plus tard montra une absence totale de réaction. On a négligé lors du premier examen, l'étude microscopique de la culture, avant toute addition de sérum, et c'était là la cause de notre méprise.

On ne saurait donc trop répéter que le seul moyen d'éviter toute erreur dans la pratique d'une méthode que nous avons toujours trouvée parfaite, c'est de ne pas manquer d'examiner entre lame et lamelle une des dix gouttes que l'on va additionner du sérum suspect.

Des modifications du sang après la splénectomie.

MM. Hartmann et Vaquez. — Les examens du sang faits chez les sujets splénectomisés ont donné des résultats peu concluants. Ils ont été pratiqués dans des conditions assez différentes et n'ont guère porté que sur les modifications quantitatives.

Nous avons pu faire des recherches répétées pendant trois années sur la composition du sang de deux malades auxquelles l'un de nous avait pratiqué la splénectomie. Concurremment nous avons aussi examiné des sujets qui avaient subi une laparotomie pour des affections différentes. De la comparaison des résultats, il ressort que la splénectomie est suivie de modifications du sang, les unes banales, les autres plus spéciales au genre d'opération subie.

Parmi les modifications d'ordre banal nous noterons :

1° L'abaissement du chiffre des hématies et de l'hémoglobine, en dehors de toute hémorrhagie apparente. Cet abaissement est modéré et transitoire.

2° Une leucocytose également modérée et transitoire, portant sur tous les éléments blancs du sang, variable aussi suivant les incidents opératoires, surtout s'ils sont de nature infectieuse.

Parmi les modifications plus spéciales à la splénectomie il faut signaler :

1° La lenteur de la réparation de l'hémoglobine, nettement constatée par nous dans un cas et analogue à ce que M. Malassy a vu expérimentalement.

2° L'apparition plus ou moins tardive (1 à 3 mois) d'une leucocytose portant très spécialement sur les leucocytes de petite dimension (lymphocytes) — cette leucocytose a été signalée par Vinogradoff et Kourlaff dans leurs expériences. Elle ne paraît pas persistante.

3° Une leucocytose éosinophile plus tardive (1 ou 2 ans) dont on ignore le degré habituel et la durée; Kourlaff en a également parlé.

Nous n'avons pas constaté l'apparition d'hématies nucléées, non plus que les gonflements ganglionnaires signalés par Credé.

Somme toute, les splénectomies chirurgicales sont un mauvais sujet d'étude pour les modifications du sang consécutives à l'ablation de la rate. Les incidents opératoires modifient trop souvent les résultats des examens, en dehors de ce fait que l'on intervient sur des organes atteints d'affections de nature variable et dont la suppléance fonctionnelle s'est déjà plus ou moins établie.

Rôle du traumatisme dans la pathogénie des érythèmes.

M. Jacquet a observé dans le service du professeur Bouchard 1 cas qui vient à l'appui des idées qu'il a exposées dans une des séances précédentes sur le rôle du traumatisme dans la vasodilatation après la section du sympathique.

Il s'agit d'un tuberculeux dont le nez devenait le siège d'une rougeur intense quand le malade se mouchait ou se grattait le nez. Si le malade ne touchait pas pendant quelque temps à son nez, ce dernier prenait une coloration normale, mais quand le malade parlait ou à plus forte raison quand il toussait ou se frictionnait le nez, ce dernier devenait d'un rouge intense comme en cas d'érysipèle.

Ce malade ayant succombé au bout de quelque temps on trouva le sympathique droit englobé dans la paroi indurée de la plèvre droite.

M. Laborde cite le cas d'un sergent de ville qui avait reçu une balle dans la région auriculaire et chez lequel il diagnostiqua le siège de la balle en s'appuyant sur l'existence de la mydriase et de l'hyperthermie de l'oreille du côté droit. La radiographie confirma ce diagnostic.

M. François Frank a fait une série d'expériences qui lui ont montré que la digitaline et la strophantine exercent une action renforçante sur le cœur et que cette action est en tous points analogue à celle de l'excitation directe (mécanique ou électrique) du cœur localement cocaïnisé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Janvier 1897.

Sur les exceptions de la réaction agglutinante de Widal.

M. Ferrand, en revenant sur sa communication faite dans la précédente séance, fait observer que le cas qu'il a publié n'est pas isolé et qu'un auteur autrichien a constaté nettement l'action gaglutinative du sérum dans une méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie.

M. Widal a encore reproché de n'avoir pas recueilli à l'autopsie des sérosités qui, dûment filtrées, auraient permis de contrôler les constatations faites pendant la vie. Mais M. Widal sait mieux que personne que la sérosité ainsi filtrée (sur un filtre de porcelaine) perd, par le fait même de cette filtration, tout ou partie de son pouvoir agglutinatif.

M. Widal fait observer que ce n'est pas le lieu de discuter ici le cas de M. Yez. Cela sera fait ailleurs.

Si M. Ferrand avait eu le texte exact sa communication, avec M. Sicard, à l'Académie de médecine, il a dit seulement que si l'on filtre une humeur, comme la sérosité péricardique, on peut reproduire le phénomène avec le produit de filtration, mais que le pouvoir agglutinatif reste diminué. Il ne saisit donc pas très bien le sens de l'objection de M Ferrand et maintient que l'on aurait dû, à l'autopsie du malade de M. Ferrand, prendre du sang ou de la sérosité péricardique.

La pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale.

MM. Vaquez et **Nobécourt** ont vu dans des recherches faites à la Maternité que, pendant la durée des accès éclamptiques, la pression est toujours supérieure à la normale. Si les accès s'interrompent, la pression diminue, sans cependant revenir à la normale; elle s'élève quand les accès recommencent. Si, au contraire, les accès disparaissent, la pression diminue rapidement et revient à la normale.

Cette élévation de la tension, semblable à celle que Ziemssen a constatée dans l'urémie, précède parfois de plusieurs jours l'attaque convulsive et résulte très vraisemblablement d'une action vaso-constrictive provoquée par l'action sur les centres nerveux de certaines substances toxiques non éliminées par les urines. Il paraît, d'autre part, difficile de ne pas admettre que ces modifications rapides et considérables de la tension ne soient pas pour quelque chose dans la nature des lésions constatées à l'autopsie, dans la fréquence et l'étendue des hémorrhagies.

Au point de vue pratique, l'existence de l'hypertension permet de prévoir l'imminence des accès éclamptiques et d'instituer une thérapeutique capable de les faire avorter. Au cours même de l'affection, cette exploration est encore nécessaire, car elle permet de juger si les rémissions qui interrompent les crises ont un caractère passager ou définitif.

M. Debove fait remarquer que les conclusions auxquelles sont arrivées MM. Vaquez et Nobécourt concordent avec la pratique des anciens médecins qui employaient souvent, comme on le sait, la saignée dans l'éclampsie, et avec grand profit.

Pathogénie de l'appendicite.

MM. A. Siredey et **Le Roy** décrivent succintement cinq cas variés d'appendicite étudiés spécialement au point de vue de l'anatomie pathologique.

Les follicules clos sont considérablement augmentés de volume; ils présentent six au huit fois les dimensions de follicules normaux. Les mailles du tissu réticulé sont absolument remplies de cellules lymphatiques qui masquent les cellules fixes de la trame et compriment les vaisseaux sanguins. Ces follicules tuméfiés refoulent la muqueuse, et tendent ainsi à diminuer la lumière du canal central.

Le tissu sous-muqueux reste quelquefois indemne à côté de follicules très altérés: quelquefois il présente des altérations assez analogues à celles des follicules clos.

Les lésions de la muqueuse sont très variables; tantôt il existe une très vive inflammation du chorion muqueux interglandulaire. Les glandes, refoulées de dehors en dedans par les follicules hypertrophiés, écartées, dissociées par la prolifération interglandulaire, étaient pour la plupart atrophiées, et, de place en place, envahies par les cellules lymphatiques. Dans d'autres cas, au contraire, les glandes paraissaient un peu allongées et ne semblaient pas être le siège d'altérations importantes. Dans un cas la prolifération glandulaire et interglandulaire était plus accentuée que l'hypertrophie des follicules.

L'ulcération peut avoir pour point de départ la muqueuse elle-même, mais le plus souvent elle succède à la destruction des follicules clos. Les premiers abcès apparaissent, en général, au centre des follicules, mais ils peuvent être plus rapprochés des bords.

Deux appendices opérés en pleine crise aiguë présentaient une transformation épithélioïde de nombreuses cellules et une multiplication des noyaux. Ce phénomène n'était pas limité aux follicules, mais il s'observait également dans le tissu sous-muqueux. Il existait, en outre, de nombreux petits foyers hémorrhagiques et des amas de coli-bacilles dans toute l'épaisseur de l'appendice, mais particulièrement au niveau du tissu sous-muqueux. On constatait en même temps, dans ces deux cas, de nombreux abcès miliaires dans le tissu sous-muqueux et jusqu'au voisinage immédiat du péritoine. Quelques-uns de ces petits abcès semblaient s'être développés au voisinage de foyers hémorrhagiques.

Sur deux des appendices il existait une sclérose extrêmement prononcée des couches profondes.

Sur deux autres appendices, on trouva une oblitération du canal central. Elle coïncidait, dans un cas, avec une disperition à peu près complète de presque tous les éléments normaux, l'appendice tout entier étant transformé en tissu embryonnaire. L'oblitération, d'ailleurs, s'étendait depuis le fond de l'appendice, jusqu'au voisinage du cæcum. Un autre appendice (opéré à froid) était oblitéré sur son tiers moyen environ : il n'existait à la partie inférieure aucun renflement kystique. Les cultures faites dans ce cas sont restées stériles et les coupes ne renferment pas de microbes.

Dans trois autres observations, le canal appendiculaire, très rétréci en quelques points, conservait toujours une bordure épithéliale nette, et l'orifice, si réduit qu'il ait été, subsistait sur toutes les coupes.

L'un de ces appendices avait été enlevé à froid; l'autre, opéré en pleine crise, renfermait de nombreux coli-bacilles, constatés par l'examen bactériologique des préparations et par des cultures. L'injection des cultures à des animaux n'a pas produit de résultat, et témoigne, par conséquent, de leur faible virulence.

Il ne semble pas que les lésions de l'appendice soient consécutives à l'oblitération; elles paraissent plutôt en être la cause, que l'occlusion résulte d'une inflammation intense, diffuse, généralisée, ou qu'elle soit due à la sclérose progressive des tuniques. Il n'en est pas moins vrai que la cavité de l'appendice se trouve dans des conditions éminemment favorables à l'infection, comme l'expérience le prouve trop souvent.

M. Rendu a remarqué un certain nombre de fois que la la théorie du vase clos semble justifiée sur les pièces fraîches, parce que la muqueuse est encore turgescente, mais il n'en est plus de même quand les préparations ont un certain temps. On constate alors que l'occlusion n'était pas complète.

M. Siredy n'a trouvé sur ses cinq cas qu'une seule fois l'occlusion complète de l'appendice; dans les quatre autres, elle n'était qu'apparente, et il s'est trouvé que dans la seule observation d'occlusion complète, les parois appendiculaires ne contenaient pas de bacilles. La transformation du canal appendiculaire en vase clos n'est donc pas forcément synonyme d'infection ou d'exaltation de virulence.

M. Le Gendre a vu succomber un homme de 52 ans qui avait eu tous les ans, pendant 17 ans, une attaque de colique appendiculaire. Il s'en était toujours tiré en quelques jours, avec du repos et un traitement fort simple. Ce fut même là ce qui fit, la dernière fois, reculer l'opération, d'autant qu'en raison d'un état général assez précaire on s'était demandé s'il n'y aurait pas quelque néoplasme profond; des accidents péritonitiques s'étant déclarés, on intervint, mais il était trop tard.

M. Mathieu a plusieurs fois constaté la coïncidence d'accidents appendiculaires avec la colique muco-membraneuse.

M. Rendu a observé cette relation chez une jeune fille qui a succombé à une appendicite après avoir présenté pendant onze mois une diarrhée contre laquelle tous les médicaments avaient échoué. Il ne faut donc pas incriminer seulement la constipation.

Éruption scarlatineuse localisée à la face.

M. G.-H. Lemoine (Val-de-Grâce). — Il s'agit d'individus provenant d'un milieu où règne la scarlatine et qui ont été pris, la veille ou l'avant-veille de leur entrée à l'ôpithal, d'angine et de fièvre. L'angine offre les caractères de l'angine scarlatineuse qui, d'ailleurs, est loin d'être une au point de vue clinique.

Quant à la fièvre elle est toujours vive (39°,40 et même 41°). La face est uniformément rouge, vultueuse, et rien jusqu'alors, il faut bien le dire, ne différencie cet aspect de celui qu'on observe dans le cas d'angine simple un peu violente avec phénomènes généraux. Ce n'est que les jours suivants qu'on peut être mis sur la voie du diagnostic. Alors que la température, le lendemain ou le surlendemain, est moins élevée ou retombée à la normale, la rougeur persiste. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, car, de même que l'éruption scarlatineuse généralisée peut être passagère, l'éruption de la face peut aussi n'avoir qu'une très courte durée. Au bout de quelques jours on constate une desquamation commençant par le nez et se poursuivant sur tout le visage. Elle ne se fait pas par lambeaux, mais par petites écailles; elle peut revêtir aussi l'aspect de la desquamation furfuracée.

Dans l'épidémie de 1895, sur près de 200 scarlatineux, 32 malades nous présentèrent cette éruption localisée. Sur ce nombre 23 n'offrirent pas trace de desquamation ailleurs que sur la face.

On pourrait nous objecter que les angines simples s'accompagnent aussi parfois d'érythèmes infectieux. A cela nous répondrions que des cas de contagion scarlatineuse se produisirent à la suite de l'introduction en milieu commun des malades dont il s'agit ici. Mais l'objection devient plus sérieuse pour les cas où nous n'avons pu saisir une contagion ultérieure. C'est pourquoi nous avons voulu attendre une année avant de vous exposer ces faits. Il y avait lieu de voir, en effet, si, en l'absence de toute épidémie de scarlatine, les mêmes faits se reproduiraient dans un service où sont envoyés un grand nombre de malades atteints d'angines. Or, pendant l'année 1896, sur 93 angines simples, phlegmoneuses ou pseudo-membraneuses, reçues dans le service, 6 seulement ont présenté un érythème de la face. J'ajouterai que 4 provenaient de régiments qui avaient fourni des cas de scarlatine sporadique. Mais il est loin de ma pensée d'attribuer uniquement à la scarlatine ces érythèmes de la face. J'en ai, en effet, observé quelques-uns à la suite de simples angines.

Recherches bactériologiques sur la rougeole.

M. Barbier a examiné par la méthode des cultures, chez les rubéoleux, le sang, les mucosités conjonctivales, nasales et buccales.

Sur 10 malades le sang, au niveau des plaques rouges morbilleuses, a été absolument stérile 7 fois; 3 fois il a donné des micro-organismes parasites de la peau.

Les ensemencements du liquide conjonctival faits chez 37 malades dès leur entrée dans les salles ont donné 6 résultats négatifs et 31 positifs. Sur ces 31 cas positifs, 16 fois on a trouvé un bacille se rapprochant, par ses caractères morphologiques du bacille diphthérique, du moins dans les cultures des premières heures. En dehors de ce bacille, sur 37 rougeoleux il a rencontré 13 fois le staphylocoque blanc, dont 12 fois avec le bacille précédent.

La cavité naso-buccale a toujours été trouvée riche en microbes. 9 fois sur 12 on a trouvé des streptocoques.

Contribution à la diphthérie de l'adulte.

M. Gouguenheim fait une communication que résument les conclusions suivantes :

1° La diphthérie de l'adulte est plus commune qu'on ne l'a cru jusqu'ici ;

2° Elle est souvent méconnue : *a*) en raison de sa bénignité presque constante; *b*) parce que l'examen bactériologique est presque toujours négligé; *c*) parce que les symptômes diffèrent peu, la plupart du temps, de ceux d'une angine aiguë pultacée, lacunaire, herpétique;

3° Le larynx est rarement envahi et les signes de cet envahissement ne sont jamais aussi graves que ceux que l'on observe chez l'enfant;

4° L'adénite sous-maxillaire est assez fréquente; habituellement elle se résout, mais quelquefois elle suppure. Alors le pus ne renferme que des streptocoques et des staphylocoques, sauf peut-être dans les cas hypertoxiques;

5° Les fosses nasales et le cavum pharyngien sont susceptibles d'être atteints;

6° La paralysie diphthérique est rare et guérit facilement;

7° Le bacille de Löffler peut être court, moyen ou long, sans que cet aspect ait une signification certaine au point de vue de la nature bénigne ou grave de l'affection;

8° Les associations microbiennes n'assombrissent pas, chez l'adulte, le pronostic de la diphthérie;

9° La contagion de la diphthérie chez l'adulte est évidente; on peut observer de petites épidémies dans les salles d'hôpital. Cette transmission peut atteindre l'enfant, d'où la nécessité de mesures prophylactiques;

10° L'albuminurie est un signe fréquent dans la diphthérie comme dans toutes les maladies infectieuses. Elle ne semble pas aggraver le pronostic;

11° Souvent la guérison est spontanée, mais la sérothérapie est fréquemment indiquée; la dose de 5 centim. cubes suffit dans les cas bénins; dans les cas sérieux il est sage d'injecter de 10 à 20 centim. cubes. Le sérum n'agit pas dans les cas réfractaires.

Syphilides ulcéreuses respectant un membre atteint de paralysie infantile.

M. G. Thibierge présente un malade atteint de paralysie infantile ayant déterminé une atrophie en masse du membre supérieur droit. Le sujet ayant contracté autrefois la syphilis, a vu survenir des syphilides malignes précoces qui se sont disséminées irrégulièrement sur le tronc et les membres, en respectant absolument le membre atrophié. Ce fait doit être rapproché d'un cas analogue, publié par M. Jolly, dans lequel une syphilide papulo-squameuse généralisée avait respecté le membre inférieur atteint de paralysie infantile.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 18 Janvier 1897.

L'eucaïne.

M. Pouchet lit une note sur les propriétaires de l'eucaïne qu'on dit être très analogue, comme action, à la cocaïne, sans en présenter les inconvénients. Mais, d'après lui, 1° l'équivalent toxique de l'eucaïne est presque égal à celui de la cocaïne; 2° les troubles graves se manifestent d'emblée, sans phase prodromique; 3° son action sur le cœur est analogue à celle qu'exerce la cocaïne, mais se produit avec des doses plus faibles.

Tubage et trachéotomie.

M. Sevestre lit un travail sur le parallèle entre la trachéotomie et le tubage dans le croup. Dans la pratique de l'hôpital et de la ville, il préfère de beaucoup le tubage à la trachéotomie; mais il ajoute que le tubage ne doit être pratiqué que si l'opéré peut rester sous la surveillance directe et immédiate d'un médecin habitué à l'opération: s'il ne peut en être ainsi, c'est à la trachéotomie qu'il faut recourir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 11 Novembre 1896.

Ulcère de l'estomac.

M. G. Etienne. — Une femme de 60 ans, atteinte de troubles gastriques vagues, vomissements, douleurs sourdes en ceinture, jamais d'hématémèse, succomba rapidement à une péritonite aiguë sans avoir présenté aucun symptôme attirant parculièrement l'attention vers l'estomac.

A l'autopsie, on trouva, outre la péritonite suppurée, un ulcère rond de l'estomac, ayant les dimensions d'une pièce de 2 fr., perforé sur une surface grande comme une pièce de 50 centimes.

C'est là un cas intéressant d'ulcère rond à symptomatologie absolument fruste.

M. Pierre Parisot. — J'ai observé un cas semblable chez un vieillard qui n'avait jamais eu d'hématémèses et ne s'était jamais plaint de douleurs épigastriques. A l'autopsie on trouva un ulcère rond de l'estomac en voie de formation. Je me demande si l'ulcère rond latent de l'estomac ne doit pas être considéré comme plus fréquent chez le vieillard que chez l'adulte.

M. Bernheim. — L'ulcère rond latent est fréquent même chez l'adulte. Dans un cas observé chez un voyageur de commerce, aucun symptôme n'avait attiré l'attention sur cette maladie pendant la vie du patient. L'autopsie amena la découverte d'un ulcère rond du duodénum. D'ailleurs, la douleur de l'ulcère rond fait très souvent défaut. Elle a été créée de toutes pièces, admise de confiance, sans qu'on puisse s'accorder du reste sur les caractères de cette soi-disant douleur caractéristique. En réalité on la provoque chez tous les neurasthéniques en l'absence de lésion

gastrique. L'importance diagnostique de la douleur dans l'ulcère rond doit doit donc être tenue pour à peu près nulle.

M. Heydenreich. — J'ai observé, il y a quelques mois, un malade qui, sans avoir jamais souffert auparavant, fut pris d'accidents de péritonite suraiguë. Une laparotomie pratiquée d'urgence fit constater l'existence d'une péritonite purulente généralisée. Dans l'impossibilité de trouver la lésion point de départ des accidents, on dut se borner à faire la toilette de la cavité abdominale. L'opéré mourut quelques heures après. A l'autopsie on trouva un ulcère du duodénum de la largeur du petit doigt, avec amincissement considérable de la paroi et perforation centrale.

M. G. Etienne. — Une jeune fille, sans avoir jamais ressenti de douleurs d'estomac auparavant, fut prise tout à coup de péritonite et mourut très rapidement. A l'autopsie on trouva trois ulcères ronds de l'estomac qui avaient évolué d'une façon tout à fait silencieuse jusqu'à l'apparition des accidents formidables et subits qui entraînèrent la mort de la malade.

Favus unguéal.

M. Haushalter. — Voici une fillette qui présente sur les ongles de l'index et de l'annulaire gauche, les lésions de l'onyxis hypertrophique; la surface libre de l'ongle est granulée, surmontée de petites rugosités jaunâtres; le bord libre, irrégulier, fendillé, grisâtre, a une épaisseur de 3-4 millimètres; dans les produits de raclage des ongles malades, j'ai décelé au microscope le mycélium ramifié caractéristique du champignon favique (Achorion Schœnleïni). L'enfant s'est certainement inoculé la surface unguéale en se grattant la tête; elle est porteur depuis plusieurs années d'une banale teigne faveuse du cuir chevelu.

Le favus de l'ongle n'en reste pas moins une lésion des plus rares, pour le traitement de laquelle l'extirpation de l'ongle est souvent nécessaire.

M. Simon a observé un cas semblable. Il s'agissait d'un enfant atteint de favus du cuir chevelu, de la peau et des ongles comme la petite malade actuelle. L'examen microscopique décela la présence du champignon caractéristique de la maladie.

Visibilité des rayons X.

M. Th. Guilloz. — La visibilité possible des radiation Röntgen s'est accréditée par l'observation du Dr Brandes (de Halle) qui aurait trouvé une jeune fille dont l'œil privé de cristallin est sensible aux rayons X. Contrairement à l'opinion de cet auteur, il résulte de nos expériences sur les animaux que le cristallin absorbe peu les rayons X, comme l'annonçait du reste sa composition chimique; à épaisseur égale il ne les absorbe guère plus que les autres tissus du globe. Faire donc, de l'absence du cristallin une condition de visitibilité des rayons X est contraire à l'observation.

J'ai cependant soumis à l'expérience deux yeux, privés de cristallin à la suite d'opérations pratiquées, dans un cas pour cataracte, dans l'autre cas pour myopie forte. Ces expériences ont été faites dans l'obscurité complète, les sujets ayant simplement à répondre si, oui non, ils percevaient une lueur. Un écran métallique déplacé entre le sujet et la source de radiations Röntgen, permettait à volonté l'arrivée et la suppression des rayons.

Les réponses relatives à la visibilité ont été négatives. La sensibilité lumineuse des yeux examinés était cependant grande et ne saurait être mise en doute, car, démasquant le tube producteur 2 ou 3 minutes après son extinction, les sujets percevaient encore nettement la fluorescence laiteuse de ses parois.

Sarcome du rein droit.

M. Heydenreich. — La tumeur que je vous présente provient d'un enfant de 5 ans chez lequel elle s'est développée dans l'espace de 8 mois; elle paraissait faire corps avec le foie, et, avant l'intervention chirurgicale, il n'avait pas été possible de distinguer si elle dépendait du foie ou du rein.

La laparotomie, pratiquée sur la ligne médiane, fixa le diagnostic. On ajouta immédiatement à l'incision verticale une incision transversale et on fit la néphrectomie; l'opération dure 55 minutes. Le petit malade ne survécut que pendant 11 heures. On constata à l'autopsie que le rein gauche était pâle, le foie graisseux, les fibres musculaires du cœur pâles; la vessie contenait à peine une cuillerée à bouche d'urine, et cette petite quantité représentait toute l'urine sécrétée depuis l'opération. Le néoplasme pesait 1 470 grammes; il était solide, de coloration blanchâtre à la coupe; le rein, aplati et atrophié, se voyait en un point de la périphérie de la tumeur.

L'examen histologique a montré que celle-ci était un sarcome à petites cellules.

M. Spillmann. — Le diagnostic des tumeurs du rein et du foie offre les plus grandes difficultés et les erreurs sont fréquentes. Dans le cas présent, la mobilité de la tumeur que j'ai eu l'occasion d'examiner avant l'opération fut l'un des caractères qui me firent penser à une tumeur du rein plutôt qu'à une affection hépatique.

M. Haushalter a présenté il y a quelques années, un rein énorme qui paraissait sarcomateux. L'examen histologique démontra qu'on avait affaire à un épithélioma, ce qui est le cas le plus fréquent dans ces tumeurs rénales considérées d'habitude comme des sarcomes.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 14 Décembre 1896.

Kyste dermoïde du plancher buccal avec adhérence probable de l'os hyoïde.

M. Chavannaz. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a constaté, il y a 10 ans, l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette, siégeant un peu au-dessus de l'os hyoïde et difficilement mobilisable. Dernièrement elle s'étendit de l'os hyoïde au plancher buccal. En dedans elle dépasse un peu la ligne médiane; en dehors, le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche lui sert de limite. Dans toute son étendue, il existe une fluctuation très nette, et la pression du doigt ne détermine pas la formation du godet.

Pas d'adhérence à la peau ou à la muqueuse de la bouche; il n'en est pas de même de l'os hyoïde qui est entraîné quand on cherche à immobiliser la tumeur. La respiration est facile, mais, depuis 2 mois, la déglutition est très compromise, la phonation gênée. Il s'agit bien évidemment d'un kyste dermoïde du plancher buccal, curable par l'extirpation complète de la poche. Nous l'attaquerons par la voie sus-hyoïdienne, en nous rappelant que nous serons susceptibles de rencontrer quelques difficultés, car la tumeur est à peu près sûrement implantée sur l'os hyoïde.

Hématocèle vaginale énorme à surface bosselée.

M. Bégouin. — Le malade que je vous présente est atteint d'une hématocèle vaginale droite, intéressante par son énorme volume et aussi par les bosselures de sa surface qui, un instant ont fait croire à un sarcome du testicule.

Cet homme, âgé de 63 ans, était porteur depuis 27 ans d'une tumeur du testicule droit, qui fut ponctionné à diverses reprises sans cesser de se reproduire. Dans ces derniers temps, elle augmenta sensiblement de volume en même temps qu'une noisette semblait pousser sur sa face antérieure. Bientôt une seconde élevure se dessinait; ces deux bosselures se développaient à peu près parallèlement pendant que la tumeur elle-même grossissait encore. Malgré cela le malade n'éprouvait pas de douleurs et l'état général était excellent. Quand on l'examine on est frappé du volume de son scrotum, gros comme une citrouille descendant presque à mi-cuisses. La verge a disparu dans la tumeur.

Celle-ci, de forme ovale, présente à sa partie antérieure, deux saillies arrondies du volume et de la forme d'une orange. Ce sont les deux bosselures qui ont apparu dans les derniers temps.

Toute la tumeur est fluctuante et ne présente ni transparence, ni réductibilité. L'existence d'une hydrocèle antérieure démontrée par la nature du liquide retiré au cours des nombreuses

ponctions qu'a subies le malade, les caractères de la tumeur actuelle ne laissent guère de doute sur le diagnostic de la tumeur. Il s'agit d'une hématocèle.

Mais son volume est exceptionnel ; sa forme bosselée l'est également. Il est classique de dire que la forme de l'hématocèle est arrondie ou ovale sans bosselures. Si l'on s'en tenait ici à ces caractères, on serait tenté de rejeter l'idée d'hématocèle pour adopter celle de sarcome. Or la longue durée de l'affection, la fluctuation si nette qui se transmet d'un point à l'autre de la tumeur ne sont point en faveur de ce dernier diagnostic.

Anévrysme de l'aorte ascendante et du tronc brachio-céphalique.

M. Hervé. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de **M. Lande** et au mien, les pièces provenant de l'autopsie d'un malade.

Louis G..., 65 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, fut pris subitement d'oppression, de sensation d'étouffement qui l'amenèrent d'urgence à l'hôpital. A son entrée, il avait une dyspnée intense, du cornage à l'inspiration et à l'expiration, le visage cyanosé, et était tourmenté par une toux rauque, quinteuse, sans expectoration.

L'examen du malade montrait une saillie considérable de la première pièce sternale; la pointe du cœur battait dans le *neuvième espace intercostal* à 3 centimètres environ en dehors de la ligne mamelonnaire.

La percussion du cœur et de l'aorte indiquaient une matité considérable s'étendant dans le sens vertical du 9e espace intercostal à la fourchette sternale, et dans le sens transversal à gauche du sternum, dont elle dépassait le bord de 3 à 4 centimètres dans les 5 premiers espaces environ.

L'auscultation n'indiquait rien d'anormal dans la région de la pointe, par contre, au niveau du 2e espace intercostal droit on entendait deux souffles, l'un systolique, l'autre diastolique.

L'examen des artères décelait une vraie danse dans les carotides qui, à chaque systole, soulevaient le muscle sterno-mastoïdien.

Le *pouls* au niveau de la carotide était sensiblement égal des deux côtés, peut-être y avait-il affaiblissement du pouls droit. Mais tandis que le pouls radial gauche était très perceptible, celui de droite était complètement aboli ; de même les battements de l'axillaire n'existaient plus. Cependant la sensibilité du membre supérieur droit était conservée. Pas de fourmillements, ni de refroidissements.

Du côté de l'appareil respiratoire, toux quinteuse, dyspnée, diminution de la voix qui n'était pas bitonale.

La déglutition des liquides se faisait sans difficulté. Les aliments solides amenaient une augmentation des accès de suffocation.

En présence de ces signes on porta le diagnostic d'anévrysme de l'aorte ascendante, anévrysme du tronc brachiocéphalique ayant oblitéré la sous-clavière droite avec hypertrophie et abaissement du cœur.

Le malade, après une courte amélioration, succomba brusquement.

A l'autopsie, on constate une hypertrophie et un abaissement considérable du cœur. Le cœur et les vaisseaux enlevés, l'usure notable de la 2e vertèbre dorsale sur la face droite, au niveau où la vertèbre est en contact avec la vaste poche qui représente ici le tronc brachiocéphalique. On trouve le cœur dilaté surtout aux dépens de sa cavité gauche; sa face antérieure mesure dans le sens transversal 16 centimètres, dans le sens vertical, 12 centimètres; la face postérieure, de la pointe à l'orifice de la veine cave supérieure, 20 centimètres; et dans le sens transversal 16 centimètres. L'aorte est également dilatée dans les 2 sens : elle a comme circonférence à son origine 15 centimètres; à 6 centimètres au-dessus, 27 centimètres. L'aorte thoracique elle-même est dilatée.

Quant au tronc brachiocéphalique] il forme une tumeur grosse comme le poing qui enserre et comprime la trachée à droite ; il est dur tandis que l'aorte est molle ; il ne s'aplatit pas une fois le sang enlevé par un lavage. De cette tumeur part la carotide droite, aussi volumineuse que celle de gauche, tandis que la sous-clavière est fibreuse, petite et oblitérée.

A l'ouverture, les parois de l'aorte sont épaisses, incrustées de dépôts calcaires avec, çà et là, amincissement de la paroi.

Dans le tronc brachiocéphalique existe un caillot organisé, adhérent, ayant oblitéré complètement l'orifice de la sous-clavière, et laissant un canal libre pour permettre au sang d'atteindre la parotide droite.

Ce qui nous a semblé intéressant dans ce cas, c'est :

1° La longue latence de ce double anévrysme ne se révélant par aucun signe fonctionnel;

2° Cette vaste dilatation de l'aorte sans se rompre ;

3° L'oblitération d'un vaisseau important (la sous-clavière) sans trouble pour le malade.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 11 Janvier 1897.

Rétrécissement large de l'urèthre.

M. Bernay. — Je vous présente un malade qui, porteur d'une blennorrhagie chronique, offre des symptômes de rétrécissement uréthral depuis l'âge de 22 ans. On constata avec étonnement qu'il n'existait pas de rétrécissement véritable, malgré l'intensité des phénomènes fonctionnels; ces rétrécissements larges ont été mentionnés depuis fort longtemps et, notamment, en 1835 par Reybard, puis par Voillemier, mais ils avaient continué à passer inaperçus, même après les travaux d'Otis en Amérique, et la communication de Pousson venait à peine d'attirer l'attention sur eux, au moment où M. Gangolphe observa ce cas. Un mois après apparurent des phénomènes de cystite rebelle aux moyens habituels. Devant leur intensité, leur persistance, et devant l'apparition d'hématuries, M. Gangolphe se décida à pratiquer la taille hypogastrique (1890) fait assez rare dans les cas de ce genre. Soulagement immédiat, mais dès que le méat hypogastrique s'obstruait, les douleurs réapparaissaient aussitôt avec une grande intensité. Aussi dut-on le maintenir béant au moyen d'une sonde. Le malade est actuellement aussi satisfait que possible de l'intervention, grâce au port d'un appareil spécial permettant l'écoulement continu de l'urine.

M. Gangolphe. — Je ne reviendrai que sur 3 points importants :

1° La cystite douloureuse de ce malade est intéressante par le fait même de la nécessité dans laquelle elle mit le chirurgien d'intervenir par une taille hypogastrique, opération qu'on ne pratique ordinairement dans de telles conditions que pour une tuberculose vésicale.

2° Depuis 6 ans on est obligé de laisser son méat béant à cause des phénomènes douloureux.

3° Il n'y a pas eu chez lui formation de calculs vésicaux (inconvénient de la taille hypogastrique chez les prostatiques).

M. Poncet. — Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle a permis de suivre un cystostomisé pendant un durée de 6 ans; des faits analogues ont été rapportés par E. Rollet (thèse de Poullain).

Psoïte d'origine traumatique directe. Son traitement.

M. Gangolphe. — Voici un malade qui a été atteint, en juin 1896, d'une affection assez rare : psoïte d'origine traumatique directe. L'accident est dû à l'emploi d'un fusil de boucher dont il se servait, en appuyant l'extrémité effilée contre la paroi abdominale. Il se produisit une hémorrhagie en jet qui cessa par la compression. Peu après, il fut pris de phénomènes nerveux, de fièvre et, rapidement, se produisit de la flexion de la cuisse droite. L'état général s'aggrava et il se dessina une tuméfaction suivant le trajet du psoas, avec teinte ecchymotique des téguments sans battements et sans fluctuation profonde.

A ce propos, j'appelle l'attention sur un signe particulier, d'une grande importance, qui consiste dans la douleur à la pression au niveau du petit trochanter avec tuméfaction et œdème à cette région.

L'intervention consista en une incision parallèle à l'arcade crurale au niveau de la loge du psoas et avec contre-ouverture au-dessous de l'arcade en dehors des vaisseaux, puis, sur la sonde

cannelée, deuxième contre-ouverture au niveau du petit trochanter; drainage large.

J'insiste sur l'utilité et la nécessité de cette dernière contre-ouverture. Elle évite la trépanation de l'os iliaque, que j'avais préconisée dans la thèse de Condamin et que j'ai abandonnée depuis.

La guérison fut rapide. Actuellement, le malade se livre à des exercices physiques pénibles (longues courses, courses en bicyclette). Il est à remarquer, à ce propos, que le psoas n'est, à la rigueur, pas nécessaire au fonctionnement du membre inférieur. Un de mes malades, dont le psoas avait disparu à peu près complètement, a servi plus tard dans l'armée.

Troubles laryngés dans un cas probable de sclérose en plaques.

M. Collet. — Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans, atteint d'une affection familiale dont les symptômes paraissent se rapporter à la sclérose en plaques. Ses deux frères ne présentent qu'une contracture spasmodique très intense des membres inférieurs; quant à lui, indépendamment de cette contracture qui rend la marche très difficile, et s'accompagne d'exagération des réflexes rotuliens, il offre du tremblement intentionnel des membres supérieurs, du tremblement de la tête et toute une série de troubles bulbaires : nystagmus latéral facilement provoqué; tremblement de la langue, parole monotone, traînante, scandée, absolument typique. De plus, lorsqu'on lui ordonne d'émettre un son, il lui est absolument impossible de le filer, la phonation est saccadée, interrompue.

L'examen du larynx est rendu difficile par les mouvements alternatifs d'ascension et de descente qu'il présente; il montre, en outre, des oscillations très remarquables des cordes vocales et des aryténoïdes qui les supportent. Ces oscillations n'existent pas toujours quand le malade respire tranquillement et que les cordes vocales sont en abduction; pour les faire apparaître il suffit de dire au malade d'émettre un son; on voit alors les cordes vocales se rapprocher d'une façon irrégulière et comme en hésitant. Une fois arrivées sur la ligne médiane elles ne restent pas en contact, se rapprochant et s'éloignant alternativement, ce qui explique l'émission saccadée du son. Lorsque celle-ci est terminée les cordes s'écartent, mais en conservant leurs oscillations.

Il s'agit, en résumé, d'un tremblement des cordes vocales qui présente les caractères d'un tremblement intentionnel, ce qui est, d'ailleurs, la règle dans la sclérose en plaques.

Ce fait n'est pas isolé. Leube, Lœri, Krzywicki, etc., ont publié des cas analogues; je les ai réunis, en 1892, dans une revue à laquelle je ne puis que renvoyer (1). Mais le tremblement des cordes vocales n'est pas un symptôme particulier à la sclérose en plaques. Krause l'a vu dans la chorée et l'intoxication saturnine, Spencer dans un cas de tumeur cérébelleuse, nous-même sur un malade du Dr Garel, dans l'atrophie scléreuse du cervelet (2), affection dont la symptomatologie domine parfois absolument celle de la sclérose en plaques.

Quoiqu'il en soit, ces constatations sont intéressantes, car si nous connaissons, depuis le mémoire déjà ancien de Bourneville et Guérard, ces troubles de la parole dans la sclérose en plaques, nous ne sommes pas absolument fixés sur le mécanisme de leur production.

Indépendamment de l'expiration défectueuse à laquelle Wernicke attache une grande importance, les troubles de la *phonation*, au même titre que ceux de l'*articulation*, doivent jouer, dans ce mécanisme, un rôle souvent méconnu.

Cette observation nouvelle nous a paru digne d'être rapportée, en raison du petit nombre de cas déjà connus; l'examen du malade a été pratiqué à plusieurs reprises et le diagnostic du sclérose en plaques est rationnel. En l'absence d'autopsie, nous ne le donnons pas comme certain à cause du caractère familial de l'affection et du peu de différence qui existe entre la sclérose en plaques et certaines lésions cérébelleuses. C'est, toutefois, de la première de ces maladies qu'il paraît se rapprocher le plus.

1. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1892, n° 2.
2. Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles (*Archives de neurologie*, 1894).

Le pyramidon.

M. Lépine. — J'ai expérimenté un nouveau médicament, dérivé de l'antipyrine, et qui ne diffère pas essentiellement de ce dernier produit.

C'est le pyramidon, dérivé méthylé de l'antipyrine; il se présente sous forme d'une poudre blanche, et il a une solubilité moindre que l'antipyrine, plus élevée que l'acétanilide.

Il a déjà été étudié par Filehne qui a montré qu'il est plus actif que l'antipyrine. Je ne puis que confirmer cette opinion.

J'ajouterai qu'il a une action plus prolongée que le produit dont il dérive. Contrairement à l'antipyrine, il ne diminue pas le taux de l'urine, et, même à fortes doses, il donne de la polyurie (ainsi qu'il résulte des expériences faites sur le cobaye). De plus, chez l'homme, 20 minutes environ après l'administration du médicament, l'urine présente une légère coloration violette.

Ce médicament est toxique à des doses excessives (chez le cobaye 5 grammes pour 10 kilog.).

Je l'ai donné à plusieurs fébricitants, et, à doses moindres que l'antipyrine, il a produit le même effet; il a abaissé notablement la température d'un typhique; de même chez un tuberculeux à température vespérale élevée, et ce dernier malade a préféré le pyramidon à l'antipyrine. Filehne l'a donné à des brightiques, sans observer de modifications du taux urinaire; je n'ai pas eu l'occasion de l'administrer à des malades de ce genre.

En somme, c'est un succédané de l'antipyrine, un peu plus actif à doses égales, ne diminuant pas la quantité d'urines excrétées.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 Janvier 1897.

Le séro-diagnostic de Widal.

M. Krüger a montré plusieurs préparations et insisté sur la valeur diagnostique de la réaction de Widal, qui manque toujours chez les malades présentant des symptômes typhoïdes sans avoir de fièvre typhoïde.

M. Fränkel attribue aussi une grande valeur à cette réaction qui permet d'établir rapidement le diagnostic de fièvre typhoïde et qui subsiste encore quelque temps après la convalescence.

M. Stadelmann a observé cette réaction chez trois typhiques; dans un quatrième cas où l'on avait diagnostiqué une fièvre typhoïde la réaction a manqué, et plus tard on trouva chez lui une endocardite ulcéreuse.

Affection cardiaque dans la syphilis.

M. Rosenthal a communiqué l'observation d'un homme de 23 ans toujours bien portant, qui, en 1895, contracta la syphilis traitée par des injections de salicylate de mercure. Les accidents disparurent après 16 injections. En 1896, survint une récidive qui disparut après 12 injections.

Au mois de septembre, à l'occasion de nouveaux accidents, le malade fut soumis à un traitement par les frictions. Vers cette époque il se livra à l'exercice de la bicyclette, et vint consulter pour des troubles de la respiration. A l'examen du cœur, on trouva de l'arhythmie, un renforcement du deuxième bruit aortique, une augmentation de la matité à gauche, et un bruit systolique au niveau des orifices pulmonaire et mitral, qui disparut plus tard sous l'influence du traitement.

M. Rosenthal se demande donc si la myocardite doit être

attribuée à des excès de bicyclette ou s'il s'agit d'affection cardiaque d'origine syphilitique La seconde hypothèse lui semble plus vraisemblable d'autant que des causes d'irritation locale chez les syphilitiques déterminent la localisation des lésions syphilitiques.

De l'exercice musculaire chez les cardiaques.

M. Jacques Mayer croit qu'il faut distinguer chez les obèses l'hypertrophie active du cœur et l'adipose cardiaque : dans le premier cas, le travail musculaire est nuisible et il vaut mieux combattre les accidents cardiaques de ces malades par une restriction prudente et graduelle des aliments, un exercice régulier en plaine, la réduction des boissons alcooliques.

M. Albu, qui a fait des recherches sur l'état du cœur chez les bicyclistes, après la course, a trouvé chez la plupart d'entre eux une dilatation aiguë : les limites sont reculées à gauche, la pointe du cœur est déplacée un peu en dehors ; souvent il existe un renforcement du deuxième bruit pulmonaire et aortique ; les battements du cœur sont fréquents, irréguliers ; une fois il y avait un souffle systolique. Tous ces phénomènes disparaissent le lendemain, mais on trouve la dilatation encore 12 heures après l'excès.

M. Zuntz attribue l'action favorable de l'exercice musculaire sur un cœur fatigué à l'excitation des ganglions intracardiaques par l'acide carbonique qui, sous l'influence des exercices, s'accumule dans le sang.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 19 Janvier 1896.

Hystérectomie sus-vaginale au cours de l'infection puerpérale.

M. Prochownik présente un utérus myomateux provenant d'une femme à laquelle il a fait l'hystérectomie sus-vaginale pour infection puerpérale qui semblait encore localisée à l'utérus. L'opération, faite la nuit, en ville, chez des personnes peu aisées, n'a pas été très facile. Les suites opératoires furent relativement simples et la malade guérit après avoir présenté des accidents de pyohémie dans les 15 jours qui suivirent l'opération.

Papillome de l'ovaire.

M. Prochownik présente un papillome intra-ligamentaire de l'ovaire gauche provenant d'une femme opérée dans la 6e semaine de sa grossesse.

L'opération montra qu'il existait une péritonite chronique avec adhérences intestinales multiples et papillomes disséminés sur les feuillets viscéral et pariétal du péritoine. L'ovaire droit était transformée en une tumeur volumineuse et portait à sa surface un corps jaune. Malgré la péritonite chronique, les adhérences intestinales et une ascite énorme (15 litres de liquide) la malade avait pu devenir enceinte.

Les suites opératoires furent troublées par l'apparition d'un ileus paralytique qui nécessita au bout de 15 jours l'établissement d'un anus contre nature.

Malheureusement l'anus a été établi trop haut et la malade succomba au bout de 7 jours avec des phénomènes d'épuisement progressif.

A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite septique. L'examen des viscères montra à côté d'une adipose généralisée, l'existence d'une néphrite parenchymateuse.

Abcès sous-diaphragmatique.

M. Jolasse. — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, entrée à l'hôpital pour une dyspnée avec point de côté gauche et fièvre élevée. Le premier examen fit porter le diagnostic de pleurésie, mais le lendemain, lorsqu'en interrogeant la malade on a appris qu'elle souffrait depuis longtemps de l'estomac, on diagnostiqua un abcès diaphragmatique, quoiqu'il manquât des signes objectifs certains permettant d'affirmer l'accumulation de pus sous le diaphragme. Une ponction exploratrice faite dans le 9e espace intercostal, a amené une petite quantité de pus fétide renfermant des bactéries variables.

L'opération a été faite 10 jours après l'entrée de la malade, et après résection, sur la ligne axillaire, des 9e et 10e côtes, on constata que la plèvre ne renfermait pas de pus. L'incision du diaphragme faisant saillie dans la plèvre permit de pénétrer dans une cavité des dimensions de deux poings, remplie de pus et limitée par la rate et le diaphragme.

L'opération amena une amélioration considérable, mais au bout de quelques jours la température monta de nouveau, et l'examen de la plaie permit de constater une rétention du pus dans la cavité.

Cette seconde intervention eut pour résultat la chute complète de la température. Malheureusement, 3 jours après, la malade a été prise de broncho-pneumonie à laquelle elle succomba au bout de 4 jours.

A l'autopsie on trouva un ulcère cicatrisé de la petite courbure qui était fixée par des adhérences solides au lobe gauche du foie, au diaphragme et à la paroi abdominale. La cavité de l'abcès sous-diaphragmatique était séparée de l'ulcère par les adhérences qui existaient entre la rate et le foie.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 26 Janvier 1897.

Ictère et perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde.

M. F. Hawkins a observé une jeune fille de 18 ans entrée à l'hôpital avec les symptômes classiques de fièvre typhoïde. A l'examen on trouvait le ventre tuméfié, douloureux et couvert de pétéchies, le foie légèrement augmenté de volume, une température de 104° F, un pouls à 96, une respiration rapide avec 44 mouvements respiratoires par minutes, et râles à l'auscultation.

L'urine ne renfermait pas d'albumine et avait un poids spécifique de 1030.

Pendant les cinq jours suivants, la malade se plaignit de douleurs dans le dos et les jambes, avait des vomissements, une diarrhée intense, du délire pendant la nuit, et une température qui oscillait entre 102 et 104°5. Au sixième jour la température monta à 105°8 et l'examen permit de constater l'existence d'une pleurésie sèche à droite.

Le lendemain la situation s'aggrava par l'apparition d'un ictère généralisé avec passage du pigment biliaire dans l'urine et décoloration complète des matières fécales, et vingt-quatre heures après on trouva une pleurésie sèche du côté gauche. La situation alla dès lors en s'aggravant, et il y eut encore des hémorrhagies intestinales et cutanées et la malade finit par succomber un peu plus de trois semaines après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, à côté des lésions classiques de la fièvre typhoïde, on trouva une pleurésie double et une perforation de la paroi antérieure de la vésicule biliaire emprisonnée de toutes parts dans des adhérences. Le contenu de la vésicule était purulent ; dans le canal cystique se trouvait un calcul qui l'oblitérait incomplètement.

Laparotomie pour perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde.

MM. L. Brunton et **A. Bowlby** rapportent l'observation d'un homme de 37 ans entré à St. Bartholomew's Hospital pour une fièvre typhoïde datant de quinze jours environ. Le malade se trouvait dans un état sérieux, et le jour même de son entrée il eut une hémorrhagie intestinale grave. Quatre semaines environ après son entrée il eut une rechute de fièvre typhoïde qui évolua sans symptômes particuliers, lorsque, le

14 décembre, c'est-à-dire dix semaines après son entrée, quand il était déjà convalescent de sa rechute, il fut pris brusquement de violentes douleurs abdominales compliquées, au bout de quelques heures, de tympanisme abdominal et d'obstruction intestinale, mais sans nausées ni vomissements.

A l'examen on ne constata pas l'existence de gaz dans l'abdomen, et l'exploration semblait montrer que le processus était localisé à la partie inférieure de la cavité abdominale.

La laparotomie médiane faite dix-huit heures après le début des accidents montra que la partie supérieure de la cavité abdominale ne contenait pas de gaz ni de matières fécales, que le grand épiploon avait contracté des adhérences avec le petit bassin et que les anses intestinales sous-jacentes étaient soudées ensemble. Au moment où l'on chercha à libérer les anses intestinales supérieures, il s'écoula une demi-pinte d'un liquide jaune foncé, formé probablement par le contenu intestinal mélangé à l'exsudat péritonéal. La main introduite entre les anses suspectes permit de sentir une anse intestinale légèrement indurée qui fut amenée au dehors et sur laquelle se trouvait une perforation des dimensions d'un petit pois, situé sur le bord libre de l'intestin et correspondant au centre d'une plaque de Peyer. L'exsudat fibrineux qui recouvrait l'anse perforée fut enlevé et la perforation suturée à la soie par plusieurs points de Lembert. Avant de placer un drain et de fermer le ventre on fit un abondant lavage de la cavité abdominale à l'eau chaude. L'opération avait duré en tout 40 minutes.

Les suites opératoires furent simples et à aucun moment le malade n'a présenté d'élévation de la température. Le drain a été enlevé au bout de 48 heures et pendant 5 jours le malade ne prenait par la voie stomacale que de l'eau par petites quantités. Au cinquième jour il eut une selle provoquée par un purgatif. Au bout de deux mois le malade quitta l'hôpital pour reprendre ses occupations.

D'après MM. Brunton et Bowlby la bonne issue de l'opération doit être attribuée à ce que la perforation s'était produite pendant la convalescence et non pas au cours même de la fièvre typhoïde. Ils pensent même que la perforation existait déjà depuis quelque temps, que les adhérences qui se sont formées autour ont suffi à protéger la cavité abdominale tant que le malade était soumis à une diète rigoureuse et que les accidents ont éclaté quand, pendant la convalescence, le malade commença à s'alimenter d'une façon substantielle.

MM. Herringham et **Bowlby** communiquent le cas d'une fille de 13 ans qui, au 28e jour de sa fièvre typhoïde, a été prise de phénomènes de perforation intestinale : douleurs violentes de l'abdomen, vomissements, petitesse du pouls, tympanisme abdominal, etc. On fit la laparotomie 3 heures après le début des accidents et, à la grande surprise, on trouva que l'intestin ne présentait pas trace de perforation, mais que le côlon était rempli de matières fécales durcies. Il ne resta plus qu'à fermer le ventre, et la malade guérit très rapidement.

Tous ces accidents ont donc été provoqués par la simple constipation. Les considérations qui ont conduit MM. Herringham et Bowlby étaient que, la perforation étant admise, la laparotomie pouvait seule sauver la malade et que la date à laquelle la perforation s'est produite permettait de compter sur un succès.

M. Norman Moore attire l'attention sur ce fait que la perforation s'effectue ordinairement au niveau de portions presque toujours les mêmes. Ainsi sur 21 cas de fièvre typhoïde soignés à St. Bartholomew's Hospital et où la mort a été amenée par une perforation de l'intestin, cette perforation siégeait seulement 2 fois à 5 pieds au-dessus du cæcum; dans un cas la perforation occupait le côlon; dans tous les autres cas la perforation n'était pas éloignée de plus de 3 pieds au-dessus du cæcum. Souvent la perforation est entourée d'adhérences qui protègent ainsi la cavité abdominale.

Quant au moment auquel la perforation se produit, M. Normann Moore estime qu'il est plus éloigné du début de la fièvre typhoïde qu'on ne l'admet ordinairement. Ainsi, dans 5 cas de ce genre qu'il a observés la perforation s'était effectuée une fois au 21e jour et les autres du 28e au 45e jour après le début de la fièvre typhoïde.

M. Brunton cite le cas d'un individu entré à l'hôpital au troisième septénuaire de sa fièvre typhoïde compliquée d'hémorrhagie intestinale. Peu de jours après il se produisit une perforation, mais l'état du malade était tellement grave qu'on ne l'opéra pas. A l'autopsie on trouva une perforation dont la suture aurait pu être faite avec la plus grande facilité. D'un autre côté, le côlon présentait une série d'ulcérations qui rendaient fort problématique le succès définitif de l'intervention.

M. Goodall croit que le succès obtenu par MM. Brunton et Bowlby chez leur malade tient exclusivement à ce que l'opération a été faite pendant la convalescence et que si la perforation se fût produite au cours même de la fièvre typhoïde le résultat eût été tout autre.

D'un autre côté il ne croit pas que l'exsudation qui se forme autour de la perforation garantisse contre l'issue du contenu intestinal dans la cavité abdominale : il n'a vu cette éventualité se produire qu'une seule fois.

M. S. Phillips fait observer que le cas de MM. Herringham et Bowlby montre jusqu'à quel point il est souvent difficile de faire exactement le diagnostic de perforation. Il a observé des typhiques qui ont présenté tous les symptômes de la perforation et qui ont guéri, et pourtant il ne pense pas qu'une perforation puisse guérir spontanément; aussi est-il d'avis d'opérer chaque fois que le diagnostic de perforation est certain.

Au point de vue clinique, les typhiques atteints de perforation intestinale peuvent se diviser, d'après M. Phillips, en deux catégories : dans l'une l'abdomen est tympanisé et la distension des intestins s'oppose dans une certaine mesure à l'issue du contenu intestinal; dans ces cas l'opération peut réussir; dans la seconde catégorie, on trouve le ventre empâté et les symptômes peu bruyants : dans ces cas le contenu intestinal coule librement dans la cavité abdominale et l'opération échoue ordinairement.

EDINBURGH OBSTETRICAL SOCIETY

Séance du 13 janvier 1897.

Hémorrhagie génitale.

M. Buist a observé un cas d'hémorrhagie génitale par rupture d'une veine variqueuse située au niveau de l'orifice du col, chez une femme de 81 ans. Le prolapsus utérin complet qui existait chez cette malade depuis plusieurs années a dû causer une congestion passive, puis une hémorrhagie dans un petit kyste muqueux qui existait à ce niveau; en dernier lieu la paroi du kyste a dû céder et une hémorrhagie s'était déclarée. Elle a été arrêtée par deux points de suture.

Hématomètre dans une moitié d'un utérus cloisonné.

M. Lamond Lackie. — Il s'agit d'une fille de 24 ans, réglée pour la première fois à 16 ans, et présentant cette particularité que ses règles survenaient tous les quatre mois et duraient près de trois semaines. Pendant ces règles elle éprouvait des douleurs dans le côté droit du bas-ventre, lesquelles douleurs devenaient particulièrement vives dans l'intervalle des époques menstruelles pour diminuer ensuite pendant l'écoulement menstruel. En outre, la malade avait constaté qu'avant les règles il se formait dans le côté droit de l'abdomen une tumeur qui disparaissait graduellement pendant que durait l'écoulement menstruel.

A l'examen de la malade, on trouvait par la palpation une tumeur dans les régions hypogastrique et inguinale du côté droit; au toucher, il fut facile de constater que cette tumeur faisait saillie dans le cul-de-sac latéral droit du vagin. Une ponction de la tumeur à travers le vagin donna issue à du sang décomposé.

Au bout de quelques temps, lorsque la cavité se fût remplie de nouveau, la tumeur a été incisée à travers le vagin et une exploration digitale permit de constater qu'il s'agissait d'un utérus cloisonné avec hématomètre d'une de ses moitiés. La cloison fut perforée et une sonde à drainage passée à travers la cavité opérée et le col. Les suites de l'opération furent simples et la malade guérit. Dans la suite, la malade eut ses règles tous les quinze jours, alternativement de chaque côté.

Grossesse extra-utérine.

M. Freeland Barbour a eu l'occasion d'intervenir pour une grossesse extra-utérine chez une femme qui a eu un avortement, puis une grossesse normale et enfin un second avortement, ce dernier il y a 14 ans. Elle est entrée à l'hôpital pour une tuméfaction de l'abdomen et des douleurs rectales surtout accusées pendant la défécation. Ordinairement bien reglée, elle n'avait plus d'écoulement menstruel depuis six mois.

A l'examen, il fut facile de constater qu'il s'agissait d'une grossesse avec fœtus viable dont on entendait distinctement les bruits du cœur. La tête de l'enfant était située entre le rectum et le vagin et faisait saillie de chaque côté.

Trois semaines après, la malade a été prise des douleurs du travail et le tout se termina par l'expulsion des membranes. Au bout de quinze jours elle quitta l'hôpital, ne souffrant plus, mais elle revint deux mois plus tard en se plaignant de douleurs abdominales et en présentant une métrorrhagie abondante. Dans ces conditions on fit, le 5 février 1895, c'est-à-dire trois mois après ses premières fausses douleurs d'accouchement, une laparotomie qui fit voir un sac fœtal recouvert par le péritoine. A l'ouverture du sac on trouva que son côté droit était occupé par le placenta et son côté gauche par un fœtus macéré. Après l'extraction du fœtus, la poche a été marsupialisée et le placenta décollé sans aucune difficulté. La malade guérit dans d'excellentes conditions.

Dans ce cas le diagnostic de grossesse extra-utérine n'a été fait qu'après les fausses douleurs. En effet le diagnostic même de grossesse n'a été fait avec certitude que lorsqu'on entendit les bruits du cœur fœtal, et à ce moment encore on pouvait se demander s'il s'agissait d'une grossesse ectopique ou de la rétroversion de l'utérus gravide, et en effet un essai de redressement de l'utérus a été fait sous le chloroforme, quinze jours environ après le faux travail.

Le second cas opéré par M. Barbour se rapporte à une femme de 32 ans dont le premier accouchement normal remontait à 15 ans et qui, depuis cette époque, a eu deux fausses couches.

Ordinairement bien réglée, elle a été prise brusquement, dix jours après ses dernières époques, de faiblesse syncopale avec vomissements et douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen. Trois semaines après, elle eut une attaque analogue et comme dans l'intervalle son ventre a augmenté de volume elle se crut enceinte, d'autant plus que les règles ne reparurent plus et qu'elle pensa avoir senti quelque chose remuer dans son ventre.

Elle entra à l'hôpital six mois environ après le début des accidents. A l'examen on trouva une tumeur remontant à un pouce de l'ombilic, mate à la percussion, dure dans certains points et paraissant kystique dans d'autres. La pigmentation de la ligne blanche était très accusée. Au toucher on trouvait une grosse masse dans le cul-de-sac postérieur et un petit corps nodulaire dans le cul-de-sac droit; l'utérus, situé en avant, paraissait se continuer avec l'utérus.

La laparotomie faite six semaines plus tard montra un sac fœtal contenant un fœtus momifié. Marsupialisation de la poche et guérison sans complications.

D'après M. Barbour l'état du fœtus montre que la grossesse extra-utérine ne datait pas de 6 ou 7 mois et que le dernier écoulement de sang ressenti par la malade tenait probablement à la rupture du sac.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 8 Janvier 1897.

Complication tardive dans une cure radicale de hernie.

M. Van Engelen. — J'ai opéré un homme de cure radicale de hernie selon la méthode de Bassini : le résultat était parfait, quand, 8 mois plus tard, parurent des symptômes de cystite, précédés d'un état fébrile marqué, et le sujet finit par expulser par l'urèthre deux fils de soie provenant l'un du pédicule herniaire, l'autre de la suture musculaire. Pour moi, il s'est produit un phlegmon paracystique, qui s'est ouvert dans la vessie avec guérison consécutive, comme cela se voit pour des collections pelviennes évacuées par le rectum.

M. D'Haenens. — J'ai vu un petit séquestre, provenant d'une coxite tuberculeuse, être évacué par le canal uréthral sans que le malade ait présenté de la cystite bien accentuée.

A propos de la ponction lombaire.

M. Nauwelaer a eu l'occasion de faire cette ponction dans un cas récent de méningite. Ayant pu employer cette fois la centrifugation, il a retrouvé dans le liquide spinal quelques rares bacilles de Koch, qui n'ont pas pu être décelés dans les flocons fibrineux.

Un cas de rétroflexion gravide par fibrome pris pour une grossesse extra-utérine.

M. Crickx. — Une jeune fille de 26 ans souffre depuis 2 mois d'un leucorrhée assez abondante avec accidents de rétention d'urine, douleurs très vives dans le bas-ventre, glycosurie et diminution des règles.

Dans le Douglas, on sent une tumeur nettement fluctuante, ayant accolé contre le pubis la matrice, dont le col ramolli permet l'introduction de l'index.

Vu les douleurs continues, M. Lavisé, pensant à une grossesse extra-utérine, pratiqua la laparotomie. La matrice, en rétroflexion, occupait tout le petit bassin, et portait à sa face postérieure un fibrome interstitiel gros comme un œuf de dinde. La tumeur extirpée, la matrice fut replacée en position normale. Depuis, les troubles ont disparu, sans avortement, malgré la persistance d'un écoulement sanguin pendant 12 jours. La femme est en ce moment guérie complètement; à noter la disparition de la glycosurie immédiatement après l'opération.

Papillome de la vessie.

M. Dufour. — Un homme de 30 ans, ayant eu une légère hématurie il y a 5 ans, et, depuis, des mictions fréquentes, entre à l'hôpital avec le diagnostic de cystite; journellement, il perdait, pendant les mictions, de petits calculs phosphatiques; souvent on constatait un arrêt brusque du jet d'urine soit au cours de la simple miction, soit pendant le cathétérisme. La sonde de Thompson donnait la sensation de fortes brides incrustées au basfond de la vessie. Enfin le sujet put un jour évacuer un fragment de tumeur, qui fut reconnu au microscope comme étant de nature papillomateuse.

En effet, deux volumineux papillomes furent extirpés par la cystotomie transversale selon Trendelenburg; leurs pédicules furent cautérisés énergiquement. Suites normales et guérison rapide.

De l'appendicite.

M. Puttemans. — La doctrine si séduisante du vase clos, défendue par Talamon et Dieulafoy, est actuellement battue en brèche par des adversaires de plus en plus nombreux, le problème ne comporte pas une solution unique, applicable à tous les cas; le rôle de l'élément infectieux est toujours prépondérant. Le diagnostic, facile dans les cas typiques, peut être moins aisé dans la forme subaiguë, et alors les erreurs commises peuvent s'expliquer par la marche traînante de l'affection, la localisation anormale de la collection purulente.

Il est impossible de poser des règles absolues en ce qui regarde l'intervention chirurgicale, que l'observation minutieuse du patient doit seule décider. Le rôle du chirurgien doit être aussi complet que possible; il comporte la résection de l'appendice, la recherche des foyers secondaires et des abcès à distance.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Pleurésies traumatiques (p. 121).
ÉPIDÉMIOLOGIE — Fièvre typhoïde (p. 123).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — De la suture des nerfs à distance (p. 124).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Procédé d'application du forceps permettant de se passer d'aides expérimentés. Pleurésies purulentes de l'enfance. — Mort subite dans l'aortite ou ses complications (p. 125). — Acromégalie et troubles cardio-vasculaires. — Séroréaction et sérodiagnostic. — Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. — *Thèses de la Faculté de Nancy* : Névralgies rebelles du nerf maxillaire supérieur. — Cystocèle crurale. — Métrorrhagies chez les jeunes filles à l'époque de la puberté. — Synovites tendineuses du poignet d'origine tuberculeuse (p. 126). — Application des phénomènes entoptiques à l'oculistique (p. 127).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine* : Influence de la proportion de l'hémoglobine et du nombre des hématies sur le poids spécifique du sang dans les anémies (p. 127).
MÉDECINE PRATIQUE. — Usages thérapeutiques du séneçon — Iodates. — Iodate de codéine. — Iodate d'hyoscine. — Iodate de lithine. — Iodate d'oxyde de mercure — Iodate de quinine. — Iodate de soude (p. 128). — Iodate de strychnine (p. 129).
VARIÉTÉS. — La peste (130).

CLINIQUE MÉDICALE

Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes,

Par M. le Dr E. Herbert.

La nature de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë a suscité un grand nombre de recherches. Des cliniciens ont démontré que beaucoup de pleurétiques devenaient plus tard tuberculeux. De nombreux expérimentateurs, à la suite de la remarquable publication de Gombault et A. Chauffard, ont prouvé la nature tuberculeuse de l'exsudat séro-fibrineux d'un grand nombre de pleurésies. Les proportions sont variables suivant les auteurs et leur mode d'expérimentation; néanmoins, l'on peut, d'ores et déjà, affirmer que la pleurésie simple aiguë quelle que soit sa cause occasionnelle, est fonction de tuberculose dans plus de la moitié des cas.

Au milieu de ces innombrables recherches, on est tout surpris de ne pas voir un chapitre spécial consacré à la *pleurésie traumatique*. Elle est loin d'être rare, et tous les auteurs signalent, comme cause possible de la pleurésie séro-fibrineuse, le trauma de la paroi thoracique. Mais la nature de la pleurésie traumatique restait à préciser. M. Chauffard a comblé cette lacune dans une intéressante publication faite en février dernier. Sur 3 cas, observés dans son service de l'hôpital Cochin, deux étaient nettement d'ordre tuberculeux. Le troisième, malgré des inoculations répétées à des cobayes, paraissait indépendant de la tuberculose. Depuis, M. Chauffard a eu l'occasion d'étudier 2 nouveaux cas; il a bien voulu nous les confier et nous nous proposons d'analyser ces 5 cas de pleurésie traumatique (1).

Nous nous bornerons à l'étude de la *pleurésie traumatique non purulente*, à épanchement séreux ou à peine teinté en rouge par un hémothorax antérieur.

Description clinique. — Le traumatisme que subit la cage thoracique peut varier dans son intensité et dans sa nature, depuis le simple effort (Specker) jusqu'à la contusion massive. Le plus souvent il s'agit de fracture de côtes ou bien de contusions graves, sans fracture. Dans ce cas, le poumon subit un choc plus ou moins violent, et, dans 2 de nos observations, des hémoptysies abondantes sont signalées. Une fois, le trauma a été minime; le malade tombe de sa hauteur sur le bord d'une brouette; il ressent une légère douleur au côté et reprend son travail quelques instants après.

Dans la majorité des cas, le sujet est bien portant; il ne présente *aucune tare tuberculeuse antécédente;* il n'a jamais toussé, n'a point maigri et travaille aux plus durs labeurs sans avoir jamais ressenti un moment de faiblesse ou de malaise. Une seule fois nous avons constaté que le malade avait toussé tous les hivers, pendant plusieurs mois; son frère et sa femme étaient morts de tuberculose. Mais, lors de son séjour à l'hôpital, nous n'avons pas trouvé de bacilles dans ses crachats. Par contre, presque tous nos malades, à l'exception d'une femme, ont présenté des signes d'éthylisme chronique.

Il semble donc que la pleurésie traumatique survienne ordinairement en pleine santé; ce serait un épisode aigu, analogue à la pneumonie lobaire consécutive à une contusion, par exemple. Nous verrons qu'il n'en est rien.

Cependant il est à remarquer que souvent cet épanchement n'est pas proportionné à l'intensité du choc thoracique. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire d'un de de nos malades : il se contusionne légèrement le thorax, reprend immédiatement son travail et ne s'arrête que quelques jours après, par suite de l'apparition d'un point de côté, de frissons et de dyspnée.

Le début de l'épanchement peut être insidieux : témoin cette femme chez qui l'on constate, 3 semaines après l'accident, une pleurésie des plus nettes; la fracture de côtes s'était parfaitement consolidée; la malade n'avait ressenti aucun phénomène anormal, capable de faire supposer l'existence d'un exsudat pleural.

Plus souvent la pleurésie se déclare quelques jours après le traumatisme, par les signes habituels de tout épanchement : frissons, point de côté, dyspnée, toux sèche et quinteuse. La date d'apparition de tous ces signes varie, dans les cas que nous étudions, de 3 jours à 8 jours, 10 jours et 11 jours. Plus la date du début du frisson est rapprochée du trauma, plus les signes d'envahissement pleural sont marqués. Au contraire, lorsque le frisson survient au bout de 10 à 11 jours, il est peu accentué, le point de côté peu douloureux. Mais, dans aucun des cas que nous avons étudiés, le frisson n'a eu l'intensité que l'on remarque parfois au début de certaines pleurésies dites *a frigore*. L'intensité du trauma ne semble pas hâter la date d'apparition des premiers signes de l'épanchement. Les signes physiques ou fonctionnels de la pleurésie traumatique sont ceux de toute pleurésie séro-fibrineuse aiguë. Remarquons cependant que la fièvre est peu élevée et dépasse rarement 38°5.

L'épanchement est en général considérable, variant de 1 500 à 2 000 centim. cubes en moyenne; il peut être teinté en rouge par un hémothorax antérieur, c'est l'exception. Le plus souvent, il est citrin, marquant de 1 015 à 1 020 au densimètre; il renferme de 20 à 30 grammes d'albumine par litre; il contient de la fibrine en quantité variable. Ensemencé, il ne donne lieu à la production d'aucune colonie microbienne. Nous examinerons, plus tard, les résultats de l'inoculation du liquide aux cobayes.

La durée de l'épanchement n'est pas uniforme. Ainsi, dans un cas, une seule ponction est pratiquée; et, un mois après, la malade quitte le service, complètement

1. On trouvera ces observations dans la thèse de M. Herbert, Paris, 1896-97, n° 79.

guérie. Chez 3 autres malades, par contre, il a fallu pratiquer plusieurs fois la thoracentèse; chez un, 4 ponctions ont été faites dans l'espace de 3 mois; chez 2 autres, 2 et 3 ponctions ont été nécessaires. Enfin, le 5e n'a subi qu'une seule fois la thoracentèse; mais il était porteur d'un épanchement considérable, depuis plus de 8 mois. A leur sortie, tous nos malades étaient parfaitement rétablis et ne présentaient aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Il ne semble pas que la rapidité de la guérison puisse faire présumer de la nature de la pleurésie traumatique. Sans vouloir anticiper sur les résultats de l'expérimentation, que nous développerons plus loin, nous pouvons remarquer que, précisément, le malade dont l'épanchement a été un des plus longs à se résorber était indemne de tuberculose, puisque les cobayes inoculés avec le liquide de son épanchement n'ont jamais présenté à l'autopsie la moindre manifestation tuberculeuse. Un autre malade, au contraire, reste à peine un mois dans nos salles, et, cependant, le cobaye inoculé présentait d'énormes lésions de tuberculose d'inoculation.

Le *diagnostic* de la pleurésie traumatique ne présente généralement pas de difficultés; la connaissance du trauma thoracique, les signes d'un épanchement considérable; au besoin, la ponction aseptique exploratrice permettront de porter rapidement un diagnostic ferme et précis. Cependant, lorsque après une contusion thoracique violente, l'on observe des signes d'épanchement, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un *hémothorax simple*. Il peut y avoir des déchirures vasculaires; le sang s'accumule dans la plèvre et, par sa présence, donne tous les signes de la pleurésie séro-fibrineuse (Ch. Nélaton). Mais, dans le cas d'hémothorax non compliqué, les symptômes de l'épanchement apparaissent immédiatement après l'accident; ils ont une tendance à disparaître rapidement, et, au bout de quelques jours, lorsque le sang s'est résorbé, le malade n'éprouve aucune gêne respiratoire.

Dans la pleurésie traumatique, les signes vont en augmentant; la dyspnée est progressive; le plus souvent, surviennent des frissons avec de la fièvre. Enfin, pour trancher la difficulté, l'on pourra pratiquer une ponction exploratrice et examiner le contenu de la seringue. Comme signes accessoires de l'hémothorax, Ch. Nélaton signale la présence d'ecchymoses lombaires, de l'empâtement de la paroi thoracique, une douleur plus vive, des tendances à la syncope ou à la lipothymie.

En somme, ce sont les signes physiques qui établissent le diagnostic d'épanchement; c'est le moment de son apparition qui en fait présumer la nature.

Nous avons vu que tous nos malades ont été ponctionnés; la thoracentèse a été pratiquée avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires en pareille circonstance.

Lorsque l'épanchement est trop considérable, il est bon de faire plusieurs ponctions, à 2 ou 3 jours d'intervalle par exemple, et de ne retirer le liquide que par doses fractionnées.

Comme adjuvants, on doit employer les diurétiques sous toutes leurs formes : oxymel scillitique, acétate de potasse, écorce de sureau, caféine. La sudation locale donne de bons résultats lorsqu'il persiste une mince lame de liquide, non justifiable de la ponction. On entoure le thorax du malade d'une épaisse couche d'ouate, et, par dessus, on applique une enveloppe de taffetas imperméable. Le vésicatoire ne semble pas donner tous les résultats désirables; ainsi un de nos malades avait subi, en ville, l'application de 17 vésicatoires, en l'espace de six mois; et son liquide persista jusqu'à ce que la thoracentèse eût été pratiquée. L'efficacité du salicylate de soude, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, n'est pas absolument démontrée (Aschoff).

Pathogénie. — La pathologie de la pleurésie traumatique n'avait pas donné lieu à un grand nombre de recherches jusqu'à l'apparition du travail remarquable de M. le Dr Chauffard. Les auteurs se sont surtout occupés d'étudier l'épanchement de sang dans la plèvre à la suite de contusions et nous rappellerons, en particulier, les recherches de Trousseau et Leblanc, de Ch. Nélaton.

M. Chauffard, ayant eu l'occasion d'observer 5 cas de pleurésie traumatique dans son service de l'hôpital Cochin eut l'idée de vérifier la nature de l'exsudat pleurétique. 3 cas ont déjà été publiés; les deux autres sont inédits.

Le cobaye est l'animal réactif par excellence de la tuberculose (Gombault et Chauffard). On prend de préférence un mâle vigoureux de 8 à 10 mois, c'est-à-dire parvenu à son plein état de développement. On rase soigneusement une portion de la paroi abdominale et on l'aseptise par des lavages à l'éther, à l'alcool, puis au sublimé. Le malade est ponctionné et, aussitôt après, on pratique l'injection du liquide dans le péritoine du cobaye, avec une seringue de Straus de 10 centim. cubes, préalablement passée à l'eau bouillante, pendant au moins 5 minutes.

L'autopsie des cobayes est pratiquée vers le 45e jour qui suit l'inoculation. A ce moment, les lésions doivent être suffisamment étendues pour être appréciables à l'œil nu. Les cobayes correspondant aux malades des 4 dernières observations étaient tuberculeux; les lésions rappelaient tout à fait celles que l'on rencontre dans les recherches de laboratoire sur la tuberculose expérimentale. La tuberculose était de date récente et dépendait nettement de l'injection du liquide pleurétique.

Malgré les inoculations répétées, aucun des 3 cobayes correspondant à notre première observation n'a présenté la moindre trace de tuberculose. Etant donné le nombre d'injections intra-péritonéales faites avec le liquide pleurétique, on peut affirmer qu'au moment de l'inoculation, l'exsudat était exempt de bacilles de Koch.

Les divers ensemencements sur milieux de culture sont restés stériles dans tous les cas.

Nous croyons pouvoir conclure d'après ces recherches expérimentales, que, de même que la pleurésie séreuse *a frigore*, la pleurésie traumatique est une *manifestation de la tuberculose*. Il est à souhaiter que des recherches ultérieures viennent grossir la statistique et établir un pourcentage basé sur un plus grand nombre de faits. Mais la conclusion que nous venons de donner n'en est pas moins légitime à l'heure actuelle, bien qu'une de nos inoculations n'ait pas eu de résultat positif.

La *tuberculose pleurale* consécutive au traumatisme, n'a rien qui puisse nous surprendre, et le rôle localisateur du trauma chez un tuberculeux porteur d'un foyer torpide et latent n'a rien de spécial à la plèvre. Mais reste l'explication de l'épanchement récidivant et ne contenant aucun bacille de Koch. Le cas est embarrassant : on ne peut faire que 2 hypothèses : ou bien l'épanchement n'a jamais été de nature tuberculeuse, ou bien, au contraire, il s'est développé d'abord sous l'influence du bacille de Koch, puis les lésions se sont cicatrisées, les bacilles, en suspension dans le liquide, ont perdu progressivement toute leur virulence, et, au moment de l'expérimentation, l'exsudat pleural ne possédait plus de propriétés tuberculisantes. Nous ne voulons point incliner vers

l'une ou l'autre hypothèse ; nous nous contenterons de rechercher s'il y a quelques considérations en faveur de l'une d'elles, en examinant ce qui se passe pour d'autres séreuses.

Le péritoine, par exemple, pourrait s'indurer dans certains cas (Leudet), sous des influences diverses, contusions répétées par un ceinturon, *alcoolisme*, arthritisme. A la suite de cette sclérose progressive, il y aurait production d'ascite, pouvant récidiver malgré des ponctions répétées.

Les méninges peuvent également s'épaissir en dehors de toute manifestation tuberculeuse. Le trauma de la colonne vertébrale amènerait, dans beaucoup de cas, des scléroses localisées des méninges rachidiennes, origine de paralysies radiculaires (Charcot, Brissaud). De même pour la vaginale, etc.

Il semble donc que beaucoup de séreuses puissent se scléroser sans l'intervention de la tuberculose ou même de la syphilis. La chose se rencontre surtout chez les arthropatiques alcooliques. Ne pourrait-on pas supposer qu'à la suite de la fracture de côtes, la plèvre a réagi chez notre premier malade arthritique et alcoolique avéré, qu'il s'est formé une pachypleurite, de même que, dans des circonstances analogues, il se forme des pachypéritonites ou des pachyméningites ?

Ou bien l'on peut admettre, comme nous l'avons déjà dit, que la pleurésie était primitivement tuberculeuse ; l'exsudat n'avait été qu'une manifestation d'une poussée granuleuse du côté de la plèvre. Grâce aux réactions humorales ou phagocytiques, la lésion s'est cicatrisée progressivement, et, au moment de l'examen du malade, il ne restait que les reliquats ordinaires de tout épanchement. On sait, d'ailleurs, que la tuberculose des séreuses est plus curable que celle du parenchyme pulmonaire. Témoin la bénignité fréquente de beaucoup de péritonites tuberculeuses à grand épanchement ascitique. Il est également de notion vulgaire qu'un pleurétique, dont l'épanchement était notoirement bacillifère, peut vivre de longues années sans présenter d'autres manifestations tuberculeuses. Il semble être guéri de sa tuberculose pleurale.

Tout récemment, on a voulu reconnaître à l'épanchement pleurétique un pouvoir bactéricide. Ainsi Péron (1895) inocule 2 chiens avec une même dose de culture de bacilles de Koch ; mais l'un d'eux a reçu, au préalable, dans son péritoine, une quantité de liquide pleurétique évaluée à 400 grammes. Le premier chien succombe avant celui qui a reçu le sérum pleural.

Si ces résultats étaient vérifiés par un grand nombre d'expériences, on pourrait supposer que, chez notre malade, le bacille de Koch a fini par succomber sous l'influence du pouvoir bactéricide du liquide pleural ; l'épanchement persistait en effet, depuis plus de 4 mois. Ce n'est là qu'une hypothèse qui demande une démonstration rigoureuse. Disons même que le sérum pleurétique doit posséder un bien faible pouvoir antibacillaire puisque, injecté à des doses de 10 centim. cubes et renfermant quelques unités microbiennes seulement, il provoque une tuberculose expérimentale aussi intense que celle que produit une culture abondante de bacilles sur bouillon glycériné.

Pronostic. — Etant donné le résultat des expériences que nous avons relatées, il nous est permis de porter une appréciation sur « l'avenir » de nos malades. Nous avons vu que la pleurésie traumatique n'est pas, le plus souvent, un épisode banal, comme l'hémothorax de la fracture de côte. Elle relève de la tuberculose. Et si, cliniquement, elle évolue rapidement vers la guérison, le malade porte en lui une tare tuberculeuse. Plus tard, sous l'influence du surmenage, des privations, la tuberculose pulmonaire surviendra avec toutes ses funestes conséquences. Le pronostic doit donc être des plus réservés.

Cependant notre observation I, quelle qu'en soit l'interprétation acceptée, semble atténuer ces conclusions. Nous avons vu que l'épanchement n'était nullement bacillifère lors du séjour du malade à l'hôpital ; et, à sa sortie, ce malade présentait toutes les apparences extérieures d'une excellente santé. Notre pronostic pour ce malade, bien que moins sévère, ne sera pas absolument favorable.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Contribution à l'étude étiologique de la fièvre typhoïde,

Par le Dr Achille Hauser.

Pendant l'année que nous eûmes l'honneur de passer à l'hôpital Trousseau, dans l'excellent service de notre maître le Dr Netter, nous eûmes l'occasion d'observer un assez grand nombre de fièvres typhoïdes. Notre maître nous suggéra l'idée de faire des enquêtes, aussi détaillées que possible, dans les familles des typhiques, pensant que de cette étude il sortirait peut-être quelques points intéressants au sujet de l'étiologie de la fièvre typhoïde, soit pour affirmer une fois de plus le rôle sinon unique, du moins prédominant de l'eau dans l'infection typhogène, soit pour déterminer d'une façon un peu plus précise le rôle si important aussi de toutes les causes adjuvantes, préparant au bacille d'Eberth, ce terrain de moindre résistance invoqué si souvent et quelquefois, il faut bien l'avouer, pour masquer notre ignorance d'un grand nombre de faits, dont nous sommes incapables, dans l'état actuel de la science, de donner une explication suffisante.

Les enfants, pensions-nous, terrain vierge de toute atteinte antérieure, pas encore immunisés contre l'agent de la typhoïde par une intoxication lente et progressive de cultures plus ou moins virulentes, que nous ingurgitons journellement, sensibles au bacille, autant que ces jeunes paysans qui contractent si facilement la fièvre typhoïde en arrivant à la caserne, ou que ces jeunes bonnes qui viennent se placer dans les grands centres où la dothiénentérie est à l'état endémique, les enfants, pensions-nous, en général plus sédentaires, sortant moins de leur arrondissement et de leur quartier, devaient nous offrir un champ d'étude et de recherches plus facile et moins sujet à caution car il n'est pas commode de faire des enquêtes à Paris. Les difficultés sont grandes, les causes d'erreurs innombrables ; la plus grave de toutes est évidemment la facilité avec laquelle les adultes se déplacent, travaillant souvent très loin de l'endroit où ils habitent.

Nous pensions, si l'eau est le facteur principal du contage, trouver des petites épidémies de famille, de maison et de groupes de maisons, dans la clientèle hospitalière, l'ensemble des causes secondes, régime alimentaire, logement, encombrement, misère physiologique, etc. étant à peu de choses près identiques.

Nous espérions enfin, grâce à nos observations de 6 cas intérieurs, à 3 d'entre elles surtout, apporter des arguments nouveaux en faveur de cette contagion directe actuellement encore si fortement révoquée en doute.

Or, sans parti pris aucun, en discutant seulement les faits, en rapportant quelques observations toutes modernes, c'est-à-dire postérieures à la découverte du bacille d'Eberth, en les choisissant évidemment aussi probantes que possibles, en soumettant nos observations personnelles à une analyse détaillée et à une critique sévère, nous avons été amené petit à petit à admettre cette contagion directe.

Elle existe et beaucoup de fièvres typhoïdes lui sont attribuables; ce n'est pas une rareté comme nos classiques le disent, mais bien au contraire. Si les médecins de campagne sont plus à même que nous de saisir le mode de cette contagion, cela ne veut pas dire que la contagion directe n'existe pas dans les grandes villes.

Comment se fait-elle?

1° Par contagion directe immédiate, d'homme malade à homme sain, sans me prononcer comment se fait cette contamination; est-ce par la peau, les excréments, l'air respiré, je n'en sais rien, mais il est bien probable que toutes ces modalités sont possibles.

2° Par contagion directe médiate, transport par une tierce personne qui peut rester bien portaute, conservation des germes dans la terre et dans les poussières des planchers, dissémination par les effets, le linge (énorme proportion des blanchisseuses atteintes), l'eau, le lait, la nourriture, etc.

Est-ce à dire, et j'insiste sur ce point, que je veuille diminuer le rôle de l'eau dans l'étiologie de la fièvre typhoïde? Bien au contraire. Je crie hautement : l'eau est le facteur principal dans l'infection typhogène, mais comme facteur secondaire, et dans une très forte proportion, il y a la contagion directe.

Nos conclusions pratiques seront courtes. Puisque la fièvre typhoïde est une maladie transmissible et contagieuse, puisque nous venons de voir qu'un convalescent ou qu'un malade alité, peut, dans une salle d'hôpital encombrée ou non, contracter les germes d'une dothiénenthérie et succomber, il faut prendre dans nos hôpitaux des mesures prophylactiques sévères :

1° Avoir un personnel spécial, bien choisi, remplissant les deux conditions suivantes : être immunisé par un long séjour à Paris, voir, si possible, par une fièvre typhoïde antérieure, n'avoir aucun contact avec les malades des autres services;

2° Prendre toutes les mesures nécessaires pour désinfecter rapidement, souvent et minutieusement tous les objets qui ont pu être souillés d'une façon ou d'une autre par un typhique. Désinfecter le linge avant de l'envoyer à la buanderie. Ne jamais balayer le plancher, mais ramasser la poussière avec un chiffon mouillé au besoin avec un liquide antiseptique; éviter absolument de ne rien secouer par les fenêtres;

3° Enfin, timidement, je demande l'isolement des typhiques dans des petites salles spéciales bien aérées, à plancher sans rainures, à murs sans coins.

De la sorte, on atteindra un double but : on mettra les infirmiers et les autres malades à l'abri d'une contagion toujours possible, les typhiques eux-mêmes seront mieux soignés. On ne verra plus ce spectacle lamentable des pauvres typhiques dans le délire dans une salle commune, où il y a un va-et-vient continuel, où, les jours de visites, il y a un bruit assourdissant, fatiguant même pour les gens bien portants.

Voilà pour l'hôpital; en ville, les précautions à prendre ne sont pas moindres, surtout qu'elles sont plus difficilement applicables qu'à l'hôpital.

1° On fera de l'isolement autant que possible;

2° On prendra des mesures prophylactiques sévères, en ne craignant pas d'avoir recours aux antiseptiques, aux désinfectants et aux étuves municipales; on recommandera une excessive propreté des mains et l'usage d'une grande blouse facile à désinfecter;

3° On persuadera la famille que si le typhique n'est pas un pestiféré qu'il faille fuir, que si la fièvre typhoïde n'est pas une maladie aussi contagieuse que le typhus, la diphthérie et la scarlatine, par exemple, elle est, du moins, contagieuse, surtout dans certaines conditions, et qu'il faut prendre de grandes précautions. On recommandera d'éloigner du foyer morbide, les enfants, les gens malingres, chétifs, mal portants; les convalescents, les nouveau-venus dans un centre où la dothiénentérie est à l'état endémique, tous ceux en un mot, qui, pour un motif ou un autre, sont mis dans un état de réceptivité possible. — De cette façon, j'en suis persuadé, on diminuera beaucoup tous ces cas appelés secondaires, qui, comme nous l'avons vu, déciment des familles entières.

Ce sera pour notre part la conduite que nous tiendrons toujours. Nous serions heureux, si par notre travail, nous avons, nous ne disons pas tranché définitivement cette question de la contagion directe, ce serait peut-être par trop peu de modestie, satisfait, si nous avons pu jeter dans les esprits le doute, une demi-conviction, grâce à laquelle de nouvelles recherches auront lieu, d'où la lumière définitive ne tardera pas à sortir (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la suture des nerfs à distance.

Nombreux sont les cas de suture nerveuse, et cette opération, longtemps confinée dans le domaine de la physiologie expérimentale, est actuellement entrée dans la pratique chirurgicale.

Il n'en est pas de même de la suture des nerfs à distance; les recherches expérimentales abondent, mais les applications à la chirurgie restent encore exceptionnelles et Ehrmann (2), dans une thèse récente, n'a pu en réunir que 3 observations.

Après la section d'un nerf, les deux bouts ont une destinée bien différente : le bout périphérique, séparé de son centre trophique, est fatalement voué à la dégénérescence; le bout central n'est modifié que dans la portion située au-dessous du premier étranglement annulaire; l'élément noble de la fibre nerveuse, le cylindre-axe, reste intact et va devenir, vers le 20e jour, l'agent actif de la régénération.

Chaque cylindre-axe subit une situation dans le sens longitudinal, se divise, puis se subdivise et finalement peut à lui seul engendrer jusqu'à 30 et 40 tubes nouveaux. Il se produit ainsi beaucoup plus de fibres qu'il n'en faudrait pour revivifier le bout périphérique; seule une portion relativement restreinte de ces fibres nouvelles pénétrera dans le segment inférieur. Le plus grand nombre forme tout autour du moignon central un véritable manchon réticulaire, le *névrome de régénération*.

La régénération d'un nerf sectionné peut être divisée en 3 phases : 1° prolifération initiale du bout central; 2° trajet des nouvelles fibres dans l'intervalle des 2 moignons; 3° progression de ces fibres dans le segment périphérique. Le bout central jouit ainsi d'une activité propre; le bout périphérique peut être comparé à ces arbres morts autour desquels s'enlacent des lianes qui montent jusqu'à leurs dernières ramifications : et les dernières ramifications du bout périphérique, ce sont les corpuscules de Meissner de la peau et les plaques motrices des muscles. L'espace entre les 2 tronçons du nerf, lorsqu'il ne dépasse pas 2 centimètres au maximum, est facilement franchi par les expansions des cylindres-axes du bout central. Au delà de 2 centimètres, il importe que les jeunes pousses ne s'égarent pas dans leur trajet à travers l'espace intercalaire; pour que le développement centrifuge des fibres nouvelles aboutisse à une restauration régulière, il faut un conducteur allant du bout central au bout périphérique, une voie préparée d'avance et que les fibres nerveuses n'aient plus qu'à suivre. C'est justement le but que remplit la suture à distance.

Si la suture à distance ne trouve pas plus souvent son application, c'est que, dans la grande majorité des cas, il est possible, grâce à la traction élastique des bouts et à l'immobilisation du membre dans une position appropriée, d'affronter exactement les extrémités du nerf. C'est seulement à la suite de perte de substance considérable de sections nerveuses multiples et devant l'impossibilité manifeste de rapprocher les deux bouts que l'ont doit recourir à la suture nerveuse à distance.

Il existe plusieurs procédés opératoires dans le cas d'écartement considérable des extrémités sectionnées. Létiévant a proposé, lorsque le bout inférieur est seul abordable, d'en greffer l'extrémité libre sur un nerf voisin intact, à la faveur d'une encoche pratiquée sur ce dernier ; c'est la *greffe nerveuse par inoculation*. Philipeaux et Vulpian, Gluck, Assaky, ont tenté expérimentalement *la transplantation nerveuse*, c'est-à-dire l'in-

1. Les documents ont paru *in extenso* de la thèse de M. Hauser (Paris, 1896-97, n° 56).

2. Ehrmann, Contribution à l'étude de la suture des nerfs à distance, th. Paris, 1896, n° 22.

terposition entre les deux bouts du nerf d'un fragment de nerf emprunté à un autre animal. Létiévant, Lejars, ont proposé la *suture nerveuse par dédoublement;* ce procédé consiste à fendre chaque bout à partir d'une petite distance de sa base et à constituer, par une section en travers d'une des lèvres de la boutonnière, un lambeau que l'on renverse pour le fixer par la suture à son congénère.

Mais dans la *véritable suture nerveuse à distance*, on se contente de jeter entre les deux extrémités sectionnées un point au moyen de fils de soie ou de catgut de façon à constituer une voie que suivront sans crainte de s'égarer, les fibres du bout supérieur pour pénétrer dans le bout inférieur. Parvenues au bout inférieur, ces fibres n'auront plus qu'à en suivre aveuglément le trajet, pour aboutir finalement aux extrémités sensitives et aux plaques motrices.

Les succès de la suture nerveuse à distance ont été tout d'abord obtenus expérimentalement par Van Lair (1885) et Assaky (1886). Ce dernier auteur, opérant sur des chiens, pratiquait des excisions du sciatique portant sur 1, 2 et même 3 centimètres de longueur; la suture à distance était faite avec 3 ou 4 anses de catgut n° 3; et, sur un des animaux en expérience, un écartement de 3 centim. 1/2 a été trouvé comblé au 39e jour, tandis que sur des chiens servant de témoins un écartement dépassant 2 centim. 1/2, avec abandon des bouts dans la plaie, ne s'est jamais comblé.

Lorsque l'écartement est minime et qu'aucun obstacle ne vient s'opposer à la progression des prolongements cylindre-axiles, la régénération est possible sans suture et personne ne songe à la nier; mais l'aspect grêle du cordon qui se rend du renflement central au renflement périphérique contraste dans ce cas avec l'épaisseur du segment cicatriciel et sa richesse en fibres nerveuses à la suite de la suture au catgut.

Il semble même que le volume de la cicatrice nerveuse soit en rapport avec le nombre des anses de catgut employées. Ces fils de catgut, destinés à disparaître par résorption, persistent néanmoins assez longtemps pour servir de guide à la régénération. On peut également employer des fils de soie. Mais l'important, ainsi que le fait remarquer Van Lair, c'est que l'espace qui sépare les deux bouts soit maintenu dans un état de béance relative. Dans tous les cas de suture à distance, il existe d'une manière constante, soit temporairement quand le fil est résorbable, soit à l'état permanent lorsqu'il est fait d'une substance inassimilable, un espace virtuellement vide autour du corps étranger, celui-ci n'étant relié aux tissus vivants par aucune connexion histologique. Le fil se trouve ainsi plongé dans une sorte de manchon de lymphe offrant à l'immigration des fibres nouvelles une voie assurément étroite, mais d'un accès facile.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Helleu. *Procédé d'application du forceps permettant de se passer d'aides expérimentés, précédé d'une étude résumée sur le forceps.* N° 91. (H. Jouve.)

M. Paul-Boncour (Georges). *Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance.* N° 68. (G. Steinheil.)

M. Lesage (Fernand). *De la mort subite dans l'aortite ou ses complications (étude médico-légale).* N° 92. (G. Steinheil.)

M. Fournier (J.-B.-Camille). *Acromégalie et troubles cardio-vasculaires.* N° 111. (H. Jouve.)

M. Manuel Morillo (Hijo). *La séroréaction et le sérodiagnostic.* N° 115. (P. Delmar.)

M. Thelliez (B.-H-J.) *Études et observations sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.* N° 110. (H. Jouve.)

M. Helleu, qui a déjà exercé pendant longtemps, donne la description d'un procédé qui est celui de Hatin modifié, et qui a les avantages suivants :

1° Possibilité de se passer d'aide expérimenté.
2° Application moins pénible pour la parturiente, plus facile et plus rapide pour l'opérateur.
3° En conséquence plus grande docilité de la femme, lésions moindres de ses voies génitales, pronostic plus favorable.

Chez les enfants, la proportion des pleurésies purulentes par rapport aux pleurésies séreuses semble à M. Paul Boncour moins forte qu'on l'indique généralement. Ceci tient uniquement au grand nombre de pleurésies séreuses qui passent inaperçues et ne prennent pas rang dans les statistiques. Ce sont celles qui surviennent au cours d'une pneumonie ou les pleurésies dites latentes.

Le plus grand nombre de suppurations pleurales dans l'enfance tient à la fréquence des pneumonies, des broncho-pneumonies et des maladies infectieuses. Même dans les épanchements purulents consécutifs aux maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, etc.), le pneumocoque est le plus souvent l'agent de la suppuration, la maladie primitive provoquant auparavant une lésion pulmonaire.

L'origine du microbe pyogène, généralement facile à connaître, peut rester ignorée. Dans ce dernier cas il ne faut pas incriminer des pneumonies restées latentes; chez l'enfant la pneumonie n'est jamais inconnue. Il faut chercher parmi les causes rares de l'empyème et se souvenir que l'existence de la pleurésie purulente primitive à pneumocoques est bien établie.

Il est nécessaire de connaître les particularités cliniques qui accompagnent la naissance de l'empyème :

a) Concomitant à une affection pulmonaire; *b*) Lui succédant; *c*) Faisant suite à une pleurésie séreuse; *d*) Survenant primitivement. Dans le premier cas la ponction exploratrice seule peut affirmer la présence du pus; dans les autres cas le diagnostic clinique est facile. La marche de la température est de haute importance.

Sauf dans les empyèmes tuberculeux et putrides il faut recourir à la ponction avant de pratiquer la pleurotomie. La pleurotomie donne des résultats excellents chez l'enfant; ce fait tient à la nature généralement bénigne du microbe et beaucoup au terrain sur lequel on agit. La tuberculose avérée ou latente est une condition défavorable. La pleurotomie simple sans résection avec drainage et lavages raisonnés, suffit dans la très grande majorité des cas.

Pour M. Lesage les aortites ou leurs complications peuvent causer la mort subite par rétrécissement des coronaires, embolie, rupture de l'aorte, rupture d'anévrysme ou d'anévrysme disséquant, insuffisance aortique, irritation nerveuse, congestion ou œdème pulmonaires. Plusieurs de ces causes peuvent être réunies chez un seul individu. La mort subite par lésions de l'aorte est assez fréquente (l'oblitération partielle des coronaires en serait la cause la plus commune); les statistiques n'en fixent pas exactement le pourcentage, mais permettent d'affirmer qu'on rencontre environ dans la moitié des cas de mort subite les lésions cardio-aortiques considérées en bloc. L'autopsie médico-légale d'individus porteurs de lésions aortiques décédés subitement a lieu parce que les aortites ou leurs complications ne s'accompagnent pas toujours de symptômes morbides, parce que ceux-ci sont parfois atténués, facilement supportés sans inquiétude, ou masqués par d'autres. Elle peut être le résultat d'un examen incomplet du malade, ou la conséquence de la difficulté du dignostic à établir.

Dans les morts subites consécutives aux aortites ou à leurs complications, le médecin légiste détermine en général à l'autopsie d'une façon formelle les causes de la mort. Dans certains cas difficiles, il peut au moins satisfaire la justice en émettant cette conclusion : « la mort paraît due à une conséquence naturelle ».

M. Fournier insiste sur les troubles cardio-vasculaires que l'on peut rencontrer dans l'acromégalie.

Pour lui, le cœur participe à l'augmentation de volume des autres organes (splanchnomégalie), et, à ce titre, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une maladie du cœur mais d'une cardio-mégalie; l'angine de poitrine est due à la lésion des coronaires, elle est un des épisodes de l'artériosclérose plus ou

moins généralisée, et à ce dernier titre le cœur lui-même peut être atteint de sclérose.

En raison des déformations du squelette et surtout du rachis spéciales à l'acromégalie on peut observer d'une façon secondaire des lésions cardiaques caractérisées par la dilatation des cavités.

L'arhythmie cardiaque peut être attribuée à l'action directe du poison acromégalique sur la fibre musculaire.

Enfin les syncopes sont dues : 1° aux lésions du grand sympathique qui annihilent son action; 2° à l'excitation des noyaux du pneumogastrique dans le bulbe, excitation qui exagère l'action modératrice de ce nerf sur le cœur, lequel est arrêté en diastole.

Pour M. Morillo le sérodiagnostic, est la conclusion naturelle, logique, des connaissances successivement acquises du déterminisme des maladies, par la bactériologie.

Dans la fièvre typhoïde, le sérodiagnostic positif et parfaitement net, permet d'affirmer la maladie; — le sérodiagnostic négatif fournit une extrême probabilité contre le diagnostic de fièvre typhoïde (Widal).

Dans l'infection colibacillaire, le sérum colibacillaire possède le pouvoir agglutinant.

Les expériences de contrôle ont, naturellement, porté d'abord, sur l'agglutination comparée du bacille d'Eberth et du colibacille avec l'un et l'autre sérum. Le sérodiagnostic garde sa valeur, si on considère la réaction non comme une réaction brutale, qualitative seulement, mais bien comme une réaction qui a ses degrés, une réaction quantitative.

Dans le choléra, le sérum cholérique possède le pouvoir agglutinant.

Dans la diphthérie, le sérum antidiphthérique possède le pouvoir agglutinant.

Dans les autres infections, cette méthode du sérodiagnostic sera sans doute applicable (Widal).

La nature de la substance agglutinante est inconnue.

M. Thelliez affirme une fois de plus que la séro-réaction de Widal a au point de vue pratique une valeur diagnostique considérable.

Cette séro-réaction n'est pas une propriété exclusive du sérum sanguin. La plupart des liquides organiques la possèdent. Il semble qu'elle réside dans les matières albuminoïdes de ces humeurs. Cependant, les faits ne sont pas unanimement concordants : elle s'est montrée dans des liquides qui ne contiennent que des traces d'albumine (larmes 0,5 d'albumine p. 100) et a fait défaut dans quelques cas de sérosité pleurale où l'albumine est toujours abondante; elle paraît dépendre d'une action exercée sur les microbes par les humeurs, plutôt que par les leucocytes ou leurs produits de sécrétion; le phénomène de l'agglomération dépend vraisemblablement de changements dans les relations d'attraction moléculaire des microbes entre eux survenus sous l'influence d'un sérum spécifique. Tout sérum typhique agglutine le bacille d'Eberth et, en pathologie humaine, ce sérum paraît être seul à provoquer d'une façon nette la réaction de Widal.

Le phénomène d'agglutination est une réaction d'infection, et non d'immunité; il ne semble pas jusqu'ici qu'il comporte une valeur pronostique très marquée.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Grosjean (François-Marie-Nicolas-Adolphe). *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des névralgies rebelles du nerf maxillaire supérieur.* N° 7.

M. Fargues (Armand-Gabriel). *Etude sur la cystocèle crurale.* N° 1.

M. Lamy (Ferdinand-Théodore). *Des métrorrhagies chez les jeunes filles à l'époque de la puberté.* N° 3.

M. Masson (Paul). *Contribution à l'étude du traitement des synovites tendineuses du poignet d'origine tuberculeuse.*

M. Macquin (Camille-Auguste). *Application des phénomènes entoptiques à l'oculistique.* N° 6.

Les indications de l'intervention chirurgicale dans les névralgies du sous-orbitaire résultent de l'ancienneté des douleurs et de leur résistance à la thérapeutique médicale. Pour M. Grosjean, la résection du ganglion de Gasser, incontestablement plus grave et plus laborieuse que l'extirpation extra-crânienne des branches du trijumeau, ne doit jamais être pratiquée d'emblée, quelle que soit l'étendue du territoire douloureux. En présence d'une névralgie rebelle dans la sphère du maxillaire supérieur, il est préférable de pratiquer la résection du nerf dès sa sortie du crâne, plutôt que la résection des rameaux périphériques du nerf sous-orbitaire. Pour faire cette névrectomie, le procédé de choix, est celui où l'on opère pour ainsi dire à ciel ouvert, tout au moins avec le plus de jour possible, par la résection temporaire de l'os malaire et de la partie externe du plancher orbitaire, c'est-à-dire le procédé de Kocher.

La cystocèle crurale n'est pas aussi rare que l'ont prétendu les auteurs. C'est que, dit M. Fargues, de nos jours on isole le sac pour pratiquer la cure radicale et on rencontre la vessie. Elle s'observe surtout dans la région crurale droite de la femme. L'influence des affections vésicales et des tumeurs pelviennes sur la formation de la cystocèle crurale est probable, mais non prouvée. Seules, la grossesse, la déviation vers la droite de l'axe vertical de la vessie, l'augmentation des diamètres transversaux de la vessie chez la femme, l'adhérence de la vessie au péritoine, ont un rôle étiologique presque certain.

La symptomatologie n'est pas constante.

En général, la vessie n'est aperçue qu'au cours de l'opération. Si on reconnaît la vessie avant de la blesser, il faudra, avant de débrider, récliner la masse herniée vers la partie externe de la cuisse et s'assurer qu'il n'existe rien d'anormal entre le ligament de Gimbernat et la masse réclinée.

Lorsqu'au cours d'une herniotomie crurale, on rencontre un épaississement du sac en dedans et en arrière; lorsque le contenu du sac présente une apparence anormale; lorsqu'en isolant le sac, on rencontre des fibres musculaires ou une couche graisseuse, il faut se méfier et songer à la vessie. Il ne faudra pas, dans ce cas, hésiter à recourir à une hernio-laparotomie qui, en confirmant le diagnostic, permettra au chirurgien d'éviter la blessure de la vessie.

Les métrorrhagies des jeunes filles à l'époque de la puberté, s'observent, pour M. Lamy, chez deux catégories de malades.

Les unes sont chlorotiques et anémiées au moment où la menstruation s'établit : la cause débilitante précède l'hémorrhagie; chez d'autres, au contraire, l'affaiblissement est consécutif aux hémorrhagies et celles-ci sont dues à une lésion locale.

Cette lésion peut être une métrite fongueuse vulgaire, ou bien une métrite fongueuse localisée au col avec allongement hypertrophique de cet organe. Ces fongosités se développent sous l'influence d'infections microbiennes et de causes secondaires : masturbation, traumatisme, exercices physiques violents, etc.

Le tableau clinique de cette affection ne diffère de celui de la métrite fongueuse de la femme en pleine activité sexuelle que par l'apparition caractéristique de cette affection à l'époque de la puberté. Les malades de la première catégorie sont passibles d'un traitement médical (toniques, hydrothérapie, eaux thermales, injections chaudes, hydrastis, etc.). Dans l'autre classe de malades, ce traitement est un auxiliaire précieux, mais infidèle, et doit céder le pas à un traitement chirurgical. Selon la lésion, celui-ci consistera en un curettage utérin simple ou en un curettage combiné avec l'ablation du col, le tout suivi d'un écouvillonnage au chlorure de zinc. Par ce traitement efficace et bénin, la guérison est définitive et la femme, en plus, conserve l'intégrité de ses fonctions génitales.

Le traitement des synovites tendineuses (fongueuses ou à grains riziformes), est, en somme, celui de toutes les tuberculoses locales. L'extirpation de la gaine est la méthode de choix et M. P. Masson en rapporte un cas de son maître Gross. Elle doit être pratiquée toutes les fois que les conditions locales le

permettent. Facile pour les gaines dorsales, l'extirpation mérite toujours la préférence pour le traitement des synovites de cette région. Les difficultés d'exécution, qu'elle présente pour les gaines palmaires la feront souvent rejeter pour cette région où l'on pratiquera de préférence l'incision et le curettage. En cas de synovite suppurée avec envahissement des tissus périsynoviaux, l'incision antiseptique sera souvent le seul mode de traitement applicable. Si l'on a affaire à une synovite fongueuse au début, on pourra peut-être espérer la modifier par les injections modificatrices ou sclérosantes.

Les images entoptiques peuvent rendre appréciables toutes les opacités des différents milieux de l'œil ainsi que les différentes lacunes de la vision dues à des affections du fond de l'œil, même celles qui avec les autres méthodes passent inaperçues à un examen ordinaire. Elles ne permettent pas de porter un diagnostic de toutes les affections de l'œil, l'ombre perçue n'étant pas pathognomonique. Cependant M. Macquin pense que a combinaison des ombres et des irrégularités des cercles donne avec le procédé de M. Guilloz sinon un diagnostic ferme, du moins des renseignements très importants. Sa supériorité, comme moyen de diagnostic, consiste, pour les images entoptiques obtenues avec le procédé de Guilloz, dans le diagnostic facile de l'astigmatisme régulier et surtout irrégulier. Ce dernier procédé est donc supérieur aux autres méthodes entoptiques.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Influence de la proportion de l'hémoglobine et du nombre des hématies sur le poids spécifique du sang dans les anémies (Ueber den Einfluss des Hämoglobingehaltes und der Zahl der Blutkörperchen), par Géza Dieballa (*Deut. Arch. f. klin. Medic.* 1896, vol. LVII, p. 302). — 1° Le poids spécifique du sang dépend en premier lieu de la proportion d'hémoglobine, mais présente, avec la même proportion d'hémoglobine, des variations pouvant aller jusqu'à 13,5 p. 1 000.

2° Une proportion d'hémoglobine de 10 p. 100 correspond à un poids spécifique du sang de 4,46 p. 1 000.

Avec la même proportion d'hémoglobine, le poids spécifique du sang de la femme, à l'état physiologique comme dans des états pathologiques, est de 2 à 2,5 p. 1 000 inférieur à celui du sang de l'homme.

4° Dans la néphrite, le sang, à la suite de l'hydrémie du plasma, présente un poids spécifique de 4 à 5 p. 1 000 inférieur à celui des anémies secondaires, quand même la proportion d'hémoglobine et le nombre d'hématies seraient les mêmes dans les deux cas.

5° Dans la leucémie, le poids spécifique du sang, du fait des leucocytes nombreux qu'il renferme, est plus élevé que ne le fait supposer la proportion d'hémoglobine.

6° Dans la cholorose, le poids spécifique du sang est de 2,5 p. 1 000 plus élevé que dans les anémies secondaires. Cette particularité disparaît rapidement pendant la régénérations du sang.

7° Dans certaines formes d'anémie pernicieuse caractérisées par une diminution considérable du nombre d'hématies par rapport à la proportion d'hémoglobine, le poids spécifique est de 2,5 p. 1 000 inférieur à celui dans les anémies secondaires; cette particularité disparait pendant la régénération du sang.

MÉDECINE PRATIQUE

Usages thérapeutiques du séneçon.

Employés empiriquement depuis longtemps dans la médecine populaire, où ils étaient considérés comme substances abortives, les séneçons viennent d'être étudiés à nouveau par MM. Heim et Dalché, Bardet et Bolognesi, et récemment dans une thèse de M. Sigaut(1). Ces recherches semblent établir les propriétés emménagogues de ces plantes. Il y a donc intérêt pour le praticien à connaître la posologie et les indications d'un médicament capable de rendre dans l'aménorrhée, la dysménorrhée les plus signalés services. Nous n'avons en vue dans cette étude que le *senecio vulgaris* et le *senecio Jacobæa* qui font partie de la flore indigène.

Un grand nombre de substances chimiques ont été retirées des séneçons, des huiles essentielles, des résines, des acides et enfin deux alcaloïdes.

Les deux alcaloïdes ont été isolés par MM. Grandval et Lajoux : ce sont la *sénécionine* et la *sénécine*. D'après Lutz, ces principes actifs se rencontrent uniquement dans les parties souterraines de la plante, à l'exclusion des parties aériennes et leur apparition y est tardive. Cette constatation a une importance pratique considérable, car elle a pour conséquence d'établir une posologie distincte pour les parties aériennes, tiges, fleurs, feuilles, et les parties souterraines, racines, des séneçons.

Les alcaloïdes n'ont pas été jusqu'ici employés en thérapeutique : l'expérimentation physiologique fait prévoir que la sénécionine diminue l'excitabilité des nerfs moteurs en laissant intacte l'irritabilité propre du muscle : elle aurait également une action frénatrice des battements du cœur, et à ce titre, pourrait trouver son indication dans les cas de tachycardie. En tout cas, la question reste encore à l'étude.

Les alcaloïdes n'étant pas encore utilisés, on s'adresse exclusivement à la teinture alcoolique à 1/10 et aux extraits : mais dès à présent nous savons que les différences d'action de ces produits complexes seront en rapport avec les parties de la plante qui auront servi à les préparer : parties aériennes sans alcaloïdes, parties souterraines avec alcaloïdes.

La teinture alcoolique à 1/10 est peu efficace : elle s'emploie à la dose de 6 à 8 grammes par jour et jusqu'à 15 et même 30 grammes par jour. Les effets sont inconstants. Il faut donc écarter de la pratique cette forme pharmaceutique.

Restent les extraits. L'extrait sec se prescrit à la dose de 2 à 2gr50 par jour, divisés en bols de 0gr25 donnnés en plusieurs fois dans la journée (8 à 10). L'extrait fluide représentant poids égal des principes actifs de la plante doit être pris à la dose de 25 à 60 gouttes pour les parties souterraines, jusqu'à 80 gouttes pour les parties aériennes.

A ces doses, les extraits de séneçon jouissent de propriétés emménagogues indiscutables. Bien que dans ces limites, ils ne semblent guère pouvoir provoquer l'avortement, le praticien ne devra dans aucun cas prescrire le séneçon *avant de s'être assuré de la vacuité de la matrice.*

Sous ces réserves, l'extrait fluide de séneçon sera employé avec succès contre les douleurs intenses qui accompagnent l'apparition des règles chez un certain nombre de femmes, surtout dans les cas où les organes génitaux sont indemnes de toute lésion inflammatoire (Heim et Dalché).

Lorsque la dysménorrhée relève d'une déviation utérine ou d'un catarrhe chronique de la muqueuse, le séneçon reste sans effet. Dans les cas où il y a, au moment des règles, des poussées congestives ovariennes ou tubaires, ainsi que dans toutes les affections aiguës de la sphère génitale, la médication est contre-indiquée.

L'aménorrhée, fréquente chez les tuberculeuses, est au contraire favorablement influencée par ce traitement. Il n'est pas rare de voir se rétablir le flux menstruel par l'usage plus ou moins longtemps continué des préparations de séneçon, avant et pendant la période présumée des règles, soit 8 à 10 jours chaque mois. Ce retour de l'hémorrhagie cataméniale, loin d'affaiblir les malades, les met dans de meilleures conditions pour guérir de leur affection pulmonaire, en prévenant les poussées congestives, habituelles à ce moment, chez les femmes phtisiques, du côté des voies respiratoires (G. Daremberg).

Les mêmes effets heureux sont observés dans les cas d'aménorrhée chez les hystériques, et aussi dans les cas de menstruation vicariante, épistaxis, hémoptysies, hématémèses, hémor-

1. La plupart des renseignements contenus dans cet article ont été recueillis dans la thèse de Max Sigaut : Contribution à l'étude médicale des séneçons; action emménagogue (th. de Paris, 1896.)

rhagies supplémentaires diverses par les muqueuses. Le séneçon contribue puissamment à rétablir le flux cataménial normal (W. Murrel).

Dans l'aménorrhée de la chlorose et d'autres états dyscrasiques, rhumatisme, etc., les résultats ont été variables. En tous cas, convient-il d'associer au médicament emménagogue, les remèdes appropriés à chaque cas, fer, arsenic, etc.

En résumé, les préparations de séneçon sont le meilleur remède contre l'aménorrhée : *à doses thérapeutiques*, elles ne sont ni toxiques, ni vraisemblablement capables de provoquer l'avortement. Néanmoins, un médecin prudent ne devra pas plus avoir recours au séneçon qu'au cathétérisme utérin, par exemple, avant de s'être assuré de la non-existence de la grossesse.

Rappelons brièvement la posologie.

Teinture alcoolique de séneçon à 1/10. — 5 à 8 grammes par jour; jusqu'à 15 et même 30 grammes par jour (préparation peu usitée).

Extrait sec de séneçon. — 0gr25 pour un bol, jusqu'à 10 bols par jour pendant 6 à 10 jours.

Extrait fluide des parties aériennes du senecio vulgaris. — 20 à 30 gouttes par jour. Ne pas dépasser la dose quotidienne de 80 gouttes.

Extrait fluide des parties souterraines du senecio vulgaris ou Jacobæa. — 20 gouttes par jour. Ne pas dépasser la dose quotidienne de 60 gouttes par jour.

Enfin les préparations de séneçon ne sont pas habituellement données pendant plus de 10 jours consécutifs, et il est favorable que ce soit avant ou au moment de l'époque présumée des règles.

Pour être complet, disons en terminant qu'il n'existe qu'une seule espèce de séneçon toxique, le *senecio canicida*, qui est une plante exotique, originaire du Mexique, et dont le principe actif est, comme pour tous les séneçons, localisé dans la racine (Guillouet, Toussaint).

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Iodates.

Généralités. — Les iodates sont des sels obtenus par la combinaison de l'acide iodique avec différents métaux ou alcaloïdes. D'après J. Ruhemann, qui les a spécialement étudiés, ils constitueraient des médicaments d'une activité très grande et d'une valeur incontestable.

Tous ces iodates sont solubles dans l'eau, à l'exception de l'*iodate d'argent* : ils sont donc susceptibles d'être utilisés en injections sous-cutanées.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle de l'emploi des iodates en thérapeutique hypodermique. Nous nous bornons donc à transcrire les indications qui nous sont fournies par Ruhemann. En tous cas les essais faits par cet auteur méritent d'être répétés et ses résultats confirmés. C'est dans ce but que nous donnons ci-dessous la nomenclature de ces médicaments, suivant la méthode que nous avons adoptée.

Iodate de codéine.

Solubilité. — Très soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Succédané de la morphine chez les aliénés, les maniaques. Employé contre la névralgie, la toux quinteuse. Excellent analgésique.

Dose. — *Chez l'adulte* : 3 à 5 centigrammes par injection et par jour.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats* : un peu irritante.

b) *Eloignés* : est facilement absorbée. Amène le sommeil sans accidents d'iodisme.

FORMULE

Iodate de codéine . . . . 0 gr. 50
Eau distillée . . . . 10 gr.
1/2 à 1 centim. cubes.

Iodate d'hyoscine.

Solubilité. — Assez soluble dans l'eau. Toxique.

Propriétés thérapeutiques. — Les mêmes que l'hyoscine.

Dose. — *Chez l'adulte* : 1 à 2 milligrammes par injection et par 24 heures.

FORMULE

Iodate d'hyoscine . . . . 0 gr. 01
Eau distillée . . . . 10 gr.
1 à 2 centim. cubes.

Iodate de lithine.

Solubilité. — Assez soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Employé contre la diathèse urique, la colique néphrétique.

Dose. — *Chez l'adulte* : 10 centigrammes.

FORMULE

Iodate de lithine. . . . . 0 gr. 50
Eau distillée . . . . 10 gr.
2 centim. cubes par jour.

Iodate d'oxyde de mercure.

Solubilité. — Peu soluble. La solubilité est obtenue au moyen de l'iodure de potassium.

Propriétés thérapeutiques. — Antisyphilitique.

Dose. — *Chez l'adulte* : 1 centigr. tous les 2 jours.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats* : peu douloureuse.

b) *Eloignés* : est facilement résorbée, ne donne pas de salivation ni de stomatite.

FORMULE

Eau distillée. . . . . 10 gr.
Iodate d'oxyde de mercure. . . . 0 gr. 115
Iodure de potassium. . . . . . . 0 gr. 08
1 centim. cube tous les jours.

Iodate de quinine.

Solubilité. — Assez soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Névrosthénique, antinévralgique.

Dose. — *Chez l'enfant* : de 1 à 5 ans, 5 centigr. par injection et par 24 heures; de 5 à 10 ans, 10 centigr. par injection; 20 à 30 centigr. par 24 heures de 10 à 20 ans.

Chez l'adulte : 20 centigr. par injection; jusqu'à 1 gramme par 24 heures.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats* : modérément douloureuse.

b) *Eloignés* : donne peu d'induration, ne s'accompagne pas de phénomènes d'iodisme. A dose élevée, donne tendance au vertige.

FORMULE

Iodate de quinine. . . . . 1 gr.
Eau distillée. . . . . 10 gr.
2 à 5 centim. cubes.

Iodate de soude.

Solubilité. — Très soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Action résolutive dans les adénites tuberculeuses. Efficace dans les névralgies, le rhumatisme musculaire chronique.

Dose. — *Chez l'enfant* : de 4 à 15 ans, 5 centigr par injection; jusqu'à 10 centigr. par 24 heures.

Chez l'adulte : jusqu'à 20 centigr.

Effets de l'injection :

Bien supportée ; s'accompagne de quelques phénomènes d'iodisme.

FORMULE

Iodate de soude	0 gr. 50
Eau distillée	10 gr.

1 à 4 centim. cubes.

Iodate de strychnine.

Solubilité. — Soluble dans l'eau. Tonique.
Propriétés thérapeutiques. — Névrosthénique.
Dose. — *Chez l'adulte* : 2 à 6 milligr.

FORMULE

Iodate de strychnine	0 gr. 02
Eau distillée	10 gr.

1 à 3 centim. cubes.

G. Maurange.

VARIÉTÉS

La peste.

Lorsqu'en 1879 M. de Lesseps niait avec tant d'énergie la contagiosité de la peste et protestait contre les mesures prises en vue d'arrêter l'extension de la maladie, nous avons cité les faits et les expériences qui prouvaient sa nature infectieuse, sa contagiosité et sa tendance à l'expansion. Nous avons alors affirmé la légitimité des mesures prophylactiques prises par le gouvernement français; mais en même temps nous nous sommes efforcés de calmer l'affolement qu'avait fait naître l'idée qu'une épidémie grave développée en France deviendrait possible.

En 1879, la *loïmophobie*, dont se trouvaient atteints les médecins eux-mêmes, avait eu, en effet, des conséquences désastreuses. En relevant l'erreur commise par Botkine (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 199), nous avions essayé de faire comprendre que nous nous trouvions mieux armés aujourd'hui qu'en 1720 pour arrêter dès ses débuts une maladie qui ne sévit cruellement que sur des populations misérables et affamées. C'était faire ressortir, après Fauvel, après Mahé, que l'Europe ne pourrait être sérieusement atteinte que si les autorités sanitaires manquaient à tous leurs devoirs.

Depuis 1879, de grands progrès ont été réalisés. Nous connaissons mieux l'étiologie et le mode de propagation des épidémies. Nous sommes en mesure, grâce à la diffusion plus rapide de toutes les nouvelles qui intéressent les gouvernements et les sociétés savantes, de suivre pas à pas l'extension progressive des épidémies et d'arrêter dans nos ports et dans les localités où l'on prétendrait les introduire, les marchandises suspectes ou les individus ayant eu quelque contact avec les pestiférés. Enfin, nous avons, grâce à Yersin, un sérum capable de guérir la maladie et, par conséquent, d'atténuer dans de grandes proportions la terreur qu'elle inspire.

Il nous paraît dès lors inutile rappeler tout ce que l'on sait, au point de vue historique et géographique, des épidémies anciennes. Il nous paraît superflu de décrire longuement ce qui se passe dans l'Inde et pourquoi, au XIX[e] siècle comme il y a 200 ans, les maladies pestilentielles y renaissent de temps à autre et prennent parfois un développement inquiétant. Mais nous ne pouvons pas oublier non plus que, s'il est problématique que la France soit sérieusement envahie, il est probable que plusieurs de nos colonies sont menacées. Nous croyons donc nécessaire d'exposer succinctement ce que nous savons de l'épidémie actuelle, ce que nous ont appris, au point de vue de l'étiologie et du traitement de la peste, les belles recherches de Yersin, enfin quelles sont les mesures ordonnées par le gouvernement français, quelles sont celles que devraient prendre les gouvernements étrangers. Ces données nouvelles ont été lumineusement établies par les communications faites à l'Académie de médecine par M. Roux et par M. Proust. Nous en résumerons donc les parties essentielles.

I. Symptomatologie générale et étiologie. — Tous les ouvrages classiques donnent de la peste une description trop explicite pour qu'il soit ici nécessaire d'en rappeler les principaux symptômes. Rappelons seulement qu'au début des épidémies il existe une forme caractérisée par une symptomatologie hautement accusée et bruyante, à marche foudroyante, qui tue en deux ou trois jours et même moins sans laisser le temps aux bubons d'apparaître. C'est cette forme qui a presque toujours fait errer le diagnostic et qui a été prise soit pour le typhus, soit pour la fièvre pernicieuse. Il importe de le savoir, pour le cas où l'on observerait la maladie en Europe. Une seconde forme est le type classique; c'est la maladie dans laquelle apparaissent les bubons vers le 4[e] jour avec ou sans taches gangréneuses. Si les bubons ne suppurent pas, c'est que la mort rapide ne leur en laisse pas le temps; s'ils suppurent, le malade a des chances de guérir.

Mahé, à qui nous empruntons ces renseignements fournis par une lettre qu'il nous adressait en 1879, ajoute déjà : « Dans l'Inde les rats commencent par crever dans les maisons que doit bientôt frapper la peste. En Chine, non seulement les rats, mais les bœufs, les buffles, les moutons et les chèvres meurent d'une maladie tout à fait analogue à la peste dont souffrent les habitants. »

Voici ce qu'on savait en 1879. Depuis, on a découvert le microbe de la peste et nous ne pouvons mieux faire à ce sujet que de reproduire textuellement ici ce qu'en a dit M. Roux.

M. Yersin a constaté, dans tous les bubons des pestiférés, un microbe spécial, facile à mettre en évidence, en étalant la pulpe du bubon sur une lamelle et en colorant, par une couleur basique d'aniline. Le microbe apparaît au microscope, sous forme d'un court bâtonnet, à bouts arrondis, teint plus fortement aux extrémités (1). C'est un cocco-bacille qui se décolore par la méthode de Gram. Il est très abondant dans le bubon et dans les ganglions lymphatiques augmentés de volume, ainsi que dans le foie et dans la rate. Dans les cas graves, on le trouve dans le sang, même pendant la vie. Le bacille de la peste cultive sur gélatine, sur gélose et dans le bouillon, où il se dispose en chaînettes formées de petits bâtonnets.

Le microbe existe non seulement chez l'homme atteint de peste, mais aussi chez les rats qui meurent en si grand nombre au début de l'épidémie. Souvent, ces animaux pestiférés présentent de gros ganglions, véritables bubons, remplis de bacilles spécifiques. Avec des cultures pures, provenant de peste humaine, il est facile de reproduire la maladie sur le rat et sur la souris, en les inoculant au moyen d'une piqûre. L'animal infecté meurt en 20-60 heures; les ganglions de la région inoculée sont très augmentés de volume et entourés d'un tissu œdématié, ceux des autres régions sont tuméfiés et renferment des bacilles en abondance ainsi que le foie et la rate. Un rat prend encore la maladie si on lui fait ingérer une culture du bacille de la peste, il peut alors contaminer d'autres rats sains placés dans la même cage. Voici qu'en partant d'une culture pure, nous faisons naître sur les rats une épidémie qui ne diffère des épidémies spontanées que parce qu'elle reste limitée à une cage au lieu de s'étendre à toute une cité.

1. Le même microbe a été trouvé en même temps par M. Kitasato.

Au moment des épidémies de peste, et même après que la maladie a disparu, on trouve dans le sol des localités infectées, un microbe exactement semblable à celui de la peste, mais moins virulent que celui retiré des bubons.

Ce microbe se conserve dans la terre et on conçoit que les rats puissent se contaminer si les circonstances sont favorables. C'est ainsi que se réveillent les épidémies. Avec une prescience surprenante, M. Pasteur, dans son célèbre mémoire sur l'atténuation des virus et leur retour à la virulence, écrivait, à propos de l'apparition spontanée de la peste à Benghazi en 1856 et 1858 : « Supposons, guidés comme nous le sommes par tous les faits que nous connaissons aujourd'hui, que la peste, maladie virulente propre à certains pays, ait des germes de longue durée. Dans tous ces pays, son virus atténué doit exister, prêt à reprendre sa forme active quand les conditions de climat, de famine, de misère s'y montrent à nouveau. »

L'expérience a confirmé entièrement les idées de M. Pasteur.

Cette étiologie nous explique pourquoi la peste sévit avec tant d'intensité dans les pays comme la Chine où les familles vivent sur un sol souillé de détritus de toute sorte, visité par les rats. La peste, qui est d'abord une maladie du rat, devient bientôt une maladie de l'homme. Il n'est pas déraisonnable de penser qu'une bonne mesure prophylactique contre la peste serait la destruction des rats. M. Yersin a vu aussi à Hong-Kong que les mouches peuvent transporter le virus; il a pu donner la peste à des cobayes en leur injectant un peu d'eau stérilisée dans laquelle il avait broyé des mouches trouvées mortes au laboratoire.

L'homme prend la maladie comme les animaux, soit par des plaies de la peau, soit par le tube digestif. Le bacille de la peste a été signalé, par le Dr Wilm, dans l'enduit saburral de la langue, dans les crachats des malades présentant des signes de bronchite, et dans les déjections. D'ailleurs, les symptômes d'entérite ne sont pas rares chez les pestiférés. Parfois, les malades n'ont aucune glande apparente, et à l'autopsie on découvre des ganglions mésentériques tuméfiés qui constituent des bubons internes.

Tous ces détails sont importants à savoir si on veut se rendre compte de la façon dont la maladie se répand et prendre des mesures propres à l'arrêter.

La connaissance du bacille de la peste permet un diagnostic exact de la maladie, même lorsqu'il n'existe pas de bubon visible. Dans la grande majorité des cas graves, on peut déceler le microbe spécifique dans le sang, examiné directement au microscope, ou, mieux encore, ensemencé sur un milieu de culture.

Que faut-il conclure, sinon que la peste est une affection transmissible par un contact direct, frappant ceux qui ont vécu avec les pestiférés ou qui ont touché les objets souillés par eux? L'air ne semble pas un véhicule actif du germe de la maladie. L'isolement des pestiférés et la désinfection des lieux qu'ils ont habités s'impose donc.

Mais avant de parler des mesures à prendre pour guérir la peste, voyons quelles sont celles qui peuvent nous en préserver.

II. Prophylaxie. — Ici il convient de citer le rapport de M. Proust qui résume très clairement cette question si intéressante.

Pour éviter l'infection de l'Europe par la peste, M. Proust indique les mesures d'hygiène internationale suivantes :

Lorsque nous nous sommes occupés de la *défense de l'Europe contre le choléra*, nous avons remarqué que cette maladie, à son départ de l'Inde, avait suivi tour à tour la route de terre et la voie maritime.

Nous avons insisté sur l'idée de placer des postes sanitaires aussi près que possible du foyer de l'infection. Nous avons invoqué, à l'appui de notre opinion et l'efficacité des mesures restrictives, lorsqu'elles ont été exécutées sur un point déterminé et offrant une véritable position stratégique, et, au contraire les résultats déplorables observés en 1830 et 1832, alors que les cordons sanitaires avaient été institués au milieu de populations denses, et au centre de l'Europe. Des mesures de protection de même ordre sont aussi nécessaires contre la peste.

Les points à défendre, ceux qui doivent être en quelque sorte fortifiés contre la maladie, sont les points limitrophes de l'Inde d'un côté, de l'Asie et de l'Europe de l'autre.

Occupons-nous d'abord de la voie de terre.

L'Inde communique avec la Perse à l'ouest et le Turkestan au nord-ouest par des routes qui traversent l'Afghanistan.

Ces routes peu fréquentées, semées d'accidents de terrain passent par Caboul et aboutissent à la célèbre ville d'Hérat.

Tel est l'itinéraire qui a toujours été suivi de ce côté par le choléra.

C'est d'Hérat qu'il s'est répandu dans toute la Perse; il a gagné d'abord Mesched, lieu saint qui, envahi par la foule des pèlerins persans, est devenu un foyer de renforcement et de dissémination de la maladie.

D'un autre côté on se rappelle que, en 1892, le choléra venant du Turkestan et ayant suivi le chemin de fer transcaspien, se montra à Bakou le 4 juin, et, avec une rapidité foudroyante, envahit la Transcaucasie, le sud de la Russie, et poussa plusieurs expansions dont celle de Hambourg a été la plus redoutable.

Cette épidémie de l'Afghanistan de 1891-1892 a mis six mois environ pour aller des bords de l'Indus à la mer Caspienne.

Cette marche a présenté deux étapes bien distinctes, la première naturellement très lente, les moyens de communication étant très lents, la seconde très rapide, le choléra ayant eu pour véhicule le chemin de fer transcaspien et les bateaux à vapeur de la mer Caspienne.

C'est là ce qui distingue l'épidémie de 1892 de celles de 1823, de 1830, et de 1846. Il a fallu à ces dernières plusieurs années pour aller de l'Inde à la mer Caspienne.

L'épidémie de 1892 n'a mis pour accomplir ce trajet que quelques mois, et sa dernière et décisive étape n'a été que de quelques semaines.

Les premières épidémies ne pouvaient pas franchir directement la mer Caspienne; aucun moyen de communication n'existant entre le littoral oriental de cette mer occupé alors par les peuplades sauvages des Turcomans, et son littoral occidental.

Elles étaient obligées de la contourner au sud avec les caravanes qui, après avoir traversé le Koraçan, le Mazandéran et le Ghilan, longeaient la route unique qui borde le littoral occidental de cette mer, littoral que j'ai moi-même suivi en 1869.

En 1892, au contraire la maladie prend le chemin de fer transcaspien et, s'embarquant sur la côte orientale, aujourd'hui possession russe et que les Turcomans fermaient autrefois, gagne Bakou.

Depuis 1846, le choléra semblait avoir abandonné la route de terre, c'est-à-dire la route de Perse et de Transcaucasie qui était délaissée par les voyageurs à cause de sa lenteur. (Epidémie de 1865. Nombreuses épidémies navales.)

Aujourd'hui, le nouveau chemin de fer transcaspien la rendant plus rapide, le choléra la reprend aussitôt. (Epidémie de 1892.)

Le gouvernement russe devra instituer des mesures sanitaires pour protéger l'Europe contre cette voie nouvelle ouverte à l'invasion épidémique, à la peste comme au choléra.

En Perse, malgré les instances réitérées de M. Tholozan, de M. Proust, plus récemment de M. Schneider rien n'a pu être obtenu encore.

Le conseil sanitaire de Téhéran s'est réuni, le 23 et le 24 octobre et le 10 novembre 1896, au sujet de l'apparition de la peste à Bombay. Mais en l'absence de toute organisation intérieure, il a désigné pour veiller à l'application des mesures sanitaires, le médecin attaché au consulat britannique de Bender-Bouchir, qui ne se trouve peut-être pas dans toutes les conditions d'impartialité désirables.

Un tel désarroi ne justifie que trop les résolutions de la conférence de Paris, relativement à la nécessité de la protection internationale du golfe Persique.

Si ces résolutions eussent été exécutées, on ne serait point

obligé de s'adresser au consulat anglais de Bouchir pour surveiller des bâtiments anglais ou de provenance anglaise (1).

Une dépêche de l'ambassadeur ottoman à Téhéran donne la note juste sur la valeur des mesures sanitaires prises par la Perse dans le golfe Persique, et nous dit la confiance qu'on peut leur accorder.

La Perse n'étant pas protégée, le conseil de Constantinople a soumis les provenances du littoral persan à dix jours de quarantaine, et décidé, afin d'éviter les fraudes, que les passagers et les marchandises arrivant du territoire persan, compris entre Mohamera inclusivement et la frontière turco-persane seraient repoussés.

Le délégué de Perse a protesté. Il a proposé d'établir par voie diplomatique, entre la Sublime-Porte et le gouvernement persan, une entente en vertu de laquelle le service sanitaire des ports persans pourrait être organisé et surveillé par des agents désignés par le Conseil supérieur de santé de Constantinople.

C'était ce qu'avait demandé la conférence sanitaire internationale de Paris de 1894. Il est fâcheux que le refus de certaines puissances à ratifier les résolutions de la conférence ait empêché l'organisation de ce service qui, aujourd'hui, fonctionnerait, et pourrait prévenir l'importation de la peste par le golfe Persique.

La voie maritime doit être plus attentivement encore surveillée que la voie de terre.

Bombay, qui est toujours fort suspect, l'est aujourd'hui plus jamais.

Il est l'aboutissant, à l'ouest, du vaste réseau de chemins de fer qui y déverse les voyageurs de toute sorte, pèlerins, commerçants, militaires, provenant de toutes les parties de la péninsule ; du centre et des extrémités de l'Himalaya, de l'Asie centrale, de l'Afghanistan et de quelques points beaucoup plus rapprochés, comme Madras, Calcutta, Lahore, Peschawer.

C'est à Bombay que les attendent, et d'où vont partir les grands steamers à marche rapide, et qui amèneront la peste en neuf, dix ou onze jours dans la mer Rouge, à Suez, et dans la Méditerranée.

Ainsi, désormais bien plus que par le passé, l'attention doit être appelée sur ces deux grands prolongements de l'océan Indien, le golfe Persique et la mer Rouge, danger permanent de l'Europe qu'ils menacent par la Méditerranée, dès que la peste y aura pénétré.

En ce moment la Turquie est seule chargée de la défense de ces deux passes périlleuses. Il lui est bien difficile de les garder efficacement. Elle ne possède ni le personnel, ni le matériel indispensable; les moyens de police maritime lui font défaut; mais elle pourrait, avec l'aide des puissances intéressées, améliorer ses mesures et ses dispositifs de prophylaxie.

Le pèlerinage de la Mecque, qui va avoir lieu au printemps prochain, va encore aggraver le danger. Un très grand nombre de pèlerins s'embarquent déjà en ce moment à Bombay pour se rendre dans le Hedjaz. Il est même à craindre que les indigènes, chassés de chez eux par la famine et la peste, ne s'abattent cette année en plus grand nombre qu'à l'ordinaire sur le Hedjaz à l'époque du pèlerinage.

Si on faisait une rigoureuse visite médicale des pèlerins à leur départ, visite qui permît d'interdire l'embarquement des contaminés ou des suspects; si on leur imposait, pour plus de sécurité, avant leur embarquement, une *observation* correspondant à la durée de l'incubation de la peste; si on désinfectait d'une manière complète les hardes et les objets de toute nature qui doivent les suivre à bord, on aurait certainement fait beaucoup pour prévenir l'exportation maritime de la peste, et réalisé un grand progrès sanitaire et humanitaire. Malheureusement, les mesures qui sont prises au moment de l'embarquement semblent lettre morte puisqu'un des bateaux à pèlerins vient d'importer la peste à Camaran et qu'un bateau de Calcutta a importé le choléra à Plymouth.

1. La protection du golfe Persique est surtout nécessaire à cette époque de l'année où il y a dans ces régions une circulation assez active, de petits bâtiments à voile qui peuvent embarquer sur tous les de points la côte des passagers indigènes venant de Bombay.

Il faut le dire, à ce point de vue encore, l'hostilité de l'Angleterre et l'inertie de la Turquie ont rendu impossible l'application des mesures sanitaires.

Jusqu'ici, aucune surveillance n'existe au golfe Persique ; or l'importation répétée du choléra dans cette région, pendant le cours des dernières années, établit la nécessité de cette surveillance.

Si la peste se développait à la Mecque, l'Europe serait-elle forcément envahie ? Heureusement non ; il suffirait d'organiser dans la mer Rouge un système de surveillance et de défense ayant pour objectif la défense de l'Egypte et du canal de Suez.

Des mesures semblables depuis l'épidémie de 1866 ont été, pour la prévention du choléra, couronnées de succès à plusieurs reprises en 1872, 1881, 1882, 1883, 1890 et en 1891.

Cette année même, le choléra a régné en Egypte et l'Europe n'a point été envahie.

Envisagée dans son ensemble, l'application de ce système de précautions peut être comparée à un filet gigantesque posé sur toute la côte africaine d'Égypte depuis Bab-el-Mandel jusqu'à Port-Saïd, filet dont les mailles plus ou moins serrées et renforcées aux points dangereux ne doivent laisser passer aucune matière suspecte (Catelan).

La Conférence de Paris complétait donc, au point de vue de la législation sanitaire européenne, les deux Conventions de Venise et de Dresde.

Son importance était considérable. Il s'agissait de protéger l'Europe contre des périls sans cesse renaissants. Aussi, les résolutions de la Conférence de Paris ont-elles été votées presque toujours à l'unanimité.

Malheureusement, quelques puissances ont entouré le vote final de restrictions et de réserves qui n'ont pas disparu.

Cette situation est pleine de périls et provoque un véritable état d'anarchie. Aussi, pour y remédier et pour faire fonctionner convenablement le système sanitaire dans les différents pays et surtout dans les régions orientales qui sont les plus dangereuses au point de vue de l'importation de la peste et du choléra en Europe, ai-je proposé de créer une *Union internationale sanitaire*, composée des représentants des grandes puissances et des groupes des Etats de second ordre, et destinée surtout à la protection des régions orientales. Le gouvernement ottoman n'a pas le moyen ni de diriger un pareil service, ni même d'en faire les frais; le conseil d'Alexandrie ne peut avoir d'autorité sur des régions situées en dehors de son territoire. Le sultan suzerain ne le permettrait pas, et l'Égypte est occupée par l'Angleterre.

L'intervention directe des parties intéressées est donc ici nécessaire et elle seule peut être efficace.

D'ailleurs, peut-on confier à une seule puissance la surveillance de la mer Rouge ? L'institution projetée, pour répondre convenablement à sa destination, doit avoir un caractère international, elle doit être surveillée par les Puissances.

C'est cette *Union* qui donnerait dès le début des conseils et des directions lorsque naîtraient des situations semblables à celles que nous subissons en ce moment à propos de la peste de Bombay. C'est surtout à l'origine des épidémies que l'on peut les enrayer et en empêcher la propagation.

En résumé, la présence de la peste à Bombay, l'aggravation de l'épidémie, la possibilité de son importation en Europe ne justifient que trop les résolutions de la conférence internationale de Paris, de 1894.

Si la convention signée à Paris avait été ratifiée par les Etats participants, il est probable que le service sanitaire international que la conférence instituait, fonctionnerait déjà et protégerait la Perse et l'Europe contre la peste de Bombay.

Les événements qui se passent à Bombay montrent qu'il faut accomplir aussi rapidement que possible ce qui a été trop longtemps différé : ratifier les résolutions votées à Paris, en 1894.

J'ai ajouté qu'il y aurait également lieu d'adhérer à la proposition qui a été faite de créer une *Union sanitaire internationale* contre la propagation des épidémies, union qui rendrait, pour la protection de l'Europe contre la peste, les mêmes services que pour sa défense contre la fièvre jaune et le choléra.

Cependant ces vœux, que le péril actuel rend naturellement plus pressants, peuvent avoir une réalisation immédiate.

En attendant, il faut que les gouvernements interdisent le

pèlerinage de la Mecque à tous leurs sujets musulmans. Le gouvernement français vient de le défendre aux Algériens et aux Tunisiens.

Il faut exercer une active surveillance sur les provenances de Bombay.

L'application de notre règlement de police sanitaire maritime de 1896, donne toute garantie pour la défense de notre territoire. Nous avons donné les instructions les plus précises et nous veillons à leur exécution rigoureuse. Nous pensons qu'il en sera de même dans les autres Etats; si tout le monde fait son devoir, il y a lieu d'espérer que l'Europe ne sera pas envahie.

III. Traitement. — Si la peste apparaissait soit dans nos colonies, soit même en France, il conviendrait tout d'abord d'assurer très rigoureusement les mesures de prophylaxie individuelle conseillées par M. Proust.

Il faut isoler rigoureusement les malades, dit-il, exercer une surveillance sur leur famille et leur entourage, recommander aux médecins et aux personnes qui donnent leurs soins aux pestiférés de se désinfecter fréquemment les mains et le visage, d'avoir les plus grands soins de propreté, de prendre leurs repas en dehors de la chambre des malades.

Tous les objets contaminés seront désinfectés ou détruits; enfin toutes les règles d'hygiène générale devront être appliquées. On donnera une attention spéciale au sol, qui paraît être le principal réceptacle de l'agent pathogène.

En 1894, à Hong-Kong, parmi les sept médecins japonais envoyés pour étudier la maladie, il y eut trois malades et un mort.

La mission anglaise, composée de onze médecins, qui prenaient les plus grands soins hygiéniques, fut complètement indemne.

La maladie déclarée, il importera d'appliquer immédiatement la méthode sérothérapique dont M. Roux a indiqué la genèse et les résultats dans les termes suivants :

Après avoir observé la peste à Hong-Kong en 1894, M. Yersin revint à Paris pour faire, à l'Institut Pasteur, une étude plus détaillée du microbe, et surtout pour essayer d'immuniser des animaux. Avec le concours de MM. Borrel et Calmette, M. Yersin immunisa d'abord de petits animanx (cobayes, lapins), puis un cheval. Ces expériences ont été rapportées dans les *Annales de l'Institut Pasteur;* je rappellerai brièvement que le cheval est sensible au virus de la peste. Une petite dose de culture, injectée sous la peau, détermine une élévation de température et une tuméfaction locale qui aboutit à la suppuration. Pour éviter les abcès, les inoculations étaient pratiquées dans les veines, d'abord avec de faibles quantités de culture que l'on augmente graduellemement. Ces injections intraveineuses provoquent au début une fièvre intense, la tempéra. ture atteint parfois 41°5 et reste élevée pendant plusieurs jours. Il faut attendre que l'animal soit bien rétabli pour continuer l'expérience. L'accoutumance se produit peu à peu et la réaction devient de plus en plus courte.

Le cheval, ainsi immunisé, fut saigné 3 semaines après la dernière injection et son sérum fut essayé sur des souris. Ces petits rongeurs meurent toujours lorsqu'on leur inocule le bacille virulent de la peste. Les souris, qui recevaient 1/10 de centimètre cube de sérum du cheval immunisé, ne devenaient point malades quand, 12 heures après, elles étaient infectées avec de la peste. Ce sérum était donc préventif. Le sérum de cheval neuf et celui d'autres animaux, lapins, cobayes, n'avaient aucune action préventive.

Pour guérir les souris déjà inoculées de la peste depuis 12 heures, il était nécessaire de leur injecter un centimètre cube à 1 centim. cube 1/2 de sérum. Le sérum a donc une action curative manifeste. Ces premiers essais faisaient espérer que la sérothérapie pourrait être appliquée à l'homme pestiféré.

Aussi, à son retour en Indo-Chine, grâce au concours de M. le Gouverneur général et du ministère des Colonies, M. Yersin installa à Nha-Trang (Annam), à proximité des pays ravagés par la peste, un laboratoire pour la préparation des virus et une écurie pour loger les chevaux immunisés. Cette installation constitue l'Institut Pasteur de Nha-Trang. Elle était loin d'être terminée lorsque la peste se réveilla à Hong-Kong en janvier 1896. A cette époque, malgré que M. Yersin et M. Pesas, vétérinaire militaire attaché à l'Institut de Nha-Trang, aient fait toute la diligence possible, ils n'avaient encore aucun animal suffisamment immunisé. M. Yersin dut attendre jusqu'au 10 juin, avant de se rendre à Hong-Kong, muni de quelques flacons de sérum d'une jument de Nha-Trang. Cette petite quantité ne lui aurait pas permis d'entreprendre des expériences démonstratives, lorsqu'il reçut de l'Institut Pasteur de Paris 80 flacons de sérum antipesteux provenant du cheval immunisé qu'on y entretenait.

Le 20 juin, il n'y avait plus que très peu de cas à Hong-Kong et tous dans les maisons chinoises. M. Yersin se transporta alors à Canton; l'épidémie y était à sa fin et d'ailleurs il paraissait bien difficile d'essayer le sérum sur quelque Chinois pestiféré, à cause de l'hostilité des Cantonnais contre les Européens. Un hasard heureux fournit enfin le malade cherché, et dans des conditions particulièrement favorables à une tentative thérapeutique. Le premier pestiféré traité est un jeune Chinois de 18 ans, appartenant à la mission catholique. Pris de la peste le matin même, il était considéré comme perdu, et Mgr Chausse, évêque de la Mission, prenant sur lui toutes les responsabilités, donna toute facilité pour expérimenter le sérum.

Ce malade fut guéri après 3 injections de 10 centim. cubes de sérum. Il n'est pas le seul. Malgré l'insuffisance des moyens dont il disposait, M. Yersin a pu traiter 26 malades et il n'en a perdu que 2. M. Roux termine ainsi sa remarquable communication :

Une preuve de l'efficacité du sérum, c'est le rétablissement rapide des personnes traitées, tandis que, d'ordinaire, la convalescence est longue et pénible, même pour les patients atteints de peste bénigne.

Le sérum employé à Amoy venait, pour la plus grande partie, de l'Institut Pasteur de Paris. Il avait été expédié d'abord à Nha-Trang, puis il a été transporté à Canton, ensuite à Amoy. Malgré ces voyages pendant la saison chaude, il avait conservé ses propriétés curatives. C'est là un fait intéressant qui montre que le sérum antipesteux pourra être expédié au loin.

Jusqu'ici, le sérum n'a été essayé que dans les cas de maladie confirmée. D'après ce qui a été observé chez les animaux, il doit être plus efficace encore pour prévenir la peste que pour la guérir. Il est donc indiqué, lorsqu'un cas de peste a éclaté dans une maison, d'injecter préventivement du sérum à toutes les personnes exposées à la contagion. M. Yersin pense que c'est là une mesure efficace contre la diffusion de la maladie.

Je terminerai cette communication par ces lignes de M. Yersin :

« Vingt-six cas, c'est peu, assurément, pour établir qu'un remède est spécifique et efficace. J'en conviens facilement et je suis le premier à déclarer qu'il faut de nouvelles expériences. Mais si l'on considère que la peste est parmi les plus meurtrières des maladies humaines, que tous ceux qui l'ont observée estiment que la mortalité qu'elle cause n'est pas inférieure à 80 p. 100 et que les patients que j'ai traités avaient pour la plupart des symptômes très alarmants, on conviendra que nos 26 observations prennent une valeur particulière. »

Nous n'ajouterons qu'un mot :

Si la prophylaxie internationale de la peste et du choléra ne peut être assurée en raison de l'égoïsme et du mauvais vouloir des autorités sanitaires de l'Angleterre, il est consolant de penser que la prophylaxie nationale sera rigoureuse. On n'hésitera pas à éteindre les foyers qui pourraient se développer à l'intérieur malgré la surveillance exercée aux frontières. Quant aux malades, ils pourront être rapidement guéris, grâce au sérum que nous devons à Yersin et que M. Roux prépare en vue de pouvoir répondre à toutes les demandes qui lui seront adressées.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Lithiase pancréatique (p. 133).
MÉDECINE PRATIQUE. — Quinaphtol (p. 134).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Phlébite otitique du sinus latéral (p. 134). — *Académie des sciences :* Période réfractaire dans les centres nerveux. — Rhumatisme chronique. — Réplétion de l'oreillette droite (p. 135). — Lipase du sérum. — Muscles visibles au radioscope. — *Société anatomique :* Kyste hydatique de l'os iliaque. — Muguet expérimental. — Tuberculose du foie. — Kyste mucoïde du gland. — Cancer pharyngo-laryngé et stomacal. — Cancer du rectum avec propagation pleuro-pulmonaire (p. 136). — Adénopathie trachéo-bronchique. — *Société de biologie :* Sialorrhée des tabétiques. — Excitabilité cérébrale. — *Société de chirurgie :* Cancer du foie. — Chirurgie du poumon (p. 137). — *Société obstétricale et gynécologique :* Insertion du placenta sur une tumeur utérine. — Rupture de l'utérus. — Prolapsus génital. — *Société médicale des hôpitaux :* Méthode Röntgen. — Cirrhose et diabète bronzé (p. 138). — Cirrhoses pigmentaires. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Sarcome de la cuisse. — Anévrysme de Rasmussen. — Abcès gazeux. — Double lésion aortique (p. 140). — Sarcome des parties molles du creux poplité. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Pyramidon. — Appendicite. — *Société de médecine de Nancy :* Kystes hydatiques. — Septicémie post-opératoire. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Ulcère latent de l'estomac (p. 141). — Ulcération tuberculeuse de la langue. — Hystérectomie abdominale totale. — Fracture de la rotule. — Prothèse testiculaire (p. 142).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin :* Rôle du traumatisme dans l'étiologie du tabès et de la sclérose en plaques (p. 142). — Angleterre. *Pathological Society of London :* Diphthérie hémorrhagique. — Endocardite à pneumocoques. — Maladie de Basedow (p. 143). — *Pathological Society of Manchester :* Polype du duodénum. — Hémorrhagie cérébrale (p. 144).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Lithiase pancréatique,

Par M. Joseph Nicolas (1).

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. H. Mollière et au mien, des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans son service.

Voici, rapidement relatée, l'observation de ce malade :

G..., Pierre, âgé de 47 ans, boulanger, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Jean, n° 6, dans le service de M. Mollière, alors suppléé par M. Nicolas.

Aucun antécédent héréditaire, direct, collatéral ou personnel notable. Deux enfants bien portants. Sa femme est morte de tuberculose pulmonaire.

Son affection a débuté deux mois et demi avant son entrée à l'hôpital, par inappétence survenue brusquement, affaiblissement rapide, douleurs violentes, brusques, survenant de temps en temps dans la journée, sans rapport avec l'ingestion des aliments, siégeant au niveau de l'épigastre, que le malade compare à la sensation d'un corps volumineux, d'une grosse boule, suivant ses propres termes, qui remonterait de l'ombilic vers l'épigastre pour éclater au niveau du creux épigastrique. Ces accidents sont donc paroxystiques, intermittents, se reproduisant à intervalles variables, à n'importe quel moment de la journée, plutôt cependant dans les heures qui suivent les repas, mais sans que l'ingestion des aliments soit immédiatement douloureuse. Pas de vomissements, pas de sensation de brûlure à l'épigastre, ni pyrosis, ni régurgitations acides.

L'estomac n'est pas dilaté, pas de tumeur appréciable, pas de douleur localisable à la palpation. Pas d'ictère. Rien autre de particulier à signaler, sauf un peu d'obscurité sans râles, ni autres signes d'auscultation ou de percussion au sommet des deux poumons.

1. Communication faite le 16 janvier à la *Société des sciences médicales de Lyon*,

Une raucité légère de la voix avec aspect velvétique de la muqueuse au niveau des aryténoïdes fait croire au début d'une tuberculose laryngée.

Léger disque d'albumine dans les urines.

Température 37°6 et 37°7.

En présence de tels symptômes le diagnostic restait hésitant entre ulcère d'estomac, lithiase biliaire, etc., lorsque, le 14 septembre, sans écart de régime, sans cause apparente, le malade eut un melæna extrêmement abondant, qu'on peut évaluer à près d'un litre de sang, suivi d'un soulagement extrême avec disparition des douleurs, mais anémie extrême. Glace intus et extra. Ergotine. Régime lacté absolu. Deux litres de lait par jour.

En présence de ce nouveau symptôme, le diagnostic restait circonscrit entre ulcère de l'estomac et ulcère du duodénum. L'absence de tout accident gastrique fit pencher en faveur de ce dernier, aussi fut-il dès lors regardé comme le plus probable. Dès le 25 septembre, le malade se sentant beaucoup mieux, on permit un régime moins sévère.

Les selles sont absolument normales; plus de sang depuis longtemps.

Les douleurs, qui n'avaient pas reparu depuis l'hémorrhagie intestinale du 14 septembre, font, de nouveau, leur apparition vers le 3 décembre, mais elles n'ont plus le caractère paroxystique et intermittent, elles sont devenues constantes.

Nouveaux mélænas vers le 8 et le 15 décembre,

En même temps survient un violent point de côté à droite, sans fièvre encore ni frissons. En même temps, le malade prend une *polyurie*, une *polydipsie* et une *polyphagie* très marquées, indice d'un diabète en évolution.

Dans les premiers jours de janvier, l'état général s'aggrave rapidement, la fièvre devient très vive, 40° et plus, à type inverse, en même temps que l'examen montre l'existence d'une pneumonie probablement caséeuse du sommet droit.

Les signes du diabète persistent; 4 litres 450 d'urine avec 179 grammes de sucre par 24 heures, traces d'albumine avec polydipsie et polyphagie.

Dès lors, le diagnostic porté est celui de diabète aigu pancréatique dû à une pancréatite aiguë ou suppurée par inflammation de voisinage reconnaissant pour cause l'ulcère du duodénum diagnostiqué.

Le malade meurt le 8 janvier de sa pneumonie caséeuse.

L'autopsie a démontré que tout le cortège symptomatique précité dont le diagnostic était en grande partie vérifié était dû à de la *lithiase pancréatique*; quinze à vingt calculs blancs hérissés d'épines, enchâssés dans les parois, obstruaient complètement le canal de Wirsung depuis l'ampoule de Vater jusqu'au tiers gauche du pancréas, où le canal, s'abouchant largement et librement dans une poche purulente à parois fibreuses, occupait toute la partie moyenne du pancréas, le tissu glandulaire autour d'elle paraissant notablement sclérosé. Cette poche purulente s'était ouverte dans le duodénum par une fistule traversant la tête du pancréas pour venir s'ouvrir, par un orifice arrondi, de 5 millimètres de diamètre environ, sur la face inférieure de la première portion du duodénum, immédiatement en aval du sphincter pylorique.

Nombreuses adhérences du pancréas sclérosé aux organes voisins. Les autres lésions constatées étaient : une pneumonie caséeuse typique du lobe supérieur du poumon droit, avec congestion et œdème du reste des deux poumons, sans granulations, tuberculose légère du sommet gauche. Pleurésie droite à épanchement de 400 à 500 grammes.

Foie volumineux, parsemé de taches jaunâtres probablement graisseuses, 3 000 grammes.

Vésicule et canaux biliaires sains.

Rate volumineuse, 450 grammes, diffluente.

Cœur hypertrophié (550 grammes) surtout du côté du ventricule gauche.

Léger athérome aortique.

Reins gros et congestionnés, substance corticale blanchâtre.

En résumé, le diagnostic devait donc être :

Lithiase pancréatique, angio-pancréatite suppurée, abcès du

pancréas ouvert dans le duodénum. Diabète aigu par sclérose pancréatique, et mort par pneumonie caséeuse.

Cette observation et cette autopsie sont intéressantes par plusieurs points :

1° La lithiase pancréatique, sans être une rareté, car les observations en sont assez nombreuses (Cowley, Recklinghausen, Ancelot, Lancereaux, etc.), ne se rencontre pas très fréquemment, et les cas méritent encore d'en être signalés pour établir sa symptomatologie d'une façon plus précise.

2° L'angio-pancréatite, selon l'expression d'Arnozan, peut s'observer dans la lithiase pancréatique au même titre que l'angiocholite dans la lithiase biliaire, la pyélonéphrite dans les calculs du rein, sa pathogénie relevant des mêmes facteurs que ces dernières infections, obstruction des canaux excréteurs, rétention des liquides audessus de l'obstacle, infection ascendante par les canaux glandulaires (Nimier).

Les observations d'angio-pancréatite suppurée avec abcès du pancréas d'origine lithiasique sont assez rares.

3° Les hémorrhagies intestinales ont été signalées dans la lithiase pancréatique (Elliotson, Ancelot), mais, dans le cas actuel, l'abondance des mélænas était telle qu'on pouvait difficilement leur attribuer une origine purement lithiasique. Et, de fait, il est probable que les hémorrhagies observées chez le malade n'étaient pas, à proprement parler, d'origine lithiasique, mais reconnaissaient pour point de départ les parois de l'abcès ou de la fistule, la première ayant coïncidé avec l'ouverture de l'abcès dans le duodénum; ce qui rend cette hypothèse fort vraisemblable, c'est la disparition simultanée des douleurs qui a bien reconnu pour cause probablement cette ouverture, et, d'autre part, les traces de sang constatées dans la poche purulente au cours de l'autopsie.

4° Les auteurs qui ont étudié la symptomatologie de la lithiase pancréatique, ramènent à quatre les symptômes capitaux de cette affection (Lichtein, Nimier) :

a) Coliques sévères avec violentes douleurs épigastriques, vomissements et fièvre.

b) Diabète survenant quelques années plus tard.

c) Diarrhée spéciale présentant au moins quelques analogies avec la diarrhée pancréatique.

d) Présence de calculs pancréatiques dans les selles.

Si l'on compare ce tableau aux symptômes présentés par notre malade, on trouve fort peu de ressemblance. Sauf les violentes douleurs épigastriques, tout diffère. Notre malade n'a, en effet, eu ni vomissements ni fièvre, si ce n'est à la fin, alors que le pancréas était en pleine suppuration, fièvre, d'ailleurs, que la pneumonie tuberculeuse aurait suffi à expliquer.

Il n'a jamais présenté de stéarrhée, jamais de diarrhée, mais, au contraire, une constipation opiniâtre. Enfin la recherche des calculs dans les selles, si elle eût été pratiquée, eût certainement donné des résultats négatifs, les calculs trouvés dans le canal étant tellement bien enchatonnés que, même après ouverture aux ciseaux du canal de Wirsung, ils adhéraient encore aux parois par leurs aspérités. Enfin, en ce qui concerne l'apparition du diabète après quelques années, dans le cas particulier il est loin d'en être ainsi; en effet, les premiers troubles morbides ayant apparu au mois de juin, c'est au plus six mois seulement après le début de la maladie que le diabète s'est montré, entraînant en quelques jours la mort du malade par l'évolution rapide d'une pneumonie tuberculeuse.

En somme, cette observation, outre l'intérêt qu'elle présente par l'évolution clinique et l'examen des pièces à l'autopsie, expliquant cette évolution dans tous ses détails, peut servir à montrer combien peu déterminée encore est la symptomatologie de la lithiase pancréatique. Enfin, elle prouve une fois de plus que la pathologie du pancréas est régie par les mêmes lois que celle des autres organes glandulaires, notamment en ce qui concerne les infections ascendantes par les canaux excréteurs.

MÉDECINE PRATIQUE

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Quinaphtol.

Le *quinaphtol* est une combinaison de quinine et de sulfate de naphtol β. C'est une poudre jaune, cristalline, d'un goût amer, insoluble dans l'eau froide, à peine soluble dans l'eau chaude. M. le professeur E. Riegler en a retiré les meilleurs effets dans la fièvre typhoïde, l'entérite tuberculeuse, la dysenterie et généralement dans toutes les infections ayant l'intestin pour siège. Le suc gastrique serait sans action sur le quinaphtol qui ne se dédoublerait en ses composants que dans l'intestin, où il donne par suite le maximum de son action antiseptique.

FORMULAIRE

Quinaphtol 0gr50

Pour un cachet.

De deux à dix de ces cachets par jour.

G. M.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 Février 1896.

Phlébite otitique du sinus latéral.

M. Chipault présente une fille de 14 ans que **M. Lambotte** (d'Anvers) a opérée de phlébite du sinus.

L'affection otitique avait débuté en décembre 1895 et après s'être, pendant plusieurs mois, manifestée seulement par un écoulement purulent de l'oreille droite, se compliqua brusquement, le 7 mai 1896, des accidents les plus graves : céphalée intense, vomissements, frissons, raideur de la nuque. 4 jours plus tard, au premier examen pratiqué par M. Lambotte, il y avait tous les symptômes généraux d'une septicémie grave : température à plus de 40°, pouls rapide, subdelirium, et, de plus, un empâtement considérable s'étendant de la mastoïde au sternum, le long du sterno-mastoïdien. La face était œdématiée, l'œil normal. Le diagnostic de phlébite du sinus latéral fut porté, et l'opération pratiquée le soir même : ligatures de la veine jugulaire interne rendue très difficile à découvrir par suite de l'infiltration du tissu cellulaire environnant, ligatures du sinus latéral le plus près possible du pressoir d'Hérophile, ouverture du sinus d'où fut extrait le thrombus; enfin, désinfection complète au sublimé du trajet sinuso-jugulaire. En quelques heures la température tomba de 40°7 à 37°; le lendemain, les douleurs avaient complètement disparu; des lavages sinuso-jugulaires biquotidiens furent faits régulièrement, et la plaie réunie secondairement le 12e jour. Le 17e jour, l'opérée quittait l'hôpital guérie; cette guérison persiste et peut être, aujourd'hui, considérée comme définitive.

MM. Chipault et **Londe** présentent des photographies radiographiques relatives à la chirurgie du système nerveux.

M. Roux lit un rapport sur le travail de M. E. Maurel intitulé « Hyperleucocytoses post-phlébotomiques et post-révulsives ». L'hyperleucocytose à la suite de la saignée est un fait déjà connu que M. Maurel confirme, et il en conclut — ce qu'a vu Esipoff — que la saignée peut ainsi favoriser la résistance aux infections en provoquant une leucocytose critique. De même les globules blancs sont accrus par la révulsion. Mais pour M. Maurel, l'accumulation de leucocytes dans le foyer inflammatoire sont dus à la prolifération des cellules de l'endothélium vasculaire et non à le diapédèse: et sur ce point M. Roux trouve qu'il n'apporte aucune preuve.

M. Vallin lit, sur la névrose phosphorée, un rapport qui sera discuté dans la prochaine séance.

Élection.

M. Fernet est nommé membre titulaire dans la section de pathologie médicale par 59 voix contre 6 à M. Rendu, 2 à M. Troisier, 3 à M. Chauffard; 2 bulletins blancs.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 11 et 18 Janvier 1897.

Période réfractaire dans les centres nerveux.

MM A. Broca et **Ch. Richet**. — Nous avons découvert dans les centres nerveux encéphaliques du chien une période *réfractaire* analogue à la période réfractaire découverte par M. Marey dans le cœur de la grenouille. Nos premières expériences ont porté sur des chiens choréiques, c'est-à-dire des chiens qui donnent sans excitation extérieure des secousses musculaires rythmiques régulières, espacées entre elles d'une seconde ou d'une seconde et demie. Dans l'intervalle qui sépare ces deux secousses choréiques, il y a une période d'inexcitabilité cérébrale, période qui est d'une demi-seconde environ. Pendant ce temps, toute excitation est à peu près inefficace, et l'animal ne répond plus, malgré de vigoureuses excitations électriques. Dans la période qui suit, il y a réparation, et peu à peu le retour se fait à l'excitabilité normale.

Il s'ensuit qu'on peut, sur des chiens choréiques, observer ce phénomène assez étrange d'un animal qui ne répond qu'à une excitation sur deux, la première excitation tombant dans la période d'excitabilité, et la seconde tombant dans la période réfractaire

Mais ce phénomène de la phase réfractaire est très marqué aussi sur les chiens normaux non choréiques. A vrai dire, on ne le peut nettement apercevoir que si l'on refroidit légèrement l'animal aux environs de 33° ou de 32° : alors la phase réfractaire est manifeste. Après chaque excitation, il y a une période réfractaire qui dure environ un dixième de seconde, temps pendant lequel les excitations sont inefficaces.

On peut donc diviser les phases de l'excitabilité cérébrale qui succèdent à une excitation en trois périodes : *a*) une première période, pendant laquelle l'excitation qui suit l'excitation première s'ajoute à celle-ci; c'est la période d'*addition*; elle paraît durer environ un centième de seconde; *b*) une période *réfractaire*, qui dure un dixième de seconde; *c*) enfin, une période de *réparation*, caractérisée par le retour graduel à l'excitabilité normale; la réponse est alors d'autant plus forte qu'elle est plus éloignée de l'excitation primitive.

L'existence de cette période réfractaire nous a conduits à quelques conclusions assez importantes. En effet, comme les muscles ne paraissent pas la présenter d'une manière notable, et que, d'autre part, on l'observe nettement sur le cœur, il s'ensuit très probablement que, dans le cœur, ce sont plutôt les centres nerveux ganglionnaires que les fibres musculaires cardiaques qui la présentent.

Mais c'est surtout en comparant cette période réfractaire d'un dixième de seconde à ce que l'on connaît sur la vitesse des mouvements volontaires et sur la fusion des excitations sensitives qu'on arrive à des résultats intéressants. Si l'on cherche à faire un très grand nombre d'incitations motrices en une seconde, on voit qu'on ne peut guère dépasser le nombre de neuf, dix, onze ou peut-être douze par seconde; et pourtant les muscles sont capables de donner jusqu'à trente ou quarante secousses dissociées par seconde. D'autre part, la fusion des excitations rétiniennes commence à avoir lieu lorsque les images se succèdent à des intervalles de moins d'un dixième de seconde.

Finalement il semble que la période de vibration du système nerveux cérébral soit d'environ un dixième de seconde, et qu'il soit incapable de donner plus de dix incitations motrices ou de percevoir plus de dix impressions sensitives pendant une seconde, car après chaque excitation il a une période d'inertie durant laquelle il est inexcitable, phase réfractaire qui dure un dixième de seconde.

Radiographie des extrémités chez des sujets affectés de goutte ou de rhumatisme chronique.

MM. Potain et **Serbanesco**. — Tandis que chez les individus atteints de rhumatisme chronique, l'ostéite condensante des extrémités osseuses examinées aux rayons de Röntgen donne à celles-ci une opacité plus grande, chez les goutteux au contraire on remarque au niveau des extrémités des phalanges et des métacarpiens, parfois même sur le corps de l'os, des taches blanchâtres entourées le plus souvent d'une étroite auréole foncée. Ces résultats ont été obtenus sur le vivant.

Les radiographies de pièces osseuses provenant de goutteux montrent que les taches translucides tiennent non à un amincissement ni à une raréfaction du tissu osseux, mais à la présence de tophus faisant saillie à la surface de l'os ou à la transformation de la substance osseuse elle-même.

Cette transformation paraît être la substitution des urates au phosphate de chaux qui entre normalement dans la composition des os.

Comparant entre eux les différents sels qui entrent dans cette composition, nous avons, en effet, trouvé qu'ils sont très inégalement perméables aux rayons de Röntgen. Le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, le chlorure de sodium le sont extrêmement peu. La soude et la magnésie le sont davantage et l'urate de chaux encore beaucoup plus. En nous servant de deux petites boîtes de carton accolées, l'une en forme de parallélipipède, l'autre de prisme très allongé de même longueur et de même hauteur de base, la première remplie d'urate de chaux, l'autre de phosphate de chaux tribasique et les soumettant simultanément à la radiographie, il nous a été facile de constater que l'urate de chaux est huit fois plus transparent que le phosphate; car l'unité de teinte des deux photographies ne se trouve que dans le point où l'épaisseur de ce dernier est huit fois moindre que celle de l'autre. On comprend par là que les points de l'os où les urates se substituent aux phosphates deviennent beaucoup plus transparents. On conçoit également que l'ostéite condensante, provoquée par ces dépôts dans leur voisinage, détermine la formation de zones relativement opaques.

La radiographie pourra donc aider le diagnostic, dans les cas où il y aura doute entre la goutte et le rhumatisme chronique osseux.

Chez les sujets affectés de nodosités d'Herberden, lésion dont la nature goutteuse est encore un sujet débattu, on trouve, au niveau des phalanges, des taches transparentes fort distinctes, qui semblent devoir trancher le différend en faveur de ceux qui admettent la goutte comme origine première de cette affection.

Influence de la section de la moelle cervicale sur la réplétion du cœur paralysé par électrisation.

MM. J.-L. Prévost et **C. Radzikowski**. — La cause la plus importante, selon nous, du passage du sang du système veineux dans l'oreillette droite est le tonus vasculaire et la contraction des petits vaisseaux, ainsi que le démontrent nos expériences, contrairement à l'opinion plus généralement adoptée qui considère l'aspiration thoracique, la diminution de pression intracardiaque, etc., comme propres à favoriser la circulation veineuse.

En confirmation de cette manière de voir, nous avons fait sur deux chiens l'expérience suivante : la moelle épinière est sectionnée dans la région cervicale ; le rachis est, de plus, ouvert au niveau de la région dorso-lombaire. Le thorax ouvert, le cœur est arrêté par l'électrisation; il reste flasque et mou et paraît vide de sang. Un courant induit de moyenne intensité est appliqué directement sur la moelle, une des électrodes à la région cervicale, l'autre au niveau de la région lombaire, par l'ouverture pratiquée d'avance au rachis. Le cœur se dilate sous nos yeux et se remplit de sang, le tonus vasculaire se trouvant ainsi rétabli par l'électrisation de la moelle.

De la lipase du sérum.

M. Hanriot, continuant ses expériences sur ce ferment, constate que c'est dans le sérum de cheval que la lipase se trouve en plus grande quantité. M. Hanriot conserve depuis 2 mois du sérum stérilisé et le pouvoir saponifiant de ce sérum ne s'est pas modifié.

L'activité de la lipase varie avec la température : si cette activité est par exemple de 4° à 0°, elle est de 27 à 60; à 66°, le ferment n'a plus d'action. Le maximum d'activité est à 55°.

Si on maintient la température constante, l'activité est proportionnelle à la durée de la réaction. On peut doser l'activité de la lipase d'après les molécules d'acides mis en liberté en 20 minutes à la température de 25°. Cette température est la plus facile à maintenir constante dans les laboratoires.

Muscles visibles au radioscope.

MM. Rémy et **Contremoulin** adressent une note sur le procédé qu'ils emploient pour rendre les muscles visibles au radioscope. Ils injectent dans les vaisseaux une solution de bichromate de potasse qui se répand dans le tissu musculaire. En plongeant ensuite la masse musculaire dans une solution de nitrate d'argent il se produit du bichromate d'argent. C'est celui-ci qui arrête les rayons Röntgen, et permet de reconnaître très nettement les muscles. Les photographies montrées par M. Marey sont très démonstratives.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance des 29 Janvier et 5 février 1896.

Kyste hydatique de l'os iliaque.

M. Vanverts rapporte l'observation d'un malade traité pour une coxalgie et qui présenta une fracture spontanée du fémur qui permit de reconnaître la nature de l'affection. On pratiqua la désarticulation de la hanche et au cours de l'opération, on constata l'existence des lésions au niveau de la cavité cotyloïde. Le malade succomba quelque temps après à la suppuration.

A l'autopsie, on trouva que les différents viscères présentaient de la dégénérescence amyloïde.

Muguet expérimental.

MM. Roger et **Josué** présentent les reins d'un lapin, mort 4 jours après inoculation intraveineuse de VI gouttes d'une culture de muguet.

Ces reins pèsent 20 grammes chacun, au lieu de 8 grammes, poids du rein normal de lapin. Leur surface est criblée de petits tubercules blancs, séparés seulement par de très minimes espaces sains. A la coupe, on trouve des tubercules presque confluents dans la substance corticale, et quelques rares tubercules dans la pyramide. Il y a aussi des tubercules dans le cerveau, quelques-uns dans le foie; les poumons présentent des foyers d'apoplexie.

A l'examen microscopique, ces tubercules sont constitués par des accumulations de cellules lymphatiques, dont les centrales sont plus ou moins dégénérées. Après coloration par la méthode de Gram, on voit, dans ces tubercules, des amas d'oïdium présentant, la plupart, la forme de levures, dont quelques-unes se transforment en filaments. Les altérations ne sont pas localisées autour des parasites, mais s'étendent au loin ; cette diffusion des lésions et la dégénérescence de certaines cellules indiquent nettement que les tubercules oïdiens sont sous la dépendance d'une action toxique exercée par le parasite.

Ce fait est intéressant par la grande virulence de la culture d'oïdium. C'est par des passages successifs, continués pendant plus d'un an, qu'on est arrivé à exalter le pouvoir pathogène du parasite. Celui-ci est devenu capable de tuer très rapidement le lapin, à doses minimes, en produisant des lésions très étendues.

Tuberculose du foie.

M. Ch. Lévy communique l'observation d'un enfant de 7 ans qui présentait un gros foie débordant les fausses côtes, et les symptômes d'une péricardite intense et qui succomba à une méningite tuberculeuse. A l'autopsie, on trouva en effet une symphyse cardiaque tuberculeuse, sans tuberculose du myocarde, et un foie hypertrophié atteint de congestion passive et présentant, disséminés dans son intérieur, des tubercules.

Kyste mucoïde du gland.

M. Cestan rapporte l'observation d'un jeune homme de 22 ans qui, depuis son enfance, présentait au sommet du gland et sur la lèvre droite du méat uréthral, un petit kyste du volume d'un gros pois, régulièrement arrondi et fluctuant. La muqueuse qui le recouvrait était normale et glissait parfaitement à sa surface, sans présenter d'adhérences avec la paroi du kyste.

Le kyste, enlevé avec la portion de muqueuse qui le recouvre, était facilement détaché du tissu spongieux du gland et contenait un liquide clair, peu filant.

A la coupe, et séparée du derme balanique par un feutrage conjonctif à fibres longitudinales, sa paroi propre paraît formée par un stroma conjonctif lâche, à mailles peu serrées, tapissé d'un revêtement épithélial régulier, facilement résistant... Les cellules épithéliales sont hautes, cylindriques ; elles reposent par le pied sur une couche granuleuse, contiennent à leur partie moyenne un gros noyau et à leur extrémité opposée semblent présenter un plateau très faiblement marqué.

Cancer pharyngo-laryngé et stomacal.

M. Fontoynont présente un cas de coïncidence de cancer pharyngo-laryngé et de cancer stomacal.

Sur la paroi latérale gauche du pharynx existe une masse bourgeonnante, partiellement ulcérée, qui se propage jusque sur l'épiglotte dont toute la moitié gauche est envahie. Elle s'étend en bas jusqu'aux cordes vocales supérieures. C'est un épithélioma lobulé à nombreux globes épidermiques primitifs, de la région pharyngée.

Au niveau du pylore, masse bourgeonnante à peu près régulièrement circulaire, de 6 centimètres, fortement bourgeonnante, à base indurée; c'est un autre gros noyau cancéreux. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique, situé à la région du pylore.

Cancer du rectum avec propagation pleuro-pulmonaire.

M. Georges Luys présente l'observation d'une femme âgée de 56 ans, entrée à l'hôpital avec la constatation d'un épanchement pleural gauche, nécessitant la thoracentèse d'urgence et l'évacuation de 2 litres de liquide de teinte hémorrhagique. L'examen de l'abdomen a permis de constater l'existence d'un fibrome volumineux de l'utérus ; d'un autre côté, le toucher rectal fit sentir, à 3 ou 4 centimètres de l'orifice anal, une masse extrêmement dure et anfractueuse, dont il était impossible de percevoir la limite supérieure et qui avait tous les caractères de cancer. Les jours suivants, l'épanchement pleurétique hémorrhagique se reproduisit et nécessita une série de ponctions faites tous les 2 ou 3 jours.

La malade ayant succombé au bout de quelque temps on trouva à l'autopsie un énorme fibrome de l'utérus. Du côté du

rectum, dont les parois sont épaissies, existait une tumeur s'étendant sur une longueur d'environ 10 centimètres, et affectant la forme d'un anneau circulaire, d'un long rétrécissement. Elle ne présentait pas d'ulcérations, et, à la section, la coupe était absolument sèche. La plèvre gauche et toute la surface du poumon gauche étaient recouvertes par une multitude de nodules cancéreux de forme lenticulaire. La coupe du poumon ne permet de constater la présence d'aucune masse néoplasique. Dans le poumon droit, quelques noyaux similaires sont rencontrés dans les scissures interlobulaires.

L'examen histologique de l'utérus fit constater que l'on a affaire à un fibrome sans qu'on puisse constater la moindre formation épithéliale. La coupe du rectum fit voir qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique en voie de dégénérescence colloïde. Sur la coupe de la plèvre, on remarqua des alvéoles remplis de cellules à noyaux volumineux donnant l'impression du carcinome alvéolaire. Même aspect dans les coupes du poumon gauche.

Adénopathie trachéo-bronchique.

MM. Audion et **Bayeux** rapportent l'observation d'un enfant qui avait des accès d'asthme depuis longtemps et qui, brusquement, à 4 heures du matin, le 27 janvier, a été pris d'un accès de suffocation très violent qui nécessita son transport à l'hôpital Trousseau. La toux rauque, la voix claire, le tirage intense, font faire le diagnostic de laryngite striduleuse, et, 2 heures après son entrée, l'enfant est tubé, l'asphyxie devenant menaçante.

Le tubage n'ayant amené aucun soulagement, on pratique l'énucléation du tube, puis la trachéotomie. Le cathétérisme, l'introduction de pinces à fausses membranes dans la trachée, ne donnent aucun renseignement, et le malade meurt après une heure d'efforts et de respiration artificielle.

A l'autopsie, on trouva une adénopathie trachéo-bronchique considérable, et, au niveau de l'angle trachéo-bronchique droit, une perforation de la paroi trachéale du diamètre d'une pièce de 20 centimes, et produite par un ganglion caséeux qui faisait hernie dans la cavité de l'arbre aérien. Il y avait des foyers caseux de tuberculose dans le poumon gauche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 Février 1896.

Altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques.

MM. Klippel et **Lefas** ont étudié histologiquement la parotide et la sous maxillaire d'un tabétique présentant depuis quinze ans une sialorrhée intense avec troubles du goût et de l'odorat.

Les glandes étaient énormes ; dans la parotide les lésions consistaient en nodules inflammatoires occupant acini et tissu conjonctif; les cellules salivaires étaient dégénérées; il y avait de plus inflammation catarrhale diffuse de gros canaux excréteurs ; dans la sous-maxillaire, lésions plus atténuées consistant dans la sclérose diffuse avec hypertrophie de certains acini, analogue à ce que l'on observe dans certaines hypertrophies nodulaires du foie.

S'agit-il d'une inflammation née dans les glandes et développée sous l'influence irritative d'une hyperfonction longtemps prolongée, ou encore d'une infection secondaire par envahissement des canaux excréteurs par des microbes pathogènes de la cavité buccale ? Quelle que soit l'explication adoptée, les auteurs pensent qu'il est hors de constatation que le phénomène primordial est l'irritation fonctionnelle développée sous l'influence d'une lésion du système nerveux central.

Influence prolongée des anesthésiques sur l'excitabilité cérébrale.

MM. Richet et **André Broca** rapportent leurs recherches sur l'excitabilité cérébrale, au cours desquelles ils ont constaté que chez un chien chloralosé, complètement anesthésié mais ayant conservé l'excitabilité motrice, il suffit d'une quantité minime d'un nouvel anesthésique (50 centigrammes de chloroforme ou 25 centigrammes de chloral) pour amener une paralysie complète de l'excitabilité cérébrale pouvant persister pendant plusieurs heures.

M. Soullier envoie une note sur les variations physiologiques des cellules endothéliales de la plèvre et de l'épicarde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1897.

Cancer du foie.

M. Michaux a observé un fait qui montre que la présence des ganglions dans le hile du foie ne comporte pas toujours le diagnostic de tumeur maligne de cet organe.

Il y a 2 ans, M. Michaux eut à opérer un homme de 35 ans, qui portait une tuméfaction considérable du foie, sans nodosités, sans modification de consistance extérieure. Au niveau du hile du foie il y avait des ganglions volumineux comprimant le cholédoque. M. Michaux a laissé ces ganglions en place, il ferma le ventre. Le malade se porte très bien encore aujourd'hui. Il n'y a donc pas eu de tumeur maligne du foie, malgré l'existence indiscutable de ganglions dans le hile, et très probablement il s'agissait d'une forme particulière de cirrhose.

Chez une autre malade, âgée de 23 ans et chez laquelle on pouvait penser à un kyste hydatique ou à un néoplasme du foie, M. Michaux avait trouvé à la laparotomie exploratrice des nodosités blanchâtres, irrégulières sur la place extérieure du foie. Il prit ces nodosités pour des noyaux cancéreux et se limita à la laparotomie exploratrice. Or cette malade se porte très bien, actuellement encore, c'est-à-dire 2 ans après la laparotomie.

Dans les tumeurs malignes du foie, la laparotomie est dangereuse, alors même que la laparotomie n'est qu'exploratrice. Il s'agit en effet souvent de gens cachectiques chez lesquels même une opération rapide est dangereuse.

M. Ricard a parlé dans une des dernières séances d'une tumeur néoplasique vasculaire du foie ayant simulé un kyste hydatique et opérée par M. Terrier. Dans cette observation, il s'agissait d'un homme chez lequel, à la laparotomie exploratrice on a trouvé une grosse tumeur paraissant liquide et profonde, qui, après ponction suivie d'une hémorrhagie assez vive fut reconnue pour un cancer.

Le lendemain le malade mourut et à l'autopsie on trouva un carcinome du foie; le péritoine contenait près d'un litre de sang venu probablement par l'orifice de la ponction, avec le trocart trop gros.

M. Broca a été appelé, il y a 6 ans, auprès d'un homme âgé atteint d'une tumeur régulière du foie, et pour se renseigner sur la nature de cette tumeur et fit une ponction : il sortit du sang. Or le malade mourut dans la soirée avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. Aussi M. Broca pense-t-il qu'il faut rejeter dans ces cas les ponctions exploratrice, infiniment plus dangereuses que la laparotomie exploratrice.

Chirurgie du poumon.

M. Tuffier, revenant sur la critique du décollement pleuro-pulmonaire faite dans la séance précédente par M. Bazy, fait observer qu'il n'a pas préconisé le décollement comme procédé exclusif, mais comme procédé pouvant être utile dans certains cas. Deux cas opérés par M. Lejars et deux autres par M. Brun viennent à l'appui de ses idées.

Dans le cas cité par M. Bazy où M. Tuffier a échoué dans son décollement, il y avait eu au préalable une éraillure de la plèvre faite au cours de l'opération; il n'était plus utile dès lors de faire le décollement pleuro-pariétal.

Pour éviter l'ascension et la rétraction du poumon à la suite de l'incision de la plèvre, M. Tuffier a fait avec M. Hallion sur des animaux une série d'expériences qui lui ont montré qu'en maintenant à une certaine hauteur la pression intra-pulmonaire, on pouvait inciser la plèvre sans que le poumon se déplace.

M. Berger présente une jeune fille offrant une fistule branchiale du cou. La fistule est si petite que M. Berger ne croit pas l'intervention indiquée.

M. Reclus montre une femme à laquelle il a fait une résection partielle de la malléole interne pour ostéo-sarcome. Le résultat est satisfaisant. La malade n'a pas voulu subir une opération plus radicale.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 14 Janvier 1897.

Insertion du placenta sur une tumeur utérine, problablement de nature fibromateuse.

M. Maygrier — Cette femme s'était présentée pour accoucher à Lariboisière; elle venait d'avoir une hémorrhagie très abondante qui l'avait profondément anémiée.

Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, enfant mort.

On traverse avec beaucoup de difficulté le placenta pour faire la version podalique; il était en quelque sorte scléreux. La délivrance artificielle fut très difficile et le placenta extrait par lambeaux. La femme mourut dans le collapsus. A l'autopsie on trouva au niveau du segment inférieur une tumeur ramollie, paraissant être un fibrome et sur laquelle s'insérait le placenta.

M. Doléris doute que l'examen histologique permette de déterminer la nature de la tumeur, car la grossesse, dans ces cas, cause de telles modifications des tissus que les meilleurs histologistes hésitent à se prononcer.

Rupture sous-péritonéale de l'utérus.

M. Tissier présente une rupture sous-péritonéale de l'utérus produite au cours de l'accouchement, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'autopsie on trouva une déchirure partant du col et dans le ligament large un épanchement sanguin très abondant, remontant jusqu'au rein.

M. Porak fait remarquer combien, dans quelques cas, très rares, ces ruptures sont bénignes. Il cite deux observations où les malades ont guéri en leur faisant un tamponnement soigné de l'utérus avec de la gaze iodoformée. Il ne faut pas faire d'injections dans ces cas. Le diagnostic de la rupture est quelquefois difficile.

M. Tissier relate une observation de rupture utérine avec kystes hydatiques disséminés dans la cavité pelvienne chez une femme qui, 18 ans avant, avait été soignée pour un kyste hydatique du foie. Au cours du travail il se produisit une rupture utérine et à l'autopsie on put constater de nombreux kystes hydatiques disséminés autour de l'utérus, dans les ligaments larges, l'épiploon et la cavité abdominale.

Traitement du prolapsus génital.

M. Paul Petit. — L'auteur est toujours resté fidèle au rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération fondamentale, et au raccourcissement des ligaments ronds comme opération complémentaire. Il réserve cette dernière opération au cas de prolapsus avec rétroversion accentuée. Dans la majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soulèvement suffisent à la guérison du prolapsus. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystérectomie n'est admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

M. Pichevin reproche à l'opération d'Alexander de ne pas permettre de constater l'état des annexes; il lui préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

M. Doléris est le partisan convaincu de l'opération d'Alexander, c'est une opération physiologique et à l'heure actuelle il a des opérées de 12 ans qui sont restées en parfait état.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 Février 1897.

Application de la méthode Röntgen à l'examen d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Béclère. — Il s'agit d'un homme de 48 ans, porteur d'un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte étendu du sternum au médiastin postérieur, saillant en avant sous forme de large voussure, comprimant la bronche et le nerf récurrent gauche. L'examen radioscopique montre sur l'écran fluorescent, au-dessus de la voûte du diaphragme, dans toute la hauteur du thorax, l'image d'une sorte d'énorme sablier dont les deux ampoules seraient animées de mouvements rythmiques. Il semble qu'on voit battre deux cœurs superposés. Il ressort d'ailleurs de cet examen, aussi bien que de l'épreuve radiographique obtenue après 30 minutes de pose, que le sac anévrysmal est beaucoup plus volumineux que le cœur.

Dans le cas actuel la méthode de Röntgen n'a guère fait que confirmer un diagnostic indubitable, mais il paraît certain que cette méthode puisse faire reconnaître, à leur début, des anévrysmes dont les modes usuels d'exploration clinique ne suffiraient pas à déceler l'existence.

Cirrhose et diabète bronzé.

M. Rendu et **M. Massary** rapportent l'observation d'un homme, placier en vins depuis 20 ans, ayant naturellement, commis de nombreux excès alcooliques et qui en janvier 1896 fut pris assez subitement de soif, d'insomnie et de faiblesse. Il entre à l'hôpital avec 65 gr. de sucre par litre d'urine; mais ce qui frappe surtout chez lui c'est la pigmentation bronzée uniforme de tout son corps qui, jointe à des troubles gastro-hépatiques et à la glycosurie, constituait un cas type de diabète bronzé. Le foie, d'abord très gros, s'atrophia ultérieurement. De l'ascite ne tarda pas à se montrer et nécessita même plusieurs ponctions. Rien à l'auscultation des poumons. Des hémorrhagies survinrent et le malade succomba, dans l'urémie, le 12 juillet dernier.

A l'autopsie on trouva un foie petit, des lésions de cirrhose bi-veineuse, et une tuberculose péritonéale généralisée qui rendait très bien compte des accidents observés pendant la vie du côté de la cavité abdominale. Rien aux reins ni aux poumons.

L'examen histologique qui a porté sur le foie, le pancréas, la glande sous-maxillaire droite, la capsule surrénale, le rein, le poumon, le testicule, le cœur, le muscle grand droit de l'abdomen, la peau, un ganglion semi-lunaire, l'épiploon, un ganglion lymphatique, a montré dans tous ces organes, sauf dans le muscle grand droit de l'abdomen et dans le ganglion semi-lunaire du plexus solaire, la présence des granulations de pigment que Kelsch et Kiener ont étudié sous le nom de pigment ocre, et que Lapicque et Auscher ont démontré constitué par un hydrate ferrique.

Toutes les cellules glandulaires de l'organisme étaient le siège d'une dégénérescence pigmentaire énorme. La cellule cardiaque était frappée de cette même dégénérescence, par opposition à la fibre musculaire ordinaire, restée indemne. Absence totale de pigment dans le sang circulant; aucune embolie pigmentaire. Donc, deux éléments également chargés d'hémoglobine, la fibre musculaire striée et le globule rouge ne présentaient pas trace de pigment ocre, alors que l'origine hémoglobinique de ce pigment est cependant certaine.

Il est bien certain, tout d'abord, que le pigment ocre tire son origine de l'hémoglobine. Sa constitution ferrugineuse le prouve. Mais où s'accomplit la transformation de l'hémoglobine en pigment? Dans le sang circulant, soutiennent les uns; dans le foie, pensent les autres.

MM. Rendu et Massary sont très portés à se rallier à l'opinion de Hanot et Chauffard en ce qu'elle a d'essentiel, à savoir pour admettre que le pigment doit se former au contact de l'élément

cellulaire avec le globule rouge, qu'une action de la cellule sur le globule doit seule être invoquée, en d'autres termes, qu'il s'agit bien d'une dysgénèse pigmentaire. Mais ils se séparent entièrement de ces auteurs lorsqu'ils placent exclusivement dans le foie le siège de cette élaboration du pigment ocre, pour les raisons suivantes :

1° Extrême rareté des embolies pigmentaires, qu'on peut invoquer contre la théorie sanguine;

2° Constance de la pigmentation de certains organes (foie, pancréas, glandes salivaires et sudoripares) à l'exclusion presque complète de certains autres, du poumon par exemple, qui est cependant très vascularisé.

3° Caractères différents du pigment dans les divers organes, alors que, s'il était disséminé par embolie, on devrait le trouver identique à lui-même dans tous les tissus où il est déposé, au moins dans les premiers moments qui suivent le dépôt.

Ces diverses objections conduisent à envisager la formation du pigment comme le résultat d'une élaboration vicieuse accomplie par le protoplasma cellulaire. Mais quelles sont les cellules où s'accomplit de préférence cette élaboration ?

On trouve en première ligne la cellule glandulaire en général. L'activité considérable des échanges entre le globule rouge et la cellule glandulaire rend compte, dans une certaine mesure, de cette prédisposition spéciale. Deux faits néanmoins, l'un surtout, sont en désaccord avec cette fonction pigmentaire des glandes. Ce sont : 1° l'absence ou la rareté du pigment dans une des glandes les plus actives de l'économie, le rein; 2° la présence constante du pigment dans les fibres musculaires cardiaques.

Peut-être pourrait-on éluder la première objection en faisant remarquer que la cellule rénale ne sécrète pas l'urine, mais l'excrète simplement, qu'il n'est donc pas une glande, à proprement parler. Cette première objection n'a donc pas une valeur absolue.

Mais il n'en est pas de même de la seconde. Dans tous les cas connus, la pigmentation de la fibre cardiaque est telle qu'elle peut être comparée à celle de la cellule hépatique (Letulle). Il semble, par suite, que la fibre striée d'un muscle quelconque devrait être pigmentée au même titre que la cellule musculaire cardiaque. Or, il n'en est rien. Les fibres musculaires striées ne sont pas pigmentées ou, si le pigment existe, il faut véritablement un heureux hasard pour rencontrer de loin en loin un globule erratique.

Comment expliquer cette différence entre ces deux sortes de fibres musculaires ? Par la différence de leur activité fonctionnelle. Tandis, en effet, que la fibre musculaire striée banale ne fournit qu'un travail restreint, intercalé de repos, et d'un repos d'autant plus considérable que le sujet est cachectique, la fibre cardiaque, au contraire, ne cesse de fonctionner.

On arrive ainsi, en fin de compte, à rattacher la production du pigment ocre à l'activité fonctionnelle variable de l'élément cellulaire, c'est-à-dire de l'activité variable des échanges. Les éléments anatomiques, pourrait-on dire, se pigmentent le plus là où les échanges sont au maximum. Ce sont les cellules prédisposées par leur suractivité d'échanges qui sont seules atteintes. Sous des influences multiples, l'élaboration des produits normaux sécrétés par leur protoplasma, se trouve viciée; de là, formation anormale de pigment au détriment des globules rouges du sang : c'est le premier terme de la dégénérescence qui entraînera bientôt la mort de l'élément. Ceci ressort clairement de l'étude de nos coupes, qui concordent, d'ailleurs, en tous points, avec les descriptions classiques.

Il reste à rechercher sous quelle influence s'accomplit cette viciation des élaborations protoplasmiques.

A l'époque où Hanot et Chauffard publièrent leur premier travail, il était absolument légitime d'incriminer l'influence combinée de l'hyperglycémie, de sa lésion préalable déterminante et de l'insuffisance circulatoire créée par l'endartérite diabétique, pour expliquer la dégénérescence pigmentaire de la cellule glandulaire. Actuellement, une telle explication ne saurait suffire : la triade symptomatique représentée par le diabète, la cirrhose hépatique, la pigmentation, est pour ainsi dire dissociée. Un quelconque des facteurs peut manquer, et particulièrement le diabète; la pigmentation n'est donc pas plus fonction du diabète qu'elle n'est fonction de l'infection paludéenne ou de la cirrhose hypertrophique. Nombreuses sont les circonstances pathologiques dans lesquelles on rencontre ce pigment ocre, à réactions histo-chimiques si particulières. En 1889, Kelsch et Kiener décrivent avec une exactitude si parfaite sa répartition dans l'organisme sous l'action de la cachexie paludéenne, qu'il est impossible de ne pas être frappé de la similitude complète qui existe entre la cachexie bronzée paludéenne et la cachexie bronzée diabétique. Plus tard, en 1895, M. Brault présente à la Société anatomique un travail dans lequel il réunit deux cas de cachexie pigmentaire non diabétique (une cirrhose hypertrophique et une tuberculose généralisée, pulmonaire, hépatique et splénique). Enfin, tout récemment, M. Letulle a communiqué à la même Société un cas semblable de cirrhose hypertrophique pigmentaire sans diabète, et MM. A. Gilbert et Grenet citaient, le 19 décembre dernier, à la Société de biologie, deux nouveaux cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire.

Si l'on analyse les cas dans lesquels la formation de pigment a été signalée (Hanot et Chauffard, Kiener et Kelsch, Gilber et Grenet-Letulle) on trouve que le pigment ocre se rencontre dans des cas qui, au premier abord, paraissent dissemblables, mais qui sont cependant reliés par un caractère commun et le seul constant : l'existence d'une cachexie générale de l'organisme, que cette cachexie soit causée par le diabète (compliqué d'une cirrhose du foie), ou par une affection hépatique, ou par une intoxication paludéenne. En d'autres termes, la formation du pigment ocre est un des modes de dégénérescence des cellules à fonctionnement intense, dégénérescence coïncidant elle-même avec la déchéance totale de l'organisme.

M. E. Jeanselme, qui a eu l'occasion de faire l'étude du sang et l'examen histologique de la plupart des organes de deux malades atteints de diabète bronzé, pense qu'on peut concevoir, à l'heure actuelle, le mécanisme de cette affection de la façon suivante ;

1° La destruction des hématies dans les capillaires des parenchymes est le premier phénomène morbide;

2° Pendant que l'hématolyse se poursuit, le pigment ocre se porte vers les épithéliums sécréteurs. Mais le fer emmagasiné dans les organes glandulaires n'est pas rejeté au dehors en proportion sensible. La bile, en particulier, comme l'a démontré l'analyse chimique, n'en excrète qu'une faible quantité;

3° Alors la sclérose se développe dans tous les organes surchargés de pigment. Si à la cirrhose hépatique (cirrhose hypertrophique pigmentaire) s'associe une sclérose et une annihilation fonctionnelle des cellules épithéliales du pancréas, le diabète apparaît. Celui-ci n'est donc qu'un épiphénomène, accessoire et inconstant.

Le pigment ocre se produit chaque fois qu'il y a destruction globulaire, soit dans le sang circulant, soit dans le sang extravasé. On l'observe donc dans les affections les plus diverses comme nature. Qu'il s'agisse du diabète bronzé, d'une crise d'hémoglobinurie paroxystique (cas de MM. Dieulafoy et Widal), d'une anémie extrême à forme pseudo-leucémique, de la fièvre bilieuse hémoglobinurique ou de l'impaludisme chronique, la topographie du pigment ocre est la même. Dans le rein, par exemple, il y a une véritable élection du pigment pour les épithéliums sombres, qui rappelle la condensation de l'indigo dans les cellules sécrétantes du rein dans l'expérience de Heidenhain.

Quand la décharge du pigment, au lieu d'être un épisode aigu comme dans l'hémoglobinurie paroxystique, est, au contraire, continue, elle détermine à la longue un processus sclérogène. Les cirrhoses du foie et du rein, dans l'impaludisme chronique, reconnaissent probablement en partie cette cause pour origine.

M. Hayem ne pense pas que la déglobulisation seule puisse expliquer la précipitation du pigment ocre, puisque cette précipitation ne se rencontre pas dans la chlorose qui est, cependant, le type de la maladie à déglobulisation. De même, il n'y a pas de pigmentation dans l'hémoglobinurie paroxystique qui tiendrait, cependant, pour beaucoup d'auteurs, à une destruction globulaire massive. Par contre, dans le diabète, il n'y a pas cette fonte globulaire et cependant on note parfois, comme en témoigne la discussion actuelle, une pigmentation considérable. Il semble donc qu'il faut, dans l'explication de cette pigmenta-

tion, attribuer le rôle prépondérant aux parenchymes, c'est-à-dire à des troubles des éléments anatomiques, et croire que la production du pigment se fait sur place.

M. Widal a eu l'occasion, lorsqu'il était interne de M. Dieulafoy, de faire avec lui l'autopsie d'une malade morte au cours d'une attaque d'hémoglobinurie paroxystique essentielle.

Toute la substance corticale du rein présentait, à l'œil nu, une coloration sépia très foncée. Au microscope, l'épithélium de tous les tubuli contorti et des anses montantes de Henle était complètement rempli de pigment, qui, en certains points, remplissait l'aire de ces tubes. Les autres épithéliums étaient intacts. Les glomérules de Malpighi étaient normaux et ne présentaient pas la moindre trace de pigment. Les capillaires du rein n'étaient nulle part congestionnés. Le rein présentait, en un mot, la physionomie qu'il offre dans l'expérience de Heidenhain, quand une substance colorante en solution a été lancée dans la circulation générale.

Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique. Analogies des diverses cirrhoses pigmentaires.

M. Letulle. — A côté des cirrhoses pigmentaires diabétiques, paludéennes, tuberculeuses, cancéreuses, et de celles produites par des causes indéterminées, on doit placer la cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique dont il a observé récemment 3 cas très nets.

La multiplicité et la complexité de ces conditions étiologiques contrastent d'une façon singulière avec l'uniformité des lésions anatomo-pathologiques, tant hépatiques que généralisées à l'ensemble de l'organisme. A ce point de vue, toutes les cachexies cirrhotiques pigmentaires sont caractérisées par un certain nombre de désordres matériels, à peu près constants, qui peuvent se résumer ainsi :

1° On rencontre au moins trois sortes de pigments, savoir *a)* *ocre* (ferrugineux), qui est le plus constant; *b)* un pigment *jaune brun*, dont la nature ferrugineuse ne peut être déterminée par les réactifs chimiques actuels; *c)* le pigment *mélanique* de la peau, normalement élaboré dans les cellules profondes du corps muqueux de Malpighi;

2° Toutes les lésions viscérales de la cirrhose diabétique pigmentaire se retrouvent dans la cirrhose alcoolique pigmentaire;

3° La répartition du pigment ocre est à peu près générale, mais avec prédominance très marquée dans les glandes (absence dans le rein);

4° Intégrité à peu près absolue (au point de vue pigmentaire) des épithéliums de revêtement, tant externes (épiderme) qu'internes et canaliculaires;

5° Grande fixité du pigment ocre, dont l'élimination, si tant est qu'elle existe, est extrêmement difficile.

De l'imperméabilité aux rayons de Röntgen des organes contenant du pigment ocre.

M. Jeanselme présente des épreuves photographiques qui démontrent que les organes surchargés de pigment ocre ou ferrugineux sont beaucoup moins perméables aux rayons Röntgen que les organes similaires dépourvus de fer. Les expériences ont porté sur 3 échantillons de foie, un morceau de pancréas et un ganglion lymphatique provenant d'individus ayant succombé au diabète bronzé. Tous ces fragments d'organe, ainsi que les pièces témoins, avaient une épaisseur uniforme de 5 millimètres. Le temps d'exposition aux rayons a été de 2 minutes en moyenne.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 27 Janvier 1897.

Sarcome des parties molles de la cuisse.

M. Planchu présente un malade, porteur depuis deux ans, au niveau de l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa, d'une tumeur dont l'accroissement s'est fait par poussées successives. Mobile sur les plans profonds, et immobilisée par la contraction du quadriceps, elle s'étend de l'arcade fémorale à trois travers de doigts au-dessus de la rotule et est indépendante des vaisseaux fémoraux. L'énucléation fut pratiquée avec succès. En ce moment, malgré la destruction partielle de son quadriceps, le malade marche sans fatigue.

Cette observation est en faveur de l'énucléation dans les cas de grosses tumeurs sarcomateuses, non adhérentes au squelette ou aux vaisseaux, et, en dépassant les limites de la tumeur, il semble que la récidive ne soit pas plus à craindre que dans les amputations ou les désarticulations qui sont, d'ailleurs, refusées le plus souvent par les malades.

Anévrysme de Rasmüssen.

M. Bonnet. — Une jeune fille qui avait, depuis plusieurs mois, des cavernes dans le poumon droit eut, il y a quelques jours, deux fortes hémoptysies qui furent attribuées à la rupture d'un anévrysme de Rasmüssen; 48 heures après, elle mourut sans avoir eu de nouvelles hémoptysies. A l'autopsie on trouva, dans une caverne située dans le lobe inférieur droit, un anévrysme de la grosseur d'une fève; il est piriforme, pédiculé; son extrémité libre présente la petite fissure par laquelle s'est faite l'hémorrhagie. Cet anévrysme est plus gros que ceux que l'on trouve habituellement dans les cas semblables.

Abcès gazeux.

M. Gayet. — Je vous présente un lapin qui a servi à des expériences poursuivies avec M. Dor. Un malade ayant eu un abcès gazeux sous-claviculaire à la suite d'une piqûre anatomique, le pus qu'il a fourni fut ensemencé : les cultures sont restées stériles et, d'autre part, l'inoculation aux animaux a donné un résultat négatif sur un cobaye, positif sur un autre qui a présenté un abcès de la grosseur d'une mandarine, sans gaz. Le pus de ce dernier a été inoculé à un lapin chez lequel s'est développé un abcès sonore à la percussion, avec clapotage, crépitation, etc., bref avec tous les signes d'un abcès gazeux. Le même pus ensemencé donna des cultures fertiles dans le bouillon, stériles dans les autres milieux.

Le microscope a révélé la présence du streptocoque et d'un bacille tantôt court, tantôt filamenteux. Faut-il croire, avec M. Arloing, à une métamorphose du streptocoque, ou à un agent différent qui aurait la propriété d'engendrer des gaz? Les recherches ultérieures le diront peut-être. En tout cas Fränkel, en Allemagne, était le seul qui ait pu provoquer des abcès gazeux par inoculation.

Double lésion de l'orifice aortique.

M. Martin. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un cœur qui porte une double lésion de l'orifice aortique. Ces altérations se sont traduites cliniquement par des signes qui faisaient penser à un anévrysme de l'aorte. Il mourut subitement. Impossible de prendre le tracé sphygmographique. A l'autopsie l'aorte est absolument normale. Le cœur est énorme, pèse 900 grammes. L'oreillette droite, de la grosseur du poing, déborde à droite; le sternum est gorgé de caillots sanguins. Les valvules aortiques sont crétacées, il y a insuffisance aortique. Les formations crétacées se sont étendues sur la valve gauche de la mitrale, et ont envahi un de ses piliers. Il n'y a pas pourtant insuffisance mitrale. Toutes les cavités du cœur sont dilatées, le muscle cardiaque est flasqué et décoloré.

L'oreillette droite, fortement dilatée et gorgée de sang, s'étendait à droite du sternum et donnait la matité si étendue dont nous avons parlé.

Le souffle systolique était dû au rétrécissement aortique et l'état crétacé des valvules explique ce frémissement si intense qui se propageait, par l'intermédiaire de l'oreillette droite et de son contenu, dans une région limitée de la paroi thoracique.

La prédominance du rétrécissement aortique entravait l'apparition des phénomènes périphériques qui aurait permis de diagnostiquer l'insuffisance aortique.

M. Bard. — Cette pièce est certainement intéressante, mais elle l'est surtout parce que ce cœur présente un cordage ecto-

pique du ventricule gauche; ce fait doit être probablement mis en cause dans la symptomatologie. Ce cas se rapproche de ce que Corvisart appelait l'anévrysme total du cœur, c'est une dilatation en masse.

Sarcome des parties molles du creux poplité.

M. Planchu — Voici encore un sarcome enlevé par M. Jaboulay à une femme de 33 ans. Au moment de l'opération cette tumeur remplissait le creux poplité et venait pointer à la partie supéro-externe de la jambe vers la tête du péroné; elle était mobile sur les plans profonds, sans compression. L'énucléation fut décidée, et en la pratiquant on constata que le sciatique poplité externe ne tardait pas à se perdre dans la tumeur, se dégageant à la partie inférieure sous forme de quatre branches; il s'agissait donc d'un pseudo-névrome développé aux dépens de la gaine du sciatique poplité externe, mais comme le nerf put être dégagé et disséqué. La guérison fut complète et le membre inférieur récupéra tous ses mouvementt.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 25 Janvier 1897.

A propos du pyramidon.

M. Lépine. — J'ai pu, par injection intra-veineuse, déterminer sur le chien la toxicité du pyramidon (10 centigr. par kilogr.) toxicité plus forte que celle de l'antipyrine; il est vrai que les injections ont été poussées très rapidement. La mort eut lieu par syncope.

Appendicite avec perforation.

M. Lépine. — Ces pièces anatomiques proviennent d'un malade entré dans mon service avec une perforation appendiculaire. Cet homme, robuste, ayant présenté rapidement un état grave avec tympanisme abdominal, le diagnostic fait à son entrée fut celui de péritonite et occlusion intestinale.

L'autopsie a montré de la rougeur diffuse des anses intestinales, de la péritonite sans suppuration, sauf dans la fosse iliaque droite où se trouvaient des fausses membranes purulentes.

A ce niveau les anses de l'intestin grêle étaient coudées à angle très aigu, et il suffisait de les rompre pour rétablir la perméabilité de la lumière intestinale. En décollant ces adhérences, on tombait sur l'appendice agglutiné avec les anses voisines de l'intestin grêle. Là également pas de pus liquide; l'appendice présentait sur son bord droit une assez large perforation; il n'était pas transformé en cavité close, mais sa dilatation, très marquée, montrait qu'il y avait eu, à un moment donné, cavité close, la turgescence de la muqueuse au niveau de l'orifice de communication cæco-appendiculaire avait peut-être suffi, et c'est un travail de gangrène qui avait amené la perforation.

Ce cas est intéressant par ce fait que l'occlusion était due à une coudure brusque due à des fausses membranes très molles, et il est permis de supposer que, dans le cas particulier, des lavements énergiques auraient suffi, peut-être, à les rompre.

Quant au traitement chirurgical, le malade est entré trop tard à l'hôpital, sa péritonite septique était fatalement mortelle et la laparotomie ne l'eût probablement pas sauvé. Mais depuis trois mois, il avait eu des accès de coliques appendiculaires, et l'intervention à froid eût évité ces complications.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 25 Novembre 1896.

Kystes hydatiques multiples du foie

M. Vautrin. — Il s'agit d'une femme de 40 ans atteinte d'une tumeur de l'hypochondre droit, s'étendant jusqu'au niveau de la fosse iliaque, en dedans jusqu'à la ligne blanche et paraissant refouler le foie très fortement vers le thorax. On pensa à une tumeur rénale et plutôt à une hydronéphrose intermittente. La malade refusa longtemps l'intervention. Mais, voyant qu'elle s'amaigrissait, que les vomissements et la diarrhée empêchaient toute alimentation, elle finit par consentir à l'opération.

La laparotomie fut pratiquée sur la partie saillante de la tumeur c'est-à-dire latéralement. Au lieu du rein malade, on trouva une foie énorme, gras, violacé et mou. Des ponctions successives firent constater l'existence de deux kystes hydatiques intra-hépatiques qui furent ouverts et fixés à la paroi.

Les suites opératoires furent excellentes. La malade se remontait, lorsque, 4 semaines après l'intervention, des vomissements, la diarrhée, des douleurs épigastriques intenses, de la fièvre et des frissons reparurent. Une tuméfaction au creux épigastrique fit penser à un nouveau kyste suppuré. Par une laparotomie médiane on énucléa sur la face inférieure du foie un kyste hydatique de la forme et de la grosseur d'une vésicule biliaire distendue. De nouvelles ponctions dans le foie ne démontrèrent pas la présence d'autres kystes.

Cependant les symptômes s'aggravèrent et la malade succomba aux progrès de l'inanition et de la cachexie.

A l'autopsie on trouva, outre les 3 kystes opérés, trois autres kystes situés l'un sur la face convexe du foie, l'autre à la partie postéro-interne du lobe droit, le troisième sur le lobe gauche. Ce dernier, petit, était suppuré.

Ce cas est remarquable : 1° par le nombre des kystes hydatiques qui dépasse rarement deux; 2° par les dimensions extrêmement réduites des portions saines du foie, les kystes ayant absorbé tout le lobe droit; 3° par une déperdition considérable de bile qui, pendant 15 jours, atteignit une moyenne de 400 à 500 grammes par jour. Cette cholérrhagie se faisait par le drain plongeant dans un des kystes ouverts lors de la première intervention. Les faits de cholérrhagie aussi abondante tant rares.

Injections de sérum de Marmorek dans deux cas de septicémie post-opératoire.

M. Th. Weiss. — Dans le premier cas, à la suite d'une hystérectomie vaginale sont survenus des accidents de péritonite imminente. Ces accidents ont été conjurés par l'emploi d'injections sous-cutanées de sérum artificiel combinées avec deux injections de sérum de Marmoreck.

Dans un deuxième cas, analogue, le cinquième jour de l'opération, sans réaction péritonéale manifeste, s'est montré un gonflement brusque du cou. La malade est morte 22 heures après avec des troubles cérébraux rappelant ceux de la phlébite des sinus de la dure-mère. Une seule injection de Marmorek avait été faite dès l'apparition des accidents, mais sans succès.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance des 4 et 11 Janvier 1897.

Ulcère latent de l'estomac, perforation.

M. Bégouin. — Une jeune fille de 16 ans, depuis quelques mois, présentait des signes de chlorose avec douleur gastriques vives, vomissements alimentaires. Tout à coup, vers 3 heures de l'après-midi, elle ressentit une forte douleur dans l'hypochondre gauche, avec état syncopal. Transportée immédiatement à l'hôpital dans un état alarmant, elle fut examinée par M. Demons, qui porta le diagnostic de péritonite suraiguë par perforation de l'estomac, probablement atteint d'ulcère. Séance tenante, 21 heures après le début des accidents, il pratiqua la laparotomie médiane sus-ombilicale. Aussitôt le péritoine ouvert, il jaillit un flot de liquide analogue à du bouillon sale. A mesure qu'on déplace les anses intestinales recouvertes de fausses membranes molles, il s'en écoule d'autre; on l'éponge avec des compresses stérilisées, M. Demons va rapidement à la recherche de l'estomac qui est facile à trouver, car il est si *distendu* qu'on pourrait croire qu'il n'est pas perforé. Mais tout à coup, on voit sortir un jet de liquide de sa partie supérieure; un doigt est mis sur cet orifice qui est amené au milieu du

champ opératoire. A la partie la plus élevée de la face antérieure, près du cardia on trouve un orifice d'un tissu épaissi. M. Demons ferme la perforation par invagination. Malgré tous les soins consécutifs, la malade succombe.

A l'autopsie, en plus des signes d'une péritonite généralisée, on trouve sur la partie la plus élevée de la face postérieure, dans un point situé *juste en face* de la perforation suturée, une seconde perforation.

Il est donc de la plus haute importance, vu la rareté des cas de perforation double, de bien explorer la surface de l'estomac, dans une intervention de ce genre; car souvent les ulcérations sont si haut situées qu'elles passeraient inaperçues.

Ulcération tuberculeuse de la langue.

M. Genestous. — Le malade que je vous présente est atteint d'ulcération tuberculeuse de la langue. Il a des antécédents héréditaires et personnels de tuberculose pulmonaire. Il y a 2 mois parut une légère fissure de la langue. Actuellement au niveau du V lingual, exactement sur la ligne médiane, ulcération d'un centimètre de profondeur, donnant l'impression d'une langue incisée dont les bords se seraient écartés. Longueur : 2 centim. 1/2; largeur : 1 centim. 1/2; bords formant bourrelets en avant, déchiquetée, décollée en arrière. On trouve, à la région sous-axillaire et carotidienne, des ganglions arrondis, mobiles, de consistance fibreuse. L'ulcération, non douloureuse, ne gêne pas le malade. Les observations d'ulcérations tuberculeuses de la langue ne sont pas rares, depuis la thèse de Juillard, 1865. Mais les descriptions qui en ont été faites par Féréol, Laboulbène, Reclus, dans la *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, donnent comme signe principal, la douleur provoquant la gêne de la parole et de la mastication. M. Féréol établit un parallèle entre les tuberculoses de l'anus et de la bouche, au point de vue douleur. La première ne serait pas douloureuse, tandis que celle de la bouche l'est beaucoup.

L'examen du malade présent indique au contraire que son ulcération, quoique tuberculeuse, n'est pas douloureuse, même à la suite de cautérisations. Elle diffère des descriptions faites de lésions analogues et c'est à ce point de vue qu'elle m'a paru intéressante.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Bégouin. — Je vous présente 2 fibromes utérins qui ont été enlevés par la méthode de Doyen. Ils ont un volume qui aurait rendu très laborieux leur extirpation par le vagin, d'autant mieux qu'ils étaient situés très au-dessus de l'ombilic.

M. Demons fit une incision médiane jusqu'au pubis. Le tire-bouchon de Doyen fut implanté dans l'extrémité supéro-antérieure de la tumeur et facilita le renversement de la matrice sur le pubis, manœuvre qui, jointe à la position de Trendelenburg permit de voir la région du cul-de-sac postérieur. Une longue pince, enfoncée par un aide dans le vagin, défonça le cul-de-sac. M. Demons mena de ce point deux incisions obliquement ascendantes sur les parties latérales du fibrome, mit une longue pince sur l'extrémité interne de chacun des ligaments larges ainsi sectionnés et put alors décortiquer le fibrome.

Des ligatures avec de longs fils de soie furent jetées sur les ligaments larges. On en fit ressortir les bouts par le vagin qu'on bourra de gaze iodoformée avant d'avoir refermé l'abdomen.

Les deux opérations, très rapides, ont eu des suites très simples.

La rapidité de l'opération ainsi faite, la facilité que donne le tire-bouchon de Doyen de renverser le fibrome et de découvrir le cul-de-sac postérieur ont été évidentes. La position de Trendelenburg, la valve spéciale de Doyen ont rendu l'accès du petit bassin des plus faciles et les ligatures sur les ligaments larges très aisées.

En somme, l'opération de Doyen paraît être dans ces cas l'intervention de choix.

Fracture de la rotule.

MM. Martin et **Andérodias.** — Un marin de 34 ans tombe sur le genou droit et se fracture la rotule. A l'hôpital, 9 jours après l'accident, le 27 novembre, M. Demons pratiqua l'opération. Incision transversale, qui laisse écouler immédiatement une assez grande quantité de sang noirâtre; les esquilles osseuses sont enlevées et la synoviale lavée au sublimé à 1/1000. Rapprochant les deux fragments, M. Demons les suture au moyen de trois fils d'argent; les parties molles sont rapprochées au moyen de deux fils d'argent, en suture perdue. Le 9 décembre, les points de suture sont enlevés. Le 12, le bandage supprimé, le malade peut mouvoir sa jambe, marcher un peu. Depuis, le massage et l'électricité ramènent tous les mouvements en prévenant l'atrophie du triceps. 15 jours ont suffi pour la guérison de cette fracture.

M. Braquehaye. — Au point de vue du pronostic éloigné, il vaut mieux faire la suture osseuse d'emblée, pour empêcher que la marche ne soit gênée par la formation d'un petit cal.

M. Chavannaz. — Au point de vue fonctionnel, la nature du cal n'est pas tout.

Il faut compter avec la raideur articulaire et l'atrophie du triceps. On doit, hâtivement, faire du massage et des mouvements de flexion. Nous avons déjà appliqué ce principe dans le cas suivant : la rotule était brisée en 5 fragments; il existait aussi, au tiers supérieur de la jambe une vaste plaie contuse avec décollement de la peau. Le 8e jour après la suture nous avons massé notre malade et mobilisé son articulation. Trois semaines après le malade marchait; le 35e jour il faisait, à pied, une promenade de 3 kilomètres et depuis il a pu monter à bicyclette.

Prothèse testiculaire. Castration secondaire.

M. Vitrac. — La prothèse testiculaire est aujourd'hui pratiquée de façons assez diverses. J'ai dû enlever ce testicule en soie dans les circonstances suivantes :

Je fis, en juillet 1896, chez un homme de 55 ans, la cure radicale d'une grosse hernie inguino-scrotale. Un léger suintement sanguin persista : de l'infiltration des bourses se produisit et disparut, laissant un testicule emprisonné dur et douloureux.

En septembre, sur les instances du malade, M. Villar pratiqua la castration. L'opération de Bassini n'avait amené aucune striction fâcheuse sur le cordon. M. Villar fit au malade la prothèse avec le testicule en soie pelotonnée.

Suites opératoires bonnes. Un mois après la bourse droite était le siège d'un œdème dur. Quelques jours après, apparition d'un trajet fistuleux et suppuration légère.

Je dus faire l'ablation du testicule de soie et de la coque dure, fibreuse qui l'entourait. C'était du tissu de granulation très vasculaire.

L'intolérance de cet appareil semble être la règle. Le testicule en soie perd rapidement la souplesse qui lui donne l'apparence d'un testicule vrai, il est vite devenu aussi dur que ceux préconisés ailleurs; il a en outre des désavantages tenant à son défaut d'asepsie et adhérences rapides qu'il contracte avec ses enveloppes vivantes.

M. Braquehaye. — Pour obtenir la tolérance il faut l'asepsie parfaite. L'insuccès dans le cas particulier doit tenir à ce que l'opération a été faite en terrain infecté.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 Janvier 1897.

Rôle du traumatisme dans l'étiologie du tabès et de la sclérose en plaques.

M. Mendel a eu l'occasion d'observer dans le courant des dernières années, 9 cas de tabès dont l'étiologie semblait se rattacher à un traumatisme. Dans 7 de ces cas, l'examen a permis d'exclure très rapidement le rôle étiologique du traumatisme.

Dans les 2 autres, le rôle du traumatisme pouvait se soutenir.

Dans un de ces 2 cas, il s'agit d'un homme de 27 ans, blessé pendant la guerre de 1870 et dont la blessure a nécessité une amputation de la cuisse à 6 centimètres au-dessous de la hanche. En 1873, il constata une sorte d'engourdissement de son moignon, ce qui faisait qu'il ne sentait plus son pilon. Au bout d'un an, les mêmes phénomènes apparurent dans le membre inférieur; et en 1877, le malade succombait à un tabès typique. On peut donc penser que, dans ce cas, le traumatisme, puis l'opération, ont été suivis d'une névrite qui a provoqué le tabès. Toutefois, ce malade était syphilitique avant le traumatisme, et on peut se demander si ce tabès n'était pas produit par la syphilis jointe au traumatisme.

Dans le second, il s'agit d'un tonnelier de 42 ans, qui était tombé d'une hauteur de 9 mètres dans un tonneau rempli d'eau. Les symptômes du tabès se développèrent chez lui 3 mois après l'accident. Mais comme le malade était grand buveur de bière et d'alcool et qu'il travaillait ordinairement dans une cave humide, on pouvait se demander jusqu'à quel point le tabès relevait du traumatisme et s'il ne fallait pas incriminer en même temps l'alcoolisme et les mauvaises conditions d'hygiène, deux facteurs qui interviennent fréquemment dans l'étiologie du tabès.

Le traumatisme joue donc dans le tabès un rôle étiologique discutable et rare. Il n'en est pas de même de la sclérose en plaques où le traumatisme semble jouer un rôle étiologique très net.

Personnellement, M. Mendel a observé 4 cas où le rôle étiologique du traumatisme était manifeste.

Le premier cas est celui d'un forgeron qui tomba, en 1887, d'une hauteur de 7 mètres et se blessa à la tête et au dos. Au bout de 3 semaines, il a pu reprendre son travail; mais quelque temps après, il fut obligé de le quitter en se plaignant de troubles respiratoires et d'une sensation de constriction à la gorge. Ces symptômes furent d'abord attribués à l'hystérie traumatique, mais 3 mois après on vit se développer les tableau classique de la sclérose en plaques, qui persiste encore aujourd'hui.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme qui tombe avec un lourd sac de blé qui lui écrase le dos. Il peut se relever, a quelques vomissements, et après quelques jours de repos, peut reprendre son travail.

Au bout de 3 semaines il est obligé de s'arrêter, et un médecin consulté pour une tuméfaction du genou, diagnostique une affection spinale. En 1893, le diagnostic de sclérose en plaques est certain.

Le 3e cas est celui d'un facteur rural de 48 ans qui, en 1889, se heurte contre une palissade, tombe par terre et reste 1/2 heure sans connaissance. Cet accident est suivi de quelques troubles de la marche et de la parole. En 1890, le malade est projeté d'une voiture et se contusionne la tête et la colonne vertébrale, et cet accident est suivi de développement rapide de tous les signes de sclérose en plaques à forme ataxique, ce qui l'oblige de quitter le service.

Dans le 4e cas enfin, la sclérose en plaques s'est développée chez le malade à la suite d'une chute dans un tonneau rempli d'eau froide.

Une question qu'on peut se poser est celle de savoir pourquoi le traumatisme ne joue pas de rôle étiologique dans le tabès et intervient par contre très fréquemment dans la sclérose en plaques. M. Mendel pense que si l'on envisage le mode d'action du traumatisme, on comprend que ce dernier puisse provoquer une lésion disséminée, et soit incapable de produire une lésion systématique (sclérose des cordons postérieurs). En second lieu, il semble aujourd'hui démontré que le point de départ de la sclérose en plaques sont les vaisseaux. On comprend donc qu'un traumatisme ayant pour résultat une commotion du système nerveux central agisse sur les vaisseaux, produise des lésions vasculaires disséminées qui aboutissent à la sclérose en plaques du système nerveux.

M. Kron a cité un cas qui montre également que le rôle étiologique du traumatisme dans le tabès doit être accepté avec beaucoup de réserve.

Il s'agit d'une femme qui, quelques mois après une chute d'une hauteur de quelques mètres, présenta tous les symptômes de tabès. L'examen montra, en outre, l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle typique. Il devenait donc évident que la malade était tabétique avant l'accident et que le traumatisme avait simplement provoqué une hystérie traumatique.

M. Bruns a rapporté le cas d'une jeune fille qui, 8 jours après avoir glissé dans un escalier, a été prise d'amaurose de l'œil droit, puis de l'œil gauche. L'amaurose disparut, mais au bout de quelque temps parurent tous les symptômes de sclérose en plaques.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 2 Février 1897.

Diphthérie hémorrhagique.

MM. Stevens et **Parfitt** font observer que dans des cas de diphthérie terminés par la mort on a signalé la présence des bacilles diphthériques dans le sang du cœur, dans les poumons, la rate, les ganglions lymphatiques, les reins et les autres organes. Ils pensent pourtant que dans la plupart de ces cas l'infection du sang se fait par les microorganismes pyogènes, les streptocoques en particulier, qui viennent aggraver la situation, et ils estiment que dans la diphthérie hémorrhagique l'examen du sang montrera souvent la présence dans ce liquide des microorganismes pyogènes.

Dans 3 cas de diphthérie hémorrhagique qu'ils ont eu l'occasion d'examiner, la septicémie a été produite une fois par le bacille diphthérique, une autre fois par le pneumocoque, la troisième fois par le bacille diphthérique associé au streptocoque. Les cultures de ces bacilles diphthériques étaient pathogènes pour les cobayes, et les toxines qu'elles formaient pouvaient être neutralisées par les antitoxines diphthériques.

Endocardite à pneumocoques.

M. A. E. Garrod rapporte l'observation d'un homme de 39 ans entré à l'hôpital pour une toux avec aphonie datant de quelques semaines et chez lequel on trouva, à l'auscultation du cœur, un souffle systolique. Quelques jours après son entrée, le malade présenta tous les signes d'une pneumonie de la base gauche à laquelle il succomba.

A l'autopsie, on trouva le cœur gauche hypertrophié; toutes les valvules étaient normales, à l'exception des valvules aortiques qui n'étaient qu'au nombre de deux, chacune de dimensions égales, et étaient recouvertes de végétations. Il existait des infarctus dans le rein gauche et dans la rate; la base du poumon gauche était hépatisée. L'oreille moyenne était remplie d'un exsudat purulent; enfin le foie présentait les lésions de la cirrhose au début.

L'ensemencement du pus de l'oreille moyenne et du sang pris au cœur, donna lieu au développement de pneumocoques nombreux et de quelques streptocoques et colibacilles isolés. L'examen microscopique des végétations endocarditiques montra également la présence des pneumocoques.

D'après M. Garrod, ce fait montrerait que, comme les lésions acquises, les lésions congénitales constituent un lieu d'élection pour la localisation d'une nouvelle infection.

Persistance du thymus dans la maladie de Basedow.

MM. H. Mackenzie et **W. Edmunds** communiquent 2 cas de maladie de Basedow dans lesquels on a constaté à l'autopsie la persistance du thymus.

Le premier cas se rapporte à une femme chez laquelle la maladie de Basedow a débuté à l'âge de 26 ans et qui a succombé à l'âge de 31 ans, avec des phénomènes d'amaigrissement progressif.

A l'autopsie on trouva une hypertrophie de la glande thyroïde dont chaque lobe avait les dimensions d'un œuf de poule et était sillonné de nombreux vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Le

thymus, dont l'épaisseur mesurait 1/4 de pouce environ, était étendu, à la façon d'un tablier, au-devant de la face antérieure du péricarde; les deux lobes qui le formaient étaient réunis sur la ligne médiane. Il était plus pâle que la glande thyroïde, et entouré d'une enveloppe fibreuse.

Le second cas se rapporte à une femme de 75 ans, morte 18 mois après le début de la maladie de Basedow, qui était compliquée d'ascite et d'œdème généralisé.

A l'autopsie on trouva la glande thyroïde uniformément hypertrophiée, sa surface couverte de grosses veines dilatées. Les deux lobes du thymus étaient présents, mais atrophiés.

L'examen histologique du thymus a montré que, chez les deux malades, la structure de la glande était à peine modifiée : les corpuscules dégénérés et opaques (décrits par Hanau) étaient peut-être moins nombreux qu'à l'état normal, et il y avait en outre des cellules éosinophiles, mais on sait qu'on les rencontre aussi dans les thymus normaux.

D'après MM. Mackenzie et Edmunds la persistance du thymus dans la maladie de Basedow a été signalée si souvent qu'il ne peut être question d'une simple coïncidence, et on a pensé que la maladie de Basedow amenait une hypertrophie des vestiges du thymus ou arrêtait l'atrophie physiologique de cette glande. Ces faits ont donc conduit au traitement de la maladie de Basedow par l'ingestion de thymus. M. Mackenzie, qui a essayé ce traitement dans une vingtaine de cas, a constaté qu'il n'exerçait aucune influence ni sur la maladie elle-même ni sur ses symptômes.

M. Rose Bradford a observé 4 cas de maladie de Basedow dans lesquels on a trouvé, à l'autopsie, une hypertrophie du thymus. Cette hypertrophie s'observe, du reste, aussi dans la leucocythémie et la maladie d'Addison.

PATHOLOGICAL SOCIETY OF MANCHESTER

Séance du 20 Janvier 1896.

Polype du duodénum.

M. P. Thompson a montré un polype du duodénum trouvé à l'autopsie d'un homme de 75 ans chez lequel cette tumeur n'a jamais provoqué le moindre symptôme.

Le polype, des dimensions d'une noix, était attaché au pylore par un pédicule et pendait librement dans l'intestin. Ce pédicule se continuait avec une membrane muqueuse hypertrophiée formée en partie par la muqueuse stomacale, en partie par la muqueuse duodénale. La partie qui avait la structure d'une muqueuse stomacale se continuait à travers le pylore avec la muqueuse de l'estomac et obstruait presque complètement l'orifice pylorique, si bien que lorsqu'on remplissait l'estomac d'eau, il n'en passait qu'un petit filet dans le duodénum. Il existait en outre une légère invagination de la portion pylorique de l'estomac dans le duodénum.

L'examen histologique de la tumeur montra que le polype était un fibro-adénome.

Hémorrhagie cérébrale chez un enfant.

M. Lea a montré le cerveau d'une fille de 12 ans ayant succombé à une hémorrhagie intra-ventriculaire. L'enfant, qui a toujours été bien portante et qui ne présente pas d'antécédents personnels ni héréditaires particuliers, a été prise brusquement de céphalalgie et de vomissements, et succomba dans l'espace de deux heures.

A l'autopsie, le cœur et les viscères thoraciques et abdominaux furent trouvés normaux. Il n'y avait pas trace de méningite et extérieurement le cerveau paraissait normal. A la coupe on trouva un caillot dans le ventricule gauche et, à travers une déchirure de la cloison, du sang dans le ventricule droit. Le ventricule moyen contenait également du sang. Les ganglions de la base était intacts. Il n'y avait pas de tumeurs, et l'examen histologique montra que les petites artères cérébrales étaient normales.

Il s'agissait donc d'une hémorrhagie ventriculaire primitive probablement par rupture d'une veine du plexus choroïde. L'origine de l'hémorrhagie n'a pu être trouvée dans ce cas.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur : M. le Dr Empis, ancien président de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Guyot, médecin des hôpitaux; Boyer médecin-major; Ranvier, professeur au collège de France; Yersin, médecin des colonies.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine; Basin, médecin-major; Barrault, médecin de la prison de la Santé; Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin; Decori, médecin à Paris; Hellet, maire de Clichy; Philip (de Grasse); Cros (de Lamalou); Benoist (de Granville); Couvreur (de Gondrecourt); Boutellier, conseiller général de l'Orne; Joal (du Mont-Dore); Pasturaud (d'Etampes; Tafforin, conseiller général de la Haute-Vienne; Chénieux (de Limoges); Depasse, médecin des colonies.

Corps de santé militaire. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de 2e classe Laurens, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

M. le médecin-major de 1re classe Kaufmann, pour le 113e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de 2e classe, Baur, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Fabre, pour le 14e hussards; Pelletier, pour le 10e escadron du train; Rémy, affecté à la direction du service de santé du 16e corps d'armée; Alvernhe, pour le 19e escadron du train; Ecot, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie; Batut, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Courtois, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Collet, pour le 3e zouaves; Gilles, pour le 61e d'infanterie; Guirlet, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Moingeard, pour l'emploi de surveillant au Val-de-Grâce; Mignon, pour le 42e d'infanterie; Ribierre, pour le 127e d'infanterie; Ollier de Vergèze, pour le 3e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lanusse-Croussé, pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye; Braun, pour l'emploi de surveillant à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon; Cuvillier, pour le 1er spahis; Glorget, pour le 2e cuirassiers; Vialle, pour l'emploi de surveillant à l'Ecole de service de santé militaire de Lyon; Menut, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Montalti, pour le 20e dragons; Coupry, pour le 34e d'artillerie; Tourtarel, pour le 2e zouaves; Raynaud, pour le 59e d'infanterie; Demond, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Dumas, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. le médecin aide-major de 2e classe Gorse, pour le 123e d'infanterie.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 20 février 1897, à 10 heures du matin, et la continuera les samedis suivants à la même heure.

Les conférences auront lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

Conférences d'externat. — MM. Chaillous, Hennecart, Monthus et Sauvage, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat le mercredi 10 février 1897, à 8 heures du soir, à l'Hôtel-Dieu annexe, 33, rue de la Bûcherie.

Et la continueront les mercredis suivants à la même heure.

Annuaire de l'internat. — Une nouvelle édition de l'Annuaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris est en préparation. Les internes ayant quitté l'internat dans ces quatre dernières années, notamment ceux qui ont terminé cette année sont priés d'envoyer l'adresse de leur domicile au secrétaire de l'Association amicale des internes et anciens internes, à M. le Dr Feulard, 20, rue Saint-Georges, Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Thyroïdite chronique (p. 145). — Môle hydatiforme et déciduome malin (p. 146).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement du goitre (p. 147).
REVUE DES THESES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Etude comparée des sérums. — Traitement du croup à la campagne par l'intubation. — Sérum antidiphthérique. — Paralysies ascendantes aiguës (p. 150). — Accidents gravido-cardiaques. — *Thèses de la Faculté de Bordeaux* : Appareil musculaire du gros intestin chez l'homme et quelques mammifères. — Absorption du salicylate de méthyle. — Gastro-entérostomie. — Cure radicale des hernies inguinales. — Lombricose (p. 151). — Lithiase intestinale. — Peptogénie. — Gymnastique respiratoire. — Argus réflexus. — Rupture du tendon épicondylien. — Fabrication du papier. — Kystes de l'épiglotte. — Région sous-glottique du larynx. — Tumeurs bénignes de l'amygdale. — Ophthalmie purulente des nouveau-nés. — Extirpation des glandes lacrymales. — Innervation des glandes lacrymales (p. 152). — Suc pulmonaire. — Levure de bière dans le diabète sucré. — Délire prophétique (p. 153).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine* : Inflammation sèche des sinus pleuraux. — Injections interstitielles. — Cas de lévolosurie (p. 153). —*Neuropathologie* : Excitation électrique. — Zone excitable du cerveau. — Erythromélalgie. — Embolies aseptiques. — Syringomyélie (p. 154).
MÉDECINE PRATIQUE. — Insertion vicieuse du placenta. — Désinfection des mains en chirurgie (p. 155). — Péronine. — Ichthyol (p. 156).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Variété très rare de thyroïdite chronique,

Par le Dr E. Tailhefer,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

De toutes les maladies de la glande thyroïde, son inflammation chronique est la moins connue. Sa symptomatologie plutôt silencieuse et son habituelle bénignité ne sont guère faites pour attirer l'attention. Bien des fois elle disparaît comme elle est venue, lentement et progressivement. Il est pourtant des cas très rares où, par ses adhérences et sa dureté, elle met le diagnostic en défaut; on pense à un cancer et une intervention chirurgicale est pratiquée; l'examen microscopique vient dissiper l'erreur et à la place de la néoplasie maligne, on est tout surpris de voir les éléments constitutifs de l'inflammation chronique. C'est une de ces variétés que nous avons observées dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Jeannel (de Toulouse). Dans l'étude qui va suivre, nous décrirons d'abord les phénomènes dont nous avons été le témoin, nous tâcherons ensuite de les interpréter.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, né et domicilié dans un village pyrénéen où l'on trouve quelques goitreux. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Son passé personnel n'est chargé que de quelques légères laryngites sur lesquelles notre enquête, pour minutieuse qu'elle ait été, n'a pu obtenir de renseignement précis.

Au cours de la dernière de ces affections du larynx apparut dans la région thyroïdienne une tuméfaction qui acquit progressivement dans l'espace de 3 mois ses dimensions actuelles, sans être douloureuse et sans apporter de gêne à la respiration.

L'examen de cette lésion cervicale nous montra que le lobe gauche de la glande thyroïde faisait une légère saillie sous la peau, qu'il était immobilisable, d'une dureté ligneuse, non douloureux, qu'il déviait le larynx et mesurait 6 centimètres sur 6.

La peau était saine et non adhérente; l'état général excellent. Le diagnostic de tumeur de la glande thyroïde fut porté et on pratiqua une intervention. Dès que les incisions cutanées et musculaires furent faites, nous vîmes une tuméfaction qui, étant profondément enclavée, était bien plus volumineuse qu'elle ne paraissait. Elle adhérait aux gros vaisseaux, n'avait pas de limites précises et allait se perdre vers la base du crâne. M. le professeur Jeannel essaya de dégager cette masse morbide en se servant surtout de ses doigts, mais il ne put en extirper qu'une minime portion, du volume d'un abricot. En raison de la friabilité des vaisseaux qui ne tenaient pas la ligature, il laissa à demeure quelques pinces hémostatiques et ne fit pas de suture. Pendant les 12 jours qui suivirent cette intervention le malade alla très bien au double point de vue local et général. Dans la nuit du 12e au 13e jour il eut une hémorrhagie par l'artère carotide primitive gauche. L'infirmier de la salle enleva le pansement et, ne voyant pas de jet artériel, appliqua sur la plaie un tampon de gaze iodoformée. Après cette manœuvre le sang ne coula plus. A l'heure de sa visite M. le professeur Jeannel voulut vérifier la sureté de cette hémostase et fit une irrigation de la plaie : aussitôt il recevait en pleine figure un formidable jet de sang. Mettant immédiatement un doigt sur l'artère il demanda l'aiguille de Deschamps, et, comme celle-ci était en réparation, il prit un clamp aseptique qu'il avait sous la main et pinça tout le paquet vasculo-nerveux. A ce moment précis le malade eut de la suffocation et vomit. Pendant les 19 heures suivantes il alla très bien. A la 20e heure, il devenait brusquement aphasique et hémiplégique du côté droit. En même temps il entrait dans la coma pour n'en sortir que 48 heures après; sa température s'élevait à 39°6, et après avoir oscillé 6 jours durant autour de ce sommet revenait à la normale. Deux jours après, le malade avait eu le hoquet et le gardait pendant 3 jours, 12 jours après il présentait une panophthalmie septique de l'œil gauche, 2 mois après son hémiplégie disparaissait et 3 mois après son aphasie tendait à disparaître puisqu'il prononçait des monosyllabes (1). A l'heure actuelle son état général est excellent, mais il n'y a pas de progrès du côté du langage articulé.

L'examen histologique nous a démontré que la tumeur de notre malade ne présentait d'autres éléments que ceux de l'inflammation chronique.

Tel est le fait que nous avons observé au point de vue clinique, opératoire, histologique.

Quelle en est l'interprétation?

Après avoir consulté les travaux de Wölfler, de Riedel, de Jéna, et demandé par lettre à ce dernier et au Dr Cadua (de Hambourg) ce qu'ils pensaient sur la thyroïdite chronique, après avoir lu les publications de Maisonneuve, de Désormeaux, de Richet, de Léon Lefort sur la ligature de la carotide primitive nous avons adopté les explications suivantes :

Quelle était la nature et le siège anatomique de cette lésion du cou? Ce n'était pas le phlegmon ligneux décrit par Reclus puisqu'il n'y avait ni suppuration ni tendance à suppuration et que la peau était absolument saine. Fallait-il croire à une syphilis? Nous n'en lisions pas la signature histologique, mais comme elle est parfois indéchiffrable, nous avons eu quelques hésitations avant de rejeter ce diagnostic. Il ne s'agissait pas davan-

1. Grâce à l'obligeance de M. Bonshoms, étudiant en médecine, nous avons appris que notre malade avait fait une pneumonie droite 35 jours après la section du pneumo-gastrique, pneumonie diagnostiquée par le médecin traitant et parfaitement caractérisée, paraît-il.

tage de fibrosarcome, de fibrome thyroïdiens. Ces 2 tumeurs n'envahissent pas la gaine des vaisseaux voisins. En réalité, nous étions en présence de tous les éléments de l'inflammation chronique.

Cellules inflammatoires, tissu conjonctif à faisceaux gonflés évoluant vers le type fibreux et tissu fibreux. Bien que nous n'ayons pas vu sur nos coupes une seule vésicule thyroïdienne nous pensons que l'inflammation chronique que nous venons de signaler s'est développée dans la glande thyroïde. L'examen clinique, en effet nous a appris que la tuméfaction que nous observions avait un siège thyroïdien, et de plus, au cours de l'intervention de M. le professeur Jeannel, nous avons constaté que la lésion était située aux lieu et place du lobe gauche de la thyroïde. Enfin pourquoi l'inflammation chronique n'aurait-elle pas produit ici ce qu'elle fait maintes fois sur la mamelle, l'utérus, le testicule, la prostate? Elle a détruit les éléments nobles de l'organe et l'a converti en bloc fibreux. Il nous a été impossible de savoir si l'Inflammation chronique s'était développée aux dépens du tissu thyroïdien normal ou du tissu d'un goitre. Dans le doute nous suivons l'usage qui a prévalu en France et nous choisissons la dénomination de thyroïdite parce qu'elle est plus générale. La cause de cette thyroïdite est une infection atténuée du sang. D'où vient celle-ci? Peut-être du larynx, en raison des antécédents laryngés que nous avons signalés, mais nous nous gardons d'être trop affirmatifs.

Le tissu inflammatoire avait avec les gros vaisseaux du cou les plus étroites adhérences; la déchirure de celles-ci au cours de la tentative d'extirpation dut amener l'amincissement de la paroi de la carotide primitive gauche. Un petit anévrysme se forma qui se rompait quelques jours après à l'occasion d'un léger trauma ou de l'usure de sa poche. 20 heures après l'application du clamp sur le paquet vasculo-nerveux, la thrombose était réalisée dans une portion du segment gauche du cercle artériel de Willis : l'aphasie et l'hémiplégie en furent les effets. Même processus de thrombose dans l'artère ophthalmique, mais comme le pied du thrombus baignait dans un clapier purulent, à savoir la plaie cervicale, une panophthalmie septique se déclara. Si le thrombus cérébral ne s'est pas infecté pareillement, c'est peut-être en raison de sa plus grande longueur, par suite du trajet de la barrière plus considérable qu'il opposait aux microbes. Enfin des suppléances vasculaires se sont établies puisque l'hémiplégie a disparu. Quant à l'aphasie, ou plus exactement quant à l'aphémie, nous nous sommes assuré en effet que le malade n'avait été et n'était privé que de la faculté du langage articulé; quant à l'aphémie, elle tend à disparaître. Sommes-nous dans la période de formation d'une suppléance vasculaire ou fonctionnelle, ou bien serait-ce le moment de l'éducation d'une autre partie du cerveau en vue de la reconstitution d'un centre du langage articulé? Nous ne saurions le dire.

Il ne reste à expliquer que la pneumonie droite, survenue 35 jours après la section du pneumogastrique gauche. Nous rappelant que le réflexe respiratoire est entretenu : 1° par les filets sensitifs du pneumogastrique; 2° par les nerfs cutanés, et que les physiologistes ne peuvent séparer ces agents nerveux sous peine d'arrêter la respiration dans le poumon correspondant, nous pensons qu'après la section de son pneumogastrique gauche, notre malade ne devait plus respirer que par son poumon droit et que le dernier organe a dû seul assurer le service de l'hématose. Ce surcroît de travail n'a pu que le mettre dans un état de congestion permanente, un refroidissement a été supporté, paraît-il, qui a encore augmenté cette congestion et le milieu est devenu favorable au pneumocoque, si tant est qu'il y ait eu pneumocoque, ce que nous ignorons puisqu'il n'y a pas eu d'examen bactériologique. Cette interprétation ne veut être qu'une hypothèse, car il est évident que pour avoir eu un pneumogastrique sectionné on n'en est pas moins exposé, comme tout le monde, aux affections respiratoires.

Contribution à l'étude des rapports de la môle hydatiforme et du déciduome malin,

Par M. le Dr Narcisse Bellin.

La môle et le déciduome sont deux affections dépendant l'une et l'autre d'une altération du placenta ou de débris placentaires. Au point de vue clinique, ces deux affections sont également caractérisées par l'existence d'une tumeur entraînant des métrorrhagies. Ce symptôme est beaucoup plus grave dans le déciduome que dans la môle, où il peut même faire défaut. Le pronostic est relativement bénin dans la môle qui est, en général, expulsée totalement, mais il faut se souvenir de la fréquence du déciduome après l'expulsion de cette tumeur vésiculaire. Le pronostic du déciduome doit sa gravité exceptionnelle à l'envahissement précoce des vaisseaux par les éléments néoplasiques et aux métastases lointaines et généralisées qui s'effectuent dès le premier stade de la maladie. Histologiquement, la môle est une dégénérescence myxomateuse du mésoderme fœtal, une tumeur conjonctive végétant sur place, présentant peu de tendance à l'envahissement et dans laquelle les éléments épithéliaux ne jouent qu'un rôle secondaire. C'est toujours aux dépens d'une villosité entièrement développée qu'elle prend naissance.

Le déciduome provient de l'élément épithélial du placenta, de l'ectoderme fœtal : c'est avant tout une tumeur épithéliale. Il peut naître soit du syncytium d'une villosité normale, soit de débris syncytiaux siégeant dans une môle ou un polype placentaire. Il peut naître enfin de l'ectoderme fœtal subissant la transformation néoplasique dans les premiers stades de son développement, alors que l'ectoplacenta ne forme qu'une masse plasmodiale non encore pénétrée par le mésoderme fœtal. Il ne s'agira, dans ce cas, que d'une tumeur formée uniquement par les grosses masses plasmodiales caractéristiques.

Histologiquement, le déciduome est formé par des masses protoplasmiques spéciales, caractéristiques dessinant soit des villosités, soit des aréoles, affectant une prédilection toute spéciale pour les vaisseaux materrels dont ils viennent détruire et remplacer les parois, en formant ainsi un système circulatoire lacunaire tapissé d'épithélium, absolument unique dans l'histoire des tumeurs et dont on ne retrouve une analogie que dans l'histoire du placenta. La dégénérescence myxomateuse des villosités choriales est absolument inconnue dans ses causes. Pour ce qui est du déciduome, il semble que l'on pourrait invoquer une greffe de l'ectoplacenta sur la paroi utérine cruentée, greffe éminemment facilitée par les progrès de l'asepsie chirurgicale. Celle-ci, en éloignant ou détruisant les microbes, permet la rétention de débris placentaires et les met dans les meilleures conditions de vitalité et de nutrition pour leur permettre de se greffer et de proliférer.

Au point de vue de l'intervention, la môle ne nécessite qu'une évacuation simple; le déciduome, au contraire, exige un diagnostic précoce et une intervention radicale et hâtive. La guérison ne peut être espérée qu'à ce prix. Toutefois, quelle que soit l'époque à laquelle on ait pratiqué l'hystérectomie totale, la malade devra toujours être surveillée attentivement et longtemps, les métastases pulmonaires ou généralisées ayant pu s'éblir avant l opération et pouvant se manifester jusque deux ans après cette intervention chirurgicale (1).

1. Th. de doctorat, Paris, 1896-97, n° 90.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement chirurgical des goitres.

D'après un mémoire de M. Léon Bérard.

On sait par quelles vicissitudes a passé la chirurgie du corps thyroïde, et comment, après les désastres de la thyroïdectomie totale, on a étudié et perfectionné les procédés de thyroïdectomie partielle. A diverses reprises, nous avons analysé ici les travaux publiés sur ce sujet en Allemagne et en Suisse. De la région lyonnaise nous sont venus plusieurs travaux importants de Poncet, dont un élève, L. Bérard, vient de publier sur ce sujet une thèse remarquable (Lyon, 1896-1897). Pour l'analyser, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter au *Bulletin médical* l'article que Doubre vient de lui consacrer.

Il ne s'agit dans ce travail que du goître bénin, le goître de mauvaise nature, c'est-à-dire le cancer thyroïdien, devant être mis à part, tant au point de vue de l'évolution clinique que des indications thérapeutiques. Dans le goître bénin doivent être compris, outre le goître exophthalmique, tous ceux qui rentrent dans les deux catégories de la classification générale de Wölfler et de Rivière : hypertrophies de la glande, adénomes. Dans la première catégorie rentrent les *goîtres charnus* et les *goîtres vasculaires*, dans la seconde le *goître fœtal* et l'*adénome gélatineux*, type habituel du goître des adultes, subissant plus tard la transformation kystique et polykystique. Ces types cliniques sont importants à retenir, car si pour les uns, par exemple, la thyroïdectomie extra-capsulaire ou l'énucléation intra-glandulaire peuvent être des opérations de choix, pour les autres, les goîtres uni et polykystiques, c'est surtout à l'énucléation massive qu'il faudra recourir.

Pour entreprendre ces exérèses sanglantes, il est nécessaire d'avoir une connaissance approfondie de l'anatomie pathologique de la région thyroïdienne et de la glande elle-même. Toute la première partie de l'ouvrage de M. Bérard y est consacrée. Il ne faut pas oublier que l'on est ici dans une région dangereuse; le corps thyroïde affecte des rapports intimes avec les organes voisins (trachée, vaisseaux et nerfs); or, ces rapports sont modifiés plus ou moins profondément par l'hypertrophie de la glande. C'est ainsi que la trachée subit des altérations profondes; outre la compression qui l'aplatit, la déforme et la coude, elle subit un ramollissement atrophique sur lequel Rose a particulièrement insisté en 1878, et qui peut être l'origine d'accidents graves. C'est ainsi encore que lorsque la tumeur intéresse les lobes latéraux et postérieurs de la glande, le paquet vasculo-nerveux (carotide, veine jugulaire, pneumogastrique) est refoulé en masse et les rapports de ces trois organes sont changés, ils peuvent donc dérouter l'opérateur et être la cause d'accidents redoutables. Dans ces mêmes goîtres latéraux, l'artère thyroïdienne supérieure est allongée, soulevée, venant battre sous les téguments; son calibre est notablement agrandi, il peut atteindre le volume de la carotide. La thyroïdienne inférieure, au contraire présente une diminution de calibre, par suite de la compression qu'elle subit, elle offre dans son trajet les modifications les plus variées, particulièrement dans ses rapports avec le récurrent; de là les dangers de blesser ou de pincer ce nerf dans la ligature de l'artère.

Encore bien plus que les artères, les veines, par leur ectasie, l'amincissement de leurs parois, leur friabilité, la perte de leur élasticité, sont une source de dangers : dangers d'hémorrhagies, dangers de l'entrée de l'air, augmentés encore de ce fait que, les veines étant avalvulées, sont toutes solidaires les unes des autres.

Quant aux nerfs, il faut se souvenir des adhérences possibles des laryngés supérieur et externe, du récurrent avec la capsule. Si les troubles consécutifs à la blessure des laryngés supérieur et externe sont minimes, il n'en est pas de même de ceux qu'amène la blessure ou le pincement du récurrent, et nous avons dit combien, sous ce rapport, est dangereux son voisinage avec la thyroïdienne inférieure.

Enfin, la connaissance de la structure macroscopique de l'organe thyroïdien est des plus nécessaires pour le chirurgien. C'est ainsi qu'il faut bien s'entendre sur ce qu'on doit désigner sous le nom de *capsule propre*.

L'aponévrose cervicale moyenne, en passant devant les organes qu'elle recouvre, envoie des dédoublements fibreux sur chacun d'eux, leur constituant des loges distinctes. La glande thyroïdienne est entourée d'une de ces expansions aponévrotiques, gaine viscérale ou *capsule externe*, bien différente de la capsule thyroïdienne propre. Cette dernière est au corps thyroïde ce que la capsule de Glisson est au foie. Elle adhère intimemement au parenchyme dont elle ne peut être détachée sans en emporter des parcelles. Elle envoie, en effet, par sa face profonde, une série de cloisons fibreuses, ramifiées entre les lobules thyroïdiens.

C'est *en dehors* de cette capsule que se pratique la thyroïdectomie partielle, c'est en dehors d'elle qu'agissaient Kocher, Billroth, malgré la dénomination de thyroïdectomie sous-capsulaire qu'ils donnaient à leur intervention, comprenant sous le terme unique de capsule tous les plans conjonctifs étalés devant la glande.

C'est *en dedans* de cette capsule qu'agit M. Poncet dans son opération de l'énucléation massive qui, de ce fait, prend place entre la thyroïdectomie et les opérations intra-glandulaires.

S'il est important de bien fixer les limites et la nature de la capsule propre, il ne l'est pas moins de connaître la distribution des vaisseaux dans l'épaisseur de cette capsule et au-dessous d'elle, car c'est sur cette distribution vasculaire que reposent les particularités qui spécialisent l'opération de M. Poncet, qui la différencient si bien, au point de vue du danger opératoire, de la thyroïdectomie.

Or, les branches des artères thyroïdiennes se répandent en un lacis irrégulier à la surface et dans l'épaisseur de la capsule pour se diviser au-dessous d'elle en fines ramifications qui suivent les cloisons fibreuses et entourent les lobules (cette distribution des vaisseaux thyroïdiens, leurs anastomoses, leurs entrelacements, sont assez heureusement représentés dans le livre de M. Bérard par deux reproductions radiographiques). Le lacis veineux est non moins riche que le lacis artériel.

Dans la thyroïdectomie extra-capsulaire, il faut compter avec cette riche vascularisation; la libération de la tumeur est des plus laborieuses, et dans ce temps de l'opération les hémorrhagies les plus sérieuses sont à redouter; on ne doit avancer que la pince à la main.

Au contraire, si on opère au-dessous de la capsule, dès qu'on s'est éloigné de quelques millimètres des pédicules vasculaires et de la capsule propre, on peut être à l'abri d'une hémorrhagie sérieuse.

Dans certains goîtres parenchymateux ou polykystiques, qui prennent naissance dans la zone médullaire, la zone corticale, doublée de la capsule, est refoulée, atrophiée, et il se forme entre elle et la tumeur un plan de clivage

où il est facile d'évoluer sans rencontrer de vaisseaux importants.

Telles sont les indications majeures que donnent à la chirurgie les connaissances anatomiques et anatomo-pathologiques.

Avant toute opération de goître se pose une question préalable. Faut-il pratiquer l'anesthésie? Et dans de cas, à quel anesthésique devra-on donner la préférence : au chloroforme ou à l'éther?

D'abord, en règle générale, à moins que par son volume et sa situation profonde le goître soit une menace d'asphyxie, on doit anesthésier; il faut, en effet, au chirurgien, dans une opération qui a son côté dramatique, toute liberté d'action et tout le temps voulu. Les chirurgiens lyonnais, partisans de l'éther, l'emploient presque exclusivement; cependant M. Poncet préfère le chloroforme chez les enfants et les sujets dont l'arbre aérien est en mauvais état (emphysémateux, malades à sécrétions bronchiques exagérées, etc.).

Le manuel opératoire dans la thyroïdectomie extra-capsulaire qui peut, dans ses grandes lignes, servir de type pour toutes les autres opérations, comprend 5 temps : 1° incision des parties molles; 2° libération de la tumeur: 3° ligature et section des artères ; 4° section du pédicule; 5° sutures.

Devant, avant tout, voir ce qu'on fait, il faut pratiquer une longue incision dépassant les limites apparentes de la tumeur.

La libération de la tumeur, que nous avons signalée plus haut comme périlleuse, l'est surtout dans les vieux goîtres soudés aux parties voisines par des hémorrhagies, des poussées inflammatoires ou des injections irritantes; dans ces cas, au lieu de s'obstiner à la libération de la tumeur, il est bien préférable de perforer la capsule, de chercher au-dessous d'elle un plan de clivage sûr et de terminer par une énucléation massive ou bien de laisser en place le goître incomplètement libéré.

Dans la ligature des vaisseaux il sera bon, particulièrement pour les veines si friables, de ne les lier que tardivement pour ne point tirailler les fils au cours de l'opération; il faut, avant la section, les saisir entre deux pinces; quelquefois même, si les veines sont déchirées, on est obligé de placer un certain nombre de pinces sur le même vaisseau et même de les laisser à demeure 24 ou 48 heures en les prenant dans le pansement (obs. IV de M. Bérard).

Quant aux artères, l'indication la plus pressante ressort de ce qui a été dit au sujet des rapports de la thyroïdienne inférieure et du récurrent. Pour éviter de lier le nerf, Kocher lie le tronc artériel, Wölfler, au contraire, lie les branches terminales.

Dans la section du pédicule, le danger à éviter est l'affaissement de la trachée ramollie au moment où elle n'est plus soutenue par ce pédicule. Le mieux sera de laisser un lambeau de tumeur comme soutien si on craint cet affaissemement, ou, si on est surpris par lui, on peut, suivant les procédés de Kocher et de Maas, passer un fil dans chacune des parois latérales de la trachée et nouer les deux chefs en avant du conduit, ou chacun d'eux au sterno-mastoïdien correspondant.

Les sutures doivent ménager dans les plans profonds une ouverture pour laisser passer un drain et favoriser l'écoulement séro-sanguin qui se produit habituellement pendant quelques jours, quelque exacte qu'ait été l'hémostase. Les lavages seront modérés; il faut être sobre d'antiseptiques forts, leur emploi a été incriminé dans les accidents survenus du côté des récurrents.

Telle est l'opération de la thyroïdectomie, à laquelle ont été apportées de nombreuses modifications, que M. Bérard passe en revue dans son ouvrage (procédés de Mikulicz, de Hahn).

Les accidents inhérents à la thyroïdectomie doivent lui faire préférer les interventions sous-capsulaires : l'énucléation intra-glandulaire ou l'énucléation massive.

L'énucléation intra-glandulaire a été surtout préconisée par Socin. Le goître, dit ce chirurgien, étant anatomiquement composé de nodules de volume variable, enkystés dans une coque d'où ils sont énucléables, l'opérateur doit aller droit sur les noyaux et les énucléer. Mais tous les goîtres ne sont pas ainsi nucléaires et justiciables de la strumectomie. Si à Bâle, fait observer M. Broca, dans le chapitre « Corps thyroïde » du *Traité de chirurgie*, cette forme paraît prédominer, à Berlin, par exemple, elle semble très rare. Hahn n'en a pas rencontré; de plus, dans les anciens goîtres enflammés, les noyaux sont souvent trop adhérents à leur gangue pour en être détachés. Ces noyaux peuvent, en outre, être trop rapprochés des pédicules vasculaires; il vaut mieux alors tenter l'énucléation massive.

Pour les hypertrophies lobaires, pour lesquelles la thyroïdectomie semblait, bien à tort, conserver ses droits, pour les goîtres polykystiques, l'énucléation massive est la méthode de choix. « Pour ce qui est de ces dernières tumeurs, dit M. Poncet dans sa communication à l'Académie de médecine, elles ont à un tel point distendu le tissu thyroïdien qu'elles en ont amené l'atrophie et se sont plus ou moins complètement substituées à lui. »

Dans le manuel opératoire, le premier temps ne diffère pas de celui de la thyroïdectomie; dans le deuxième temps, incision de la capsule et libération de la tumeur; il faut bien reconnaître quand on est sur la tumeur; ici, comme dans la recherche du sac dans la hernie étranglée, on peut dire que tant qu'on hésite on n'y est pas; il faut pénétrer franchement à travers les plans fibreux jusqu'à ce qu'on reconnaisse le tissu grenu de la glande de la paroi violacées des kystes; avec les doigts on recherche le plan de clivage entre la couche corticale atrophiée et la tumeur. « Les manœuvres de décollement, dit M. Poncet, se font alors avec la plus grande facilité, sans danger pour les organes voisins, sans crainte d'hémorrhagie. » Que si, dans des goîtres anciens et enflammés, la tumeur a contracté par places des adhérences avec la capsule, interrompant ainsi le plan de clivage, « ce dernier, dit M. Bérard, doit être cherché momentanément en dehors jusqu'à ce qu'on approche des pédicules vasculaires. A ce moment, la capsule est ouverte et la tumeur énucléée de sa face profonde ».

Au cours de l'opération, un certain nombre de rameaux vasculaires parenchymateux sont déchirés, mais ils sont de trop petit calibre pour donner lieu à une hémorrhagie sérieuse; l'hémostase immédiate avec des pinces est des plus faciles pourvu qu'on prenne quelques précautions dans la profondeur du lobe pour ne point perforer la paroi postérieure de la capsule et ne pas pincer le récurrent.

Après l'ablation de la tumeur, il reste une cavité à surface saignante, le sang sourd en nappe des débris du parenchyme adhérents à la capsule. Pour arrêter cette hémorrhagie, la pratique de M. Poncet est excellente; elle consiste à affronter les surfaces par une suture au catgut, de façon qu'il ne reste plus de cavité; l'hémostase est parfaite; si la capsule épaissie ne se prête pas à cet affrontement, on comble le vide restant par une petite mèche iodoformée sortant de l'extrémité inférieure de la

plaie. Le minimum de cicatrice est assuré par une *suture intra-dermique* qui consiste à passer un fil de soie en faufilage dans l'épaisseur même de la tranche cutanée, avec un plomb d'arrêt à chaque extrémité. Telle est l'opération des chirurgiens de Lyon (Jaboulay, Poncet) pratiquée dans un quart des cas de goître traités par la chirurgie sanglante.

On peut juger du résultat heureux de cette intervention grâce aux observations réunies par M. Bérard, et appuyées des photographies des malades avant et après l'opération.

Dans la strumectomie, le manuel opératoire est à peu près le même; seulement ici l'énucléation se fait nodule par nodule; c'est une affaire de patience. Il faut faire attention à ne pas perdre le contact du nodule qu'on libère et à arriver sur les voisins par le plus court chemin possible, de façon à ne pas trop dilacérer le parenchyme interposé et à ne pas s'égarer dans la glande, dont on reconnaît d'ailleurs facilement le tissu plus mou, plus foncé et plus homogène.

Si on compare les accidents opératoires et post-opératoires dans les deux genres d'opérations que nous avons succintement décrites, la thyroïdectomie d'une part, l'énucléation massive ou intra-glandulaire d'autre part, on voit combien plus de sécurité donnent ces deux dernières opérations : sécurité dans l'anesthésie à cause de la moindre durée de l'opération; sécurité contre la blessure du récurrent — protégé qu'il est par la capsule et sa doublure parenchymateuse —; sécurité contre l'affaissement de la trachée ramollie, soutenue qu'elle est latéralement par la capsule. Cependant M. Poncet eut une fois, de ce fait, à pratiquer la trachéotomie (obs. XXVIII du travail de M. Bérard).

Le seul risque à courir éventuellement dans l'énucléation massive est la possibilité d'une déchirure vasculaire: lorsqu'on est obligé de raser de trop près la capsule au voisinage des pédicules vasculaires, les premiers rameaux de bifurcation des artères pourront être lésés; dans ce cas, le mieux sera de lier le tronc de l'artère intéressée, s'il est visible, plutôt que de poser des ligatures multiples sur ses branches dans l'intérieur de la capsule. C'est ce que M. Poncet a dû faire plusieurs fois; il a lié quatre fois la thyroïdienne supérieure, deux fois la thyroïdienne inférieure. Malgré les anastomoses intra-glandulaires la ligature d'une seule artère suffit (obs. XXV du travail de M. Bérard).

Depuis longtemps un fait avait frappé un assez grand nombre de chirurgiens, savoir l'atrophie des goîtres après modification de leur statique. Les plus récentes observations de M. Poncet, de 1890 à 1892, rapportées dans la thèse du Dr Gérard (1893), celles de M. Jaboulay (*Lyon méd.*, 1894), une de M. Gangolphe (*Province méd.*, 1893), avaient établi que les goîtres, comme tous les viscères en général, abandonnés à l'extérieur, à l'abri de l'infection, finissent par se flétrir. De là à la mobilisation systématique et thérapeutique du goître il n'y avait qu'un pas. C'est en 1892 que M. Jaboulay inaugura, sous le nom d'exothyropexie ou thyroïdectosis, la nouvelle méthode. Cette opération consiste à luxer le corps thyroïde et à le maintenir à découvert. Dans le premier temps on incise du cartilage cricoïde jusqu'à la fourchette sternale, tous les plans anatomiques jusque sur les couches préthyroïdiennes. A partir de ce moment toute l'opération s'exécute avec les doigts seuls glissés sur les limites des bords latéraux et avec lesquels on luxe les lobes l'un après l'autre. Pour se donner de la place on peut, si besoin est, sectionner transversalement la peau et les plans musculo-aponévrotiques, car il importe de ne point faire point faire de pression sur le goître qui puisse augmenter la dyspnée. Il importe également de ne pas pénétrer au-dessous des lobes, il faut rester sur les bords, qu'il s'agisse soit d'hypertrophies latérales, soit d'hypertrophie médiane inférieure, constituant la variété du goître plongeant; on risquerait de déchirer les vaisseaux, principalement les veines, et d'aplatir davantage la trachée.

Si on a bien soin de rester dans l'espace celluleux préthyroïdien et de ne pas toucher la capsule, l'opération sera faite à sec, ce qui est indispensable.

Le goître une fois luxé sera recouvert de gaze iodoformée, particulièrement dans la rigole intermédiaire aux lobes thyroïdiens et à la peau, de façon à empêcher le suintement des liquides séreux dans le médiastin et l'irritation des lèvres de la plaie par ce liquide, véritable décharge des produits de la glande congestionnée. L'absorption de ce liquide est la cause de la *fièvre thyroïdienne* observée presque constamment après l'exothyropexie.

Les seuls accidents signalés dans cette opération, outre les hémorrhagies — qui peuvent être évitées si les précautions ci-dessus indiquées sont bien prises, sauf dans les cas où il s'agirait de goîtres très adhérents ou très vasculaires — sont, comme cela arrive aussi dans la thyroïdectomie : une dysphagie douloureuse et des phénomènes congestifs trachéo-bronchiques, accidents d'origine vasculaire dus à la dilatation aiguë des veines profondes restées perméables, lesquelles s'anastomosent par les veines thyrotrachéales avec le système veineux bronchique pulmonaire et par le tronc thyro-linguo-facial avec les veines de la base de la langue (obs. 54 du travail de M. Bérard).

Quelquefois, au cours de l'exothyropexie ou à la suite, le malade est pris de dyspnée par suite de la coudure de la trachée entraînée par le goître, quand il s'agit d'un goître annulaire; dans ce cas on peut réduire les lobes dans leur loge primitive. M. Jaboulay a signalé, en 1893, que l'opération limitée au décollement du goître sans qu'il soit amené au dehors, suffit pour produire l'atrophie (obs. LXVI).

Bien que, régulièrement conduite, l'exothyropexie soit sans danger *opératoire*, on ne peut dire qu'elle soit absolument inoffensive. Il est, en effet, une complication post-opératoire avec laquelle il faut compter : c'est l'infection. Il est très difficile, en effet, de protéger tout le temps le goître ainsi exposé contre l'infection; elle peut se propager au médiastin (obs. LXI). D'ordinaire elle reste plus superficielle, le sphacèle envahit la tumeur dont la régression est alors arrêtée; dans ces conditions il persiste un gros champignon sanieux, source de septicémie chronique. Il faut réséquer cette tumeur au bistouri par tranches successives.

Telles sont les opérations thyroïdiennes bien réglées qu'on peut considérer comme définitivement acquises dans la cure du goître bénin « ordinaire ». On doit dire « ordinaire » car il y a des réserves à faire au sujet du goître de Basedow.

M. Bérard a retrouvé, depuis 1892, 59 des opérés de MM. Poncet et Jaboulay sur 160. Sur 10 thyroïdectomisés, malgré une légère augmentation de volume du cou chez 3 trois d'entre eux, aucun n'était incommodé.

Sur 20 malades ayant subi l'énucléation massive, aucun ne demandait être opéré de nouveau et n'accusait de dyspnée.

Sur 29 ayant subi l'exothyropexie, 8 eurent des récidives tenaces par suite du retour d'accidents basedowiens; 21 d'entre eux, qui n'avaient avant l'intervention aucun signe de maladie de Basedow, n'eurent point de récidive.

Tels sont les résultats des trois interventions chirurgicales pratiquées par l'école lyonnaise. Ils ont permis à M. Bérard, indépendamment des statistiques de Wolff, Wölfler, Billroth, etc., de conclure en ces termes son sconsciencieux et remarquable travail :

« Les opérations thyroïdiennes réglées, actuellement dirigées contre le goître, ne mettent pas sûrement à l'abri des récidives fonctionnelles et anatomiques lorsqu'il s'agit de maladie de Basedow; elles peuvent être, au contraire, considérées comme définitives pour les goîtres bénins ordinaires, car même si les portions restantes de la glande présentent ultérieurement quelque accroissement, la récidive anatomique ne devient gênante pour la phonation et la respiration que dans des circonstances exceptionnelles.

« Aux hypertrophies massives très vasculaires, aux vieux goîtres très enflammés et très adhérents à leur capsule, convient la thyroïdectomie *partielle*.

« Les énucléations s'adressent à la généralité des goîtres.

« L'exothyropexie sera réservée aux énormes goîtres charnus, vasculaires, gênants surtout par leur volume, dont la luxation n'offre aucun danger, tandis que l'énucléation en serait impossible et l'excision des plus risquées. La mise à l'air pure et simple s'imposera aux goîtres charnus envoyant un prolongement rétro-trachéal et pour les goîtres annulaires dont les essais de luxation coudent fatalement le conduit aérien ».

En ce qui concerne le goître exophthalmique, M. Bérard ajoute ;

« Jusqu'au moment où la valeur de la section double du sympathique cervical et aussi son innocuité seront solidement établies par un nombre suffisant de cas heureux, le plus sage, ce nous semble, est, comme le fait M. Poncet, d'essayer d'abord du traitement médical, de l'essayer longtemps même chez les sujets qui ne sont pas obligés de compter les jours. Mais chez les malades de la classe pauvre, chez ceux qui présentent une récidive après une amélioration momentanée par le traitement médical, on doit conseiller l'opération aussitôt que les troubles fonctionnels deviennent gênants, en prévenant le malade des risques qu'il aura à courir. »

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Delgrange (Edmond). *Essai d'étude comparée des sérums.* N° 27. (H. Jouve.)

M. Abarnou (J.). *Essai sur le traitement du croup à la campagne par l'intubation* N° 17. (H. Jouve.)

M. Petit (René). *Le sérum antidiphthérique (sérum de Roux). Effets physiologiques et cliniques.* N° 28. (H. Jouve.)

M. Bodin (Léonce). *Essai sur les paralysies ascendantes aiguës.* N° 15. (G. Steinheil.)

M. Deslandes (Louis-François). *Des accidents gravido-cardiaques.* N° 55. (G. Carré et C. Naud.)

Résumant et analysant la plupart des travaux expérimentaux ou cliniques publiés sur l'action des sérums, M. Delgrange conclut que les sérums artificiel, normal et antitoxique produisent tous l'hyperazoturie, l'hyperthermie et l'hypoleucocytose, mais à des doses variables et des degrés divers.

Ces sérums se comportent tous comme des excitants de la nutrition; cette action est masquée pour le sérum antitoxique par son pouvoir thérapeutique spécifique.

L'intubation est une opération simple, facile pour le praticien, innocente en elle-même. Si elle expose à des complications et à des dangers, ils sont assez rares et généralement sans graves conséquences.

C'est une intervention que la sérothérapie a puissamment aidée à vulgariser : elle est désormais pratiquée couramment en ville comme à l'hôpital; pour M. Abarnou il n'est aucune raison sérieuse d'en priver la clientèle de campagne où elle a déjà d'ailleurs fait ses preuves; ses premiers essais n'ont rien qui doivent décourager et quand le manuel opératoire du tubage sera plus connu des praticiens, l'intubation est appelée à devenir à la campagne la méthode de choix dans l'intervention : la trachéotomie n'y sera plus qu'une opération de nécessité.

M. Petit conclut de son étude que le sérum de Roux provoque quelques modifications physiologiques peu marquées et toujours passagères, telles que : accélération du pouls, variations du chimisme urinaire, quelquefois élévation de température.

Cliniquement il fait rapidement détacher les membranes du larynx et des voies aériennes, diminuant, dans le croup, les chances d'intervention, dont il améliore manifestement les résultats.

Il rend l'albuminurie moins fréquente et moins prolongée.

Quand il est injecté de bonne heure, il combat avec avantage les symptômes de l'intoxication, rend la marche de la maladie plus bénigne, abaissant ainsi considérablement la mortalité.

La guérison des diphthéries traitées dès les premiers jours est presque certaine, les infections secondaires devenant ainsi moins fréquentes.

Il semble renforcer la résistance du sujet en cas d'associations morbides ou microbiennes de la diphthérie.

On a décrit des accidents post-sérothérapiques graves, mais l'auteur n'a observé que des accidents assez bénins consistant en érythèmes polymorphes, rarement accompagnés de poussées articulaires ou rénales et de courte durée.

Pour M. Bodin, les paralysies ascendantes aiguës forment un groupe morbide très mal défini dont tous les termes sont excessivement variables, sauf un seul : l'ascendance rapide de la paralysie. Entre le type décrit par Landry en 1859 et la myélite aiguë généralisée, il existe au point de vue clinique tous les termes de passage. Ces affections évoluent tantôt avec les symptômes des polynévrites, tantôt avec ceux des myélites, et peuvent même présenter des troubles cérébraux bien caractérisés, ce qui montre que, au point de vue clinique, toutes les parties du système nerveux peuvent être touchées.

Il est probable que beaucoup d'affections fort différentes du système nerveux peuvent évoluer sous la forme de la paralysie ascendante aiguë, mais ce point est encore mal élucidé. Il paraît certain cependant que la paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte est au nombre de ces affections.

L'anatomie pathologique des paralysies ascendantes aiguës présente la même variété que la clinique, tantôt on n'a trouvé absolument aucune lésion, tantôt on a rencontré exclusivement des lésions de polynévrite, tantôt des lésions de myélite généralisée ou localisée, quelquefois systématisés; très souvent on trouve en même temps des lésions de myélite et de polynévrite; enfin, on peut aussi noter des lésions de la substance cérébrale.

De ces diverses constatations sont résultées des théories exclusives, les uns voulant voir dans la polynévrite, les autres dans la myélite des lésions causales. Mais toutes les théories exclusives sont insuffisantes pour expliquer les symptômes cliniques. De plus, les nouvelles techniques histologiques ont montré des lésions jusqu'ici inconnues dans les cellules ganglionnaires de la moelle, ce qui enlève beaucoup de leur valeur aux observations négatives antérieures. Enfin l'expérimentation sur les animaux a reproduit le syndrome clinique et a permis de constater des lésions très nettes de la moelle et quelquefois des nerfs périphériques.

Les paralysies ascendantes aiguës forment donc, pour M. Bodin, un syndrome clinique qui paraît produit par une atteinte généralisée du système nerveux tout entier, depuis le cerveau jusqu'aux nerfs périphériques, mais surtout sur la moelle. Mais suivant la nature de l'agent toxique les lésions peuvent être plus accusées sur tel ou tel département du système nerveux, moelle,

racines, nerfs périphériques, et ces différences expliquent la variabilité du tableau clinique.

Pour M. Deslandes les accidents gravido-cardiaques, quelle que soit leur forme, reconnaissent toujours pour cause la dégénérescence du myocarde.

Au point de vue pathogénique, se basant sur les recherches de MM. Bar et Rénon, il accorde le rôle prédominant à la quantité considérable de principes toxiques qui se trouve accumulée dans le sang.

En dehors des lésions valvulaires, la grossesse peut amener une dystrophie assez profonde du myocarde pour que les troubles de la circulation pulmonaire amènent l'asystolie. La mort subite a même été observée.

Dans ces cas, la grossesse seule ne doit pas être mise en cause, et il y a lieu de rechercher si déjà une maladie infectieuse n'avait pas porté atteinte à l'intégrité du myocarde.

Les déviations de la colonne vertébrale qui tendent à rétrécir la cage thoracique augmentent la gravité des accidenls par lésion valvulaire. Même lorsque l'endocarde est intact, le myocarde est toujours gravement atteint. Il en résulte une prédisposition aux accidents cardiaques secondaires, et à la mort subite.

Le pronostic est d'autant moins sévère et les accidents plus fréquents que la grossesse est plus avancée. Ceux qui surviennent ou qui ne sont pas améliorés après l'accouchement doivent être considérés comme d'une extrême gravité.

Dans les cas graves, on aura recours à la saignée. Si elle ne suffit pas, il faudra faire l'accouchement systématiquement rapide. L'anesthésie générale sera un adjuvant utile pour cette intervention.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Lowitz (Georges-André). *Recherches sur l'appareil musculaire du gros intestin chez l'homme et quelques mammifères.* N° 41.

M. Le Strat (Pierre-Emile-Benjamin). *Sur l'absorption du salicylate de méthyle par voie cutanée et par voie pulmonaire.* N° 5.

M. Mencière (Marie-François-Louis-Ernest). *Etude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie et en particulier sur la gastro-entérostomie par sphacèle.* N° 2.

M. Paucot (Maurice). *De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivés.* N° 7.

M. Bouet (Georges-Théodore-Louis). *De la lombricose, manifestations pathologiques dues à la présence des ascarides chez l'homme : diagnostic et traitement.* N° 26.

M. Fontet (Jean). *Essai sur la lithiase intestinale.* N° 31.

M. Mage (Pierre-Hippolyte-Emile). *Contribution à l'étude de la peptogénie.* N° 30.

M. Caminade (Louis). *Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire. Contribution à l'éducation physique de la jeunesse.* N° 42.

M. Gibert (Joseph-Marius). *L'argus reflexus et son parasitisme chez l'homme.* N° 33.

M. Couderc (Antoine). *Etude sur un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes dû à la rupture probable et partielle du tendon épicondylien.* N° 27.

M. Andrieux (René-Marie). *La fabrication du papier. Etude d'hygiène industrielle.* N° 16.

M. Michel (Yves). *Contribution à l'étude des kystes de l'épiglotte.* N° 24.

M. Renault (Paul-Louis). *De la région sous-glottique du larynx. Anatomie, anatomie comparée, histologie, médecine opératoire.* N° 37.

M. Ardenne (Joseph-Frédéric). *Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'amygdale.* N° 45.

M. Chartres (Edouard). *Contribution à l'étude de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.* N° 12.

M. Sauzeau de Puyberneau (Frédérick-Max). *De l'extirpation des glandes lacrymales.* N° 8.

M. Laffay (Antoine). *Recherches sur les glandes lacrymales et leur innervation.* N° 43.

M. Brunet (Félix-Louis-Emile). *Le suc pulmonaire (effets physiologiques et thérapeutiques).* N° 38.

M. Beylot (Elie-Marc). *De la levure de bière dans le diabète sucré.* N° 36.

M. Prouvost (Maurice-Emile-Léon-Théodore). *Le délire prophétique. Etude historique et clinique.* N° 23.

Chez tous les mammifères étudiés par M. Lowitz la couche des fibres longitudinales est continue sur le gros intestin, mais elle s'épaissit en certains points pour former de véritables rubans. Ces bandelettes se trouvent chez l'homme sur le cæcum et le côlon, chez le cobaye, sur le cæcum, chez le lapin sur le cæcum et la portion initiale du côlon, les épaississements ne sont pas appréciables à l'œil un chez le mouton et le chat.

Chez le cobaye, sur le côlon, où il n'y a pas de bandelettes longitudinales, on rencontre trois épaississements bien caractérisés dus à la couche circulaire.

Celle-ci est plus épaisse que la couche longitudinale.

Si l'on place la surface cutanée dans une atmosphère de vapeur de salicylate de méthyle, en se mettant absolument à l'abri de l'absorption pulmonaire, M. Le Strat constate que l'absorption se fait, mais qu'elle est très faible. Dans les mêmes conditions expérimentales, elle est bien plus considérable si, au lieu de vapeurs, on emploie le salicylate de méthyle liquide. Il y aurait donc passage direct de l'éther méthyl-salicylique liquide à travers la peau.

L'inhalation de vapeur de salicylate de méthyle amène une absorption encore plus notable. Ces expériences, ainsi que celles faites avec l'iodure de potassium et le bromure de lithium, démontrent que certaines substances peuvent être absorbées par la peau saine, sans l'altérer.

Au point de vue thérapeutique, au traitement des affections rhumatismales par les ingestions des salicylates, il convient d'ajouter les inhalations de salicylate de méthyle, qui dans certains cas devront être préférées.

Le travail de M. Mencière est surtout expérimental. Il démontre que l'emploi des procédés de gastro-entérostomie par sphacèle est aléatoire et que l'orifice gastro-intestinal, sur lequel compte le chirurgien, peut se fermer secondairement et faire perdre ainsi le bénéfice de l'opération. Quelle que soit la méthode employée, l'extrémité inférieure de l'anse jéjunale anastomosée doit être dirigée à droite, ainsi que l'a préconisé Doyen, pour assurer le libre écoulement du contenu stomacal.

Dans la cure radicale de la hernie inguinale, M. Paucot préconise les procédés qui refont la paroi postérieure du canal inguinal, et, tout particulièrement la méthode de Bassini, qui joint à une longue incision du trajet inguinal la réfection de ses parois.

On devra y joindre, comme le fait le professeur Berger, la fixation du pédicule au-dessus de l'orifice interne.

La lombricose est une maladie fréquente dont les accidents sont des plus variés. Une forme, connue sans doute depuis longtemps, n'a été classée à part que récemment, c'est la lombricose à forme typhoïde. C'est celle qu étudie surtout M. Bouet.

La gravité des accidents nécessite un diagnostic rapide. C'est la recherche microscopique des œufs dans les selles, qui établira la présence des ascarides dans l'intestin. Avant l'apparition des œufs dans les matières fécales, on pourra rencontrer des débris de membrane enticulaire.

C'est encore le microscope de reconnaître qui permettra diverses formes d'helminthes qu'on pourrait confondre avec la lombricose.

Dans les cas douteux, ou si l'on pense à la coïncidence possible d'une lombricose et d'une fièvre typhoïde, on aura recours au séro-diagnostic de Widal.

Les médicaments de choix contre la lombricose sont le semen-contra ou la santonine seuls ou associés au calomel.

On peut rencontrer dans l'intestin des concrétions de natures diverses : calculs biliaires, entérolithes ayant pour noyau central un corps étranger, copromes. Mais il existe en outre une véritable lithiase intestinale analogue aux lithiases biliaire, urinaire, pancréatique, amygdalienne, salivaire. Cette affection peu connue, dont M. Fontet rapporte huit observation, semble le plus souvent liée à l'entérite muco-membraneuse.

Par l'expérimentation, on démontre que les substances dites peptogène, peptones, dextrine, gélatine, jus de viande, bouillon, décoction de quinquina, menthe, font élaborer de la pepsine aux cellules de l'estomac. Or en augmentant la pepsine on provoque l'appétit et la digestion devient plus rapide.

L'emploi des substances peptogènes, d'après M. Mage, peut améliorer ou même guérir un certain nombre d'affections de l'estomac et permettre de faire facilement de la suralimentation. Les peptogènes facilitent les premiers essais d'alimentation chez les convalescents ou les malades qui ont été soumis longtemps au régime liquide. Leur action se fait sentir par les voies rectale, stomacale et sous-cutanée.

Après avoir montré l'influence de la gymnastique sur le développement thoracique du sujet sain, M. Caminade nous fait voir qu'en cas d'asymétrie thoracique c'est le côté asymétrique qui bénéficie d'abord, en se développant plus vite, jusqu'à ce qu'il ait atteint la capacité du côté sain.

Les exercices du train inférieur provoquent l'essoufflement, mais n'arrêtent pas la respiration. Les exercices de suspension par le train supérieur, au contraire, l'arrêtent et amenèrent la congestion.

L'argus reflexus (Latreille), de la famille des Ixodidés, est bien connu des naturalistes. On sait qu'il est parasite du pigeon. Mais chez l'homme on ne l'a rencontré qu'accidentellement. Chez ce dernier, il détermine des lésions locales et générales bien définies, dont l'urticaire est la plus fréquente. M. Gibert, opérant sur lui-même a même produit un phlegmon du bras. De telles complication viennent détruire la prétendue innocuité de ce parasite.

La prophylaxie sera le meilleur traitement à opposer à ses lésions.

M. Couderc a recueille 6 observations personnelles de l'affection nouvelle qu'il étudie. Peut-être quelques-unes ne sont-elles pas absolument probantes.

La cause déterminante de cette lésion est une contraction musculaire brusque. Comme causes prédisposantes, nous trouvons une altération du tendon et un développement exagéré des muscles épicondyliens.

Le pronostic, peu grave en général, peut cependant quelquefois amener une impotence plus ou moins marquée.

Le traitement consiste : 1° à calmer la douleur (narcotique, immobilisation relative) ; 2° à amener la réparation par les courants continus et le badigeonnage faradique.

Pour M. Andrieux, le triage et le découpage des chiffons sont en papeterie le travail le plus dangereux pour la santé des ouvriers, vu la nature nuisible des poussières et la transmission possible des maladies infectieuses par ces chiffons et ces poussières. Des masques respirateurs et des ventilateurs spéciaux sont donc nécessaires dans les ateliers de chiffonnerie.

En outre on devra prémunir les ouvriers contre les émanations des gaz délétères du blanchiment et l'action toxique des matières colorantes.

Si les kystes de l'épiglotte sont rares, on peut les rencontrer, d'après M. Michel, à tout âge mais de préférence chez l'adulte. Ils sont presque toujours uniques.

Leurs symptômes sont ceux des affections laryngées en général : l'éclairage laryngoscopique, en les révélant avec leurs caractères physiques, permet seul le diagnostic. Leur marche est lente mais progressive.

Le traitement de choix est l'incision, après anesthésie préalable du champ opératoire.

M. Renault, après avoir rappelé brièvement l'embryologie du larynx et de la trachée s'occupe de l'anatomie proprement dite (généralités, rapports, constitution) puis de l'anatomie comparée (cheval, bœuf, mouton, porc, chien, chat, martre, loutre, ours, furet, ouistitis, baleine, dauphin, narval) et de l'histologie. Enfin, dans un dernier chapitre, il étudie surtout la médecine opératoire de cette région (laryngotomie intercrico-thyroïdienne, cathéthérisme laryngien, tubage du larynx), insistant particulièrement sur l'importance des points anatomiques qu'il faut connaître pour mener à bien ces diverses opérations.

M. Ardenne rapporte dans sa thèse vingt observations inédites de tumeurs bénignes de l'amygdale. Il les divise en fibromes, myxomes, lipomes, angiomes, papillomes, adénomes, fibro-enchondromes et kystes.

Après avoir étudié ces diverses variétés au point de vue clinique et anatomo-pathologique, il nous fait voir que, toutes, elles relèvent uniquement du traitement chirurgical. On aura recours soit à l'extirpation de la tumeur, si celle-ci est pédiculée, soit à l'amygdalotomie dans le cas contraire. Pour les angiomes, l'électrolyse est préférable aux procédés sanglants.

M. Chartres a étudié bactériologiquement les diverses variétés d'ophthalmie purulente des nouveau-nés et il a rencontré de nombreuses espèces de microbes.

Sur 100 cas, il a trouvé : le gonocoque seul 36 fois, associé au streptocoque 8 fois ; viennent ensuite sur la même ligne le bacille de Löffler et des microcoques, 12 fois ; puis le streptocoque pur 8 fois, ou associé au bacille de Löffler, 4 fois, ou à des bacilles indéterminés 4 fois. Beaucoup plus rarement, il a rencontré des streptocoques, des bacilles de Weecks ou des sarcines.

Cliniquement, les cas les plus graves appartiennent aux streptocoques purs ou associés au gonocoque ou à certains bacilles (surtout le Löffler). Ces cas se sont terminés par la perte de la vision ou par une maladie intercurrente, qui a emporté l'enfant (bronchopneumonie).

Le gonocoque pur donne des manifestations plus bénignes, dont le traitement a toujours triomphé.

L'examen bactériologique est donc important pour le pronostic.

Le traitement, énergique dès le début, doit comprendre : 1° de grands lavages (au permanganate, à l'eau boriquée, etc.) ; 2° des cautérisations au nitrate d'argent. On agit en effet ainsi sur toutes les espèces microbiennes qu'on pourra rencontrer.

L'extirpation de la glande lacrymale ne porte aucune atteinte à la lubrifaction de l'œil ; celui-ci perd seulement la faculté de pleurer.

L'ablation orbitaire est efficace mais l'ablation palpébrale joint aux mêmes avantages une facilité plus grande. Elle est donc préférable pour M. Sauzeau de Puyberneau.

On pratiquera cette opération non seulement dans les cas de tumeur glandulaire, de dacryocystite, mais encore dans toutes les affections oculaires compliquées de larmoiement incoercible.

Par ses recherches expérimentales et cliniques, M. Laffay est arrivé à démontrer que la lubréfaction normale du globe oculaire résulte de l'activité de la muqueuse conjonctivale et de la transsudation aqueuse de ses vaisseaux. Elle est sous la dépendance du grand sympathique.

Les glandes acineuses (orbitaire et palpébrales) forment une couronne périoculaire. Leur sécrétion intermittente se fait : 1° par le trijumeau, qui transmet les impressions centripètes et apporte vraisemblablement des fibres vaso-dilatatrices ; 2° par le sympathique, qui possède des fibres centrifuges excito-et fréno-sécrétoires ; 3° par le facial surtout, dont les fibres temporo-malaires viennent du ganglion sphéno-palatin.

La sécrétion lacrymale est régie par trois centres associés entre eux : 1° le centre bulbaire réflexe ; 2° le centre de coordination réflexe, situé dans les couches optiques, et 3° un centre non localisé de l'écorce cérébrale, résidant dans le réseau des innombrables neurones psychiques.

A la suite de l'observation de MM. Demons et Binaud sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique traitée par des injections de liquide pneumique, M. Brunet, sous l'inspiration de M. Arnozan, a expérimenté et essayé cliniquement le liquide pneumique. Il a employé la macération aseptique glycérino-aqueuse de poumons de mouton sain. C'est un liquide peu coloré, limpide, pauvre en substances organiques et minérales, mais à propriétés antiseptiques, même sans glycérine.

Physiologiquement, chez l'animal sain, l'injection favorise la nutrition générale même à doses fortes et répétées. Il y a élévation de température et effet diurétique. L'ingestion est aussi bonne que l'injection pour l'état général de l'animal, mais la réaction thermique est moindre.

Le suc pulmonaire peut tuer à haute dose et 35 centimètres cubes fait mourir un cobaye de 700 grammes en 24 heures.

Inoculé à des animaux tuberculisés, il ne les guérit pas, mais retarde toujours leur mort comparativement aux animaux témoins.

Chez l'homme tuberculeux, les résultats sont encourageants. L'expectoration diminue, devient plus fluide ; il y a eu dans 5 cas sur 10, diminution de la toux, de l'oppression ; augmentation du sommeil; amélioration des signes stéthoscopiques.

Dans un cas de pleurésie tuberculeuse l'épanchement s'est tari, etc.

C'est donc une thérapeutique à tenter dans les affections pleuro-pulmonaires chroniques, même non tuberculeuses (bronchites chroniques, asthme, emphysème, etc.). On ne l'a pas encore essayée dans les affections aiguës du poumon.

Quant aux doses, on ne dépassera pas 10 centimètres cubes en ingestion et 5 centimètres cubes en injection. Il faudra s'arrêter s'il survient de l'oppression, de la diarrhée ou si les crachats deviennent hémoptoïques.

Le travail de M. Beylot est expérimental et clinique.

Ses expériences démontrent que la levure de bière se développe bien dans le tube digestif et qu'elle peut y détruire le sucre qui s'y forme. En outre, l'évolution du saccharomyce n'est pas entravée par les agents médicamenteux prescrits dans le diabète. On pourra donc l'employer concurremment avec les moyens ordinaires.

Cliniquement la levure diminue la glycosurie alimentaire, indépendamment de la question de régime. Aussi trouvera-t-elle son emploi surtout dans la période initiale du diabète. Plus tard, elle permettra d'atténuer le régime de Bouchardat. Enfin, dans tous les cas, elle agit comme eupeptique.

La levure se prend aux repas, délayée dans un peu de bière, à la dose de une à deux cuillerées par jour. On ne dépassera pas trois cuillerées. On peut de temps en temps diminuer la dose ou même suspendre le traitement, puisque le saccharomyce conserve sa vitalité dans le tube digestif.

Le délire prophétique, nous dit M. Prouvost, est un état hallucinatoire, caractérisé par la croyance à une communication avec un être surnaturel et se traduisent par l'annonce d'événements futurs. Ce délire a toujours existé, chez tous les peuples et dans tous les religions.

Scientifiquement, ce n'est pas une entité morbide, mais un symptôme délirant, comprenant deux types distincts :

1° Le délire prophétique vésanique ou des aliénés, qui peut exister dans la plupart des formes de folie, surtout dans la dégénérescence mentale, où il offre les signes des délires mystiques avec hallucinations onériques spéciales.

2° Le délire prophétique hystérique ou des névropathes, le plus fréquent et le plus typique.

Quelle que soit la forme du délire prophétique, ses causes sont celles de tous les délires; mais ici la contagion et les événements contemporains jouent un rôle prépondérant. Le diagnostic consiste à rechercher si le délire est réel ou simulé, ou les deux à la fois et, s'il est réel, à quel type morbide il appartient.

Son pronostic dépend de l'affection dont il relève.

Comme ce délire s'aggrave par l'attention, on devra faire le calme et le silence autour du prophète. On agira ainsi sur le malade, tout en évitant la contagion.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Inflammation sèche des sinus pleuraux (Ueber Sinus-Pleuritis), par E. Koll (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVII, p. 597). — Dans l'espace de 18 mois l'auteur a observé 30 cas de pleurésie sèche strictement localisée aux sinus pleuraux, le plus souvent aux sinus latéraux antérieur et inférieur, quelquefois aux sinus postéro-inférieurs.

Dans la grande majorité des cas, cette pleurésie a débuté brusquement, comme une maladie infectieuse aiguë, sans cause nettement appréciable. Dans plusieurs cas les malades accusaient un refroidissement, un surmenage physique ; dans 2 cas la pleurésie paraissait se rattacher à un rhumatisme articulaire ou musculaire.

Les symptômes subjectifs présentés par les malades attiraient plutôt l'attention du côté de l'estomac ; presque tous accusaient des douleurs spontanées dans la région stomacale et dont on exagérait l'intensité par une pression exercée au niveau de l'appendice xiphoïde; dans la moitié des cas, cette douleur devenait très aiguë après l'ingestion des aliments et s'accompagnait, dans un tiers des cas, de renvois et de vomissements. Tous accusaient encore une douleur le long du sternum, qui s'exagérait par les inspirations profondes, l'effort, la position penchée du thorax ; il existait en outre des palpitions violentes et une accélération considérable du pouls.

Les phénomènes généraux, plus ou moins accusés suivant les cas, étaient de la céphalalgie, de l'abattement, de l'anorexie, un état de faiblesse générale, des syncopes dans un cas, etc. Chez quelques-uns l'affection avait débuté par un frisson. A l'entrée on trouvait ordinairement une température de 38°-39° qui se maintenait à cette hauteur pendant deux ou trois jours ; au bout de ce temps la température redevenait normale, mais présentait encore pendant quelques jours des élévations vespérales.

A l'auscultation on entendait un bruit de frottement fin, à caractères doux, strictement localisé aux sinus pleuraux, autour du cœur, et le long des parties inféro-latérales des poumons. Ce bruit était particulièrement net sur le bord gauche du sternum et s'entendait à la fin des inspirations profondes et au commencement de l'expiration. On ne l'entendait pas au niveau de la partie du cœur non recouverte par la plèvre.

Cette pleurésie était extraordinairement rebelle au traitement. Les phénomènes généraux et les douleurs disparaissaient ordinairement au bout de 8 à 10 jours de repos au lit. Les phénomènes locaux persistaient plus longtemps. Sur les 30 malades, 7 ont quitté l'hôpital complètement guéris, les autres ont gardé leur frottement. Sur 7 de ces derniers qui ont été revus au bout de 6 mois, le frottement persistait encore chez 4.

Les injections interstitielles de solutions phéniquées dans les tonsillites aiguës (Behandlung acuter Tonsillitiden mit parenchymatösen Carbolinjectionen), par Hofer (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVII, p. 579). — Il résulte des observations rapportées par l'auteur que, dans les amygdalites lacunaires suppurées, les injections interstitielles de solutions phéniquées (trois injections par jour, chacune de 2 centimètres cubes d'une solution phéniquée à 3 p. 100) font disparaître la dysphagie et exercent une action favorable aussi bien sur les phénomènes locaux que sur les phénomènes généraux provoqués par l'amygdalite.

Un cas de lévulosurie (Lävulosurie), par May (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896. vol. LVII, p. 279). — La lévulosurie a été observée par l'auteur chez un garçon de 16 ans atteint de myélite transverse et qui présentait une paraplégie complète avec anesthésie et paresthésies, des troubles du côté de la vessie et du rectum, et des eschares au sacrum.

Les caractères du sucre trouvé dans l'urine étaient déterminés d'après l'existence de la polarisation à gauche, de la réduction des oxydes et de la fermentation donnant lieu, sous l'influence de la levure, à la formation d'alcool et d'acide carbonique.

NEUROPATHOLOGIE

Excitation électrique de la première racine dorsale (Ueber elektrische Reizung der ersten Dorsalwurzel beim Menschen), par Oppenheim (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 24, 24 août 1896). — Un traumatisme de la moelle dû à coup de fusil a fourni au neurologiste de Berlin l'occasion de rechercher par l'excitation électrique quelle part prennent les premières racines dorsales à la dilatation de la pupille. On sait que chez le chien Mme Dejerine-Klumpke a établi que les fibres oculo-pupillaires proviennent de la 1re racine dorsale antérieure et arrivent au sympathique par le ramus communicatif. Certaines observations pathologiques de Pfeifer, Prévost, Moxter, Heubner et Bruns ont montré qu'il en serait de même chez l'homme. Mais on ne savait pas encore si la 8e cervicale et les 2e et 3e dorsales ne participent pas à l'action irido-dilatatrice. Oppenheim a pu, dans son cas, combler cette lacune.

L'excitation de la 1re dorsale par un courant faible a donné immédiatement lieu à une dilatation maximum de la pupille du même côté. La dilatation persista quelques secondes. L'excitation de la 2e racine est restée sans effet. Il résulte de cette expérience, la première de ce genre chez l'homme, que la 1re racine dorsale est la voie principale des fibres dilatatrices de la pupille. Il reste à établir si la 1re racine cervicale prend part à cette action.

Des relations entre la zone excitable du cerveau et le labyrinthe (Ueber die Beziehungen zwischen der excitable Zone des Grosshirns und dem Ohrlabyrinth), par Ewald (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 42, 19 octobre 1896). — Si on enlève à un chien le labyrinthe d'un côté, l'animal présente des phénomènes variables qu'on peut classer en des phénomènes acoustiques et des phénomènes non acoustiques. Ces derniers, qui sont passagers, s'accentuent beaucoup plus quand on pratique la destruction du 2e labyrinthe. Le chien peut rester sur ses pattes, mais sa marche est incertaine et irrégulière. Il tombe à chaque pas, ne peut courir et sauter, mais ces phénomènes à leur tour disparaissent au bout de quelques mois. Si chez le même animal on enlève le centre pour la patte antérieure et postérieure, il se produit certains troubles de motilité qui ne sont pas très manifestes, et qui, du reste, disparaissent facilement. En pratiquant la 4e et dernière opération, qui consiste dans l'ablation des mêmes centres sur l'hémisphère opposé, on voit se produire des symptômes très manifestes, violents. Le chien ne peut plus ni sauter, ni courir, ni marcher. Il ne peut plus rester debout ni même dans la station demi-couchée. Il est couché tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et fait d'inutiles efforts pour se lever. Il n'y a que les mouvements de la tête qui soient conservés. Il se sert de son museau comme point d'appui pour pouvoir se lever. Il existe une différence dans les mouvements de l'animal suivant qu'il se trouve dans l'obscurité où dans la lumière. Dans cette dernière circonstance, l'animal apprend à effectuer certains mouvements réflexes avec les extrémités. Il apprend à marcher et à courir, mais il lui manque les mouvements intentionnels. Il ne peut plus donner la patte ou se débarrasser d'un linge tendu sur ses yeux. Si on le porte dans l'obscurité, il tombe subitement et ne parvient pas à se lever, même avec le concours de la tête. Gardé quelques temps dans l'obscurité, il est incapable d'apprendre à exécuter certains mouvements, comme il le fait à la lumière. L'auteur a constaté que des animaux ainsi opérés présentent trois phénomènes particuliers : diminution de la force musculaire, incertitude des mouvements et perte du sens musculaire, phénomène le plus important d'après l'auteur. Pour cet auteur, les cellules ciliées du labyrinthe déterminent par leurs mouvements continuels de l'excitation dans le système nerveux central où elles entretiennent un état de tonus qui s'appelle le tonus labyrinthique. Cette perte du tonus labyrinthique nous explique les phénomènes constatés chez les animaux qui ont subi la destruction double du labyrinthe et leur apparition à la suite de l'ablation de la sphère sensitive du cerveau montrerait que la sensibilité tactile par le tonus qu'elle détermine dans le muscle, peut remplacer le tonus labyrinthique.

Erythromélalgie (Ueber Erythromelalgie), par R. Dehio (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 37, 14 septembre 1896. — La question de la pathogénie de l'érythromélalgie est encore pendante et c'est dans le but d'apporter quelques documents nouveaux sur ce sujet que l'auteur publie cette observation. Il s'agit d'une paysanne de 50 ans, ayant exercé autrefois la profession de blanchisseuse, et qui, il y a 6 ans, a ressenti des douleurs sous forme de brûlures dans les doigts de la main et du pied gauches, douleurs accompagnées de rougeur intense avec sueurs abondantes et atrophie cutanée aux doigts. Elle a souffert aussi de céphalalgie paroxystique. Actuellement la malade se plaint de douleurs continuelles à la main gauche, qui sont limitées à la région du poignet et envahissent toute la face palmaire. Les doigts sont douloureux, et les douleurs s'exagèrent par les mouvements. Au pied gauche la douleur occupe une topographie presque semblable. La couleur de la peau à ce niveau est d'un rouge foncé, passant à une teinte presque livide. La peau est humide sans être froide. En la regardant de près, on s'aperçoit qu'elle est couverte de gouttelettes de sueur. A la face dorsale de la main, la peau est intacte. Les doigts sont cyanotiques. La peau de la face dosrale des 2e et 3e phalanges de tous les doigts est mince, lisse; les mouvements sont limités et affaiblis, par suite, sans doute, de la douleur. Le pouls de l'artère radiale gauche est faible et à peine perceptible, phénomène très appréciable au sphygmographe. Les douleurs augmentant, on fait des injections de morphine à la malade. La thérapeutique étant impuissante, on se décide à pratiquer une opération à cause des douleurs, la résection du nerf cubital. On a réséqué également une partie de l'artère cubitale, mais cette opération n'a pas été suivie, même momentanément, d'une amélioration sensible.

Dans la suite, l'auteur a appris que la malade allait mieux. L'examen de préparations provenant du nerf n'a permis de constater aucune lésion; par contre l'artère présente un épaississement considérable de la tunique interne, ce qui réduit de moitié la lumière du vaisseau. L'intégrité du nerf montrerait que dans l'érythromélalgie il s'agit d'une lésion des nerfs périphériques, fait corroboré par le résultat de l'opération; mais la topographie des troubles de la sensibilité témoignerait plutôt d'une affection de la substance grise de la moelle.

Lésions médullaires expérimentales produites par les embolies aseptiques, par H. Lamy (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1897, n° 1, p. 184). — Un procédé qui a donné de bons résultats à M. Lamy pour produire des embolies et réaliser ainsi une anémie locale de la moelle, c'est l'injection de poudre de lycopode. Les grains que l'on trouve à l'intérieur des gousses de vanille correspondent au diamètre des artères spinales principales chez le chien et même chez le chat; après stérilisation préalable il les a injectés par une technique d'opération spéciale et il a constaté qu'ils ont pénétré surtout dans la spinale antérieure sans jamais s'engager dans les artérioles intra-spinales. Il a produit ainsi des infarctus qu'il a pu étudier à ses différentes phases.

Dans la phase ischémique initiale il a constaté des lésions semblables à celles produites par l'anémie de la moelle due à la ligature de l'aorte abdominale, particulièrement il a pu noter, ainsi que Marinesco l'a fait remarquer, que la lésion initiale débute par la périphérie de la cellule nerveuse; en plus, dans quelques cellules il a trouvé la migration du noyau à la périphérie, mais il faut ajouter que ce déplacement du noyau n'est pas comparable à celui que détermine la section des nerfs.

La phase hémorrhagique commence quelques heures après, de 15 à 24 heures en moyenne. Les lésions de la substance blanche ressemblent à celles produites par la ligature aortique.

Recherches sur la syringomyélie, par Babès et Manicatide (*Arch. sciences méd.*, n° 3, mai 1896). — C'est surtout au point de vue de l'histogénie des cavités de la syringomyélie que le travail de Babès et Manicatide est intéressant : l'observation clinique étant incomplète, il est à remarquer cependant que le malade dont il s'agit, a présenté une démarche ataxique avec impossibilité de se tenir debout. Il y a eu de l'inégalité pupillaire, de l'anesthésie, avec abolition des réflexes patellaires du côté droit et des troubles ano-vésicaux. L'absence, au moins apparente, d'atrophie musculaire et l'existence des troubles sus-indiqués avaient fait penser à l'ataxie locomotrice. Les lésions trouvées dans la moelle épinière affectaient en partie les cornes

postérieures et envahissaient le territoire des cordons postérieurs. Les lésions trouvées sont celles de la syringomyélie dite fibromateuse. Dans la partie inférieure de la moelle, on voit apparaitre une prolifération très marquée de l'épithélium du canal qui ressemble à un épithélium. La prolifération de l'épithélium épendymaire donne naissance à des travées des réseaux compactes, ou bien constitue des espèces de fentes garnies d'un épithélium cylindrique. Celles-ci sont reliées quelquefois au canal central, en outre une grande partie de la tumeur est constituée par des vaisseaux extrêmement dilatés et thrombosés. Entre les vaisseaux et les travées épithéliales on trouve un tissu névroglique riche en petites cellules. Les auteurs ont vu encore l'existence des cavités à revêtement épithélial dans la néoplasie gliomateuse. Ils n'admettent pas l'opinion de Kronthal et Schaffer qui avaient soutenu que les cavités observées seraient dues à la stase et à l'hydromyélie, ils n'admettent pas davantage que la destruction de la tumeur détermine la formation des cavités, car le contenu de ces cavités est constitué par un liquide dans lequel il y a un coagulum fibrillaire renfermant des cellules; du reste, on n'y rencontre pas de cellules névrogliques ou destructives.

Les auteurs ont pu suivre le mode de formation de la cavité et ils ont vu que des exsudations des vaisseaux pénètrent dans le tissu proliféré, se coagulent et le refoulent d'une manière mécanique. Comme on le voit, les auteurs accordent à la prolifération de l'épithélium épendymaire le rôle essentiel dans la gliose de la syringomyélie. D'autre part, ils soutiennent avec raison, que les cavités syringomyéliques ne dépendent pas, ainsi qu'on l'a soutenu, de la destruction de la tumeur gliomateuse.

MÉDECINE PRATIQUE

De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.

Par M. le Dr Camille Juge.

M. C. Juge considère le tamponnement vaginal comme un des moyens plus infidèles : *contre l'hémorrhagie* — 22 fois sur 89, c'est-à-dire dans 24 p. 100 des cas, il échoue plus ou moins complètement; — *comme agent d'excitation de la contractilité de l'utérus* : en effet, il ne provoque ou n'accélère notablement les contractions le plus souvent qu'après 24 ou 48 heures, quelquefois même après plusieurs jours, et avec des applications répétées.

La déchirure large des membranes est un moyen simple, pratique, souvent efficace. Elle fait cesser l'hémorrhagie par cause indirecte, c'est-à-dire celle qui est due au tiraillement que les membres font subir au placenta, quand celui-ci s'insère sur le segment inférieur. Il ne faut pas attendre, pour la pratiquer, l'engagement de la partie fœtale, car alors elle peut être inefficace et insuffisante; au contraire il faut intervenir dès que la persistance ou l'importance de l'hémorrhagie crée l'indication. Elle peut activer le travail en permettant la descente et l'engagement de la présentation. Elle ne doit pas être employée systématiquement seule, mais au contraire elle trouve un complément naturel et souverainement efficace dans l'emploi judicieux du ballon de Champetier.

Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est-à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus. C'est une méthode irrationnelle, puisqu'elle ne peut qu'augmenter le décollement du placenta et aggraver les tractions que les membranes lui font subir.

D'ailleurs les résultats ont été médiocres, puisque plusieurs fois l'hémostase n'a pas été obtenue. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et dans le cas, très improbable, où les membranes seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du perce-membranes, on pourrait y avoir recours, à défaut de mieux.

Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique, après large déchirure des membranes, le ballon de Champetier donne d'excellents résultats.

Son action hémostatique est constante et certaine.

De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de *terminer l'accouchement* dans un temps très court. M. Juge est arrivé à établir une moyenne de 4 heures et demie comme durée de séjour du ballon dans l'utérus, et cela que le travail soit commencé ou non, alors même que le col est tout juste assez perméable pour laisser passer le ballon replié sur lui-même.

Soit dans les cas où M. Juge est intervenu personnellement, soit dans ceux dont les observations lui ont été communiquées, la durée maxima a été de 7 heures et demie, la durée minima de 1 heure.

Cette méthode, rupture des membranes combinée avec l'introduction du ballon de Champetier dans l'œuf même, est incomparable. M. Juge est bien près de dire qu'elle est la perfection même. En tout cas, elle est indiscutablement bien supérieure au tamponnement (1).

De la désinfection des mains en chirurgie journalière, chirurgie de campagne et pratique obstétricale courante.

La pratique des opérations de petite chirurgie, la pratique obstétricale courante, exigent des mains parfaitement aseptiques. Quel est le procédé de choix pour remplir cette condition essentielle de succès?

Quelques médecins pensent se mettre à l'abri de tout reproche en trempant leurs mains dans des solutions antiseptiques : le sublimé au millième spécialement, leur semble présenter à ce point de vue toutes les garanties désirables. Or, si l'on ensemence avec des doigts ainsi lavés au sublimé différents milieux de culture, il est rare de les voir demeurer stériles. Il en est du sublimé comme de l'acide phénique, de l'acide borique, de l'eau naphtolée, du lysol, voire même du permanganate de potasse avec décoloration à l'hyposulfite. Aucun de ces antiseptiques, au degré de concentration toléré par la peau, n'assure la stérilité des mains.

Pour obtenir un minimum d'asepsie avec ces substances, il est de toute nécessité de faire un savonnage et un brossage préalables prolongés. Le brossage entraîne mécaniquement nombre de détritus épithéliaux, de poussières incluses dans les anfractuosités de l'épiderme; le savonnage dissout les matières grasses qui échappent à la brosse; et cette combinaison de ces deux moyens prépare l'action des antiseptiques.

Mais nous avons dit que ce n'était encore là qu'un minimum. En effet l'examen bactériologique montre qu'il reste encore des germes pathogènes que le sublimé n'a pas atteints : il n'est pas rare de voir se développer par ensemencement quelques colonies isolées. C'est au moins ce qui résulte des recherches faites par Reinicke et Zweifel, qui avec leurs doigts savonnés et lavés au sublimé, obtinrent, après neutralisation du sel mercurique, des cultures positives.

Si au contraire on fait suivre le savonnage d'un brossage de 2 minutes de l'alcool à 90°, les cultures demeurent constamment stériles, surtout si l'on a le soin de passer ensuite ses mains dans de l'eau bouillie qui enlève l'alcool qui a pu rester sur la peau et avec lui les germes qu'il a entraînés.

Le procédé pratique de désinfection des mains consiste donc dans un savonnage de 5 minutes suivi d'un brossage à l'alcool à 90° pendant 2 minutes. Dans les cas urgents

1. Thèse de doctorat, Paris, 1896-97, n° 108.

l'alcool employé seul pendant 5 minutes peut même suffire à donner une sécurité absolue.

Ce qui rend ce procédé vraiment pratique c'est que l'alcool peut resservir presque indéfiniment à condition de ne pas l'étendre l'eau et de le filtrer chaque fois pour le débarrasser des productions épidermiques dont il est chargé. En outre on peut s'en procurer facilement partout, il exclut tout autre antiseptique, et sert à la fois à flamber les instrnments et à les maintenir stériles pendant toute la durée de l'opération. Enfin le prix de revient peut être mis à la portée de toutes les bourses : on peut en effet se servir, dans la pratique, d'alcool dénaturé pourvu qu'il pèse 90°.

G. M.

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Péronine.

La *péronine* est un chlorhydrate de l'éther benzylique de la morphine. Le Dr Schröder, médecin du sanatorium de Hohenhonnel, l'a expérimentée comparativement avec le phosphate de codéine, contre la toux opiniâtre des phthisiques. De ces recherches il paraît résulter que la péronine occupe une place intermédiaire entre la codéine et la morphine. Employée dans 12 cas à la dose de 2 centigrammes à 4 centigrammes, 8 fois elle a amené une diminution notable de la toux, 2 fois il a fallu des doses plus élevées, 2 fois l'échec a été complet. Sans inconvénients jusqu'à 4 centigrammes, au delà elle peut provoquer des nausées, et une tendance marquée à la constipation. Dans deux cas même on a noté des sueurs et une expectoration difficile. Mais elle a donné à tous les malades un sommeil plus calme et plus tranquille que la codéine, à laquelle elle doit donc être préférée.

FORMULAIRE

SOLUTION AVEC :

Péronine 0gr50
Eau distillée . . . . 100 gr.

Une cuillerée à soupe le soir dans de l'eau sucrée ou du thé léger.

PILULES AVEC :

Péronine 0gr30
Excipient . . . . Q. s. p. 30 pilules.
2 à 3 pilules le soir en se couchant.

Salubrol.

Le *salubrol* est obtenu par l'action du brome sur l'antipyrine diméthylée : c'est un composé stable *in vitro*, mais qui émet des vapeurs bromées au contact d'une substance organique. De là, son action antiseptique qui en fait un succédané de l'iodoforme. C'est une poudre inodore, non toxique même à doses élevées.

D'après le Dr M. Silber de Breslau, qui l'a spécialement étudié, non seulement il arrête, comme l'iodoforme, le développement des bactéries, mais encore a sur celui-ci l'avantage de tuer les cultures les plus virulents (staphylocoques, bactéridie charbonneuse, etc.), après un contact de 15 à 20 heures.

Employé contre les abcès, furoncles, brûlures, panaris, le salubrol a montré une action cicatrisante et dessicante remarquable. Il forme presque immédiatement une croûte tellement adhérente que pour les petites plaies on peut se passer de tout autre pansement.

La gaze au salubrol, dosée à 20 p. 100, est réservée au pansement des abcès et des surfaces ulcérées. Elle n'a pas besoin d'être stérilisée comme la gaze iodoformée. Elle n'a aucune action irritante sur la peau et son application sur les plaies n'est pas douloureuse; si au contraire on emploie le salubrol en poudre, les malades éprouvent un sentiment de cuisson variable suivant les individus.

Le salubrol a encore donné de bons résultats dans le lupus : après grattage, la cicatrisation a été plus rapide qu'avec l'iodoforme.

Il est contre-indiqué d'utiliser le salubrol pour les pertes de substance très étendue, son action dessicante étant telle qu'ellle empêche la formation des bourgeons charnus.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Ichthyol.

Définition. — L'ichthyol est le produit de distillation d'une roche bitumineuse du Tyrol. Il tire son nom de la présence d'une quantité considérable d'inclusions de poissons dans la composition du schiste dont il est retiré.

L'ichthyol est un liquide sirupeux, brunâtre, d'odeur bitumineuse, soluble dans l'eau, les huiles fixes et grasses. C'est un mélange complexe, dont la composition chimique reste encore mal définie.

On a retiré de l'ichthyol, deux combinaisons salines : l'ichthyosulfate d'ammoniaque et l'ichthyosulfate de soude. L'un et l'autre sont solubles dans l'eau, présentent les mêmes propriétés thérapeutiques que l'ichthyol et offriraient, au point de vue hypodermique, des avantages sur l'ichthyol pur. Quelques auteurs admettent la similitude de l'ichthyol et de l'ichthyosulfate d'ammoniaque.

Propriétés thérapeutiques. — L'ichthyol serait un bon spécifique des névralgies, des rhumatismes et d'un grand nombre de maladies cutanées (Unna). L'action élective de ce bitume sur la peau serait due à la présence d'une quantité assez considérable de soufre dans sa composition (15 p. 100 : Fritsch cité par Bardet). Différents auteurs, en particulier Boughareff, ont contesté la valeur thérapeutique de ce produit.

L'ichthyol est un vasoconstricteur énergique et un agent de décongestion locale fort apprécié des gynécologistes. Il possède en outre des propriétés analgésiques, qui l'ont fait utiliser dans le traitement de la myélite (Cecconi), des points névralgiques (Damient, Dujardin-Beaumetz) et de quelques affections douloureuses avec des succès variables.

En résumé, médicament assez infidèle, pour cette raison peu susceptible d'applications hypodermiques nombreuses. Des essais ultérieurs sont nécessaires pour confirmer les résultats enthousiastes qui lui ont été attribués en Angleterre et en Allemagne. Il est bien entendu que ces conclusions ne visent en aucune façon les applications de l'ichthyol comme topique, soit en gynécologie, soit en dermatologie, ni même son emploi par la voie gastrique.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 10 à 20 centigr. par injection et par 24 heures.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats* : L'injection est presque indolore. Elle produit très rapidement une zone limitée d'anesthésie locale autour du lieu de la piqûre.

b) *Eloignés* : Ne s'accompagne ni d'indurations persistantes, ni de phénomènes d'irritation locale.

FORMULES

Ichthyol . . . . 10 à 20 gr.
Eau distillée . . . . 100 gr.
(Unna.)

Ichthyol . . . . 0 gr. 50
Eau distillée . . . . 10 gr.
1 centim. cube tous les 2 jours comme analgésique.
(Dujardin-Beaumetz et Damient).

Sulfo-ichthyolate de soude . . . . . 2 gr.
Eau . . . . 100 gr.
1 centim. cube contre le lupus.
(Unna.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus (p. 157).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Cocaïne et eucaïne. — Autoplastie pour brûlures. — Septicémie muqueuse. — Rôle de la rate dans le paludisme (p. 158). — *Société de médecine légale :* Viandes avariées. — *Société de biologie :* Botulisme. — Streptocoques de la scarlatine. — Streptocoques dans l'eau de boisson. — Inanition. Propriétés hémorrhagiques des toxines (p. 159). — *Société de chirurgie :* Chirurgie du poumon. — Maladie de Basedow. — Exophthalmos pulsatile. — *Société médicale des hôpitaux :* Cirrhose pigmentaire. — Zona bucco-pharyngien (p. 160). — Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes. — Maladie de Morvan. — Empoisonnement par la quinine. — Purpura hémorrhagique. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie :* Erythème pigmenté réticulaire (p. 161). — Ostéopathies et rhumatisme syphilitique. — Tuberculides acnéiformes et nécrotiques. — Lichen plan buccal. — Cylindrome de la région parotidienne. — Erythème provoqué par l'ichtyol. — Ulcères phlébitiques non variqueux. — Œdème chronique. — Erythème récidivant (p. 162). — Syphilide pigmentaire. — Stomatite mercurielle. — Névrodermite. — Psoriasis. — Lichen annulaire. — Aplasie moniliforme. —*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Hypérostose blennorrhagique (p. 163). — Lèpre mixte. — Papillome. — Hystérectomie vaginale. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Rachitisme intra-utérin. — Cancer du col de l'utérus.— Maladies kystique des mamelles (p. 164).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Réunion libre des chirurgiens de Berlin :* Tumeurs de la région iléo-cæcale (p. 165).— Rétrécissement du rectum.— *Société de médecine interne de Berlin :* Pérityphlite chez les enfants. — Angleterre. *Royal medical and chirurgical Society :* Fièvre typhoïde (p. 166).— *Royal Academy of medecine in Ireland :* Amputation de la langue.— Autriche. Entérite amibienne. — Exstrophie de la vessie. — Maladie de Weil. — Résection du pylore (p. 167). — Hypnotiques.— Belgique. *Société belge de chirurgie :* Varicocèle douloureux. — Paralysie artérielle. — Laryngectomie. — Plaie de la veine crurale.— Maladie de Basedow (p. 168).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus.

Par le Dr Victor Pauchet.

Avant de traiter les lésions péri-utérines, le chirurgien doit tenir compte de l'état général de la malade et du degré de gravité des phénomènes locaux qu'elle présente; car, de même qu'il est nécessaire de recourir d'emblée au traitement radical, en présence des lésions importantes des annexes, surtout si elles sont suppurées, de même, dans les cas d'altérations peu graves, même si les douleurs sont intenses, il faut recourir à plusieurs reprises et pendant longtemps au traitement médical et conservateur.

En effet, la plupart des femmes qui accusent des troubles fonctionnels pour des lésions peu importantes sont des arthritiques nerveuses, les *noli me tangere* de la gynécologie, suivant l'heureuse expression de notre maître M. Richelot. Chez elle, une opération, même radicale, est parfois impuissante à mettre un terme à leurs misères et l'opérateur a ajouté à leur état pathologique les inconvénients de la stérilité et les ennuis de la ménopause chirurgicale.

Les *résultats immédiats* de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie sont à peu près identiques si nous examinons les statistiques des chirurgiens expérimentés. La mortalité opératoire oscille entre 4 et 7 p. 100.

Les *résultats éloignés*, si nous nous en rapportons à nos observations, sont destinés à donner satisfaction au chirurgien. La plupart des malades que nous avons vues quelques mois ou quelques années après leur opération sont complètement guéries; elles ont cessé de souffrir et ont repris leurs travaux ou leur vie mondaine.

Toutefois, il existe une différence notable entre les résultats de l'hystérectomie vaginale et ceux de la laparotomie. La castration vaginale donne 94 p. 100 de guérisons définitives et la laparotomie 64,5 p. 100.

Cette différence entre les résultats des deux méthodes tient surtout à ce que les laparotomisés dont nous rapportons l'observation ont subi la castration bilatérale, l'utérus étant laissé en place.

Les autres causes d'insuccès se rencontrent avec une fréquence à peu près égale à la suite de chacune des deux méthodes; nous parlons surtout de la persistance des douleurs et des ennuis de la ménopause précoce chez les femmes nerveuses.

Les phénomènes généraux qui résultent de la suppression de la fonction ovarienne sont variés et n'acquièrent que rarement assez d'intensité pour être une cause de gêne.

Ce sont d'abord des troubles d'origine congestive : bouffées de chaleur, vertiges, accès d'oppression, poussées de congestion pulmonaire, gonflement douloureux des seins, épistaxis, hémoptysies, etc.

Ce sont ensuite des phénomènes nerveux : changement de caractère, irritabilité, apathie, neurasthénie, insomnie, amnésie, agénésie ou hypergénésie.

Ces phénomènes nerveux et congestifs disparaissent, en général, au bout d'un ou deux ans. Ils n'existent pas après la castration unilatérale, sauf si l'ovaire laissé en place est lui même altéré. Ils sont d'autant plus marqués que les lésions étaient plus récentes et moins importantes. Chez les opérées où M. Richelot a laissé les annexes, en totalité ou en partie, après hystérectomie vaginale, ces phénomènes n'ont nullement présenté une différence d'intensité d'avec les cas où l'ablation bilatérale a été intégrale.

D'ailleurs tous ces troubles généraux, pendant leur période d'activité, sont singulièrement améliorés par un traitement hydrothérapique médical bien dirigé. L'ingestion de substance ovarienne rend service dans certains cas.

On remarque, de plus, quelques troubles dyspeptiques, de l'abaissement du ton de la voix, un peu d'augmentation de l'embonpoint. L'obésité constituant une infirmité est très rare; elle paraît plutôt liée alors au tempéeament de la femme, la castration a simplement avancé de quelques années son apparition.

Les accidents locaux sont plus importants à noter.

Des adhérences de l'intestin ou de l'épiploon peuvent se produire avec la cicatrice vaginale, la suture abdominale, la surface infectée des organes pelviens. Elles occasionnent des tiraillements douloureux pendant la contraction physiologique des organes et parfois, mais très rarement, de l'occlusion intestinale.

Des kystes séreux dont on ignore l'origine peuvent se produire, au niveau de la cicatrice des annexes enlevées, quelques mois ou quelques années après la castration.

La persistance des douleurs constitue une des causes d'insuccès thérapeutique de la castration abdominale ou vaginale. Deux cas peuvent alors se présenter. Ou bien ce sont des névropathes opérées pour des lésions légères; les douleurs qui chez certains sujets sont supprimées complètement, peuvent aussi conserver leur intensité malgré un état local parfait. Ou bien ces névropathes

étaient porteuses de lésions annexielles importantes; dans ce cas, les phénomènes douloureux, sans être complètement disparus sont cependant fort diminués.

Les rapports sexuels sont rarement modifiés; les opérées les ont pour la plupart repris comme par le passé. Fort peu éprouvent depuis ce temps de l'agénésie; quelques-unes présentent, au contraire, de l'hyperexcitabilité sexuelle. La castration annexielle par la parotomie entraîne quelques troubles spéciaux à la roie abdominale.

La cicatrice est une simple difformité au point de vue esthétique.

L'éventration est un inconvénient très sérieux qui gêne les malades et se montre souvent rebelle au traitement. Elle n'est pas due à tel ou tel procédé de suture pas plus qu'à telle ou telle substance employée. La suppuration des fils et le drainage sus-pubien, sont les seules causes à incriminer.

Les fistules sont relativement fréquentes. Les unes sont superficielles et dues à l'infection des fils de la paroi.

Les autres sont profondes et proviennent de la ligature du pédicule, de débris d'annexes abandonnés ou de lésions de l'intestin survenues au cours de la décortication des poches.

Les accidents dus à la présence de l'utérus privé de ses annexes sont multiples. Souvent, sans doute, cet organe s'atrophie, mais fréquemment il occasionne des douleurs pelviennes; il se place en rétroversion; il provoque des poussées de pelvi-péritonite; il est le siège d'écoulenents leucorrhéiques ou sanguins; ces derniers revêtent tantôt le type de métrorrhagies irrégulières, rarement ils affectent l'allure menstruelle. 53 fois, M. Richelot a dû pratiquer l'hystérectomie vaginale secondaire pour remédier à ces accidents; la guérison a été constante.

La castration vaginale totale occasionne également quelques troubles spéciaux.

L'écoulement leucorrhéique est exclusivement vaginal et reconnaît pour cause fréquente la blennorrhagie.

La sensibilité de la cicatrice vaginale peut durer quelques mois et gêner le coït.

La cystocèle a été observée chez trois de nos malades à un degré très léger.

Les fistules intestinales se cicatrisent spontanément au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Celles qui sont dues à une lésion de la vessie sont peu fréquentes [5 cas sur 300].

Les lésions de l'uretère sont tout à fait exceptionnelles [1 cas sur 600].

En résumé :

La cause générale des insuccès communs aux deux modes de castration réside dans le tempérament des opérées. Celles-ci sont alors des arthritiques nerveuses qui continuent à souffrir malgré un état général excellent et une guérison locale absolue.

La supériorité de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie tient à ce qu'après cette dernière opération l'utérus a été laissé en place et qu'il est devenu le point de départ de phénomènes inflammatoires ou douloureux.

Donc, chaque fois que l'état des lésions obligera le chirurgien à sacrifier la fonction ovarienne par un traitement radical, on recourra à l'hystérectomie vaginale. Celle-ci dans les cas graves, provoque moins de « shock » que la laparotomie, risque moins de contaminer le péritoine, ne donne pas lieu à des éventrations, et surtout permet de laisser en place après simple ouverture des poches adhérentes qu'il serait dangereux de décortiquer.

En cas de lésion bilatérale, chaque fois qu'il y aura contre-indication à la voie vaginale ou indication spéciale à la voie sus-pubienne, c'est-à-dire dans un tiers de cas environ, on aura recours à la castration utéro-annexielle complète par la voie abdominale (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 Février 1897.

Cocaïne et eucaïne.

M. Reclus a entrepris des recherches pour comparer l'eucaïne à la cocaïne au point de vue de l'anesthésie locale, car depuis quelques mois on veut substituer l'eucaïne à la cocaïne, comme étant moins toxique. Il a donc, sur le même malade, anesthésié le champ opératoire mi à la cocaïne, mi à l'eucaïne, et il a constaté que la substance nouvelle, tout en étant un bon anesthésique, est un peu moins active que la cocaïne. Ce serait cependant un médicament à préconiser si, comme le disent la plupart des auteurs allemands, sa toxicité était réellement moindre que celle de la cocaïne; si bien qu'on a considéré l'eucaïne comme pouvant être injectée à dose de 2 grammes sans danger. C'est ce qu'on a dit, au début, pour la cocaïne, et il en est résulté des désastres. En réalité, les expériences de G. Pouchet ont prouvé que la toxicité est égale à celle de la cocaïne, sinon supérieure. Dès lors, on ne doit pas oublier les légers inconvénients de l'eucaïne (légère douleur à la piqûre, vaso-dilatation d'où hémorrhagie dermique qui voile le champ opératoire, durée moins longue de l'anesthésie) et la préférence doit rester à la cocaïne.

Autoplasties pour brûlures.

M. Delbet présente une malade à laquelle il a réparé par des autoplasties multiples une brûlure occupant tout le dos et les aisselles. En plusieurs séances, il y a transporté la peau des deux mamelles, puis des greffes italiennes prises aux membres supérieurs. Chaque fois, à ces autoplasties, il a associé des greffes de Tiersch.

Septicémie muqueuse.

M. Babès donne ce nom à une maladie mortelle caractérisée par une paralysie faciale accompagnée d'anémie très prononcée, un peu de fièvre et d'affaiblissement général. A l'autopsie, on trouve les vaisseaux, et surtout ceux des méninges, remplis par une substance blanchâtre muqueuse; les globules rouges sont détruits, les globules blancs sont assez nombreux, à noyaux fragmentés. Dans le sang on trouve des bacilles du type mucogène, pathogène pour les lapins, mais se reproduisant pas la transformation muqueuse du sang.

Hématome orbitaire.

M. Valude présente une observation d'hématome orbito-palpébral spontané, chez une femme de 34 ans, hémophile. Il évacua la collection par deux ponctions successives et obtint ainsi la guérison. Mais à plusieurs reprises survinrent depuis quelques crises douloureuses, avec un peu de gonflement, justiciables de la compression.

Du rôle de la rate dans le paludisme.

Sous ce titre, **M. Laveran** fait une communication qui peut être résumée ainsi :

La rate est le lieu d'élection des hématozoaires; c'est là qu'ils abondent surtout et demeurent le plus longtemps. Les micro-organismes peuvent n'exister chez les anciens paludiques que dans cet organe. Leur séjour à son intérieur explique la tuméfaction, la congestion et la cirrhose splénique dans le paludisme. On ne peut donc pas considérer la rate comme un organe de protection. Doit-on aller jusqu'à faire l'extirpation, dans les cas graves, de cet habitat des parasites? Nullement, il faudra songer à l'opération chirurgicale seulement lorsqu'il y aura, par suite de la tuméfaction de l'organe, une tendance à l'ectopie.

(1) Les 257 observations qui servent à M. Pauchet à établir ce résumé se trouvent dans sa thèse de doctorat, Paris, 1896-97, n° 71.

M. Hervieux lit un mémoire sur le rôle de Bobé, Moreau et du duc de Larochefoucault-Liancourt dans l'importation de la vaccine en France.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 8 Février 1897.

Intoxication par des viandes avariées.

M. Pouchet rapporte une affaire médico-légale dont la solution n'a été donnée qu'après une série de recherches bactériologiques.

Il s'agit d'une épidémie grave de pseudo-cholérine qui sévit en juillet 1895 dans une petite localité et a été provoquée, comme l'a montré l'enquête, par l'ingestion de viande de charcuterie avariée. Cette épidémie frappa 49 personnes dont une seule mourut. Les symptômes observés étaient constitués par une diarrhée avec coliques, vomissements, céphalalgie, des crampes dans les mollets, une courbature et raideur des membres, une coloration rouge foncé de la face et de tout le corps, une grande faiblesse, une fétidité repoussante des selles, verdâtres et bilieuses.

Les résultats des recherches toxicologiques entreprises par M. Pouchet sur la viande saisie furent négatifs. Mais les cultures faites avec les viandes saisies donnèrent lieu au développement des cultures du bacille spécifique de la pneumo-entérite des porcs. Les cultures obtenues avec des déjections des malades fournirent du bacterium coli. Les inoculations des cultures aux animaux (cobayes) furent également positives. Elles permirent de constater, entre autres résultats importants, que la rate et le sang du cœur des cobayes ayant succombé à la maladie infectieuse étaient fortement virulents et, d'autre part, que l'infection pouvait être réalisée par la voie gastro-intestinale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Février 1896.

Recherches sur le botulisme.

M. Van Ermenghem a eu l'occasion d'étudier très complètement plusieurs cas de botulisme dont les symptômes rappellent, comme on sait, très exactement ceux d'empoisonnement par les saucisses. Dans le dernier cas observé par M. Van Ermenghem il s'agissait d'un empoisonnement avec du jambon avarié dont l'examen bactériologique montra la présence d'un micro-organisme spécial qui, sur des cultures, produisait une toxine extrêmement nocive.

Cette toxine présentait la particularité d'agir quand elle était administrée par la voie stomacale. A la dose de 1/5 de milligr. par kilogr. elle tuait très rapidement les lapins; une goutte suffit pour amener la mort d'un singe.

En cas d'intoxication on observe de la parésie musculaire, de la mydriase, de la paralysie d'accommodation, du prolapsus de la langue. A l'autopsie on trouve une dégénérescence graisseuse de l'endothélium de vaisseaux et de la fibre musculaire, des hémorrhagies diffuses et des lésions de la cellule nerveuse.

De l'action du sérum de Marmorek sur les streptocoques de la scarlatine.

MM. Méry et **Lorrain** ont étudié 7 streptocoques isolés dans différents cas de scarlatine et provenant de la gorge, des urines, du sang et d'un abcès ganglionnaire.

Six de ces streptocoques se sont montrés absolument réfractaires à l'action du sérum de Marmorek. Ils présentaient d'ailleurs des caractères d'identité parfaite : morphologie, action sur les animaux, virulence, difficulté de renforcement.

Le sérum de Marmorek a été donné curativement et surtout préventivement à la dose de 5 à 10 centim. cubes. Les inoculations ont été faites par voie veineuse, péritonéale et sous-cutanée. Les lapins ayant reçu le sérum sont morts avant les témoins dans la proportion des 2/3 des cas. Il en a été tout différemment pour le 7e streptocoque isolé par M. Méry; les résultats qui le concernent seront publiés ultérieurement.

Streptocoque dans l'eau de boisson.

M. Guitard. — J'ai découvert le streptocoque pyogène habituel dans l'eau d'alimentation d'un village dont les habitants ont été les victimes d'une maladie difficile à caractériser, se rapprochant de la dothiénentérie; il n'y avait pas de bacille d'Eberth.

M. Charrin. — Une eau peut nuire soit parce qu'elle renferme des germes spécifiques, soit parce qu'elle contient divers microbes et réalise une association bactérienne, soit parce qu'elle introduit des poisons solubles qui prédisposent l'économie.

Dans ces questions, il importe de préciser les espèces rencontrées, leur virulence, car la plupart des eaux sont contaminées et pénètrent d'ailleurs dans le tube digestif où pullulent les bactéries.

Échanges respiratoires chez les animaux gras en inanition.

M. Bardier. — L'auteur expose une série de recherches qu'il a faites pour étudier les modifications des échanges respiratoires chez les animaux gras inanitiés. Il a opéré sur 2 oies grasses soumises à une inanition de 17 jours et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'acide carbonique produit par kilogr. et par heure diminue aussitôt sous l'influence du jeûne.

2° Cette diminution se maintient à peu près constante pendant la période moyenne du jeûne.

3° Elle s'exagère de nouveau dans les derniers jours.

4° Cette diminution d'acide carbonique coïncide avec une diminution bien moins forte d'oxygène, ce qui s'exprime par une diminution du quotient respiratoire.

Propriétés hémorrhagipares des toxines.

MM. Teissier et **Guinard.** — On sait, depuis les travaux de M. Charrin, que certaines toxines, introduites sous la peau ou dans le sang, provoquent des extravasations sanguines. Ces extravasations s'observent surtout au niveau de l'intestin et dans le cas où ces toxines sont fraîches; nous nous en sommes assurés en opérant avec la pneumo-bacilline. En vieillissant, cette substance perd cette propriété; elle engendre alors de préférence des désordres nerveux, désordres lents dans leur évolution.

M. Charrin. — Quand j'ai montré, il y a 10 ans, qu'il était possible de faire naître des accidents nerveux, des paralysies, uniquement à l'aide des toxines, je me suis basé, en effet, sur des phénomènes à allure chronique. A cette époque, je cherchais à établir la doctrine, aujourd'hui classique, de la puissance morbifique des sécrétions microbiennes, ou, si on veut, de la nature toxique des désordres de l'infection; j'ai reproduit, comme on l'a rappelé, des hémorrhagies et je dois dire que, le plus souvent, conformément à l'opinion émise, j'ai rencontré ces hémorrhagies du côté de l'appareil digestif, hémorrhagies gastriques, intestinales; c'est là d'ailleurs une règle qui s'applique aux hémorrhagies toxiques.

Toutefois, j'ai pu reproduire des modalités diverses, le type rénal, pulmonaire, cutané, un véritable purpura; j'ai même obtenu des foyers cérébelleux, pédonculaires, médullaires; à diverses reprises, j'ai présenté ici des animaux offrant des mouvements de manège, de gyration, des paraplégies spasmodiques, dans un cas avec épilepsie spinale; à l'autopsie on a décelé des foyers du cervelet, des pédoncules, des hématomyélies. Pour arriver à enregistrer ces types divers, si on ne fait pas d'appel préalable sur tel ou tel organe, il faut poursuivre des expériences sans nombre.

Actuellement on peut aller plus loin. J'ai montré à la Société que les toxines agissent sur la pression, sur le cœur, sur les parois des capillaires, sur le sucre, sur l'oxygène, sur les globules du sang, autrement dit sur les conditions physiques, mécaniques, anatomiques, chimiques, de la circulation. On sait même que, dès le début du mal, le sérum est altéré, attendu que les états

utilisés sous le nom de séro-réaction ont leurs bases, leurs origines, on l'a rappelé, dans des expériences que j'ai publiées avec M. Roger en 1889 ; ces expériences ont prouvé que si les bacilles déposés dans le sérum des vaccinés, se placent, suivant les termes de la note, en amas, en îlots, chez les infectés, dès le second, le troisième jour, on constate des différences dans le nombre, l'aspect entre ces bacilles et ceux que l'on introduit dans le sérum normal : il y a bien et réaction au cours de l'immunisation et réaction pendant l'infection.

Dans ces conditions, en rapprochant toutes ces modifications physiques, mécaniques, anatomiques, chimiques, dyscrasiques de la circulation, on conçoit plus aisément la genèse de ces accidents, la pathogénie des hémorrhagies de l'infection.

M. Féré rapporte un cas d'amnésie rétro-active survenue après un effort violent (course de bicyclette).

MM. Abelous et **Biarnès** envoient une note sur l'oxydase chez les écrevisses.

MM. Garnier et **Lambert** ont étudié l'influence des injections d'eau salée sur la respiration des muscles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1897.

Chirurgie du poumon.

M. Quénu revient à son tour sur la question de l'incision de la plèvre dans l'exploration du poumon. D'une façon générale, et d'après ce qu'il a observé chez l'homme et dans ses expériences sur les chiens, l'ouverture de la plèvre, c'est-à-dire la création d'un pneumothorax artificiel, provoque une série d'accidents fort graves, cyanose généralisée, pouls petit presque incomptable, état syncopal, rétraction du poumon, etc. Dans un cas de ce genre, les accidents devinrent tellement graves, qu'il a fallu pratiquer la respiration artificielle.

C'est pour éviter tous ces accidents que M. Quénu a fait une série de recherches pour voir s'il n'existait pas un moyen d'éviter les accidents qui surviennent après l'ouverture de la plèvre. Les expériences qu'il a faites lui ont montré qu'en faisant la trachéotomie et en mettant la canule en communication avec un réservoir d'air sous pression, on peut élever la pression intra-pulmonaire, de façon à maintenir le poumon à sa place quand on incise la plèvre et à s'opposer ainsi à tous les accidents qui s'observent à la suite de cette incision.

Toutefois les accidents graves consécutifs à l'ouverture de la plèvre n'ont été en somme observés que dans les cas d'intervention pour tumeurs de la paroi thoracique. Mais dans les affections pulmonaires proprement dites, l'incision de la plèvre, donne souvent lieu à un pneumothorax partiel sans gravité.

M. Bazy tient à faire observer qu'il n'avait en vue que la chirurgie du poumon proprement dite, et que, sous ce rapport, M. Quénu est d'accord avec lui.

M. Delorme a constaté que si, à la suite de l'incision de la plèvre, on fait tousser le malade, le poumon qui s'était rétracté se présente de nouveau à la plaie : on peut alors le saisir et suturer la plèvre au pourtour de la plaie.

Thyroïdectomie dans la maladie de Basedow.

M. Lejars rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte de maladie de Basedow, entrée dans le service de M. Debove, et qui, devant l'insuccès de la médication interne, a insisté pour être opérée. M. Lejars se chargea de l'opération et enleva le lobe droit de la glande tyroïde hypertrophiée. L'opération n'a présenté aucune difficulté, aucune particularité. Quelques heures après la malade fut prise brusquement de dyspnée violente, qu'on attribua à la nervosité de la malade, et contre laquelle on fit une injection de morphine. 2 heures après, la malade était morte. A l'autopsie on ne trouva rien pour expliquer cette mort, attribuable peut-être à une intoxication par les produits du goître, mis en état d'hypersécrétion par le fait de l'intervention.

M. Quénu est intervenu, il y a 2 ans et demi, dans un cas de maladie de Basedow avec goître. Il enleva le lobe droit, mais, pour arrêter l'hémorrhagie, il fut obligé, après avoir essayé tous les moyens courants, d'enlever le lobe gauche, si bien qu'il a donc pratiqué une thyroïdectomie complète. Immédiatement après l'opération, le pouls, qui était à 130, tomba à 52. Pendant 3 semaines, tout alla bien, mais au bout de ce temps, survinrent les premiers signes de myxœdème. M. Quénu donna alors des tablettes thyroïdiennes que la malade prend depuis 2 ans, et qui la préservent du myxœdème.

M. Tillaux a constaté que, dans ces cas, il faut distinguer deux faits : tantôt le goître est composé d'une tumeur développée à l'intérieur de la glande thyroïde, dont elle est en quelque sorte indépendante : ces cas bénéficient toujours de l'opération ; tantôt on ne trouve pas de tumeur dans la glande thyroïde : ces cas ne doivent pas être opérés.

Exophthalmos pulsatile.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de M. Bide, relative à un cas d'exophthalmos pulsatile, traité par la ligature de la carotide.

Il s'agit d'un malade dont M. Payet (de Lyon) a déjà publié l'histoire. Depuis cette époque, l'opération a été pratiquée à Madrid avec bon résultat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 Février 1897.

Cirrhose pigmentaire.

MM. Auscher et **Lapicque** opposent aux hypothèses qui ont été faites dans la dernière séance, à propos de la pathogénie des pigments de la cirrhose pigmentaire, une théorie fondée sur la formation de l'un de ces pigments, la rubigine, qui se rencontre non seulement dans les cas de cirrhose du foie, mais aussi chez des malades succombant à la tuberculose, à des infections très variées, à des hémorrhagies, etc.

D'après les recherches expérimentales faites par MM. Auscher et Lapicque, il ne semble pas que ce soient les parenchymes glandulaires qui élaborent la rubigine, mais plutôt les organes lymphoïdes et, plus particulièrement, les leucocytes agissant sur le sang extravasé. Il est probable que la rubigine ne se forme que dans le sang extravasé : l'hématolyse intra-vasculaire ne donne pas lieu à la formation de rubigine, ainsi qu'il résulte des expériences des auteurs.

Un cas de zona double bucco-pharyngien.

MM. Lermoyez et **Barozzi** présentent l'observation d'un homme de 78 ans, qui, sans phénomènes généraux, fut atteint, après 48 heures d'endolorissement buccal, prodromique d'une éruption occupant la voûte palatine, le voile du palais, les gencives supérieures et les sillons gingivo-labiaux voisins. Cette éruption, formée de groupes vésiculeux, supportée par des placards érythémateux, formait autour du plafond buccal une ceinture d'une symétrie remarquable. Sur aucun point du corps il n'y avait d'herpès. Les jours suivants, quelques vésicules nouvelles apparurent. Douze jours après le début des accidents eut lieu une nouvelle poussée, cette fois franchement unilatérale, occupant la moitié gauche de la voûte palatine, et nettement arrêtée à la ligne médiane. La durée totale de l'éruption buccale fut environ de 4 semaines.

S'appuyant sur la symétrie parfaite de cette éruption, sur la régularité de sa distribution bilatérale qui suivait le trajet des rameaux nerveux en particulier des nerfs palatins antérieurs, sur son évolution par poussées successives et sur l'absence de phénomènes généraux, MM. Lermoyez et Barozzi portèrent le diagnostic de zona bucco-pharyngien double symétrique dépendant de la deuxième branche du trijumeau. D'ailleurs, la dernière poussée éruptive, qui s'était faite d'un seul côté de la bouche, se limitant exactement sur la ligne médiane, venait à l'appui de cette hypothèse : les deux zonas avaient été symétriques, mais non synchrones, le zona gauche retardait sur celui du côté droit.

Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes.

M. Merklen. — L'association de l'asystolie et de la respiration de Cheyne-Stokes ne s'observe guère que dans la myocardite chronique avec artério-sclérose. Les localisations multiples de l'artériosclérose s'effacent devant la dilatation et l'insuffisance cardiaque. Mais cette asystolie se complique presque constamment de troubles cérébraux : c'est de l'agitation nocturne et du délire, c'est de l'apathie intellectuelle, de la somnolence et du coma ; c'est enfin la respiration de Cheyne-Stokes.

L'origine urémique de la respiration de Cheyne-Stokes est généralement admise (Cuffer). Cependant ce trouble respiratoire se retrouve dans diverses affections du cerveau et des méninges. et se produit chez des artério-scléreux asystoliques, en l'absence d'insuffisance rénale nettement caractérisée. Si, en outre, on tient compte de la simultanéité de l'apathie cérébrale, de la somnolence, de l'agitation, des mouvements convulsifs, enfin du coma, on est tout naturellement amené à la rattacher au syndrome complexe et variable de *cerveau cardiaque*.

Deux cas observés par M. Merklen viennent en faveur de cette manière de voir. Dans ces deux cas, il s'agissait d'asystolie par myocardite chronique avec artério-sclérose. Le premier malade fut pris brusquement de respiration de Cheyne-Stokes 24 heures après l'administration d'un demi-milligramme de digitaline cristallisée, la mort survint dans le coma en quelques heures. Le second malade est actuellement guéri de son asystolie et de sa respiration de Cheyne-Stokes, celle-ci ayant persisté 6 semaines. Ce malade était entré à l'hôpital en pleine asystolie compliquée de coma. Ces accidents furent amendés par plusieurs traitements digitaliques successifs. C'est dans ces conditions qu'est apparue la respiration de Cheyne-Stokes et qu'elle s'est maintenue, augmentée plutôt que diminuée par la digitale, manifestement atténuée par la morphine.

Un cas de maladie de Morvan avec autopsie.

M. G. Marinesco.— J'ai pu examiner, grâce à M. Marie, le système nerveux d'un malade qui a été présenté par Charcot, en 1890, dans sa clinique, et dont l'histoire clinique a été publiée par lui et par ses élèves. Le malade, âgé de 62 ans, présentait à la main gauche les lésions types de la maladie de Morvan. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire. Dans la moelle, il existe une cavité de forme plus ou moins triangulaire, qui s'étend de la 6e racine cervicale à la 6e dorsale. La lésion partant du canal épendymaire occupe principalement la commissure postérieure et la corne postérieure gauche, laissant à peu près intacte la corne antérieure qu'elle touche seulement à la partie interne de la base. Cependant, dans certaines parties de la région dorsale, la corne antérieure gauche, envahie presque entièrement par le processus syringomyélitique, est essentiellement inaltérable. C'est la destruction du centre médullaire en rapport avec la nutrition du tégument et des os des parties terminales du membre supérieur qui nous explique les troubles trophiques de la maladie de Morvan.

Il est possible que certains désordres, comme les suppurations locales, soient provoquées par des infections. Je crois qu'on est en droit de conclure que la maladie de Morvan relève, dans la plupart des cas, de la gliose péri-épendymaire. L'intérêt du cas réside dans ce fait que la lésion de la corne postérieure gauche coïncide avec les troubles trophiques type Morvan *localisés à la main gauche*. Il est donc permis d'en inférer que les altérations médullaires qui produisent la maladie de Morvan ont leur siège principal dans la corne postérieure.

M. Jeanselme, dans un voyage d'études qu'il a fait en Bretagne, au mois d'octobre dernier, a, sur deux malades présentant, l'un les signes de la maladie de Morvan, l'autre ceux de la syringomyélie, pratiqué la biopsie de taches pigmentées ou achromiques situées sur les membres. L'examen bactériologique de ces fragments a été complètement négatif. Mais il convient de remarquer que le bacille de Hansen fait souvent défaut dans les éruptions d'ordre trophique qui sont si fréquentes dans la lèpre. Aussi ne veut-il tirer de ses recherches aucun argument pour ou contre l'assimilation de la maladie de Morvan à la lèpre.

Un cas d'empoisonnement par la quinine.

M. Louis Guinon. — Un adulte neurasthénique ayant tenté de se suicider en absorbant, d'un seul coup, 8 grammes de sulfate de quinine, j'ai pu observer les accidents, en apparence graves, qu'il a présentés. Il tomba rapidement dans un collapsus profond, il était inerte, insensible à toute excitation, les extrémités froides, tout le corps agité d'un frissonnement continuel, les yeux excavés, les lèvres cyanosées. Mais les deux symptômes vraiment caractéristiques furent la surdité et la cécité. La surdité fut d'emblée absolue; elle s'atténua en quelques heures et disparut en un jour. La cécité, au contraire, ne parut complète que quelques heures après l'ingestion; au moins pendant les premières heures, la pupille était encore mobile, et parut réagir à la lumière; 7 à 8 heures après l'ingestion, la pupille était absolument dilatée et inerte, et le malade ne distinguait pas une vive lumière de l'obscurité complète. La cécité alla en s'atténuant; 15 jours après, la vue était encore extrêmement faible. La sécrétion urinaire fut supprimée pendant 11 heures; elle se rétablit très abondante sous l'influence du traitement (injections sous-cutanées d'eau salée, lavements froids, ingestion abondante de café). La température resta normale, le pouls fut accéléré : 120 environ le premier jour, 100 le second.

Ces accidents s'observaient plus souvent autrefois avec les doses fortes de quinine; chez les sujets à myocarde sain, ils guérissent assez facilement, même avec 15 grammes (Giacometti), 41 grammes (Guersant).

M. Béclère. — J'ai observé également un cas d'empoisonnement chez un médecin qui avait pris, contre des névralgies dentaires, 60 centigrammes de sulfate de quinine. Il y eut des vertiges, rendant impossible la situation debout, et de l'obscurcissement de la vue, qui, par moments, alla jusqu'à la cécité. Ces accidents s'amendèrent, d'ailleurs, en quelques heures.

M. Lermoyez fait observer que souvent, chez certains malades, une dose faible de sulfate de quinine suffit pour provoquer des vertiges, alors que, chez d'autres sujets, des doses massives sont inoffensives, fait qui, d'après lui, tiendrait à l'état du labyrinthe. Lorsqu'une lésion labyrinthique existe, assez minime d'ailleurs pour passer inaperçue, la moindre dose du médicament suffit pour produire des accès vertigineux.

Purpura hémorrhagique rebelle, suivi de guérison.

M. Millard communique l'observation d'une malade âgée de 57 ans, présentant tous les symptômes classiques de purpura hémorrhagique, et dont le sang de cette malade se coagulait d'une façon spéciale : le caillot n'était pas rétractile. Ce fait viendrait donc à l'appui des idées exposées par M. Bensaude.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 Février 1896.

Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (érythème pigmenté réticulaire).

MM. Balzer et **Griffon** présentent un homme de 36 ans, arthritique et légèrement variqueux, chez lequel il est survenu depuis quelques mois des arborisations pigmentaires, anastomosées entre elles, rappelant un peu ce qu'on observe chez les vieilles femmes ou les cochers qui ont l'habitude de se servir de chaufferettes. A côté de la pigmentation, il y a aussi inflammation, car la pression la plus légère est douloureuse, et le malade se plaint de souffrir spontanément. La lésion siège manifestement dans les réseaux capillaires superficiels. Dans plusieurs endroits, surtout vers le centre de la région atteinte, il existe de petites surfaces rouges limitées par un bord net, sans épaississement de la peau. Ces placards, qui dernièrement desquamaient, présentent aujourd'hui un aspect rouge, décapé, brillant, plissé comme le lichen.

Au point de vue étiologique, les traînées rosées, érythémateuses, apparues tout récemment au genou, et la fluxion articulaire survenue au cou-de-pied, feront peut-être incriminer le rhumatisme.

Ostéopathies et rhumatisme syphilitique.

M. A. Fournier présente un cas de syphilis sénile remontant à 4 ans, contractée à l'âge de 60 ans et soignée d'une façon irrégulière. Depuis le mois d'août jusqu'en novembre dernier, il s'est fait une véritable poussée osseuse et articulaire : 14 exostoses, douleurs dans les genoux, subluxation des deux tibias en arrière, puis impotence fonctionnelle de la main droite, amyotrophies musculaires considérables qui, d'après les élèves de la Salpêtrière seraient même de l'amyotrophie médullaire ; en même temps le malade est tombé dans un état de cachexie profonde, comme on peut le voir ; cependant, depuis 8 jours qu'il suit le traitement spécifique, il s'est notablement amélioré.

Tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

MM. H. Hallopeau et Bureau. — L'examen histologique des infiltrations nodulaires suivies de la formation de pustulettes et ultérieurement de dépressions cratériformes isolées ou agminées montre qu'elles se sont développées surtout aux dépens des follicules pilo-sébacés : on y trouve des cellules géantes mais non des bacilles ; la constitution des infiltrations rappelle celle du nodule tuberculeux. L'absence de bacilles ainsi que de microbes pyogènes et le résultat négatif des inoculations sont en faveur de l'origine toxinique des altérations ; dans les nodules tuberculeux typiques, les bacilles déterminent la production de lésions spécifiques, non par leur action mécanique, mais par les produits spéciaux, les toxines qu'ils engendrent ; on conçoit que ces toxines puissent aller déterminer, dans les différentes parties du tégument où elles sont entraînées par la circulation, des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules. Ce nouveau fait, rapproché des cas de folliclis, montre que ces toxines peuvent donner lieu à des éruptions très analogues alors même qu'elles trouvent dans des parties diverses de la peau le milieu sensible à leur action ; d'autre part, les follicules pilo-sébacés peuvent réagir chez les différents sujets suivant des modes divers sous l'influence de toxines très analogues ; on en a pour témoins les affections décrites sous les formes de lichen scrofulosorum, d'acné cachectique, de folliculites suppuratives, de placards à progression excentrique qui rentrent dans le même cadre que les folliclis et la tuberculide acnéiforme et nécrotique ; il est possible que les toxines présentent des propriétés différentes suivant qu'elles émanent de foyers pulmonaires, ganglionnaires, osseux ou cutanés.

Nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées.

M. H. Hallopeau. — La présence sur le dos de la langue de placards d'un blanc mat offrant l'aspect de pains à cacheter et sur les joues de plaques constituées exclusivement par des stries opalines est caractéristique du lichen de Wilson : ces lésions diffèrent par leurs caractères objectifs des altérations syphilitiques ainsi que des leucoplasies buccales ; dans ce nouveau fait elles coïncident avec une éruption typique de lichen plan.

Cylindrome de la région parotidienne.

M. du Castel montre une femme de 45 ans, chez laquelle il n'était, il y a douze ans, qu'une tumeur blanchâtre, douloureuse, au bord inférieur du maxillaire inférieur, à gauche. Cette tumeur a été opérée six fois, chaque opération ayant été suivie de récidive. Après la dernière opération, en mai 1891, la tumeur s'est reproduite et actuellement la malade se présente avec une énorme tumeur occupant la partie gauche de la tête et du cou, bourgeonnante, mamelonnée, de couleur violacée, au milieu de laquelle on n'aperçoit de l'oreille que le bord postérieur et le lobule déjà envahi par le tissu néoplasique. La tumeur, recouverte de veines dilatées, présente quelques ulcérations avec suintement, et est indolore ; à son niveau il y a anesthésie complète.

La tumeur, qui fait corps avec le maxillaire inférieur, dont les mouvements la mobilisent en grande partie, augmente depuis quelque temps assez rapidement, mais malgré cela, malgré un amaigrissement notable, la malade, ayant conservé l'appétit et le sommeil, a conservé un assez bon état général. L'examen histologique, pratiqué par M. Darier a montré qu'il s'agissait d'un cylindrome (Mallassez), c'est-à-dire d'une variété d'épithéliome.

Erythème provoqué par l'ichtyol au pourtour de placards d'eczéma.

MM. Hallopeau et Weil. — Deux applications d'une pommade contenant 1 p. 100 d'ichtyol ont dans ce cas les mêmes effets que produisent souvent les pommades pyrogallique et chrysophanique ; les plaques d'eczéma exercent, comme celles de psoriasis, une action sur l'innervation vaso-motrice du tégument qui les entourent ; elles empêchent, comme elles, la coloration érythémateuse de se produire dans leur voisinage immédiat, soit parce qu'elle excite à distance les vaso-constricteurs, soit parce qu'elle exerce une inhibition sur l'action vaso-dilatrice.

Ulcères phlébitiques non variqueux.

M. Gaston. — En dehors des ulcères variqueux, il existe des ulcères de jambes dont M. Fournier a montré l'origine syphilitique et la guérison par le traitement spécifique ; mais il existe aussi des ulcères qui ne sont ni syphilitiques ni variqueux et sont la conséquence de phlébites infectieuses survenant dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses.

Ces ulcérations siègent aux membres inférieurs sans localisation spéciale, elles sont généralement multiples, de la dimension d'une lentille à une pièce de 5 francs et plus lorsqu'elles deviennent confluentes. Chaque ulcération est cupuliforme, en godet, à pentes déclives, à bords saillants, non décollés, formant un bourrelet blanchâtre, un ourlet surplombant le fond de la lésion qui est suppurative, bourgeonnante. L'ulcération est environnée d'une zone pigmentée irrégulière. Il n'existe pas de douleurs spontanées, ni de troubles de sensibilité au niveau des lésions dont quelques-unes ont un caractère térébrant et dont toutes ont une évolution chronique et très longue.

Les ulcères phlébitiques ne s'accompagnent pas de varices, ils débutent dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses qui ont été suivies de phlébites. L'état général des malades est bon, ou bien on trouve chez eux des lésions cardiaques, rénales, ou d'autres reliquats des infections. Leurs réflexes sont souvent exagérés, mais ils ne sont ni tuberculeux ni syphilitiques.

M. Darier rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite de phlébite de la jambe, avait été pris, sur le même membre, d'un certain nombre d'ulcérations semblables, d'apparence absolument syphiloïde. Ces lésions guérirent par le repos prolongé, mais dans la suite, lorsque le malade se remit à marcher, elles reparurent exactement au siège des premières.

Œdème chronique du membre supérieur.

M. Gastou montre une malade atteinte d'un œdème localisé du membre supérieur gauche. Cet œdème est survenu à la suite de la constriction exercée à la partie supérieure du membre par le pansement d'un vésicatoire, et il a persisté depuis que la constriction a été enlevée. Cette malade est tuberculeuse.

M. A. Fournier trouve ce fait d'autant plus intéressant que depuis quelque temps un certain nombre de travaux tendent à démontrer l'existence d'un œdème névropathique.

Erythème récidivant, symétrique des extrémités, avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds.

M. G. Thibierge. — Voici une femme de 31 ans, qui, pour la cinquième fois, a vu se soulever en un seul lambeau

l'épiderme de la paume de ses mains; cette desquamation s'est produite quelques jours après une tuméfaction érythémateuse des régions palmaires et plantaires, survenue à la suite d'une bronchite : les poussées antérieures s'étaient, de même, produites à la suite d'infections banales, sans qu'on puisse accuser l'usage d'un médicament; les poussées s'accompagnaient de desquamation étendue de la plante des pieds : celle-ci, toujours plus tardive, n'a pas encore eu le temps de se produire dans la poussée actuelle. Il semble s'agir ici de troubles vaso-moteurs, d'origine nerveuse, comparables à l'œdème aigu circonscrit de la peau et à l'urticaire œdémateuse, d'autant plus que la malade, quelque peu nerveuse, a des réactions vaso-motrices cutanées très accusées, et a été atteinte antérieurement d'urticaire généralisée.

Pigmentation réticulée du cou présentant des caractères de la syphilide pigmentaire chez un tuberculeux cachectique.

M. G. Thibierge. — Voici un homme de 60 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avec cachexie très avancée, qui présente une pigmentation généralisée à toute la surface cutanée, sans pigmentation des muqueuses et sans signes nets de la maladie d'Addison. A la nuque et sur les parties latérales du cou, cette pigmentation revêt l'aspect d'un réseau brun dont les mailles circonscrivent des zones arrondies moins colorées : c'est, en un mot, l'apparence classique de la syphilide pigmentaire, et cependant le malade n'a jamais eu d'accidents pouvant être rapportés à la syphilis et ne présente actuellement aucune manifestation syphilitique. Il s'agit donc d'une forme rarissime de pigmentation du cou simulant la syphilide pigmentaire.

Stomatite mercurielle tardive, compliquée d'hématémèse et de melæna.

M. Alex. Renault rapporte l'observation d'une femme de 23 ans, syphilitique, traitée successivement par les injections de calomel et de l'huile grise et qui, un mois et demi après la dernière injection d'huile grise, est prise d'une stomatite effroyable avec constriction des mâchoires poussée à un tel degré que la malade peut à peine desserrer les dents ou articuler une seule parole par le fait de l'immobilité de la langue, collée contre le plancher de la bouche; à peine la malade peut-elle avaler quelques gorgées de lait.

Cet état persiste pendant 15 jours, malgré la médication la plus active. Enfin l'amélioration commence à se dessiner, lorsque la malade éprouve des douleurs très vives dans l'estomac et les entrailles et rend en allant à la garde-robe 2 vases de sang. Le pouls devient misérable, la pâleur extrême et la malade perd 5 fois connaissance dans la même journée. 2 jours après, nouveau melœna, moins abondant heureusement que la veille. Les jours suivants, le sang ne reparaît plus dans les garde-robes. Les forces et l'appétit renaissent un peu, mais la situation s'aggrave de nouveau par l'apparition d'une tuberculose pulmonaire à début fébrile. Enfin, peu à peu, cet orage se calme et la malade quitte l'hôpital au bout de 2 mois guérie de sa stomatite ; mais, du côté des poumons, les signes physiques persistent.

Lichen simple circonscrit (névrodermite).

M Danlos présente une malade de 20 ans, portant depuis 8 mois une grande plaque prurigineuse sur l'épaule droite. A l'examen direct, on trouva une large surface chagrinée, de couleur bistre, grande comme la paume des deux mains, formée par des papules cohérentes grosses comme un grain de millet et semblant développées aux dépens des follicules pilo-sébacés. Ces papules diffèrent par leur couleur, leur forme ou leur groupement de celles du lichen de Wilson. Il s'agit d'un lichen simple (névrodermite circonscrite) présentant cette particularité que, malgré l'étendue et l'ancienneté du mal, les papules juxtaposées sont restées distinctes même au centre, sans tendance à former une plaque de lichénisation comme dans les cas ordinaires.

Psoriasis traité par l'arsenic.

M. Danlos montre un homme de 21 ans, atteint depuis 2 ans d'un psoriasis d'abord partiel, puis généralisé, guéri presque complètement après 2 mois de traitement par l'acide cacodylique administré sous forme de cacodylate de soude, sans aucun traitement externe. Doses quotidiennes du médicament, 15, 30 et jusqu'à 75 centigrammes. La teneur en arsenic de l'acide cacodylique étant supérieure à 54 p. 100, ces doses répondent comme quantité d'arsenic à 33,75, 67,50 centigrammes et même 1 gr. 087 d'arséniate de soude par jour. Malgré ces chiffres invraisemblables, il ne s'est produit d'autre inconvénient qu'une odeur alliacée de l'haleine, sans malaise général, sans troubles digestifs ou nerveux, sans pigmentation ou hyperkératose de la peau. Un autre malade, soumis au même traitement dans des conditions presque identiques (50 centigrammes au plus par jour), a quitté le service très amélioré pour aller dans son pays tirer au sort. L'odeur alliacée de l'haleine était encore plus accusée que chez le malade présenté, mais il n'y avait nul autre symptôme d'origine thérapeutique.

Lichen annulaire.

M. Danlos. — Malade très nerveuse, atteinte depuis 3 mois, sans cause appréciable, d'une éruption de forme très exceptionnelle, occupant d'une manière presque exclusive les membres, principalement du côté de l'extension. Maximum aux coudes et aux genoux. Début par une papule rouge qui, assez rapidement, grandit et atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes (bras) en même temps qu'elle se déprime et se décolore au centre. Sur les genoux certaines papules ont jusqu'à 5 centimètres et plus de diamètre. A l'état de complet développement ces éléments sont formés d'un mince anneau périphérique, rigoureusement circulaire, rouge, dur et saillant, circonscrivant une surface déprimée d'un blanc sale sur laquelle l'épiderme desséché et flétri, se détache en écailles furfuracées. L'épiderme tombé la surface paraît finement quadrillé.

En quelques points, apparence polycyclique par fusion partielle des anneaux. Au bout de quelque temps, tendance à la guérison spontanée, l'anneau s'affaisse sur un point d'abord, puis disparaît.

L'évolution de chaque élément se fait en 3 à 4 semaines. Ressemblance lointaine avec lupus érythémateux disséminé, syphilide, psoriasis ou érythème polymorphe (forme circinée).

En réalité, nature indéterminée ; la forme papuleuse initiale de la lésion élémentaire, et le quadrillage consécutif permettent de penser à une forme de lichen différente des formes classiques. Un seul moulage identique au Musée.

Aplasie moniliforme des cheveux.

M. Jeanselme. — Dans cette curieuse dystrophie congénitale du cuir chevelu, les cheveux tombent dans les premières semaines de la vie, et sont remplacés par des poils follets qui présentent de distance en distance des étranglements annulaires, au niveau desquels le poils est incolore. Cette malformation des cheveux paraît être due à l'existence de la kératose pilaire du cuir chevelu, comme l'a fait remarquer M. Brocq. L'enfant que je soumets à votre examen a 7 frères ou sœurs dont 3 sont atteints de la même affection. Le père, également alopécique, a eu 9 frères ou sœurs, dont 3 ont aussi de l'aplasie moniliforme. J'ai pu établir d'une manière certaine, que les cas de la même affection rapportés par M. Sabouraud d'une part, par M. Tenneson d'autre part, appartiennent à la même famille.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 Janvier 1897.

Hypérostose blennorrhagique du calcanéum.

MM. Liaras et **Hobs** présentent un malade atteint d'hypérostose blennorrhagique du calcanéum.

M. Villar. — L'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne n'est pas rare dans la blennorrhagie. Quant à la lésion osseuse, elle doit être consécutive à l'inflammation de la bourse séreuse. Le point intéressant de cette observation est la répétition chronologique de cette complication au cours des deux blennorrhagies.

Lèpre mixte à prédominance de lésions tégumentaires.

M. Carrière. — Voici un homme de 52 ans atteint de lèpre mixte à prédominance tégumentaire.

Le faciès du malade est le faciès léonin typique. Le front présente des saillies irrégulières, mamelonnées, au niveau desquelles la peau est épaissie, comme indurée.

Les sourcils, rares, sont tombés au niveau de l'angle externe. Les paupières sont épaissies et leurs cils inférieurs tombés. Le nez est épaté, légèrement déjeté vers la droite.

Les oreilles, sans nodules lépreux, sont hypertrophiées, pendantes et épaissies.

Du reste, c'est là une des deux formes d'infiltration lépromateuse du lobule : *a*) infiltration nodulaire, *b*) infiltration lépromateuse diffuse.

Ls face entière à une teinte cuivrée uniforme, la barbe est tombée sur les côtés des joues. Rien du côté de la langue et de la cavité buccale.

Sur la face antérieure du tronc quelques taches rouge brun, bistrées. La peau est épaissie à leur niveau ainsi que celle des avant-bras. Sur ce fond, uniformément infiltré, on trouve des lépromes à teinte plus foncée au niveau desquels l'induration est manifeste.

La sensibilité générale est intacte, plutôt exagérée.

Les taches des lépromes ne sont pas anesthésiques.

Les ganglions épitrochléens sont volumineux, ce qui n'est pas rare chez les lépreux.

Le début de la maladie remonte à 1 an. Le malade avait habité des pays ou la lèpre sévit endémiquement, mais n'a pas eu de rapports avec des lépreux. Il y a 4 ans, il a mangé plusieurs fois du mangouste (animal servant à la Guadeloupe et à la Martinique à détruire les rats) et c'est une opinion très répandue dans ces pays : que ceux qui mangent du mangouste deviennent lépreux; c'est, d'après lui, la cause de sa maladie.

Il serait intéressant de rechercher scientifiquement si le mangouste est inoculable à l'aide du bacille d'Hansen et s'il porte en lui le germe de la lèpre.

Actuellement notre malade se trouve très bien du traitement auquel nous l'avons soumis : l'huile de pétrole.

M. Sabrazès. — Le pétrole à hautes doses ne donne-t-il pas d'accidents? J'ai vu un malade qui buvait un litre de luciline par jour : cet homme avait de la dilatation d'estomac, des gastrorrhagies et beaucoup d'albumine dans ses urines.

Papillome de la grande lèvre.

M. Fraikin. — Tumeur provenant d'une malade opérée dans le service de M. le professeur Boursier. Elle siégeait sur la grande lèvre gauche et était pédiculée. Elle date de deux ans environ et l'accroissement a été progressif. La malade âgée de 64 ans, jouit d'un bon état général. Elle n'est pas affaiblie ni amaigrie.

L'ablation s'est faite au bistouri le 5 janvier 1897 et a été suivie de guérison. La tumeur examinée est un papillome pur sans aucune transformation épithéliomateuse.

M. Boursier fait remarquer qu'il est rare de voir se développer un papillome à 64 ans.

Hystérectomie vaginale par morcellement.

M. Nourrit présente au nom de **M. Villar** et au sien des pièces provenant d'une malade ayant subi l'hystérectomie vaginale pour fibrome utérin.

L'hystérectomie vaginale par morcellement fut pratiquée par M. Villar le 26 octobre 1896 : les ovaires et les trompes furent extirpés avec le fibrome. L'opération dura 3/4 d'heure sans incidents. On laissa deux pinces de Richelot pendant 48 heures. La sonde placée dans la vessie ne put être supportée au delà de 24 heures. Le deuxième jour, miction spontanée; le troisième, purgation. La malade se leva le 16e jour.

Un mois après, la malade retourna dans son pays, marchant très bien et n'éprouvant aucune douleur abdominale.

Cette observation permet de conclure à la bénignité de l'ablation des fibromes par la voie vaginale.

M. Pozzi en a établi l'indication en ces termes : « Cette méthode de traitement des fibromes me paraît devoir être réservée aux cas où l'utérus, peu volumineux mais comprimant des organes importants, peut être extrait sans grands efforts et sans longs morcellements. C'est à ce prix seulement que l'opération est bénigne et peut être substituée à l'hystérectomie abdominale. »

Contrairement à l'opinion de M. Pozzi il est possible de pratiquer le morcellement, comme M. Villar l'a fait dans le cas qui nous occupe, sans que l'opération soit plus longue ni que la malade s'en ressente au point de vue des suites immédiates ou éloignées.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 12 Janvier 1896.

Rachitisme intra-utérin.

M. Demons présente un bébé de 15 jours dont il ne connaît pas les antécédents, et dont les lésions paraissent être celles du rachitisme intra-utérin.

M. Lugeol conclut aussi pour le rachitisme intra-utérin. L'enfant a des fontanelles énormes. Les os longs ne sont raccourcis que par l'incurvation et il n'a ni tissu adipeux et musculaire très développé, ni brièveté des pieds et des mains comme dans l'achondroplasie.

Cancer du col de l'utérus avec traînées épithéliales interstitielles.

M. Bégouin. — Je présente les pièces provenant d'une femme âgée de 49 ans atteinte de cancer du col, à laquelle on fit l'hystérectomie par le procédé de Doyen. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma du col propagé au corps, non point par la muqueuse, mais à travers le tissu musculaire utérin. Il y a lieu d'insister sur ce cas qui montre ce mode de propagation, assez rare, de l'épithélioma.

M. Boursier. — Si rare que soit cette propagation on en trouve quelques exemples. J'ai présenté un cas analogue l'an dernier. Un épithélioma du col s'était propagé au corps par une sorte de filon intra-musculaire laissant la muqueuse saine. Ces cas montrent l'intérêt qu'il y a, dans les épithéliomas du col, à faire une opération aussi radicale que possible.

M. Binaud. — Il est difficile d'assigner des limites à l'épithélioma utérin, même après une ablation totale. Je me rappelle avoir vu, dans le service de M. Schwartz, une femme chez laquelle existait une petite lésion épithéliomateuse du col. On fit l'ablation totale de l'utérus et 3 mois après il y avait récidive au fond de la plaie.

Maladie kystique des mamelles.

M. Anderodias. — La malade de qui proviennent ces pièces est une femme d'une trentaine d'années sans antécédents pathologiques; depuis plusieurs mois elle avait observé deux petites tumeurs au niveau des seins sans adhérences cutanées ou aponévrotiques, ni retentissement ganglionnaire.

Amputation des deux seins le 23 novembre. On trouve, au lieu d'une tumeur unique, des kystes nombreux disséminés dans l'étendue des deux glandes, contenant les uns un liquide séreux, les autres une bouillie hématique verdâtre. Leur volume varie de celui d'un petit pois à celui d'une noix. L'examen histologique des parois kystiques fait voir qu'elles sont développées aux dépens des canalicules et des acini. Ces parois sont tapissées

de cellules cubiques qui subissent une dégénérescence graisseuse et tombent dans la cavité du kyste.

Il semble qu'il s'agisse ici de l'affection décrite par Brissaud, 1884, où les lésions consistent « dans une activité particulière des acini glandulaires, le tissu interstitiel restant sain ».

On peut en observer deux formes : l'une maligne, épithéliomateuse ; l'autre bénigne, caractérisée par la prolifération et la dégénérescence fibreuse des canalicules qui s'échangent, d'où formation des kystes. C'est à cette dernière catégorie qu'appartient la pièce que je présente.

M. Coyne. — Il y a longtemps qu'à propos du fibrome diffus du sein, j'ai fait l'étude anatomo-pathologique et pathogénique des formations kystiques qu'on observe. MM. Brissaud et Reclus ont été frappés par le dernier terme de l'évolution morbide que j'avais déjà signalé dans une étude d'ensemble sur les formations kystiques dans la glande mammaire. Je dois ajouter, et je le regrette, que ces deux auteurs ont omis de citer mes recherches, antérieures aux leurs de plusieurs années.

Quoiqu'il en soit, il ressort des faits que j'ai publiés qu'il y a dans la glande mammaire un état anatomo-pathologique caractérisé par une néoformation conjonctive diffuse se passant dans le tissu cellulo-adipeux extérieur à la zone de nutrition de l'élément glandulaire, et par conséquent dans la charpente conjonctive qui subdivise la glande mammaire en lobes et en lobules. Ce tissu de nouvelle formation, après un premier stade de prolifération qui peut donner lieu à la production d'un véritable état éléphantiasique de la mamelle, aboutit, dans le stade ultérieur de sclérose et de rétraction cicatricielle du tissu conjonctif nouvellement formé, à la production d'étranglement des conduits excréteurs du lobule secondaire et à la constitution de kystes multiples, de volume variable, d'origine glandulaire et présentant tous les caractères de kystes par rétention dans lesquels le revêtement épithélial de l'élément glandulaire ainsi modifié subit le processus, mais ne le provoque pas.

Il y a eu confusion dans l'esprit de MM. Brissaud et Reclus certainement; l'épithélioma intra-canaliculaire de la glande mammaire devient parfois kystique, et à côté de masses lobulées présentant nettement le caractère d'un épithélioma polyadénique. On trouve aussi d'autres masses lobulées dans lesquelles les masses épithéliales qui les remplissent ont subi une fonte lactescente aboutissant à la formation de cavités de volume variable, mais en général petites et ne dépassant les dimensions d'un grain de maïs, et reconnaissables à ce que leurs parois sont tapissées par plusieurs couches d'épithélium polyédrique et souvent granuleux.

MM. Reclus et Brissaud admettent la théorie de Waldeyer d'après laquelle toute tumeur cancéreuse est un épithélioma et provient d'un épithélioma préexistant, presque constamment glandulaire, pour eux du moins.

Contrairement à cette manière de voir, je dirai que d'après les expériences faites, les épithéliomas aboutissent à la constitution de pseudo-kystes par fonte caséeuse et lactescente. Aussi ces tumeurs ne sont-elles pas aussi graves qu'a voulu l'établir M. Reclus.

M. Binaud. — Il y a maintenant une tendance à considérer la maladie de Reclus comme plutôt bénigne. Lui-même, après avoir été interventionniste, porte un pronostic plus favorable sur ces tumeurs. Sur 30 cas de maladie kystique opérés par lui il n'a pas eu de récidive.

Dans les cas bien nets de maladie kystique, M. Reclus est abstentionniste. M. Coyne, au contraire, préconise l'intervention radicale. Je lui demanderai d'une façon précise ce qu'il conseille de faire, le diagnostic de maladie kystique étant bien posé.

M. Coyne. — Ce diagnostic étant certain, je conseille l'ablation totale, d'abord parce qu'une ou plusieurs des cavités kystiques peuvent prendre un développement trop considérable, s'enflammer et s'ouvrir au dehors par un trajet fistuleux incapable de guérir spontanément et demandant une ablation des parties partielle ou totale ; ensuite parce que rien ne dit que dans le cours de leur évolution ces mamelles kystiques ne pourraient devenir le point de départ d'une formation de carcinome atrophique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 Janvier 1897.

Diagnostic différentiel entre l'appendicite et les tumeurs de la région iléo-cæcale.

M. Sonnenburg a rapporté plusieurs cas dans lesquels il est intervenu et qui montrent les difficultés qu'on éprouve quand il s'agit de diagnostiquer exactement une affection de la région iléo-cæcale.

Dans un cas il s'agissait d'un garçon de 14 ans ayant eu plusieurs attaques de pérityphlite qui ont laissé un empâtement de la région iléo-cæcale. Comme les accidents revenaient de temps en temps, M. Sonnenburg fit la laparotomie et trouva une tuberculose de l'appendice avec envahissement de sa séreuse et du péritoine recouvrant le cæcum et le côlon ascendant. Dans ces conditions M. Sonnenburg se contenta d'une simple laparotomie exploratrice dans l'espoir que celle-ci aura un effet curatif comme c'est ordinairement le cas dans la péritonite tuberculeuse. Il n'en fut rien : la tuberculose fit des progrès et actuellement le petit malade est atteint d'une tuberculose pulmonaire qui laisse peu d'espoir.

D'après M. Sonnenburg, le diagnostic est surtout difficile quand l'infiltration, la tumeur de la région cæcale est fixe et ne se déplace pas. Dans ces cas l'insufflation du côlon peut rendre quelques services.

Ainsi, chez une dame chez laquelle il est resté, après plusieurs attaques de pérityphlite, une tuméfaction dont la ponction n'avait donné issue à aucun liquide, les médecins avaient diagnostiqué un carcinome du cæcum. M. Sonnenburg appelé, à son tour, pratiqua une insufflation du cæcum et vit l'intestin se dessiner très nettement sous la paroi abdominale. Il en conclut qu'il s'agissait d'une affection péri-cæcale, et fit la laparotomie qui lui montra l'existence dans la région cæcale d'une tumeur fibromyomateuse entourée d'une couche de pus et emprisonnée dans des adhérences. Cette tumeur, un fibro-myome en partie calcifié, des dimensions d'une tête d'enfant, était intra-péritonéal, sans rapport avec les organes génitaux ; l'appendice ne fut pas trouvé au cours de l'opération, si bien que M. Sonnenburg est porté à croire que le fibro-myome, en train de s'éliminer, comme le montrait la suppuration périphérique, venait de l'appendice.

Les abcès musculaires, rares à la vérité, peuvent aussi donner lieu à une erreur de diagnostic. C'est ainsi que chez un garçon de 17 ans chez lequel on trouvait un empâtement diffus de la région iléo-cæcale, l'opération montra l'existence d'un abcès entre les muscle transverse et oblique de l'abdomen. L'étiologie de cet abcès n'a pu être élucidée.

Les affections du foie et des canaux biliaires se présentent quelquefois avec tous les signes de la pérityphlite. M. Sonnenburg a eu ainsi à opérer une femme sujette à des accès d'appendicite et prise brusquement de phénomènes d'étranglement interne. Il fit la laparotomie et alla tout droit vers l'appendice qu'il trouva un peu gros, mais nullement enflammé. En dévidant alors l'intestin, il tomba sur une anse d'intestin grêle qui contenait un gros calcul biliaire; comme la muqueuse parut gangrénée au niveau du calcul, on fit une résection partielle et on draina le ventre. La malade succomba au bout de quelques jours avec de nouveaux symptômes d'étranglement, et à l'autopsie on trouva trois autres calculs dont un obstruait complètement la lumière de l'intestin.

Fréquemment encore on confond l'appendicite avec une lésion utérine ou annexielle, et le diagnostic est particulièrement difficile quand il y a coexistence de lésion appendiculaire et de lésion utérine. C'est ainsi que M. Sonnenburg a trouvé trois fois de l'appendicite à la place de la péri-métrite diagnostiquée, et deux fois de la péri-métrite à la place de l'appendicite diagnostiquée.

Dans 7 cas les deux affections ont existé en même temps, et dans 4 cas M. Sonnenburg a vu une affection annexielle se développer à la suite de l'appendicite.

Traitement du rétrécissement du rectum.

M. Sonnenburg, qui avait été frappé par les analogies qui existent entre les rétrécissements de l'urèthre et ceux du rectum, a essayé de traiter en dernier par un procédé analogue à l'uréthrotomie externe, c'est-à-dire par la rectotomie externe. Il fait donc cette rectotomie externe en mettant à nu la paroi postérieure du rectum après résection plus ou moins étendue du sacrum, et en fendant de haut en bas toute la partie rétrécie. Ceci étant fait, il tamponne la plaie avec de la gaze iodoformée; au bout de quelque temps il procède à la dilatation progressive du rétrécissement avec des sondes et continue cette dilatation pendant 2 ou 3 mois. De cette façon on obtient une dilatation très suffisante, et la fistule guérit le plus souvent.

M. Sonnenburg a opéré par ce procédé 6 malades, et les résultats ont été très satisfaisants et ne se sont pas démentis depuis 5 ou 6 ans que l'opération a été faite. Un seul des opérés a succombé à un phlegmon du bassin, survenu à la suite de l'opération.

M. Israël a eu recours à ce procédé il y a déjà longtemps et les résultats qu'il a obtenus ont été satisfaisants. Toutefois cette méthode ne peut s'appliquer qu'à des rétrécissements bas-situés. Jamais il n'est survenu de guérison, et, pour M. Israël, la colostomie avec section transversale de l'intestin est encore dans ces cas, le procédé de choix.

M. Körte n'est pas partisan de la colostomie, qui n'a jamais amené la guérison définitive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 11 Janvier 1896.

La pérityphlite chez les enfants.

M. Karewski revient sur la question de l'appendicite pour citer des cas relevant non plus d'une inflammation pyogène, mais d'une infection spécifique telle que la tuberculose ou l'actinomycose.

La tuberculose de l'appendice n'est pas fréquente, mais cependant elle a été observée par M. Karewski deux fois.

Le premier cas est celui d'un enfant de 2 ans, très cachectique qui présentait 2 grosses tumeurs à droite et à gauche du ventre. La laparotomie montra à gauche des tissus infiltrés, couenneux, remplis de pus caséeux; à droite, l'appendice tuberculeux avec abcès. Le malade succomba à la péritonite chronique. Mort.

Le deuxième cas se rapporte à un enfant de 5 ans, qui, un an auparavant, avait présenté une appendicite légère. L'exsudat s'était résorbé et ne restait plus qu'une petite tumeur indurée. Peu de mois après, l'enfant se mit à boiter (coxalgie au début) en même temps que l'exsudat augmenta de volume. Quand M. Karewski vit l'enfant, il trouva tous les signes d'appendicite chronique et pratiqua la résection de l'appendice tuberculeux. L'enfant guérit.

Dans le cas d'actinomycose de l'appendice observé par M. Karewski, il s'agissait d'un nourrisson ayant présenté un an auparavant une appendicite accompagnée des manifestations ordinaires, et dont il conserva l'articulation de la hanche droite quelque peu fléchie. Plus tard il y eut formation d'un abcès à la partie supérieure de la cuisse droite. Quand M. Karewski vit l'enfant, il trouva une large infiltration indurée du côté droit du ventre. La laparotomie montra l'existence d'une actinomycose abdominale. L'abcès fut fendu et soigneusement curé. Mais, dans la suite, de nouvelles indurations se dessinèrent dans différentes parties du ventre, de telle façon qu'une issue mortelle était à prévoir.

Quant à ce qui concerne la résection du processus vermiforme d'après M. Karewski l'opération de l'appendicite doit se faire chez les enfants suivant les règles en usage chez l'adulte. La résection de l'appendice doit toujours être tentée, quand on opère à peu de profondeur. Mais si sa recherche doit être longue s'il est enveloppé dans des adhérences, on ne doit tenter cette résection que chez des enfants vigoureux.

La ponction des abcès de la pérityphlite est absolument contre-indiquée. Pour le diagnostic, elle n'est pas nécessaire, pour le traitement elle ne suffit pas, et est souvent dangereuse.

En somme, chez les enfants il est possible d'établir de bonne heure le diagnostic. On y rencontre sans doute des difficultés quand l'enfant ne peut pas préciser suffisamment la localisation de la douleur, ou que les manifestations de la dyspepsie qui indiquent l'origine de la maladie sont négligées. Mais, dans tous les cas de douleurs de ventre avec constipation ou diarrhée, il faut examiner avec grande attention le ventre, et, pour plus de sécurité, par le rectum.

Quelquefois les premiers symptômes de la maladie sont constitués des manifestations du côté de la vessie (envies fréquentes d'uriner), qui ne doivent pas être négligées. On ne doit pas considérer de tels enfants comme légèrement malades, on ne doit pas les laisser circuler, mais les mettre au lit. Tous les purgatifs, même les lavements, sont proscrits par Karewski s'il y a soupçon d'appendicite.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 9 Février 1897.

Bacilles typhiques dans l'urine.

M. Morton Smith rappelle tout d'abord que depuis 1886 on a souvent signalé la présence des bacilles d'Eberth dans l'urine des typhiques. Plus tard, lorsqu'on a appris à mieux connaître le colibacille, on a trouvé que les recherches relatives à la présence des bacilles typhiques dans l'urine, étaient faites avec des méthodes qui leur enlevaient toute valeur et ne permettaient aucune conclusion.

Dernièrement, M. Morton Smith a repris ses recherches et a fait l'examen bactériologique de l'urine chez 7 typhiques à diverses périodes de leur affection. L'urine recueillie aseptiquement était ensemencée sur gélatine et les colonies examinées suivant les procédés courants et les procédés spéciaux de diagnostic général et de diagnostic différentiel entre le colibacille et le bacille typhique. Les résultats de 61 ensemencements ont été de montrer que sur les 7 typhiques il y en avait 3 dont l'urine contenait des bacilles typhiques souvent en grande quantité et que les bacilles typhiques apparaissaient dans l'urine seulement dans le courant de la troisième semaine et même plus tard. Dans un cas ils ont persisté pendant 22 jours après la défervescence.

D'après M. Morton Smith ces recherches montrent tout d'abord que l'examen bactériologique de l'urine ne peut guère rendre des services au point de vue diagnostique; en second lieu elles prouvent que l'urine des typhiques peut devenir une source d'infection.

M. Dickinson insiste sur l'importance des recherches de M. Morton Smith au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde par la désinfection des urines des typhiques.

Les manifestations nerveuses dans la fièvre typhoïde.

M. J. Abercrombie a plusieurs fois observé l'apparition d'un affaiblissement intellectuel assez marqué dans le cours de la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence et il pense que cet affaiblissement intellectuel est probablement causé par l'alimentation insuffisante à laquelle les typhiques restent soumis pendant si longtemps.

Une autre manifestation nerveuse rencontrée par M. Abercrombie, sont les frissons pendant ou après l'attaque de fièvre typhoïde. Le plus souvent ils sont provoqués par l'état d'irritation intestinale; dans un cas ils étaient manifestement en rapport avec une thrombose veineuse.

Les convulsions généralisées que M. Abercrombie a observées pendant le cours de la fièvre typhoïde, ont été dues une fois à

l'irritation du tube digestif; une autre fois à la pénétration dans les cavités cardiaques, d'un caillot provenant d'une veine thrombosée. Les deux malades ont guéri.

M. F. Herringham, qui a observé plusieurs fois l'affaiblissement mental pendant ou après la fièvre typhoïde, l'attribue moins à l'alimentation insuffisante qu'à l'état d'affaiblissement général dans lequel une attaque de fièvre typhoïde laisse ordinairement le malade.

Quant aux frissons, M. Herringham admet qu'ils sont produits par l'irritation intestinale et la thrombose. Mais il a constaté aussi que certains typhiques ont une véritable tendance aux frissons, même dans les cas où leur fièvre se termine en lysis de la façon la plus régulière. Quelquefois les frissons dépendent très manifestement de l'état de la température.

M. Haviland Hall rapporte l'observation d'un homme de 40 ans qui, à la cinquième semaine de sa fièvre typhoïde marquée par des hémorrhagies profuses, a été pris d'un frisson violent très inquiétant; le lendemain le frisson se reproduisit, en même temps que la respiration prit très manifestement le type de Cheyne-Stokes. Quelques jours plus tard il y eut encore un troisième frisson. La cause de ces frissons a été impossible à établir d'une façon précise, à moins de la voir dans l'élévation de la température qui, au moment du premier frisson, était de 102° F.

M. Norman Moore admet que les frissons peuvent se produire à la suite de causes banales, à la suite de la constipation, par exemple. Parmi les causes rares et demandant à être recherchées, M. Norman Moore cite les formations des abcès profonds et la recrudescence intense d'anciennes lésions tuberculeuses des poumons.

M. Russell Wells, qui a observé un cas de fièvre typhoïde ayant évolué avec tous les signes d'une méningite cérébro-spinale, se demande s'il n'est pas possible d'attribuer les complications nerveuses à une substance toxique formée pendant la fièvre typhique, et ayant une action spéciale sur le système nerveux.

ROYAL ACADEMY OF MEDICINE IN IRELAND

Séance du 22 Janvier 1897.

Amputation de la langue.

M. Wheeler en s'appuyant sur 61 cas d'ablation de la langue pour cancer, soutient qu'il n'existe pas de manuel opératoire uniforme pour tous les cas et que l'intervention doit se modifier suivant chaque cas en particulier.

Personnellement il ne fait jamais la ligature préalable des artères linguales qu'on a préconisée pour modérer l'hémorrhagie qui peut se produire au cours de l'opération. Il opère avec le thermocautère de préférence à tout autre instrument et ne fait jamais de trachéotomie, qui lui semble constituer un inconvénient pour le malade et n'être d'aucun secours à l'opérateur. Le succès de l'opération dépend en grande partie de la façon dont la cavité buccale a été nettoyée et antiseptisée avant et après l'opération. Dans plusieurs cas opérés par M. Wheeler la récidive ne s'est produite qu'au bout de trois à quinze ans, bien que l'examen histologique des tumeurs ait montré qu'il s'agissait d'épithélioma.

M. Swan ne met pas en doute les guérisons à longue échéance obtenues par M. Wheeler, mais il tient toutefois à faire observer que certains néoplasmes syphilitiques de la langue se présentent avec tous les caractères locaux et s'accompagnent de tous les phénomènes généraux des tumeurs cancéreuses. Ces tumeurs guérissent fort bien par le traitement mercuriel.

M. Tolein, en établissant un parallèle entre le cancer du sein et le cancer de la langue, estime que dans ce dernier cas il faut enlever non seulement la langue et les ganglions lymphatiques, mais aussi tous les tissus suspects. Aussi, pour faire une opération complète, préfère-t-il la voie sous-maxillaire qui permet une exploration suffisante de tous les organes du plancher de la bouche.

AUTRICHE

Entérite amibienne.

M. Sargo a rapporté l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour une diarrhée chronique datant de 8 mois environ. Les selles muco-sanguinolentes furent soumises à l'examen microscopique qui montra la présence d'un grand nombre d'amibes dont quelques-unes contenant des hématies. Le traitement, qui a consisté en lavements de tannin (20 grammes de tannin pour 2 litres d'eau) le matin, et de sulfate de quinine (1gr50 de quinine pour 500 grammes d'eau) le soir, a amené rapidement la guérison.

Pour reproduire cette entérite chez des animaux, M. Sargo injecta dans le rectum d'un chat une certaine quantité de matières muco-sanguinolentes de son malade. L'infection eut un résultat positif : quelques jours après cette injection, le chat fut pris d'entérite avec selles muco-sanguinolentes contenant un grand nombre d'amibes. (*Club médical de Vienne*, séance du 27 janvier 1897.)

Exstrophie de la vessie.

M. Ewald a présenté un garçon de 5 ans qu'il a opéré d'une exstrophie vésicale par le procédé de Maydl. Il réséqua la vessie exstrophiée et implanta la portion restante avec les deux uretères dans l'S iliaque. Les suites opératoires furent très simples, et actuellement, 4 mois après l'opération, la continence d'urine est complète. Comme dans les 4 cas opérés par Maydl, il n'existe chez le petit malade aucun signe d'irritation rectale. (*Société império-royale des médecins de Vienne*, séance du 29 janvier 1897.)

Maladie de Weil.

M. Weiss a observé dernièrement un cas typique de maladie de Weil qu'il considère comme une affection autonome ne devant être confondue avec aucune autre maladie.

Il s'agissait, dans le cas qu'il a observé, d'un homme de 32 ans pris brusquement de frissons et de douleurs violentes dans les mollets et la région lombaire; dans la journée, il eut encore une diarrhée, des vomissements. Le lendemain, lorsque M. Weiss vit le malade, il trouva une température de 39°, quelques râles de bronchite et, comme signes subjectifs, des douleurs lombaires, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Vingt-quatre heures après, le foie augmenta de volume et la peau prit manifestement une teinte ictérique; l'examen des urines montre d'un autre côté l'existence d'une néphrite.

Les jours suivants, on nota l'apparition d'une bronchopneumonie, puis des épistaxis et des hémorrhagies cutanées. Au 7e jour, la température commença à baisser progressivement et tomba à 37° dans l'espace de 3 jours, pour remonter de nouveau à 39° au bout de 4 jours, cette nouvelle ascension de la température s'accompagnant d'une tuméfaction du foie et de la rate. La défervescence définitive suivie de convalescence n'eut lieu qu'au 20e jour après le début des accidents. (*Société des médecins allemands de Prague*, séance du 29 janvier 1897.)

Résection du pylore.

M. Maresch a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme à laquelle on a fait 2 ans 1/2 auparavant une résection du pylore pour cancer.

Au cours de l'opération on a pu constater que les ganglions lymphatiques correspondants étaient infiltrés de cancer, et pour enlever toutes les parties malades de l'estomac il a fallu faire une vaste résection. Les suites opératoires furent simples et au bout de 6 semaines la malade a pu quitter l'hôpital, débarrassée de tous ces troubles et ayant notablement augmenté de poids.

L'amélioration a persisté pendant 15 mois. En mars 1896 parurent pour la première fois des douleurs dans l'épaule droite, dans les membres inférieurs et dans les os de la tête. En juin la malade constata l'apparition disséminée de nodules sous-cutanés, et commença à se cachectiser. Le 6 novembre elle entra à la clinique du professeur Wölfler, où l'on constata l'existence d'une

dégénérescence cancéreuse de presque tous les ganglions, et d'une cachexie déjà avancée à laquelle la malade succomba au bout de quelque temps.

A l'autopsie on a pu constater que les nodules sous-cutanés étaient des noyaux carcinomateux et que les ganglions lymphatiques avaient subi la dégénérescence cancéreuse. Des noyaux carcinomateux se trouvaient encore dans le péricarde, le rein droit, l'uretère, les os du crâne. L'estomac ne présentait rien de pathologique et paraissait normal tant au point de vue de sa forme que de ses dimensions; il existait seulement un épaississement de la paroi stomacale au niveau de la grande courbure. Le contenu était légèrement coloré par la bile.

L'examen histologique de l'estomac a montré qu'il existait une hypertrophie manifeste des fibres circulaires au voisinage de l'ancien champ opératoire, une prolifération du tissu conjonctif de la muqueuse et, par places, une infiltration de petites cellules entre les glandes.

M. Wölfler attire l'attention sur ce fait que, dans ce cas, la forme et les fonctions motrices de l'estomac se sont complètement rétablies après l'opération. (*Société des médecins allemands de Prague,* séance du 22 janvier 1897.)

Les indications de divers hypnotiques.

M. Pilcz admet que les hypnotiques proprement dits sont indiqués principalement dans l'insomnie essentielle et qu'ils doivent posséder deux propriétés : être d'un goût relativement agréable et ne pas conduire à l'accoutumance. Bien qu'aucun des hypnotiques connus ne remplisse ces deux conditions, un certain nombre d'entre eux sont couramment employés, tels le chloral, l'hydrate d'amyle, le paraldéhyde, le sulfonal, le trional et le tétronal.

Le *chloral* est assez caustique et doit par conséquent être administré en solution dans une grande quantité de liquide. A la dose de 1 à 2 grammes, il procure un sommeil tranquille de plusieurs heures. Les doses plus fortes sont dangereuses; au-dessous de 50 centigrammes, le chloral agit comme excitant, surtout chez les arthritiques. Comme il abaisse la pression sanguine, il est contre-indiqué chez les cardiaques et chez les malades condamnés à garder le lit. A la longue, il provoque des congestions et des érythèmes, aussi ne doit-on pas l'employer pendant longtemps. Il rend de grands services, sous forme de lavements, dans l'état épileptique, la tétanie, etc.

L'*hydrate d'amyle* se présente sous forme d'un liquide d'une odeur toute particulière qui ne passe pourtant pas dans l'air d'expiration. Il agit aussi, à la longue, sur l'appareil vasculaire. On le donne à la dose de 2 à 3 grammes dans de l'alcool, dans du vin ou de la bière; on peut l'administrer aussi sous forme de capsules. Sa toxicité est très minime : un malade a pu prendre 27 grammes à la fois sans mourir.

La *paraldéhyde* se présente sous forme d'un liquide particulièrement odorant qui communique à l'air d'expiration une odeur extrêmement désagréable. C'est un hypnotique sûr qui rend de très grands services chez les aliénés et qui se donne à la dose de 4 à 5 grammes; en cas d'accoutumance, la dose peut être doublée ou triplée sans inconvénient. Si l'on interrompt brusquement l'administration de ce médicament, on n'observe pas de phénomènes d'intoxication,

Le *sulfonal* est une poudre inodore et insipide qui se dissout difficilement dans l'eau et se résorbe très lentement, si bien que son action ne se manifeste qu'au bout de 2 à 4 heures et persiste quelquefois le lendemain.

Le sulfonal est toxique surtout quand il est employé pendant longtemps, et actuellement il existe dans la littérature 21 cas d'intoxication mortelle. En cas d'intoxication chronique, on observe des vomissements, de la somnolence, des vertiges, de la constipation, de la néphrite avec albuminurie et hématoporphyrinurie. Le sulfonal s'emploie à la dose de 1 à 1 gr. 50, mais il ne doit pas être continué pendant plus de 2 à 3 semaines. Les mêmes considérations s'appliquent à l'emploi du *trional* et du *tétronal*. (*Collège des docteurs de Vienne,* séance du 1er février.)

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 30 Janvier 1897.

Varicocèle douloureux.

M. Diavandre. — Dans un cas de varicocèle douloureux, j'ai pratiqué la résection du scrotum, mais j'estime que cette opération est rarement indiquée et que le port d'un suspensoir suffit souvent pour faire disparaître les symptômes.

M. Verhoogen. — Le varicocèle est au contraire une affection qui réclame fréquemment l'intervention des chirurgiens, mais je préfère la cure radicale en pratiquant la résection de la veine, plutôt que celle du scrotum.

M. Lavisé. — Je préfère aussi la résection de la veine, qui est une opération radicale n'offrant aucun danger, tandis que l'autre n'est qu'une opération palliative.

Paralysie artérielle dans les infections.

M. Lavisé. — Un homme âgé s'étant fait une plaie à un doigt de la main, présenta des accidents septiques graves. L'amputation du bras devint nécessaire. Je la pratiquai et ayant fait une incision dans le bras pour aller à la recherche de l'artère humérale, je la trouvai affaissée flasque et ne donnant pas une goutte de sang.

L'axillaire avait pourtant fourni une hémorrhagie assez sérieuse. Aucun caillot sanguin n'obturait le vaisseau. Il s'agissait donc bien d'une paralysie artérielle causée par la septicémie.

M. Verneuil décrit un cas absolument pareil à celui de M. Lavisé.

Laryngectomie.

M. Depage. — Voici un malade âgé de 52 ans atteint d'un épithélioma diagnostiqué par le microscope chez lequel, après la laryngectomie préalable, j'ai fait la laryngotomie pour m'assurer de l'étendue de la lésion. Le cancer ayant envahi les deux moitiés du larynx, la laryngectomie totale fut pratiquée séance tenante. Après l'ablation du larynx, j'ai suturé la base de l'épiglotte à la paroi antérieure du pharynx, de façon à fermer toute communication de l'arrière-bouche avec la plaie (d'après les indications de Bardenheuer et Rotter); finalement j'ai réuni l'orifice de la trachée à la peau, laissant la plaie se cicatriser par bourgeonnement.

Le malade, opéré depuis 8 mois, reste guéri sans apparence de récidive, malgré l'absence de toute communication de la bouche avec la trachée, il parle suffisamment bien pour se faire comprendre.

Voici encore une femme de 66 ans, atteinte également d'un épithélioma du larynx. Après trachéotomie et laryngotomie exploratrice, ayant constaté que la tumeur, située sur la corde vocale gauche, avait l'étendue d'une pièce de 50 centimes, je me suis contenté d'enlever la moitié correspondante de l'organe.

La malade, opérée depuis 1 mois, est totalement guérie.

Plaie de la veine crurale.

M. Lebesgue. — Au cours d'une cure radicale de hernie, j'ai blessé la veine crurale. La ligature double en-dessous et au-dessus de la perforation n'a donné lieu à aucune suite fâcheuse relativement au fonctionnement du membre.

Thyroïdectomie pour maladie de Basedow.

M. Verhoef a eu l'occasion de pratiquer la thyroïdectomie pour un goître exophthalmique. Le malade mourut 5 ou 6 jours plus tard, à la suite de phénomènes de tachycardie très prononcés.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Ostéome du ligament rotulien. (p. 169).
PATHOLOGIE MÉDICALE. — Obstruction calculeuse du cholédoque (p. 170).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Infection de l'appareil broncho-pulmonaire (p. 174). — Oblitération du col chez les femmes enceintes. — Infarctus du myocarde. — Glande vulvo-vaginale et ses abcès. — Ozène atrophiant. — Travail de l'accouchement. — Bronchite chronique simple chez les enfants (p. 175). — *Thèses de la Faculté de Bordeaux :* Injections de sérum artificiel dans l'anémie aiguë. — Ereuthophobie ou obsession de la rougeur émotive. — Les kystes hydatiques de la rate. — Kystes hydatiques de l'ovaire (p. 176).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Intoxication alcoolique expérimentale. — Intoxication aiguë par les vapeurs d'huile d'aniline. — Méningite séreuse (p. 176). — *Médecine :* Anatomie microscopique des ganglions spinaux et la pathogénie du tabès. — Pneumobacille de Friedländer. — Angines à bacille de Friedländer. — Bacille de Friedländer isolé de la vase de la Seine. — Tumeurs malignes secondaires du poumon et du cœur. — Pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité abdominale (p. 177).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'ulcère de jambe (p. 177). — Iodoforme (p. 178).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'industrie des allumettes et la prophylaxie du phosphorisme. — Séance annuelle de la Société centrale (p. 179).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ostéome du ligament rotulien (1),

Par M. Félix Lejars.

On sait que les tumeurs des ligaments et des tendons sont d'observation exceptionnelle. Au ligament rotulien, en particulier, nos recherches ne nous ont révélé aucun fait comparable à celui que nous allons rapporter.

Il s'agit d'un *volumineux ostéome*, de forme tourmentée, *né dans l'épaisseur du ligament rotulien gauche*, et dont l'extirpation nous a permis de reconnaître exactement la topographie et la nature.

C'était chez un solide garçon de 17 ans, vigoureux, de santé excellente et sans aucune tare héréditaire. Au pied gauche, il porte les traces d'un accident qui remonte à l'âge de 6 ans : un coup de pied de cheval ayant porté sur la région malléolaire interne. Actuellement cette région est le siège d'un épaississement assez considérable, qui paraît occuper la malléole et le côté interne du tarse, épaississement irrégulier, dénonçant un travail ostéitique ancien. Toujours est-il que, si les mouvements du pied sont notablement gênés, le malade ne souffre pas, et s'est accoutumé, en quelque sorte, à marcher sur son pied déformé et à s'en bien servir : c'est pour toute autre chose qu'il entre à l'hôpital Beaujon, le 17 novembre 1896.

Depuis 4 mois environ, une grosseur s'est montrée sur le devant du genou gauche au-dessous de la rotule : du volume d'une noix, tout d'abord, elle s'est accrue progressivement, et s'est développée assez vite pour présenter aujourd'hui les dimensions d'une petite orange.

Il en résulte une déformation toute particulière de la région, que la figure 1, faite d'après un moule en plâtre, indique parfaitement.

On reconnaît d'abord un méplat correspondant à la face antérieure de la rotule, et, immédiatement au-dessous de lui, un relief arrondi se soulève et occupe toute la hauteur du ligament rotulien, en se prolongeant jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia. À la vue seule, la tumeur semble en continuité avec la pointe de la rotule, mais le palper montre aisément qu'elle en est indépendante.

De fait, la main rencontre, sous une peau normale et bien mobile, une masse arrondie, hémisphérique, de surface pourtant un peu accidentée et bosselée, masse très dure et *dont la consistance ne peut être comparée qu'à celle de l'os compact*. Elle n'est pas mobile dans le sens vertical, mais elle se déplace sans peine transversalement : elle glisse aisément d'un côté à l'autre sur le plan prétibial.

Elle ne fait nullement corps avec la rotule; si l'on fixe celle-ci, elle reste tout aussi mobile; mais pourtant elle est reliée à la pointe rotulienne, car elle suit dans une

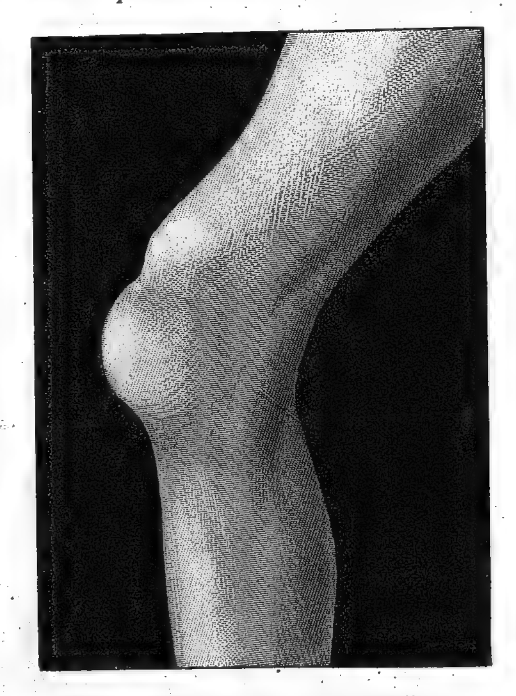


Fig. 1. — Ostéome du ligament rotulien.

certaine limite les mouvements verticaux ou transversaux qu'on imprime à cet os.

Quand le genou est fléchi (au moins dans la limite où il peut l'être, car la flexion à angle droit est impossible), les rapports se précisent : une rainure transversale de 1 centimètre de large se dessine entre la pointe de la rotule et la tumeur, et l'on sent très bien, au fond de cette rainure, le ligament rotulien aplati et tendu; en même temps, la tumeur s'est immobilisée, et dès lors toute hésitation sur sa topographie exacte n'a plus de raison d'être : c'est bien une *tumeur osseuse, occupant le ligament rotulien, indépendante à la fois de la rotule et du tibia*.

Ajoutons que la gêne fonctionnelle croissante, que de vives douleurs aggravaient depuis quelques jours, rendait la marche singulièrement difficile. Il existait, de plus, une atrophie relative assez marquée de la jambe et de la cuisse gauches, et la déformation ancienne du pied avait sa part dans cet état d'infériorité musculaire. Enfin, si l'intervention s'imposait, la nécessité éventuelle de sacrifier, au cours de l'opération, une portion importante du ligament rotulien n'était pas sans nous donner quelques inquiétudes.

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie* le 10 février 1896.

L'opération fut pratiquée, sous l'éther, le 21 novembre 1896. Une incision verticale, allant de la pointe rotulienne à la tubérosité antérieure du tibia, découvrit le ligament rotulien, et il devint tout de suite évident que la tumeur en occupait bien l'épaisseur, sans autres connexions. Le ligament fut incisé en long : une lamelle fibreuse, soulevée et tendue, de 1 millimètre à peine d'épaisseur, recouvrait la masse osseuse incluse, que je commençai à décortiquer peu à peu, en faisant rétracter soigneusement de chaque côté les lambeaux du ligament.

Après avoir isolé la tumeur sur tout son pourtour, j'arrivai à extraire son pôle supérieur, à la faire basculer de haut en bas, et de la sorte, à l'extirper tout entière.

Le ligament rotulien se trouvait réduit à une coque fibreuse assez mince : je le reconstituai de mon mieux, par un surjet de catgut, en un cordonnet arrondi et continu. Un autre surjet réunit les plans fibreux et la

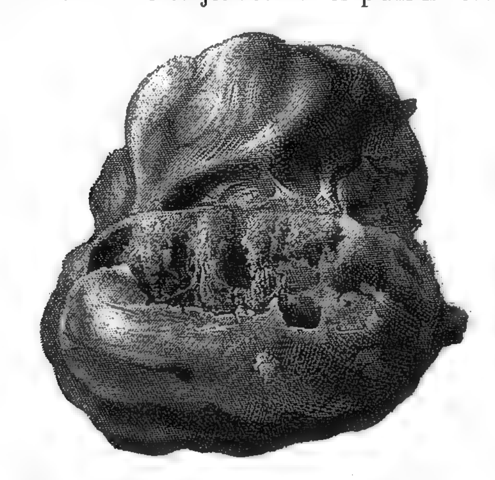


Fig. 2. — Ostéome du ligament rotulien, ses deux lobes.

peau fut suturée sans drain. Une gouttière plâtrée postérieure immobilisa le genou dans l'extension.

Il n'y eut aucun incident post-opératoire. Vingt-cinq jours après, la gouttière plâtrée était retirée et le premier pansement levé; la réunion cutanée était complète, sauf en un point, où persistait une petite surface granuleuse, cicatrisée bientôt.

On cessa dès lors toute immobilisation, et l'on commença le massage et les exercices d'assouplissement articulaire. Au 30e jour, l'opéré soulevait sa jambe et la maintenait au-dessus du plan du lit. A la fin de décembre, il se levait. Quand il quitta le service, le 12 janvier dernier, il étendait la jambe avec force, la pliait au delà de l'angle droit, et marchait, sans canne, aussi bien qu'avant le développement de la tumeur sous-rotulienne. Je l'ai revu le 3 février : les mouvements du genou sont redevenus absolument normaux.

Voici la tumeur (fig. 2). Elle mesure 6 centimètres dans son plus grand diamètre, 4 centim. 1/2 en largeur, 4 centimètres en épaisseur; elle pèse 60 grammes. Elle est formée de deux lobes irrégulièrement arrondis, l'un, plus gros, qui représentait la portion saillante et superficielle, l'autre, qui, dans la profondeur, se détachait du ligament et venait s'appliquer au tibia : cette seconde bosselure est encroûtée, sur sa face profonde, d'une couche blanche, fibro-cartilagineuse ; très dure, très compacte, la masse est constituée, sur une coupe, de fines lamelles osseuses concentriques, sinueuses, à peine séparés par de minces traînées médullaires, et disposées en systèmes irréguliers. L'examen de la tumeur, que nous avons fait avec M. le Dr Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon, montre, en somme, qu'il s'agit d'un *ostéome compact;* seuls, quelques points de détail et, en particulier, le mode d'ossification, restent à préciser et seront l'objet des recherches ultérieures, dont M. Papillon a bien voulu se charger.

On voit que rien ne rappelait ici les simples ossifications des tendons ou des ligaments qui s'observent, d'ailleurs, à un tout autre âge ou dans des conditions toutes différentes. C'était un néoplasme proprement dit, un ostéome, de volume très notable et en pleine période d'accroissement.

Enfin nous insisterons, en terminant, sur les minutieuses précautions qu'il faut prendre pour conserver la gaine fibreuse d'une pareille tumeur intra-ligamenteuse, pour mener à bien la décortication sans interrompre la continuité du ligament, et pour reconstituer, avec les faisceaux qui en restent, un cordon fibreux suffisant à permettre une restitution fonctionnelle complète.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Etude anatomo-pathologique et clinique de l'obstruction calculeuse du cholédoque,

Par le Dr Philibert Couturier.

Considérations anatomo-pathologiques. — Il y a deux moyens de se rendre compte des lésions dans le cas où le cholédoque est obstrué par un calcul : ou bien l'on est à la salle d'autopsie, ou bien c'est sur la table d'opération qu'il y a lieu de déterminer l'existence et la nature d'un obstacle au cours de la bile.

De ces deux éventualités, la première est évidemment la seule qui permette une exploration précise et complète ; et pourtant, combien il serait important de pouvoir, sur le vivant, une fois l'abdomen ouvert, connaître la situation exacte, la nature et le volume d'un corps étranger du cholédoque.

Les constatations, nécropsiques et opératoires, de calculs du cholédoque ont été aujourd'hui suffisamment publiées pour qu'on en puisse tenter une description d'ensemble.

Mais pour bien s'entendre sur les points d'arrêt du corps étranger, il est utile de rappeler les quelques notions d'anatomie du cholédoque que les auteurs occupés de chirurgie des voies biliaires nous ont apportées en ces dernières années.

On sait que le cholédoque, formé par la confluence du canal hépatique et du diverticule cystique, est d'abord, sur une longueur de deux centimètres environ, contenu dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique, au niveau du bord droit, tranchant, de ce repli de péritoine, paroi antérieure de l'hiatus de Winslow. Cette première partie du cholédoque est la portion sus-duodénale, dénomination importante à retenir, parce qu'elle abrège et facilite singulièrement le langage de la chirurgie biliaire.

Cette portion sus-duodénale est en rapport avec l'artère hépatique qui longe son bord gauche, et, en arrière, avec la veine-porte, voisinage pas toujours inoffensif, puisqu'on a pu observer l'ouverture de la veine par un calcul naissant hors de ses voies naturelles. Le cas si

souvent cité de Ignace de Loyola est dans toutes les mémoires.

L'exploration de la portion sus-duodénale du cholédoque se fait généralement sans difficulté. La recherche de l'hiatus de Winslow est le temps essentiel de la manœuvre et constitue presque toujours un point de repère suffisant. Quelquefois cependant, la région, comblée par des adhérences péritonéales, est d'un accès pénible; d'autres fois, l'hiatus a des dimensions tellement réduites qu'il a peine à permettre l'introduction du doigt. A part ces cas exceptionnels, il suffit de soulever le foie vers le diaphragme, de chasser en bas la masse intestinale, pour découvrir le hile; si alors l'index suit le canal cystique qui prolonge la vésicule, en restant un peu en dehors de lui, il est bientôt arrêté par un éperon ligamentaire, qui n'est autre chose que le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique. Il suffit de contourner ce relief, parfois assez marqué pour mériter le nom de véritable ligament, pour pénétrer au-dessous de lui dans l'ouverture de l'hiatus de Winslow. Le doigt recourbé en crochet supporte alors, dans la paroi antérieure de l'hiatus, le cholédoque et les vaisseaux du hile du foie. Lorsque l'élasticité des tissus est normale, il est possible d'amener ainsi sous l'œil de l'observateur le bord de l'épiploon gastro-hépatique, qui se laisse facilement attirer de 1 à 2 centimètres suivant la béance de l'hiatus.

A partir de l'angle que fait la première portion du duodénum, oblique en haut, en arrière et à droite, avec la seconde portion verticale, le cholédoque suit un trajet de 4 à 5 centimètres sur la partie postéro-interne de cette deuxième portion, c'est la partie rétro-duodénale du canal. Elle paraît soustraite aux investigations chirurgicales; cependant on a conseillé (Vautrin) de décoller la portion verticale du duodénum des portions sous-jacentes pour explorer à l'aise la portion cachée du cholédoque, siège possible de calcul.

Quant à l'ampoule de Vater, elle a, comme on sait, une direction oblique en bas et un peu à droite. Elle est creusée dans l'épaisseur de la paroi intestinale, et s'étend particulièrement dans la couche sous-muqueuse, de sorte que si cette ampoule se distend, la muqueuse cédera et sera soulevée; on aura alors une véritable saillie dans la cavité duodénale, ainsi qu'il est rapporté dans plusieurs de nos observations.

Il nous reste à fixer le calibre normal du conduit, précaution indispensable pour bien en apprécier les variations pathologiques, et capable peut-être d'expliquer l'arrêt du calcul en un point spécial du canal. Or, le calibre du cholédoque est supérieur à celui des autres conduits biliaires, mais n'est pas uniforme. M. Quénu a constaté qu'il diminuait progressivement depuis l'extrémité supérieure jusqu'à l'ampoule de Vater. Il passe ainsi de 13 millimètres de diamètre, au niveau de sa naissance, à 6 millimètres à son extrémité duodénale. Mais ce qui importe, au point de vue de l'arrêt des calculs, ce n'est pas tant la forme générale du calibre du cholédoque, que la dilatabilité à chacun des points de son trajet. M. Vautrin a fait à ce sujet des expériences sur le cadavre. En introduisant dans la lumière du cholédoque une bougie conique en gomme n° 10 de la filière Charrière, il a constaté sur deux sujets que la pénétration s'opérait assez facilement jusqu'au point où le canal plonge entièrement dans le pancréas. A ce niveau, la résistance ne pouvait être vaincue sans une certaine violence. Il a constamment retrouvé sur des pièces anatomiques, enlevées aux autopsies et disséquées sur la table d'amphithéâtre, le même point rétréci au niveau exact où le cholédoque s'enfonce dans le pancréas. Cependant le canal, entièrement libéré de ses attaches et étendu sur une plaque de liège, ne présentait au point correspondant aucune diminution de calibre. Il s'agit donc bien d'un rétrécissement extrinsèque, provenant de l'inextensibilité relative des tissus glandulaires ambiants.

De ces expériences, on peut conclure que le cholédoque se prêterait très facilement à l'élimination des calculs hépatiques, si l'extensibilité de ses parois n'était en certains points gênée par la présence des tissus voisins.

Le siège, dans le cholédoque, de l'obstacle calculeux varie suivant les cas : le calcul peut occuper la portion sus-duodénale du cholédoque, la portion rétro-duodénale, l'extrémité avoisinant l'ampoule de Vater, enfin, l'ampoule de Vater elle-même.

Si nous nous en rapportons aux données de l'anatomie normale, nous souvenant du rétrécissement du cholédoque au point où il aborde le pancréas, le siège le plus souvent noté devrait être l'union de la portion sus-duodénale avec la rétro-duodénale.

En réalité, le calcul s'arrête souvent dès les premiers millimètres du conduit, immédiatement au-dessous de l'abouchement du canal cystique dans le canal hépatique. Il s'agit alors de calculs volumineux. Si ceux-ci ont des dimensions moindres, l'extensibilité de la portion sus-duodénale leur permet de cheminer jusqu'au point où le cholédoque devient rétro-duodénal et intra-pancréatique. Dans d'autres cas, enfin, la traversée du cholédoque finit par s'effectuer presque entièrement; le calcul gagne l'ampoule de Vater, mais là il a à lutter contre le peu de dilatabilité de la grande caroncule de Santorini, il demeure prisonnier dans l'ampoule et fait une saillie, sessile ou pédiculée, dans la cavité duodénale.

Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qu'on remarque pour l'urèthre de l'homme.

Il est de notion courante en pathologie urinaire que le méat est le point le moins dilatable du conduit. De sorte qu'on a vu des calculs, venus de la vessie, accomplir sans difficulté la traversée uréthrale, mais rester cantonnés dans la fosse naviculaire, incapables de sortir par le méat inextensible. Le même mécanisme doit être invoqué par les calculs prisonniers dans l'ampoule de Vater (Griffon).

Pour fixer les idées sur le siège habituel de l'obstacle calculeux, nous donnerons la récente statistique qu'a dressée M. Vautrin : sur 47 observations, où le siège des calculs dans le cholédoque est indiqué, 27 fois le calcul se trouvait dans la partie sus-duodénale, 18 fois dans la région rétro-duodénale, 2 fois seulement aux environs de l'ampoule de Vater. Nous signalerons aussi que dans quelques-unes des observations que nous rapportons (Bernard, Widal et Griffon,) le calcul distendait l'ampoule de Vater; parfois encore un autre calcul occupait la partie toute inférieure du cholédoque, était sus-jacent, pour ainsi dire, au calcul ampullaire.

Le volume de ces calculs varie tout autant que leur siège. *A priori*, ils doivent être relativement volumineux, puisque les petits calculs sont facilement éliminés. On en trouve du volume d'une noisette, d'une noix.

Leur forme présente beaucoup moins de variété. Parfois arrondis, plus souvent à facettes délimitées par des bords plus ou moins mousses; quelquefois coniques, surtout ceux de l'ampoule de Vater, et alors le sommet du cône répond à l'orifice duodénal de l'ampoule; ils ont parfois la forme cylindrique à grand axe parallèle à celui du canal où ils se sont arrêtés. Dans l'une de nos observations on remarque la disposition suivante : dans l'ampoule de Vater est un calcul conique, à sommet dirigé

vers la cavité du duodénum, à base tournée vers le cholédoque. Au-dessus est un second calcul, encore plus volumineux que le premier, mais prenant la forme du conduit, celle d'un cylindre régulier.

La consistance des calculs n'est pas toujours considérable. Elle est parfois tellement faible que l'opérateur a pu broyer à travers les parois du canal un calcul obstruant sa cavité, c'est la cholédocothripsie. Parfois, d'ailleurs, il n'y a que l'apparence d'un gros calcul unique. Ce n'est qu'une réunion de calculs plus petits, plus ou moins solidement agglomérés par une sorte de ciment qui a englobé secondairement la masse des calculs. Si les conséquences opératoires en sont favorables, en ce sens qu'il suffit alors de presser pour disjoindre la masse et la transformer en une série de graviers facilement éliminables, les résultats sont les mêmes aux points de vue anatomique et clinique que s'il s'agissait d'un calcul unique et compact.

Que deviennent en présence d'un calcul ainsi arrêté en un point déterminé du cholédoque, les portions sus- et sous-jacente du conduit, la vésicule biliaire, les canaux hépatiques, le tissu du foie lui-même? Toutes ces conséquences ont été depuis longtemps étudiées; nous considérons qu'il y a cependant grand intérêt à y revenir.

La loi qui régit tous les rétrécissements, que ceux-ci reconnaissent pour cause un corps étranger ou une lésion sténosante de la paroi du conduit, à savoir qu'au dessus du point rétréci il y a dilatation, au-dessous diminution du calibre, cette loi est ici applicable en tous points.

Supposons un obstacle occupant un point très inférieur du cholédoque, l'ampoule de Vater, par exemple. La bile, augmentant de pression dans les voies biliaires, va distendre et le cholédoque et la vésicule et les canaux hépatiques. Cette dilatation, progressive et lente, pourra atteindre un degré extrême, le calibre de l'intestin grêle pour le cholédoque, le volume du poing pour la vésicule. En même temps on note l'amincissement des parois des canaux dilatés.

Notre proposition concernant la vésicule n'est pas conforme à la loi qui régit l'état de ce réservoir dans le cas de rétention de la bile par obstruction calculeuse, cancéreuse ou autre. Cette loi, formulée pour la première fois par Courvoisier, puis par M. Terrier est ainsi conçue : quand il y a obstruction permanente au cours de la bile dans le cholédoque, s'il s'agit d'un cancer, la vésicule est dilatée; s'il s'agit de lithiase, elle est atrophiée.

A vrai dire, Courvoisier est moins catégorique que M. Terrier. « La dilatation de la vésicule biliaire, dit-il, est rare dans le cas d'obstruction du cholédoque par calculs; beaucoup plus souvent, alors, la vésicule est atrophiée, ratatinée. Dans l'obstruction due à toute autre cause, l'ectasie est, au contraire, la règle. Si cette observation est confirmée à nouveau, il y a là un point très important pour le diagnostic. »

Déjà M. Reclus, dans une clinique à la Pitié, publiée dans la *Semaine médicale*, a fait remarquer que cette loi souffre de nombreuses exceptions, et il conclut que « de l'existence d'une dilatation de la vésicule, on ne peut conclure à un cancer de la tête du pancréas oblitérant le canal cholédoque, et un calcul peut provoquer une ectasie aussi considérable du réservoir biliaire. »

Plusieurs des observations dues à Bernard, à Griffon, que nous avons rapportées dans notre thèse inaugurale (1) peuvent être ajoutées à celles déjà si nombreuses qui sont en désaccord avec la loi de Courvoisier-Terrier.

1. P. Couturier, th. de doct., Paris, 1896-1897, n° 4.

La dilatation vésiculaire, doit donc être retenue et entrer en ligne de compte dans la discussion d'un diagnostic sévère. Mais bien plus souvent il est vrai qu'on note l'atrophie de la vésicule comme conséquence de l'obstruction calculeuse du cholédoque. C'est là un fait tellement répandu que nous nous gardons d'y insister. Les parois de la vésicule s'épaississent et se rétractent. Souvent, dans ce cas, il y a un ou plusieurs calculs dans la cavité du cholécyste; fréquemment aussi, il y a infection et suppuration de la bile qui y est contenue.

A ce propos, mentionnons la théorie invoquée par M. Griffon pour expliquer cette diversité, dilatation ou atrophie, de l'état de la vésicule. « Il doit y avoir, dit cet auteur, deux phases à considérer dans l'évolution de la vésicule, lorsque le cholédoque vient à être obstrué par un calcul. Dans une première période, il y a distension simple; la bile s'accumule sous pression en deçà de l'obstacle, le force partiellement, et le cholécyste reste dilaté jusqu'au jour où les germes venus de l'intestin font ascension dans les voies biliaires; à la phase aseptique fait alors suite une période de travail sourd de cholécystite plastique, de rétraction scléreuse de la paroi vésiculaire, à moins que l'inflammation ne soit pyogène d'emblée, auquel cas, la vésicule reste distendue et se remplit de pus. Telle est peut-être la marche du processus. »

Une autre conséquence de l'obstruction calculeuse du cholédoque, indépendante de l'état de dilatation ou de rétraction de la vésicule, est la cirrhose hépatique calculeuse, bien connue aujourd'hui, et que nous nous contentons de signaler.

Par un mécanisme également classique, l'infection biliaire ascendante ne tarde pas à apparaître, et l'on voit naître les lésions de l'angiocholite et de la cholécystite. La bile alors, à l'ouverture des conduits qui la renferme est trouble, généralement peu épaisse, à moins qu'il ne s'agisse de pus franc, mais dans ce cas, l'infection a dépassé les limites du canal, il y a périangiocholite, abcès miliaires disséminés dans toute l'épaisseur du foie.

Le volume de ces abcès est d'ailleurs variable. Ils ne sont pas toujours semés plus ou moins régulièrement sur la surface de section du parenchyme hépatique; ils affectent parfois la disposition bien étudiée et bien décrite en ces dernières années sous le nom d'abcès aréolaires du foie. Cette dénomination a été appliquée en 1883 par M. Chauffard à une variété d'abcès qui donne absolument l'aspect d'une éponge purulente. En plein parenchyme hépatique, affleurant plus ou moins la surface de l'organe, une multitude de loges de volume variable, communiquant irrégulièrement entre elles, apparaît remplie de pus plus ou moins épais. Parfois, l'ensemble de l'abcès est uniforme, à sommet tourné vers le hile du foie, à base dirigée vers la convexité.

Au microscope, on constate l'absence de membrane pyogène, de coque de défense, de limitation du processus.

Cette forme d'abcès a été rencontrée compliquant la lithiase par M. Claisse et par M. Achalme. Elle est notée dans l'observation de MM. Widal et Griffon, comme conséquence fatale d'une obstruction calculeuse de l'ampoule de Vater. On la rencontre également dans le cas de MM. Achard et Phulpin, où le canal cholédoque était oblitéré par un calcul cylindrique renflé à son extrémité supérieure par trois tubercules dont les deux principaux s'engageaient dans le canal cystique et dans le canal hépatique.

Au point de vue de la pathogénie de ces abcès aréolaires, les deux dernières observations que nous venons de mentionner (Widal et Griffon, Achard et Phulpin)

sont d'accord pour montrer que le processus prend naissance au niveau des canalicules biliaires qui s'enflamment et s'abcèdent; tandis que les cas de M. Achalme et de M. Claisse offraient comme point initial du processus suppuratif la veine centrale du lobule, la radicule sus-hépatique. Ces auteurs invoquaient néanmoins une angiocholite primitive, d'où les germes, suivant le trajet des veines sus-hépatoglissonniennes, auraient gagné la veine sus-hépatique.

Ces calculs qui obturent la cavité du cholédoque sont-ils nés sur place ou bien sont-ils descendus d'un point plus élevé où ils auraient pris naissance?

M. Bernard croit à la possibilité de la naissance sur place, à l'endroit même de l'obstruction, du moins en ce qui concerne l'ampoule de Vater. « Il y aurait ainsi, dit-il, une lithiase propre à cette région, lithiase orificielle. » Un des arguments invoqués par l'auteur, le volume du calcul, supérieur à celui des voies biliaires, ne nous paraît nullement péremptoire. Il pourrait s'être agi tout simplement d'un calcul de volume suffisamment petit pour que la migration soit possible, lequel calcul aurait grossi chaque jour par l'addition à sa surface d'un nouveau dépôt.

La formation *in situ* de calculs dans le cholédoque ou dans l'ampoule de Vater ne nous paraît pas vraisemblable. Quand le cholédoque est obstrué, la vésicule contient toujours un ou plusieurs calculs dans sa cavité. N'est-il pas plus rationnel d'admettre que le corps étranger est venu de là? Cela ne l'empêchera pas d'augmenter plus tard de volume, au point qu'on ne pourra plus lui faire suivre un trajet rétrograde; mais ce fait n'est nullement constant, et les voies biliaires dilatées permettent au contraire, le plus souvent, de ramener le calcul jusqu'au foie.

Exceptionnellement, le corps étranger pourrait avoir pris son origine au niveau des ramifications du canal hépatique, puisque l'on sait la possibilité de cette variété de lithiase; le calcul tomberait ensuite dans le cholédoque et s'y arrêterait plus ou moins bas, tout comme s'il était venu du cholécyste lui-même.

Etude clinique. — Depuis que la chirurgie s'attaque, avec de fréquents et remarquables succès, aux accidents qui résultent de l'arrêt dans le cholédoque du calcul migrateur, il y a grand intérêt à bien connaître ces accidents. Dans certains cas, on se trouve en présence du tableau classique de la rétention biliaire, avec, en plus, quelques indices suffisants pour dissiper tous les doutes. D'autres fois, les choses sont moins évidentes, il faut regarder de près, peser, apprécier les moindres signes; il s'agit en un mot d'une obstruction fruste. Enfin, il est des cas rares, mais incontestables, où la lésion est restée muette toute la vie; le malade a été emporté par toute autre affection, et c'est tout fortuitement que le cholédoque a été rencontré obturé à l'autopsie.

On peut donc décrire trois formes cliniques à l'obstruction calculeuse du cholédoque : forme commune, forme fruste, forme latente.

Forme commune. — Nous n'avons pas à nous étendre sur la description symptomatique de l'obstruction cholédocienne de nature calculeuse dans son aspect ordinaire et banal. C'est le tableau classique de l'ictère par rétention, avec, comme antécédents, un passé lithiasique. Tout le monde conserve le souvenir de ces malades qui arrivent à l'hôpital avec déjà toute une histoire pathologique; c'est l'énumération des crises successives de coliques hépathiques, avec ou sans ictère. « Les coliques, d'abord courtes et espacées, se sont rapprochées depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois; elles sont devenues beaucoup plus longues, se prolongeant le plus souvent pendant plusieurs jours » (Vautrin). Puis l'ictère, d'abord passager, a fini par s'installer complètement, avec tous les caractères de l'ictère par rétention, décoloration des selles, pigment biliaire dans l'urine, insomnies, démangeaisons, etc. Du jaune clair, le patient passe au jaune foncé, olivâtre et demeure ainsi des semaines entières, conservant longtemps son embonpoint et malgré les troubles digestifs, un état général relativement excellent. Ce n'est que tardivement que l'amaigrissement survient et fait place à la cachexie.

Forme fruste. — Cette année même, plusieurs observations ont été publiées d'obstruction calculeuse du cholédoque sans ictère. Tel est le cas de M. Bernard, telles sont les quatre observations rapportées par M. Griffon. « Il est digne de remarque, écrit M. Vautrin, que la production de l'ictère dans l'obstruction calculeuse du cholédoque est loin d'être constante. Dans une de nos observations, l'ictère n'apparaissait qu'au moment des crises, et cependant le cours de la bile me parut bien intercepté au moment de l'opération par un amas calcaire remplissant la première partie de la région rétro-duodénale. Sur 66 observations où les anamnestiques sont suffisants, j'ai trouvé noté 38 fois l'ictère chronique, 13 fois un ictère ne survenant qu'au moment des coliques hépatiques, 8 fois un ictère ayant commencé peu de temps avant l'opération, 4 fois une absence complète d'ictère sans coliques hépatiques. »

Ce sont ces cas, où l'ictère fait défaut, qui constituent ce que nous proposons d'appeler les formes frustes de l'affection. Avant de rechercher s'il est d'autres signes qui mettront sur la voie du diagnostic, nous devons nous demander comment s'explique l'absence de jaunisse. Deux opinions ont été proposées : M. Bernard invoque, pour expliquer l'arrivée de la bile dans l'intestin, la porosité du calcul enclavé dans l'ampoule de Vater, qui permettrait ainsi la filtration et de la bile et du suc pancréatique.

M. Griffon donne une autre explication qui nous paraît beaucoup plus acceptable. « La bile, dit-il, accumulée en amont de l'obstacle, augmente de pression, distend le cholédoque, au point de l'amener parfois à posséder le calibre de l'intestin. Il arrive alors un moment où le conduit a un diamètre supérieur à celui du calcul; la bile passe entre la surface du corps étranger et la paroi du canal; c'est une véritable incontinence par regorgement, rappelant de tous points ce qui se passe en pathologie urinaire. C'était d'ailleurs l'interprétation que donnaient les anciens, Cruveilhier entre autres. »

Il est évident que cette discussion n'aurait pas raison d'être si l'on pouvait d'emblée incriminer l'ensemble de bile, l'acholie sécrétoire de M. Hanot. Mais ici, les observations sont très expressives sur ce point, la bile, et une bile colorée, imprégnait dans tous les cas les canaux hépatique et cholédoque, et donnant aux fèces leur couleur habituelle.

Ces formes frustes ne sont pas cependant absolument latentes, parce que, en interrogeant et en examinant minutieusement les malades on trouve quelques indices qui doivent donner l'éveil. Il y a le plus souvent des commémoratifs de lithiase biliaire. Et puis il est un signe que M. Vautrin recommande de chercher et qui l'a beaucoup aidé à poser un diagnostic exact dans les deux cas qu'il a observés : c'est la douleur déterminée par la palpation au niveau du cholédoque. « Chez mes deux malades, écrit M. Vautrin, femmes déjà âgées et amaigries, j'ai pu déprimer la paroi abdominale jusqu'au niveau de la colonne

vertébrale et sentir, un peu à droite, une induration qui sous la pression devenait très douloureuse. Il est évident que mes doigts, dans cette exploration profonde, comprimaient le cholédoque au niveau du siège du calcul et suscitaient la douleur. Pour réussir dans cette recherche, je conseille de se placer du côté gauche du malade, d'étendre les doigts en dehors du muscle droit de l'abdomen, et d'appuyer avec la main en déprimant ce muscle doucement, comme si l'on voulait atteindre et palper la gouttière vertébrale droite. Si le malade est amaigri, on déterminera à un certain moment une douleur vive à la pression et on pourra même sentir une induration profonde. C'est là, lorsqu'on peut le percevoir, un des meilleurs signes de l'existence du calcul. »

Forme latente. — Ce qui distingue cette forme des précédentes, c'est l'absence pendant la vie de tout symptôme abdominal; le calcul du cholédoque constitue dans toute sa pureté le type de la trouvaille d'autopsie. L'observation la plus remarquable à ce point de vue est une observation de Griffon : une vieille femme meurt en quelques jours d'infection bronchique, à pneumocoques, jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite. Elle toussait depuis quelque temps, mais elle continuait à vaquer à ses occupations. Pas le moindre antécédent de lithiase biliaire n'est relevé dans son interrogatoire. A l'autopsie, le cholédoque, tellement dilaté qu'il admet l'introduction simultanée de deux doigts, est obstrué à son extrémité duodénale par deux volumineux calculs et un plus petit. Le plus inférieur est conique, du volume d'une noix ; son sommet correspond à l'ampoule de Vater. Il fait dans le duodénum une saillie qui rappelle un gland percé à sa partie culminante d'un orifice arrondi : c'est la grande caroncule de Santorini, dilatée, occupant la place du méat urinaire. Au-dessus, calcul cubique, aussi gros que le premier, repoussant en avant la paroi du duodénum en une saillie cylindrique, séparée de la masse conique par une portion rétrécie. Ce collet simule le sillon balano-préputial. L'analogie avec le pénis est complète. On voit qu'il s'agit d'un corps étranger volumineux, qui eût été peut-être perceptible par le procédé de palpation indiqué par M. Vautrin, mais comme il n'y avait aucune raison de pratiquer la palpation abdominale chez cette malade, l'obstacle est demeuré absolument latent.

Les complications, locales et générales, de l'obstruction calculeuse du cholédoque constituent un chapitre intéressant surtout au point de vue anatomique. Nous en avons déjà parlé. Cliniquement, leur description nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons à mentionner un point spécial de leur symptomatologie, celui de la température.

Longtemps, l'obstruction, même compliquée, peut demeurer apyrétique: malgré l'angiocholite et les abcès constatés à l'autopsie, le malade de M. Bernard ne présente jamais de fièvre. Mais c'est l'exception, et nous relevons les ascensions thermiques caractéristiques de la suppuration profonde chez la malade de MM. Widal et Griffon; de même dans l'observation III de M. Griffon la fièvre apparaît lorsque se déclarent la cholécystite suppurée et la réaction péritonéale du voisinage.

La rupture de la vésicule distendue est un accident possible de l'obstruction cholédocienne, comme le prouve un fait très curieux de Cruveilhier.

Les abcès aréolaires du foie se traduisent en clinique par les signes fonctionnels et généraux de l'hépatite aiguë suppurée; mais rien ne permet de diagnostiquer leur variété aréolaire, qui les met au-dessus des ressources de la chirurgie.

Diagnostic. — Il est inutile de revenir sur l'importance d'un diagnostic précoce et précis. L'intervention chirurgicale, ne doit être réclamée que si les indications sont formelles. D'un autre côté, s'il s'agit bien d'obstruction lithiasique, il y a pour le malade un intérêt capital à ce que l'opération soit faite, et soit faite le plus tôt possible.

Il est évident que, dans la forme commune, le diagnostic de rétention biliaire saute aux yeux. Mais il reste à déterminer le point le plus important, la nature de l'obstacle, et cela ne laisse pas que de présenter parfois les plus grandes difficultés.

On a attribué une grande valeur, pour cette détermination, au signe de Courvoisier-Terrier, dilatation de la vésicule biliaire dans le cas de cancer, atrophie dans le cas de lithiase. Nous avons déjà vu que c'était là un élément de diagnostic sérieux, mais on l'a trouvé en défaut : c'est donc seulement un signe de probabilité, dont il ne faut pas exagérer la valeur.

On a cru longtemps que l'ictère continu, progressif et foncé était l'apanage des obstructions cancéreuses, tandis que l'ictère à intermittences serait réservé à la lithiase. Là encore il n'y a rien d'absolu. D'abord il y a des obstructions calculeuses du cholédoque sans ictère, ainsi que nous l'avons déjà noté. Puis l'ictère par rétention calculeuse peut être permanent, tandis qu'il peut être intermittent dans le cas d'obstruction par cancer de l'ampoule de Vater, comme l'ont montré MM. Hanot et Rendu, ou dans certains cancers de la tête du pancréas, ainsi qu'il résulte de l'observation récemment publiée de M. Griffon.

Si l'indécision persiste, nous croyons, avec M. Vautrin, qu'il y a intérêt, pour le malade, à pratiquer une laparotomie exploratrice, quitte à en faire le premier acte d'une opération curative, si le diagnostic de lithiase vient à être confirmé.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Meunier (Henry-Valery). *Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire.* N° 11. (Asselin et Houzeau.)

M. Ozo (Ernest). *Oblitération du col chez les femmes enceintes.* N° 147. (H. Jouve.)

M. Marie (René). *L'infarctus du myocarde et ses conséquences, (ruptures, plaques fibreuses, anévrysmes du cœur).* N° 88. (G. Carré et C. Naud.)

M. Dujon (Victor). *Etude sur la glande vulvo-vaginale et ses abcès.* N° 143. (G. Steinheil.)

M. Lautmann (Samy). *Clinique, pathogénie et sérothérapie de l'ozène atrophiant.* (H. Jouve.)

M. Guerrero (Augusto). *Etude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet.* N° 143. (P. Delmar.)

M. Frouin (Georges-René). *La bronchite chronique simple chez les enfants.* N° 131. (Paul Delmar.)

L'infection de l'appareil broncho-pulmonaire est toujours imminente; elle n'est empêché, à l'état normal, que par le jeu régulier de multiples actions défensives, dont le système nerveux est le moteur et le régulateur.

M. Meunier, dans son importante thèse, étudie l'influence favorisante qu'exercent les troubles de l'innervation de l'appareil pulmonaire dans cette infection.

Prouvée par l'expérimentateur, cette influence est encore démontrée en pathologie humaine :

1° Par la localisation de l'infection;

2° Par la fréquente coïncidence d'infections pulmonaires et d'affections nerveuses générales.

3° Par la constatation journalière d'infections pulmonaires succédant à des troubles nerveux réflexes.

Les lésions des nerfs pulmonaires qui paraissent le plus souvent favoriser l'infection du poumon sont les névrites primitives (toxiques ou infectieuses) des nerfs vagues, et les névrites secondaires par compression ou inflammation de voisinage de ces mêmes nerfs (adénopathie trachéo-bronchique, anévrysme de la crosse aortique, néoplasmes du médiastin).

Dans les lésions des centres nerveux (hémorrhagie cérébrale, ramollissement, etc.), dans certaines névroses, dans les affections mentales, dans différentes circonstances morbides entraînant un état marqué d'asthénie nerveuse (troubles psychiques, surmenage, sénilité, etc.), l'influence favorisante des troubles du système nerveux sur l'infection pulmonaire se manifeste également; ces troubles peuvent être aussi purement dynamiques, résultant d'actions réflexes à point de départ voisin ou éloigné.

Dans la production de ces infections pulmonaires d'origine nerveuse interviennent des troubles vasculaires neuro-paralytiques, des troubles glandulaires, des troubles de nutrition des tissus et des éléments cellulaires d'où la complexité de leur mécanisme; il semble que les troubles de l'innervation du vague sont plus préjudiciables au poumon que ceux du sympathique, mais la part respective que jouent ces deux nerfs est encore indéterminée. Le processus anatomique des lésions pulmonaires aboutit à des formes absolument variables, dont le déterminisme relève surtout de l'espèce ou des espèces microbiennes mises en jeu : bronchites, bronchopneumonies et pneumonies, (à pneumocoques ou streptocoques), tuberculose sous ses différentes formes.

Certaines formes, cependant, dont la fréquence est remarquable, montrent, par le caractère de leur évolution, le peu de résistance qu'offre le parenchyme pulmonaire énervé aux agents microbiens vulgaires : ce sont les suppurations destructives, les lésions nécrosantes et surtout la *gangrène* pulmonaire.

D'après M. Ozo, l'agglutination et l'oblitération complète du col utérin ne sont que deux stades différents du même processus morbide.

Cette oblitération reconnaît pour cause la métrite cervicale. Dans l'étiologie, on retrouve également les cautérisations du col, les déchirures du col au cours d'un accouchement, lorsque peu après cet accouchement survient une grossesse nouvelle.

L'oblitération du col se complique fréquemment de la rigidité de l'organe, ces deux affections procédant dans ce cas l'une et l'autre de la même cause : la métrite cervicale.

On n'interviendra jamais avant d'avoir exploré minutieusement le segment vaginal de l'utérus par le toucher digital ou manuel.

L'infarctus du myocarde résulte de l'arrêt de la circulation dans une des branches des artères coronaires dû le plus souvent, à un thrombus, formé au niveau d'un point ou la coronaire est rétrécie par une plaque d'athérome.

Le territoire atteint correspond le plus fréquemment à la paroi antérieure du ventricule gauche, avec participation de la pointe et de la cloison interventriculaire. Moins souvent l'infarctus siège sur le bord gauche de la paroi postérieure du ventricule gauche, et plus rarement encore sur le ventricule droit.

Au point de vue anatomique, l'infarctus du myocarde peut présenter, pour M. René Marie :

α). Une forme non hémorrhagique, nécrotique;

β). Une forme hémorrhagique, apoplexie cardiaque.

La caractéristique microscopique est la formation de foyers de nécrose. Les fibres musculaires subissent diverses dégénérescences dont les transformations granulo-pigmentaire et granulo-graisseuse semblent être le terme ultime. Les voies lymphatiques interstitielles sont inondées de leucocytes migrateurs et de granulations graisseuses.

Le foyer nécrosé tend à la réparation et parcourt pour y arriver différents stades représentés par :

1° L'état alvéolaire;

2° La sclérose molle;

3° La sclérose dure et la calcification.

Les conséquences de l'infarctus du myocarde sont de plusieurs sortes :

1° La *mort subite*, sans rupture du cœur, terminaison exceptionnelle.

2° La *rupture dite spontanée du cœur*, terminaison la plus fréquente des infarctus étendus.

3° Les *plaques fibreuses* localisées en certains points du myocarde, qu'on doit considérer comme les cicatrices d'infarctus anciens.

4° L'*anévrysme pariétal*, présentant des rapports intimes avec les plaques fibreuses, et relevant de la même pathogénie.

Presque toujours la bartholinite est blennorrhagique. Rarement elle a pour cause une autre infection, par exemple : bartholinite puerpérale. D'après les examens de M. Dujon, on trouve toujours le gonocoque dans le pus d'une bartholinite (1re attaque). Il y est seul quand l'abcès n'est pas ouvert, et peut être associé dans le cas d'ouverture de l'abcès par le conduit excréteur ou une fistule. Dans le cas de bartholinite récidivante on trouve peu souvent le gonocoque et la plupart du temps les autres microbes de la suppuration (staphylocoques, streptocoques, bacterium coli). Le pus de la bartholinite est habituellement sans odeur. Exceptionnellement il est fétide; dans le seul cas que M. Dujon ait observé la fétidité était due à un bacille anaérobie. L'infection est toujours ascendante et semble se faire par la voie canaliculaire. Le traitement de choix de la bartholinite est l'incision immédiate, et l'extirpation au bout d'une semaine.

M. Lautmann considère l'ozène atrophiant comme une entité morbide : la présence du « bacillus mucosus » (Abel) dans une sécrétion nasale en est un signe constant. D'autre part le bacille pseudo-diphthérique de Belfanti-Della Vedova se trouve constamment dans le mucus ozéneux.

Mais les tissus dans l'ozène atrophiant ne semblent être envahis ni par le « bacillus mucosus », ni par le bacille pseudo-diphthérique. La théorie microbienne n'est donc pas encore démontrée et l'ozène atrophiant a tous les caractères d'une tropho-névrose. Dans les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique, le médecin a un moyen sûr et rapide de combattre le symptôme ozène, dans l'ozène atrophiant.

Du travail de M. Guerrero il résulte que dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, grâce à la rotation naturelle de la tête, et à son dégagement en occipito-pubienne, le pronostic de ces accouchements n'est fâcheux ni pour la mère ni pour l'enfant. La durée du travail, dans la grande majorité des cas, n'est pas beaucoup plus longue que dans les positions antérieures, et ce travail n'est pas, comme on le dit, si pénible pour les femmes. Les interventions dans ces accouchements sont à peu de chose près, aussi rares que dans les variétés antérieures.

D'après M. Frouin il existe une bronchite chronique simple des enfants indépendante de la tuberculose et qui reconnaît comme causes prédisposantes principales le rachitisme et le lymphatisme.

L'enfant lymphatique atteint de bronchite chronique est fréquemment descendant d'arthritiques et peut devenir lui-même arthritique.

La bronchite asthmatique n'est qu'une variété de la bronchite chronique simple.

L'emphysème est la règle dans cette affection et, quoique capable de régression, il constitue une première atteinte pouvant prédisposer à un emphysème plus grave aux âges avancés. Chez les rachitiques, le pronostic immédiat est moins favorable. La dilatation des bronches n'est pas une complication très rare, mais passant souvent inaperçue; on doit rechercher les signes d'auscultation qui la révèlent.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Portes (Germain-Jean). *Essai sur l'emploi des grandes injections de sérum artificiel dans le traitement de l'anémie aiguë par hémorrhagie primitive, particulièrement en temps de guerre.*

M. Régnier (Ernest Pierre Prosper). *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive.* N° 28.

M. Gras (Charles-Ambroise-Gabriel). *Etude sur les kystes hydatiques de la rate.* N° 1.

M. Le Nadan (Joseph). *Etude sur les kystes hydatiques de l'ovaire.* N° 20.

La transfusion de sérum artificiel agit à la fois contre l'hémorrhagie, en rétablissant la masse sanguine, contre le choc, en excitant les centres nerveux, et contre le surmenage, en lavant l'organisme.

Si l'on ajoute que l'opération est simple, rapide, inoffensive, d'instrumentation peu compliquée; que le sérum artificiel est très facile à fabriquer et à conserver; on comprendra l'importance de cette méthode pour les soins à donner aux blessés sur les champs de bataille. C'est sur ce point surtout qu'insiste M. Portes.

La rougeur est un phénomène physiologique propre à toutes les races. Elle diffère suivant les sexes, l'âge, les états physiologiques, les influences météorologiques, les maladies.

Elle dépend de phénomènes psychiques (timidité, honte, amour, etc.)

La rougeur influe sur l'état moral de l'individu, déterminant, dit M. Régnier, un obsession particulière et distincte (éreuthophobie) qui présente plusieurs degrés.

On la rencontre la plupart du temps chez des dégénérés, des hystériques ou des hystéro-neurasthéniques.

Chez les neurasthéniques, elle atteint une ténacité particulière.

Au point de vue médico-légal, les éreuthophobes ont une responsabilité atténuée, car ils peuvent commettre, au moment des crises, des actes dont ils n'ont pas conscience.

Le traitement est à peu près nul, sauf pour les sujets entachés d'hystérie.

Il résulte de ce travail, fait par M. Gras sous l'inspiration de M. le professeur Demons que le kyste hydatique de la rate est une affection rare, dont l'évolution peut souvent passer inaperçue. Sa pathogénie trouve son explication dans les rapports de la circulation de la rate, organe très vasculaire, avec celle de l'appareil digestif et du foie.

Les symptômes de cette affection ont quelquefois très vagues. Aussi le diagnostic est-il généralement difficile. On préférera l'incision exploratrice dans ces cas à la ponction, qui peut être dangereuse.

La gravité du pronostic rend un traitement chirurgical nécessaire. On fera la marsupialisation de la poche lorsque le kyste sera sessile. S'il est pédiculé, on en fera l'extirpation. La splénectomie n'aura son indication que dans quelques cas particuliers.

Cette thèse, faite par M. Le Nadan, sous l'inspiration de M. le prof. Demons, est le premier travail d'ensemble sur la question. C'est que l'ovaire est rarement le siège de kystes hydatiques.

Les hydatides peuvent y arriver par voie sanguine ou lymphatique et peut-être aussi en traversant la paroi rectacle ou vaginale.

Les symptômes sont peu nets; cependant il faut noter que ces kystes tendent plutôt à se développer du côté de l'excavation qu'à gagner la cavité abdominale.

Le diagnostic en est très difficile. Les meilleurs symptômes pour l'établir sont fournis par la ponction et la présence de kyste hydatique ailleurs.

C'est une maladie grave, dont l'issue est fatale si l'on n'intervient pas.

Le traitement de choix est la marsupialisation. L'extirpation complète ne devra être tentée que pour un kyste sans adhérences.

A un autre point de vue, le kyste hydatique de l'ovaire peut être une cause de dystocie. Aussi, en cas de grossesse, devra-t-on intervenir le plus tôt possible par la marsupialisation. Si l'on est appelé pendant le travail, on aura recours à l'incision par le cul-de-sac vaginal.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Lésions de l'écorce cérébrale produites par l'intoxication alcoolique expérimentale (Lesions of the cortical tissues induced by acute experimental alcoholic poisoning), par Berkley (*the Journal of nervous and mental disease*, avril 1895, p. 236). — Il existe peu de recherches expérimentales sur les lésions produites par l'intoxication alcoolique.

Dehio, en 1896, avait administré à des animaux des quantités assez considérables d'alcool, 25 c. c. de 96 p. 100 d'alcool. La mort survenait dans les cas aigus au bout d'une heure; quelques animaux ont pu survivre jusqu'à 34 heures.

L'auteur a repris ces expériences sur les cobayes, mais il a commencé par des doses minimes qu'il a augmentées progressivement; dans ces expériences les animaux perdent beaucoup de leur poids et la mort survient au bout de 3 semaines.

Berkley a surtout étudié les lésions de l'écorce cérébrale; à l'aide de la méthode de Nissl, il a vu que celles-ci sont localisées surtout au voisinage des vaisseaux. Les cellules nerveuses ont perdu leur aspect strié, leur protoplasma est uniforme, finement granuleux; le noyau est tuméfié, il en est de même pour les prolongements protoplasmatiques.

La plupart de ces lésions cellulaires dépendent des altérations vasculaires qui sont très évidentes.

Pseudo-paralysie générale consécutive a l'intoxication aiguë par les vapeurs d'huile d'aniline, par Spillmann et Etienne (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre 1896, n° 18, p. 585. — Il s'agit d'un employé droguiste de Nancy (sans antécédents syphilitiques et alcooliques), qui fut chargé au mois de juin 1892, d'aller à Bar-le-Duc, prendre livraison d'un lot d'huile d'aniline; n'ayant pas à sa disposition le siphon nécessaire, il procède en puisant avec des seaux et des poches l'huile renfermée dans de grandes cuves cimentées pour la transvaser dans des tonneaux. Ce petit travail se fit sous une sorte de hangar assez petit, clos de toutes parts, et dura 4 ou 5 heures. Au bout de ce temps, l'air de l'étroit local où il était enfermé était saturé des vapeurs d'aniline. Sitôt qu'il sortit à l'air libre il tomba comme une masse et resta sans connaissance de 5 heures du soir à minuit. Examiné 1 heure après l'accident, le malade était pâle et sans connaissance, la peau froide, le poul ralenti et très faible, les pupilles dilatées; on remarque en outre un état spasmodique des muscles et du tronc, des membres inférieurs et du trismus, il existait en outre une coloration cyanotique intense des lèvres et des ongles tranchant avec la pâleur générale de la peau. Le malade est revenu à lui peu à peu et à la suite d'injections répétées d'éther, etc.

Le lendemain matin, le malade accusait des douleurs vagues généralisées et surtout une grande faiblesse dans les jambes qui le supportaient à peine. Pendant une quinzaine de jours, le teint resta verdâtre, les urines noires comme de l'encre; à partir de ce moment, un changement complet s'opéra dans l'état intellectuel et moral du malade, son caractère devint morose, triste et sauvage. En 1894 le malade a eu une attaque d'hémiplégie partielle générale, sans perte de connaissance; les troubles intellectuels s'accusent à un tel point qu'à ce moment on avait porté le diagnostic de paralysie générale au début. Au mois de juillet 1895, il fut pris subitement d'une nouvelle attaque incomplète avec paralysie des membres supérieurs et inférieurs très prédominante du côté gauche. Au moment de l'examen, les auteurs ont pu constater la présence des tremblements des mains, langue, lèvres, mouvements fibrillaires de la face, pas d'exagération des réflexes, des mouvements ataxiques, ni inégalité pupillaire. Sensibilité normale.

Méningite séreuse (Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustande), par Quincke (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1 vol. 9 liv. 3 et 4). — Il y a quelques années déjà que Quincke en se basant sur des observations personnelles ou empruntées aux autres auteurs, a créé le type dont il s'agit : mais ce sont surtout les documents anatomiques qui lui ont fait défaut parce que, dans les cas purs, l'affection se termine

par la guérison. Aujourd'hui cependant, l'innocuité de la ponction lombaire est connue et pourrait servir comme moyen de diagnostic. Dans le présent travail Quincke rapporte plusieurs observations d'où il résulte que cette affection caractérisée par des troubles cérébraux comme la céphalalgie continue ou paroxystique, vomissements, convulsions, perte de connaissance, absence de fièvre et même température au-dessous de la normale, troubles visuels, raideur de la nuque, quelquefois pouls lent, peut reconnaître des causes très différentes : traumatisme de la tête, surmenage intellectuel, alcoolisme aigu et chronique, otite moyenne, influenza : ce sont des facteurs qui interviennent souvent dans la production de la maladie.

On l'observe fréquemment chez des sujets jeunes, des femmes, des personnes anémiques, et la maladie peut avoir une marche aiguë ou lente. Chez quelques malades, la guérison survient plusieurs mois après ; chez d'autres, elle guérit au bout de quelques semaines. L'exsudation séreuse intra-crânienne provient probablement du plexus choroïde dont l'exagération de secrétion intervient également dans l'hydrocéphalie. Cependant la pie-mère corticale peut intervenir également dans l'exsudation. Quant au mécanisme de cette sécrétion, il est sous la dépendance des vaso-moteurs. Il s'agit donc d'une secrétion de liquide séreux angio-neurotique qui fait augmenter la pression intra-crânienne et détermine les phénomènes de sécrétion constatés chez les malades.

La quinine, l'antipyrine et surtout le traitement mercuriel rendent des services dans le traitement de cette affection, et constituent en quelque sorte la pierre de touche qui sert à la différencier de la méningite.

MÉDECINE

L'anatomie microscopique des ganglions spinaux et la pathogénie du tabès, par Babès et Kremnitzer (*Archives des sciences médicales*, n° 2, mars 1896). — A cause de l'incertitude qui règne au sujet des lésions des ganglions spinaux dans le tabès et du rôle que quelques auteurs (Marie, Marinesco, etc.) ont voulu attribuer à ces ganglions dans la genèse des lésions du tabès, les auteurs ont examiné dans plusieurs cas de tabès les ganglions spinaux. Ils sont arrivés à y arrêter certaines lésions qui avaient échappé aux autres observateurs. D'après eux la lésion principale des ganglions du tabès consiste en une hypertrophie considérable des lamelles et des cellules qui constituent la capsule de la cellule nerveuse avec destruction du réseau nerveux qui se trouve dans la capsule de ces cellules. Ils sont portés à accorder moins d'importance aux modifications des éléments chromatophiles et à la pigmentation plus ou moins grande de ces cellules. A propos du réseau nerveux qui enveloppe la capsule de la cellule nerveuse, il est à remarquer que les auteurs ont pu le mettre en évidence dans les cellules normales par la méthode de Weigert-Pal ; il fait défaut dans les cellules des ganglions tabétiques.

Recherches sur le pneumobacille de Friedländer, par L. Grimbert (*Ann. de l'Institut Pasteur*, déc. 1896, p. 708). — Etude clinique de quelques échantillons du bacille de Friedländer, au point de vue de leur action sur les sucres. Ces échantillons ont été isolés des eaux par l'emploi des milieux phéniqués. Ils ne donnent pas d'endol et attaquent la glycérine, ce qui les distingue du colibacille.

Les angines à bacille de Friedländer, par Ch. Nicolle et A. Hébert (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janv. 1897, p. 67). — Dans 8 cas le bacille de Friedländer a été trouvé dans des angines pseudo-membraneuses, 6 fois pur, 2 fois associé au bacille diphthérique. Cliniquement ces angines peuvent se présenter avec la forme aiguë ou suraiguë, rare et d'un diagnostic difficile, et avec la forme chronique, ce qui est la règle. Les fausses membranes consistent en petits points blancs, siégeant sur les amygdales, quelquefois les piliers et la paroi pharyngée ; elles sont très adhérentes et ne se désagrègent pas dans l'eau. Il n'y a pas de signes généraux et à peine de troubles fonctionnels ; l'affection dure plusieurs mois. Dans les cas avec association de bacille de Löffler, l'évolution a été très bénigne.

Note sur un échantillon de bacille de Friedländer isolé de la vase de la Seine, par C. Nicolle et A. Hébert (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janv. 1897, p. 80). — L'échantillon isolé par les auteurs était inoffensif pour la souris adulte et ne faisait pas fermenter l'érythrite et la dulcite.

Étude sur deux cas de tumeurs malignes secondaires du poumon et du cœur généralisées aux grands appareils, par E. Lenoble (*Revue de médecine*, déc. 1896, p. 979). — La première observation concerne un cancer du sein avec carcinose secondaire du poumon, du médiastin du foie, endocardite et myocardite cancéreuses. Le second cas est relatif à une sarcomatose cutanée avec généralisation, sarcomatose du poumon et du cœur, pleurésie et endocardite sarcomateuses, infiltration néoplasique du diaphragme, de la rate et des reins. L'auteur insiste sur le rôle des embolies dans la généralisation de ces néoplasmes.

Influence de la pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité abdominale, par H.-J. Hamburger (d'Utrecht) (*Revue de médecine*, déc. 1896, p. 1008). — Les expériences consignées dans ce travail montrent que la résorption péritonéale par les vaisseaux sanguins est favorisée par l'augmentation de la pression intra-abdominale. Mais il y a une limite au-dessus de laquelle la résorption devient au contraire moins active, par suite de la gêne apportée à la circulation, gêne démontrée par l'abaissement de la pression artérielle. C'est ce qui explique qu'après évacuation d'une faible quantité d'un épanchement accumulé sous haute pression, la partie restante se résorbe promptement.

Les résultats obtenus avec des membranes artificielles tendent à montrer que la résorption n'est pas un phénomène vital, mais seulement comme un phénomène physique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ulcère de jambe,

D'après les Drs V. Dehaine et R. Aubouin.

Le nombre des traitements préconisés pour la guérison des ulcères de jambes est tellement considérable qu'il y aurait quelque témérité à en écrire l'histoire. De nos jours cette revue rétrospective aurait du reste peu d'intérêt : la plupart de ces médications relevaient de l'empirisme le moins éclairé et méconnaissaient en outre les règles les plus élémentaires de l'antisepsie. Nous savons aujourd'hui tout ce que l'on peut attendre, pour la cicatrisation rapide des plaies variqueuses, d'une exacte désinfection de la perte de substance, d'un usage prudent de la curette et du bistouri, des greffes épidermiques ou dermo-épidermiques, d'un pansement aseptique.

Mais ce traitement, que nous appellerons volontiers chirurgical, a l'inconvénient de réclamer le repos absolu au lit, souvent l'anesthésie, et, pour cette double raison, n'est peut-être pas à la portée des classes pauvres où sévit particulièrement l'ulcère de jambe. Aussi fréquemment doit-on renoncer à la cure idéale, pour employer divers topiques ou pansements économiques permettant au malade de se guérir tout en continuant ses occupations habituelles et en réduisant au minimum l'intervention du médecin.

Parmi ces moyens, deux méritent d'être pris en considération ; la cautérisation par la teinture d'aloès que recommande M. V. Dehaine (1) et le pansement de Unna, préconisé par M. R. Aubouin (2).

1. V. Dehaine, Traitement des ulcères de jambes par l'aloès (th. de Paris, 1897, n° 145).
2. R. Aubouin, Traitement des ulcères variqueux par le traitement de Unna (th. de Paris, 1897, n° 140).

Les avantages de l'aloès sont de convenir aux ulcères rebelles, anfractueux, profonds, suppurant beaucoup; d'activer le bourgeonnement et de favoriser l'épidermisation. Par suite de leur action rapidement desséchante, les pansements n'ont pas besoin d'être fréquemment renouvelés. Le seul inconvénient est la douleur vive, bien que passagère, causée par l'application de la teinture, dont l'emploi est également contre-indiqué dans les ulcères très étendus, circulaires, justiciables seulement du traitement chirurgical.

Le pansement se fait de la manière suivante.

1° Lavage très exact de la surface ulcérée avec une solution antiseptique.

2° Assèchement de la plaie à l'ouate hydrophile.

3° Badigeonnage à la teinture d'aloès en tenant compte des recommandations suivantes : si l'ulcère est superficiel, il suffit de passer une seule fois le pinceau sur la perte de substance; s'il est, au contraire, d'une certaine profondeur, il est bon, une fois la première couche sèche, d'en appliquer une seconde. Dès que l'application est faite, il faut laisser sécher très complètement la teinture, afin que le pansement consécutif n'adhère pas à la croûte et ne la détache en exerçant sur elle des tiraillements. Il faut attendre une demi-heure environ.

4° Application sur la surface badigeonnée d'un morceau de toile imperméable destiné à assurer le contact avec la préparation alcoolique et à empêcher l'adhérence du pansement avec la croûte formée par la teinture.

5° Enveloppement total du membre dans de la gaze aseptique et de l'ouate.

Mais très fréquemment en dehors de la plaie proprement dite, la peau des membres variqueux est malade : elle s'excorie facilement du fait des liquides sécrétés par l'ulcère, elle est eczémateuse, présente des troubles de nutrition divers. C'est dans ces conditions qu'en dehors des topiques, tels que l'aloès, le pansement de Unna trouve ses indications. Ainsi en effet la peau est traitée concurremment avec l'ulcère, et la cicatrisation obtenue, on voit plus rarement se produire dans les parties avoisinantes les récidives, habituelles avec les autres traitements.

Voici comment on procède :

Après lavage prolongé au savon et à l'eau chaude, brossage de l'ulcère avec un linge rude aseptique, et désinfection avec un liquide antiseptique, on applique sur toute la région envahie par l'eczéma variqueux une couche épaisse de pâte de Lassar.

Amidon pulvérisé.	} àà 20 gr.
Oxyde blanc de zinc.	
Vaseline.	40 gr.

On saupoudre l'ulcère avec de l'iodoforme, de l'aristol ou du dermatol, puis on recouvre cet ulcère d'une certaine couche de ouate.

On badigeonne toute la jambe avec la colle de Unna : cette colle, fondue au bain-marie, est appliquée au pinceau, et il faut recouvrir également les parties enduites de pâte de Lassar.

Eau.	} àà 80 gr.
Glycérine	
Gélatine.	} àà 20 gr.
Oxyde de zinc	

La jambe étant ainsi enduite on applique par-dessus une bande de tarlatane amidonnée trempée dans l'eau chaude. Cette bande doit être composée comme il suit, deux globes de volume égal sont tenus dans chaque main, alors on applique à la partie postérieure de la jambe, le milieu de la bande, sur un point diamétralement opposé au siège de l'ulcère. Les deux globes ramenés alors en avant, sont croisés au-devant de l'ulcère, puis ramenés en arrière pour s'entrecroiser encore à la face postérieure de la jambe. On épuise ainsi la bande en recouvrant la jambe des orteils au genou. Il faut serrer un peu, de manière à faire une compression modérée. Au reste, en séchant, cette bande se resserre d'elle-même.

Par dessus, on mettra une bande de tarlatane sèche ou mieux une bande de toile pour empêcher que le premier pansement ne se salisse. Le malade est alors renvoyé à ses occupations. Au bout de deux, 4, 6 jours, la sécrétion a traversé le pansement. On le change alors et un bain de pied chaud suffit à ramollir la colle. On applique alors un appareil semblable.

Sous l'influence de cette médication la sécrétion se tarit ; on ne remplace plus les bandes que tous les 15 jours, l'apparition du pus à l'extérieur constituant la seule indication de renouveler le pansement.

En résumé, lorsque le traitement chirurgical ne pourra être employé, on s'adressera de préférence à la teinture d'aloès comme topique, surtout dans les cas d'ulcères profonds, anfractueux et de grandeur moyenne. En même temps, si la peau est eczémateuse, on se trouvera bien du pansement de Unna, qui, au surplus, constitue un adjuvant précieux à l'emploi des topiques quels qu'ils soient et offre l'avantage de prévenir les récidives.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Iodoforme.

Définition. — L'iodoforme est une poudre jaune, cristalline, d'une odeur *sui generis*, dont la constitution chimique rappelle celle du chloroforme dans lequel les trois molécules de chlore auraient été remplacées par trois molécules d'iode.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau et la glycérine, l'iodoforme doit être dissous, pour l'usage hypodermique, soit dans l'éther, soit mieux dans les huiles grasses et fixes, avec lesquelles il est miscible en toutes proportions.

Rappelons qu'il est dangereux d'employer chez les enfants la glycérine comme vésicule de l'iodoforme : il peut en résulter des accidents graves du côté des reins (Antichievich).

Le véhicule de choix est l'huile d'olives qui donne à la solution le maximum de son pouvoir antiseptique (Duclaux, Troje et Taugle).

Les solutions iodoformées doivent être stérilisées à basse température (stérilisation par chauffage discontinu de Tyndall).

Propriétés thérapeutiques. — L'iodoforme est un antiseptique puissant qui paraît avoir une action élective dans les processus dus au bacille de Koch. Cette action bactéricide est, d'après les recherches récentes de Neisser, de Rosving, à peu près nulle *in vitro*. C'est tout au plus si l'iodoforme atténue la virulence des cultures auxquelles il est mêlé, même à doses élevées. Il faut un contact prolongé (3 jours à 3 semaines) pour tuer tous les bacilles. Au contraire, mis en contact avec les tissus malades, ce corps exerce une action antiseptique indiscutable : elle est vraisemblablement due au dégagement continu de l'iode qui, mis en liberté sous l'influence des réactions organiques, constitue un agent d'oxydation d'autant plus énergique qu'il est à l'état naissant.

De là, l'action si éminemment favorable de l'iodoforme dans le traitement des plaies, voire même des foyers fermés tuberculeux dans lesquels il peut être injecté. Mais, de là aussi, son action plus que contestable comme médicament hypodermique. La question mérite un examen approfondi.

L'emploi de l'iodoforme dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire repose sur les données expérimentales suivantes : si l'on injecte à des animaux une solution iodoformée quelque temps avant l'inoculation tuberculeuse, on retarde notablement l'évolution de la maladie. Si au contraire on injecte l'iodoforme après l'inoculation, on arrête la pullulation des bacilles. Cliniquement dans quelques cas favorables, l'iodoforme a paru agir à la fois sur la toux et sur l'expectoration qui ont subi une diminution appréciable.

Pratiquement, l'injection sous-cutanée d'iodoforme produit dans la grande majorité des cas, des résultats nuls ou défavorables. En effet, rarement le médicament est administré dans les conditions de l'expérience, c'est-à-dire soit avant, soit immédiatement après l'inoculation. C'est lorsque la maladie est en cours d'évolution que l'on a recours à son action thérapeutique présumée. Or, expérimentalement, les animaux présentant des signes non douteux de bacillose pulmonaire, ne subissent aucun arrêt de leurs lésions, et cela malgré des doses que dans aucun cas l'on n'atteint chez l'homme.

Au surplus d'après ce que nous savons de la façon dont l'iodoforme se comporte en présence des tissus, nous pouvons ramener l'injection iodoformée à l'injection de pareille quantité d'iode, ou d'iodures alcalins. Or, nous avons vu que si l'on avait obtenu quelques succès par l'emploi hypodermique de

l'iode, ils étaient étroitement restreints aux cas torpides, c'est-à-dire sans fièvre, sans sueurs nocturnes, sans amaigrissement, se traduisant seulement par des signes d'induration et en dehors surtout de toute poussée congestive. Au contraire, à la période de ramollissement, pour peu qu'il y ait une légère élévation thermique vespérale, même ne dépassant pas 37°7, 37°8, 38°, les préparations iodées sont nuisibles, spécialement l'iodoforme, amènent de la congestion, souvent sollicitent l'hémoptysie.

Il convient donc de n'user qu'avec prudence de l'injection iodoformée dans la tuberculose pulmonaire. Si même des désastres plus nombreux n'ont pas été signalés après un emploi inconsidéré de ce médicament, cela tient aux doses minimes auxquelles il est généralement prescrit et aussi à ce qu'il est fréquemment associé soit au gaïacol, soit à l'eucalyptol, soit à la créosote, c'est-à-dire à un agent thérapeutique d'une efficacité certaine dont la présence dans l'injection est capable de modifier les résultats.

L'iodoforme a été encore préconisé comme antisyphilitique. A ce titre, il est inférieur aux solutions iodées ou iodurées qui, injectées sous la peau, ne rendent elles-mêmes que peu de services.

La même observation s'applique à l'emploi de l'iodoforme contre le goitre. Il vaut mieux s'adresser soit à l'injection iodique pure, soit au traitement thyroïdien.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 5 à 10 ans, 1 centigramme par injection, jusqu'à 5 centigrammes par 24 heures. — De 10 à 20 ans et *chez l'adulte :* jusqu'à 20 centigrammes par 24 heures.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* Peu douloureuse, surtout en solution huileuse, s'absorbe facilement sans laisser d'induration.

b) *Eloignés :* L'iodoforme s'élimine par les reins sous la forme d'un iodure alcalin, par les muqueuses, les glandes salivaires. Il donne à l'haleine des malades une odeur caractéristique.

FORMULES

Huile d'amandes et huile d'olive douces. . 20 gr.
Iodoforme. . . . . 1 gr.
(Thomann.)

Iodoforme. . . . . 1 à 2 gr.
Ether . . . . 10 gr.
1 centimètre cube dans les maladies cutanées.
(Besnier.)

Iodoforme. . . . . 1 partie.
Huile lourde de pétrole . . . . 99 —
1 à 2 centimètres cubes.
(Dujardin-Beaumetz.)

Iodoforme. . . . . 5 gr.
Glycérine. . . . . 20 gr.
L'iodoforme est en suspension.
1/2 centimètre cube dans le traitement des arthrites.
(Neuman, Mickulicz.)

Associations. — Voir Eucalyptol et Gaïacol dans les articles déjà parus (*Gazette hebdomadaire*).

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'industrie des allumettes et la prophylaxie du phosphorisme. — Séance annuelle de la Société centrale.

L'intéressant rapport lu à l'Académie par M. Vallin démontre tout à la fois et combien il faut se méfier des renseignements fournis par la presse politique et combien est routinière l'administration que l'Europe a cessé de nous envier.

Sur le premier point, on nous permettra d'insister. Depuis plusieurs années tous ceux qui lisent les journaux gémissaient avec eux sur le sort imposé aux ouvriers des fabriques d'allumettes. S'ils ne mouraient pas tous, combien étaient frappés ! On voyait des députations ayant à leur tête un malheureux atteint de nécrose mutilante se présenter successivement aux antichambres ministérielles et à la Chambre des députés. On n'entendait parler que des désastres causés par le phosphore blanc.

En même temps le nombre des exemptés pour infirmités incurables s'accroissait dans des proportions inconnues jusqu'à ce jour. Sur 620 ouvriers employés à Pantin et à Aubervilliers 225 avaient interrompu leur travail tout en voyant leur salaire augmenté. En une année (du 1er janvier au 31 décembre 1896), l'administration allouait une somme de trois cent mille francs à ces victimes de l'industrie des allumettes. Il n'était que temps d'aviser si l'on ne voulait voir les députés et les conseillers généraux interpeller les ministres et les directeurs assez peu soucieux de la vie des prolétaires pour leur imposer d'aussi graves dangers.

Très inquiets, les ministres avisèrent. L'Académie de médecine fut appelée à désigner une commission d'enquête. Celle-ci commença par examiner les ouvriers dispensés de travail et pensionnés par l'Etat. Sur 225 elle en trouve 189 « en très bon état de santé et capables de reprendre dès le lendemain leur travail » ; 20 seulement « avaient, à un degré quelconque, des accidents imputables au phosphore ».

Et cela datait de longues années. C'était une tradition. Pour une dent cariée, on se faisait réformer avec gratification renouvelable, comme on dit à l'armée. Et c'est ainsi que le prix de revient des allumettes augmentait alors que leur qualité restait inférieure.

De fait, en 9 années, de 1888 à 1896 inclus, on n'a pu constater à Pantin et Aubervilliers que 8 cas de nécrose mutilante. A Grammont en Belgique, sur une population annuelle de 1100 ouvriers, on en a compté 34 cas de 1860 à 1896. A Berne on en trouve 2 à 3 cas pour 100 ouvriers.

Il eût été intéressant de faire connaître, parallèlement à ces chiffres les cas de mort, d'accidents irrémédiables ou de maladies chroniques observées chez les mineurs, les maçons, les typographes, les peintres en bâtiments — ou les médecins.

Comme le dit excellement M. Vallin, par crainte de méconnaître une de ses manifestations larvées on met tout sur le compte de l'intoxication phosphorée depuis les ulcères syphilitiques jusqu'à la phthisie pulmonaire et à l'aliénation mentale.

Nous ajouterons que, par crainte de mécontenter les ouvriers, de provoquer des grèves, de motiver des interpellations sensationnelles, on exemptait les ouvriers en doublant leur salaire.

Le premier résultat de l'enquête académique a donc été de faire désigner un médecin que ses connaissances antérieures et sa position officielle rendent assez autorisé et assez indépendant pour pouvoir déjouer les simulateurs et faire, parmi les ouvriers des usines destinées à la fabrication des allumettes, une sélection hygiénique.

C'est déjà quelque chose. Ce n'est pas tout.

Il reste acquis, en effet, que les usines de Pantin et d'Aubervilliers sont insalubres au premier chef et c'est ici qu'intervient comme toujours l'incurie administrative

qui se plaint si bruyamment de la tyrannie des hygiénistes.

« Au point de vue de l'hygiène pratique, dit M. Vallin, l'insalubrité d'une manufacture d'allumettes se juge bien moins par la statistique des maladies que par ses témoins les plus grossiers, à savoir l'odeur et les vapeurs de phosphore. Dans les usines que nous avons visitées en France, cette odeur de phosphore vous poursuit partout, tenace, violente; des fumées blanchâtres forment des nuages au-dessous des plafonds, provenant du trempage des vases mal fermés qui renferment des pâtes chaudes, de l'inflammation des allumettes par paquet pendant le dégarnissage et la mise en boîtes, etc. L'usine d'Aix elle-même, qui est neuve, bien construite, bien aménagée et bien dirigée, n'échappe pas complètement à cette critique, Il est inutile de faire un tableau descriptif de ces usines; l'insalubrité est évidente, l'Administration est la première à la reconnaître; elle demande à l'Académie de l'aider à la faire cesser. »

Il en est temps, en effet. Mais, depuis combien d'années n'a-t-on pas protesté contre l'insuffisance de la ventilation des ateliers. M. Vallin, qui discute les mérites comparés de la ventilation ascendante et de la ventilation descendante rappelle ce qui a été réalisé en Belgique et ce que l'on a pu obtenir à Aix-en-Provence, et il ajoute, en parlant de la France : « Nous pourrions citer au moins deux usines françaises où il n'existe aucun appareil de ventilation dans l'atelier de fabrication de pâtes et où ces opérations se font sans précautions suffisantes au point de vue de la salubrité et du danger d'explosion » N'est-ce point déplorable à tous égards !

Ce que l'on demande à l'Académie, ce qu'elle affirmera nettement c'est donc la nécessité d'assurer une ventilation plus active dans les usines, de mieux réglementer l'opération du trempage, de faire alterner dans les ateliers dangereux les ouvriers employés à la manipulation des allumettes, etc. On trouvera, à cet égard, dans le rapport de M. Vallin, les indications les plus précises.

Mais, en assurant les règles d'hygiène, que trop souvent déjà on a vainement indiquées aux ingénieurs, on n'arrivera qu'à rendre sinon impossible, du moins plus difficile l'intoxication phosphorée *lente*.

Pour empêcher les accidents aigus, les nécroses phosphorées il faut, de plus, interdire l'accès des ateliers dangereux aux ouvriers atteints de carie pénétrante. A ce point de vue donc une sélection des ouvriers s'impose et des visites sanitaires relativement fréquentes et faites par un médecin expérimenté sont indispensables. Au prix de ces examens sanitaires et de cette sélection on rendra de plus en plus rares les accidents graves de l'intoxication phosphorée. Ces examens seront-ils toujours possibles; ne deviendront-ils pas « une cause incessante d'ennuis, de contestations, de conflits, de difficultés administratives et financières » ? C'est ce que pense M. Vallin et il ajoute :

« Dans quels cas la suspension du travail donnera-t-elle droit au maintien du salaire ? Comment distinguer les lésions ou maladies imputables au phosphorisme de celles qui sont banales, engendrées par l'alcoolisme, par les causes les plus diverses, de celles même qui pourraient être provoquées ou entretenues ? L'expérience a montré combien ces questions sont souvent difficiles à résoudre.

« Il en est de même de toutes les mesures recommandées plus haut : leur oubli, leur négligence, leur suspension accidentelle (obstruction volontaire des tuyaux de ventilation par un bouchon de linge ou de papier), menacent à tout moment de faire reparaître l'insalubrité de l'usine. Assurément, il est désirable que dans aucune industrie l'ouvrier ne prenne ses repas dans les ateliers, qu'il ait un vêtement spécial pour le travail, qu'il ne rentre au logis qu'après avoir pris les soins de propreté exigés par l'hygiène et par la décence qui est le respect de soi-même et des autres; mais il est plus facile de conseiller ces pratiques que de les imposer et d'en assurer l'exécution; il est dangereux de faire reposer en partie sur elles la prophylaxie d'une intoxication redoutable. Le rôle véritable de l'hygiène est non pas d'accumuler les mesures de protection contre une cause puissante d'insalubrité, mais bien de supprimer cette cause elle-même. Dans le cas particulier, le but sera atteint par la suppression du phosphore blanc, et l'Académie, en émettant une dernière fois le vœu qu'elle a formulé si souvent, aura enfin la satisfaction de penser qu'elle est bien près d'en obtenir la réalisation. »

On ne peut qu'applaudir à ces paroles. Mais la suppression du phosphore blanc est-elle possible ? L'exemple de la Belgique ne montre-t-il pas qu'au point de vue industriel il est difficile de supprimer les allumettes au phosphore blanc qui restent, il faut bien les reconnaître, supérieures à toutes les autres.

En attendant que l'on se résolve à aborder le problème dans le sens indiqué par plusieurs votes successifs de l'Académie, nous voudrions que l'on insistât, plus encore que ne l'a fait M. Vallin, sur la nécessité de la ventilation des ateliers et de la sélection ouvrière. On diminuerait de la sorte le danger du phosphorisme dans des proportions telles qu'il deviendrait quantité négligeable.

L. Lereboullet.

La *Société centrale* a tenu, dimanche dernier, sa séance annuelle, sous la présidence de M. Bucquoy qui a rappelé en quelques mots le but de l'Association générale et les services qu'on en peut attendre. Le secrétaire général M. Thibierge a ensuite, dans un excellent rapport, résumé les actes de la Société et rendu hommage à la mémoire de ceux qu'elle a perdus. Puis, au nom de M. Blache, trésorier, M. Smester a lu un compte rendu financier, d'où il résulte que la Société centrale a distribué 10 550 fr. de secours, soit 1 290 francs de plus que l'année dernière. Ses recettes ont été de 18 475 francs. Elle avait en caisse 5 510 fr. 16 ce qui constituait à son avoir, une somme de 23 958 fr. 16. Elle a dépensé 19 177 fr. 45 sur lesquels 1 000 francs pour la Caisse des veuves et orphelins et 1 000 francs pour la Caisse des pensions viagères. Son avoir total s'élève à 64 807 fr. 71 et elle possède 2 031 francs de rente. Cette année encore, de généreux donateurs ont contribué à accroître sa prospérité. Mme Marjolin lui a donné 1000 francs, M. Millard 500 fr., M. Huchard 100 francs, MM. Bucquoy, Blache, Masson : 50 francs, etc.

Comme l'a bien dit M. Bucquoy, la Société centrale donne l'exemple aux autres sociétés en préparant le moment où le taux de la cotisation sera pour tous de 20 fr. Cette année, 172 membres nouveaux se sont imposé ce sacrifice : on en compte 305 qui versent 20 francs de cotisation annuelle. Espérons donc que son recrutement se fera, les années suivantes, dans des conditions meilleures que durant l'année 1896.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Deux opérations de gangrène pulmonaire (p. 181). — Gastrorrhagie et perforation dans l'ulcère de l'estomac (p. 183).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Nécrose phosphorée. — *Académie des sciences* : L'argon dans le sang. — Vision des couleurs. — Toxines microbiennes. — *Société anatomique* : Ingestion d'acide sulfurique. — Appendicite. — Fractures de la colonne vertébrale (p. 184). — Tuberculose du myocarde. — Sarcome de l'avant-bras. — *Société de biologie* : Streptocoques et sérum de Marmorek. — Hypéresthésie auditive. — Diabète bronzé. — *Société de chirur-gie* : Chirurgie du poumon (p. 185). — Tuberculose du rein. — Fistule vésico-vaginale. — *Société médicale des hôpitaux* : Syringomyélie (p. 186). — Scarlatine. — Pleurésie purulente. — *Société de médecine légale* : Syphilis héréditaire (p. 187). — *Société obstétricale et gynécologique* : Déciduome malin. — Atrésies de l'intestin. — Fracture intra-utérine du tibia. — Insertion vélamenteuse du cordon. — Kraurosis vulvæ. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Motilité exagérée de la langue (p. 188). — Symphyse du péricarde. — Calcul du rein. — Traumatisme de la jambe gauche. — Insuffisance mitrale. — *Société de médecine de Nancy* : Anévrysmes de l'aorte (p. 189).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin* : Atrophie musculaire progressive. — Maladie de Thomsen (p. 190). — *Société de médecine berlinoise* : Traitement intra-utérin mécanique. — Cholestéatomes du cerveau. — Angleterre. *Pathological Society of London* : Testicules d'hermaphrodite. — Kyste congénital du médiastin. — Hypertrophie du poumon. — *Clinical Society of London* : Gastro-entérostomie (p. 191). — Fièvre typhoïde. — Boulimie traumatique. — Autriche. Clinique de l'endocardite (p. 182).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Deux opérations de gangrène pulmonaire,

Par M. le Dr Félix Lejars,

Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je désire verser au débat sur la chirurgie pulmonaire deux faits qui ont été déjà relatés brièvement, au point de vue médical, par M. le Dr Fernet, dans une leçon sur les localisations pulmonaires. Ces deux interventions ont eu pour objet des gangrènes pulmonaires, et, bien que les deux malades, opérés, du reste, dans un état fort alarmant, aient succombé, elles n'en présentent pas moins, dans leurs détails de technique et dans le résultat des autopsies, quelques points intéressants, que je tiens à signaler.

Il s'agissait de deux malades entrés, en janvier 1896, dans le service de M. Fernet, à l'hôpital de Beaujon.

Le premier était un concierge de 50 ans, d'aspect fort précaire, atteint depuis plusieurs mois de paralysie générale, et chez lequel on constatait, de plus, une « artério-sclérose avec néphrite et albuminurie notable ». Depuis dix jours, et je poursuis le résumé de l'observation de M. Fernet, « il était atteint d'une gangrène pulmonaire, qui donnait lieu, depuis deux jours, à de la fétidité de l'haleine et à une expectoration abondante de crachats gris-brunâtre, d'une odeur infecte. Les symptômes généraux étaient mauvais : outre la fièvre, il y avait une dépression marquée des forces. Un examen minutieux de la poitrine permit d'établir que la gangrène était circonscrite à la partie postérieure et supérieure du lobe supérieur droit. Les signes physiques, qui consistaient surtout en submatité et gros râles sous-crépitants, presque des craquements humides, occupaient une étendue grande comme la paume de la main, dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse. »

Ce fut d'après ces indications topographiques que l'opération fut pratiquée, le 9 février 1896. — Le foyer devant se trouver sous l'omoplate, je fis une large incision convexe en bas, dessinant un lambeau que je relevai, ce qui mit à découvert l'angle inférieur du scapulum : cet angle fut, à son tour, relevé et maintenu par un grand écarteur, — je réséquai alors un segment de 8 cent. environ des trois côtes correspondantes, la 4e, la 5e et la 6e; au niveau de la brèche ainsi obtenue, la plèvre avait été décollée, sans éraillure; je poursuivis, au doigt, et avec précaution, le décollement en haut et en dedans, dans un rayon de 5 à 6 cent.; la membrane, grisâtre et un peu épaissie, se laissait détacher sans difficulté de la paroi, et le fait fut constaté par M. Théophile Ange et par M. Fernet, qui assistaient à l'opération; j'aurais, je pense, pu continuer bien au delà le décollement pleural.

Mais, après avoir découvert ainsi toute la zone que l'examen médical avait reconnue comme devant être le siège du foyer gangréneux, je cherchai si quelque indice me ferait distinguer, par la vue ou le toucher, le point malade : ce ne fut que tout à fait en dedans, aux limites même de mon décollement, que je trouvai une sorte d'épaississement, de contours vagues, mais qui contrastait pourtant, au toucher, d'une façon suffisamment nette avec le reste de la surface pulmonaire devenue accessible, pour qu'il me parût nécessaire de diriger de ce côté une investigation plus directe. Je fis donc à la plèvre tout près de là une incision de deux centimètres environ : il n'y avait pas d'adhérences, à ce niveau, mais tout de suite j'introduisis mon doigt dans l'orifice pleural, et, sur mon doigt, une pince fixatrice, qui saisit le poumon et l'amena au dehors; j'avais alors une sorte de bouchon pulmonaire, qui obturait en grande partie l'ouverture pleurale, et, de fait, très peu d'air paraissait entrer dans la poitrine : du reste, il n'y eut, à ce moment ni dans le reste de l'opération, aucune alerte respiratoire.

Le poumon ainsi amarré, j'explorai directement avec le doigt la plus grande partie du lobe supérieur et du lobe moyen, sans trouver aucune anomalie appréciable de consistance : ce ne fut qu'en dedans, non loin de la colonne vertébrale, au point que j'ai indiqué plus haut, que je retrouvai, à l'exploration directe, le même épaississement, et, fait plus important, je constatai qu'à ce niveau le poumon était adhérent. J'agrandis de ce côté l'ouverture pleurale, et, avec le doigt je pénétrai dans le tissu pulmonaire, où je ne tardai pas, après avoir traversé une couche de 1 cent. ou 1 cent. 1/2, à ouvrir une cavité remplie d'un liquide sanieux, noirâtre, extrêmement fétide. Cette cavité, qui aurait pu contenir un gros œuf de poule, était tapissée d'une sorte de paroi putrilagineuse grisâtre : j'en fixai les bords avec des pinces, je la détergeai aussi complètement que possible, et j'en réunis le pourtour à la paroi par des points séparés au catgut. Le reste de l'incision pleurale fut suturée; le foyer de gangrène, ainsi marsupialisé, fut tamponné à la gaze iodoformée, et le lambeau cutané, rabattu, suturé partiellement.

Le malade n'avait pas mal supporté l'intervention : il avait été endormi à l'éther, il se réveilla sans difficulté, passa une journée relativement calme; le soir, la tem-

pérature était de 36°8, le pouls fréquent, mais assez bon. Le lendemain matin, 10 janvier, la situation paraissait désespérée : pouls à 132, petit; respiration 39°, température 38°8, nez et oreilles froids, râle trachéal; à 11 heures, on pratiqua une injection intra-veineuse de 2 litres de sérum de Hayem : le pouls remonta et devint moins fréquent, le malade se réchauffa un peu; on continua l'usage du sérum, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, dans le reste de la journée, et l'état général, grave le matin, devint moins menaçant. Malheureusement le malade urinait très peu, et ses reins se refusaient presque entièrement à l'élimination du sérum. — Le 11, au matin, M. Fernet estimait encore, pourtant, que tout espoir n'était pas perdu; mais, dans la journée, le malade s'éteignait.

L'autopsie nous montra, que, sans la complication rénale, la guérison eût été possible : de fait, il n'y avait pas d'autre foyer gangréneux; celui que nous avions ouvert occupait bien la partie inféro-interne du lobe supérieur, ses bords étaient restés en connexion régulière avec la paroi : il n'y avait, dans la plèvre, et aussi bien à droite qu'à gauche, que du liquide séreux. On retrouvait ce même liquide, en assez grande quantité, dans l'abdomen, dont tous les organes étaient le siège d'une sorte d'infiltration séreuse; les deux reins, petits, durs et ratatinés, étaient totalement scléreux, et, par suite de cette insuffisance des émonctoires, le sérum injecté avait été, sans doute, pour une grande part dans la production de cette anasarque.

Mon second opéré était un homme de 33 ans, blanchisseur des hôpitaux, exposé, par là-même, à des contagions faciles; assez vigoureux, il avait pourtant commencé à maigrir depuis deux mois, il toussait, il avait des sueurs nocturnes, il s'affaiblissait. Depuis trois semaines, il était devenu réellement malade et avait dû s'aliter: le 20 janvier 1896, il entrait dans le service de M. Fernet. Il présentait alors tous les indices d'une infection très profonde; la température était élevée, 39°, 39°5, le pouls fréquent, la face pâle, bouffie, la langue sale. « Nous constatâmes chez lui, écrit M. Fernet, les signes d'une broncho-pneumonie occupant le lobe inférieur du poumon droit, surtout en arrière, et, en outre, ceux d'une induration partielle du lobe supérieur droit. Pendant les huit premiers jours, que le patient passa dans le service, la situation ne changea guère; mais, au bout de ce temps, l'expectoration muco-purulente que le malade présentait depuis son entrée commença à exhaler une odeur fétide, et, deux jours après, durant mon examen, survint une secousse de toux, pendant laquelle je fus assailli par une odeur infecte, gangréneuse, qui ne pouvait laisser aucune doute sur l'existence d'un sphacèle du poumon. — Restait à établir le siège de la maladie pour une intervention chirurgicale, qui me paraissait nécessaire; or, à plusieurs reprises, je constatai, sur une étendue grande comme la main, à la partie postéro-inférieure du poumon droit, de la submatité et de gros râles sous-crépitants, à timbre éclatant, tandis qu'au sommet du même poumon je trouvai seulement, à la percussion, une diminution légère de la sonorité, à l'auscultation, de la rudesse respiratoire et un léger souffle sans bruits adventifs. Dans ces conditions, je crus pouvoir localiser la gangrène à la base du poumon droit et rattacher les petits signes du sommet à une infiltration tuberculeuse commençante. »

Ce fut d'après ces données, que je pratiquai l'intervention le 27 janvier 1896, en présence de M. Fernet et de mon maître, M. Théophile Ange. Je découvris, en traçant et en relevant un grand lambeau à base supérieure, la zone qui m'avait été indiquée, et qui correspondait à la partie moyenne des 8ᵉ et 9ᵉ espaces intercostaux : trois côtes furent réséquées, sur une longueur de 6 à 7 centimètres, et je poursuivis, au doigt, le décollement du feuillet pariétal de la plèvre tout autour de cette brèche. Ici encore, le décollement eut lieu sans difficulté, sur un rayon d'au moins cinq centimètres, tout autour de l'ouverture pratiquée à la paroi thoracique. — J'avais alors dépassé de beaucoup la région qui n'avait été signalée comme étant le siège du foyer et le palper transpleural ne me faisait sentir qu'une surface pulmonaire à peu près uniforme en tous ses points. — J'incisai alors la plèvre vers le milieu de la portion découverte, et je constatai qu'elle était adhérente au poumon quoique ces connexions fussent assez lâches et ne parussent pas très anciennes. — Je pris alors le parti de faire au poumon une courte et superficielle incision, et, par cette voie, de faire pénétrer mon doigt dans le parenchyme en le dirigeant en dedans et un peu en haut, suivant les conseils que M. Fernet voulait bien me donner, et le résultat de son examen antérieur. Je creusai ainsi peu à peu dans le tissu pulmonaire une sorte du canal, de cinq à six centimètres de profondeur, du reste, sans grande difficulté et sans hémorrhagie notable, mais aussi sans trouver aucun foyer gangréneux. Avec mon doigt ainsi plongé en plein lobe inférieur, il me devenait assez facile d'en apprécier la consistance et d'exercer, avec la main restée sur la face externe, une sorte de palper combiné : je ne découvris rien, et, après avoir poussé mon doigt dans divers sens jusqu'aux limites où il pouvait atteindre, je dus me contenter de réunir à la paroi les bords de l'ouverture pleuro-pulmonaire, dans laquelle je laissai un drain entouré de gaze iodoformée. Réunion partielle de la plaie de la paroi.

Le soir, la température tombe à 37°4, le pouls, quoique fréquent, était relativement bon, la dyspnée n'était pas trop grande, le faciès plutôt meilleur. Durant toute la journée du lendemain, 28 janvier, notre espoir continua; pourtant, le soir, la respiration était devenue difficile, et la température avait remonté à 38°2; le pansement, qui était imbibé d'un liquide roussâtre, non odorant, fut changé : l'état local était relativement bon. L'expectoration, qui avait d'abord un peu diminué, redevenait abondante et un peu fétide. — Le 29 janvier, la température était de 39° le matin; la dyspnée et les signes d'infection générale ne laissaient plus de doutes sur la terminaison fatale, et, de fait, malgré ce qui put être tenté, le malade succombait à 11 heures du soir.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une gangrène pulmonaire, mais que la localisation du foyer de gangrène avait été méconnue. La plèvre droite était adhérente en toute sa hauteur; le lobe supérieur était occupé par une vaste poche, à parois gangréneuses, remplie d'un liquide putrilagineux grisâtre : elle avait presque le volume du poing, et se continuait, en bas, par une autre petite cavité gangréneuse, qui aurait pu loger une noix. Il n'y avait dans le lobe inférieur que des lésions disséminées de broncho-pneumonie : le fond du tunnel que j'avais creusé, avec mon doigt, dans l'épaisseur du parenchyme, venait finir à un centimètre environ du petit foyer gangréneux. On ne trouva aucune trace de tuberculose.

Ce dernier fait montre, une fois de plus, quelles sont les difficultés d'une exacte localisation des lésions pulmonaires, et ce point a été parfaitement mis en lumière par M. Fernet; et aussi, combien notre intervention serait relativement simplifiée, si le médecin, par les

procédés ordinaires d'exploration ou par l'application des Röntgen, pouvait déterminer par avance, avec précison et au moins dans des limites assez étroites, la topographie du foyer. Quoiqu'il en soit, nous nous bornerons à faire remarquer que, dans nos deux cas, nous avons commencé par décoller la plèvre, et que, chez ces deux malades, le décollement du feuillet pariétal s'est fait aisément : aussi n'avons-nous vu que des avantages à utiliser d'abord ce mode d'exploration, qui nous a permis, dans un cas, de nous rapprocher du foyer. Dans nos deux opérations, nous avons fait suivre ce premier examen transpleural de l'ouverture de la séreuse et de l'examen direct du poumon, et dans l'une d'elles, la plèvre étant libre d'adhérences, l'incision étroite du feuillet pariétal, suivie de la hernie immédiate du poumon, saisi et amarré avec une pince fixatrice, a prévenu toute irruption importante d'air dans la plèvre, et aucun accident n'est survenu. — Je rappellerai encore que, chez mon dernier malade, j'ai pu creuser, au doigt, en plein parenchyme, un canal relativement très long, et réaliser ainsi une sorte d'exploration endo-pulmonaire, sans provoquer d'hémorrhagie : malgré la longue distance qui séparait le siège exact du foyer gangréneux de celui qui lui avait été désigné, il s'en est fallu de peu qui je ne réussisse quand même à en atteindre l'extrémité inférieure.

Je me garderai donc de formuler des conclusions intransigeantes, que, du reste, l'expérience de deux observations personnelles ne justifierait guère, et je persiste à penser, pour ma part, que, dans cette chirurgie neuve, et qui, pour progresser, demande avant tout des faits, et des faits précis, l'heure n'est pas venue d'établir des règles immuables, que la complexité des cas particuliers rendrait trop souvent illusoires.

Gastrorrhagie et perforation dans l'ulcère de l'estomac (1).

Gastrorrhagie et perforation sont des accidents fréquents de l'ulcère de l'estomac. Müller, dans sa statistique portant sur 120 cas d'ulcères, a constaté 35 hématémèses, ce qui porte la proportion à 1 pour 3, sans tenir compte des hémorrhagies restées ignorées. La perforation serait un peu moins souvent observée : pour Brinton, elle se produit dans la proportion de 1 sur 7 ou 8.

Il est intéressant de rechercher dans la physionomie clinique de ces deux graves complications, tout ce qui peut conduire au diagnostic et finalement à une intervention chirurgicale raisonnée.

L'hémorrhagie affecte les formes les plus diverses. On peut observer tous les degrés, depuis le rejet de sang presque insignifiant et qui n'a d'intérêt que parce qu'il fournit un signe diagnostique, jusqu'au vomissement foudroyant, en passant par les hématémèses peu abondantes mais fréquentes et qui tirent leur gravité de leur répétition. C'est seulement à l'autopsie que l'on fait le plus souvent le diagnostic des cas foudroyants : l'estomac est distendu par une énorme quantité de sang, la mort a été instantanée, il n'y a pas lieu de parler d'intervention. Il n'est pas rare non plus de voir des ulcères de l'estomac guérir après avoir provoqué une seule gastrorrhagie. Mais dès que les hémorrhagies, en se répétant, deviennent dangereuses pour la vie du malade, le traitement chirurgical devrait reprendre ses droits. Il est impossible de prévoir après une gastrorrhagie ce que sera la suivante; aucune comparaison ne peut être établie entre les hémorrhagies successives dues au même ulcère : les deux ou trois premières hématémèses ont pu paraître insignifiantes et la quatrième emporter le malade.

1. Revue critique tirée de la thèse de Leblanc, Paris 1896-1897, n° 67.

Il faut avouer que l'intervention chirurgicale contre l'hémorrhagie gastrique de l'ulcère est encore à l'étude. En supposant un diagnostic ferme — hémorrhagie due à un ulcère — on ne sait pas où siège l'ulcère et, le saurait-on, comment prévenir de nouvelles hémorrhagies? C'est un point qui demande de nouvelles recherches.

Il n'en est pas de même pour la perforation, elle rentre dans le domaine de la chirurgie, et, sur les 40 cas recueillis par M. Michaux et dans lesquels on est intervenu, on compte 12 guérisons.

Il est une distinction qui s'impose dès le début d'une vue chirurgicale de la perforation de l'ulcère, suivant que l'ulcère siège sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'estomac. Les perforations de la face antérieure se font dans la grande séreuse péritonéale. La grande mobilité de la face antérieure, son expansion facile expliquent l'absence d'adhérences protectrices. Sous l'influence d'un effort de toux, de vomissement, d'un hoquet, la mince couche qui dans l'ulcère perforant sépare la cavité gastrique de la cavité abdominale, cède facilement et la perforation se produit dans la grande cavité.

A la face postérieure, beaucoup moins mobile, se font des adhérences et lorsque l'estomac se perfore, il en résulte non plus une péritonite généralisée, mais une péritonite enkystée, un abcès rétro-stomacal.

Une seconde notion anatomo-pathologique intéressante au point de vue de l'intervention, c'est le nombre des perforations. Le plus souvent la perforation est unique; cependant il existe des cas où les malades ont succombé avec 2, 3, 4, 5 et même 6 perforations.

La grandeur de la perforation ne dépasse pas en général celle d'une pièce de 50 centimes.

A la suite de la perforation dans la grande cavité, on peut noter la mort subite, due peut-être à l'inhibition des centres nerveux par action réflexe sur le grand sympathique. Le plus souvent on constate tous les signes d'une péritonite généralisée. Le point intéressant est de savoir si cette péritonite généralisée, suite de perforation, de l'estomac, se confond comme symptomatologie avec les autres péritonites généralisées, ou si au contraire elle possède des signes propres, permettant de remonter jusqu'à sa cause.

On a essayé de trouver dans l'absence des vomissements un signe pathognomonique des perforations de l'estomac; malheureusement ce signe n'est pas assez constant, puisqu'il n'existe que dans la moitié des cas seulement. L'absence de la matité hépatique a une plus grande valeur, mais c'est seulement en tenant compte des signes fournis par le malade et des antécédents gastriques qu'il a pu présenter, que l'on arrivera au diagnostic. Du reste, puisqu'il y a péritonite, l'intervention est indiquée, quelle qu'en soit la cause, et cette cause on la trouvera souvent au cours de l'opération, comme dans le cas de Hartmann qui a fait l'objet du rapport de Michaux.

L'intervention devra être aussi précoce que possible, son succès en dépend. Avant l'opération on devra vider l'estomac pour éviter toute effusion nouvelle. L'incision sera sus-ombilicale, médiane et longue, et on ira explorer les faces de l'estomac, la face antérieure et aussi la face postérieure. Une fois la perforation trouvée, on peut, suivant les circonstances, se conduire de plusieurs façons :

1° Résection de l'ulcère avec suture consécutive;

2° Suture directe sans résection;

3° Gastro-entérostomie avec ou sans résection;

4° Gastrostomie ou fixation des bords de l'ulcère à la paroi abdominale.

Si le chirurgien intervient tardivement, la péritonite est généralisée. Dans ce cas l'opération sera aussi rapide et aussi courte que possible. Ouvrir largement le foyer, le limiter à l'aide de compresses, le nettoyer, maintenir l'incision largement ouverte : c'est la conduite suivie par Hartmann et qui lui a donné un beau succès.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 Février 1897.

Nécrose phosphorée.

M. Vallin ayant lu, il y a 15 jours, un rapport sur cette question et où la commission propose avant tout la suppression du phosphore rouge, tout en insistant sur l'utilité actuelle de l'assainissement (voir *Gazette*, p. 179), **M. Magitot** combat ces conclusions et propose les suivantes :

1° Les connaissances actuelles en matière d'hygiène permettent de réaliser l'assainissement complet des usines d'allumettes sans apporter aucune modification à la technique industrielle.

2° Cet assainissement repose sur la mise en pratique des deux procédés suivants :

A. *Ventilation des ateliers* (ventilation générale, isolée, individuelle, etc., par les moyens dont dispose l'art de l'ingénieur).

B. *Sélection ouvrière* ne permettant ni l'entrée ni le maintien dans l'usine de tout ouvrier atteint de la lésion initiale de la bouche, porte d'entrée de la nécrose.

3° *Ventilation* et *sélection*, toute la prophylaxie est renfermée dans ces termes.

4° Les observations et les expériences que fournissent les usines actuelles des allumettes permettent d'affirmer et de prouver l'efficacité complète et absolue des mesures proposées.

5° L'assainissement de toute usine d'allumettes existante est possible d'une façon immédiate, c'est-à-dire dans les délais compatibles avec l'installation d'une machine et avec la réforme graduée et progressive des ouvriers menacés.

M. Vallin ne croit pas que la suppression des vapeurs toxiques soit de la part de l'hygiène une abdication : mieux vaut supprimer la cause anti-hygiénique que d'en pallier les effets par des moyens indirects. Il reconnaît que l'assainissement et la ventilation sont assez efficaces comme moyens complémentaires, mais il maintient dans leur intégrité les conclusions de la commission.

Le vote aura lieu mardi prochain.

Élection.

M. Napias est élu au premier tour de scrutin par 42 voix contre 18 à M. Le Roy des Barres; 5 à M. Laugier; 1 à M. Richard; 1 M. Netter; 3 à M. Dutazal; 1 à M. Josias; 1 bulletin blanc.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 8 et 15 Février 1897.

L'argon dans le sang.

MM. Schlœsing fils et **Régnard** ont fait des recherches sur la présence et le dosage de l'argon dans le sang. Ces auteurs ont trouvé que le sang de cheval contient par litre 20 centimètres cubes d'azote et 4 dixièmes de centimètre cube d'argon. On sait que l'argon accompagne l'azote dans l'air atmosphérique, il n'est donc pas étonnant qu'on le rencontre dans le sang. Le volume de ces deux gaz dans le sang est le double de celui qui se dissout dans l'eau à la pression atmosphérique. On avait pensé qu'il se formait entre l'azote et les matières albuminoïdes une combinaison instable, mais la présence de l'argon qui se combine si difficilement, détruit cette hypothèse. En réalité, on ne sait pas encore le rôle que jouent l'azote et l'argon dans le sang.

La vision des couleurs.

M. d'Arsonval analyse une note de M. Charpentier, dans laquelle ce physiologiste résume ses travaux sur ce sujet.

M. Charpentier croit avoir établi, contrairement à la théorie de Helmholtz, qu'il suffit de l'excitation produite par une source lumineuse simple, rouge, verte, etc., pour déterminer une sensation de couleur complète et variée. Il reconnaît à la rétine deux fonctions distinctes : la fonction photogénique et la fonction chromatique.

Influence de la diète et de l'inanition sur les toxines microbiennes.

M. Chauveau fait connaître les recherches faites à ce sujet par MM. Teissier et Guinard, avec la pneumobacilline et la toxine diphthéritique.

Ils ont constaté le fait — en apparence paradoxal — que ces deux toxines sont moins actives chez des animaux mis en état d'inanition, à la suite d'une diète prolongée, que chez des sujets sains et bien nourris.

Injectées à des chiens affaiblis par la diète, les toxines n'exerçaient qu'une action passagère, fugitive, tandis qu'elles provoquaient les désordres ordinaires chez des chiens se trouvant à l'état normal.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 Février 1897.

Perforation stomacale secondaire à l'ingestion d'acide sulfurique.

MM. Dujarier et **Rosenthal** communiquent l'observation d'un malade mort 9 heures après l'ingestion d'un verre d'acide sulfurique et à l'autopsie duquel on trouva du sphacèle de la portion la plus déclive de l'estomac avec 3 perforations sur la face postérieure. La muqueuse de l'estomac était noirâtre. Peu de lésions de l'œsophage et de l'intestin.

Infection hépatique compliquant l'appendicite.

M. Iselin communique l'observation d'un malade âgé de 26 ans, qui fut pris brusquement de douleurs vives au creux épigastrique, irradiées dans l'abdomen, avec vomissements, constipation, céphalalgie, anorexie, courbature, frissons. Au bout de 8 jours pendant lesquels ces symptômes ont persisté, le malade entre à l'hôpital où l'on trouva un ictère avec tous les signes de la rétention biliaire, un foie est gros et douloureux, ainsi que la région épigastrique. L'abdomen était souple et non sensible. Les jours suivants, ces phénomènes ont persisté et le malade succomba 5 jours après son entrée, la température oscille entre 39 et 40°; la stupeur s'accentue, et la mort arrive le 16 février.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée, dont le point de départ était l'appendice iléo-cæcal. Le foie était très volumineux, et présentait sur une tranche de section, des figures particulières : des arborisations d'un jaune sale, rayonnant autour d'un orifice central, qui n'était autre que la section d'une branche de la veine porte. Le parenchyme environnant était noir verdâtre. Le tronc de la veine porte et ses branches intrahépatiques étaient remplis d'une matière grisâtre. Les parois de la vésicule étaient épaissies, et elle renfermait non pas de la bile, mais un liquide clair, sorte de mucus qui sortait par l'orifice duodénal.

Il semble y avoir eu appendicite, puis pyléphlébite et infection hépatique consécutive.

Fractures multiples de la colonne vertébrale et des côtes, de cause indirecte (chute sur le siège).

M. Alcée Durrieux présente des pièces provenant de l'autopsie d'un malade tombé du haut d'une échelle sur le siège.

La cause de la mort, révélée à l'autopsie, a été une hémorrhagie ventriculaire gauche qui avait provoqué de l'hémiplégie droite. Les 5e, 8e, 12e vertèbres dorsales et la 1re lombaire, ces deux dernières surtout, ont leur apophyse épineuse arrachée. La 12e dorsale a l'apophyse tranverse droite fracturée. Les 5 lombaires ont leur apophyse costiforme droite fracturée. Les corps vertébraux, le canal médullaire, la moelle sont intacts. Les 6 dernières côtes droites sont fracturées en plusieurs points, la 8e en 3 points, fait rare.

Tuberculose du myocarde.

M. Fontoynont a examiné, après conservation dans le liquide de Muller, la pièce relative à un cas de tuberculose du myocarde, qu'il a communiquée dans une séance précédente. Il a trouvé un autre noyau sous le ventricule gauche, au niveau du bord gauche.

Ces noyaux ont chacun la grosseur d'une noisette. Ils sont entièrement compris dans l'épaisseur du muscle cardiaque, y pénétrant de la superficie à la profondeu.

M. Letulle, qui a fait un examen du cas de tuberculose du myocarde, présenté par M. Fontoynont fait observer qu'il s'agit d'une tuberculose par effraction. Les masses caséeuses partent du péricarde, s'infiltrent entre les faisceaux du myocarde et viennent même faire saillie jusque sous l'endocarde. Les faisceaux musculaires qui avoisinent les foyers caséeux s'atrophient par compression.

Sarcome de l'avant-bras.

MM. Hennecart et **Chifoliau** rapportent l'observation d'un homme âgé de 39 ans, qui vit, à l'âge de 14 ans, se développer, à la suite d'une contusion de l'avant-bras, une tumeur limitée d'abord aux parties molles. Cette tumeur fut opérée en février 1896. Elle récidiva au mois de juin. La tumeur, un sarcome, occupait toute la partie inférieure de l'avant-bras.

La désarticulation du coude fut faite le 15 février. A l'examen macroscopique de la tumeur, on voit que le radius est creusé à sa partie inférieure d'une cavité anfractueuse. A ce niveau, le radius est réduit à une coque mince et peu résistante interrompue à sa partie supérieure; il existe une fracture spontanée qui a été constatée aussitôt après l'intervention.

Les parties molles environnantes sont infiltrées de fongosités molles et vasculaire. Le cubitus est absolument sain.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 Février 1896.

Streptocoques et sérum de Marmorek.

MM. Méry et **Lorrain**, continuant leur précédente communication, montrent que sur le 7e streptocoque isolé dans la scarlatine, le sérum de Marmorek a exercé une action réelle.

Ce dernier streptocoque se rapproche au point de vue morphologique de celui qui a fourni à M. Marmorek son sérum.

MM. Méry et Lorrain ont pu à nouveau montrer l'action du sérum de Marmorek vis-à-vis de son streptocoque, même inoculé à dose massive représentant 3000 fois la dose mortelle.

Ces résultats sont en contradiction avec ceux de M. Petenocky.

La variété de streptocoques que l'on rencontre le plus fréquemment dans la scarlatine est donc différente de celle qui a fourni à M. Marmorek le sérum actuel.

Il serait intéressant de posséder un sérum correspondant à cette variété.

Hyperesthésie auditive douloureuse chez un éthéromane.

M. Gellé. — Chez un éthéromane de 60 ans, j'ai pu suivre l'évolution envahissante de l'intoxication par les vapeurs d'éther, et ses effets curieux sur le sens de l'ouïe. Le patient, très intelligent, cachant sa manie, se plaint d'ouïe douloureuse surtout : les bruits les plus légers, plutôt ceux qui se prolongent, même les monotones, lui causent une sensation désagréable, douloureuse, insupportable; il en éprouve un état d'angoisse, de malaise, d'émotivité intolérable, qui le forcent à fuir dans la campagne, dans les bois, dans le silence : le bruit l'épuise, le paralyse, arrête tout travail cérébral, rend l'attention impossible.

L'hyperexcitabilité de l'ouïe est devenue peu à peu si énervante que toute la tête est comme endolorie, meurtrie.

De plus, il y a de l'insomnie, des sensations sonores persistantes (consécutives), enfin de vraies hallucinations de l'ouïe se produisent, montrant l'intoxication cérébrale et la généralisation de ses effets.

Le patient est atteint de sclérose otique avec ankylose de l'étrier; il entend très bien la conversation à deux, à trois personnes, mais là montre seulement à 5 centimètres à droite; l'oreille gauche est plus sourde. Ni bruits, ni vertiges; santé générale relativement satisfaisante; mort 1 an après cette observation, par pneumonie.

Examen du sang et dosage du fer dans un cas de diabète bronzé.

MM. Parmentier et **Carrion** ont examiné le sang d'un malade atteint de diabète bronzé et dosé le fer dans différents organes. L'observation de ce malade a été publiée par M. Jeanselme dans la séance de la *Soc. méd. des hôpitaux* du 5 février 1897.

L'examen du sang a été fait 2 fois : il a montré une anémie voisine du 2e degré sans leucocytose, sans phlegmasie appréciable.

Le pigment à l'état libre ou à l'intérieur des globules rouges a fait constamment défaut.

Le dosage du fer fait dans la bile, le corps thyroïde, la rate, le foie, le sang, le muscle cardiaque, a montré qu'il existait une quantité assez considérable de ce métal dans le corps thyroïde : 0 gr. 317 Fe p. 100 et une quantité très grande dans le foie : 1 gr. 040 Fe p. 100. M. Lapicque avait déjà signalé l'augmentation du fer dans ce dernier organe.

MM. Klippel et **Lefas** rapportent un cas de névralgie du trijumeau caractérisé par l'apparition d'une hypersécrétion de la narine droite et par une salivation abondante pendant la crise et par une tendance à la substition progressive et presque complète d'une crise sécrétoire à la crise douloureuse.

M. Déjerine fait une communication pour montrer que, contrairement aux recherches récentes de Flechsig, les fibres de projection se trouvent dans toute l'étendue de la corticalité.

M. Langlois a constaté que l'injection des travées jaunes qui se trouvent au-devant des reins de la grenouille, provoque une augmentation de la pression sanguine. Ce fait montre donc que ces travées sont bien les capsules surrénales de la grenouille.

MM. Widal et **Sicard** exposent leurs recherches sur la mensuration du pouvoir d'agglutination du sérum des typhiques.

M. Camus expose ses recherches sur la distribution de la lipase dans les végétaux.

M. Courmont envoie une note sur la répartition de la substance agglutinante dans l'organisme. C'est la rate qui en contient le moins.

MM. Hugounencq et **Doyon** ont constaté que le colibacille possède, comme le bacille typhique, des propriétés dénitrifiantes.

Erratum. — Dans la dernière séance (communication sur le streptocoque dans l'eau de boisson), lire **M. Guiraud** (de Toulouse) au lieu de **M. Guitard**.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1897.

Chirurgie du poumon.

M. Bazy rapporte un cas qui vient à l'appui des idées de M. Delorme sur les déplacements du poumon sous l'influence

de la ventilation pulmonaire. Dans ce cas, il s'agissait d'un homme de 26 ans, atteint d'une pleurésie fétide et qui par des vomiques, rendait du pus. M. Bazy résèque chez ce malade une portion de la 7° côte; mais après l'incision et le lavage de la plèvre il survint un accès de suffocation qui a obligé de faire remettre le malade sur le dos afin de pratiquer la respiration artificielle. On a pu alors constater que le poumon, qui était rétracté en haut est venu au contact même de la plaie pour disparaître quand le malade fut replacé sur le côté. D'après M. Bazy c'est sous l'influence de cette respiration que le poumon est venu au contact de la plaie, quoique la plèvre ne fût pas fermée. Le malade est mort dans la journée.

M. Routier communique l'observation d'un malade chez lequel le diagnostic était hésitant entre la tuberculose pulmonaire et une suppuration intra-pulmonaire. En se guidant sur les indications de M. Cuffer, M. Routier fit une incision au niveau de l'angle de l'omoplate; réséqua la 8° côte, décolla la plèvre. Puis il fit une petite incision à cette plèvre et introduisit le doigt dans la cavité. Le doigt était absolument libre dans la cavité pleurale. Il n'entra pas d'air dans la plèvre.

M. Routier agrandit alors l'incision pleurale. Le poumon était uniformément induré et présentait une ligne jaune suivant une zone longeant le sillon interlobaire. Il fit alors une ponction à ce niveau; ayant retiré une grande quantité de pus fétide, il ouvrit la poche, la lava et la sutura à l'incision pariétale. Le malade a guéri, en conservant une fistule.

Tuberculose du rein.

M. Routier a observé, comme M. Tuffier, plusieurs cas de tuberculose rénale localisée, mais jamais il n'a eu à intervenir pour le symptôme douleur seul. Il est intervenu pour l'hématurie ou l'infection.

Dans un cas, chez une malade ayant des hématuries graves, M. Routier fit le diagnostic d'hématurie rénale après examen cystoscopique. Il fit une incision lombaire, attira le rein droit à l'extérieur, et fit la néphrectomie. M. Pilliet trouva au niveau d'une papille du rein une ulcération tuberculeuse ayant sectionné une artère. Cette malade est guérie actuellement. Dans deux autres cas d'hématurie d'origine tuberculeuse, M. Routier a pu suivre les malades qui ont refusé l'opération. Chez eux, les hématuries n'étaient pas très graves et ont fini par disparaître.

Dans les cas de suppuration du rein, M. Routier est intervenu 6 fois, 3 fois par la néphrotomie, 3 fois par la néphrectomie.

Dans les 3 premiers faits, il a pratiqué la néphrotomie à cause de l'état cachectique des malades. Mais chez une malade on a fait la néphrectomie secondaire. Ces malades vont très bien, sauf l'un d'eux qui a été atteint de granulie quelque mois après la néphrotomie.

Dans deux cas, M. Routier a fait la néphrectomie primitive et les malades ont bien guéri.

En somme, l'opération idéale dans la tuberculose rénale localisée est la néphrectomie. Si l'état du malade est trop grave et la cachexie trop prononcée, on se contente de faire la néphrotomie, quitte à faire la néphrectomie secondaire qui donne d'ordinaire de bons résultats.

Fistule vésico-vaginale avec oblitération de l'urèthre.

M. Berger communique une observation de fistule vésico-vaginale compliquée de l'oblitération cicatricielle de la partie supérieure de l'urèthre, survenue chez une femme à la suite de son 7° accouchement.

Cette fistule était haute de 6 centimètres, large de 4 centimètres, et entourée d'une zone de tissu scléreux. Par le cathérisme, on vit que l'urèthre était oblitéré et que l'oblitération uréthrale était recouverte par la muqueuse vésicale qui glissait sur elle.

M. Berger restaura d'abord la partie profonde de l'urèthre. Il refoula la partie cicatrisée de l'urèthre vers la vessie, incisa cette partie cicatricielle, réunit circulairement la paroi de l'urèthre à la muqueuse vésicale et plaça une sonde à demeure.

Dans un second temps, il restaura la fistule vésico-vaginale, par le procédé américain modifié, en refoulant une collerette vaginale vers la vessie, après avivement.

Il y eut d'abord un insuccès incomplet, plus tard la fistule se réduisit à une perforation de quelques millimètres et, au bout de quelques mois, M. Berger fit une opération complémentaire qui a amené la guérison après divers incidents (hématurie due à un fongus produit par le bourrelet muqueux refoulé dans la vessie au moment de la première opération).

En rapportant cette observation M. Berger insiste sur la nécessité de faire une opération préliminaire consistant dans la dilatation avec des boules de Boseman. Cette dilatation doit être portée très loin. Le résultat de cette dilatation est de libérer le pourtour de la fistule et de faciliter l'accès vers la fistule. Les lèvres de la fistule peuvent arriver ainsi, par la dilatation, facilement au contact. Pour la suture, M. Berger donne la préférence aux fils d'argent : ces fils ne coupent pas les tissus et soutiennent en surface.

M. Schwartz montre une radiographie d'un traumatisme complexe du coude (fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec cal difforme et luxation du radius en avant).

M. Schwartz présente une pièce d'anévrysme du pli inguinal qu'il a extirpée récemment. Il n'y a pas eu de sphacèle du membre, à cause de l'abondance des collatérales et des anastomoses.

M. Lejars montre un petit malade qu'il a opéré pour une fracture de la table interne du frontal. La dure-mère était déchirée et le lobe frontal dilacéré. M. Lejars nettoya les foyers après trépanation et tamponna le foyer. Au bout d'un mois, le malade sortait guéri de l'hôpital.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 Février 1897.

Du thorax en bateau dans la syringomyélie.

MM. Pierre Marie et **Astié** signalent, parmi les troubles osseux de la syringomyélie, une déformation thoracique très particulière qui paraît propre à cette affection, et mérite le nom de *thorax en bateau.*

Celui-ci est caractérisé par une dépression en quelque sorte creusée dans la partie supérieure et médiane du plan antérieur de la paroi thoracique; il est complété par la projection des épaules en avant et par l'obliquité de la paroi thoracique antérieure, qui semble se rapprocher de plus en plus du rachis, à mesure qu'on remonte vers la région cervicale. Cette dépression s'étend depuis la fourchette sternale jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par le bord inférieur des muscles pectoraux; jamais elle ne dépasse cette ligne en bas. Transversalement, elle est limitée par la saillie des épaules. Le grand axe est dirigé de haut en bas, si bien qu'on peut lui considérer deux bords latéraux escarpés, ce sont les flancs du bateau, une extrémité supérieure cervicale ou proue, une extrémité inférieure abdominale ou poupe, se relevant en pente douce. Le fond de la partie déprimée est plat, légèrement irrégulier, si bien que le maximum de profondeur est tantôt à gauche, tantôt à droite de la ligne médiane, le plus souvent à quelques centimètres au-dessous de la fourchette sternale. La flèche la plus profonde que nous ayons constatée et de 5 cent. 1/2 dans une de nos observations.

L'aspect suffit donc amplement à les distinguer des autres thorax déformés, thorax en entonnoir, en gouttière, thorax plat des myopathiques et, à plus forte raison, des thorax bombés en carène, etc.

Dû à une déformation osseuse, ce thorax ne saurait être rapporté à la disposition des pectoraux; il n'est pas non plus une simple apparence consécutive à la saillie des épaules. En effet, il y a très peu d'atrophie des muscles pectoraux chez ces malades, et chez les myopathiques, dont les pectoraux ont complètement disparu, l'aspect du thorax ne rappelle en rien celui de thorax en bateau. Il est inutile d'ajouter que la scoliose, qui existe chez ces malades, n'en est pas davantage la cause; les déformations thoraciques costales consécutives à la scoliose sont

tout autres que celle-ci, que nous n'avons retrouvée chez aucun des scoliotiques de toute espèce, que nous avons passés en revue à ce propos.

Il s'agit ici, évidemment, d'une lésion trophique au même titre que les autres lésions osseuses de la syringomyélie, lésion fréquente, puisque nous l'avons observée quatre fois sur dix cas de syringomyélie.

Le thorax en bateau peut donc, dans les cas où il existe, conbuer d'une manière efficace au diagnostic de la syringomyélie.

La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896.

M. Comby a soigné, du 1er janvier au 26 décembre 1896, 500 enfants atteints de scarlatine, dont les âges extrêmes étaient compris entre 10 mois et 14 ans et demi. La scarlatine semble rare avant 3 ans et après 12 ans, et très commune entre 3 et 9 ans.

Ces 500 scarlatineux ont donné en bloc 58 décès (11,6 p. 100) dont il faut défalquer 15 cas venant du pavillon de la diphthérie, ce qui réduit la mortalité à 8,8 p. 100. L'âge influe beaucoup sur la mortalité, et plus l'enfant est jeune, plus il risque de succomber à la scarlatine. L'association de la scarlatine avec la diphthérie a été particulièrement meurtrière. Presque tous les malades sont morts malgré l'emploi du sérum de Roux.

La mort a été amené par la complication de diphthérie dans 15 cas, par la complication de rougeole dans 5, par la broncho-pneumonie, pneumonie, pleurésie dans 12; plusieurs des malades morts à la suite de rougeole et complications pulmonaires étaient en même temps tuberculeux. Deux fois la mort a été causée par une phlébite (de la jugulaire une fois, des sinus une autre fois). La septicémie bucco-pharyngée (gangrène, ulcérations) a causé la mort de 7 enfants. Deux sont morts d'otite compliquée de mastoïdite. Dans la grande majorité des cas donc, la scarlatine ne tue pas par elle-même, mais par ses complications. 15 seulement sont dus à la scarlatine seule (forme maligne hyperthermique, etc.).

Sur 500 cas de scarlatine, il y a eu 6 rechutes : comme complication on a noté les bubons, l'otite simple ou double L'albuminurie, le rhumatisme scarlatin, la pneumonie franche, la broncho-pneumonie, la pleurésie purulente ou hémorrhagique, la tuberculose, les convulsions, 10 cas, etc.

Le traitement a été surtout hygiénique : repos prolongé au lit, régime lacté, bains tièdes, etc. Dans les formes hyperthermiques, le bain froid à 20°.

Pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedländer.

MM. A. Siredey et **S. Grosjean** rapportent l'observation d'un homme de soixante ans, d'une bonne santé habituelle, qui fut pris, le 1er janvier dernier, d'un malaise général, qui ne rappelait d'ailleurs en rien le début d'une pneumonie franche aiguë. Neuf jours après on constata l'existence d'une phlegmasie aiguë, pleuro-pulmonaire ayant envahi la partie droite du thorax, avec symptômes permettant de conclure à l'existence d'un épanchement, probablement enkysté; deux ponctions amenèrent, l'une 600 grammes, l'autre 300 grammes de liquide séreux. L'examen bactériologique de ce liquide ne donna que des résultats négatifs.

Les jours suivants, les signes stéthoscopiques changèrent, et semblèrent indiquer une pneumonie caséeuse en voie de ramollissement. La recherche des bacilles de Koch, dans les crachats donna pourtant des résultats négatifs.

Dans les premiers jours de février, le liquide se reformant, une nouvelle ponction fit évacuer 600 grammes de pus épais, fétide, dans lequel l'examen bactériologique révéla la présence exclusive du pneumobacille encapsulé de Friedländer qui fut retrouvé aussi dans l'expectoration.

Malgré cette ponction, le malade ne se remonta pas, et la mort survint deux jours après. L'autopsie montra qu'il s'agissait de broncho-pneumonie avec foyers gangréneux multiples compliquée de pleurésie purulente diaphragmatique.

De nouveaux examens bactériologiques firent découvrir du pneumobacille dans la plèvre et dans le poumon, à l'exclusion de tous les autres organes.

M. Rendu a observé deux cas de pneumonie à pneumobacilles pendant tout le cours d'une année, qui, tous les deux, ont été d'une gravité inouïe; il semble donc que cette forme de pneumonie à bacille de Friedländer soit extrêmement grave.

M. Siredey. — Il est vrai que M. Letulle, puis M. Netter, insistèrent tour à tour sur la bénignité de la pleurésie à bacille de Friedländer, mais de la pleurésie seule. M. Netter oppose même cette bénignité de la pleurésie à la gravité de la pneumonie due au même bacille.

M. Sevestre a observé trois cas d'angine à pneumobacille de Friedländer qui se montrèrent bénins. Toutefois, ces angines persistèrent très longtemps, pendant plusieurs mois même.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 8 Février 1897.

Infection d'une nourrice par un nourrisson syphilitique héréditaire.

M. Constant rapporte le fait suivant :

Un enfant est confié à une nourrice : il paraît, à ce moment, sain et bien portant; quelque temps après, la nourrice est reconnue atteinte de syphilis, et le médecin qui la soigne constate que cette syphilis lui a été communiquée par l'enfant qu'elle nourrit; cet enfant meurt, en effet, des conséquences d'une syphilis héréditaire; la nourrice, en même temps, élevait son propre enfant; cet enfant, contaminé par sa mère, meurt à son tour; la mère, folle de désespoir, se tue. Le mari de cette nourrice actionne en dommages-intérêts le père et la mère qui avaient confié à sa femme l'enfant cause de tous ces malheureux événements.

M. le professeur Fournier, désigné comme expert par la Cour dans cette délicate affaire, a considéré, dans son rapport, comme avérés les faits suivants : *a*) la syphilis acquise de la nourrice (chancre induré du sein droit avec lequel elle allaitait exclusivement son nourrisson); *b*) syphilis acquise de son propre enfant qu'elle allaitait simultanément du sein gauche; *c*) syphilis acquise de son mari, qui affirmait n'avoir pas pu contracter la maladie d'une autre personne que sa femme; *d*) absence de toute trace de syphilis chez le père et la mère de l'enfant contaminateur, au moment de l'examen de l'expert, mais cet examen avait lieu en juin 1896 alors que la conception de l'enfant remontait à la fin d'octobre 1890. Et M. Fournier ajoutait qu'à son avis les parents seuls auraient eu qualité pour répondre à la question de savoir si leur enfant était syphilitique au moment où ils le plaçaient en nourrice, car de deux choses l'une : ou bien, au moment où ils confiaient leur enfant à la nourrice, ils savaient que cet enfant pouvait lui communiquer la syphilis, et, dans ce cas, il est inutile de spécifier la faute qu'ils ont commise. Ou bien ils ne savaient pas que leur enfant était en état d'infecter cette nourrice, et, dans ce cas, ils ont commis la faute *de l'ignorer*. Finalement, il concluait que, sur ce point, c'était à la Cour et non à l'expert, de décider.

La Cour a estimé qu'il n'y avait pas eu *faute* de la part des parents et a débouté le mari de la nourrice de sa demande en dommages-intérêts.

A propos de ce jugement, M. Constant fait observer qu'il a été bien établi que la syphilis du nourrisson était héréditaire. Donc, elle venait forcément de ses géniteurs; par suite, comment admettre que ceux-ci n'étaient pas responsables du préjudice si grave causé à la nourrice, à son propre enfant, à son mari, préjudice qui s'est traduit par le suicide de la première, la mort du second, l'infection à risques éloignés du troisième? Si cette jurisprudence s'établit, en pareils cas, les géniteurs d'un enfant atteint de syphilis constitutionnelle se tireront toujours d'affaire du moment qu'il sera établi que l'enfant n'offrait aucune lésion apparente au moment de sa mise en nourrice et qu'on n'a pu trouver sur eux-mêmes aucune trace de syphilis. Or, le rapport de M. le professeur Fournier dit que les deux choses sont sans valeur démonstrative, la première étant la règle dans l'hérédo-syphilis et la seconde n'établissant pas du tout qu'il n'y a pas eu syphilis antérieurement. L'avocat des défen-

deurs a produit cet argument : mais si c'était d'un tiers, étranger au ménage, que provenait indirectement la syphilis de l'enfant contaminateur, vous condamneriez le père? M. Constant répondrait que c'est le cas ou jamais d'appliquer le : *is pater est quem nuptiæ demonstrant.*

M. Charpentier, au sujet de la supposition de l'intervention d'un tiers comme cause réelle de la syphilis, dit qu'il a accouché récemment une femme qui lui avoua qu'elle était enceinte des œuvres de son amant; ce dernier avoua à son tour qu'il était en état de syphilis active au moment de cette fécondation. Il y eut, d'autre part, rapports sexuels au même moment entre la femme et son mari. Malgré ce concours de circonstances, ni la femme, ni le mari, ni l'enfant n'eurent la syphilis.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 11 Février 1897.

Déciduome malin.

M. Durante montre des coupes de déciduome malin et de placenta dans les premières phases du développement. Il fait ressortir les analogies qui existent entre les figures que l'on y observe. S'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement histologique du placenta, l'auteur conclut à la nature épithéliale de ce néoplasme et à son origine purement fœtale. Il s'agit non pas d'un sarcome, mais d'un épithélioma ecto-placentaire.

M. Doléris. — Les cellules déciduales et les cellules de l'ectoderme fœtale ont de grandes analogies au point de vue anatomique. Il paraît donc bien difficile de se prononcer en présence d'un déciduome et de leur attribuer une origine fœtale exclusive. De plus, dans les 30 ou 35 cas de déciduome confirmé, il en est 5 ou 7 pour lesquels il est impossible d'admettre l'origine fœtale, car le commératif grossesse ou fausse couche manque dans leur histoire.

M. Durante. — Ne croit pas qu'il existe des faits de déciduomes malins vrais en dehors de la grossesse. Parmi les faits publiés comme tels, les uns concernent des tumeurs d'une toute autre nature, où l'on ne rencontre pas les éléments caractéristiques du déciduome : ce sont probablement des sarcomes ou des adéno-sarcomes de la muqueuse utérine. Les autres, qui concernent probablement des déciduomes vrais, sans mole hydatiforme, sans polypes placentaires, sans même grossesse récente, ont été observés chez des multipares, et l'on signale toujours avant le début de l'affection, un arrêt des règles pendant 1, 2 ou 3 mois, puis l'apparition de métrorrhagies; ensuite la tumeur maligne suit son cours. Il est bien probable qu'ici on se trouve en présence d'un processus arrêté dès les premiers mois de la gestation.

Atrésies multiples moniliformes de l'intestin grêle, chez un enfant à terme.

MM. Durante et Sivon. — Cet enfant provient du service de M. Porak. Il mourut d'une obstruction intestinale en 4 jours, après sa naissance. A l'autopsie on trouva un arrêt de développement de l'intestin grêle : l'iléon, à partir du cæcum et sur une longueur de 25 à 30 centimètres, se présentait sous la forme d'une série de segments intestinaux fermés à chaque extrémité par un cul-de-sac conique. Histologiquement ces culs-de-sacs présentent la structure normale de l'intestin, mais avec des tuniques muqueuse et musculaire atrophiées.

Un cas de fracture intra-utérine du tibia, avec vice de conformation.

MM. Doléris et Scheffer. — Il s'agit d'un enfant qui naquit à terme et qui présentait les malformations suivantes : jambes déformée, un peu au-dessous de la moitié du tibia; cet os paraît augmenté de volume et présente en avant au niveau de sa crête un angle saillant. Au niveau de la convexité de cet angle osseux est une petite dépression cutanée circulaire, large de 2 ou 3 millimètres, blanchâtre, légèrement adhérente avec la profondeur. La jambe est aplatie sur sa face externe, les muscles péroniers semblent atrophiés, le péroné paraît mal développé et confondu avec le tibia. Pied en varus équin. Il n'y a que 4 orteils, le deuxième manque.

M. Kirmisson pense qu'il s'agit là non d'une fracture intra-utérine, mais d'un arrêt de développement du membre inférieur.

M. Porak. — Il faut admettre avec la plus grande réserve les observations de fractures traumatiques intra-utérines. Dans l'achondroplasie, la disposition angulaire des os longs est due à des courbures et non à des fractures.

Insertion vélamenteuse du cordon pendant le travail.

M. Porak. — Il s'agit d'une primipare dont le travail dura 70 heures. L'enfant mourut avant la dilatation complète et la rupture des membranes. Le liquide amniotique était semblable à de la purée de pois et en petite quantité. Le placenta montre une insertion vélamenteuse du cordon sur le pôle inférieur. La rupture artificielle des membranes se trouvait placée entre l'insertion du cordon et le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les vaisseaux qui limitaient la déchirure des membranes ne furent pas déchirés. La mort de l'enfant s'explique facilement par la compression du cordon au point de son insertion sur les membranes.

Sur le kraurosis vulvæ.

MM. R. Pichevin et **Auguste Pettit**. Indépendamment des lésions leucoplasiques dont la muqueuse vulvo-vaginale peut être le siège et dont ces auteurs ont déjà fait connaître 2 cas au Congrès de Genève, il existe une affection, qui, pour présenter quelques analogies avec la précédente, n'en constitue pas moins une entité morbide distincte, caractérisée au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Décrite pour la première fois en 1885 par Breisky, cette affection a été observée rarement; en France personne ne l'a encore signalée.

Pichevin et Pettit font connaître un cas de kraurosis typique dont ils tracent le tableau clinique et anatomo-pathologique.

Cliniquement l'altération se traduit par l'apparition de plaques blanchâtres rappelant les caractères de la leukokératose.

Les lésions se résument en une inflammation chronique et une sclérose du derme aboutissant à dégénérescence des nerfs et des glandes.

Du côté de l'épiderme, on constate une hyperkératinite et une dégénérescence hyaline.

Enfin, ces auteurs montrent que le kraurosis ne peut être identifié avec la leucoplasie.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 25 Janvier 1897.

Motilité exagérée de la langue.

M. Bourdette. — X..., âgé de 20 ans est atteint depuis l'enfance de rhinite atrophique. Pour se délivrer des croûtes qui tombent et se fixent dans son naso-pharynx et les expulser, il se sert de sa langue qui, repliée contre la voûte palatine chemine peu à peu vers le cavum pharyngien. La pointe atteint aisément la luette, puis s'insinue derrière le voile du palais; plus tard, c'est la partie postérieure de la cloison qu'elle explore. De là, il n'y a pas loin à la voûte que contourne la langue pour lécher la paroi postérieure jusqu'au bourrelet pharyngo-staphylin. Mais cette mobilité se borne-t-elle à des mouvements d'avant en arrière? Non, car les parois latérales bénéficient également de ce balayage lingual. Le sujet accuse ici, la présence de « deux trous » selon son langage, situés en bas, et par côté à peu près au même niveau. On les reconnaît sans difficulté (fossettes de Rosenmuller et orifice tubaire). Il fait donc un écouvillonnage total de son naso-pharynx.

Ce malade ne présente aucune déformation anatomique de la langue ; il n'a pas perdu le sens du goût.

Rares sont les cas analogues. Dans ces 12 dernières années la littérature de la spécialité n'en relate guère que 3 : le premier de Winslow, le second de Werry, et le troisième de Nicol.

Symphyse latente du péricarde.

M. Carrière. — Ces pièces proviennent d'un malade âgé de 57 ans, traité dans le service du professeur Pitres pour néphrite chronique.

L'examen attentif du cœur pendant la vie n'avait donné que les résultats suivants : la pointe battait dans le 7e espace, à 4 travers de doigt, en dehors de la ligne mamelonnaire. Dans cette région on entendait un bruit de galop. C'était tout.

Cet homme mourut subitement. A l'autopsie, nous avons trouvé une symphyse complète du péricarde. Le cœur est très hypertrophié et dilaté.

Il est rare que cette lésion reste complètement latente, bien que Laënnec, Bouillaud et d'autres cliniciens aient constaté le fait. Rien ne révélait chez notre homme pendant la vie l'existence de cette lésion.

Calcul bizarre du rein chez un prostatique.

M. Bégouin. — Le 19 janvier 1897, mourait d'infection urinaire dans le service de Demons un homme de 56 ans auquel on avait fait la cystostomie sus-pubienne.

A son *autopsie* j'ai trouvé une énorme vessie, dont les parois très épaissies ne peuvent arriver au contact, de sorte qu'elles formaient toujours une cavité réelle qui, à la nécropsie, était pleine de pus.

Le rein droit, énorme, était distendu par un liquide purulent; lorsque suivant l'uretère très mince, je suis remonté vers la région du rein gauche, au lieu du rein j'ai senti deux corps durs qui avaient le volume l'un, d'un œuf de poule, l'autre d'une noix. Ils étaient enfermés chacun dans une capsule fibreuse mince, dont il fut facile de les détacher.

De rein, il n'y avait plus d'autre trace que ces 2 capsules fibreuses qui entouraient les calculs. L'uretère s'en détachait en bas, prouvant bien que c'était là ce qui restait de l'organe sécréteur de l'urine.

Le plus gros calcul, que voici, a la forme et le volume d'un bel œuf de poule. Il pesait 45 grammes avant d'être ouvert : sa surface externe régulière, mais non pas lisse, est de couleur blanc jaunâtre. Il était dur, mais on sentait une certaine élasticité de ses parois. Quand j'ai voulu le couper avec un couteau, il s'est écrasé un peu sous la pression. Par la fissure, j'ai vu s'écouler un liquide ressemblant, à s'y méprendre, à de l'urine couleur foncée.

L'autre calcul, plus petit, était également formé d'une coque contenant du pus concret dans lequel M. Sabrazès a cru reconnaître des colibacilles.

J'attire l'attention sur la forme cavitaire de ce calcul, si tant est qu'on puisse donner ce nom à cette sorte de coque à contenu liquide.

Il semble constitué par une précipitation de sels minéraux sur la muqueuse enflammée du bassinet et cette coque ainsi formée aurait « enrobé » l'urine contenue dans ce bassinet oblitéré.

M. Auché. — L'examen microscopique est insuffisant pour reconnaître le colibacille. Il est nécessaire d'en faire des cultures.

Traumatisme de la jambe gauche : section et dilacération des tissus; tentative de conservation du membre.

M. Andérodias. — Un jeune homme de 18 ans ayant eu la jambe prise dans une courroie actionnée par un volant en mouvement, le membre fut broyé et sectionné.

Amené à l'hôpital après un pansement provisoire, on tenta la conservation après avoir régularisé la plaie. La jambe est désarticulée au niveau du genou, sous le chloroforme. Les lambeaux sont désinfectés mais non réunis. L'anesthésie a duré 1 heure. Bien que l'opéré ne soit pas dans un état très satisfaisant, je crois que dans les grands traumatismes la conduite à tenir est : 1° tenter la conservation du membre; 2° éviter tout choc opératoire ; 3° faire une antisepsie des plus rigoureuses de façon à pouvoir intervenir au bout d'un certain temps d'une façon plus profitable pour le blessé.

M. Chavannaz. — La question de l'intervention dans les grands traumatismes n'est pas encore résolue et on ne saurait à ce sujet accumuler assez de faits.

Pour ma part, je pense qu'il vaut toujours mieux attendre quelques jours pour intervenir, car je crois qu'il n'est pas indifférent de soumettre à une opération immédiate, si minime qu'elle soit et surtout à la chloroformisation, un malade en état de choc.

M. Braquehaye fait remarquer que dans les plaies par arrachement, le choc est beaucoup moins considérable que dans les plaies par écrasement. Quand il y a arrachement les vaisseaux sont étirés et il y a peu d'hémorrhagie, ce qui diminue le choc d'une façon notable. Ici c'est un cas mixte où il y a eu arrachement et écrasement; et il ne serait pas étonné que le choc eût été assez peu notable pour permettre la chloroformisation.

M. Lagrange. — La question de l'intervention immédiate dans les grands traumatismes a été très bien étudiée par les chirurgiens d'armée. Larrey a obtenu de beaux succès en opérant immédiatement et sans chloroformisation. Je crois que l'on peut et qu'on ne doit pas endormir le malade : le plus souvent la douleur provoquée par l'opération est assez bien tolérée par lui. J'ai eu à intervenir sur un enfant qui avait eu la jambe écrasée : j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse, et le patient a succombé sous le choc opératoire dans lequel le chloroforme a joué un grand rôle.

M. Mongour. — On enseigne que les statistiques sont favorables au chloroforme.

M. Arnozan. — Je m'associe aux réserves de M. Lagrange sur l'usage du chloroforme. Je crois que dans quelques cas on pourrait avec avantage le remplacer par l'éther.

Adhérence à la paroi cardiaque de la valve externe de la mitrale.

M. Hervé. — E. C., 60 ans, cordonnier, entré dans le service du Dr Lande, il y a 8 jours, présente des signes très nets d'insuffisance mitrale arrivée à la période de dilatation du cœur. Il meurt le 19 janvier. A l'autopsie nous trouvons une dégénérescence athéromateuse des valvules tricuspide et sigmoïde. Quant à la valvule mitrale elle n'était pas athéromateuse, mais la moitié externe de la valvule était complètement adhérente à la paroi cardiaque et ne pouvait en être détachée.

MM. Carrière et **Hervé** font une communication sur un cas de paralysie spasmodique du membre inférieur gauche coïncidant avec une paralysie flasque du membre supérieur droit.

MM. Vitrac et **Laurie** font une communication sur l'hypertrophie de la prostate avec hydronéphrose.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séances du 9 Décembre 1896.

Du rôle de la syphilis dans la production des anévrysmes de l'aorte.

M. G. Étienne. — En faisant l'étude comparative de 376 observations recueillies dans la littérature médicale, observations dans lesquelles les antécédents spécifiques ont été recherchés, j'arrive aux conclusions suivantes :

I. — La syphilis joue un rôle capital dans l'étiologie et dans la pathogénie des anévrysmes, car :

1° La syphilis se rencontre au moins chez 70 p. 100 des individus atteints d'anévrysmes.

2° Les anévrysmes paraissent fréquents chez les syphilitiques.

3° Les anévrysmes sont exceptionnels chez la femme, qui est moins souvent que l'homme atteinte par la syphilis.

4° Les causes possibles d'anévrysmes autres sont très rares dans les antécédents des malades qui font l'objet des statistiques syphilitiques.

5° Des accidents syphilitiques actuels ou des tares syphilitiques se retrouvent chez 11 p. 100 des individus atteints d'anévrysmes

6° Les anévrysmes peuvent coexister chez des conjoints syphilitiques, ou bien on peut constater l'anévrysme chez l'un et une maladie parasyphilitique chez l'autre.

7° L'anatomie pathologique et la physiologie pathologique établissent que la syphilis atteint électivement l'appareil artériel ; qu'elle l'atteint en diminuant son élasticité et sa résistance ; qu'elle l'atteint en des points localisés.

8° La clinique générale montre que la syphilis peut intervenir dans la genèse des cardiopathies ou d'affections des vaisseaux, petits ou gros ; que l'aorte est très fréquemment touchée dès le début de l'infection fracastorienne.

9° Le traitement spécifique peut, dans de notables proportions, améliorer les anévrysmes.

II. — D'une façon générale, il n'existe pas de différence essentielle entre les anévrysmes évoluant chez des syphilitiques et les anévrysmes évoluant en dehors de l'infection syphilitique. cependant :

1° C'est chez les syphilitiques qu'on trouve les jeunes malades atteints d'anévrysmes, et en général, l'anévrysme se manifeste à un âge moins avancé chez les syphilitiques.

2° Dans quelques cas, on a trouvé de véritables gommes avec cellules géantes dans les parois des anévrysmes syphilitiques. On a même trouvé dans les tuniques moyennes et internes des vasa vasorum de néo-formation.

3° Les anévrysmes multiples ne paraissent pas notablement plus fréquents chez les syphilitiques que chez les autres malades.

III. — Dans un grand nombre de cas, les anévrysmes évoluant chez des fracastoriens doivent être considérés comme des accidents parasyphilitiques.

M. Jacques. — A l'état normal il n'y a pas de vasa vasorum dans la tunique moyenne des artères, en particulier de l'aorte, et que la constatation de ces éléments dans cette tunique constitue un fait de néo-formations vasculaires des plus intéressant.

M. Bernheim. — Peut-on appeler syphilitique un anévrysme de l'aorte qu'on observe chez un sujet ayant eu la syphilis ? Pour ma part je pense que tant qu'on n'a pas constaté dans les vaisseaux malades de lésions caractéristiques de la syphilis, il faut rester sur la réserve au point de vue du qualificatif attribué à la maladie. On doit se garder de systématiser trop vite, sans quoi on serait conduit à qualifier de rhumatismaux, goutteux, grippeux, typhoïdiques, les anévrysmes qu'on observe chez des individus antérieurement atteints de rhumatismes, de goutte, d'influenza ou de fièvre typhoïde.

M. Spillmann. — Il est cependant des cas où l'apparition de l'anévrysme se produit si rapidement après l'infection syphilitique qu'il est difficile de ne pas le considérer comme spécifique. Il en est de même lorsque le traitement ioduré et mercuriel fait nettement rétrocéder les accidents ainsi que j'en ai observé deux exemples. Quant aux renseignements post-mortem que peut fournir l'anatomie pathologique pour éclairer le diagnostic, je crois savoir que des recherches entreprises par M. Baraban pour différencier histologiquement les anévrysmes spécifiques et non spécifiques n'ont pas donné jusqu'ici de résultats probants.

M. G. Étienne. — La plupart des infections déterminent des artérites diffuses tandis que la syphilis paraît localiser son action sur certains points du système vasculaire, ce qui favorise les dilatations anévrysmales. Je reconnais d'ailleurs que dans l'ensemble des cas cliniques où l'on a noté la coexistence synchronique ou non de la syphilis et des anévrysmes, il en est un certain nombre qui tout en étant d'origine syphilitique, peuvent ne pas être de *nature* syphilitique.

M. Haushalter. — Un fait digne de remarque est qu'on trouve la syphilis dans 70 p. 100 des cas d'anévrysmes rassemblés par M. Étienne, ce qui semble indiquer une relation causale assez nette entre les deux affections. Quant à l'anatomie pathologique, j'ai pu observer à l'autopsie d'un syphilitique, qui mourut subitement en prenant son repas, un rétrécissement des artères coronaires caractérisé histologiquement par la présence dans les tuniques vasculaires de petites lésions groupées en amas, dont l'aspect rappelait tout à fait celui des lésions gommeuses.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 Janvier 1897.

Sclérodermie ou atrophie musculaire progressive.

M. Pelizaeus a rapporté l'observation d'une fillette de 5 ans, bien constituée, n'ayant jamais eu aucune maladie, qui, en septembre 1895, a commencé à marcher avec quelque difficulté. Elle a été conduite dans un hôpital où, après examen, on conclut à une lésion du genou gauche et on mit le membre dans un appareil. La petite malade continua à marcher avec son appareil aussi mal qu'auparavant. C'est dans ces conditions que M. Pelizaeus vit la malade pour la première fois, et voici ce qu'il constata :

Lorsque l'enfant marche, elle ne peut mettre son talon gauche par terre, mais, par contre, elle marche fort bien en s'appuyant sur le bout de ses orteils. La main gauche est également prise, mais la malade s'en sert encore fort bien. Si l'on examine de plus près le membre inférieur, on trouve une atrophie musculaire manifeste qui probablement a provoqué, au début, les difficultés de la marche avec position du pied en valgus léger.

Cette atrophie est très avancée au niveau de la jambe gauche et porte sur la peau, les aponévroses, les muscles, les ligaments articulaires. En outre, la peau présente des rides, des stries, des ombilications, des taches pigmentaires à côté des plaques brillantes luisantes. Ces caractères se retrouvent encore sur la peau de la cuisse.

Le pied est immobile, et quand on plie la jambe, on rencontre une résistance du côté des tendons ; le phénomène du pied manque. L'enfant peut pourtant faire marcher très bien ses orteils. A l'examen électrique de la jambe, on trouve une diminution quantitative des réactions galvanique et faradique.

Cette affection, qui a commencé par le membre inférieur gauche, a fini par envahir le membre supérieur du même côté. A l'examen, on constate notamment que tous les doigts, à l'exception du pouce, sont raides et que la paume de la main présente tous les signes de rétraction palmaire (maladie de Dupuytren). L'avant-bras présente la même raideur atrophique qu'on trouve à la jambe. Les mouvements du poignet sont gênés, ceux du bras encore libres.

D'après M. Pelizaeus, l'affection que présente cette malade n'est pas sans quelque analogie avec l'atrophie progressive de la face, frappant la peau, les muscles, les ligaments, etc. Toutefois on peut, d'après lui, encore penser à la sclérodermie.

Maladie de Thomsen.

M. Pelizaeus. — Il s'agit d'un homme de 27 ans qui présente le tableau typique de myotonie connue sous le nom de maladie de Thomsen. Mais ce qu'il y a de particulier chez ce malade, c'est que la maladie de Thomsen est ordinairement d'origine congénitale et que, chez lui, cette affection a débuté seulement à l'âge de 17 ans. Ses autres frères et sœurs sont bien portants, sauf une sœur qui présente également tous les symptômes de la maladie de Thomsen, dont les premiers signes n'ont paru chez elle qu'à l'âge de 21 ans.

Le malade de M. Pelizaeus présente encore cette particularité que les contractions toniques prédominent dans les muscles fléchisseurs. Il peut fléchir rapidement son bras étendu, mais quand son bras est fléchi, il ne peut l'étendre rapidement. En second lieu, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans la maladie de Thomsen, le malade présente une atrophie manifeste du deltoïde gauche, des muscles qui s'insèrent sur l'omoplate gauche et des muscles de l'éminence thenar gauche. La réaction électrique est anormale seulement dans les muscles atrophiés.

Tous ces symptômes montrent donc que chez le malade en

question, la myotonie acquise est compliquée d'atrophie musculaire, qui semble progressive. Le malade présente, en outre, quelques phénomènes qui semblent indiquer une participation du bulbe ; la voix est nasillarde, il existe une légère paralysie du voile du palais et très probablement une légère atrophie des muscles de la langue, de la face et, peut-être, du larynx.

Chez la sœur du malade, la maladie de Thomsen a exactement les mêmes caractères.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 3 Février 1897.

Traitement intra-utérin mécanique.

M. Simons a constaté à la clinique de Czempin les bons effets du traitement mécanique intra-utérin à l'aide des sondes et des bougies. Les affections utérines passibles de ce traitement sont : 1° les arrêts et les troubles de développement de l'utérus; 2° les atrophies de diverses espèces, et 3° la forme particulière d'antéflexion connue sous le nom de col tapiroïde.

Les troubles de développement de l'utérus et principalement sa forme qui constitue l'utérus infantile sont presque toujours incurables. Cet état se rencontre principalement chez les jeunes filles chlorotiques. D'après M. Simons un utérus de ce genre, quand sa longueur n'est pas inférieure à 4 millim. 1/2-5 millim., peut retirer un bénéfice du traitement intra-utérin qui atténue les symptômes secondaires.

Par contre, dans les utérus qui se développent normalement jusqu'à l'époque de la puberté, mais qui après restent petits, aplasiques, atrophiques, le traitement par la sonde rend de grands services et fait disparaître la dysménorrhée et la stérilité. Chez un grand nombre de jeunes filles présentant cette anomalie, on trouve en même temps un développement défectueux des ovaires, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée. Dans ces cas, il est indiqué d'introduire, pendant la semaine qui précède les règles, 3 ou 4 fois une sonde dans l'utérus et d'exécuter avec l'instrument quelques mouvements de massage contre le fond de l'utérus pendant 3 ou 4 minutes. Ces manipulations arrivent quelquefois à provoquer un léger écoulement menstruel bien que, d'après M. Simons, il faille compter, dans l'effet, avec la suggestion. Les inflammations aiguës et subaiguës de l'utérus et des annexes contre-indiquent ce traitement ; par contre, la paramétrite chronique ne constitue pas une contre-indication du traitement.

A la place des sondes, on peut se servir de bougies en ivoire ou en gomme qu'on peut laisser pendant longtemps dans l'utérus et qu'on maintient en place à l'aide d'un pessaire approprié.

Le traitement mécanique intra-utérin rend surtout des services dans l'atrophie par lactation de l'utérus, dans la frigidité sexuelle, dans certaines métrites scléreuses à marche extrêmement lente et dans l'antéflexion avec col tapiroïde.

M. Landau a eu souvent l'occasion de constater que dans la stérilité, le cathétérisme de l'utérus réussit mieux que la discission, mais jamais il n'a vu l'introduction d'une sonde faire disparaître l'état atrophique. Quant à l'action de la sonde sur la frigidité sexuelle, il n'a sous ce rapport aucune expérience. En tous cas, il ne pense pas que ce traitement intra-utérin soit tout à fait anodin.

M. Czempin n'admet pas les idées de M. Landau et soutient que le traitement par la sonde réussit fort bien dans la dysménorrhée et l'atrophie de l'utérus.

M. Gottschalk signale les bons effets qu'on obtient en combinant la sonde avec l'électrolyse.

Cholestéatomes du cerveau.

M. Benda présente 2 cholestéatomes trouvées dans le cerveau de 2 malades chez lesquels les tumeurs ne se sont manifestées pendant la vie par aucun symptôme.

L'examen de ces pièces a confirmé l'opinion de Virchow d'après laquelle ces tumeurs seraient d'origine épidermique et présenteraient une analogie de développement avec les cancroïdes.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 9 Février 1897.

Étude histologique des testicules d'hermaphrodite.

M. Shattock a eu l'occasion de faire l'examen histologique des testicules d'un hermaphrodite auquel on a fait la cure de hernie inguinale double.

Le malade, un homme de 42 ans, bien développé et d'un caractère masculin, était un faux hermaphrodite en ce sens que la conformation particulière de ses organes génitaux externes résultait d'une division du scrotum et d'un hypospadias très accusé. Les testicules, de petites dimensions, se trouvaient dans les canaux inguinaux.

L'examen histologique dss testicules a montré que la membrane basale autour des tubes séminifères était extrêmement épaissie ; que les canaux séminifères ne renfermaient pas de spermatozoïdes ni de spermatoblastes et que les îlots de cellules interstitielles était très développées dans le stroma.

Kyste congénital du médiastin.

M. Marley Fletcher présente un kyste congénital du médiastin, trouvé à l'autopsie d'un enfant qui était entré à l'hôpital avec des vomissements, de la toux, de la cyanose et de la dyspnée. Le kyste, des dimensions d'un œuf d'autruche, adhérait à la bronche droite et à l'œsophage et renfermait un liquide muqueux lactescent; sa face interne était tapissée d'un épithélium à cils vibratiles et sous le chorion existait une couche de fibres musculaires lisses, longitudinales et circulaires.

Hypertrophie du poumon.

M. Wethered a montré les poumons d'une femme de 51 ans, souffrante depuis 20 ans et qui a succombé à une bronchite compliquée de pneumonie.

A l'autopsie on trouva que le poumon droit adhérait au diaphragme et à la paroi thoracique. Le poumon droit une fois sorti, on constata que son lobe supérieur était extrêmement hypertrophié et aussi volumineux que les 3 1/4 d'un poumon normal. Les bords étaient arrondis et épaissis et son parenchyme plus épais et plus résistant qu'à l'état normal.

Les lobes moyen et supérieur paraissaient former un simple appendice au lobe supérieur. Leur parenchyme était tellement aminci qu'on ne pouvait guère en distinguer la plèvre. Les deux lobes ensemble ne mesuraient pas plus de 4 pouces et ne contenaient pas de pigment, ce qui indiquait que leur affaissement était de date ancienne. Il n'y avait pas d'obstruction des bronches ni d'air ou de liquide dans la plèvre. Le poumon gauche était emphysémateux.

D'après M. Wethered, cet état particulier des lobes inférieurs du poumon droit ne peut s'expliquer que par une pneumonie de date très ancienne, ayant eu lieu pendant l'enfance de la malade et qui expliquerait ainsi l'absence de pigment et la présence des adhérences.

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 12 Février 1897.

Gastro-entérostomie.

M. E. Lane rapporte deux cas de carcinome du pylore traités par la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. Dans le premier cas, qui se rapporte à une femme de 55 ans, l'opération faite en novembre 1894 a consisté a aboucher l'estomac avec le jéjunum. Jusqu'à présent il n'y à pas encore trace de récidive ou de généralisation et la malade se porte aussi bien que possible. Elle n'a pas rendu le bouton de Murphy qui a servi à l'anastomose.

Dans le second cas la gastro-entérostomie a amené une amélioration considérable, mais le malade a succombé 19 jours après l'opération, avec des phénomènes d'obstruction intestinale. A l'autopsie on a pu constater que la mort avait été amenée par

un volvulus de l'S iliaque. Le bouton de Murphy était toujours en place et la suture avait fort bien tenu.

M. Bidwell a vu plusieurs fois, après la gastro-entérostomie, survenir des vomissements qui tenaient probablement à l'obturation du bouton de Murphy par la paroi opposée du jéjunum. Actuellement, il abouche l'intestin avec la paroi postérieure de l'estomac et il a pu constater que dans ces conditions la tuméfaction de l'estomac disparait rapidement. Les sutures semblent à M. Bidwell plus sûres que le bouton de Murphy, et plus recommandables aussi, surtout quand on les fait d'après le procédé de Hulstead, ce qui ne demande guère plus de temps que lorsque l'opération est faite avec le bouton de Murphy.

M. Barker estime que les vomissements que l'on observe après l'opération tiennent plutôt au reflux du contenu intestinal dans l'estomac, lequel reflux s'explique par la parésie de l'intestin, provoquée par les manifestations de l'intestin au cours de l'opération et indépendamment du genre d'opération. Il a en outre constaté que ces vomissements disparaissent quand le malade se met debout ou quand il est couché la tête et le tronc élevés.

Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.

M. E. Goodall a communiqué deux cas de fièvre typhoïde où l'autopsie montra l'absence des lésions caractéristiques de l'intestin.

Le premier cas est celui d'un garçon de 13 ans qui est mort, 21 jours après son entrée, au 34e jour de sa fièvre typhoïde caractérisée principalement par une fièvre continue, un pouls fréquent et dépressible, une diarrhée modérée avec distension de l'abdomen. Vers la fin le malade a eu de l'agitation et du délire qui firent plus tard place au coma. A aucun moment on n'a observé de taches rosées.

A l'autopsie on trouva quelques érosions des plaques de Peyer de couleur ardoisée, mais pas d'ulcérations proprement dites. La rate n'était pas augmentée de volume. Une des glandes parotides avait suppuré.

Le second se rapporte à un homme de 30 ans mort 4 jours après son entrée à l'hôpital, au 15e jour de sa fièvre typhoïde. Comme symptômes on a noté des taches rosées, une fièvre continue, du délire et du coma final. A l'autopsie on trouva les plaques de Peyer tuméfiées mais non ulcérées. La rate était hypertrophiée et ramollie.

M. Sidney Philips a observé un typhique dont les selles renfermaient des bacilles d'Eberth, et à l'autopsie duquel on ne trouva qu'une toute petite ulcération de l'intestin.

M. Benham cite le cas d'un mari qui a contracté la fièvre typhoïde en même temps que sa femme. Il succomba à une pneumonie intercurrente, et à l'autopsie on ne trouva pas d'ulcérations intestinales.

La faim et la soif dévorantes après les traumatismes et les maladies du cerveau.

M. Stephen Paget a réuni 14 cas dont un personnel qui paraissent prouver l'existence des centres spéciaux pour la faim et la soif. Ces centres semblent situés au voisinage du centre de la parole, probablement dans la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal, près du *gyrus uncinatus*.

Quatre de ces malades avaient reçu un coup violent sur le front, deux sont tombé sur un côté de la tête, deux sur l'occiput; deux ont eu une fracture de la base et un, dans une chute d'un lieu élevé, est tombé sur ses pieds.

A côté de ces 11 cas d'origine traumatique, il y a trois où le symptôme soif ou faim a été provoqué par une affection du cerveau, abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche dans un cas, kyste suppuré du lobe temporo-sphénoïdal droit dans un autre, apoplexie du côté gauche dans le troisième.

Huit de ces malades avaient une faim très vive, mais sans soif, trois une faim et une soif intenses, trois une soif extrêmement vive sans faim.

Dans 9 cas, le traumatisme ou la lésion cérébrale avaient amené la mort, mais d'après les symptômes observés on pouvait conclure que les centres de la faim et de la soif n'étaient pas situés dans le voisinage immédiat des centres vitaux. Trois de ces malades ont présenté en même temps de l'aphasie.

La faim et la soif étaient chez tous ces malades extrêmement vives et avaient certainement une allure anormale. La large satisfaction de ces deux besoins n'a eu aucun inconvénient. Chez les malades qui ont guéri, la faim et la soif anormales ont disparu au bout de plusieurs semaines ou mois.

M. Wallis a observé un jeune garçon qui a été pris d'une faim dévorante après la trépanation d'un abcès temporo-sphénoïdal dont il était porteur. Il volait toutes les croûtes qui restaient chez les autres, et, malgré la quantité considérable d'aliments qu'il prenait n'a pas augmenté de poids. La soif avait chez lui un caractère normal.

Ce malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un abcès qui remplissait presque entièrement le lobe temporo-sphénoïdal.

M. Colmann pense que le symptôme faim et soif vives doit être attribué moins à une lésion d'un centre dont l'existence n'est pas démontrée, qu'à nne sorte de choc que le cerveau subit dans ces cas. La voracité s'observe du reste aussi après les attaques d'épilepsie, mais elle disparaît rapidement.

M. Kingston Fowler rapporte le cas d'un garçon entré à l'hôpital avec un écoulement non purulent de l'oreille droite, avec des vomissements à caractère cérébral, une névrite optique double et des bâillements continuels, et qui avait une faim telle qu'il mangeait trois biftecks par jour et les autres plats en proportion. Il avait probablement un abcès latent du lobe temporo-sphénoïdal, dont le diagnostic n'a pu être établi d'une façon certaine.

M. Smith cite deux cas analogues.

AUTRICHE

Étude clinique de l'endocardite.

M. Reichel ne pense pas qu'il soit impossible d'établir un diagnostic différentiel précoce entre l'endocardite de la mitrale et une affection fébrile du cœur. Le premier stade d'une affection fébrile du cœur est caractérisé par la dilatation des vaisseaux et l'abaissement de la pression sanguine, puis par l'accroissement de cette pression à la suite de l'augmentation des obstacles périphériques. L'accentuation du second bruit aortique avec une matité normale du cœur ne possède encore à ce moment aucune valeur différentielle. Pendant le second stade d'une affection fébrile du cœur on trouve un affaiblissement du second bruit aortique, une dilatation du cœur droit avec stase, une accentuation du second bruit de l'artère pulmonaire.

Sur 100 cas de rhumatisme articulaire aigu que M. Reichel a pu étudier l'endocardite a été constatée dans 80-90 p. 100 des cas. L'endocardite aiguë de la mitrale était caractérisée par une augmentation de la matité du cœur à gauche, par un souffle râpeux à la pointe et par un pouls plein; le diagnostic d'insuffisance mitrale n'était possible que lorsqu'il existait en même temps un renforcement du second bruit pulmonaire.

Dans son évolution ultérieure l'endocardite de la mitrale prend un caractère sténosant, et les premiers symptômes par lesquels se manifeste le rétrécissement sont la petitesse du pouls et le renforcement du premier bruit de la pointe. Si l'endocardite progresse, on voit les valvules aortiques se prendre dans le tiers ou la moitié des cas. Le diagnostic précoce de l'endocardite de l'orifice aortique est quelquefois possible à un moment où l'appareil valvulaire n'est pas encore complètement insuffisant. C'est ainsi que dans 2 cas où malgré le rétrécissement mitral il existait un renforcement du second bruit aortique, on ne pouvait expliquer ce phénomène qu'en admettant une insuffisance partielle des valvules aortiques amenant une accumulation de sang dans le ventricule gauche.

Un autre fait que M. Reichel a pu constater c'était que les malades dont le cœur était touché pendant la première attaque de rhumatisme avaient de nouvelles poussées d'endocardite à chaque récidive, et qu'inversement les malades dont le cœur n'était pas touché pendant la première attaque n'avaient pas d'endocardite en cas de récidive de leur rhumatisme.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Importance du mandrin dans un appareil de tubage (p. 193).
THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Des névrites sulfocarbonées (p. 195).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Vertige des artério-scléreux. — Anévrysmes de l'artère hépatique. — Recherches expérimentales sur les poumons des lapins. — Diphthérie toxique (p. 199). — *Thèses russes* : Valeur thérapeutique des sels de potasse dans les cardiopathies. — Fonctions hématopoiétiques de la moelle osseuse. — Bacille d'Eberth. — Fièvre typhoïde (p. 200). — Albuminurie chez les sujets sains. — Anémie helminthique. — Pneumonie (p. 201).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Paralysie asthénique (p. 201). — *Chirurgie* : Rupture extra-péritonéale de la vessie. — *Médecine* : Sérums antitoxiques. — Bacille typhique. — Variole à poussées intermittentes. — Névrites périphériques. — Stéthographie bilatérale. — Morve aiguë et morve expérimentale (p. 202). — Névrite systématisée. — Sarcomatose avec purpura hémorrhagique. — Abcès du foie d'origine dysentérique (p. 203).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de la bronchite fétide et de la gangrène pulmonaire par l'hyposulfite de soude (p. 203). — Traitement du pityriasis versicolor. — Actol. — Iodure de potassium. Iodure de sodium (p. 204).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Importance du mandrin dans un appareil de tubage,

Par M. Raoul Bayeux,
Interne à l'hôpital d'Aubervilliers.

L'élégance d'une opération chirurgicale réside, en grande partie, dans la simplicité de son appareil instrumental; le nombre et la complexité des accessoires nécessitent souvent une étude presque aussi délicate que celle de l'intervention elle-même.

Toutefois, les opérations très spéciales, comme le tubage du larynx, réclament une instrumentation délicate, et les pièces les plus insignifiantes en apparence jouent dans l'acte opératoire un rôle de premier ordre.

Une grande partie de l'insuccès primitif de l'opération de Bouchut doit être attribuée à l'imperfection des instruments présentés en 1858; O'Dwyer réussit à faire progresser la méthode, grâce à une instrumentation meilleure; Bouchut fut le fondateur de cette méthode; O'Dwyer, le premier, la rendit pratique : l'appareil qu'il créa reste le prototype qu'on a perfectionné en l'imitant.

Outre les modifications apportées dans la construction des tubes et de leur introducteur, O'Dwyer a créé un organe instrumental nouveau et d'une importance considérable : *le mandrin*. Cette pièce manquait dans l'appareil de Bouchut; depuis les travaux de O'Dwyer, un auteur français, Ferroud (de Lyon), l'a supprimée, dans le but de simplifier l'appareil; cette tentative louable ne me paraît pas entièrement justifiée par la pratique. Commode pour la fixation des tubes à l'introducteur, le mandrin, en effet, remplit un rôle essentiel dans les divers temps de l'introduction ; c'est un *guide*, un *conducteur*, un *protecteur* : un guide et un conducteur pour le tube, un protecteur pour le larynx.

Etudions ce mandrin dans les modifications qu'il a subies jusqu'à présent; nous verrons ensuite comment il peut remplir le triple rôle que je viens d'indiquer.



Fig. 1. Mandrin de O'Dwyer.

Le mandrin de O'Dwyer (fig. 1) comprend deux parties ou tiges, articulées en leur milieu, dans le sens antéro-postérieur : une partie supérieure, *fixatrice;* une partie inférieure, *protectrice*.

La partie supérieure, ou segment supérieur, comprend une tige cylindrique terminée, en bas, par l'articulation médiane, en haut, par un cône tronqué à grande base supérieure; ce cône est conformé de telle sorte qu'il puisse s'adapter sur la partie supérieure, évasée, du conduit interne du tube; il est perforé, dans son axe vertical, d'un canal taraudé qui permet de visser le mandrin sur le tenon fileté qui termine l'axe de l'introducteur.

Le segment inférieur se compose d'une tige cylindrique, articulée, par son bout supérieur, avec le segment supérieur; terminée en bas par une boule olivaire, laquelle, lorsque le tube est fixé sur le mandrin, proémine légèrement hors de l'extrémité inférieure du tube, transformant le conduit de ce tube en une extrémité mousse.

M. Sevestre a indiqué à plusieurs reprises le défaut de ce mandrin (1) qui réside dans son mode de fixation à l'introducteur au moyen d'un pas de vis. Ce *pas de vis* s'use rapidement, et bientôt, lorsqu'on veut fixer le mandrin à l'introducteur, le tube se trouve déplacé du plan frontal dans lequel il doit se trouver pour être facilement introduit et placé correctement; c'est là un inconvénient auquel Collin a remédié d'une façon très heureuse, en remplaçant le *pas de vis* par un système de *verrou*.

Le verrou se trouve sur l'introducteur : il vient s'engager dans un *cran d'arrêt* que porte la *tête* du mandrin (fig. 2).



Fig. 2. Mandrin à verrou, de Collin.

Cette tête, qui manque dans le mandrin de O'Dwyer, est rectangulaire, et s'adapte dans une cavité, également rectangulaire, creusée dans la platine *porte-tube* de l'introducteur de Collin.

Grâce à ce dispositif, le mandrin (et, par suite, le tube), ne peut dévier de son plan transversal; il est d'ailleurs solidement fixé à l'introducteur par le verrou; l'ennui très réel d'une mauvaise orientation du tube est ainsi complètement évité.

Accessoirement, j'ai indiqué le moyen de faire servir la tête du mandrin au *numérotage* et au *choix* des tubes (2) : j'ai fait poinçonner, par Collin, un numéro d'ordre correspondant à un âge donné, sur cette tête. Chaque tube s'adaptant exclusivement sur son *mandrin satellite*, il suffit de lire ce numéro pour savoir à quel

1. *Société médicale des hôpitaux*, 19 avril 1895. — *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, Comby et Marfan (article Diphthérie, de Sevestre et Martin). Paris, 1897.

2. R. Bayeux, Note sur un perfectionnement des tubes courts (*Journal de clin. et de thérapeutique infantiles*, 14 novembre 1895); Tubage du larynx dans le croup (*Presse médicale*, 20 janvier 1897) — Martin, Le tubage du larynx (*Bulletin médical*, décembre 1895).

âge d'enfant correspond un tube donné. Ce numérotage permet un choix rapide du tube, en évitant de recourir à l'échelle-étalon dont on se servait depuis O'Dwyer.

L'avènement du tube court (avril 1895) a nécessité le raccourcissement du mandrin d'une quantité égale au raccourcissement du tube long de O'Dwyer; on a même pu supprimer, pour les plus petits tubes de la série, l'articulation médiane du mandrin, et transformer les mandrins articulés en mandrins rigides; mais ce n'est là qu'une simplification de construction, sans avantage réel : la stabilité du tube sur un bon mandrin articulé est suffisante, la solidité de ce mandrin est telle que, sur plus de *huit cents* tubages, je n'en ai jamais vu se briser; cette rigidité me semble même constituer un impedimentum au cours du tubage : j'indiquerai plus loin pourquoi (fig. 3).



Fig. 3.
Mandrin rigide.

L'olive inférieure du mandrin dépassait légèrement (1 millimètre) l'extrémité inférieure du tube, dans l'appareil de O'Dwyer; elle convenait parfaitement au rôle de *protection* du larynx, dont j'ai parlé : le tube, porté dans les profondeurs du larynx, arrivait à sa place sans que son ouverture inférieure pût léser les parois du conduit laryngo-trachéal; il empêchait également tout exsudat membraneux, muqueux, ou purulent de s'engager dans le canal tubulaire pendant la mise en place du tube. C'est là un résultat important et nécessaire, car, lorsque le tube s'obstrue pendant qu'on l'introduit, l'enfant tubé peut, une fois le tube mis en place, continuer à asphyxier par le fait de l'engorgement : si cet engorgement est produit par des exsudats compacts, la respiration cesse totalement, et le tubage est à recommencer; une trachéotomie peut même devenir urgente par le fait de l'épuisement de l'enfant.

Il importe donc de conserver le mandrin création de O'Dwyer : on évite ainsi que le tube ne fasse *emporte-pièce* au milieu des exsudats membraneux, voire même sur la muqueuse laryngée; on rend presque impossible les fausses routes inter-thyro-cricoïdiennes, ou tout au moins les plaies intra-laryngées si l'on tube avec douceur.



Fig. 4.
Tube court à mandrin proéminent.

Le mandrin a donc été conservé dans l'appareil actuel de Collin; nous l'avons laissé *plein*, comme dans l'appareil de O'Dwyer, sans le faire canneler comme d'autres constructeurs l'ont fait dans le but de permettre à l'enfant de respirer pendant le tubage.

Un tubage bien fait ne demande que *quelques secondes*, c'est-à-dire un temps trop court pour compromettre la vie de l'enfant; il est donc inutile de chercher à laisser la respiration libre pendant ces quelques instants; il y a plus : les cannelures latérales de l'olive inférieure du mandrin sont insuffisantes à laisser passer une quantité d'air utile; elles sont vite obstruées par les exsudats les plus insignifiants; enfin, cette suspension momentanée de la perméabilité de la glotte est un adjuvant précieux à l'introduction du tube : loin de la redouter, on doit, lorsqu'on va reconnaître la glotte avec l'index gauche, la provoquer en appuyant sur les cordes vocales *avec la pulpe du doigt* : le spasme glottique cesse, et le tube trouve le chemin libre pour descendre.

Les mandrins cannelés sont donc inférieurs aux mandrins qui passent dans les tubes *à plein canal*.

La *longueur* de cette olive inférieure n'est pas sans importance : le raccourcissement des tubes américains a nécessité l'allongement de cette olive; cette compensation de longueur était nécessaire pour amorcer le tube court dans l'orifice supérieur du larynx; avec des mandrins raccourcis, ne dépassant l'extrémité inférieure du tube que de un millimètre, on n'arrivait pas toujours à planter le tube dans la glotte.

C'est pourquoi j'ai proposé l'allongement compensateur des mandrins (1); allongement déterminé par l'intersection des plans tangents aux faces latérales du cône sous-ventriculaire du tube. Le résultat fut, en novembre 1895, d'obtenir des mandrins dépassant les tubes de 5 à 11 millimètres selon l'âge.

Fig. 5.
Tube court à mandrin court (Sevestre).

M. Sevestre a conservé le mandrin proéminent pour les grands enfants; pour les plus petits, il préfère des mandrins qui affleurent l'extrémité inférieure du tube (fig. 5).

Je viens, de concert avec M. Collin, d'établir définitivement la proéminence actuelle des mandrins sur une longueur uniforme de 5 millimètres, sauf pour les très grands enfants, pour lesquels la longueur déterminée en 1895 a été conservée; les tubes ainsi armés pénètrent toujours aisément dans le larynx et ces mandrins sont inoffensifs (fig. 4).

Il m'a paru que l'introduction était facilitée par ce dispositif : l'extrémité inférieure du mandrin, parfaitement mousse, prépare la voie au tube entre les lèvres de la glotte, en agissant comme un conducteur.

Cette proéminence a une autre utilité : le mandrin qui dépasse le tube, en même temps qu'il sert de *guide* et de *conducteur*, comme je viens de l'indiquer, *protège* le larynx pendant le temps du déclanchement.

En effet, le levier de l'introducteur Collin glisse le long du mandrin, sur une hauteur de 5 millimètres environ; c'est-à-dire que le tube est propulsé de haut en bas sur cette hauteur; il est donc nécessaire que pendant cette course, l'extrémité inférieure du tube ne soit pas privée de conducteur, car elle pourrait blesser les parois laryngées (fig. 6).

Enfin, j'ai apporté une dernière modification au mandrin : elle porte sur le niveau de l'articulation de ses deux pièces constituantes. Jusqu'à présent, cette articulation, placée au même niveau que sur le mandrin de O'Dwyer, était manifestement trop basse; il en résultait que, le déclanchement étant effectué, on était obligé, pour extraire le mandrin, d'imprimer à l'introducteur, un mouvement d'ascension verticale assez délicat bien connu de tous les tubeurs (fig. 6).

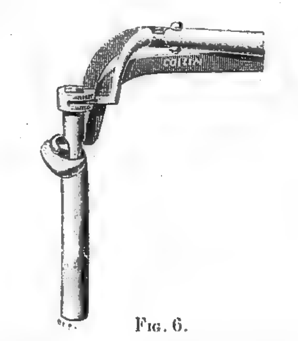


Fig. 6.
Mandrin ordinaire à articulation basse.
Le dégagement du mandrin ne s'effectuera que par un mouvement ascensionnel vertical de l'introducteur.

1. M. Bayeux, Note sur un perfectionnement des tubes courts (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 14 novembre 1895.)

La tendance presque instinctive, au contraire, est *d'abaisser* la main pour extraire le mandrin par un mouvement circulaire. Il en résulte, avec les mandrins employés jusqu'à présent, un mouvement de bascule forcé du tube dans le larynx ; c'est ainsi que le tube, avec ce mandrin, comme avec le mandrin rigide, peut être extrait involontairement du larynx, et cela, en basculant, ce qui détermine des lésions laryngées sérieuses, spécialement si l'on emploie des *tubes longs*.

En reportant l'articulation aussi haut que possible, c'est-à-dire à *4 millimètres* au-dessous du cône supérieur j'ai rendu ce mouvement de bascule inoffensif. En effet, le levier propulseur faisant descendre le tube de 5 millimètres le long du mandrin, l'articulation se trouve dégagée à la fin du mouvement du levier, et on peut alors sans danger, abaisser la maim pour extraire le mandrin, comme le montre la figure ci-contre (fig. 7).

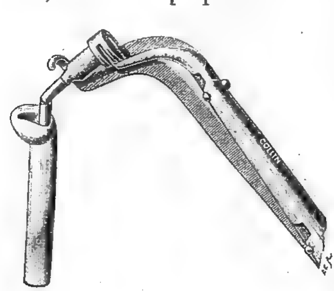


Fig. 7.
Mandrin nouveau à articulation haute.

L'introducteur bascule facilement aussitôt que le levier a chassé le tube. Le dégagement du mandrin est automatique.

Tel est le mandrin que je viens de faire construire par Collin. L'extraction de ce mandrin se fait sans aucun accroc; grâce au nouveau dispositif que je viens de décrire. J'ajouterai enfin que, grâce à la proéminence de l'olive inférieure, le tube peut parvenir à sa place définitive sans avoir, à aucun moment, risqué de provoquer des blessures par frottement de son orifice inférieur contre les parois du larynx.

Le mandrin *numéroté, proéminent, à articulation haute*, paraît ainsi réunir les qualités nécessaires de fixation et de maniement facile. Il est actuellement adopté par M. Richardière, dans son service de diphthérie, de l'hôpital Trousseau, concurremment avec les *tubes courts, ventriculaires*, qu'on y emploie depuis le mois de mai 1895, c'est-à-dire, depuis près de deux ans, de préférence aux tubes longs américains, dont les dangers de séjour, résultant des difficultés d'extraction, sont aujourd'hui bien connus (1).

1. Sevestre et Martin, *loc. cit.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des névrites sulfocarbonées,

Par M. le Dr C. J. Argétoyano.

Les symptômes de l'intoxication sulfocarbonée chronique ont été décrits et admirablement décrits dans un grand nombre de monographies et dans plusieurs thèses inaugurales. Sans compter le mémoire initiateur de Delpech, on trouvera dans la thèse de Noël Bonnet et dans celle plus récente de Joseph Bonnet (Paris 1892) le tableau complet des différents aspects que peut revêtir cette intoxication. Nous ne reviendrons pas sur ces travaux définitifs ni sur l'importante question de savoir s'il faut considérer la névrose sulfocarbonée comme une entité morbide indépendante, ou s'il faut en confondre les symptômes avec ceux de l'hystérie, le sulfure de carbone ne jouant d'après cette manière de voir que le rôle d'agent provocateur. Charcot, dans deux de ses magistrales leçons du mardi (nov. 1888 et déc. 1885) et M. Pierre Marie (*Soc. méd. des hôp.*, 9 nov. 1888) se sont particulièrement occupés de cette question. Tout en décrivant pour la première fois les accidents hystériques chez les malades intoxiqués par le sulfure de carbone, ces deux auteurs insistent sur la nécessité qu'il y a de distinguer les symptômes relevant de l'hystérie de ceux provoqués directement par l'intoxication. Nous n'avons rien à ajouter à ces conclusions et nous renvoyons nos lecteurs pour de plus amples détails aux travaux des auteurs que nous venons de citer.

Notre maître, M. Raymond, dans une leçon de décembre 1895, leçon faite sur un malade dont nous relatons l'histoire dans notre thèse inaugurale (1) a classé en trois groupes les désordres que l'intoxication sulfo-carbonée peut provoquer du côté du système nerveux. Les voici :

1° *Troubles psychiques.* — Ceux-ci se traduisent par une excitation générale pouvant aller, rarement il est vrai, jusqu'au délire qui, en ce cas, est très fugace. Le plus généralement ces troubles se traduisent par de la manie aiguë. Cette manie plus ou moins transitoire fait défaut dans un certain nombre de cas. Aug. Voisin en France, Lippman en Allemagne et Peterson en Angleterre ont étudié ces accidents.

2° *Troubles se rapportant à l'hystérie.* — On peut les diviser à leur tour en :

a) Troubles de la sensibilité « variables quant à leur expression ». On peut observer en effet soit l'hémianesthésie typique de l'hystérie accompagnée d'anesthésie de la cornée et du pharynx, soit de l'hyperesthésie. Du côté des sens on note du rétrécissement du champ visuel — quelquefois de l'amblyopie ou de la macropsie.

b) Troubles de la motilité : le plus souvent sous forme d'hémiplégie ; plus rarement de la paraplégie ou des monoplégies. Le caractère essentiel de ces accidents c'est leur début subit, apoplectiforme, précédé quelquefois d'une aura qui, chez l'homme, se traduit le plus habituellement par des démangeaisons fort pénibles au niveau du scrotum.

Il est important de ne pas confondre ces troubles de la motilité d'origine hystérique, avec d'autres accidents du même ordre qui relèvent directement de l'intoxication et qui forment le 3e groupe de la classification de M. Raymond.

c) *Névrites périphériques.*

L'existence de ces névrites est aujourd'hui admise par tous les pathologistes ; elles sont extrêmement fréquentes dans l'intoxication sulfocarbonée. Il suffit de parcourir les observations publiées depuis celles de Delpech pour constater que dans nombre de cas les auteurs ont signalé des accidents qui, à n'en pas douter, sont dus à des altérations nerveuses périphériques. Mais si la plupart des auteurs ont noté ces symptômes, il nous semble que dans leurs descriptions ils ne leur ont pas accordé une attention suffisante. M. Raymond, au cours de la leçon que nous avons citée plus haut, a, pour la première fois, nettement indiqué toute l'importance des névrites sulfocarbonées. M. Mendel en Allemagne et M. Edge en Angleterre avaient déjà publié des observations soigneusement rédigées à ce point de vue.

1. Thèse de doctorat, Paris, 1896-97, n° 76.

Aucune monographie n'ayant été faite, à notre connaissance, sur les névrites de cette espèce, il nous a paru intéressant de réunir les conclusions qui résultent de l'examen des quelques observations que nous avons pu rassembler.

Symptomatologie. — Comme dans toutes les névrites, les altérations périphériques dues à l'intoxication par le sulfure de carbone, se traduisent cliniquement par des symptômes variables, quant à leur forme, mais qu'on peut néanmoins grouper dans ces deux grandes catégories : troubles de la motilité et troubles de la sensibilité.

La description est assez difficile, car les névrites n'ont pas de caractère spécifique. Pour la faciliter, nous essaierons d'établir, un peu schématiquement peut-être, car il y a des formes de transition, plusieurs types parmi les névrites sulfocarbonées : 1° *la forme commune* (ou névrite limitée); 2° *la forme pseudo-tabétique*, et 3° *la forme pseudo-tétanique*.

La première de ces formes, étant la plus habituelle, constitue à elle seule la presque totalité des cas observés jusqu'ici. Les deux dernières formes sont tout à fait exceptionnelles : elles se fondent sur 2 ou 3 observations que nous reproduisons à la fin de cette étude.

A. *Forme commune.* — La polynévrite généralisée n'a pas encore été signalée au cours de l'intoxication sulfocarbonée. Dans les observations que nous connaissons, les troubles fonctionnels atteignent surtout les membres, les membres inférieurs principalement. Nous allons successivement décrire ces différentes altérations et leur localisation.

Troubles de la motilité. — Pour les troubles de la motilité nous pouvons répéter ce que notre maître a dit pour l'ensemble des symptômes de la névrite : ils n'ont pas de caractères spécifiques.

Ils n'ont pas de caractères spécifiques au point de vue de leur qualité : tantôt ce sont des paralysies flasques étendues à un ou plusieurs muscles, tantôt l'activité musculaire n'est que légèrement diminuée, il y a seulement un certain degré de parésie. Ils n'ont point de caractères spécifiques au point de vue de leur localisation : le plus souvent, à la vérité, ce sont les membres inférieurs qui sont pris (dans presque tous les cas d'intoxication générale par la voie respiratoire) mais il n'est pas rare de voir la paralysie débuter par d'autres muscles, par ceux de la main, ou de l'avant-bras, comme dans le cas de *Mendel*. Enfin la lésion peut être unilatérale ou symétrique, ce qui est la règle pour les membres inférieurs ; l'on ne rencontre pas d'attitude vicieuse caractéristique comme dans la névrite saturnine ou alcoolique par exemple. Il résulte néanmoins des observations publiées jusqu'aujourd'hui que la forme la plus habituelle de ces paralysies est la forme *paraplégique*.

Cette paraplégie ne s'établit pas brusquement, au début de l'empoisonnement comme certaines hémiplégies et monoplégies relevant de l'hystérie sulfocarbonée. La paralysie s'établit petit à petit : les symptômes généraux de l'intoxication : vertiges, maux de tête, étourdissements, etc., ouvrent la marche. Si à ce moment on soustrait le malade à la cause de l'intoxication, la maladie n'évoluera pas plus loin ; mais, malheureusement, la plupart du temps les ouvriers retournent à leur atelier et les symptômes de l'empoisonnement reprennent de plus belle. Aux vertiges et à la céphalalgie il faut maintenant ajouter des troubles du côté de l'appareil digestif, des vomissements, de la constipation ; le malade commence à éprouver de la faiblesse dans les jambes, il se fatigue vite. Bientôt il éprouve des fourmillements, des engourdissements dans les deux jambes ; il a de la peine à détacher les pieds du sol lorsqu'il marche ; cette légère parésie va en augmentant, et le malade, complètement impotent, est obligé de s'aliter.

Dans la majorité des cas, avons-nous dit, ce sont les membres inférieurs qui seuls sont touchés, d'autres fois, les accidents de la névrite ne se limitent pas aux jambes et peuvent s'étendre à d'autres régions, aux mains et aux avant-bras, par exemple; mais en ce cas c'est toujours aux membres inférieurs que les troubles sont le plus intenses.

Si l'on veut se rendre compte de la topographie exacte de ces accidents, il ressort de l'examen de la plupart des observations que les muscles des extrémités sont pris bien plus et bien plus souvent que ceux de la racine des membres. C'est ainsi que les muscles du pied sont atteints le plus souvent, ensuite ceux de la jambe ; ceux de la cuisse ne le sont que très exceptionnellement.

Il en résulte que les mouvements du cou-de-pied sont le plus habituellement gênés; quant aux mouvements soit de flexion, soit d'extension de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, ils ne sont que rarement compromis. Pour ce qui concerne les mouvements autour de la cheville, les mouvements de flexion et d'extension sont également pénibles et quelquefois impossibles. Cependant la paralysie du groupe des extenseurs est de beaucoup la plus fréquente; quand la paralysie des fléchisseurs existe, elle n'est jamais très prononcée ; aussi, pour expliquer l'abolition des mouvements de flexion, devons-nous rappeler cette loi physiologique en vertu de laquelle il est nécessaire, pour qu'un muscle ou un groupe de muscles puisse fonctionner, que l'intégrité du groupe musculaire antagoniste soit entière. C'est pour cette raison qu'il faut attribuer à la paralysie des extenseurs l'abolition des mouvements de flexion, malgré, très souvent, le parfait état des muscles fléchisseurs.

Lorsque la paralysie des extenseurs est très prononcée, le pied prend un aspect caractéristique, rappelant le pied de la névrite alcoolique. L'axe du pied rencontrant celui de la jambe ne forme plus un angle droit ou à peu près, mais un angle très obtus; le bord externe du pied est abaissé, les phalanges des orteils sont fléchies sur les métatarsiens. A la vérité cet aspect n'est que rarement réalisé dans toute sa rigueur — les muscles péroniers étant relativement épargnés dans la névrite sulfocarbonée. Chez les malades où l'examen électrique a été pratiqué, la réaction de dégénérescence a été constatée dans les muscles paralysés.

Nous ne connaissons pas d'observation de paralysie des muscles du tronc et du cou ; mais voyons quelle est la localisation des altérations notées dans les membres supérieurs.

Là encore, le sulfure de carbone a une prédilection toute particulière pour les muscles extenseurs de la main ; mais ceux-ci ne sont presque jamais aussi fortement touchés que ceux des membres inférieurs ; il y a un certain degré de parésie, une diminution marquée de la force musculaire, mais nous ne connaissons que l'observation de Mendel où il y ait été noté une paralysie complète. Dans ce cas, la main du malade aurait pris une attitude tout à fait spéciale : le pouce était en hyperextension, les deuxième et troisième doigts avaient leurs premières phalanges légèrement fléchies, tandis que la phalangette et la phalangine étaient également en hyperextension. De plus, le pouce appuyait fortement contre la surface palmaire de l'index, et ce n'est que par un effort considérable qu'on parvenait à écarter les deux doigts l'un de

l'autre et non sans occasionner au malade de vives douleurs.

Le quatrième et le cinquième doigt avaient conservé toute leur intégrité fonctionnelle.

Il est à remarquer que tandis qu'aux membres inférieurs les symptômes sont le plus souvent bilatéraux et symétriques, avec prédominance néanmoins d'un côté, c'est la forme monoplégique que l'on rencontre constamment aux membres supérieurs. Ne faut-il pas attribuer une influence sur cette distribution, à l'étiologie même de l'affection ? La plupart des névrites de la main sont dues, en effet, à une action directe, locale du sulfure de carbone, les névrites inférieures, au contraire, relèvent d'une intoxication générale par inhalation de vapeurs délétères.

En résumé, qu'ils siègent aux membres inférieurs ou supérieurs, les désordres moteurs se limitent à certains groupes de muscles où ils se traduisent par une paralysie flasque ; à l'examen électrique, on constate la réaction de dégénérescence.

Cependant, le pronostic de ces paralysies est favorable; dans les observations publiées jusqu'ici, on n'a pas noté d'atrophie musculaire ; tout au plus un certain amaigrissement dans les névrites de longue durée. La guérison est la règle ; exceptionnellement, des contractures et des phénomènes d'incoordination motrice peuvent prolonger la maladie.

Troubles de la sensibilité. — Les troubles de la sensibilité générale sont de règle dans la névrite sulfocarbonée; dans tous les cas, l'on est facilement arrivé à les mettre en évidence. Par contre, l'examen de la sensibilité spéciale a donné, dans toutes les observations, des résultats négatifs.

Il n'y a donc pas à signaler des troubles du goût, ni de l'odorat. Il en est de même pour la vision, le nystagmus, assez fréquent, relevant des troubles moteurs généraux.

Cependant, dans quelques observations, on a noté de l'amblyopie, de la photophobie et des phosphènes ; mais ces symptômes, tout passagers, marquaient le début de l'intoxication même, et nous croyons qu'ils n'ont rien de commun avec la névrite.

Les troubles de la sensibilité générales sont des plus variables ; si l'anesthésie est le plus souvent notée, on peut néanmoins dire que chaque malade a sa façon de réagir à ce point de vue. Ainsi on peut trouver une hyperesthésie à tel point exagérée qu'elle constitue une véritable torture pour le malade. Chez d'autres l'anesthésie est complète ; elle n'est qu'ébauchée chez les uns. Que les altérations de la sensibilité soient d'une nature ou de l'autre, on n'a jamais noté de dissociation au point de vue du tact, de la douleur et de la température, comme il arrive dans certaines lésions organiques de la moelle. Quelquefois le malade perçoit bien la sensation, mais il est incapable d'en définir exactement la qualité et l'origine.

Topographiquement, ces troubles peuvent occuper des étendues limitées au territoire d'un petit rameau nerveux, ou bien envahir les organes de distribution de tout un faisceau nerveux, peau, muscles et articulations. Le plus généralement ils se localisent dans les membres inférieurs, et c'est là un trait commun avec la névrite alcoolique. Dans un cas il y avait de l'hyperesthésie autour de la ceinture. La face est en général peu touchée ; dans les membres supérieurs, l'anesthésie coïncide avec les troubles moteurs : elle est d'habitude moins marquée que lans les membres inférieurs.

Dans certains cas d'hyperesthésie, la sensibilité cutanée et musculaire devient tellement exquise, que le moindre attouchement, même avec les barbes d'une plume, devient insupportable ; les mouvements spontanés ou provoqués entraînent une douleur des plus violentes, aussi le malade garde-t-il une immobilité qui peut en imposer pour une paralysie. Couché, le malade ne peut supporter le poids de ses couvertures, il essaye de s'en débarrasser, le sommeil devient impossible. Aussi, dans une certaine limite, peut-on mettre sur le compte de cette hyperesthésie l'affaiblissement général et progressif du malade, qui, dans certains cas, est venu aggraver la marche de la névrite.

Réflexes cutanés, musculaires et tendineux. — Les réflexes cutanés peuvent être conservés même dans les régions où les troubles moteurs et sensitifs sont manifestes. Mais le plus souvent ils sont modifiés : habituellement exagérés, ils sont dans certains cas affaiblis et même complètement abolis.

Le réflexe crémastérien et le réflexe anal sont généralement conservés ; dans certaines observations on a cependant noté leur abolition.

Pour les réflexes tendineux, leur affaiblissement est la règle; on comprendra que leur état dépend avant toute chose de la localisation de la névrite. La conservation du réflexe exige l'intégrité absolue de l'arc nerveux ; selon l'altération de tel ou tel de ses éléments, le réflexe sera modifié dans tel ou tel sens. Aux membres inférieurs, siège habituel de la névrite, les réflexes patellaires et plantaires sont affaiblis — quelquefois même abolis. Aux membres supérieurs et au pharynx au contraire, l'intégrité des réflexes est généralement notée. Quoiqu'il en soit, les désordres de ce genre n'étant guère pathognomoniques de la névrite, leur importance clinique est toute secondaire.

Tremblement. — Le tremblement a été noté chez plusieurs malades atteints de névrite sulfocarbonée. Ce toemblement, plus fréquent dans les localisations de la névrite aux membres supérieurs, a été comparé au tremblement de la maladie de Parkinson. Il consiste en des oscillations rhytmiques accompagnant surtout les mouvements intentionnels ; très diminué pendant le repos, il disparaît souvent tout à fait pendant le sommeil. Les oscillations agitent en général le membre tout entier ; dans plusieurs cas, elles se localisaient aux doigts, suivant le rhythme de la névrite alcoolique ; dans un cas le tremblement avait envahi les quatre membres.

Existe-t-il un rapport quelconque entre ce tremblement et la névrite ? Ne doit-on pas, plutôt, le considérer comme un épiphénomène, relevant directement de l'intoxication et qui se développe à côté de la névrite ? Cette question, qui se pose non seulement pour la névrite sulfocarbonée, mais pour toutes les névrites toxiques, nous semble délicate à résoudre. Nous pensons néanmoins que certains tremblements très généralisés, à oscillations amples et fréquentes, doivent être assimilés aux névroses toxiques — quand ils n'en sont pas un symptôme. Pour ce qui est du tremblement localisé aux régions dont les nerfs sont atteints de névrite, tremblement qui n'est vraiment marqué qu'à l'occasion des mouvements intentionnels et qui disparaît au repos, pour ce tremblement-là, l'altération des éléments nerveux périphériques pourra, croyons-nous, être légitimement invoquée, car elle expliquerait jusqu'à un certain point des phénomènes limités à la sphère d'action du nerf lésé.

En résumé ; altérations musculaires, pouvant aller

depuis la simple parésie jusqu'à la paralysie et se limitant surtout aux membres inférieurs ; troubles de la sensibilité, le plus souvent anesthésie, se localisant à certaines régions ; absence de troubles vaso-moteurs et d'atrophie musculaire ; abolition des réflexes tendineux — tel est le bilan de la forme commune des névrites sulfocarbonées.

B. *Forme pseudo-tabétique.* — Cette forme est excessivement rare : nous n'avons pu en réunir que 3 observations. La première a été publiée par Babès en 1884 ; les deux autres sont empruntées à Stadelmann. Le second malade de Stadelmann ne présente du reste qu'une ébauche tout à fait fruste de quelques symptômes tabétiques.

Car il importe avant tout de ne pas confondre l'incoordination indéterminée des mouvements due à la paralysie de certains muscles des membres inférieurs ou bien encore à des troubles de la sensibilité, incoordination si fréquente dans toutes les névrites, avec l'incoordination spécifique du tabès. C'est de cette ataxie spéciale des tabétiques que nous voulons parler ici, ataxie accompagnée de son cortège symptomatique qui pourrait donner le change un instant et faire croire à une sclérose postérieure systématisée de la moelle.

Quelques auteurs ont nié l'existence de ces symptômes pseudo-tabétiques dans les lésions périphériques des nerfs ; pour eux ces prétendus symptômes sont de deux ordres : dans certains cas ils ne ressemblent que très grossièrement au syndrome tabétique et il faut les ranger parmi les phénomènes d'incoordination consécutifs aux paralysies et hyperesthésies névritiques ; dans d'autres cas ce seraient les symptômes même d'un tabès coexistant, qui auraient été pris pour des symptômes pseudo-tabétiques de la névrite. Il nous semble néanmoins que l'existence des pseudo-tabès toxiques et infectieux reste nettement établie par les importants travaux qui ont été consacrés à ce sujet.

Dans le cas spécial qui nous occupe, les observations viennent entièrement confirmer cette manière de voir. Il est vrai que chez le malade de Stadelmann on peut invoquer une altération spinale seule, passagère si on veut, et exclure la névrite, car les symptômes pseudo-tabétiques existent seuls ; tandis que chez le malade de Berbez la paraplégie a précédé l'apparition de l'incoordination. Mais invoquer une altération spinale ce n'est pas réfuter l'existence du pseudo-tabès : qu'elle soit spinale ou périphérique, il n'en est pas moins vrai que c'est le neurone moteur qui est touché, et son altération se manifeste dans ces cas très exceptionnels par de l'incoordination pseudo-tabétique, de même qu'elle se manifeste le plus souvent par des paralysies et des troubles de la sensibilité.

Dans l'intoxication sulfocarbonée, le pseudo-tabès peut donc exister seul ou accompagné des autres troubles de la névrite.

Dans l'un ou l'autre cas, il n'y a pas de période préataxique : elle est remplacée par les désordres initiaux de l'empoisonnement.

De même, il n'y a pas de troubles viscéraux ; quand ils existent il faut les mettre sur le compte de l'action directe du sulfure de carbone ; ils sont de courte durée et marquent le début de l'intoxication. Les phénomènes ataxiques s'établissent beaucoup plus vite que dans la maladie de Duchenne ; ils sont précédés de parésie, d'affaiblissement de la force musculaire, quelquefois de paralysie. Les sphincters sont respectés.

Le pronostic de ces pseudo-tabès semble plus sérieux que celui des névrites communes. Cependant, sous l'influence du traitement une amélioration se fait assez rapidement sentir — en tout cas la marche de la maladie n'est pas progressive, ce qui la distingue du tabès dorsalis.

C. *Forme pseudo-tétanique.* — Nous voulons décrire sous ce nom, une forme de la névrite sulfo-carbonée, encore plus rare que la précédente, et dont le principal document est une observation publiée en 1891 par M. Rendu. Il s'agissait d'une jeune fille qui travaillait depuis 3 ans dans un atelier de vulcanisation, lorsqu'elle fut prise de maux de tête violents ; au bout de quelques jours, contracture des masséters qui ferme hermétiquement la bouche. La contracture gagne, les jours suivants, les muscles de la face, puis ceux du cou, du dos, des reins et des membres. La malade est immobilisée et le trismus est tellement violent qu'on ne peut séparer du tout un maxillaire de l'autre. A ce moment et à aucune époque de sa maladie, elle n'a eu de troubles de la sensibilité ; la force musculaire semble conservée et il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Comme on voit, cette malade présente absolument l'aspect d'une tétanique ; il résulte de l'observation que parmi les muscles contracturés les masséters ont été les premiers et les plus fortement touchés.

Avons-nous affaire ici à une contracture hystérique ou bien à une contracture symptomatique d'une lésion périphérique ? Tel est le problème à résoudre. — Nous pensons qu'il faut absolument rejeter l'hystérie, malgré la fréquence des phénomènes de contracture observés dans cette névrose. C'est aussi l'avis de M. Rendu, avis fondé sur la distribution particulière de cette contracture et sur l'absence de stigmates concomitants. Pour M. Rendu « dans certaines circonstances, les vapeurs de sulfure de carbone, en même temps qu'elles provoquent de la céphalée et des phénomènes congestifs cérébraux, peuvent donner lieu à de l'excitation musculaire et à de la contracture, qui paraît débuter par le bulbe et la moelle cervicale pour s'étendre secondairement, mais avec moins d'intensité, à tout l'axe cérébro-spinal. »

Nous ajouterons que le début de la maladie ne ressemble en rien ici à celui qui caractérise les symptômes relevant de l'hystérie. Il n'y a pas en effet d'envahissement brusque, apoplectiforme ; la contracture s'établit petit à petit, les différents muscles sont pris successivement dans le cours d'une semaine et même plus. La plupart des manifestations hystériques, dans l'intoxication sulfocarbonée, coïncident avec les premiers signes de l'empoisonnement ; chez notre malade, la contracture ne s'établit que huit jours après qu'on eut noté de la céphalée, des vomissements, etc. Enfin, à aucun moment il n'a existé chez elle de troubles de la sensibilité.

Du reste on a noté dans pas mal d'observations de névrites sulfocarbonées banales, l'hystérie faisant absolument défaut, de la contracture de un ou plusieurs muscles, contracture accompagnant la paralysie et ayant pour origine la même altération. Ces cas de transition sont très fréquents, ils ont été signalés dans toutes espèces de névrites, et M. Pal, dans son travail sur la névrite multiple, en rapporte plusieurs exemples des plus caractéristiques.

Nous sommes donc autorisés, croyons-nous, à considérer la névrite à forme tétanique comme légitime, si par névrite nous entendons une altération quelconque du neurone moteur.

Diagnostic, marche et traitement. — Pour le diagnostic nous serons très bref ; il est impossible à établir en dehors des commémoratifs. Un malade présente-t-il des troubles plus ou moins marqués de la motilité, des

désordres de la sensibilité, enfin un ensemble de symptômes nous pouvant faire penser à des altérations nerveuses périphériques, qu'il faut de suite nous enquérir de ses antécédents. Alors, si l'on découvre que le malade, par sa profession ou autrement, a été soumis à l'action toxique du sulfure de carbone, le diagnostic est fait.

Mais ce n'est pas tout : l'intoxication sulfocarbonée établie, une confusion peut encore se faire. Il faut distinguer les paralysies de la névrite, des désordres de la même espèce, relevant de l'hystérie si souvent réveillée par les agents toxiques. Cette distinction sera relativement facile : à l'hystérie appartiennent les hémiplégies complètes, ou de forme spinale — à la névrite les paraplégies et les monoplégies; le début des premières est brusque, apoplectiforme et survient dès le début des phénomènes d'intoxication — les autres surviennent insidieusement, petit à petit, précédées d'affaiblissement de la force musculaire. Les stigmates classiques, la prédominance des phénomènes psychiques, sont des signes d'une importance réelle quoique de second ordre. La marche de la maladie donnera au contraire des renseignements de la plus haute importance.

Nous n'insistons pas sur la confusion possible du pseudo-tabès sulfocarboné avec la maladie de Duchenne. Il suffit de signaler la possibilité de cette erreur pour qu'elle soit évitée.

Nous avons suffisamment insisté au cours de cette étude sur la marche essentiellement chronique de l'affection qui nous occupe; sans plus y revenir, nous répéterons que le pronostic, tout en étant assez sérieux, est favorable. La guérison est la règle.

Pour y arriver il faut avant tout soustraire le malade à l'intoxication : si c'est un ouvrier, il doit quitter l'atelier. Le traitement devra s'adresser à l'état général qu'il faut relever. Une bonne nourriture, des toniques, le repos sont indiqués. L'électricité rendra de bons services dans les cas de paralysie.

M. Raymond, dans son service de la Salpêtrière, fait respirer chaque jour au malade de l'oxygène. Le phosphore, que Delpeuch administrait à tous ses malades, est tombé en désuétude. Il nous est difficile d'insister davantage sur cette question du traitement; il n'y a pas de remède spécifique pour les empoisonnements sulfocarbonés, pas plus que pour les névrites. Au médecin d'établir, selon les indications, le traitement le plus convenable.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Gourçon (Victor-Adolphe). *Vertige des artério-scléreux.* N° 123. (H. Jouve.)

M. Bernard (Albert). *Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère hépatique.* N° 124. (H. Jouve.)

M. Labour (Emile). *Recherches expérimentales sur les poumons des lapins.* N° 125. (H. Jouve.)

M. Roger (Paul). *Essai sur la diphthérie toxique.* N° 132. (H. Jouve.)

Pour M. Gourçon, lorsqu'on rapporte à sa véritable cause le vertige d'un artério-scléreux, non parvenu encore à la période de localisation, par conséquent lorsqu'on traite l'affection dès le stade de spasmes vasculaires, on a bien des chances d'entraver sa marche et de faire retarder les altérations des vaisseaux. C'est donc dire combien, dans les cas de ce genre la nécessité d'un diagnostic correct s'impose. Le traitement, qui devra être suivi avec régularité, afin d'éviter les localisations lointaines de la maladie, est basé sur l'emploi de l'iodure de sodium et de la trinitrine joints à une hygiène appropriée.

Les anévrysmes de l'artère hépatique sont très rares : M. Albert Bernard n'a pu en relever que 17 cas dans la littérature médicale.

Ils siègent tantôt sur le tronc, tantôt sur les branches de bifurcation; leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'une tête d'enfant. Ils peuvent siéger en dehors du foie ou *être englobés dans son parenchyme.*

Leur rupture se fait tantôt dans la cavité péritonéale, tantôt dans les voies biliaires, tantôt dans le duodénum. Dans plusieurs autopsies, le sac a été trouvé intact.

Il existe un cas d'anévrysme développé dans la cavité d'un abcès hépatique et comparable aux anévrysmes qui se produisent dans les cavernes pulmonaires.

Les anévrysmes de l'artère hépatique peuvent être latents; quand ils se traduisent par des symptômes, les principaux sont : des douleurs au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit, s'accompagnant habituellement d'ictère, d'hématémèses et de melæna, survenant par crises jusqu'à ce que l'une d'elles emporte le malade.

Les signes physiques habituels des anévrysmes font défaut; la tumeur, par sa situation profonde, échappe le plus souvent à l'exploration et ne se révèle que par un déplacement du foie.

Quand la rupture est intrapéritonéale, la mort a lieu rapidement par syncope; quand elle a lieu dans les voies biliaires, elle se traduit par des hématémèses et du melæna, et l'issue fatale est moins brusque.

Le diagnostic est difficile; la symptomatologie est la même que celle des accidents de migration des calculs biliaires; cependant les douleurs ne présentent jamais les points précis de la colique hépatique. Le fait a une importance parce que l'anévrysme de l'artère hépatique se rencontre chez des sujets jeunes; on doit y songer quand les phénomènes douloureux sont suivis d'hématémèse et de melæna abondants.

Des 174 observations qui servent de base à ses expériences, M. Labour conclut que la plupart des lapins du commerce ont les poumons malades, en partie ou en totalité.

Cette lésion est caractérisée par une broncho-pneumonie au premier stade; *c'est une broncho-alvéolite, avec prédominance de diapédèse hémorrhagique.*

Les lapins de laboratoire ou, d'une façon plus générale, les lapins suffisamment nourris, élevés dans des cages assainies, soumis à une hygiène rigoureuse, ont exceptionnellement ces lésions de broncho-pneumonie.

Ces lapins de laboratoire ayant subi la thyroïdectomie totale ou partielle, quand ils succombent ou sont sacrifiés, soit longtemps après, soit même quelques jours après cette opération, présentent la plupart du temps, comme les animaux témoins élevés dans les cages de laboratoire, des poumons indemnes.

Au contraire, les lapins du commerce, opérés dans les mêmes conditions que les précédents, ont comme les animaux témoins du commerce, mais *plus accentuées* que chez ces derniers, des lésions de broncho-pneumonie.

La thyroïdectomie ne suffit donc pas à créer des lésions de broncho-pneumonie chez le lapin; elle ne peut qu'aggraver une lésion préexistante.

Les ensemencements faits par M. Labour n'ont pas sensiblement différé au point de vue du résultat, qu'ils aient été prélevés sur un poumon malade ou sur un poumon sain.

La flore microbienne des bronches et du poumon du lapin est riche. Les germes le plus souvent rencontrés sont : le staphylococcus albus (40 fois), le tétragène (38 fois), le coli-bacille (35 fois).

De son étude M. Roger conclut que la diphthérie toxique revêt deux formes :

1° Forme suraiguë ou hypertoxique caractérisée par la prédominance des phénomènes d'intoxication sur les accidents locaux;

2° Forme toxique à symptômes assez analogues mais de durée plus longue, et permettant le développement et l'extension des fausses membranes, avec cette particularité presque constante que, contrairement à ce que l'on observe dans les formes bénignes, le larynx reste presque toujours épargné.

Ces formes ne sont pas épidémiques ni contagieuses *dans leur mode*, c'est-à-dire qu'elles peuvent engendrer des formes bénignes ou résulter de la contagion de ces dernières.

Comme toutes les formes graves des maladies, ces diphthéries s'observent particulièrement chez les débilités physiques ou pathologiques.

Dès le début de la maladie, les phénomènes d'intoxication caractérisés par l'adynamie et la pâleur forment la note prédominante.

En général, l'exsudat est d'autant plus localisé et moins abondant que l'évolution est plus rapide (F. hypertoxique).

Dans les formes toxiques, les extensions membraneuses sont constantes et se font en tous sens. La coulée palatine, exceptionnelle dans les diphthéries bénignes, devient ici relativement fréquente.

La forme hypertoxique est fatale; la forme toxique guérit parfois.

L'examen bactériologique ne peut, d'après M. Roger, donner aucune indication sur la marche et la terminaison de la maladie.

Pour lui l'action du sérum est absolument nulle dans les formes hypertoxiques.

Peut-être agit-il dans les formes toxiques quand l'injection est faite dès le début.

Le traitement est le traitement ordinaire de la diphthérie, avec l'indication de surveiller le cœur avec la plus grande attention.

Thèses russes.

M. J. Krivonogoff. *Valeur thérapeutique des sels de potasse dans les cardiopathies à la période des troubles de compensation.* (Saint-Pétersbourg.)

M. J. Rœtzky. *Fonctions hématopoiétiques de la moelle osseuse.* (Saint-Pétersbourg.)

M. N. Dvoutéglasoff. *Présence du bacille d'Eberth et d'autres bactéries dans la cavité buccale des typhiques.* (Saint-Pétersbourg.)

M. J. Kildiouchevsky. *La courbe thermique dans la fièvre typhoïde.* (Saint-Pétersbourg.)

M. O. Tzabel. *L'albuminurie chez les sujets sains.* (Saint-Pétersbourg.)

M. A. Ekkerth. *De la richesse des urines en acides sulfoconjugués dans l'anémie helminthique.* (Saint-Pétersbourg.)

M. A. Bobkoff. *Induration du poumon à la suite de la pneumonie.* (Moscou.)

M. Krivonogoff a surtout expérimenté sur 15 malades l'action du salpêtre à la dose de 50 centigrammes, 6 fois par jour; les effets étaient très favorables : le choc de la pointe est devenu plus énergique, l'ondée sanguine et la pression ont augmenté; les faux pas du cœur avaient cessé ou notablement diminué de fréquence, le pouls devenait moins fréquent, mais son irrégularité persistait. Par contre les phénomènes de stase hépatique et pulmonaire diminuaient ou disparaissaient. L'urine augmentait notablement de quantité et l'œdème et les épanchements viscéraux diminuaient; le poids du corps diminuait; enfin la dyspnée diminuait, le sommeil revenait et l'état général s'améliorait notablement.

Parfois, aussi, le nitrate de potasse avait une légère action purgative. Jamais chez aucun des malades en expérience et malgré un emploi assez prolongé, le salpêtre n'a eu un effet cumulatif, ni provoqué d'accidents secondaires quelconques. A ce point de vue cette substance présente un avantage sérieux sur la digitale.

En se basant sur de nombreuses expériences sur des chiens relatives à la fonction hématopoiétique de la moelle osseuse, M. J. Rœtzky arrive aux conclusions suivantes :

Dans la moelle des os longs les globules blancs jeunes passent à l'état adulte, ainsi que le prouve l'augmentation notable du nombre des leucocytes mûrs qui se trouvent dans les vaisseaux afférents de la moelle osseuse.

Les variétés ultra-mûres de leucocytes (globules blancs polynucléaires) ne s'y forment pas et leur quantité est à peu près la même dans les vaisseaux afférents et efférents de la moelle des os,

Après l'ablation de la rate la fonction hématopoiétique de la moelle osseuse augmente, ainsi que le démontre l'augmentation de la quantité des formes adultes dans le sang efférent. La quantité de formes ultra-mûres ne varie pas chez les animaux dératés,

Si l'on provoque chez le chien une leucocytose intense (par injection d'essence de térébenthine), on ne voit pas la fonction hématopoiétique de la moelle osseuse devenir plus active; celle-ci est par contre un peu augmentée dans la leucocytose pathologique.

L'examen de la salive de 15 typhiques n'a permis à M. Dvoutéglasoff d'y rencontrer le bacille d'Eberth que dans 2 cas, le 12e et le 25e jour de la maladie, tandis que des cocci pyogenes s'y trouvaient beaucoup plus souvent; il en est de même du coli-bacille.

L'examen comparatif de la salive des infirmiers qui soignaient ces malades n'a jamais permis d'y reconnaître la présence du bacille de la fièvre typhoïde, tandis que les autres bactéries s'y trouvaient avec la même fréquence que chez les typhiques. Les conclusions de ce travail peuvent être résumées ainsi :

1° Le bacille d'Eberth se rencontre très rarement dans la salive des typhiques, tandis que les staphylocoques pyogènes y sont beaucoup plus fréquents;

2° Les mêmes micro-organismes se rencontrent aussi dans la cavité buccale des personnes qui soignent les typhiques;

3° Le streptocoque est par contre très rare chez les typhiques et fréquent chez les sujets sains;

4° Le coli-bacille se rencontre avec une égale fréquence chez les uns et les autres;

5° Sur la gélatine de pommes de terre, proposée par Holz, on obtient un grand nombre de colonies liquéfiantes;

6° Si l'on ajoute aux liquides examinés 0,08 p. 100 d'acide phénique on obtient un arrêt de développement de ces colonies liquéfiantes sans cependant entraver la culture du bacille d'Eberth et du coli-bacille; il en est de même du procédé d'Elsner, avec cette seule différence que l'arrêt de développement des bactéries est beaucoup plus prononcé;

7° Si le liquide à examiner est directement versé sur l'agar ou la gélatine pris en masse avec décantation de l'excès du liquide (procédé de Kruse-Frendenreich), on obtient déjà le lendemain de très belles cultures et la recherche des bactéries est notablement activée.

Les résultats auxquels arrive M. Kildiouchevski dans sa thèse sur les oscillations thermiques dans la fièvre typhoïde sont basés sur l'examen de 10 000 feuilles de température du service des typhiques de l'hôpital-baraque de Saint-Pétersbourg, correspondant à la période de 1882-1891.

1° Le schéma de la courbe thermique dans la fièvre typhoïde, donné par Wunderlich, répond assez rarement aux faits cliniques.

2° Elle s'en écarte surtout pendant les deux premiers stades : la période des oscillations ascendantes et celle d'état. En réalité la température monte beaucoup plus rapidement que ne le dit Wunderlich et elle persiste très rapidement à l'acmé pendant quelque temps.

3° Dans la majorité des cas la courbe présente les caractères suivants : ascension rapide et accusée au 2e et 3e jour et aussitôt après tendance à la chute.

4° Si l'on réunit les sommets de cette courbe, on voit qu'elle se présente sous l'aspect d'une *surface inclinée*, qu'on doit considérer comme caractéristique de la courbe de la fièvre typhoïde. Quoique cette courbe ne soit pas l'apanage exclusif de la dothiénentérie, elle s'y rencontre cependant dans la proportion de 70-75 p. 100 des cas, tandis que dans les autres maladies elle constitue donc un caractère aussi important que la diarrhée, la roséole, l'hypertrophie de la rate. Cette courbe en surface inclinée devient surtout caractéristique lorsqu'elle présente en même

temps l'ondulation qui était pour S. Botkine pathognomonique de la fièvre typhoïde.

La différence dans les résultats obtenus par les auteurs dans l'étude de la question de l'albuminurie physiologique serait due, d'après M. Tzabel, à la technique. Dans ses recherches personnelles l'auteur a fait l'examen des urines de 117 soldats à des différentes heures de la journée et dans différentes conditions. Dans l'urine du matin l'albumine a été trouvée dans 18,8 p. 100, tandis qu'après un exercice physique l'albuminurie se rencontrait dans 83 p. 100. L'urine du matin et des exercices était albumineuse dans 17 p. 100. Cette albuminurie provoquée par l'exercice physique disparaissait le lendemain et ne persistait que si elle s'observait aussi le matin.

Des 22 soldats chez lesquels on avait constaté de l'albumine dans l'urine du matin et observés pendant 4 jours, l'albuminurie n'a persisté que chez 9 d'entre eux; chez ces derniers elle a duré 8 jours; dans 3 de ces cas il y avait aussi dans l'urine des cylindres.

A l'examen des mêmes sujets fait ensuite encore à deux reprises, avec intervalle de quelques mois, l'albuminurie n'a été constatée que dans 10 et 12 p. 100, et des 7 sujets de la deuxième expérience 5 avaient déjà de l'albumine au premier examen; sur les 14 de la troisième série 10 étaient déjà une fois albuminuriques. L'albuminurie du matin est donc très variable et peut être de deux sortes : paroxystique, c'est-à-dire ne s'observant qu'une fois, et permanente; celle-ci était plus fréquente chez les alcooliques.

En cherchant dans les antécédents des sujets en observation les raisons qui pourraient expliquer l'albuminurie, l'auteur a constaté que, sur les 31 albumininuriques, 16 avaient eu autrefois des maladies diverses (fièvres typhoïde, rhumatisme, urétrite, spsermatorrhée hématurie. etc.). Il est vrai aussi que 20 des 117 sujets examinés avaient également eu des affections variées dans leurs antécédents sans cependant présenter de l'albuminurie du matin.

Si l'on déduit les 36 sujets ayant eu diverses affections et 6 alcooliques, il ne reste que 75 sujets absolument bien portants dont 8 (10,8 pour 100) avaient de l'albumine le matin, sans qu'aucune cause puisse l'expliquer; chez 5 de ces sujets, il y avait en même temps exagération de l'élimination des sels, surtout des oxalates et des urates.

Pour élucider l'influence des repas et de la digestion sur l'albuminurie, M. Tzabel a examiné l'urine de 64 de ces sujets le matin et 2 heures et demie après les repas; sur ce nombre 6 (9,4 p. 100) n'avaient d'albumine que le matin, 1 à la fois le matin et après le repas et 3 (4,7 p. 100 seulement après le repas; celui-ci ne semble donc pas avoir une influence sérieuse sur l'élimination de l'albumine. En se basant sur tous ces faits, l'auteur conclut *qu'il n'existe pas d'albuminurie physiologique*, et que ce qu'on décrit sous ce nom n'est le plus souvent que la seule manifestation d'une affection rénale abolument latente.

L'étiologie de l'anémie essentielle est assez obscure; certains auteurs attribuent à l'helminthiase un rôle étiologique important. On a souvent signalé dans l'anémie helminthique des cas d'auto-intoxication par des produits de putréfaction intestinale qu'on pouvait expliquer par la décomposition des anneaux morts. M. Ekkerth a cherché à vérifier l'importance de cette putréfaction intestinale, et cela en mesurant les acides sulfuriques préformés et sulfo-conjugués des urines et la teneur des urines en indican. Ces recherches ont été faites chez 13 anémiques (par helminthiase) et 4 sujets bien portants. Voici les résultats de ces recherches:

Dans l'anémie grave due au bothriocéphale, la quantité absolue et relative d'acides sulfo-conjugués est augmentée et le rapport entre les acides préformés et les sulfo-conjugués est au-dessous de la normale. Lorsque les malades sont débarrassés de leur parasite (à l'aide d'extrait de fougère), on voit la quantité absolue d'acide préformé augmenter, tandis que les sulfo-conjugués diminuent. Chez les sujets qui avaient des helminthes, sans être pour cela anémiques, les rapports entre les acides sulfo-conjugués et les acides sulfuriques préformés restent normaux. D'autre part, l'examen des urines chez des sujets sains auxquels on administrait de l'extrait de fougère a démontré que ces substances ne font diminuer la quantité des acides des urines que pendant 2 à 3 jours; ce n'est donc pas à eux qu'on doit attribuer les résultats obtenus. D'autre part, la quantité d'indican est souvent augmentée dans l'anémie helminthique et diminue après l'expulsion des parasites. Ces recherches semblent donc confirmer les rapports supposés entre la putréfaction intestinale et l'anémie.

La notion d'induration post-pneumatique est encore assez peu définie, et cela parce que les auteurs qui s'en sont occupés, étudient le plus souvent des pièces avec des lésions très complexes, M. Bobkoff a basé son étude de cette question sur l'examen de 4 cas absolument typiques.

Parmi les auteurs, les uns pensent que l'induration est due à la prolifération de la charpente conjonctive du poumon, avec quelques lésions secondaires des vésicules; ils confondent évidemment l'induration avec la sclérose interstitielle chronique. D'autres ont émis l'avis que la pneumonie n'aboutit à l'induration que si elle évolue en même temps qu'une inflammation interstitielle ayant débuté avant elle. M. Bodkoff pense, avec le 3e groupe d'auteurs, que la pneumonie peut donner lieu directement à l'induration, s'il y a néoformation conjonctive qui oblitère les vésicules pulmonaires et sans aucune autre cause secondaire. Quant à l'origine du tissu conjonctif intra-vésiculaire de nouvelle formation, les opinions sont également discutées.

Pour les uns il ne s'agit que de prolifération du tissu conjonctif de la cloison intervésiculaire, sans participation de l'exsudat qui est absorbé; pour d'autres, l'oblitération des vésicules se fait à la fois par prolifération de la cloison et par organisation de l'exsudat.

Enfin pour les autres, et M. Bobkoff est de cet avis, l'induration n'est due qu'exclusivement à l'organisation de l'exsudat. sans épaississement du squelette pulmonaire, qui ne fait que se vasculariser et donner des fibroplastes au contenu des vésicules.

Les fibres élastiques permettent de délimiter les bouchons fibrineux organisés de la paroi de la cavité vésiculaire qui les loge.

En se basant sur les 4 cas signalés et sur 104 autres observations, l'auteur conclut que l'organisation de l'exsudat peut se faire aussi bien dans les poumons sains jusque-là que dans ceux qui étaient atteints d'une lésion antérieure; la sclérose interstitielle n'est qu'une cause prédisposante. Quant à la fréquence de l'induration post-pneumonique, elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit (1).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie asthénique, par Fajersztajn (*Neurologisches Centralblatt*, 15 septembre 1896, n° 18 p. 833). — Malade âgé de 23 ans, sans antécédents héréditaires. A la fin de 1894, à la suite d'un refroidissement, il a ressenti une faiblesse inaccoutumée; ses jambes fléchissaient dans la station verticale comme dans la marche; il ne pouvait prendre ni aliments solides, ni aliments liquides, sa voix se fatiguait rapidement quand il parlait.

Actuellement, on constate du ptosis, de la faiblesse des muscles masticateurs, des troubles de déglutition, des troubles de la parole, faiblesse de la musculature du cou, parésie dans le domaine du facial supérieur et inférieur et des muscles des extrémités. Pas d'atrophie musculaire. Excitabilité électrique des nerfs et des muscles intacte. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité. Toute action des muscles ainsi parésiés entraîne une fatigue excessive, tandis que, par contre, le repos diminue la faiblesse musculaire et même la fait disparaître.

La maladie est survenue sans cause apparente. Elle présente une tendance à l'amélioration; cependant la marche de la maladie, dans le cas actuel comme dans la plupart des cas de ce genre, est très fluctuante. L'auteur fait ensuite l'historique détaillé de la maladie.

1. Compte rendu emprunté à la *Médecine moderne*.

CHIRURGIE

Rupture extra-péritonéale de la vessie (A case of extra-peritoneal rupture of the bladder; supra-pubic cystotomy; recovery), par Th. Bond et A. Tubby (*the Lancet*, 12 décembre 1896, p. 1678). — Il s'agit d'un homme de 63 ans, prostatique, obligé de se sonder depuis 8 ans, surtout la nuit. Brusquement le cathétérisme devint plus difficile et le malade ne put plus se sonder. Un médecin passa un cathéter en argent, mais à ce moment, le patient éprouva une très vive douleur, tandis que le cathéter, engagé vraisemblablement dans une ancienne fausse route, déviait de la ligne médiane, et pénétrait à une profondeur inaccoutumée : en même temps, par l'urèthre s'écoulait du sang en telle abondance que lorsque le malade arriva à l'hôpital il était en collapsus. La vessie était très distendue, remontait à un pouce et demi de l'ombilic, et évidemment remplie de sang. On pratique la cystotomie, et, la vessie débarrassée de son caillot, on trouve à la base de la vessie, sur le côté droit de la prostate, une déchirure admettant l'extrémité de deux doigts, et par laquelle du sang s'écoule constamment : on tamponne à la gaze iodoformée, et on suture la vessie à la paroi abdominale afin de laisser un libre passage à l'urine. Amélioration rapide : le septième jour, une sonde molle put être introduite par l'urèthre ; et on laissa cicatriser la plaie abdominale. Le patient est actuellement guéri, la gêne pour uriner a disparu presque entièrement.

MÉDECINE

Sur les toxines non microbiennes et le mécanisme de l'immunité par les sérums antitoxiques, par A. Calmette et A. Deléarde (*Ann. de l'Institut Pasteur*, déc. 1896, p. 675). — Les auteurs ont expérimenté deux toxines non microbiennes : l'abrine du jéquirity et le venin des serpents. De même que pour les toxines microbiennes, le sérum des animaux naturellement réfractaires à ces toxines ne possède que rarement des propriétés antitoxiques. Il peut développer, chez les animaux à sang chaud naturellement réfractaires, la formation d'antitoxine, sous l'influence d'injections répétées d'abrine.

La substance active des sérums antitoxiques paraît exister en abondance dans les leucocytes des animaux vaccinés, d'où elle diffuse dans le sérum et les autres humeurs. L'abrine est modifiée chez ces animaux vaccinés de telle sorte qu'il est impossible d'en retrouver des traces soit dans le sang, soit dans les sécrétions qui l'éliminent ordinairement. Contrairement aux toxines, la substance préventive ne dialyse pas à travers les membranes.

Quant à la nature de cette substance préventive, elle n'est point connue, et l'on peut même se demander si cette substance existe réellement ou si le pouvoir préventif des cellules et des humeurs n'est pas simplement une propriété de substance, un phénomène physique.

A signaler deux applications pratiques intéressantes : le sérum antiabrique possède une action préventive très marquée en applications locales sur les muqueuses ; on pourrait donc avec lui, modérer l'inflammation artificielle provoquée par le jéquirity, que l'on a essayée pour la guérison du trachome et de certaines ophthalmies et qui malheureusement était souvent excessive. En second lieu, le sérum antitoxique peut permettre de faire un sérodiagnostic des toxines : ainsi pour reconnaître la présence du jéquirity dans une matière toxique, il a suffi de montrer que le principe toxique était neutralisé par le sérum antiabrique.

A propos de ce travail M. de Christmas fait remarquer dans le numéro suivant des *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1897, p. 94, que les solutions de jéquiritine chauffées de 65° à 90° conservent leur aptitude à produire l'immunisation et perdent de leurs propriétés pathogènes.

Contribution à l'étude du bacille typhique, par P. Remlinger et G. Schneider (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janvier 1897, p. 55). — Ce travail a pour objet de montrer que le bacille typhique est plus répandu dans la nature qu'on ne le suppose d'habitude, d'établir, en d'autres termes, son ubiquité. Pour rechercher le bacille d'Eberth, les auteurs ont eu recours à l'isolement par le milieu d'Elsner, puis ils ont déterminé la nature des colonies par les caractères ordinaires (morphologie et cultures), par la réaction agglutinante de sérum à dose minima, enfin par l'action préventive du sérum d'un cheval immunisé.

Sur 37 échantillons d'eau potable, ils ont trouvé 9 fois le bacille d'Eberth ; 2 fois l'eau provenait de villes où régnait la fièvre typhoïde (Meaux, Saint-Omer), 6 fois de villes où la fièvre typhoïde avait disparu depuis quelque temps (Châteaudun, Dijon). Ainsi le bacille typhique peut exister dans une eau régulièrement consommée sans que la fièvre typhoïde se produise.

Sur 13 échantillons de terre et de poussière, 7 fois le bacille d'Eberth a été trouvé : dans une cour de caserne où s'étaient produits quelques cas de fièvre typhoïde (Vitré), dans une chambre de caserne en l'absence de toute fièvre typhoïde (Cahors), sur le plancher du laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce, enfin 4 fois dans la terre des cours et jardins d'un hôpital (Val-de-Grâce).

Sur 10 sujets traités à l'hôpital pour d'autres affections que la fièvre typhoïde, 5 présentaient le bacille d'Eberth dans leurs selles ; aucun d'eux n'avait eu antérieurement la fièvre typhoïde.

En outre, les auteurs ont rencontré plusieurs fois des bacilles offrant une étroite affinité avec le bacille d'Eberth, mais non pathogènes et ne s'agglutinant pas par le sérum spécifique. S'appuyant sur les faits connus antérieurement, relativement aux différents vibrions cholériques qui ne sont pas tous agglutinés par un même sérum, ils estiment qu'on n'est pas en droit de conclure, de par le résultat négatif de l'agglutination, à une différence radicale entre ces échantillons, mais qu'il s'agit seulement de races et de variétés différentes.

Variole à poussées intermittentes (Une petite épidémie de variole à poussées intermittentes. Contribution à l'étude des fièvres éruptives dites à rechutes et à récidives) par M. Coste (*Revue de médecine*, décembre 1896, p. 945). — Dans une épidémie de variole à Marseille, l'auteur a observé 33 cas à *poussées successives* ; il y eut de 2 à 6 poussées, prolongeant la période éruptive qui dura ainsi de 6 à 37 jours. Chez 7 malades le *rash* a été généralisé et *prolongé ;* chez 3, il a été *retardé* et n'est apparu qu'à la dernière poussée éruptive. Ces poussées se faisaient alors que la desquamation n'était pas terminée ou n'était qu'ébauchée, en sorte qu'il ne peut s'agir ni d'une récidive de la maladie, ni même d'une rechute.

La variole à poussées intermittentes se distingue de la varicelle, dont l'éruption se fait en plusieurs temps, par l'angine qui fait défaut dans la varicelle.

L'isolement du malade doit être prolongé plus longtemps dans ces cas que dans la variole ordinaire.

Phlegmon dans les névrites périphériques, par M. Deguy (*Revue de médecine*, déc. 1896, p. 1019). — Observation de phlegmon à staphylocoques, développé à la suite d'un mal perforant, sans grande réaction fébrile.

Essai de stéthographie bilatérale, par Gilbert et Roger (*Rev. de médecine*, janv. 1897, p. 1). — Description d'un stéthographe s'appliquant sur les deux côtés de la poitrine et fournissant des tracés de la respiration pour chaque côté. Ces tracés montrent l'affaiblissement de l'amplitude respiratoire du côté malade chez les pleurétiques et aussi, à un léger degré, du côté sain. Ces troubles peuvent persister même après la guérison. Les modifications résultant de l'effort de la toux peuvent être aisément appréciées par le procédé dont les indications peuvent s'ajouter utilement à celles que fournissent les moyens habituels d'exploration.

Lésions histologiques de la morve aiguë chez l'homme et de la morve expérimentale chez le cobaye, par James Homer Wright (*The Journ. of experimental medicine*, New-York, nov. 1896, p. 577). — Le nodule morveux n'a aucune analogie avec le tubercule miliaire au point de vue de l'histogénèse. Le premier effet du bacille morveux sur un tissu n'est pas la production de cellules épithélioïdes qui subissent la nécrose et l'invasion leucocytaire, comme c'est le cas dans la

tuberculose, mais bien la production d'une nécrose primitive, suivie d'exsudation inflammatoire, souvent suppurative. Ces conclusions, opposées à celles de Baumgarten, s'accordent avec celles de Tedeschi.

Un cas de névrite systématisée motrice avec anasarque, par J. Déjerine et Ch. Miraillé (*Rev. de médecine*, janv. 1897, p. 50). — Observation de polynévrite avec hydropisie généralisée, due probablement à une paralysie des vaso-moteurs, circonstance fort rare. La phase aiguë de la maladie a paru jugée par une crise polyurique.

Deux cas de sarcomatose avec purpura hémorrhagique, par C. F. Martin et W. F. Hamilton (*The Journ. of experimental medicine*, New-York, nov. 1896, p. 595). — Dans ces deux observations, le sarcome généralisé avait envahi l'appareil circulatoire, mais les auteurs pensent qu'il ne peut expliquer le purpura hémorrhagique par de simples embolies, et qu'il faut faire intervenir aussi d'autres facteurs, notamment l'état général (fièvre, cachexie, asthénie). Ils n'ont pas trouvé de microbes permettant d'admettre l'origine infectieuse du purpura.

Trois cas de grands abcès du foie « nostras » d'origine dysentérique, par Ed. Boinet (*Rev. de médecine*, janv. 1897, p. 57). — La dysentérie contractée dans les climats tempérés peut provoquer des abcès du foie comparables à ceux des pays chauds. Dans les 3 cas observés par l'auteur, le pus était dépourvu d'amibes; il renfermait deux fois des staphylocoques; une fois il était stérile. Les symptômes de ces abcès nostras sont généralement moins accusés que dans les abcès des pays chauds; il est probable que ces abcès restent souvent latents et méconnus. Le traitement a été le suivant : ponction exploratrice avec un gros trocart, incision couches par couches, suture profonde avec de gros fils comprenant une grande épaisseur du foie, lavages à l'eau bouillie, curettage prudent, si les lavages n'entrainent pas la plus grande partie des détritus contenus dans la poche, drainage avec deux gros drains accolés.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la bronchite fétide et de la gangrène pulmonaire par l'hyposulfite de soude.

D'après M. le Dr C. Dumas.

Un grand nombre de traitements ont été essayés soit dans la dilatation des bronches, soit dans la tuberculose à la période des cavernes, soit dans la gangrène pulmonaire vraie, pour combattre l'expectoration abondante et fétide des malades et modifier l'état septique des bronches. Tour à tour le benjoin (Chauffard), l'eucalyptus et son huile essentielle (Bucquoy, Gimbert), la térébenthine et ses dérivés (Lasègue), la créosote, le gaïacol, le myrtol, l'hélénine, le menthol ont été préconisés avec des succès divers. Plus récemment Lancereaux, Besançon, Polli, ont obtenu les meilleurs résultats avec l'hyposulfite de soude. Les faits réunis par M. C. Dumas dans sa thèse semblent démontrer l'efficacité réelle de ce traitement (1).

L'hyposulfite de soude possède en effet une action incontestable sur les fermentations organiques. Le fait, démontré expérimentalement pour la fermentation alcoolique, par exemple, qui est arrêtée par une solution de ce sel, trouve son application clinique dans les cas où à l'agent morbide initial s'associent des ferments de nature diverse (saprophytes, ptomaïnes, etc.), comme cela a lieu dans les cas où il y a stagnation des produits de sécrétion anormale des muqueuses malades, stagnation qu'on observe dans l'ectasie bronchique, la tuberculose cavitaire et dans les vieilles cystites. Aussi y a-t-il quelque intérêt à déterminer la posologie et les indications de ce médicament.

A la dose de 8 à 20 grammes par jour l'hyposulfite de soude est facilement absorbé, s'élimine partie en nature par les urines (Colli) et partie sous forme d'acide sulfureux et sulfhydrique par la muqueuse bronchique, sur les sécrétions de laquelle ces composés à l'état naissant, exercent une action antiputride énergique.

A partir de 15 grammes, l'hyposulfite est légèrement laxatif. A 30 grammes il est nettement purgatif : l'hyposulfite en excès donne naissance dans le tube digestif, à des sulfates, en particulier au sulfate de soude. A ces doses, l'action du médicament serait peut-être renforcée et plus durable (Pereira).

On administre l'hyposulfite en solution aqueuse dans des tisanes amères, en potion, en sirop ou encore en lavement. Voici quelques formules :

POTION

Hyposulfite de soude	15 gr.
Eau distillée.	60 gr.
Sirop simple	25 gr.

(Polli.)

POTION

Julep gommeux	20 gr.
Sirop d'eucalyptus	40 gr.
Hyposulfite de soude	4 gr.

(Lancereaux.)

LAVEMENT

Hyposulfite de soude.	10 gr.
Laudanum de Sydenham	VI gouttes
Eau distillée	180 gr.

L'action de l'hyposulfite est rarement immédiate, surtout à faibles doses. Il faut quelques jours pour obtenir une modification de l'expectoration (Lancereaux). Dans quelques cas heureux cependant, 16 à 20 grammes d'hyposulfite donnés dans la journée peuvent supprimer la fétidité de l'haleine et transformer les crachats (C. Dumas).

Ce médicament est contre-indiqué dans les cas où il y a tendance à l'hémoptysie : aussi ne doit-il être employé chez les phthisiques porteurs de cavernes qu'avec la plus grande circonspection (Besançon).

C'est donc surtout dans les bronchites chroniques fétides, avec odeur gangréneuse des crachats (ectasie bronchique) que ce médicament trouve ses plus heureuses applications.

Dans les gangrènes primitives du poumon par traumatisme (Huguier), coup de froid (Bucquoy), aspiration de gaz irritants ou toxiques (Jaccoud), anesthésie par l'éther, inhalation directe de produits de sphacèle, contagion (Bard et Charmeil), l'hyposulfite de soude constitue une ressource précieuse et fréquemment efficace : en tous cas, est le seul médicament capable de modifier rapidement les symptômes de putréfaction pulmonaire.

Quant aux gangrènes secondaires à un état local ou général grave, elles ne sont justiciables de ce traitement qu'en l'absence de toute poussée congestive.

Disons en terminant que les résultats dans les fétidités bronchiques ou pulmonaires sont proportionnés à la dose du médicament. Il ne faut pas craindre d'employer de hautes doses (12, 16 grammes par jour) et d'avoir recours simultanément à la voie digestive et à la voie rectale.

Enfin, il n'y a à craindre ni intolérance, ni accoutumance ; il est même toujours utile de continuer très longtemps l'usage du médicament.

G. M.

1. C. Dumas, Traitement des gangrènes broncho-pulmonaires par l'hyposulfite de soude (th. de Paris, 1897, n° 128).

Traitement du pityriasis versicolor,

D'après M. le Dr Brocq.

Le traitement le plus efficace et le plus rapide est la teinture d'iode en applications répétées sur les taches : on peut obtenir ainsi leur disparition complète en quelques jours.

Lorsque les taches sont trop étendues il faut avoir recours à à la pommade suivante :

Acide salicylique	30 centigr.
Soufre précipité	2 gr.
Oxyde de zinc	3 gr.
Huile de lin	ãã 5 gr.
Terre siliceuse	ãã 5 gr.
Lanoline	ãã 5 gr.

Cette pommade doit être appliquée après savonnage dans un bain tiède ou sulfureux, avec le savon à l'acide salicylique et à la résorcine, préparé d'après la formule suivante :

Savon mou de potasse	60 gr.
Acide salicylique	2 gr.
Résorcine	1 gr.

La pommade est laissée douze heures, puis enlevée au moyen de vaseline pure et d'un nouveau savonnage.

Il ne faut pas oublier que le pityriasis récidive fréquemment et que le traitement doit être fréquemment repris.

Se rappeler enfin que les flanelles portées par les malades doivent être soigneusement désinfectées, car elles recèlent souvent le microsporon furfur et sont la cause des retours offensifs de la maladie.

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Actol.

L'*actol* est une poudre blanche, inodore et sans saveur, soluble dans l'eau dans la proportion de 1 gramme pour 15. Les solutions doivent être conservées à l'abri de la lumière.

C'est un antiseptique puissant étudié par B. Crédé qui lui a ce nom : c'est un sel d'argent, produit de la combinaison de l'acide lactique avec ce métal.

B. Crédé l'a employé avec succès dans sa pratique chirurgicale. On peut également s'en servir comme gargarismes dans l'angine et les infections de la bouche.

FORMULAIRE

Actol	1 gr.
Eau stérilisée	1 000 gr.

dans un flacon noir.

Solution antiseptique pour lavage des plaies.

Actol	1 gr.
Eau distillée	50 gr.

dans un flacon noir.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau pour gargarisme.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Iodure de potassium. Iodure de sodium.

Généralités. — Les iodures alcalins ont été employés par la voie hypodermique chez les syphilitiques qui présentaient une intolérance gastrique absolue pour ces médicaments. Il faut dire que l'on a dû renoncer rapidement à ce mode d'administration des iodures, tant à cause de l'irritation et de la douleur locales qu'à cause de l'insuffisance des doses injectées. Ces sels, dont l'élimination est très rapide, ne paraissent en effet agir que par accumulation, et leur usage doit être d'autant plus prolongé qu'ils ont été prescrits en plus faibles quantités.

Les iodures ne sont donc pas, à proprement parler, des médicaments *hypodermisables*. En cas d'intolérance gastrique, il faut s'adresser à la voie rectale. Presque jamais il n'y aura intérêt à transgresser cette règle.

La rapidité d'action nécessaire à un médicament à l'usage sous-cutané manque donc aux iodures.

Lorsque les *iodates* auront fait leurs preuves, peut-être seront-ils les succédanés hypodermiques cherchés du traitement ioduré gastrique. L'iode seul, comme nous l'avons dit, peut être jusqu'ici injecté avec sécurité et succès. Le praticien se contentera d'introduire les iodures dans ses formules au titre de dissolvants de certaines substances, tels que l'iode et certains sels mercuriaux.

Néanmoins quelques auteurs (Eulenburg, Carbo, Arcari, Gilles de la Tourette, Cantarano, Turati) ayant publié des résultats obtenus avec les injections iodurées, nous ne croyons pas devoir passer sous silence des essais restés jusqu'ici isolés.

Solubilité. — Les iodures de potassium et de sodium sont solubles dans leur poids d'eau.

Doses. — Ils sont employés aux doses de 25 centigr. à 2 gr. par jour. Il est bon de ne pas concentrer les solutions au delà de 25 centigr. par centim. cube.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats*. — Très douloureuse et très irritante localement. Doit être poussée profondément dans les muscles. Pourrait peut-être être employée, plus diluée, par la voie intra-veineuse.

b) *Eloignés*. — La douleur est assez persistante et s'irradie dans les régions voisines : elle disparaît cependant après quelques heures, ne laissant qu'un peu de sensibilité dans la région.

Les iodures s'éliminent très rapidement par les urines, la peau et les muqueuses. Les accidents d'iodisme sont exceptionnels par la voie hypodermique.

Usages thérapeutiques. — Ces sels ont surtout été employés contre des manifestations syphilitiques diverses. C'est surtout contre les accidents tertiaires que les tentatives d'injections iodurées ont été dirigées : elles auraient donné quelques résultats dans les cas de périostoses ou de gommes. Aussi a-t-on essayé de faire les piqûres directement au voisinage ou dans l'épaisseur même de ces néoformations. Les gommes ont généralement suppuré, malgré les précautions aseptiques.

Même remarque pour les injections poussées dans les tophus goutteux.

Les iodures ont encore été expérimentés dans le traitement de l'asthme, du rhumatisme chronique, de la diathèse urique. Dans tous les cas, infériorité manifeste sur les résultats obtenus par la voie gastrique.

Signalons cependant quelques résultats heureux obtenus par Parona avec les injections d'eaux minérales iodiques, préalablement bouillies et filtrées, dans la leucémie et les engorgements ganglionnaires chroniques.

FORMULES

Iodure de potassium	0 gr. 30
Eau	1 centim. cube.

Pour une injection.

(Eulenburg.)

Iodure de potassium	25 gr.
Eau distillée	100 gr.

1 centim. cube contre les périostoses syphilitiques.

(Carbo.)

Iodure de sodium	2 gr.
Eau distillée	6 gr.

1 à 2 centim. cubes, antisyphilitique.

(Arcari.)

Iodure de potassium	3 gr. 50
Eau distillée stérilisée	10 gr.

1 centim. cube.

(Cantarano.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Guérison, par le traitement thyroïdien, d'un goitre plongeant à la veille d'être opéré (p. 205).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Toulouse* : Pharyngite catarrhale chronique hypertrophique. — Hystérie en Vendée. — Lipomes ostéopériostiques de la voûte du crâne. — Fractures ouvertes des membres (p. 207).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Manufactures d'allumettes. — Méningite post-opératoire (p. 207).— *Académie des sciences* : Recherches sur le mécanisme de l'hypérémie cutanée. — *Société anatomique* : Rétrécissement mitral.— Rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique. — Oblitération de l'orifice mitral. — Cysto-épithéliome de la mamelle. — *Société de biologie* : Mensuration du pouvoir agglutinatif chez les typhiques (p. 208). — Akapnée. — Phosphate de gaïacol. — Appendicite épidémique expérimentale. — Sérum antistreptococcique (p. 209. — *Société de chirurgie* : Fistule vésico-vaginale. — Urèthre périnéal supplémentaire. — Extirpation du rectum cancéreux. — *Société médicale des hôpitaux* : Ladrerie chez l'homme. — Parotidite saturnine — Cancer du canal thoracique (p. 210). — Manifestations nerveuses du mal de Pott. — *Société de thérapeutique* : Traitement de la chlorose (p. 211). — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Érysipèle.— Syphilis et tuberculose. — Pouce supplémentaire. — Hypertrophie de la prostate (p. 212). — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux* : Tumeurs kystiques de la mamelle. — Cancer utérin. — Hémorrhagie de la délivrance. — *Société de médecine de Nancy* : Calcul vésical chez l'enfant (p. 213). — Action anti-galactogogue du camphre (p. 214).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine berlinoise* : Influence de la bicyclette sur le cœur et les reins. — *Société de médecine interne de Berlin* : Appendicite chez les enfants (p. 214).— Dilatation aiguë du cœur. — Rétrécissement intestinal. — Angleterre. *Midland medical Society* : Anévrysme de la carotide interne. — Ectopie du testicule. — *Medical Society of London* : Cystoscopie et néphrectomie (p. 215). — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne* : Opothérapie thyroïdienne. — Belgique. *Société belge de gynécologie et d'obstétrique* : Traitement des grossesses extra-utérines (p. 216).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Guérison, par le traitement thyroïdien, d'un goître plongeant à la veille d'être opéré,

Par MM. L. Lichtwitz et J. Sabrazès,
de Bordeaux.

En faveur de l'action curative exercée par la médication thyroïdienne sur le goître vulgaire, parenchymateux, plaident les nombreuses statistiques qui se sont accumulées sur ce point dans le cours des trois dernières années, Malgré le nombre et la qualité des témoignages que l'on invoque à l'appui de cette thérapeutique nouvelle, la conviction est loin d'avoir pénétré dans tous les esprits. Sans doute, en pareille matière, une sage réserve est préférable à un enthousiasme irréfléchi, mais le scepticisme doit cependant désarmer devant les faits quand ils sont aussi démonstratifs que celui que nous venons d'observer.

Un homme âgé de 23 ans, exerçant la profession de lithographe, dont les antécédents héréditaires sont nuls relativement à l'existence d'une affection quelconque du corps thyroïde et dans lequel on ne relève qu'une éruption urticarienne, est atteint de goître, en 1895, tandis qu'il faisait son service militaire à Moutiers, dans les Alpes. Ce goître, taxé de *plongeant* par le médecin-major qui l'examina le premier, fut énergiquement traité et d'une façon continue, pendant un an, par l'iode en badigeonnages et par des prises quotidiennes de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium; il ne cessa, malgré tout, d'augmenter de volume, par poussées, et, comme il s'accompagnait de quelques troubles de la respiration, la question d'intervention fut agitée.

Libéré du service militaire, de retour à Bordeaux, son pays d'origine, cet homme se présente à un de nos confrères pendant le mois de juillet dernier, se plaignant d'une gêne croissante de la respiration à l'occasion des efforts ou d'un travail prolongé. Cette gêne s'accusait surtout lorsqu'il voulait, comme par le passé, jouer de la flûte; le souffle lui manquait, suivant son expression, et il était obligé d'abandonner l'instrument.

On redoutait, à juste titre, l'imminence d'accès de suffocation, aussi conseilla-t-on au malade de recourir à un chirurgien. Après un examen attentif du goître, qui plongeait dans le creux sus-sternal, le chirurgien consulté conclut à la nécessité d'une ablation radicale.

Au moment où cet homme est venu nous demander conseil, il portait, en avant de la base du cou, une tumeur d'une fermeté élastique, non fluctuante, qui comblait l'espace sus-sternal, recouvrait la trachée le cartilage cricoïde et partiellement le cartilage tyroïde, s'étalait sur une largeur de 6 à 7 centimètres et se prolongeait en haut et latéralement à gauche jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur, qui, d'avant en arrière, avait le diamètre d'une grosse noix environ, était entraînée par les mouvements d'ascension et de descente du larynx; elle avait tous les caractères objectifs d'un goître simple. La partie inférieure du cou était sensiblement élargie et un peu bombée en avant.

L'examen laryngoscopique ne révélait aucun trouble de la motilité des cordes vocales, ni pendant l'inspiration, ni pendant la phonation, mais la paroi antérieure de la trachée faisait légèrement saillie en arrière, repoussée qu'elle était par le goître.

Les troubles fonctionnels consistaient en une sensation intermittente de constriction et de besoin d'air, qui mettait cet ouvrier dans l'obligation d'interrompre son travail et de respirer longuement et profondément pendant quelques minutes. Ces malaises subits étaient provoqués par la marche, par le fait de monter un escalier, de travailler longtemps dans une atmosphère confinée, mais surtout par l'action de jouer de la flûte. Toutes ces causes déterminaient un gonflement passager du goître et provoquaient l'apparition de phénomènes compressifs plus ou moins accentués. Par contre, il n'existait ni raucité de la voix, ni cornage. On n'a jamais constaté d'œdème, d'exophthalmie, de tachycardie, ni de tremblement. Le pouls battait 80 fois à la minute.

En procédant à un examen complet on découvrait une malformation costale. Le quatrième espace intercostal gauche est plus étendu en hauteur que les autres par suite de la minceur de la cinquième côte et de son accolement en avant, par son extrémité ostéo-cartilagineuse, à la sixième côte sous-jacente. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, très superficiellement, mais à sa place normale. Il résulte de cette malformation, d'origine congénitale, une asymétrie manifeste du thorax; la moitié gauche est en retrait de 1 centimètre environ sur la droite, et dans le territoire des muscles pectoraux, un peu moins développés, et dans la région sous-mammaire. Le mamelon gauche se trouve reporté sur un plan plus élevé de 1 centimètre que le droit. On note en outre, une très légère scoliose dorsale supérieure à concavité gauche et une faible incurvation lombaire à concavité droite.

On ne relève aucun stigmate de rachitisme, ni d'affection pleuro-pulmonaire récente ou ancienne.

Cette particularité intéressante, que nous signalons en passant, est à rapprocher des malformations costales décrites par l'un de nous (1).

En dehors des symptômes que nous venons d'étudier et qui éveillaient, de prime abord, l'attention, on ne rencontrait, en explorant les viscères thoraciques et abdomi-

1. Sabrazès, Arrêts de développement des parois thoraciques avec pointe de hernie du poumon (*Revue de médecine*, 1894, n° 11).

naux, en interrogeant le système nerveux, rien qui fût digne d'être mentionné.

Le diagnostic de goître plongeant rétro-sternal avec menaces de suffocation s'imposait donc à première vue et semblait devoir commander, à brève échéance, l'intervention chirurgicale. Nous avons pensé, néanmoins, qu'on pouvait, avant de prendre une semblable détermination, essayer le traitement thyroïdien.

On sait, à l'heure actuelle, que le traitement thyroïdien n'a pas seulement pour effet de suppléer aux insuffisance fonctionnelles du corps thyroïde, il exerce aussi une action élective sur cet organe hypertrophié et les cas ne se comptent plus où des goîtres ont rétrocédé, sous l'influence de cette médication. Les formes hyperplastiques régressent dans 90 p. 100 des cas et d'autant plus vite que les sujets sont plus jeunes; par contre, les formes kystiques ne sont nullement modifiées.

Bruns a publié la première statistique importante sur ce sujet. Plus récemment Knœpfelmacher, Angerer, Richard Cabot, Stabel, etc., ont confirmé ces résultats.

L'expérience nous a appris combien les goîtres parenchymateux des plus rebelles à la médication iodurée étaient favorablement influencés par l'opothérapie thyroïdienne.

Dans le cas présent, il fallait donc ne pas hésiter à mettre en œuvre ce traitement: inoffensif lorsqu'il est bien conduit, il s'est montré souvent héroïque.

Mais, dira-t-on, les préparations thyroïdiennes agissent surtout par la présence de l'iode que Bauman y a décelé, et il semble *a priori* que l'échec de la médication iodo-iodurée dans le goître doive entraîner comme conséquence l'échec des extraits thyroïdiens. Certains auteurs, Kocher entre autres, pensent, en effet, que si l'on met en balance les traitements par l'iode et par le suc de la thyroïde, ce dernier n'a aucune supériorité sur le premier.

Tel n'est pas notre avis.

L'un de nous a publié, avec M. le docteur Cabannes (1), l'histoire d'un goitreux dont le corps thyroïde avait pris de telles proportions que le port du faux-col était devenu impossible, le périmètre du cou ne mesurait pas moins de 46 centimètres. L'iode et ses dérivés avaient été administrés pendant plusieurs années *larga manu* sous toutes les formes et cela sans succès. Or, deux mois de médication thyroïdienne amenèrent la guérison radicale de ce goître volumineux à prolongement prépharyngien. Notre malade devait aussi singulièrement bénéficier de cette médication.

Nous lui avons prescrit, le 1er décembre 1896, une cuillerée à café — représentant 0 gr. 50 de pulpe saine et fraîche — d'un extrait glycérique de corps thyroïde de mouton et une tablette équivalent à 0 gr. 30 de cette pulpe; ces préparations ont été ingérées, chacune à jour passé et en alternant avant le repas de midi.

Cet homme n'a rien changé à son régime — sauf que toute autre médication était suspendue; il devait se peser régulièrement et s'observer attentivement. Pendant les cinq premiers premiers jours, il a perdu 700 grammes de son poids; le goître était le siège d'une sensation passagère de tiraillement, mais la respiration était devenue plus aisée. L'appétit se trouvait augmenté. Il n'est survenu ni céphalalgie, ni diarrhée, ni polyurie, ni faiblesse générale, ni mouvement fébrile.

Après la première semaine, l'examen des urines ne dénotait ni sucre, ni albumine; l'urine (42 gr. 75) et l'acide urique (0 gr. 63) des 24 heures étaient peut-être légèrement augmentés. La respiration s'accomplissait beaucoup plus librement et la possibilité de jouer de la flûte était récupérée. Toute menace de suffocation semblait écartée; les marches prolongées, les travaux fatigants n'entraînaient plus aucune gêne. Cependant le corps thyroïde restait volumineux.

Nous avons enregistré, non sans surprise, la disparition rapide des troubles subjectifs, alors que le goître n'avait pas encore subi de diminution notable, mais cette constatation n'a pas échappé à la sagacité de ceux qui ont procédé à la cure du goître et Bruns est très affirmatif à cet égard.

Ce n'est qu'au bout de 15 jours environ que le goître a commencé à rétrocéder, mais après 3 semaines son volume s'était réduit très considérablement.

Le malade avait perdu dans l'intervalle 1 200 grammes de son poids.

Notre examen du 8 janvier 1897 nous permet de constater la fonte, pour ainsi dire, du goître. A l'inspection on ne remarque plus rien d'anormal; le creux sus-sternal est libre et profondément excavé; la trachée s'y trouve à découvert. Par la palpation, on rencontre, au-dessous du cartilage cricoïde, l'isthme de la glande thyroïde mollasse, gros comme le petit doigt environ; latéralement on suit les deux lobes, de consistance molle, dont l'épaisseur est de 1/2 à 1 centimètre et dont la hauteur n'excède pas 3 centimètres.

Les troubles de la respiration n'ont plus reparu. Cet homme a repris ses habitudes de travail continu dans un atelier mal aéré; il peut à loisir, comme auparavant d'être atteint de goître, jouer de la flûte durant plusieurs heures. Il se considère à bon droit comme parfaitement guéri et heureux d'avoir échappé à l'*aléa* d'une opération chirurgicale.

La guérison de ce goître plongeant à l'aide de moyens médicaux, alors que l'ablation avait été déclarée urgente, est bien digne de fixer l'attention sur l'utilité de l'opothérapie thyroïdienne.

Nous n'avons pas trouvé des cas de goître plongeant aussi caractérisés dans les statistiques de guérison publiées jusqu'à présent.

En combinant l'emploi des extraits glycérinés et des extraits secs, en les faisant ingérer par la voie stomacale alternativement, cette médication, facile à mettre en œuvre, s'est montré d'une efficacité immédiate. On donne ainsi, en quelque sorte, le corps thyroïde complet, ce qui équivaut presque à l'ingestion de l'organe frais, avec les difficultés pratiques en moins.

Quant à l'échec de la médication iodurée dans ce cas il prouve, une fois de plus, que si l'iode contenu dans les extraits thyroïdiens constitue le seul élément actif, au point de vue thérapeutique, il faut admettre nécessairement qu'il emprunte à la nature de ses combinaisons organiques, dans la glande thyroïde, des propriétés qu'il ne possède pas à des doses infiniment supérieures dans les préparations pharmaceutiques usuelles (1).

1. Sabrazès et Cabannes, Guérison rapide d'un goître simple par l'extrait glycérique du corps thyroïde, après l'échec de la médication iodurée (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 28, 1896).

1. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.*

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Toulouse.

M. Pague (Jules-Henri-Théodule). *De la pharyngite catarrhale chronique hypertrophique.* N° 178.

M. Terrier (Maxime). *L'hystérie en Vendée.* N° 177.

M. Guilhém (Josepp). *Contribution à l'étude des lipomes ostéo-périostiques de la voûte du crâne.* N° 182.

M. Cauvin (Désiré). *De la conservation dans les fractures ouvertes des membres.* N° 188.

La pharyngite catarrhale chronique diffuse hypertrophique est, pour M. Pague, différente de l'hypertrophie lymphoïde. Elle est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par une altération catarrhale chronique de toute la muqueuse du naso-pharynx, avec épaississement de tous les éléments anatomiques. Il y a en outre une hypertrophie de tout l'appareil musculaire du pharynx.

Comme symptômes subjectifs, on observe la pharyngodynie, le pharyngisme, la dysphagie, le besoin incessant de racler de la gorge, la diminution du volume et l'altération du timbre de la voix. Comme complications on observe : des troubles de l'appareil de l'audition, surdité, bourdonnements, vertiges; des troubles du côté du larynx (laryngite catarrhale chronique).

Le diagnostic repose sur la constatation : de l'aspect catarrhal et de l'hypertrophie de la muqueuse; de l'épaississement considérable des piliers et de la luette; de l'existence des faux piliers; de l'état virtuel de la cavité pharyngienne. Le pronostic est peu favorable; l'affection pouvant être améliorée, mais non guérie complètement.

L'étiologie est encore obscure. Toute pharyngite hypertrophique procède d'une pharyngite catarrhale chronique simple, laquelle succède à des pharyngites aiguës et sub-aiguës de l'enfance et de l'adolescence. Comme agents pathogéniques favorables à l'entretien et à l'exagération de l'état catarrhal chronique, il faut signaler : l'abus du tabac, des boissons alcooliques, des condiments : l'influence du tempérament arthritique et neuro-arthritique.

Pendant la phase catarrhale simple, l'iode et les eaux sulfureuses constitueront la base du traitement. Pendant la phase hypertrophique, ce traitement sera contre indiqué au moins quelque temps. On emploiera de préférence : le menthol, le borate de soude et les anesthésiques; les eaux arsenicales. Dans tous les cas, le régime lacté, le régime alcalin et les purgatifs fréquents seront la base du traitement général.

M. Terrien qui a exercé en Vendée pendant plusieurs années, a été frappé de la fréquence de l'hystérie chez des paysans qui, au premier abord, en semblaient devoir être exempts. Il se demande si la cause n'en est pas dans l'alcoolisme, dans la fréquence des mariages consanguins, dans la superstition religieuse, ou dans l'association de ces 3 facteurs. L'hypnotisme est un excellent mode de traitement des accidents hystériques; il est inutile ou d'une influence seulement passagère dans les névroses et surtout dans les lésions organiques.

Les lipomes ostéo-périostiques de la voûte du crâne étudiés par M. Guilhem sont très rares. Ils sont congénitaux ou acquis; ils siègent au-dessous de l'aponévrose épicrânienne, adhèrent souvent au périoste ou à l'os; on les trouve en général à la région frontale. Ils sont les mêmes caractères de bénignité et d'indolence que les lipomes sous-cutanés. On a quelquefois noté le traumatisme comme cause étiologique; l'étiologie professionnelle fait défaut. Leur diagnostic toujours très difficile, parfois impossible, devra être fait surtout avec les kystes dermoïdes et l'encéphalocèle. Leur pronostic est bénin. On doit les enlever au bistouri et aux ciseaux.

Depuis l'antisepsie, le chirurgien, dans le traitement des fractures ouvertes, doit être guidé par un principe absolu, celui de la conservation, et le pronostic est devenu peu grave. Cette conclusion, développée par M. Cauvin est aujourd'hui admise de tout le monde. Pour les fractures ouvertes ordinaires, le pansement de choix est un pansement iodoformé et une attelle plâtrée; si le pansement doit être renouvelé trop souvent, le pansement ouaté de Guérin remplace avantageusement l'attelle plâtrée. Dans le cours du traitement, le chirurgien doit surveiller attentivement le pansement, le malade et la température; si celle-ci atteint 39°, il faut défaire le pansement. Dans les traumatismes graves, l'intervention n'a donné aucun résultat satisfaisant et a de plus le danger d'ajouter un schok opératoire toujours très grave au schok traumatique. C'est ici surtout que les vastes pansements ouatés trouvent leur meilleure indication.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 Mars 1897.

Manufactures d'allumettes.

M. Magitot donne lecture de deux lettres émanant du directeur de l'une des plus importantes usines d'allumettes.

L'auteur se rallie à la thèse soutenue par M. Magitot. Il considère comme impossible de supprimer industriellement le phosphore blanc. L'adaption de l'allumette au phosphore amorphe serait pire que le mal en développant la fabrication ; la falsification clandestine en créant de nouveaux et bien plus grands foyers d'accidents. Il y a impossibilité de réaliser l'allumette non phosphorée sans rencontrer soit les explosifs, soit des substances aussi dangereuses que le phosphore.

Donc, il faut conserver la technique actuelle en appliquant aux usines des mesures d'hygiène.

L'Académie adopte les conclusions de la commission et repousse celles de M. Magitot à l'unanimité moins deux voix.

Méningite post-opératoire guérie chirurgicalement.

M. Berger lit un rapport sur une observation de **M. Luc** relative à une méningite post-opératoire guérie par une intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une femme qui portait à la région sourcillière une tumeur pour laquelle M. Luc hésitait entre un kyste et un empyème du sinus frontal. Il trouva un sarcome qu'il curetta. Le sinus suppura et malgré une désinfection faite secondairement, il éclata des symptômes de méningite. Alors, M. Luc trépana la table profonde du sinus, désinfecta une plaque de méningite et tamponna. La malade guérit malgré une pneumonie septique intercurrente.

M. Berger insiste sur la rareté de ces sarcomes du sinus frontal. Il croit que l'exophthalmie dont était atteinte la malade aurait pu faire soupçonner le diagnostic.

Cette observation montre le danger possible des interventions sur le sinus frontal, surtout si on pratique la réunion immédiate.

Il convient de féliciter M. Luc d'avoir agi directement et radicalement, et d'avoir obtenu ainsi un beau succès.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 Février 1897.

Recherches sur le mécanisme de l'hypérémie cutanée.

MM. Jacquet et **Butte**. — M. d'Arsonval présente à ce sujet une note de MM. Jacquet et Butte.

Des expériences antérieures de Brown-Séquard, de L. Jacquet, des travaux en commun avec Brocq, ont montré que, pour produire certaines lésions de la peau (ulcérations trophiques, névrodermites, etc.), un traumatisme local, portant sur des régions à innervation anormale, est rigoureusement nécessaire.

MM. Jacquet et Butte ont cherché à déterminer, dans la lésion ainsi produite, la part probable de l'hypérémie vasculaire. Ils ont, pour cela, repris l'expérience de Claude Bernard (section du sympathique cervical chez le lapin), mais avec les précautions d'isoler et de protéger minutieusement les oreilles de l'animal avant, pendant et après l'expérience.

Les auteurs ont constaté que l'hypérémie vasculaire est très réduite avant tout traumatisme, mais, qu'après froissement égal et simultané des oreilles, elle s'accentue brusquement, et d'une façon très marquée, du côté de la section. Ils trouvent ces faits intéressants à rapprocher des observations pathologiques auxquelles il est fait allusion ci-dessus et qui montrent, dans certaines lésions cutanées, le rôle prépondérant des irritations locales.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 Février 1897.

Rétrécissement mitral.

M. Wilbaut communique l'observation d'une femme entrée à l'hôpital avec les symptômes de l'asystolie à laquelle elle succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouve l'orifice mitral réduit à une fente très étroite et les valves mitrales calcifiées dans leur tiers inférieur.

Rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique.

M. Chaillous présente les pièces provenant d'un homme de 48 ans, goutteux, mort subitement. A l'autopsie on trouva immédiatement au-dessus de l'orifice diaphragmatique un anévrysme du volume d'une mandarine, s'ouvrant sur la partie latérale gauche de l'aorte, communiquant avec elle par un orifice du diamètre d'une pièce de 1 franc. La rupture s'est faite dans la plèvre gauche, qui contenait un caillot pesant 1 500 grammes. Le poumon gauche, exsangue, et le cœur avait été fortement refoulés à droite.

Mort subite par oblitération de l'orifice mitral.

MM. Toupet et **Cavasse** rapportent l'observation d'une cardiaque non compensée, entrée à l'hôpital pour une gangrène par embolie artérielle de la jambe gauche et morte subitement 10 jours après son entrée.

A l'autopsie, on constata que le caillot artériel commençait à à la bifurcation de l'iliaque primitive gauche et se continuait dans la fémorale, jusqu'au milieu du canal de Hunter. Les reins, la rate était le siège de gros infarctus. L'orifice mitral admettait à peine l'extrémité du petit doigt. L'auricule gauche était remplie d'un caillot qui pendait dans l'oreillette, était blanc et adhérent au fond de l'auricule.

On doit admettre que le caillot pendant de l'oreillette, s'est engagé de l'orifice mitral, y a fait bouchon et a amené la mort.

Cysto-épithéliome de la mamelle.

M. Faitout présente une tumeur du sein, développée chez une femme de 48 ans, opérée dans le service de M. Nélaton.

Cette tumeur, du volume d'un œuf, était un peu allongée dans le sens transversal; située au-dessous du mamelon, elle était nettement fluctuante dans toute son étendue, ne s'accompagnait ni d'écoulement par le mamelon, ni d'adénite axillaire; il n'existait pas d'autre nodosité dans cette glande ni dans l'autre. Malgré son adhérence à la peau, amincie à son niveau, M. Nélaton porta le diagnostic de tumeur bénigne, de cysto-épithéliome.

Ce diagnostic fut confirmé par l'examen de la pièce : à la section on rencontra une poche à parois irrégulières, remplie d'un liquide séro-brun; de la paroi postérieure de la poche se détachait un bourgeon épithélial, faisant, dans la cavité kystique, une saillie du volume d'une noisette.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 Février 1897.

La mensuration du pouvoir agglutinatif chez les typhiques.

MM. Widal et **Sicard**. — Chez 21 typhiques, la mensuration méthodique du pouvoir agglutinatif répétée pendant la maladie, la rechute à la convalescence nous a fourni quelques enseignements intéressants.

Si dans les cas légers, on trouve souvent un pouvoir agglutinatif faible, la gravité d'une fièvre n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de ce pouvoir.

La courbe du pouvoir agglutinatif, suivie pendant toute la durée de la maladie, a une évolution variable d'un cas à l'autre. Tantôt ce pouvoir est peu marqué au début de la maladie et s'élève progressivement pendant la période d'état, tantôt ce pouvoir reste durant tout le cours de la maladie ce qu'il était dès les premiers jours, tantôt il décroît déjà pendant la période de déclin et même pendant la période d'état.

La règle est de voir le pouvoir agglutinatif baisser plus ou moins rapidement pendant la convalescence. Chez certains malades, le pouvoir s'abaisse lentement et une fois abaissé peut persister pendant longtemps, des mois et des années; chez d'autres il s'atténue avec une rapidité vraiment surprenante.

Nous avons donc, chiffres en main, la preuve que la réaction agglutinante s'atténue presque toujours dès le début de la convalescence et même parfois au déclin de la maladie. Elle est donc bien, avant tout, comme nous l'avons les premiers établi, une réaction de la période d'infection. Pour arriver à cette conception, base du séro-diagnostic, il nous a fallu, tout d'abord, nous débarrasser de l'idée couramment admise que la réaction agglutinante n'était qu'une réaction d'immunité, cette idée avait empêché et aurait empêché longtemps encore de saisir la signification véritable et la portée pratique du phénomène d'agglutination. Avant nos observations, personne, à notre connaissance, n'avait constaté la réaction agglutinante pas plus au cours d'une maladie infectieuse expérimentale qu'au cours d'une infection humaine. En 1889, MM. Charrin et Roger ont observé les premiers l'agglutination avec le sérum pur d'animaux vaccinés contre l'infection pyocyanique, mais non avec le sérum d'animaux au cours d'infections aiguës. L'ensemencement des bacilles au pus bleu dans le sérum tiré d'un lapin au cours d'une infection pyocyanique aiguë, avait montré à MM. Charrin et Roger un maigre développement de la culture, mais ni agglutination ni amas.

Un sérum normal témoin leur avait fourni au contraire des cultures floconneuses, c'est-à-dire le phénomène inverse qui caractérise la réaction agglutinante.

La notion que la réaction agglutinante est déjà une réaction de la période d'infection, notion dont l'application nous a conduits au séro-diagnostic, nous est donc rigoureusement personnelle.

C'est un point d'historique qu'une fois pour toutes nous tenons à clairement établir.

M. Charrin. — Je crois qu'il est aisé d'être d'accord. Nous avons vu les premiers, Roger et moi, la réaction agglutinante dans le sérum des animaux immunisés contre l'infection pyocyanique; la réaction que nous avons décrite dans le sérum de la période d'infection est en effet toute autre; j'en ai parlé parce parce que j'avais à expliquer le mécanisme des hémorrhagies de

l'infection, hémorrhagies qui surviennent dans la période d'état. Quant à la réaction agglutinante de l'infection qui a conduit M. Widal au séro-diagnostic, je ne m'en suis jamais occupé.

Séance du 27 Février 1897.

L'akapnée.

M. Mosso (de Turin) a fait une série de recherches sur les conditions de la circulation et de la respiration au sommet du Mont-Rose où il a passé plusieurs fois. Il a constaté qu'à cette altitude la respiration diminue de fréquence en même temps que la quantité d'air inspiré diminue egalement. La respiration présente encore ceci de particulier qu'il y a des intervalles périodiques de repos de 12 à 14 secondes. Cette même périodicité s'observe également du côté de la respiration.

Ces phénomènes tiendraient, d'après M. Mosso, à l'absence dans le sang d'une quantité suffisante d'acide carbonique, qui est un excitant des centre respiratoire et circulatoire. Ce défaut d'acide carbonique est comparé par M. Mosso à la combustion sans fumée et désigné par lui sous le nom d'akapnée.

Du phosphate de gaïacol.

M. A. Gilbert. — Le phosphate de gaïacol, dont l'étude chimique est actuellement poursuivie par MM. Béhal et Choay est un corps cristallisé nettement défini, incolore, inodore, insipide. Soluble dans l'alcool fort, il est insoluble dans l'eau, la glycérine et les huiles; il est fusible à 97°. Sa teneur en gaïacol est de 89,4 p. 100.

Introduit dans le tube digestif de l'homme ou des animaux, le phosphate de gaïacol traverse l'estomac sans modifications et se dédouble dans l'intestin, il est alors absorbé puis éliminé principalement par la voie urinaire.

Sa toxicité est inférieure à celle du gaïacol. Dans une note antérieure nous avons montré que ce dernier corps administré au cobaye par la voie stomacale est capable de le tuer à la dose de 1 gr. 50 par kilog. Il faut arriver à la dose de 2 gr. 40 de phosphate pour déterminer les mêmes effets. Ces faits s'expliquent si l'on suppose que le gaïacol subit une résorption plus rapide, plus massive et aussi plus complète que son composé phosphatique.

Les symptômes de l'intoxication causée par le phosphate de gaïacol sont d'ailleurs superposables à ceux de l'intoxication par le gaïacol et s'accompagnent d'un abaissement de température qui peut aller jusqu'à 28°.

Chez l'homme nous avons eu recours au phosphate de gaïacol dans un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire. Nous l'avons administré en cachets à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par jour. L'action médicamenteuse sur le processus tuberculeux a paru comparable à celle du gaïacol et de la créosote.

Sur les voies digestives l'action nocive s'est montrée absolument nulle.

Dans 2 cas nous avons étudié l'élimination du gaïacol par la voie rénale, et nous avons constaté que la moyenne la quantité de gaïacol éliminée par rapport à celle ingérée était de 72 et 73 p. 100.

Lorsque le gaïacol n'est pas employé en combinaison, son élimination plus considérable s'élève d'après nos recherches à 82 et 85 p. 100. Cette constatation est en accord avec les raisons que nous avons invoquées pour expliquer la supériorité toxique du gaïacol sur le phosphate de gaïacol.

Comparé aux autres composés au gaïacol le phosphate offre l'avantage d'être plus riche en gaïacol. Seuls font exception le carbonate et le phosphate dont la teneur en gaïacol est pour le premier de 89,8 p. 100, pour le second de 92,25 p. 100.

Le phosphate et le phosphite offrent d'autre part cet avantage sur le carbonate de mettre en liberté un radical phosphoré utile au lieu et place d'acide carbonique indifférent.

Comparé encore au gaïacol, le phosphate, moins rapidement et moins complètement absorbé sans doute, offre encore d'autres infériorités dues à son point de fusion et à son insolibilité dans l'huile qui rendent son emploi impossible en badigeonnages cutanés, en injections interstitielles, en suppositoires et en lavements. Mais son absence de goût et d'odeur, son insolubilité et son inaction sur l'estomac, sa faible toxicité lui assurent certains avantages et par suite lui méritent une place en thérapeutique.

Appendicite épidémique expérimentale.

M. Charrin. — Depuis quelques années, les lésions de l'appendice ont pris une importance considérable; les pathogénies formulées, corps étrangers, cavités closes, oblitérations vasculaires, stase, etc., sont nombreuses.

Je laisse de côté toutes ces modalités pour m'occuper d'une forme toute spéciale.

Des observateurs, parmi eux Golubov, ont rencontré chez l'homme, au même moment, dans un même quartier d'une même ville, des cas d'appendicite survenant pour ainsi dire épidémiquement.

Chaque fois les lésions sont cantonnées au niveau de l'appendice devenu volumineux, à parois épaissies, infiltrées de granulations blanchâtres, rappelant les pseudo-tuberculoses; la cavité est libre; les capillaires non oblitérées.

Or (les pièces que je puis présenter en font foi), chez le lapin on décèle des altérations absolument identiques.

L'appendice est constamment modifié, parfois à l'exclusion de tout autre point; on peut cependant découvrir quelques granulations dans les plaques lymphoïdes de l'intestin grêle; par exception la rate offre des taches jaunâtres; dans un cas, il existait un foyer pulmonaire. Si j'ajoute que le microscope révèle des modifications considérables des follicules clos, on saisira la dénomination d'angine folliculaire cœcale donnée à cette maladie par analogie avec les processus amygdaliens.

Cette identité se complète par ce fait qu'en deux mois, grâce à des nécropsies pratiquées systématiquement, j'ai pu, dans un laboratoire, collectionner cinq observations de cet ordre sur des animaux mis en expérience pour d'autres recherches.

On trouve des parasites multiples, spécialement un streptobacille que j'ai vu, que M. Gouget a isolé, sans tenir compte d'un cas dont je ne me suis pas occupé moi-même; malheureusement, ce strepto-bacille inoculé a le plus souvent tué rapidement, par excès de virulence, sans donner aux lésions le temps de se réaliser, sauf chez un lapin dont l'appendice était congestionné.

Ces réserves formulées, il n'en demeure pas moins établi qu'on rencontre chez les animaux une appendicite qui, au point de vue des lésions, de leur nature, de leur siège, au point de vue de l'évolution, correspond exactement à la maladie décrite chez l'homme sous le nom d'appendicite épidémique.

Sérum antistreptococcique dans la sinusite maxillaire aiguë et dans le phlegmon aigu, et streptocoques du sac lacrymal.

M. Boucheron. — Chez une femme de 38 ans, en état de streptococcie de par une leucorrhée à streptocoques, très abondante, est survenue depuis 4 semaines, une *sinusite de l'antre d'Highmore,* avec douleurs intenses d'étranglement, locales et irradiées dans la moitié de la tête. Le sinus était clos. Il y avait obscurité de la région du maxillaire supérieur à l'éclairage électrique buccal; de l'œdème de la région maxillaire; de la douleur à la pression de la fosse canine; un état général déprimé, avec amaigrissement, par suite de l'insomnie et de l'inanition, causées par la violence des douleurs; et un peu de fièvre. Trois injections de sérum antistreptococcique ont suffi pour amener la cessation des douleurs, la disparition des signes locaux, le retour de la transparence du maxillaire à l'éclairage électrique de la bouche et l'amélioration de l'état général: la guérison en un mot; elle s'est maintenue depuis. En même temps suppression de la leucorrhée.

L'effet des injections a été le même chez un homme de 55 ans atteint il y a six ans d'un grave ulcère cornéen; dans le cours d'une conjonctivite lacrymale, purulente, intense, est apparu récemment un phlegmon aigu du sac lacrymal, affection streptococcique.

M. Mossé a constaté l'existence des propriétés agglutinantes dans le sang d'un nouveau-né dont la mère était atteinte de fièvre typhoïde. Le lait et le sang de la mère présentaient également des propriétés agglutinantes.

M. Déléarde envoye une note sur le pouvoir antitoxique de l'antipyrine *in vitro*.

M. Clozier fait une communication sur les zones hystérogènes.

M. Barbieri expose ses recherches histologiques sur les nerfs des vaisseaux.

M. Delezenne envoie une note sur le rôle du foie dans l'action anticoagulante des injections de peptone.

M. Camus fait une communication sur l'influence de la lumière sur l'oxydase du sérum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1897.

Fistule vésico-vaginale.

M. Bazy rapporte l'observation d'une malade qui, à la suite d'un accouchement laborieux, a présenté une destruction totale de la cloison vésico-vaginale, avec lésion de l'urèthre. Au fond du vagin on voyait le moignon du col dur et ferme; la paroi de la vessie était en éversion. L'urèthre n'était plus représenté que par une petite languette. Il semblait que dans ces conditions la seule opération rationnelle était l'oblitération du vagin.

Pourtant M. Bazy a tenté de refaire une paroi inférieure de la vessie, en dédoublant la cloison vésico-vaginale et en utilisant ce qui restait de la paroi postérieure de la vessie.

En 5 ou 6 séances la paroi inférieure de la vessie fut ainsi reconstituée et plus tard M. Bazy reconstitua l'urèthre en formant un canal réflexe, oblique en haut, contournant le bord inférieur de la symphyse pubienne. Grâce alors à une pelote on put comprimer l'urèthre ainsi créé contre la symphyse et s'opposer à l'incontinence d'urine tenant à l'absence de sphincter vésical.

Urèthre périnéal supplémentaire.

M. Moty rapporte l'observation d'un artilleur bien constitué chez lequel il sortait de l'urine à travers le périnée pendant les mictions. A l'inspection on voyait une petite fistulette qui conduisait dans un petit canal très étroit.

M. Moty a disséqué la fistule qui adhérait peu aux plans périnéaux, et qui conduisait vers le col de la vessie. Le malade guérit.

La convalescence ne fut interrompue que par une cystalgie nerveuse mais qui guérit par un traitement médical et que M. Moty considère comme une manifestation de l'hystérie dont le malade avait tous les stigmates.

Procédé d'extirpation du rectum cancéreux.

M. Quénu, en s'appuyant sur ses recherches faites sur le cadavre, conseille, dans les cas où il est impossible de conserver le bout inférieur du rectum, d'opérer de la façon suivante :

Tracer une incision longitudinale et médiane partant d'un point situé en avant de l'anus, puis contourner l'orifice de chaque côté et rejoindre la commissure postérieure en prolongeant l'incision presque au delà du coccyx. La peau marginale ayant été légèrement disséquée, faufiler une soie autour de l'anus et fermer solidement l'orifice. Aller à la recherche méthodique du bord antérieur des releveurs de l'anus, faire la section réglée de ces muscles, ainsi que ceux des autres attaches rectales, aponévrose, vaisseaux hémorrhoïdaux moyens, etc.

L'excision de 12 ou 13 centimètres de rectum ne nécessite aucune résection osseuse. La résection coccygienne et celle du sommet du sacrum seront de mise pour les amputations plus élevées ou pour les résections sus-sphinctériennes. Elles peuvent trouver leur indication dans les cancers peu élevés, en cas d'adhérences postérieures. Enlever le rectum cancéreux comme un kyste.

M. Garnault lit une communication sur un nouveau mode de traitement des otites moyennes chroniques.

M. Kirmisson présente un petit malade opéré pour un double bec-de-lièvre, et auquel il a refait les narines en se servant du bord des lèvres qu'il a détaché et fait basculer.

M. Schwartz présente une malade opérée, il y a quinze jours, d'une gastro-entérostomie par le procédé de M. Souligoux.

M. Pozzi présente une malade qu'il a opérée pour une énorme éventration consécutive à une ablation d'un kyste de l'ovaire.

M. Routier présente une malade qui a été atteinte d'un décubitus aigu consécutif à une hystérectomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 Février 1897.

Un cas de ladrerie chez l'homme.

M. André Petit communique l'observation d'un homme de 33 ans, soigné dans son service pour une bronchite et présentant sur le corps de nombreuses petites tumeurs sous-cutanées, dont le volume variait du volume d'un pois à celui d'un haricot et dont la consistance rappelait plutôt celle du cartilage que celle du lipome; la peau qui les recouvrait était normale, et non adhérente.

L'examen microscopique d'une de ces tumeurs, fit songer à la ladrerie, et de fait, l'ablation d'une tumeur située en plein muscle montra qu'il s'agissait d'un cysticerque.

Au point de vue étiologique, il est à noter que ce malade prenait volontiers de la charcuterie peu cuite.

M. Thibierge a actuellement dans son service un malade qui rappelle le malade de M. André Petit mais ne présente que 3 tumeurs sous-cutanées. L'examen de l'une d'elles prouva qu'il s'agissait d'un kyste fibreux, contenant un cysticerque.

M. Barbier a été consulté par un homme pour des tumeurs multiples, qui affectaient une certaine symétrie, et étaient sous-cutanées, mais non sous-aponévrotique, M. Barbier pensa à une lipomatose généralisée, et l'examen histologique confirma son diagnostic.

Parotidite unilatérale chez un saturnin.

M. P.-E. Launois présente à la Société un jeune homme de 28 ans, qui souffre depuis quelques jours, d'une parotidite locale simple, unilatérale. Comme ce malade est en même temps saturnin et qu'il n'a jamais eu les oreillons, on peut se demander si l'on est en présence d'une parotidite saturnine unilatérale, ou d'un simple cas d'oreillon, dont une seule parotide est actuellement atteinte ?

Ce problème est actuellement insoluble; l'évolution de la maladie seule répondra.

Cancer du canal thoracique consécutif à un cancer de l'estomac.

M. Troisier montre des pièces provenant d'un malade mort de cancer de l'estomac; les ganglions prélombaires étaient tuméfiés, la citerne de Pecquet, le canal thoracique, volumineux, blanchâtres, paraissaient injectés de substance cancéreuse. C'est le troisième cas de ce genre qu'observe M. Troisier. Les altérations de ce système lymphatique sont donc fréquentes dans les cas de cancers abdominaux.

M. Letulle déclare n'avoir jamais rencontré de cas analogues; cela tient probablement à ce qu'il n'a jamais trouvé de pléiade ganglionnaire prélombaire. Ces adénopathies sont la cause première de l'envahissement du canal thoracique; quand elles manquent, le canal thoracique est sain. Quoi qu'il en soit, dans les autopsies complètes il faut toujours rechercher le canal thoracique, cette recherche est, d'ailleurs, facile jusqu'à la troisième vertèbre dorsale.

Étude sur quelques manifestations nerveuses précoces du mal de Pott.

MM. A. Siredey et **E. Grognot**. — La plupart des auteurs n'ont décrit jusqu'ici que les troubles nerveux contemporains de la gibbosité et des abcès par congestion.

Cependant, si nous en jugeons d'après quelques faits que nous venons d'observer, il est probable que certaines déterminations nerveuses du mal de Pott peuvent apparaître à une époque où rien ne permet de soupçonner une altération vertébrale, et tout nous porte à croire que de pareils accidents sont très fréquents, mais ils sont le plus ordinairement méconnus.

Nous venons d'observer 4 malades, chez lesquels les accidents nerveux se sont montrés très longtemps avant l'apparition des phénomènes caractéristiques du mal de Pott.

Un de nos malades a eu des névralgies lombaires plus de 2 ans avant de présenter un abcès par congestion; un autre a été paraplégique 2 ans environ avant le début de l'abcès. Chez les deux autres, l'intervalle entre les accidents du début et ceux qui caractérisaient l'affection n'a pas été moindre de 9 et 12 mois.

L'intensité de ces accidents est très variable. Il s'est agi, dans un cas, de paraplégie complète; dans 2 autres, de névralgies très violentes remarquables par leur persistance et par l'inefficacité absolue du traitement.

Il est bien difficile de songer, dès l'apparition des névralgies, à de graves lésions de la colonne vertébrale. La douleur est un phénomène si banal, qu'on ne saurait compter sur elle pour faire le diagnostic. Mais lorsqu'elle est tenace, persistante, lorsqu'elle est rebelle à tout traitement, elle mérite déjà de fixer l'attention. Mais parmi les phénomènes que nous avons observés, il y en a 2 qui, associés à la douleur, nous paraissent avoir une importance réelle : c'est l'exagération des réflexes qui témoigne d'une irritabilité toute particulière de la moelle, et la fièvre, indice d'une infection trop souvent due à la tuberculose.

M. Moutard-Martin cite un cas où une sciatique, résistant pendant 2 ans à tout traitement, fut en fin de compte reconnue comme causée par un ostéo-sarcome iliaque. Il croit l'on peut donc que dans toute névralgie rebelle explorer minutieusement le squelette, car c'est souvent dans une lésion osseuse que l'on trouvera la cause de la névralgie.

M. Achard fait observer que les accidents décrits par M. Siredey s'observent presque uniquement chez l'adulte; la raison de ce fait doit être cherchée dans la résistance plus grande qu'opposent les vertèbres de l'adulte aux lésions tuberculeuses; l'absence fréquente de gibbosité chez les adultes atteints d'ostéite vertébrale tuberculeuse et une preuve de cette résistance.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 Février 1897.

Traitement de la chlorose.

M. Barbier rappelle d'abord que dans le groupe des chloro-anémies, il existe une forme bien individualisée, la chlorose où des influences diverses, héréditaires ou non, créent un terrain particulier caractérisé par la fragilité des hématies aux causes de destruction. Dans la chlorose, les éléments jeunes, néoformés, n'ont pas tendance à se transformer en globules adultes, d'où l'abondance, dans le sang des chlorotiques, de petits globules rouges se détruisant très facilement, et l'hémoglobine mise en liberté est transformée par le foie puis éliminée par les urines. Il résulte de tout cela que le sang des chlorotiques renferme moins d'hématies que le sang normal, et que les hématies qui restent sont peu chargées en hémoglobine, très fragiles, et en partie mal développées.

Au point de vue thérapeutique, la perte de fer dans la chlorose est une indication de tout premier ordre, qui mène droit au traitement spécifique de la chlorose par le fer.

D'après M. Hayem, dans les chloroses de moyenne intensité, la perte de fer réellement subie par l'organisme est de 1,50. Il faut donc, dans un temps normal qui représente la durée maxima du traitement, rendre artificiellement au sang un fer assimilable en quantité suffisante pour compenser celui qui a été perdu antérieurement par l'organisme et celui qui est nécessaire à l'usure globulaire journalière. En remplissant cette indication, on provoque chez les chlorotiques un processus de régénération du sang, processus qui passe, comme l'a montré M. Hayem, par deux phases successives : 1° multiplication des hématies, ramenant celles-ci à leur nombre normal; 2° perfectionnement des hématies, rendant aux globules rouges leur forme, leur dimension normales et leur richesse normale en hémoglobine. Les examens directs de sang permettent de suivre cette évolution curative; le traitement ferrugineux doit être poursuivi jusqu'à ce que toutes ces transformations heureuses soient effectuées et consolidées.

Au point de vue pratique, il est essentiel de savoir que la fonction de réparation du sang comprend les deux actes successifs qui viennent d'être indiqués. Le premier acte, celui de la multiplication des hématies, peut être provoqué par un certain nombre d'influences physiques, climatériques, etc., agissant par stimulation nerveuse ou nutritive, d'où l'utilité de la médication adjuvante. Mais le second acte, qui doit rendre aux hématies leur teneur en hémoglobine, ne peut s'accomplir dans un milieu organique où les réserves de fer sont épuisées; voilà pourquoi les guérisons obtenues par l'usage seul de la médication adjuvante sont d'ordinaire bien fragiles; il faut nécessairement en arriver à l'emploi de la médication ferrugineuse.

L'alimentation seule n'est-elle pas capable de fournir aux chlorotiques la quantité de fer suffisante pour réparer leurs pertes en hémoglobine? Avec MM. Hayem, Immermann, Baumler et autres, M. Barbier repousse cette manière de voir, en prenant comme base de son calcul une perte fixe de fer de 1,50 chez les chlorotiques habituels, et une perte journalière par la bile de 0,04, il montre que, avec un régime alimentaire très substantiel, il faudrait 75 jours pour rendre au sang le fer organique qui lui manque, et que, avec un régime ordinaire, l'apport en fer est de beaucoup insuffisant.

Comme préparation ferrugineuse il faut, d'après M. Barbier, donner la préférence à un sel ferreux capable de se transformer dans l'estomac en chlorure ferreux. On utilisera donc le protoxalate, le lactate ferreux, le protochlorure, le proto-iodure, le citrate de fer ammoniacal, le tartrate ferricopotassique. On doit commencer par une dose faible, donnée 2 fois par jour, immédiatement avant le repas, pour arriver le plus vite possible à la dose utile et durable (0,40 de protoxalate de fer *pro die*).

Il est important de s'assurer : 1° que le médicament n'irrite pas l'estomac; au besoin on l'associerait alors à un médicament tel que gentiane, noix vomique, columbo, rhubarbe, alcalins, HCI; 2° que le fer est bien digéré; dans le cas contraire les fèces prennent une coloration noire.

Le traitement doit être continué longtemps, en ayant soin, pour éviter l'intolérance, d'interrompre de temps en temps son usage pendant 8 à 15 jours, suivant la pratique de M. Hayem. Il peut être utile aussi de varier la prépartion employée.

Comme médication adjuvante, M. Barbier insiste sur le repos et tous les moyens thérapeutiques aptes à stimuler la nutrition chez les chlorotiques : hydrothérapie froide ou chaude, à condition qu'on puisse compter ser un effort réactionnel de l'organisme; inhalations d'oxygène (10 à 12 litres par jour), air pur de la campagne (repos au grand air), altitude, qui provoque et entretient l'augmentation des hématies.

Dans la chlorose on a obtenu quelques résultats favorables par l'emploi du manganèse et de l'arsenic qui agissent sans doute comme adjuvants par excitation de l'organisme. De même l'emploi des eaux minérales ferrugineuses est avantageux comme adjuvant du traitement, par la stimulation de l'appétit et l'excitation de toutes les fonctions de l'organisme.

Des dyspepsies qu'on trouve chez les chlorotiques les unes sont la conséquence d'une alimentation défectueuse, irritante, imposée à ces malades, d'autres sont occasionnées par des médications intempestives ou mal supportées (fer, arsenic, quinquina), d'autres encore relèvent directement de la chlosose (chlorose dyspeptique).

D'une façon générale, dans la grande majorité des cas, le régime lacté donne d'excellents résultats. On doit commencer par soigner l'estomac pendant plusieurs semaines avant de donner du fer, et on ne doit commencer le fer que par doses très faibles.

Dans les hyperpepsies, il est bon d'ajouter au fer un peu de magnésie et souvent l'apparition ou la réapparition de l'hyperchlorhydrie oblige à en suspendre momentanément l'emploi; dans les hypopepsies, le fer est bien toléré; pour assurer son absorption, il est utile de donner en même temps de l'HCl (une cuillerée à soupe de la solution au 1000e après le repas, dans un verre d'eau sucrée).

M. Huchard établit dans les chloroses vraies, au point de vue du traitement, 3 catégories : celle où le fer est inutile, celle où il est nuisible, celle où il est utile.

1° Les premières sont représentées par les chloroses au premier degré de Hayem. Là il suffit du repos, d'une alimentation convenable, d'air et de soleil.

2° Les secondes sont les chloroses dyspeptiques. L'éréthisme vasculaire auquel exposeraient chez les malades excitables les préparations ferrugineuses n'est jamais occasionné par la médication martiale elle-même; il survient seulement quand le fer est prescrit aux dyspeptiques.

3° Les chloroses sans dyspepsies qui relèvent du fer administré à petites doses.

Les diverses complications de la chlorose, ce qu'on pourrait appeler les manifestations parachlorotiques, doivent être traitées non par le fer, mais par une thérapeutique symptomatique.

M. Huchard proscrit les toniques divers qui sont pour le moins inutiles; il considère les hautes altitudes comme dangereuses pour les chlorotiques excitables, et même, d'une manière générale, pour toutes les chlorotiques, qui ne doivent pas séjourner à des altitudes atteignant ou dépassant 1 000 mètres.

Le traitement de la chlorose se résume en ces mots : air, repos et fer; peu ou pas de médicaments.

M. Le Gendre élimine également les chloro-anémies du cadre de la question et pense qu'on peu faire, la plupart du temps, le diagnostic de chlorose.

Le repos est utile, mais il améliore sans guérir; dans la plupart des cas il donne de fausses guérisons suivies de rechutes; le fer est indispensable pour obtenir la guérison complète. On ne doit jamais envoyer les chlorotiques au bord de la mer, même les chloroses torpides des lymphatiques n'en tirent aucun bénéfice, et souvent la maladie subit une notable aggravation. Les grandes altitudes ont également une influence fâcheuse, peut-être attribuable à la diminution de la pression atmosphérique, si on en rapproche ce fait que beaucoup de chlorotiques guérissent par une cure de bains d'air comprimé.

La balnéation chlorurée sodique est souvent utile, mais la condition essentielle c'est que les bains ne soient pas trop riches en sel.

M. Ferrand a obtenu lui aussi d'excellents résultats des bains d'air comprimé et des bains salins ou sulfureux.

M. Barbier, en examinant systématiquement les urines de toutes ses chlorotiques, y a trouvé toujours de l'albumine à doses très faibles : il est assez porté à penser que cette albuminurie légère tient peut-être à l'élimination de principes toxiques irritant le rein au passage.

M. Huchard considère qu'il s'agit là sans doute d'une albuminurie dyscrasique sans détermination rénale, par conséquent d'un symptôme banal sans importance aucune.

M. Le Gendre a trouvé aussi très souvent chez les chlorotiques de très petites quantités d'albumine urinaire; celle-ci est explicable généralement par la dyspepsie concomitante, ou bien par la fatigue (cas analogues à ceux qui ont fait croire à l'albuminurie physiologique), ou bien par la leucorrhée dont ces malades sont atteintes si souvent. Jamais on ne trouve d'éléments du rein dans les urines albuminuriques des chlorotiques.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 1er Février 1897.

Érysipèle traité par le sérum antistreptococcique.

M. Carrière.— Un tabétique contracte, le 19 janvier, un érysipèle de la face. Au 2e jour de la maladie, la température étant élevée (40°2), on injecta 10 centim. cubes de sérum antistreptococcique. Le lendemain matin, la température n'était que de 38°2, mais les signes locaux persistaient intégralement.

La température remonta immédiatement et resta entre 39°8 et 40 jusqu'au 7e jour où la défervescence se produisit. Malgré tout, le malade continua à être oppressé l'état général s'aggrava; la température remontait à 38°8 les jours suivants en même temps qu'apparaissaient des plaques érysipélatiformes à la jambe et l'avant-bras gauche.

Nouvelle injection de sérum antistreptococcique et de 650 grammes de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans amélioration ni chute thermique. Deux jours après nouvelle injection antistreptococcique. Aggravation des phénomènes généraux et locaux. Mort.

Je constate le fait sans chercher à l'interpréter et ne puis que conclure à l'inefficacité du sérum dans ce cas. A l'autopsie on n'a trouvé nulle part d'abcès métastatiques.

M. Antony. — Les statistiques diverses recueillies dans les hôpitaux de Paris prouvent le peu d'effet du sérum de Marmorek. L'érysipèle est une maladie cyclique, la première partie de la courbe de la température correspond bien à l'évolution de cette affection; je ne serais pas éloigné de croire que plusieurs des accidents ultimes sont l'effet du sérum.

M. Arnozan, à la suite d'un fait malheureux observé dans sa clientèle, fait les plus grandes réserves sur l'innocuité des injections de sérum antistreptococcique.

Coexistence de lésions syphilitiques et tuberculeuses chez le même sujet.

M. Gibert. — Charles G..., 25 ans, a eu à 10 ans une pleurésie gauche. A 15 ans, abcès tuberculeux à la partie inférieure du bras droit.

Au mois de mars 1896, chancre syphilitique entre les 2 incisives médianes, sur la gencive supérieure.

Il présente, actuellement, des papules petites comme des têtes d'épingles disposées en groupes de huit à dix, placées très près les unes des autres ou se réunissant pour former des plaques d'une certaine étendue, d'une coloration rouge cuivrée.

Cette éruption est disséminée sur presque toute la surface du corps. Il s'agit d'un cas de lichen syphilitique. Mais le malade présente en outre dans les régions préauriculaires et sternomastoïdiennes de volumineux ganglions ramollis, manifestement tuberculeux.

Cette association de tuberculose et de syphilis, encore assez fréquente, implique un pronostic généralement défavorable.

M. Anthony. — L'examen bactériologique du pus contenu dans ces ganglions est utile pour établir le diagnostic, surtout à cause du siège du chancre sur les gencives.

Pouce supplémentaire de la main droite.

M. Anderodias. — Le sujet que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie, est un homme d'une trentaine d'années qui porte à sa main droite un pouce supplémentaire.

Ce pouce, sans présenter les dimensions de son congénère est assez bien développé. Il a deux phalanges unies par une articulation fonctionnant très bien ; également une articulation métacarpo-phalangienne. Les mouvements volontaires sont très limités.

Cet homme vint dans le service de Demons pour se faire désarticuler ce doigt qui, sans le faire souffrir, le gênait beaucoup. Dans ses antécédents héréditaires le sujet ne signale aucune anomalie du même genre : seulement un de ses cousins avait un pouce dont la deuxième phalange portait deux angles séparés par un intervalle de peau saine.

Hypertrophie de la prostate.

MM. Vitrac et **Laubié** présentent une prostate hypertrophié dont le volume et la dureté considérables avaient fait penser à une tumeur de la prostate et avait amené l'oblitération complète de l'urèthre et des uretères. A l'autopsie on a trouvé

une prostate uniformément hypertrophiée. Une coupe dans l'axe de l'urèthre montrait un conduit filiforme qui bientôt oblitéré se perdait dans la masse de l'organe. La vessie, petite, avait une paroi très hypertrophiée et le bas-fond contenait une centaine de grammes d'urine purulente; à l'intérieur on ne pouvait retrouver les orifices des uretères, qui, distendus à leur partie supérieure, avaient le volume du doigt. Les parois de la vessie étaient remplis de pus, ainsi que la cavité de Retzius qui simulait une véritable poche vésicale.

Les deux reins volumineux étaient atteints de pyonéphrose.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Février 1896.

Tumeurs kystiques de la mamelle.

M. Coyne. — Voici une mamelle sur laquelle on remarque dans le voisinage du mamelon deux petites cavités kystiques avec végétations assez volumineuses analogues à celles de la salpingite végétante. Ces végétations ont proliféré dans la cavité kystique; les ganglions axillaires étaient augmentés de volume; cet état durait depuis six ans et il s'écoulait du sang du mamelon.

L'ablation totale de la mamelle fut pratiquée ; la malade a été suivie depuis et n'a pas eu de récidive.

Les tumeurs kystiques sont susceptibles de subir un processus végétant et une transformation épithéliomateuse. En conséquence, j'estime qu'il y a toujours lieu de les enlever.

Epithélioma primitif du corps de l'utérus.

M. Vitrac. — Je présente une tumeur de la grosseur de deux poings, enlevée chez une femme âgée de quarante-deux ans. Ménopause à quarante ans. Un an après pertes blanches puis sanguines, de plus en plus intenses. Amaigrissement. Corps utérin volumineux, dur; col très dur; hystérométrie impossible. Le diagnostic hésita entre petit fibrome ou cancer primitif du corps de l'utérus.

Il est admis par les classiques que le cancer primitif du corps donne une sensation de mollesse. Or, celui-ci était très dur. Cette dureté trouvait sa raison d'être dans une hypertrophie considérable du tissu conjonctif et des modifications vasculaires notables.

L'hystérectomie vaginale fut tentée d'abord: mais il fallut recourir à l'incision de l'abdomen. L'appendice était adhérent au fond de l'utérus et il dut être réséqué.

Chez une autre femme de cinquante-deux ans les métrorrhagies avaient persisté malgré un curettage. Ménopause quatre ans auparavant. L'hystérectomie vaginale ne donna encore pas de résultats malgré la section médiane de l'utérus. Cet organe était tellement mou qu'il se déchirait à chaque traction laissant écouler de ses parois un liquide putride. Il fallut recourir à l'hystérectomie abdominale. Il s'agissait également ici d'un cancer primitif du corps de l'utérus.

M. Binaud. — Le diagnostic du cancer primitif est souvent difficile. M. Vitrac a dit que pour ce diagnostic les auteurs classiques s'appuient sur la mollesse du corps de l'organe; je ne crois pas que ce signe soit nettement indiqué dans ces auteurs. C'est M. Demons, qui le premier a attiré l'attention sur ce point.

Ce signe même n'est pas encore absolu et je me souviens d'un cas où l'utérus était tellement mou que je pensais à un cancer primitif, alors que c'était un fibrome sphacélé.

M. Demons. — Il faut aussi considérer l'âge de la malade, avant de faire ce diagnostic. Lorsque la ménopause est passée depuis une longue date les fibromes surviennent rarement; ou, s'ils existent, ils ne se manifestent par aucun signe; il faut alors faire le diagnostic entre le cancer et l'endométrite des femmes âgées qui pour moi est très rare. En second lieu il faut tenir compte de l'abondance des pertes aqueuses qui est un bon signe du cancer.

M. Vitrac. — Les grandes pertes séreuses peuvent aussi exister quelquefois dans les polypes sphacélés et se présentent même avec une certaine fétidité.

Placenta bilobaire. Hémorrhagie de la délivrance traitée par la transfusion rectale.

M. Fieux. — Chez une accouchée, dans des conditions normales, la délivrance s'étant faite naturellement, j'ai constaté un placenta constitué par deux masses cotylédonaires, nettement distinctes, réunies par deux gros vaisseaux serpentant sous les membranes. Le cordon se dissociait avant d'arriver à la plus grosse de ces masses sur laquelle il s'insérait. La délivrance fut suivie d'une hémorrhagie par inertie utérine que les moyens habituels ne purent arrêter.

Je fis alors à cette femme une injection sous-cutanée de quatre-vingts centimètres cubes, tout au plus, de sérum artificiel, car je n'avais à ma disposition, en ce moment, qu'une seringue de Roux. Mais en même temps je lui faisais donner un lavement de deux litres d'eau salée; au bout de quelques instants, la contractilité utérine reparut et l'hémorrhagie cessa. Je crois que cette action est due non à la minime transfusion sous-cutanée mais à la copieuse injection rectale que je fis donner.

M. Chaleix. — Dans un cas d'hémorrhagie persistante par plaie du vagin je fis donner à la malade un grand lavement d'eau salée ; elle se releva peu à peu et ce fait peut contribuer à la valeur de la transfusion rectale chez les hémorrhagiées.

M. Lefour. — Je reproche aux injections sous-cutanées, la lenteur de l'absorption. Il vaut mieux dans des cas pareils recourir aux injections intra-veineuses.

M. Chaleix. — Il m'a semblé que cette lenteur n'était pas un obstacle au relèvement de l'état général. D'ailleurs l'absorption est chez ces femmes assez rapide, et l'on voit disparaître très vite la tuméfaction produite par le liquide injecté.

M. Audebert. — Il faut encore tenir compte des tissus cellulaires (sillons rétro-trochantérien blancs) et aussi de certaines dispositions individuelles (femmes grasses).

M. Binaud. — Entre la transfusion veineuse exigeant beaucoup de précautions et les injections rectales, je préférerais ces dernières dont l'efficacité paraît manifeste.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séances du 23 Décembre 1896.

Calcul de la vessie chez un enfant de 3 ans, traité par la taille hypogastrique avec suture de la vessie. Guérison.

M. Frœlich. — Un petit garçon de 3 ans souffrait depuis un an de crises douloureuses vésicales qui survenaient plusieurs fois chaque heure et étaient suivies de l'émission de quelques gouttes. Depuis 6 mois, l'enfant présente de l'incontinence vraie. Il n'a jamais eu de sang dans ses urines, a maigri et marche courbé en avant. Au toucher rectal on sent une tumeur du volume d'une noix, très dure, immobile, située derrière le pubis. Une sonde en gomme noire introduite dans la vessie donne le frottement pathognomonique du calcul; à un nouvel examen, on sent qu'au-dessous du calcul se trouve une masse surajoutée et qui pendant l'exploration le calcul se désenclave et file hors de partie du doigt.

Par la taille hypogastrique, on arrive sur une vessie dont les parois sont énormément hypertrophiées (2 cent.) et dont le volume, à l'état de vacuité, est celui d'un gros œuf de poule. Le calcul est en sablier, il a 4 centimètres et demi de long sur 2 et demi de large. Un des globes du sablier est d'acide urique, l'autre est phosphatique. Le calcul urique était enclavé dans une loge près de l'urèthre; le phosphatique proéminant dans la vessie. Suture de la vessie avec 5 fils de soie par simple juxtaposition de la tranche vésicale; suture de la paroi abdominale au crin de Florence avec un petit drain à l'angle inférieur. Sonde à demeure, enlevée le cinquième jour. Le onzième, guérison. L'incontinence et les crises douloureuses avaient cessé.

En me basant sur mes observations personnelles et sur celles

de MM. Gross, Schweigger, Alexandrow, Dittel, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

a. La symptomatologie de la lithiase vésicale chez l'enfant diffère de celle de l'adulte. Chez l'enfant, jamais d'hémorrhagies, rarement de cystite, mais *des crises douloureuses* qui imposent au petit malade une attitude spéciale (courbé en avant); *de l'incontinence d'urine*, le sphincter étant forcé par le calcul (cette incontinence n'est pas fausse); *des accès de rétention d'urine*, soit temporaire, soit permanente et alors très grave.

b. Au point de vue anatomo-pathologique, chez l'enfant : les calculs s'enchatonnent souvent contrairement, à ce que l'on a prétendu : le muscle vésical s'hypertrophie dans des proportions énormes, mais la muqueuse reste saine, ne devient ni fongueuse, ni saignante; l'infection est rare.

c. Sous le rapport du traitement la taille hypodermique seule doit être employée chez l'enfant à l'exclusion de la lithotritie.

La suture de la vessie (cystotomie idéale) est l'opération d choix chez l'enfant (40 réussites sur 56 cas, Alexandrow); mais chez l'adulte la proportion est inverse. Il est préférable de placer une sonde pendant 5 à 6 jours.

M. Gross insiste sur la taille hypogastrique et suture de la vessie, commme étant l'opération idéale.

M. Rohmer communique un cas de décollement de la rétine chez un individu de 45 ans, non myope, datant d'un an comprenant le tiers inférieur de cette membrane qui guérit en 5 jours à la suite d'une ponction et du repos au lit.

Le camphre comme médicament anti-galactogogue.

M. Hergott. — On sait combien parfois il est difficile de tarir la sécrétion lactée quand, pour une cause ou une autre le médecin est obligé de supprimer l'allaitement.

La plupart des moyens employés (purgations, compresses, diète, etc.), ont une action plutôt morale qu'effective.

Il y a quelques années, en 1890, Tennissän publiait, dans le numéro du 18 octobre du *British medical Journal*, les bons effets obtenus avec l'antipyrine comme agent anti-galactogogue. Dans 6 cas où ce médicament avait été employé à la dose de 1 gr. 20 à 60 centigrammes par jour et à 3 ou 5 reqrises, il avait vu la sécrétion lactée diminuer presque complètement chez 5 de ses accouchées. Malheureusement les résultats jusqu'ici obtenus sont loin d'avoir été aussi satisfaisants. Il faut des doses notablement plus élevées qui ne sont pas sans inconvénients. J'ai eu depuis quelque temps recours au camphre pour tarir la sécrétion lactée, avec une dose de 60 centigrammes par jour, en 3 fois, par cachets de 20 centigrammes et cela pendant 3 jours. Dans une trentaine de cas la sécrétion a presque toujours diminué d'une façon tout à fait remarquable. J'ai été amené à faire usage du camphre comme anti-galactogogue par les résultats obtenus par M. A. Kiener, de la Forge, près de Wolbach (Haute-Alsace) sur les animaux et en particulier sur les vaches laitières, résultats qui semblent tout à fait probants.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 Février 1897.

Influence de la bicyclette sur le cœur et les reins.

M. Albu qui a examiné 12 vélocipédistes avant et après des courses à bicyclette dont la durée variait de 5 à 30 minutes a constaté que chez tous les sujets, après la course, le choc de la pointe du cœur était excessivement énergique et, en même temps, que cette pointe était abaissée de 1 à 2 centimètres. En outre il y avait un renforcement du second bruit de l'artère pulmonaire et du second bruit aortique. Il existait donc là une dilatation aiguë du cœur par surmenage. Le pouls était accéléré, petit, mou, souvent filiforme et presque imperceptible; il existait encore de la dyspnée avec cyanose des lèvres et de la face.

La dilatation du cœur avec les symptômes ci-dessus persistent quelquefois plusieurs heures. On comprend alors que si les courses sont trop souvent renouvelées cette dilatation aiguë peut se transformer en dilatation chronique et amener une hypertrophie du ventricule gauche, qui existait du reste chez deux coureurs.

Un autre phénomène constaté par M. Albu chez les bicyclistes après une course était l'apparition d'une albuminurie légère (50 centigr. par litre) que Leube a constatée chez des soldats après des marches forcées et que Senator, Aufrecht, Kolbe ont signalée chez des canotiers.

Cette albuminurie est due soit à la stase du sang dans le cœur, soit à une auto-intoxication. Cette dernière théorie s'appuie sur ce fait, à savoir que l'on constate de nombreux cristaux d'acide oxalique dans l'urine. En outre, au microscope, on trouve dans ce liquide des cylindres hyalins et granuleux. Müller y a vu, de son côté, des cylindres épithéliaux. Ces constatations permettent de supposer le développement d'une néphrite parenchymateuse.

M. Patschkowsky dit n'avoir jamais trouvé d'albumine dans son urine après des courses à bicyclette.

M. Mackenrodt a constaté la présence d'albumine dans son urine dans ces conditions sans en éprouver aucun inconvénient. Pour lui les courses à bicyclette sont très utiles pour les jeunes filles chlorotiques, à la condition qu'elles n'aient pas de lésions des ovaires.

M. Rosenthal a vu se développer une myocardite chez un syphilitique à la suite d'un exercice vélocipédique.

M. Virchow pense qu'il serait utile de modifier l'attitude habituelle du corps dans les courses à bicyclette, car dans les conditions actuelles le tronc étant courbé en avant, la veine cave inférieure est fortement comprimée, d'où il résulte un trouble de la circulation rénale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 8 Février 1897.

Appendicite chez les enfatns.

M. Renvers a observé dans son service 134 cas d'appendicite chez 72 hommes et 62 femmes; 47 de ces malades ont été passés immédiatement dans le service de chirurgie. Sur les 87 malades qui restèrent dans le service de médecine, 3 seulement ont succombé, dont un 24 heures après son entrée à l'hôpital. Sur les 47 malades qui furent opérés, 10 sont morts, soit une mortalité de 21 p. 100.

La mortalité totale de ces 134 cas a donc été de 9, 7 p. 100, chiffre sensiblement égal à celui d''autres statistiques.

Seul Sonnenburg a eu une mortalité de 18 p. 100, chiffre élevé qui s'explique par l'état désespéré de ses malades au moment de l'intervention. On peut donc en conclure qu'il ne faut pas opérer quand il y a une péritonite généralisée. Même lorsque la péritonite est circonscrite, mais compliquée, M. Renvers est d'avis de différer l'opération.

Au point de vue clinique M. Renvers distingue deux variétés de pérityphlite : 1° la pérityphlite simple sans suppuration, mais avec une inflammation de l'appendice portant sur la séreuse de l'intestin et le péritoine et se manifestant par épanchement séreux ou fibrineux, une température élevée, mais redevenant normale au bout de deux à trois jours, tout l'orage cessant au bout de cinq jours sans que toutefois la guérison soit définitive; 2° la pérityphlite purulente par suppuration de l'appendice qui est le siège d'ulcérations, de calculs, etc.; cette pérityphlite guérissant le plus souvent à la suite de l'opération, sans récidiver. On pourrait enfin considérer comme une troisième variété de pérityphlite celle qui a envahi le péritoine.

Quant à la guérison spontanée de a pérityphlite spontanée M. Renvers n'y croit pas. Il croit que la guérison ne peut être obtenue que si le pus est évacué à la suite d'une ponction ou d'une incision.

M. A. Baginsky a observé sur un total de 2 900 enfants entrés dans son service durant ces dernières années, 25 cas de pérityphlite dont 19 ont guéri sans intervention, 2 ont succombé sans avoir été opérés et 4 après l'avoir été.

D'après M. Baginsky, le diagnostic de la pérityphlite chez les enfants n'est pas très difficile, à la condition de tenir compte des premiers symptômes, à coliques transitoires, maux d'estomac passagers, troubles de la digestion, etc. D'une façon générale, il ne faut pas trop reculer le moment de l'intervention, mais quand la péritonite est généralisée, il vaut mieux ne pas opérer; par contre, l'opération est indiquée lorsqu'il existe un foyer purulent, un abcès circonscrit.

M. Fürbringer a observé depuis dix ans 389 cas de pérityphlite, dont 335 chez des adultes avec 25 décès, soit une mortalité de 7, 4 p. 100, et 54 chez des enfants. En retranchant de ce dernier nombre 14 jeunes gens presque déjà adultes, il reste 40 enfants dont 2 sont morts, soit une léthalité de 3, 7 p. 100. Des 52 survivants 38 ont guéri sans aucun accident: 8 sont sortis de l'hôpital seulement améliorés et ont eu certainement des récidives; 6 enfants ont été envoyés dans le service de M. Hahn afin d'être opérés.

Pour M. Fürbringer les résultats du traitement purement médical de la pérityphlite ne sont pas assez mauvais et ceux du traitement chirurgical pas assez satisfaisants pour justifier l'intervention chirurgicale dans tous les cas comme on l'exige.

M. Sonnenburg a opéré 37 cas de pérityphlite chez des enfants dont 17 étaient atteints de pérityphlite pour la première fois. Sur ces 37 cas il a eu 6 morts, soit une mortalité de 16 p. 100.

Pour M. Sonnenburg l'inconvénient du traitement par l'expectation est d'exposer le malade à des rechutes souvent très graves et l'on sait que ces rechutes peuvent se produire à des intervalles de 10 à 17 et 20 ans, tandis la rechute est sûrement évitée par la résection de l'appendice.

Dilatation aiguë du cœur.

M. Stadelmann rapporte l'observation d'une malade atteinte d'une lésion cardiaque commune, à insuffisance et rétrécissement peu prononcé de la valvule mitrale, qui vint le consulter pour une cyanose très intense du visage et une énorme tuméfaction des deux joues; elle racontait qu'elle avait eu souvent des palpitations de cœur, et que depuis le mois de décembre elle était très oppressée.

Le repos et la digitale améliorèrent rapidement l'état de cette malade, mais la persistance de la matité cardiaque fit porter le diagnostic de dilatation aiguë du cœur, consécutive à un surmenage physique : cette femme, en effet, s'est livrée depuis l'âge de dix-sept ans à des travaux corporels très fatigants.

Rétrécissement intestinal compliqué de diverticule de Meckel.

M. Ewald communique l'observation d'une femme de quarante-deux ans prise brusquement de violentes douleurs à l'estomac, avec vomissements, constipation et ictère. Quelques mois plus tard il survint des coliques intenses et un énorme météorisme abdominal.

La malade ayant succombé avec tous les symptômes d'une perforation intestinale, on trouva à l'autopsie un rétrécissement très prononcé de l'intestin grêle, au-dessus duquel il y avait une perforation. Immédiatement au-dessus de cette perforation il existait un diverticule de Meckel qui pénétrait dans l'intestin comme un doigt de gant.

La vésicule biliaire renfermait un grand nombre de calculs. Il est donc possible que les premiers accidents éprouvés par la malade aient été causés par un calcul biliaire.

ANGLETERRE

MIDLAND MEDICAL SOCIETY

Séance du 17 Février 1897.

Anévrysme de la carotide interne.

M. Prosser a présenté une femme de 70 ans qui était entrée il y a quelques années à l'hôpital pour une tumeur pulsatile développée en avant de l'oreille droite. L'examen ayant montré que la tumeur était un anévrysme de la carotide interne, on a fait la ligature de la carotide primitive du côté droit. Les pulsations disparurent de la tumeur et celle-ci diminua de volume au bout de quelque temps. L'opération n'eut pourtant qu'un succès passager, car quelque temps après la tumeur augmenta de nouveau de volume et présenta les pulsations qui avaient disparu après la ligature. Dernièrement il y eut même un suintement sanguinolent à la surface de la tumeur, arrêté par l'application locale d'astringents.

Ectopie du testicule.

M. Heaton a présenté un garçon de 14 ans qui offre une tuméfaction de la moitié gauche du périnée, un peu en avant de l'anus. A l'examen on trouve que le testicule gauche ne se trouve pas dans le scrotum et que la moitié gauche du scrotum est atrophiée. Il s'agit donc d'un cas rare d'ectopie du testicule qui forme probablement la tumeur périnéale.

Pour remédier à cet état, M. Heaton se propose de disséquer le testicule retenu dans le périnée et de le fixer au fond du scrotum, opération qu'il a déjà faite avec succès, il y a deux ans, dans un cas analogue.

MÉDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 22 Février 1897.

Cystoscopie et néphrectomie.

M. Hurry Fenwik a cité plusieurs cas pour montrer les grands services que peut rendre la cystoscopie dans le diagnostic des affections rénales exigeant une intervention chirurgicale active qui, le plus souvent, sera une néphrectomie.

Le premier cas est celui d'un homme atteint de pyurie avec fièvre vespérale et malaise, mais sans autres symptômes indiquant une lésion rénale. L'examen cystoscopique montra avec la plus grande évidence l'existence d'un écoulement purulent par l'orifice uretéral gauche. Le pus qui sortait a forme d'un macaroni tiré à travers un trou. Il était donc évident que la pyurie tenait à une pyonéphrose gauche. La néphrectomie confirma du reste ce diagnostic, car à l'opération on trouva le rein gauche atteint de pyonéphrose et renfermant 5 calculs.

Le second cas se rapporte à une femme de 32 ans qui depuis quelques temps présentait de la fréquence des mictions qui étaient douloureuses et en même temps du sang et du pus dans l'urine. On avait diagnostiqué chez elle un rein mobile et un déplacement de l'utérus, et la malade était depuis 6 mois soignée par un gynécologue. L'examen cystoscopique de la vessie fit voir l'orifice uretéral gauche rouge, saignant, manifestement tuberculeux. L'urine examinée au point de vue bactériologique renfermait des bacilles tuberculeux. Il s'agissait donc d'une tuberculose du rein gauche qui fut enlevé et qui renfermait de nombreux accès tuberculeux. La malade guérit.

La 3e observation a trait à un homme de 59 ans chez lequel on avait diagnostiqué un papillome de la vessie, en s'appuyant sur l'existence, depuis 9 mois, d'hématuries indolores. La cystoscopie montra un écoulement du sang pur par l'uretère droit, mais pas de tumeur vésicale. La néphrectomie montra que le centre du rein droit était occupé par une tumeur. Le malade guérit.

Chez un autre malade, un homme de 70 ans chez lequel également toute la symptomatologie se réduirait à des hématuries, la cystoscopie montra que le sang venait de l'uretère droit. Le chirurgien qui a été appelé à faire la néphrectomie, ayant trouvé le rein mis à nu, tout à fait sain, ferma la plaie. L'hémorrhagie continua, et lorsque 2 ans après on trouva dans l'urine des parcelles de tumeur villeuse, on attribua les hématuries à une tumeur de la vessie.

Le malade étant allé de nouveau trouver M. Fenwick celui-ci refit la cystoscopie qui encore une fois montra l'absence de toute tumeur vésicale et fit voir encore une fois que le sang venait de l'uretère droit. On fit la néphrectomie et on trouva le rein droit entièrement envahi par une tumeur villeuse.

Ces quelques exemples montrent, d'après M. Fenwick, le secours que la cystoscopie peut apporter dans le diagnostic des affections rénales. Aussi M. Fenwick pose-t-il un principe que dans tous les cas d'hématuries ou de pyurie sans symptômes du côté des voies urinaires, on droit pratiquer la cystoscopie qui permet de reconnaître le siège et la localisation de l'affection, et d'intervenir à temps. C'est ainsi que sur 21 néphrectomies faites après examen cystoscopique, M. Fenwick n'a eu que 2 morts.

M. Luckwood cite un cas où la cystoscopie lui a permis de reconnaître que le pus qu'on trouvait drns l'urine du malade, venait du rein droit.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 19 Février 1897.

Influence des préparations de glande pituitaire et de glande thyroïde sur les échanges interstitiels.

M. A. Schiff expose tout d'abord les relations qui existent entre la glande pituitaire et la glande thyroïde. Toutes les deux présentent la même structure anatomique, et les expériences sur des lapins ont montré que la thyroïdectomie provoque une hypertrophie vicariante de la glande pituitaire. Le même fait a été constaté dans le myxœdème; enfin comme la glande thyroïde, la glande pituitaire renferme de l'iode.

Personnellement M. Schiff a étudié les modifications des échanges interstitiels chez 3 acromégaliques soumis au traitement par les préparations de glande pituitaire. Il a constaté que les échanges d'azote étaient modifiés d'une façon insensible mais qu'en revanche il y avait une augmentation de l'élimination des phosphates, fait qu'il attribue à la destruction d'un tissu riche en phosphore et pauvre en azote (tissu osseux).

Les recherches faites sur des glandes thyroïdes ont permis de constater une augmentation de la diurèse et une diminution du poids par destruction des substances albumidoïdes. La thyroïdine en particulier provoquait une augmentation de l'excrétion d'acide phosphorique.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 24 Janvier 1897.

Traitement des grossesses extra-utérines.

M. Henrotay (d'Anvers). — Dans le traitement de la grossesse extra-utérine, il y a lieu d'envisager, au point de vue de la lésion à traiter :

1° La grossesse ectopique en évolution ou avortée (hématosalpinx), mais sans rupture tubaire;

2° La rupture cataclysmique ou inondation péritonéale;

3° La rupture simple ou lente ou l'avortement abdominal, et mieux encore, leur aboutissant : l'hématocèle.

Dans tous les cas de grossesse ectopique évoluant ou avortée, c'est à la laparotomie et à l'enlèvement de la trompe gravide qu'il faut avoir recours. L'hystérectomie, proposée par M. Rouffart comme n'aggravant pas l'intervention et évitant les dangers de récidive, me paraît condamnable dans ces cas. Car nous ne connaissons pas l'étiologie du développement intra-tubaire de l'œuf, et les lésions de la péritonite adhésive, dans la grossesse ectopique, ne justifient pas l'enlèvement d'une trompe à pavillon obturé ou d'un ovaire adhérent. L'hystérectomie vaginale doit être réservée aux cas de grosses lésions bilatérales manifestes ou de lésions relativement peu importantes, mais en rapport avec la blennorrhagie. Dans tous les autres cas, c'est la cœliotomie vaginale qui est l'opération de choix.

Dans la rupture brusque avec inondation péritonéale, l'accord est à peu près unanime pour faire la laparotomie, qui seule, permet d'aller sûrement à la recherche du vaisseau qui donne et de le lier.

Pour ce qui est de l'hématocèle intra-péritonéale, je donne encore la préférence à la laparotomie, l'intervention vaginale étant, dans la plupart des cas, une opération incomplète, aveugle, exposant la malade aux dangers de l'hémorrhagie ou de l'infection.

Je ne puis que me rallier aux avis émis sur ce sujet à la Société de chirurgie de Paris par Reynier, Schwartz, Terrier, Chaput.

Si toutefois les éléments de diagnostic étaient suffisants pour penser à une hématocèle extra-péritonéale, je crois la voie vaginale plus indiquée et moins périlleuse dans un cas de ce genre que l'attaque d'une tumeur intra-ligamentaire par la voie abdominale.

La suppuration ou la putréfaction de l'hématocèle sont des indications généralement admises de l'incision vaginale.

Sur une dizaine de cas observés et dûment contrôlés à l'opération, je suis intervenu personnellement dans 4 cas de grossesse extra-utérine, toujours par la laparotomie.

Il s'agissait chaque fois de grossesse ectopique rompue, et malgré la prise constante des annexes des deux côtés, je n'ai pratiqué l'oophorosalpingectomie double qu'une seule fois. Toutes ces malades sont guéries et leur guérison reste complète.

Enfin j'ai observé dernièrement un cas de grossesse tubaire ouverte dans le rectum. La malade a guéri spontanément sans la moindre intervention. Il serait cependant imprudent de compter sur une éventualité aussi rare qu'inespérée.

En résumé :

1° Le diagnostic de grossesse extra-utérine évoluant ou rompue implique l'intervention par la laparotomie.

2° Une légère atteinte de la trompe ou de l'ovaire de l'autre côté ne justifie pas l'enlèvement de ces organes dans la grossesse ectopique.

3° La cœliotomie vaginale ne peut remplacer la laparotomie qu'à condition de permettre une opération complète.

4° L'hystérectomie vaginale doit être réservée aux cas de grosses lésions annexielles bilatérales, surtout quand la blennorrhagie est en jeu.

5° L'incision vaginale et le drainage ne sont à conseiller que dans les cas de suppuration de l'hématocèle ou du siège intraligamentaire de celle-ci.

M. Rouffart. — Sans vouloir en ce moment discuter l'intéressante communication de M. le Dr Henrotay, je continue à penser que dans les cas où la laparotomie est indiquée pour le traitement de la grossesse extra-utérine, il est utile de faire la castration totale, si, bien entendu, la trompe qui reste est atteinte. L'étiologie de la grossesse extra-utérine est obscure, mais on admet généralement qu'une salpingite est une cause prédisposante à la grossesse extra-utérine. Eh bien, puisque, sans rendre plus grave le pronostic de l'intervention, on peut d'une façon définitive mettre la femme à l'abri de toute récidive, je pense qu'il faut enlever la trompe restante et ne plus permettre à des accidents aussi graves de se produire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — La parotidite saturnine (p. 217).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Mole hydatiforme. — Chlorose du foie d'origine saturnine. — Accidents consécutifs aux inhalations prolongées d'acide carbonique. — Immunité contre l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de propeptone (p. 221). — Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil (p. 222). — *Thèses de la Faculté de Toulouse :* Hernie inguinale chez les enfants. — Kératite parenchymateuse. — Excroissances papillaires du méat urinaire. — Dégénérescence du cornet inférieur. — La fièvre typhoïde à Toulouse. — Bubon chancrelleux (p. 223). — *Thèses de la Faculté de Bordeaux :* Lymphosarcomatose et tuberculose hypertrophiante. — *Thèses de la Faculté de Montpellier :* Rachitisme (p. 224).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Glande thyroïde et glande pituitaire. — Putréfaction intestinale. — Affections rénales dans la syphilis (p. 224). — Action du chloroforme et de l'éther sur le foie. — Sérothérapie du cancer. — Occlusion calculeuse de l'uretère. — Tumeur de la vessie. — Uréthrite et épididymite. — Gonorrhée. — Fièvre puerpérale (p. 225).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement hygiénique et médicamenteux de l'artériosclérose (p. 226). — Traitement des démangeaisons. — Benzacétine. — Laudanum de Sydenham (p. 227).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'assistance chirurgicale aux blessés (p. 227).

PATHOLOGIE MÉDICALE

La parotidite saturnine,

Par le Dr Croutes.

La parotidite saturnine n'a été étudiée que ces dernières années. Aucune mention n'en est faite dans les nombreux ouvrages par lesquels a été étudiée, dans notre siècle, l'histoire de l'intoxication saturnine.

Lecorney, en 1854, dans sa thèse sur les parotidites, se demande si parfois cette affection ne surviendrait pas à la suite de l'ingestion de certains médicaments (et l'on sait qu'à cette époque l'acétate de plomb était en honneur), l'apparition de la parotidite étant liée, selon lui, à l'inflammation buccale.

Vers le même temps, White, ayant vu survenir chez 3 dysentériques qu'il traitait avec l'acétate de plomb une parotidite non suppurée, prétend que ce médicament pourrait bien en être la cause, « le plomb, plus que tout autre poison, affectant la sécrétion de la salive, l'arrêtant et desséchant la bouche ».

Renaut, en 1878, signale incidemment « des douleurs tensives », que ressentent parfois les saturnins au niveau des parotides.

Comby, en 1882, est frappé du développement considérable des parotides de deux saturnins. Son attention une fois mise en éveil, il observe plusieurs cas analogues et publie une de ses observations sur « l'hypertrophie simple des parotides ». (*France médicale*, août 1882, n° 25.)

Trois ans plus tard, M. P. Parisot donne la première description complète de cette même affection, à laquelle il donne le nom plus exact de « parotidite chronique ». (*Revue médic. de l'Est*, 1885.)

En 1888, son élève Valence, publie dans sa thèse (De la parotidite chronique saturn., th. de Nancy) 18 observations de parotidites saturnines, et, établit qu'il s'agit bien d'une inflammation chronique, et non d'une hypertrophie glandulaire.

Claisse et Dupré, dans leur Mémoire sur les infections salivaires, accordent une place aux parotides des intoxications par le plomb, le mercure, l'arsenic, le bismuth.

Les derniers traités de pathologie, citent la parotidite comme un symptôme du saturnisme; et en 1895, Thielemans soutient sur ce sujet une remarquable thèse.

Aperçu physiologique. — Nous savons que, dans l'intoxication saturnine, c'est surtout par le foie et le rein que s'élimine le plomb; mais à ces deux organes seuls n'est pas dévolue cette tâche importante.

Certaines observations, en effet, semblent démontrer que les glandes salivaires contribuent aussi, quoique pour une part moins considérable, à l'élimination des composés plombiques. M. Pouchet nous dit (*C. R. de l'Académie des sciences*, 1879, t. II) : « Il m'a été permis à trois reprises de constater la présence du plomb dans la salive des saturnins, à la période de paralysie et de tremblement. La quantité de plomb a été, dans tous les cas, trop faible pour qu'il soit possible de la doser. L'un des malades dont il est question avait abandonné le maniement des composés du plomb depuis 3 mois au moins quand l'expérience a été faite. »

M. Spillmann fait une observation semblable sur un malade atteint de coliques de plomb (*Arch. gén. de méd.*, 1879, t. II). Une injection de 0 gr. 02 de chlorhydrate de pilocarpine a provoqué, au bout de 4 minutes, la sécrétion de 315 grammes de salive dans laquelle il a découvert la présence de 0 gr. 00325 de plomb.

Enfin, M. Binet (*De l'élimination des médicaments par la salive*, th. de Paris, 1884) a répété les mêmes expériences : sur 5, 3 ont été négatives, et dans les 2 autres cas, il a découvert des traces de plomb.

M. Binet, quand il s'agit de se prononcer, fait de sérieuses réserves sur l'élimination du plomb par les glandes salivaires. « La présence du plomb dans la salive, dit-il, nous paraît plutôt due à l'imprégnation buccale qu'à la sécrétion glandulaire. La difficulté que présente l'élimination des métaux lourds, et surtout le peu de solubilité des composés plombiques, justifient ces réserves. »

Il est bien évident que la quantité de plomb éliminée par les glandes salivaires est des plus infimes : presque jamais elle n'a pu être dosée, et, dans nombre de cas, cette quantité s'est trouvée assez minime pour échapper à l'analyse. Mais les réserves de M. Binet nous paraissent un peu excessives. Pourquoi supposer que le plomb trouvé dans la salive provient de l'imprégnation buccale? En prenant la précaution de faire soigneusement laver la bouche du malade, cette cause d'erreur doit être évitée. D'ailleurs, l'observation de M. Pouchet, prise sur un malade qui avait cessé le maniement du plomb depuis 3 mois, semble absolument probante : la desquamation de la muqueuse buccale ne doit-elle pas être singulièrement activée par le passage journalier des aliments?

Nous serons encore guidé, dans nos conclusions, par les analogies, nombreuses en l'occurrence ; ne voyons-nous pas un grand nombre de corps s'éliminer par la salive? L'iode, d'après Vulpian, apparaît dans la salive 10 minutes environ après son injection dans le tissu cellulaire sous-cutané (1). Dans l'empoisonnement par le

1. Nous avons pu voir, à l'hôpital Beaujon, cinq saturnins traités en même temps par M. le Dr Achard, salle Sandras. L'un d'eux, couché au lit n° 24, âgé de 34 ans, a commencé à travailler dans le plomb à l'âge de 13 ans. Il a eu depuis longtemps tous les symptômes habituels de l'intoxication saturnine : coliques, paralysies, etc., etc., et présente actuellement des déformations de la main et du carpe avec de la parésie des muscles extenseurs de l'avant-bras, lesquels muscles, d'ailleurs, sont considérablement atrophiés. Or, ce malade, qui n'avait pas pris

phosphore, la salive possède une odeur alliacée, etc. Dans certains cas de saturnisme, les symptômes du côté de la bouche ressemblent beaucoup à ceux de l'hydrargyrisme : salivation, gingivite, saveur métallique, haleine fétide, stomatite... Pourquoi n'admettrait-on pas l'élimination salivaire du plomb, puisque celle du mercure semble indiscutable, et que, à bien des points de vue, les analogies sont des plus grandes entre ces deux métaux?

D'ailleurs, MM. Ellemberger et Hofmeister ont fait des expériences qui paraissent concluantes. Après avoir injecté de l'acétate de plomb à des moutons, ils ont recherché le métal dans les différents tissus et sont arrivés à le trouver en quantités décroissantes dans le foie, le rein et les glandes salivaires.

Et ces glandes ne sont pas les seules à éliminer le plomb : Balland affirme avoir trouvé dans 115 grammes de lait d'une femme saturnine un demi-milligramme de plomb.

Nous ne demanderons pas sous quelle forme le plomb est éliminé; c'est là une question sur laquelle on n'est pas encore fixé. Nous nous contenterons de conclure que, dans l'intoxication saturnine, les glandes salivaires excrètent du plomb. Et nous expliquerons les cas où les recherches sont restées infructueuses par l'imperfection des méthodes employées, « soit, comme dit M. Gauthier, que le plomb reste insoluble, soit qu'il soit volatilisé en grande partie et perdu, suivant la voie adoptée par chaque auteur pour l'isoler des substances animales ».

Anatomie pathologique. — La parotide contribuant à l'élimination du plomb, il est naturel de penser que ce métal doit laisser dans la glande des traces de son passage. C'est ce qui se passe dans le rein, dans le foie. En est-il de même dans les glandes parotides?

Les malades intoxiqués par le plomb, que nous soignons dans les hôpitaux, meurent rarement du fait de leur intoxication et ne viennent sur la table d'autopsie qu'emportés par une maladie intercurrente. Le fait n'est pas très rare, sans doute, mais nous n'avons pas eu, à notre grand regret, l'occasion d'examiner une parotide qui ait présenté des phénomènes pathologiques quelconques dus à l'intoxication plombique.

Nous avons cru inutile d'avoir recours à l'expérimentation. Valence n'a jamais pu produire, chez des lapins intoxiqués, une augmentation du volume de la parotide. D'ailleurs, il faudrait intoxiquer ces animaux très lentement et pendant longtemps, ce qui n'est pas facile, pour produire chez eux une inflammation chronique ayant quelque ressemblance avec l'affection que nous étudions. Force nous est donc de nous contenter du peu qui a été dit jusqu'ici sur ce point d'anatomie pathologique.

Parisot et Valence ont examiné au microscope la parotide d'un saturnin mort d'une affection pulmonaire. Voici ce qu'ils ont remarqué : « Le tissu conjonctif, avec ses noyaux embryonnaires, s'infiltre entre les acini, les dissocie, et, à un moment donné, on ne voit plus que des petites cellules embryonnaires, entre les parois des acini, tantôt isolées, tantôt agglomérées ou très proches, et disposées en files. L'épithélium des canaux excréteurs, en certains endroits, n'est pas net comme s'il y avait un catarrhe. Il s'égrène et fait partie de cloisons plus épaisses; le tissu embryonnaire se prolonge de tous côtés... En résumé : prolifération du tissu conjonctif, siégeant surtout autour des canaux excréteurs intralobulaires, se diffusant en certains endroits, se répandant entre les acini, qu'il dissocie, et dans les cloisons interlobulaires, caractères d'une inflammation interstitielle. »

Dans ses recherches sur les glandes muqueuses de la joue et des lèvres, M. Renaut avait trouvé des modifications au niveau des plaques de tatouage se rapprochant beaucoup de celles que nous venons de signaler.

Valence a cru remarquer, chez des lapins qu'il avait intoxiqués pendant deux mois avec de la céruse ou du minium, « un agencement particulier des acini qui lui ont paru plus serrés et plus compacts », mais il fait remarquer que, en somme, il n'a pu constater aucun processus inflammatoire bien net chez les animaux mis en expérience.

Thielemans a pu examiner les parotides du saturnin qui avait succombé à la tuberculose pulmonaire : il n'a constaté « qu'une certaine exubérance du tissu conjonctif ».

En résumé, il paraît certain que, chez les saturnins, tant du côté de la parotide que du côté du foie ou du rein, on a affaire à des lésions interstitielles.

Symptomatologie et diagnostic. — D'une façon général, la parotidite saturnine ne présente pas le début brusque d'une phlegmasie; c'est par hasard que le malade a remarqué le volume exagéré de ses parotides; c'est le médecin, c'est la famille qui l'en a fait apercevoir.

Parfois cependant, il ressent au-dessous de l'oreille une douleur assez vive, au moment d'une attaque de colique de plomb, d'une paralysie, d'une stomatite plus ou moins intense, etc. La région parotidienne est tuméfiée, et presque toujours cette tuméfaction diminue avec les autres symptômes. Mais elle ne disparaît pas complètement et augmente de nouveau à l'occasion d'une nouvelle manifestation générale et aiguë de l'intoxication.

Ainsi qu'il résulte de nos observations, une parotidite qui a eu le début le plus insidieux peut, à un moment donné, prendre une allure plus bruyante.

Les signes objectifs de cette manifestation saturnine sont très variables, suivant les dimensions plus ou moins considérables des parotides. Parfois elles font un relief à peine accusé; parfois elles atteignent le volume de la moitié d'une orange. Chez un de nos malades, elles étaient plus considérables au moment des repas. La peau conserve sa coloration normale.

En général, la tuméfaction est symétrique; parfois, une seule glande est atteinte, et Thielemans croit que c'est le plus souvent la gauche.

d'iodure depuis longtemps, a ressenti, après l'ingestion d'un gramme d'iodure, une vive douleur au niveau des parotides, qui se sont légèrement tuméfiées : douleur et tuméfaction avaient d'ailleurs disparu le lendemain.

Nous avons vu, dans la thèse du Dr Gallard (*Goutte saturnine*, th. de Paris, 1892, obs. II), une observation qui n'est pas sans ressemblances avec celle que nous venons de citer. « Ce malade, dit M. Gallard (et il s'agit d'un saturnin), a présenté ceci de particulier, qu'une seule administration d'iodure a produit chez lui des phénomènes d'iodisme, et 3 jours après les urines renfermaient encore de l'iode. »

En présence de ces faits, ne peut-on pas se demander si les saturnins ne seraient pas plus sensibles à l'iode que les autres malades? Comme l'iode est un excito-secrétoire, n'est-il pas permis de supposer que, dans les parotides en particulier, c'est la compression des acini par le tissu conjonctif exubérant ou rétracté qui s'oppose au libre écoulement de la salive par les dernières ramifications des tubes excréteurs? Cette rétention salivaire dans les acini ne peut-elle pas suffire à expliquer la tuméfaction passagère des parotides et la douleur qu'éprouvent les malades dans cette région?

On nous objectera peut-être que, même chez les malades non saturnins, rien n'est plus variable que la tolérance de chacun vis-à-vis de l'iode. Cela est vrai : mais nous ferons remarquer que le malade dont nous avons cité l'observation nous a affirmé avoir pris longtemps de l'iodure, il y a plusieurs années, lors des premières manifestations de son intoxication, sans en avoir été incommodé. Peut-être, à cette époque, l'organisme du malade étant moins imprégné de plomb, les diverses glandes étaient-elles plus saines, et remplissaient-elles mieux leurs rôle d'excrétion et d'élimination. Dans notre observation II, l'action de l'iodure sur des parotides déjà évidemment atteintes par l'intoxication plombique nous paraît indéniable, comme pouvant provoquer une parotidite subaiguë.

En dehors des crises dont nous avons parlé, qui sont d'ailleurs assez rares, la palpation ne détermine pas de douleur. On peut saisir la glande entre les doigts, et sentir son tissu lobulé légèrement rénitent, qui n'est adhérent ni à la peau ni aux parties profondes. On peut délimiter la tuméfaction qui, le plus souvent, atteint la parotide dans son ensemble, mais, parfois, affecte de préférence tel ou tel prolongement glandulaire.

Même dans le cas dont nous avons parlé, où la parotide grossissait à vue d'œil au moment des repas, nous n'avons jamais pu, par la pression, faire ressortir, par le canal de Sténon, une quantité appréciable de salive.

On conçoit facilement que, en général, les mouvements de la mâchoire ne soient pas douloureux, la parotide elle-même ne l'étant pas. La glande, hypertrophiée, n'en est pas moins contenue dans sa loge aponévrotique et se laisse comprimer et déplacer par le maxillaire inférieur. Et quand la parotide est douloureuse, c'est simplement à la douleur provoquée par les mouvements de la mâchoire qu'il faut attribuer la gêne de la mastication qu'éprouvent certains malades.

Du côté de la bouche, la salivation est diminuée, normale ou augmentée. Le liséré saturnin fait rarement défaut.

Ajoutons que, souvent, on constate une légère tuméfaction des glandes sous-maxillaires.

La parotidite saturnine est généralement d'un diagnostic facile, il suffit d'y songer. Nous allons néanmoins passer en revue les diverses affections avec lesquelles on pourrait la confondre.

C'est d'abord avec les oreillons. Mais l'oreillon est une affection spéciale à l'enfance et à l'adolescence, souvent fébrile, qui se traduit par un gonflement très douloureux de la région parotidienne, une gêne considérable des mouvements de la mâchoire. Il s'agit ici d'une sorte de fluxion de nature épidémique, se terminant toujours par résolution au bout de peu de jours. De plus, une première atteinte confère généralement l'immunité. Ce fait différencie facilement les oreillons de la parotidite saturnine chronique, qui, nous l'avons vu, est sujette à des poussées subaiguës à des mois et à des années d'intervalle.

« Les parotidites des fièvres graves, de la pneumonie, de la grippe infectieuse, de la fièvre typhoïde, du typhus, etc., sont en général unilatérales. La courbe thermique remonte brusquement, s'il s'agit d'une complication de convalescence ; les phénomènes généraux sont plus accentués, la région parotidienne est le siège de douleurs lancinantes ; la mastication est très pénible.

« Quant aux parotidites qui surviennent dans les cachexies, le plus habituellement à leur période préagonique, chez les phthisiques, les diabétiques, les brightiques, etc., ce sont également des parotidites infectieuses, comme celles des fièvres graves, qui présentent les mêmes caractères distinctifs d'avec les parotidites saturnines.

« A côté de ces parotidites aiguës, infectieuses, on observe des poussées congestives du côté des parotides, à l'occasion de la menstruation, dans le cours de la blennorrhagie, de la cystite tuberculeuse, etc. Ce sont là des fluxions parotidiennes à marche rapide, à résolution prompte, faciles à reconnaître. » (Thielemans.)

L'affection que Chassaignac a désignée sous le nom de parotidite purulente canaliculaire est constituée elle aussi par une sorte de tuméfaction indolore ; mais elle survient souvent d'une façon assez brusque, et disparaît rapidement, grâce à l'écoulement, à travers le canal de Sténon, d'un liquide purulent, d'aspect laiteux.

L'iodure de potassium et quelques autres médicaments peuvent provoquer un gonflement douloureux de la région parotidienne. Ce fait est important à connaître, car l'iodure de potassium est couramment employé dans le saturnisme. Mais la tuméfaction de la parotide ne tarde pas à disparaître si l'on cesse le médicament, ou du fait de l'accoutumance. Et puis on trouvera, en général, d'autres manifestations d'iodisme.

On a signalé, dans la goutte, une inflammation parotidienne (Debout d'Estrées, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1886), qui revêt parfois la forme chronique et pourrait en imposer pour une parotidite saturnine. Mais, dans ce cas, on trouvera en même temps des symptômes articulaires. S'il s'agit de goutte saturnine, il sera plus difficile de faire la part des deux facteurs dans la pathogénie de la parotidite ; mais une erreur n'aurait pas de conséquences préjudiciables pour le malade : on pourra toujours dire qu'il s'agit d'une manifestation parotidienne chez un saturnin, tant qu'on ne sera pas mieux fixé sur la nature même de l'affection parotidienne chez un saturnin goutteux.

Un de nos malades était atteint de goutte saturnine ; nous avons cru que la goutte n'avait rien à voir avec sa parotidite, parce qu'il avait remarqué une tuméfaction symétrique de ses deux parotides, sept ans avant toute manifestation articulaire ; cette tuméfaction n'avait d'ailleurs jamais complètement disparu depuis.

Le canal de Sténon est parfois obstrué soit par un calcul, soit par suite d'une inflammation se propageant de la bouche vers la parotide. La salive ne pouvant plus s'écouler, la glande augmente de volume et devient très douloureuse. Dans ce cas, le cathétérisme lèvera tous les doutes.

A la suite d'intoxication par d'autres agents que le plomb, on peut voir survenir une inflammation aiguë ou chronique des parotides. Le mercure vient en première ligne. Mais les divers symptômes de l'hydrargyrisme facilitent le diagnostic.

La difficulté est un peu plus grande dans l'intoxication par l'arsenic, le bismuth, le cuivre (1). La connaissance des antécédents du malade, de sa profession, pourra être d'un grand secours pour le médecin.

Les tumeurs de la parotide, quelles qu'elles soient, présentent un caractère clinique de haute importance, c'est d'être unilatérales, tandis que, comme on peut le voir d'après nos observations, la plupart des affections saturnines sont symétriques.

Les tumeurs gazeuses de la parotide sont fort rares, puisque M. Tillaux dit n'en avoir observé qu'un cas, chez un souffleur de verre ; d'ailleurs une tumeur de ce genre est sonore à la percussion.

Pour résumer, si l'on constate chez un saturnin des parotides volumineuses, indolores ou peu douloureuses, rénitentes au toucher, on pourra diagnostiquer presque à coup sûr une parotide chronique saturnine.

Marche, complications, fréquence. — Ainsi que nous l'avons déjà dit, le début de la parotidite saturnine est le plus souvent insidieux, et cette affection revêt d'emblée la forme chronique. D'après nos observations et d'après celles qui ont été publiées, on peut voir que, parfois, la tuméfaction augmente de volume et devient douloureuse, soit sans cause appréciable, soit du fait de la mastication, soit à la suite d'ingestion d'iodure, d'une angine, d'une stomatite, d'une recrudescence de l'action toxique. Puis

(1) M. Chauffard nous a communiqué un cas de parotidite observé par lui chez un cuprique, et cette affection n'est pas sans ressemblance avec la parotidite saturnine.

la douleur s'amende, le gonflement diminue, jusqu'à ce que, pour une raison quelconque, se produise une nouvelle poussée aiguë.

L'hypertrophie parotidienne peut même complètement disparaître si le malade est soustrait aux causes d'empoisonnement. Plusieurs saturnins nous ont affirmé avoir eu autrefois des parotides volumineuses, et nous n'en trouvions plus trace. Cela est si vrai que des malades que nous avons vus ou de ceux dont les observations ont été publiées, deux seulement avaient dépassé la cinquantaine. Thielemans dit avoir vu dans les asiles un certain nombre de vieux saturnins, et n'avoir jamais trouvé chez eux de parotidite.

Nous ne dirons pas que les stomatites plus ou moins intenses que l'on peut parfois observer sont une complication de la parotidite. Nous croyons plutôt que la stomatite peut provoquer une poussée subaiguë du côté des parotides.

La parotidite saturnine peut-elle se terminer par suppuration? Le Dr Jacob (*Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 3e série, t. XXXI, p. 560, 1875), a observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel, un vieillard entré pour une parotidite qui fut suivie de suppuration, et chez lequel l'examen révéla une pneumonie en voie de résolution au sommet gauche. En outre, on avait affaire à un saturnin de vieille date portant sur sa physionomie l'empreinte de la cachexie saturnine, et ayant encore un certain degré de parésie dans les muscles de l'avant-bras.

Peut-être ce saturnin avait-il déjà une parotidite chronique qui n'avait attiré l'attention de personne et qui, sous l'influence d'une infection secondaire (pneumocoque), donna lieu à une parotidite suppurée.

En tout cas, ce fait doit être très rare : nous ne l'avons jamais observé et nous n'en connaissons pas d'autre exemple.

Parisot et Renaud (de Lyon) ont signalé, chez les saturnins, des accidents du côté du testicule.

Le Dr Favrel (*Journal de méd. et de chir. prat.*, 1886) en a recueilli une observation, et son malade lui a raconté que « beaucoup de ses camarades qui n'ont pas de coliques auraient en revanche d'autres accidents, notamment du côté des testicules ».

Ce malade n'avait pas de parotidite, mais en lisant les observations publiées dans la thèse de Thielemans, nous avons été frappé de la fréquence des manifestations testiculaires de l'intoxication plombique chez des malades atteints de parotidite saturnine : Comby signale un testicule atrophié et douloureux ; Marie a trouvé un testicule diminué de volume et douloureux ; Thielemans signale à trois reprises des testicules petits, une orchite qu'on ne peut rattacher à aucune des causes habituelles.

Nous-même, nous avons trouvé chez un de nos malades un testicule légèrement atrophié, et ce malade dit n'avoir jamais eu d'orchite.

Si le Dr Valence ne signale pas, dans ses observations, de manifestations testiculaires, c'est peut-être parce qu'il n'a pas songé à examiner ses malades dans ce sens.

Nous ne saurions dire quelles relations il y a entre l'affection parotidienne et celle du testicule. S'il ne s'agit que d'une coïncidence, il nous semble cependant intéressant de la noter. Ce qu'on peut dire, en tout cas, c'est que lorsque l'organisme est suffisamment envahi par le plomb, aucune glande ne paraît épargnée, depuis le foie et le rein jusqu'aux parotides et aux testicules. Par exemple, Marie signale des picotements au niveau du sein qu'un malade a éprouvés pendant longtemps.

Ce n'est que depuis ces quinze dernières années, avons-nous dit, qu'ont été publiées des observations de parotidites saturnines. Est-ce leur rareté ou leur indolence habituelle qui les avaient fait passer inaperçues ?

Il est difficile d'indiquer la fréquence relative de l'affection que nous étudions. Comby dit en avoir vu une quinzaine de cas. Valence, sur 21 ouvriers des chaudières à vapeur atteints d'accidents saturnins divers, en a trouvé 9 atteints de parotidite. Sur 15 peintres saturnins, 5 avaient de la parotidite ; 1 cas sur 5 ouvriers journaliers employés au travail du ponçage, et ayant eu des accidents saturnins.

« En résumé, dit-il, et d'après nos observations, sur 40 saturnins examinés, nous trouvons 15 cas de parotidite, c'est-à-dire 37 1/2 p. 100. »

Thielemans dit avoir trouvé 12 cas sur une cinquantaine de saturnins qu'il a observés.

Pour notre part, nous avons examiné, ces derniers mois, dans les divers hôpitaux de Paris, 33 saturnins, et nous n'avons observé que les cinq cas dont nous avons rapporté les observations (1).

Plusieurs malades, il est vrai, nous ont affirmé avoir présenté, il y a quelques mois ou quelques années, une tuméfaction de la région parotidienne, qui semblait avoir complètement disparu. Nous disons « qui semblait », parce que, dans deux cas surtout, peut-être aurions-nous pu, prévenu comme nous l'étions, et avec de la bonne volonté, en trouver encore des traces plus ou moins discutables.

Etiologie, pathogénie. — Les causes qui provoquent la parotidite saturnine sont les mêmes qui occasionnent les divers accidents de l'intoxication plombique.

Nos malades sont presque tous des peintres ; mais tous les métiers qui exigent le maniement du plomb sont à incriminer.

Nous ne savons pas que l'on ait signalé de parotidite à la suite d'une intoxication plombique accidentelle et aiguë. Il semble que cette affection exige, pour se développer, un empoisonnement assez lent, qui ait duré plus de dix ans en moyenne.

Le plus souvent, elle est précédée des manifestations nerveuses et autres auxquelles sont sujets les saturnins, mais elle peut exister en dehors de tout autre accident. Un de nos malades était peintre depuis huit mois seulement quand il a eu sa première poussée parotidienne, et il n'avait été atteint jusque-là ni de coliques, ni de paralysies. Quelques autres observations signalent une intoxication qui pouvait dater de deux ou trois ans, et ne s'était traduite par aucun symptôme, sauf, peut-être, le liséré plombique.

Plusieurs saturnins atteints de parotidites, observés par M. Parisot, étaient fumeurs ou chiqueurs ; M. Parisot pensa que le tabac pouvait ne pas être étranger à la production de cette affection. Nous ne croyons pas que le tabac puisse la créer à lui seul, mais comme il provoque assez souvent de la gingivite et de la stomatite, il est possible qu'il soit parfois la cause occasionnelle de l'apparition d'une parotidite déjà latente.

Nous avons eu l'occasion, pendant nos études médicales, de voir quelques femmes intoxiquées par le plomb, et nous n'avons jamais rien constaté d'anormal du côté de leurs parotides. Est-ce à dire que la parotidite chronique saturnine soit spéciale à l'homme? Nous ne le pensons pas ; et si nous n'avons pas trouvé cette affection chez la femme, cela tient, probablement, au nombre rela-

(1) F. Croutes, thèse de doctorat, Paris, 1896-97, n° 87.

tivement peu considérable de femmes saturnines que nous avons pu examiner, l'homme étant bien plus exposé que la femme à l'intoxication plombique.

Si tout le monde est d'accord, aujourd'hui, sur l'existence de la parotidite saturnine, il n'en est pas de même au sujet de la pathogénie de cette affection.

L'anatomie pathologique a fait raison de l'opinion de M. Comby, opinion d'après laquelle il s'agirait simplement « d'une augmentation de volume de la glande, avec énucléation partielle ». On a bien affaire à une réaction inflammatoire : mais cette inflammation est-elle de nature infectieuse ou de nature toxique?

Pour Claisse et Dupré, la salive, devenue toxique, irrite, au passage, les canaux excréteurs : c'est là une cause d'appel pour l'infection ascendante ayant pour origine la stomatite concomitante, et ils concluent que les parotidites toxiques sont des infections glandulaires.

Renault, Parisot, sont d'un avis tout opposé. Selon eux, le plomb, en s'éliminant, détermine une irritation lente de la glande, d'où une parotidite toxique, au sens propre du terme, et cette opinion est également celle de Valence, de Thielemans. Pour ce dernier auteur, « les poussées subaiguës qui se produisent parfois reconnaissent pour cause, le plus souvent, une recrudescence de l'intoxication, au même titre que les épiphénomènes, coliques, arthralgies, qui viennent troubler la marche chronique du saturnisme, et pour les expliquer, point n'est besoin de faire intervenir un processus infectieux. »

Nous ne saurions partager cette manière de voir. Sans doute, la lésion de la glande par le plomb qu'elle excrète paraît être la condition nécessaire de la parotidite. Mais nous croyons que cette affection attend, pour se produire, qu'une infection, venue le plus souvent de la bouche, vienne provoquer l'inflammation d'un terrain déjà préparé

Peut-être Valence n'a-t-il pas tenu suffisamment compte de ces gingivites qui pour lui ne font que coïncider avec la parotidite.

Chez un de nos malades, le fait paraît indéniable. Le malade, sans doute, avait déjà eu ses parotides douloureuses et tuméfiées; mais dès l'apparition d'une stomatite très intense, survint une tuméfaction considérable de la région parotidienne. Et ce n'est pas du côté de la bouche que le malade attirait notre attention; de sorte que nous nous demandons si, lors de sa première apparition, cette parotidite n'était pas accompagnée d'une lésion buccale analogue.

Chez un autre de nos malades, nous avons constaté également que la bouche était en très mauvais état. Chez un troisième, c'est l'iodure qui provoquait une poussée subaiguë de parotidite.

Si des faits de ce genre n'ont pas été plus souvent signalés, cela tient probablement à ce qu'il n'est guère possible de surprendre la parotidite dans ses premières manifestations.

Valence, sur 21 ouvriers de chaudières à vapeur atteints d'accidents saturnins divers, en a trouvé 9, autant dire la moitié, qui avaient de la parotidite : et il fait remarquer que, dans ce milieu, l'hygiène et la propreté laissaient à désirer. Nous-même, à Paris, nous n'avons constaté de parotidite, chez les saturnins, qu'une fois sur 7 environ. Cette proportion relativement faible ne pourrait-elle tenir à ce que les règles de la propreté (et de la propreté de la bouche, en particulier) sont un peu mieux observées à Paris qu'ailleurs?

L'infection, il est vrai, ne semble pas remonter très haut dans la glande, de façon à provoquer une réaction inflammatoire bien vive. Mais l'écoulement continuel de la salive ne peut-il pas, d'une certaine façon, contrarier la progression des microbes à travers le canal de Sténon? N'a-t-on pas dit que les agents pathogènes qui abondent dans le duodénum progressent difficilement dans les canaux biliaires, précisément parce qu'ils ont à lutter contre le courant de la bile, si peu intense qu'il soit. Mais que le libre écoulement de la bile soit gêné pour une raison quelconque, ce liquide devient un excellent milieu de culture, et les microbes remontent jusqu'à la vésicule et jusqu'au foie.

Les choses se passaient peut-être ainsi chez le malade dont nous parlions plus haut. Quelques conduits excréteurs pouvaient être comprimés par suite de la sclérose du tissu conjonctif assez près du canal de Sténon, l'écoulement salivaire était gêné, et l'infection pouvait remonter jusqu'à ce point. Mais il ne semble pas qu'elle allât bien haut dans la glande. Une ponction faite dans l'une des parotides de ce malade permit de retirer une gouttelette de liquide dont l'ensemencement ne donna pas de cultures.

On peut voir, d'ailleurs, en dehors du saturnisme, des parotidites chroniques dans la pathogénie desquelles l'inflammation de la bouche semble jouer un rôle. M. Achard a bien voulu nous communiquer l'observation d'un malade atteint de parotidite, et qui avait absorbé beaucoup d'iodure. Examiné au moment d'une poussée parotidienne subaiguë, ce malade a présenté de la stomatite d'un seul côté de la bouche; et c'est la parotide de ce même côté qui était enflammée.

Nous nous résumerons en disant avec Diaz que, « par une double phase, toxique et infectieuse, la première permanente, la seconde intermittente et variable, s'expliquent les parotidites chroniques des intoxications métalliques ».

Pronostic et traitement. — La parotidite saturnine ne doit être considérée que comme un symptôme de l'intoxication plombique. Ce symptôme peut même avoir de la valeur, dans certains cas où l'on ne peut obtenir du malade tous les renseignements désirables (encéphalopathie, par exemple).

Cette affection ne présente aucune gravité; elle constitue simplement une difformité désagréable du visage.

Le traitement du saturnisme en général lui paraît applicable. Nous ne croyons pas que l'iodure soit contre-indiqué. Mais s'il se produisait du côté des parotides une poussée aiguë, il faudrait immédiatement cesser ce médicament.

Comme, à notre avis, les gingivites et les stomatites peuvent provoquer la parotidite, nous recommanderons aux saturnins des soins tout particuliers de la bouche.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Ouvry (Paul). *Etude de la mole hydatiforme.* (G. Steinheil.)

M. Fialon (Henri). *De la ~~chlorose~~ cirrhose du foie d'origine saturnine.* (H. Jouve.)

M. Bannes (Jérôme). *Recherches expérimentales sur les accidents consécutifs aux inhalations prolongées d'acide carbonique.* N° 149. (Carré et Naud.)

M. Lebas (Gaston). *Recherches sur l'immunité contre l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de propeptone.* N° 127. (Carré et Naud.)

M. Laurens (Georges). *Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil.* N° 138.

Cliniquement et histologiquement, la mole hydatiforme, dont M. Ouvry nous donne une excellente étude, peut se comporter comme une tumeur maligne et doit être envisagée comme telle. Mais cette tumeur spéciale, unique, d'origine fœtale, peut vivre un certain temps dans l'organisme maternel, en parasite, en étrangère et en être chassée sans y laisser les éléments épithéliaux qui sont partie intégrante de sa malignité. La mole est dite bénigne dans ce cas, parce que les conséquences de sa présence ont été nulles pour la mère. Les éléments cellulaires proliférants, dérivés du revêtement des villosités, c'est-à-dire de la couche de Langhans et du syncitium, ne manquent jamais. Comme ils sont doués d'un pouvoir d'accroissement variable, leurs action destructive est plus ou moins rapide, mais toujours possible après un séjour plus prolongé dans la cavité utérine. La caduque, avec la couche fibrineuse qui la tapisse intérieurement, semble protéger l'organisme contre l'envahissement de ces éléments épithéliaux : vient-elle à être ulcérée par eux, ils infiltrent le muscle, le détruisent, pénètrent les vaisseaux et même, entraînés par le courant sanguin, peuvent donner lieu à des métastases. Ces éléments conservent leur faculté de prolifération et continuent à se multiplier partout où ils sont transportés. Ce tissu fœtal, greffé dans le tissu maternel, y produit des tumeurs éminemment malignes, connues sous le nom impropre de déciduomes malins. La mole paraît due à une altération primitive de l'œuf, mais la cause de la maladie de l'œuf reste inconnue.

On pensera à une grossesse molaire, quand l'auscultation et la palpation assureront l'absence de fœtus dans un utérus dont le développement a été insolite, dont le volume est trop considérable ou trop petit pour l'âge présumé de la grossesse. Le diagnostic se basera sur la consistance si particulière de l'organe, sur les hémorrhagies précoces, sur un écoulement séro-sanguinolent et sur l'état général de la malade, amaigrie, anémiée, sujette à des vomissements fréquents. La durée de la grossesse molaire est variable; généralement l'expulsion spontanée se produit avant le 5e mois, quand la mole prend de bonne heure un accroissement considérable, plus tardivement quand l'utérus augmente lentement ou a cessé de se développer.

La présence d'une mole dans la cavité utérine nécessite une évacuation complète et rapide. La curette peut seule remplir ces deux indications. Si l'on acquiert la conviction que la mole a pénétré le muscle utérin, l'hystérectomie sera pratiquée; cette dernière est urgente dans le cas de rupture utérine. Toute malade ayant accouché d'une mole hydatiforme sera observée avec soin, et au moindre signe de tumeur utérine sera hystérectomisée.

L'existence de la cirrhose saturnine paraît démontrée à M. Fialon par la clinique. Il existe en effet des observations incontestables de cirrhose hépatique, suivies d'autopsies où la seule cause qu'on puisse incriminer est l'intoxication saturnine. Et l'évolution de la cirrhose survenant dans certains cas à la suite d'un accident provoqué évidemment par le plomb, tel que la paralysie des extenseurs où la colique saturnine, montre le lien qui existe entre l'altération hépatique et cette intoxication.

Les lésions provoquées par le plomb sur le foie humain ressemblent beaucoup aux lésions du foie dans la cirrhose de Laënnec. Cependant les lésions cellulaires, peu marquées et inconstantes dans le foie clouté alcoolique, sont très fréquentes dans le foie saturnin. Elles portent presque exclusivement sur la périphérie des lobules et consistent soit, et le plus souvent, en une atrophie simple avec conservation du noyau, soit, plus rarement, en une dégénérescence graisseuse ou en une infiltration pigmentaire de ces mêmes cellules périphériques du lobule.

Les altérations provoquées expérimentalement chez l'animal mettent encore bien mieux en évidence le rôle que joue le plomb dans les altérations du foie. L'irritation du tissu conjonctif autour des vaisseaux porte et sus-hépatiques se caractérisant par la simple infiltration embryonnaire dans les cas légers, par la sclérose conjonctive adulte dans les cas anciens, l'atrophie de la cellule hépatique ayant pour corollaire l'élargissement des capillaires radiés, les hémorrhagies interstitielles rencontrées parfois sont autant de caractères révélant l'action nocive du plomb sur la glande hépatique.

Le diagnostic reposera surtout sur la connaissance des antécédents, sur la profession du malade, sur la présence ancienne ou récente des accidents de l'intoxication saturnine, sur les symptômes généraux de cette intoxication.

Pour éliminer le rôle de l'alcoolisme en particulier, on ne devra jamais s'en tenir aux simples affirmations du malade, mais les signes de l'intoxication alcoolique devront toujours être soigneusement recherchés.

Le pronostic de la cirrhose saturnine est grave comme celui de toutes les scléroses du foie.

Le traitement consistera, si l'altération du foie n'est pas trop avancée, à lutter par des moyens hygiéniques ou pharmaceutiques contre l'intoxication plombique. Plus tard, l'institution du régime lacté, l'usage longtemps continué de l'iodure de potassium, les frictions, le massage, l'hydrothérapie, pourront peut-être quelquefois sauver le malade et dans tous les cas prolonger la durée du mal.

Chez les chiens qui ont été soumis pendant longtemps à l'action de l'acide carbonique d'une heure et demie à 3 heures, on observe des accidents convulsifs intenses. Ils sont généralement suivis d'une agitation très vive et de phénomènes paralytiques qui durent un temps variable ; ils peuvent aussi se terminer par la mort. Quand on n'observe pas ces phénomènes convulsifs dans une première expérience sur un animal, on en obtient dans une expérience suivante, sur le même animal, en diminuant la dose du gaz carbonique dans le mélange qu'il respire, ce qui permet de prolonger l'inhalation plus longtemps. Il est possible de faire disparaître ces accidents convulsifs lorsqu'on provoque le réveil en faisant respirer aux animaux intoxiqués des mélanges renfermant de moins en moins d'acide carbonique. M. Bannes n'a jamais constaté de glycosurie chez les animaux après les inhalations de gaz carbonique. Le point de départ des phénomènes convulsifs paraît être la région motrice du cerveau. Ces excitations convulsives sont différentes de celles de l'asphyxie produite par oblitération de la trachée, ces dernières persistant alors que les premières sont abolies par ablation de la région corticale motrice.

M. G. Lebas conclut que la coagulation du sang de chien est influencée par les injections rapides de faibles doses de peptone de Witte; la dose minima susceptible de rendre le sang incoagulable est, d'après ses expériences, celle de 0gr015 par kilog. d'animal. Pour ces faibles doses, la durée du temps pendant lequel le sang reste incoagulable croît avec la quantité de peptone injectée. En outre, la durée du temps pendant lequel le sang reste incoagulable après sa sortie des vaisseaux, croît avec la quantité de peptone injectée et est en raison inverse de la durée du temps qui sépare le moment de la prise de sang de celui de l'injection. Contejean avait fait les mêmes constatations relativement aux injections fortes de propeptone. Une dose donnée de peptone, efficace, injectée rapidement, immunise d'une façon absolue contre la même dose, pour un temps qui croît avec la dose injectée. Elle peut immuniser contre une dose 6 fois, 10 fois plus forte; mais, dans ces cas, les caillots obtenus sont l'objet d'une fibrinolyse active. Une dose de peptone (0gr01 par kilog.) qui, même injectée rapidement, ne rend pas le sang incoagulable, peut immuniser contre une dose efficace ; dans ce cas encore, nous avons observé la fibrinolyse des caillots obtenus. Une dose efficace (0gr20 par kilog), injectée lentement et n'agissant pas, dans ces conditions, sur la coagulabilité du sang, immunise absolument contre la même dose ou une dose plus forte (0gr30) injectée rapidement une demi-heure après la cessation de l'injection lente.

Il existe entre l'organe de l'ouïe et celui de la vision des rapports anatomo-physiologiques qui expliquent la réaction pathologique de l'oreille sur l'œil et inversement. Les *relations anatomiques* sont établies : *a*) par l'intermédiaire du cerveau (suppuration otique produisant un abcès cérébral qui déterminera de la névrite optique) ; *b*) par le trijumeau et les anastomoses de ce nerf avec le facial (ainsi un lavage du conduit pourra produire du blépharospasme par excitation de l'auriculo-temporal, branche du trijumeau qui s'anastomose avec le facial, nerf de la paupière); *c*) par les connexions avec les noyaux oculo-moteurs (troubles

oculaires réflexes survenant dans le cours d'affections de l'oreille sans complications cérébrales). Les *relations physiologiques* s'expliquent : *a*) par les fonctions du trijumeau (recherches expérimentales); *b*) par la physiologie des canaux semi-circulaires; *c*) par le phénomène de l'audition colorée.

Les troubles oculaires observés dans les maladies d'oreille sont très nombreux : M. Laurens nous montre que les plus fréquents sont le nystagmus et la névrite optique. On peut rencontrer successivement du myosis, de l'iritis, des paralysies oculaires, du blépharospasme, des troubles de l'accommodation, des kératites et des lésions du fond de l'œil. Ces divers accidents oculaires s'observent dans les affections des divers segments de l'organe auditif, en particulier du conduit auditif externe, dans les otites moyennes suppurées compliquées ou non de mastoïdite, de méningite, d'abcès cérébral, de thrombose des sinus. Ils sont dus : *a*) soit à une propagation indirecte par l'intermédiaire du cerveau et de ses enveloppes; *b*) soit à des influences nerveuses (troubles réflexes); *c*) soit à une propagation vasculaire sanguine (troubles infectieux). Ils ne sont pas constants dans toute affection, même grave et compliquée, de l'oreille, mais quand ils existent dans ces cas, ils sont d'une importance capitale pour le diagnostic qu'ils assurent, pour l'intervention chirurgicale qu'ils rendent nécessaire.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

M. Bernés-Lasserre. *De la cure radicale de la hernie inguinale chez les enfants.* N° 179.

M. Dumont (Joseph). *Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse chez l'adulte.* N° 180.

M. Ousset (Alphonse). *Etude sur les excroissances papillaires du méat urinaire (caroncule uréthrale) chez la femme.* N° 181.

M. J. Crouzillac. *Des dégénérescences du cornet inférieur.* N° 183.

M. Larrouy (Jean-Félix-Maurice). *La fièvre typhoïde à Toulouse. Historique, statistique, épidémiologie.* N° 184.

M. Fournier (Henri). *Sur le traitement du bubon chancrelleux et en particulier de l'extirpation des variétés polyadénopathiques.* N° 185.

L'opération de la cure radicale chez l'enfant est d'une bénignité absolue; elle ne dure pas plus de 8 à 10 minutes et M. Bernés-Lasserre affirme que ses résultats, tant immédiats qu'éloignés, sont excellents. Le bandage donne quelques bons résultats quand le trajet est à peu près normal et les orifices modérément dilatés; mais la cure radicale seule peut amener la guérison dans les cas de relâchement de la paroi abdominale et quand le trajet inguinal est malformé; c'est entre la deuxième et la quatrième année qu'il convient de pratiquer la cure radicale.

La kératite parenchymateuse est une affection du jeune âge, mais d'après M. J. Dumont, on la rencontre chez l'adulte beaucoup plus souvent qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Elle offre alors le plus grand intérêt au point de vue de la diversité des formes et surtout de son étiologie. Contrairement à ce que l'on observe chez l'enfant, la syphilis héréditaire n'est pour ainsi dire jamais ici en cause. Cette diathèse n'est donc pas la seule qui puisse produire cette affection, comme l'avait dit Hutchinson. La kératite parenchymateuse, nous apparaît dès lors comme une lésion banale, une simple lésion de nutrition générale, que plusieurs influences morbides peuvent arriver à produire, la syphilis héréditaire plus souvent que les autres.

L'expression de polypes du méat urinaire, ne convenant pas à des tumeurs le plus souvent sessiles et à large base d'implantation, M. Ousset a dès lors choisi celle d'excroissances papillaires, qui répond mieux du reste à leur nature histologique. Leur étiologie est encore obscure. Néanmoins l'on peut affirmer que la blennorrhagie et la syphilis, que certains auteurs ont invoquées comme causes immédiates, ne sont pour rien dans la production de ces excroissances. C'est tout au plus si on peut leur accorder le simple rôle d'agents excitants. La tuberculose, incriminée par Terrillon, si elle agit d'une manière quelconque, doit avoir la même action.

Elles doivent être anatomiquement rangées dans la classe des angio-papillomes. Quoique très douloureuses, elles ne présentent pas d'éléments nerveux au microscope. Quelques examens histologiques d'Hermann confirment dans un certain nombre de cas l'hypothèse d'Englisch, admettant que les élevures papillaires pourraient bien avoir pris primitivement naissance dans la profondeur même des sinus de la muqueuse.

Elles s'accompagnent de douleur à la miction, avec parfois hématurie, et obstacle au coït. Leur évolution est lente, mais elles ne guérissent jamais spontanément; il faut toujours intervenir localement. L'excision elliptique sanglante, précédée au besoin de la dilatation extemporanée de l'urèthre, semble bien être le traitement de choix.

Le cornet inférieur a un développement embryologique propre, sa muqueuse diffère de celle qui recouvre les autres cornets. Dès lors, M. Crouzillac ne trouve point surprenant de voir ce cornet atteint d'affections spéciales. Elles consistent surtout en dégénérescences qui, au point de vue clinique, présentent deux formes principales : 1° la dégénérescence fibro-muqueuse; 2° la dégénérescence myxomateuse : cette dernière se présente sous 2 aspects différents. Elle est tantôt lisse et colloïde, tantôt papillaire.

Ces dégénérescences font suite à des lésions inflammatoires de la muqueuse que l'auteur étudie sous le nom d'hyperplasie totale.

Le cornet peut encore présenter des papillomes, tumeurs excessivement rares et qui lui sont spéciales.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces dégénérescences sont constituées par un tissu myxomateux qui parfois peut contenir du tissu lymphoïde analogue à celui de l'amygdale, ou encore du tissu conjonctif. Elles donnent fréquemment lieu, chez des sujets prédisposés, à des complications d'ordre nerveux (névroses réflexes) et toujours à des désordres graves, à la sténose nasale, qui réclament un traitement énergique dirigé contre l'affection qui les provoque. Ce traitement doit être chirurgical plutôt que médical, ce dernier ne donnant jamais de résultat complet.

La fièvre typhoïde présente à Toulouse une évolution multi-annuelle ainsi que des recrudescences automno-hivernales. Malgré ses oscillations multiannuelles, on peut affirmer que la fièvre typhoïde tend à diminuer, et Toulouse, après avoir été une des villes les plus atteintes, devient, en 1893, 1894, 1895, une des villes les plus favorisées. Pour M. Larrouy, on ne peut se rendre un compte exact du rôle de l'eau dans la production des germes typhogènes, l'analyse bactériologique n'ayant rien produit jusqu'ici. Les crues n'ont aucune influence, mais il semble que les pluies suivent, sans être cependant absolu, un rapport inverse avec le nombre des décès typhiques. Il y a quelquefois coïncidence entre les eaux basses de la Garonnes et certaines poussées typhiques. Les culs-de-sac formés par le réseau de canalisation semblent rester étrangers à la production de la fièvre typhoïde. Dans la banlieue, on retrouve l'influence d'un sol plat et humide sur la production de la fièvre typhoïde, et on peut enfin constater l'influence des diverses fumures servant à la culture maraîchère de Lalande et de Croix-Daurade.

Un second inconvénient est celui-ci. Bien que faisant tous leurs efforts, non par hygiène, mais par intérêt, de ne point toucher à leur jardinage avec cette fumure, il est à craindre qu'il n'en reçoive une partie. Et dès lors ces végétaux, insuffisamment nettoyés, portant avec eux diverses souillures, sont versés dans l'alimentation de Toulouse, où il semble qu'ils peuvent quelquefois devenir un véhicule de la fièvre typhoïde.

L'adénite inguinale, satellite du chancre simple, est, le plus souvent, une polyadénite. Elle peut être infectée par le bacille de Ducrey-Unna, non seulement dès son ouverture, mais même avant la suppuration. Avant la suppuration, le bubon doit être traité surtout par les méthodes de douceur : repos, compression, vésicatoires. Une fois l'abcès établi, M. H. Fournier pense qu'il faut recourir : à l'incision ordinaire pour les mono-adé-

nites peu graves; à l'incision avec curettage dans les cas plus sérieux; à l'extirpation totale du paquet ganglionnaire, toutes les fois qu'il y a polyadénite notable, appréciable après l'incision. Les accidents de stase lymphatique consécutifs à l'extirpation des ganglions inguinaux, ne semblent guère à redouter. (Voir sur ce sujet le mémoire de Audry et Durand in *Gazette*, 1896, p. 709.)

Thèse de la Faculté de Bordeaux.

M. Duclion (Jean-Sébastien-Paul-André). *Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la lymphosarcomatose et de la tuberculose hypertrophiante méconnue des ganglions lymphatiques* N° 32.

Parmi les adénopathies dites primitives qui se présentent fréquemment à l'observation, existent deux types bien différenciés : 1° le lymphosarcome ;

2° Une forme méconnue de tuberculose hypertrophiante des ganglions lymphatiques. Ces hypertrophies ganglionnaires, rencontrées chaque jour, sont interprétées diversement : on les désigne sous les noms de lymphadénome, lymphadénie, adénie, pseudo-leucémie. La plupart de ces faits ressortissent aux deux classes d'adénopathies que nous décrivons. Survenant en apparence sans causes connues, ces adénopathies dites primitives se différencient aisément d'autres hypertrophies ganglionnaires symptomatiques d'affections générales antérieures. Les caractères du sang permettent de les séparer des manifestations ganglionnaires de la leucémie. Le diagnostic clinique différentiel pourra être fait dans une certaine mesure entre les deux variétés d'adénopathies que nous avons en vue. La durée et l'allure de leur évolution, leurs complications plus ou moins précoces seront autant de caractères permettant de les distinguer. L'intervention chirurgicale, favorable dans les faits d'adénopathies tuberculeuses, visés par M. Duclion, n'est qu'exceptionnellement indiquée, à titre palliatif, dans la lymphosarcomatose. Dans la plupart des cas, néanmoins, une biopsie en vue d'un examen histologique et d'une inoculation paraît être nécessaire pour asseoir le diagnostic et le pronostic. Macroscopiquement, la différenciation anatomique est assez souvent difficile. L'examen histologique, impuissant à résoudre le problème dans quelques cas particuliers, est habituellement suffisant pour affirmer la véritable nature des néoformations. L'inoculation aux animaux est le moyen de contrôle le plus sûr; négative dans le lymphosarcome, elle est positive dans les cas ressortissant réellement à la tuberculose. Les faits que l'auteur a rapportés à cette forme de tuberculose hypertrophiante méconnue des ganglions lymphatiques, relèvent, ainsi que le pense M. Sabrazès, exclusivement de la tuberculose. Les ensemencements pratiqués dans le but de dépister les associations microbiennes (staphylocoques, streptocoques), se sont montrés stériles. L'hypothèse, admise par certains auteurs, d'une tuberculose surajoutée au lymphosarcome, ou au prétendu lymphadénome, dans ces très nombreux cas, est injustifiée et inadmissible.

Thèse de la Faculté de Montpellier.

M. Albarel (Paul). *Pathogénie du rachitisme. Étude expérimentale.*

Le rachitisme n'est pas produit par une cause unique : il est sous la dépendance d'une *filiation de causes* dont les primordiales sont la mauvaise alimentation et l'hygiène défectueuse.

Ces causes agissent dans le rachitisme, en produisant simultanément, et surtout au niveau du tissu ossiformateur, des *troubles inflammatoires* et des *troubles nutritifs*.

Les premières expliquent la congestion des os et leur hypertrophie par prolifération des éléments formateurs de l'os; les seconds, la diminution de croissance, la mollesse et les déformations, par un arrêt d'évolution nutritive des éléments ossiformateurs, qui demeurent à un stade embryonnaire, s'entourent de tissu osseux véritable.

Pour M. Albarel, il en résulte, comme règle thérapeutique générale, que le traitement du rachitisme ne consiste pas dans l'emploi des sels de chaux éliminés en excès par les malades, mais dans la suppression des causes qui tiennent sous leur dépendance les troubles inflammatoires et nutritifs et dans la stimulation de la nutrition générale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

La glande thyroïde et la glande pituitaire chez les crétins (Ueber Thyroïden und Hypophysis der Cretinen), par De Coulon (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLVII, p. 53). — Dans 5 cas que l'auteur a étudiés, il existait des goîtres nodulaires, et, bien que la glande thyroïde n'eût pas complètement disparu, le parenchyme conservé présentait des modifications permettant de conclure à une insuffisance constitutionnelle com plète, ou, du moins, à une activité fonctionnelle très diminuée. Ces modifications étaient caractérisées par la petitesse ou la disparition des alvéoles glandulaires, par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, par l'absence de substance colloïde dans la plupart des alvéoles et dans presque tous les lymphatiques, par l'état des cellules épithéliales et l'aspect de leurs noyaux, qui présentaient des signes d'hyperchromatose migratice et étaient tantôt petits et à bords irréguliers, tantôt gros, comme boursouflés, avec un intérieur presque complètement clair et transparent. La substance colloïde, elle-même, était très réfringente, de consistance tellement épaisse qu'elle pouvait à peine passer dans les vaisseaux lymphatiques et se colorait fortement avec l'hématoxyline, ce qui impliquait un processus dégénératif. Chez l'individu à aspect crétinoïde, mais à facultés intellectuelles normales, la substance colloïde qu'on trouvait dans les alvéoles était moins réfringente et avait un aspect normal.

Les modifications trouvées dans les glandes pituitaires ont consisté principalement dans la rareté des cellules chromophiles; les travées cellulaires se composaient de protoplasma riche en noyaux, mais elles étaient très étroites. D'après ces caractères, il était difficile d'affirmer l'existence d'une atrophie.

Putréfaction intestinale chez les femmes enceintes (Untersuchungen uber Schwefelsaureausscheidung und Darmfaulniss bei Wochnerinen), par J. Neumann (*Arch. f. Gynäkol.* 1896, vol. LII, p. 441). — L'analyse de l'urine au point de vue de la quantité d'acide sulfurique et d'acide sulfo conjugués, que l'auteur a faite pendant 10 jours chez 4 accouchées, lui a permis de constater qu'il existait dans ces conditions une diminution assez notable de ces acides dans l'urine.

Les affections rénales dans la syphilis (Klinische Studien über Nierenaffectionen bei Syphilis), par E. Welander (*Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1894, vol. XXXVII, p. 91 et 323). — L'étude de 45 observations persomelles et de la littérature de la question aboutit aux conclusions suivantes :

1° Une albuminurie minime constatable à l'aide de l'acide azotique, peut s'observer au début de la syphilis ou à la période des accidents secondaires, mais elle est extrêmement rare et il est fort douteux qu'elle dépende d'une néphrite syphilitique parenchymateuse.

2° A une période plus tardive de la syphilis, on voit quelquefois l'albuminurie apparaître dans des conditions telles qu'un rapport de cause à effet entre la syphilis et l'albuminurie semble très probable.

3° A une période tardive de la syphilis, on voit dans quelques cas apparaître une affection rénale apyrétique, caractérisée par une urine sale, trouble et contenant, à côté d'une petite quantité d'albumine, des cylindres et une forte quantité de détritus. Cette néphrite coïncide avec une destruction des gommes qui se trouvent dans différentes régions, et disparaît sous l'influence d'un traitement spécifique qui agit de la même façon sur les gommes. On peut donc supposer que la néphrite en question est due à une lésion gommeuse des reins.

4° Le traitement mercuriel, surtout quand il est conduit d'une façon énergique provoque souvent de la cylindrurie, quelquefois

avec albuminurie, dont l'intensité varie avec la disposition individuelle du malade. Cette cylindrurie avec ou sans albuminurie est très passagère et ne laisse pas après elle de prédisposition avec affections rénales ultérieures.

5° En cas de néphrite parenchymateuse ou interstitielle préexistante, le traitement mercuriel doit être conduit avec la plus grande prudence et ses effets sur les reins fréquemment contrôlés.

6° En cas de néphrite, le mercure est éliminé en grande partie avec les matières fécales, souvent aussi en grande partie par les reins; l'élimination par les glandes salivaires est toujours miinme.

CHIRURGIE

Action du chloroforme et de l'éther sur le foie (Ueber den Einfluss der Chloroform, und Aethernarkose auf die Leber), par V. Bandler (*Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Mediz. u. d. Chir.*, 1896, vol. I, p. 303). — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 42 ans, alcoolique avéré, qui a été opéré sous le chloroforme d'une hernie inguinale étranglée. La cure radicale a demandé près d'une heure pendant laquelle on a dépensé 80 grammes de chloroforme.

L'opération réussit fort bien et dans la soirée le malade eut spontanément une selle. Mais 48 heures après il survint un ictère assez foncé, la température monta pour atteindre le lendemain 40°, et deux jours après le malade succombait avec tous les symptômes de l'atrophie jaune aiguë du foie. A l'autopsie on trouva la plaie dans un état parfait et pour toute lésion, une atrophie jaune aiguë du foie que l'auteur attribue à l'action du chloroforme sur une foie déjà touché par l'alcool. Cette action nuisible du chloroforme a déjà du reste été notée par un certain nombre d'observateurs et l'auteur a pu en avoir une confirmation expérimentale en soumettant des animaux à des inhalations de chloroforme et d'éther, ces expériences lui ayant montré que l'éther laissait intact le foie tandis que le chloroforme provoquait une dégénérescence des cellules hépatiques.

Sérothérapie du cancer (Ueber die Behandlung maligner Tumoren mit dem Erysipelserum von Emmerich-Scholl), par R. v. Jaksch (*Mittheil aus d. Grenzgebiet. der Mediz. u. Chirurg.*, 1896, vol. I, p. 318). — L'auteur rapporte 5 cas de cancer (sarcome du maxillaire inférieur, carcinome de la bouche, lymphosarcome généralisé, sarcome du bassin, lymphosarcome) traités par les injections de sérum streptococcique d'Emmerich-Scholl. Dans 4 cas l'effet thérapeutique fut absolument nul; chez le 5e cas il y a eu amélioration du côté de la tumeur, mais au prix d'une néphrite hémorrhagique qui a failli emporter le malade. Chez tous les cinq les injections furent suivies de frissons et d'une sensation de malaise et d'angoisse, si bien que les malades demandaient qu'on cessât les injections.

De tous ces faits l'auteur conclut que le traitement du cancer par le sérum streptococcique n'est pas recommandable.

Occlusion calculeuse de l'uretère (Die Operation der Steinverstopfung des Ureters), par J. Israel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 38). — Des 3 observations que rapporte l'auteur, l'une concerne une femme de 44 ans chez laquelle l'examen détaillé permit de diagnostiquer l'occlusion de l'uretère droit par un calcul enclavé non loin de l'embouchure vésicale de l'uretère. L'auteur mit à nu l'extrémité inférieure de l'uretère par la voie vaginale, fendit l'uretère sur le calcul, enleva ce dernier avec une pince, plaça une sonde dans l'urèthre et sutura la plaie par dessus. La malade guérit.

Dans le second cas où l'opération a été faite chez un homme de 52 ans, anurique depuis 6 jours, l'incision lombaire permit de trouver le calcul engagé dans l'uretère à 6 centimètres du bassinet. L'uretère fut incisé et le calcul retiré. Mais le cathétérisme de l'uretère ayant montré l'existence d'autres calculs dans le bassinet, l'auteur fit une néphrotomie et enleva tous les calculs. Suture de l'uretère, suture partielle du rein (qui était unique) et drainage. Guérison.

Dans le troisième cas se rapportant à une femme de 55 ans, l'incision lombaire montra que le calcul se trouvait dans la portion pelvienne de l'uretère. Au cours de manipulations faites pour ramener le calcul dans le bassinet, ce dernier se détacha presque complètement du rein. L'auteur pinça alors le bout supérieur de l'uretère, parvint à ramener le calcul vers le bassinet et à l'extraire, et sutura le bassinet au rein. Bien que l'opération ait été faite au 6e jour d'une anurie complète et en pleine urémie, la malade guérit sans complications.

Tumeur de la vessie (Zwei Fälle von Blasentumoren welche Hydronephrose, u. s. w.), par Kanamori (*Virchow's. Arch.*, 1897, vol. CXLVII, p. 119. — Deux observations de carcinome de la vessie n'ayant présenté aucune particularité clinique méritant d'être relevée.

Dans le premier cas, l'autopsie montra l'existence de noyaux métastatiques dans la plupart des ganglions lymphatiques (mésentériques, bronchiques, cervicaux, etc.) et dans le foie ; il existait en outre une hydronéphrose droite et une hypertrophie compensatrice du rein gauche atteint de néphrite mixte; dans l'estomac se trouvait un ancien ulcère simple.

Dans le second cas, des métastases existaient dans l'os iliaque gauche, au niveau de la cavité cotyloïde, dans les corps caverneux du pénis et dans les ganglions rétropéritonéaux. Le rein gauche était hydronéphrotique, le rein droit, hypertrophié, contenait un abcès.

Uréthrite et épididymite après une course à bicyclette (Beiträg zur den Radfahrenerkrankungen), par G. Berg (*Deut. med. Wochenschr.*, 1896, n° 46). — L'auteur rapporte l'observation d'un individu n'ayant jamais eu la blennorrhagie qui, à la suite d'une course à bicyclette, fut pris de douleurs à la miction et d'un léger écoulement muqueux. L'examen complété par l'uréthroscopie a permis de reconnaître une uréthrite postérieure traumatique que l'auteur attribue à la pression exercée par le bec de la selle contre le périnée. Le malade guérit après quelques jours de repos et de diète, mais eut une récidive à la première nouvelle sortie à bicyclette.

Dans le second cas observé par l'auteur chez un homme vigoureux, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel, une sortie à bicyclette amena l'apparition d'une épididymite gauche, dont la guérison incomplète (il resta un noyau d'induration) demanda plus de 6 semaines.

Traitement de la gonorrhée (Beiträge zur Behandlung der Blennorrhoe), par S. Werner (*Monatsheft. f. prakt. Dermatol.*, 1896, n° 3, p. 125). — L'auteur a traité par la méthode de Janet 82 cas de blennorrhagie aiguë, en remplaçant le permanganate par l'ichtyol en solution de 1 à 2 p. 100. Les lavages étaient faits une fois par jour.

Sur ces 82 cas, dont 20 d'uréthrite antérieure, 10 seulement n'ont pas été guéris par les lavages. Sur les 20 uréthrites antérieures, on a eu 19 guérisons (95 p 100); sur les 62 uréthrites postérieures, on a obtenu 53 guérisons (85,5 p. 100). Pour la guérison complète, l'uréthrite antérieure a demandé en moyenne 17,4 lavages, l'uréthrite postérieure, 19,2 lavages.

Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale (Zur Prophylaxie und Therapie der Wochenbettfiebers), par Saft (*Arch. f. Gynäkol*, 1896, vol. LII, p. 579). — Comme prophylaxie de la fièvre puerpérale l'auteur préconise l'asepsie rigoureuse des mains et des instruments du chirurgien et l'abstention, poussée aussi loin que possible, du toucher pendant l'accouchement. Pour ce qui est de l'accouchée elle-même, il est indiqué de renoncer à l'antiseptisation du vagin qui diminue les propriétés bactéricides des sécrétions vaginales, et de se limiter à l'antisepsie de la vulve.

Comme traitement de l'infection puerpérale, l'auteur conseille de renoncer à toute thérapeutique locale et à tout antiseptique qui agit comme poison local, et de porter tout l'effort thérapeutique sur le cœur qu'il faut fortifier.

Sur 879 accouchements conduits suivant ces règles l'auteur n'accuse qu'une mortalité (par septicémie) de 0,1 p. 100 et une morbidité de 0,24 p. 100. Il explique le chiffre élevé de la morbidité par les soins avec lesquels la température a été prise dans chaque cas.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement hygiénique et médicamenteux de l'artériosclérose.

Les artérioscléreux, aortiques et rénaux, tachycardes, doivent être soumis à un régime alimentaire et médicamenteux très strict. Tant qu'ils ne sont pas arrivés à la période de leur affection que M. Huchard a qualifiée de mitro-artérielle, ils peuvent espérer une amélioration considérable et assez durable en se soumettant à la thérapeutique que nous allons indiquer et dont nous empruntons les grandes lignes au livre du médecin de Necker.

I. Régime. — La base du traitement est le régime lacté absolu alterné avec un régime mitigé.

1° Pendant 10 jours régime lacté absolu.

Prendre une tasse de lait de 350 grammes toutes les 2 heures.

Si le lait donne des flatulences, prendre 2 à 4 des cachets suivants :

Charbon . . . . o gr. 25
Pancréatine . . . . o gr. 20
Benzonaphtol . . . . o gr. 20
pour un cachet.

Si le lait amène de la gastralgie, l'additionner d'eau de Vichy (Célestins), 1 à 2 cuillerées à soupe par tasse.

Si le lait cause de la constipation, la combattre par la cascarine, la rhubarbe, la magnésie, etc.

Si le lait donne de la diarrhée, prendre 1 à 4 des cachets suivants :

Benzonaphtol . . . . o gr. 20
Salol. . . . . o gr. 15
Sous-nitrate de bismuth (1) . . . . o gr. 40
pour un cachet.

Si le lait s'accompagne d'affaiblissement, de perte des forces, il est favorable de prendre 2 fois par jour un demi-verre de vin blanc de Graves, coupé d'eau d'Evian ou de Vittel, ainsi qu'une tasse de café.

Pendant le régime lacté absolu, réduire au minimum le travail musculaire, limiter les promenades, mais activer le plus possible les fonctions de la peau par des frictions, massage, gymnastique *passive*.

2° Pendant 10 jours, régime mitigé.

Deux repas par jour : midi, 7 heures.

Une tasse de lait à 7 heures du matin, 1 seconde à 10 heures, 1 troisième à 5 heures, *ad libitum* la nuit, c'est-à-dire après 11 heures du soir.

a) *Aliments autorisés.* — Viandes : veau, poulet, dindon, porc frais, au repas de midi seulement.

Œufs très cuits, en omelette ou brouillés, également à un seul repas.

Légumes secs, en purée et passés au tamis ; frais, très cuits et finement hachés : haricots, pois, lentilles, pommes de terre, marrons, fèves, riz ; farines diverses (avoine, gruau, revalescière) ; pâtes (nouilles, macaroni) ; carottes, navets, poireaux, cardons, fonds d'artichauts, salsifis, raves-céleri, crônes, haricots verts, escarole, mâches, chicorée, endives, laitues, pissenlits, épinards, cresson.

Desserts : laitages, fruits en compote, fromages frais (Gervais, Gruyère, Hollande).

b) *Aliments tolérés* et seulement à titre exceptionnel. — Mouton, agneau, les viandes rouges fraîches et très cuites, les choux-fleurs, choux de Bruxelles, quelques poissons bouillis (poisson d'eau douce seulement).

c) *Aliments défendus.* — Viandes saignantes, faisandées ou conservées, gibier, poissons de mer, coquillages, fritures, charcuterie, tomate, oseille, aubergine, asperges, sauces épicées, potages gras (bouillon), pâtisseries, fruits crus, fromages faits ou odorants.

d) *Boissons.* — Lait en mangeant, si possible ; 1 verre 1/2 à 2 verres au plus, par repas. Si le lait n'est pas accepté, vin blanc de Graves (1/3 de vin blanc, 2/3 d'eau de Vittel, Evian ou Alet-Buvette, cette dernière prise de préférence si l'estomac est douloureux).

Les boissons gazeuses ou alcooliques, le thé sont interdites. Une à 2 tasses de café sont permises. Exceptionnellement, le thé léger et froid est toléré.

Il est favorable de boire, le matin, à jeun, 1 à 2 verres d'eau de Vittel ou d'Evian.

Dans le cas où le régime s'accompagne de flatulence, diarrhée ou constipation, avoir recours aux moyens sus-indiqués.

II. Médicaments. — Comme règle, 20 jours par mois, prendre matin et soir une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de sodium. . . . . 3 gr.
Eau distillée . . . . 300 gr.

Si tendances angineuses, 3 cuillerées à soupe de la solution suivante :

Solution de trinitrine à 1 p. 100. XL à LX gouttes.
Eau distillée . . . . 300 gr.

Si accès angineux, nitrite d'amyle en inhalation.

Si tachycardie (110-120 pulsations), chaque jour 2 à 3 des pilules suivantes :

Extrait de convallaria. . . . . . . o gr. 10
Sulfate de spartéine. . . . . o gr. 05
pour une pilule.

Ou encore 1 à 2 injections sous-cutanées de 1 centim. cube de la solution suivante :

Sulfate de spartéine . . . . o gr. 50
Eau stérilisée . . . . Q. s. p. 10 cent. cubes.

Si diminution notable des forces, 2 cuillerées à café par jour, pendant 5 à 8 jours au plus, de la mixture suivante dans un demi-verre d'eau de Vittel ou d'Evian sucrée :

Extrait fluide de kola . . . . 120 gr.
Extrait fluide de coca . . . . 80 gr.

Si inappétence, XV gouttes du mélange suivant, au début de chaque repas.

Teinture de noix vomique . . . ⎫
Teinture de gentiane. . . . . . ⎬ ãã 10 gr.
Teinture de colombo. . . . . . ⎭

Si insomnies : 1 à 2 perles de chloralose de 10 centigrammes, ou 1 à 2 cachets de 0 gr. 75 de trional, le soir en se couchant.

Si œdème des membres inférieurs, avec abaissement de la quantité d'urine au-dessous de 1 200 grammes, reprendre le régime lacté avec 2 à 4 des cachets suivants :

Théobromine . . . . o gr. 50
pour un cachet.

Si l'œdème augmente avec tachycardie, arythmie, dyspnée, reprendre le régime lacté absolu, puis le traitement suivant :

1° Purgatif (eau-de-vie allemande, 15 à 30 grammes) ou l'un des cachets suivants :

Scammonée. . . . . o gr. 75
Jalap . . . . o gr. 15
pour un cachet.

2° Pendant 5 jours, tous les matins à jeun, prendre X gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000°, formule de Petit.

3° Pendant 5 jours, repos et théobromine.

4° Recommencer 5 jours de digitaline après un nouveau purgatif.

Si phénomènes de congestion pulmonaire, augmentation de l'anasarque, même traitement, ventouses sèches ; si encéphalopathie, ventouses scarifiées. *Jamais de vésicatoires.*

Ici nous rentrons dans le traitement des affections mitrales non compensées, de l'urémie, qui sortent de notre cadre.

III. Conseils généraux. — Frictions, massage, gymnastique passive.

(1) On doit en effet éviter le *salicylate* de bismuth, en raison de son action défavorable sur les reins.

Exercice modéré (promenade en terrain plat) 2 heures au moins après le principal repas ou 1 heure avant.

Eviter les efforts musculaires, la fatigue, la marche contre le vent.

L'entraînement musculaire passif ou actif, sans fatigue et sans abaissement du taux de l'urine est favorable à condition d'être fait à jeun et d'être très lentement progressif.

Fuir la fumée de tabac.

Travail intellectuel (affaires, etc.), limité à la matinée ou de 4 heures à 7 heures du soir.

Eviter les bains trop chauds. Les prendre courts (10 minutes) et sans jamais dépasser la température de 34° centigrades.

Il peut être utile, surtout à la première période, de prescrire quelques douches écossaises en jet brisé sur la colonne vertébrale, les reins et les membres inférieurs seulement, en débutant par une température voisine de 30°, sans jamais descendre au-dessous de 15°. Durée : 8 à 10 secondes.

G. M.

Traitement des démangeaisons,

d'après M. le Dr Brocq.

Chez les sujets dont la peau est sèche, xérodermique, on se servira avec avantage de la pommade suivante après savonnage, lavage à l'eau de camomille chaude (10 têtes pour un litre) et séchage à l'ouate hydrophile.

Lanoline	āā 15 gr.
Huile d'olive.	āā 15 gr.
Acide phénique . . .	o gr. 30 à o gr. 40

Poudrez soigneusement avec de l'amidon, ou un mélange de poudre de talc et de dermatol.

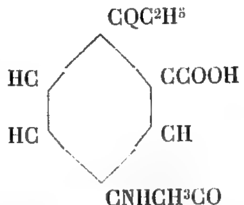
Si le prurit est le fait d'une éruption, il faudra avoir recours de préférence à la pommade suivante.

Oxyde de zinc	8 gr.
Acide phénique	o gr. 30 à o gr. 40
Acide salicylique	o gr. 65
Lanoline	12 gr.
Vaseline	30 gr.

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Benzacétine.

La *benzacétine* se présente sous la forme d'aiguilles cristallines, blanches, très peu solubles dans l'eau, solubles dans l'alcool. C'est un acide acétamydosalicylique qui se combine avec des bases pour former des sels solubles dans l'eau. Sa formule peut être représentée ainsi :



L'un de ces sels est la *benzacétine lithinée*, qui a du reste des propriétés analogues à la benzacétine pure.

D'après les recherches de Frank, ce sont de puissants antinévralgiques. A la dose de 0gr50 à 1 gramme par jour ils combattent heureusement l'insomnie et l'excitation des neurasthéniques, des hystériques, les troubles nerveux de la chloro-anémie.

Associée à la caféine et à l'acide citrique, la benzacétine a donné, entre les mains de A. Reus, les meilleurs résultats dans la migraine, les céphalées diverses : elle se serait montrée également active chez les cérébraux, pour lesquels elle constitue un hypnotique de choix.

FORMULAIRE

Benzacétine	o gr. 50

pour un cachet
1 à 2 de ces cachets par jour.

Benzacétine.	10 gr. 50
Caféine	o gr. 90
Acide citrique	o gr. 70

M. s. a. et divisez en 10 cachets.
1 à 2 de ces cachets par jour.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Laudanum de Sydenham.

Synonyme. — Vin composé d'opium.

Propriétés thérapeutiques. — Le laudanum est un excellent hypnotique. Il a été préconisé en injections sous-cutanées contre l'avortement et généralement pour diminuer les contractions utérines *post* ou *ante partum* (E. Corminas).

C'est un mauvais médicament hypodermique : la voix de choix pour son emploi n'est pas la voie sous-cutanée, mais la voie rectale. Les vins, les teintures alcooliques se résorbent difficilement dans le tissu cellulaire : il faut donc éviter de les injecter. Cette observation, d'ordre général, s'applique au laudanum.

Le praticien devra donc s'abstenir de faire des piqûres avec ce médicament. Et si nous avons cru devoir le comprendre dans notre *formulaire*, c'est parce que quelques auteurs ont fait avec succès des injections laudanisées.

Nous savons bien que l'action du laudanum sur les contractions utérines est très spéciale et ne peut être obtenue par aucun des alcaloïdes de l'opium pris isolément. Mais généralement la voie rectale suffit à toutes les indications.

En tout cas, le laudanum devrait-il être étendu de 6 à 10 fois son volume d'eau stérilisée et le mélange soigneusement filtré.

Doses. — 1/3 de centim. cube à la fois que l'on peut répéter jusqu'à 4 fois en 24 heures en surveillant la malade.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats.* — Très douloureuse.

b) *Eloignés.* — Laisse quelquefois à l'endroit de la piqûre des indurations douloureuses et persistantes.

L'injection doit être faite très aseptiquement et il sera favorable d'employer une dilution comme celle que nous indiquons ci-après :

FORMULE

Laudanum de Sydenham	2 gr.
Eau stérilisée . . . q. s. p.	12 centim. cubes.

2 centim. cubes pour une injection.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assistance chirurgicale aux blessés.

Tout le monde reconnaît que les soins donnés, dans la ville de Paris, aux individus blessés sur la voie publique ne sont pas à la hauteur des progrès chirurgicaux modernes. On sait l'importance majeure de la désinfection immédiate de toute plaie : et presque invariablement le blessé n'a de soins chirurgicaux qu'après avoir été manipulé par un pharmacien et par quelques agents de police ou quelques passants. On sait que pour l'évolution ultérieure d'une fracture compliquée tout dépend des pre-

miers soins : et en arrivant à l'hôpital le blessé sera trop souvent traité par un interne de *médecine*, d'autant plus nul en chirurgie qu'il est plus distingué en anatomie pathologique et en bactériologie. On sait, enfin, que pour les plaies de l'abdomen, la rapidité de l'intervention est le facteur principal du succès : et lorsque le blessé aura été, souvent au bout de plusieurs heures, transporté à l'hôpital, il devra souvent attendre plusieurs heures encore l'arrivée du chirurgien de garde.

Pour ramasser les blessés sur la voie publiques et les transporter à un endroit où ils pourront recevoir des soins réellement chirurgicaux, il suffit d'établir en grand le système des ambulances urbaines, tel qu'il fonctionne depuis plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis : de la sorte, sur un appel téléphonique, une voiture d'ambulance, accompagnée d'un étudiant en médecine, arrivera en quelques minutes au secours du blessé. C'est exactement comme pour les appels en cas d'incendie et sur ce point il n'y a aucun désaccord.

Mais voici le blessé en voiture : où va-t-on le transporter ? Ici deux systèmes ont été soutenus devant la commission instituée par le Conseil municipal : pour M. Marcel Baudouin, il faut créer dans Paris un service autonome d'hôpitaux de prompt secours; pour M. Terrier, il suffit d'améliorer l'aménagement actuel des services de chirurgie dans les hôpitaux existants.

M. Marcel Baudouin semble craindre qu'entre le service de transport — service exclusivement municipal — et le service hospitalier de l'Assistance publique, il n'y ait un « trou » désastreux, parce que le blessé dépendra de deux administrations différentes et souvent rivales. C'est un argument dont je ne puis admettre la valeur. Pour les choses d'ordre administratif, il peut être exact, mais pour les soins donnés à un blessé qu'on apporte à l'hôpital, j'affirme qu'il est erroné. A tout instant, actuellement, blessés, malades d'urgence nous sont amenés à l'hôpital par la mairie, par des agents de police; d'autres viennent du bureau de bienfaisance, d'autres viennent tout seuls; d'autres encore sont apportés soit par les ambulances urbaines, soit par les ambulances municipales. Cette diversité d'origine n'a aucun espèce d'inconvénient; l'interne de garde, en présence d'un malade ou d'un blessé, ne demande pas d'où il vient, mais ce qu'il a.

Au contraire, les objections sont aisées à faire au sysde M. M. Baudouin. La création de ces hôpitaux exigera des dépenses considérables et on en tirera un profit médiocre. Si vous voulez avoir constamment et à demeure un chirurgien de garde, prêt à opérer à toute heure du jour et de la nuit, à partir au besoin avec la voiture, comment pensez-vous recruter ce personnel ? Avec des chirurgiens déjà experts ? Pas un seul ne s'astreindra à de semblables exigences et ne briguera un poste qui l'empêchera de vaquer à ses occupations. Avec de jeunes docteurs qui pendant quelques années ne sont en effet pas très absorbés par la clientèle ? Mais ceux-là, aptes à donner des soins élémentaires, à panser proprement une plaie par exemple, ne seront pas rompus aux interventions parfois complexes qu'on exigera d'eux, pour opérer, je suppose, une plaie pénétrante de l'abdomen. C'est de la chirurgie difficile, délicate, qui nécessite un entraînement journalier : or, je crois — et je le dis pour avoir monté la garde comme chirurgien du Bureau central de 1890 à 1896 inclus — que le nombre des interventions de ce genre pratiquées à l'hôpital est tout à fait insuffisant pour qu'un chirurgien puisse s'y faire et s'y entretenir la main. De la garde ancienne vous supprimez les lésions pathologiques urgentes (hernie étranglée, appendicite, occlusion intestinale, etc.), et au lieu d'un seul chirurgien de garde vous allez en mettre plusieurs : chacun d'eux aura quelques fractures simples à appareiller, quelques plaies à suturer, et 3 ou 4 fois par an il fera une laparotomie ou trépanera un crâne. Voilà des hommes entre les mains desquels je n'aimerais pas à tomber : ils auraient le grand avantage d'être jeunes et actifs, mais ils auraient le grand défaut de n'être pas expérimentés.

Est-ce à dire que je sois partisan du système actuel ? Absolument pas, et déjà je l'ai dit lorsque j'ai exposé dans la *Gazette* (30 août 1890, p. 407) les idées de mon maître Terrier sur l'organisation d'un service de chirurgie. J'ai dit et je le répète qu'à tout blessé on doit une assistance *chirurgicale :* et rien n'est plus facile à organiser si on emploie à cet effet les internes, externes et stagiaires des services de chirurgie; si à chaque service est attaché un assistant, jeune chirurgien demeurant près de l'hôpital et y étant relié téléphoniquement; si, pour certains cas particulièrement compliqués, un chirurgien des hôpitaux, lui aussi muni du téléphone, est responsable de la garde. Et la première réforme à réaliser, c'est que les internes en chirurgie logent à l'hôpital. Quand est appelé le chirurgien de garde dans un hôpital excentrique où les internes sont logés, il trouve toujours tout préparé, et tout marche à souhait; là où les internes ne sont pas logés, il tombe trop souvent sur un remplaçant peu instruit, sur un étudiant qui parfois sait à peine le français, mais qui est à peu près constamment nourri et logé à condition de remplacer messieurs les internes.

La grosse objection est que si, la plupart du temps, un interne fait très bien la besogne voulue, pour endormir un malade la présence d'un docteur en médecine est légalement nécessaire : si vous le voulez, attachez à chaque hôpital, à titre d'interne résident, comme cela se fait à Bordeaux, un jeune docteur qui, sous la responsabilité du chef, fera en quelque sorte une 5e année d'internat et sera pourvu du diplôme exigé par la loi. Et par surcroît vous compléterez l'éducation chirurgicale de vos futurs chefs de service.

En somme, le principe de la garde autonome existe pour les services d'accouchement et le système fonctionne très bien. Appliquez-le aux services de chirurgie et le système fonctionnera tout aussi bien.

Reste la question des locaux, des salles d'opération, et c'est ici qu'on a reproché à M. Terrier de réclamer des installations coûteuses alors que nos services sont à peu près tous très mal pourvus et qu'on nous refuse, faute d'argent, les améliorations les plus indispensables. Or, M. Terrier n'a jamais proposé rien de semblable. Il pense, à juste titre, qu'il est extrêmement facile d'utiliser pour le service de garde les salles de consultation déjà existantes. A toutes sont annexées une salle de pansement et une salle d'opérations : à l'hôpital Bichat, le matériel pour aménager à la consultation une salle d'opérations où peut se faire toute la chirurgie d'urgence a coûté 200 fr. Faites-en autant partout, et vous aurez fait de bonne besogne sans avoir créé un déficit ! Tout ce qu'il faut, c'est que cette salle soit constamment chauffée et que toujours il y ait dans le service une boîte d'instruments stérilisés, des compresses, tampons prêts à servir, de l'eau chaude et du linge chaud. Cela existe déjà dans les services bien tenus et, avec un peu de surveillance, cela existera dans les autres.

A. Broca.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Deux cas de goitre exophthalmique traités par l'hémithyroïdectomie (p. 229). — Traitement du goitre exophthalmique par la section double du sympathique cervical (p. 230).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Présentation d'instruments (p. 231). — Lithiase intestinale. — Grossesse extra-utérine. — Uranoplastie. — Restauration du périné, du vagin, de l'urèthre et du rectum (p. 232). — *Société anatomique :* Vésicule biliaire. — Cancer du canal thoracique. — Dilatation des bronches. — Gangrène pulmonaire. — *Société de biologie :* Akapnée. — Pus gangréneux. — Appendicite. — Passage de la propriété agglutinante à travers le placenta (p. 233). — *Société de chirurgie :* Goitre exophthalmique. — Cholestéatome de l'oreille moyenne (p. 234). — Rétrécissement syphilitique du rectum. — Fistules vésico-vaginales. — *Société médicale des hôpitaux :* Talalgie blennorrhagique. — Erythème infectieux (p. 235) — Séro-réaction du placenta. — Adénie sans leucocythémie. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Astasie-abasie. — Broncho-pneumonie chez la mère et le fœtus. — Myosite infectieuse traumatique (p. 236).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin:* Cancer primitif de la plèvre. — Néphrite interstitielle (p. 237). — *Société de médecine berlinoise :* Maladie de Hodgkin. — Luxation du nerf cubital. — Bactériologie de la peste. — Angleterre. *Leeds and West riding medico-chirurgical Society :* Calcul biliaire. — Traumatisme du cerveau (p. 238). — Autriche. *Collège des docteurs de Vienne ;* Traitement du lupus. — *Club médical de Vienne :* Syphilis cérébrale. — Nanisme. — Fer dans l'urine. — *Société des médecins allemands de Prague :* Laparotomie pour plaie par coup de revolver. — Tuberculose cérébelleuse. — Intoxication saturnine (p. 239). — Venin des mouches à miel. — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Mastoïdite aiguë, abcès subdural. — Phlegmon cervical. — Abcès sous-diaphragmatique. — Eclampsie infantile. — Uréthrite antérieure (p. 240).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Deux cas de goître exophthalmique traités par l'hémithyroïdectomie.

Résultats 2 ans 1/2 et 1 mois après l'opération.

Présentation à la *Société de chirurgie*

Par M. le Dr Tuffier.

Les deux malades que je vous présente sont toutes deux des femmes jeunes atteintes de goître exophthalmique, toutes deux traitées par la thyroïdectomie partielle comprenant le lobe droit et l'isthme de la glande.

La première, âgée de 28 ans, vous est déjà connue, elle est opérée depuis le 6 juillet 1894, et je vous l'ai présentée ici même dans la séance du 13 février 1895 (*Bulletin de la Soc. de chir.*, mars 1895, p. 125). Les accidents avaient été diagnostiqués maladie de Basedow par MM. Charcot et Gilles de la Tourette, le traitement médical suivi à la Salpêtrière pendant deux ans n'ayant provoqué aucune amélioration, je procédai d'abord à l'évacuation d'un kyste thyroïdien en 1882. Les injections parenchymateuses iodées n'ayant amené non plus aucun résultat, les accidents cardiaques et le tremblement réduisant cette jeune fille à l'immobilité, je pratiquai l'hémithyroïdectomie droite. Les accidents nerveux et l'exophthalmie ont guéri ; elle était déjà dans un état très satisfaisant quand je vous l'ai présentée. Aujourd'hui l'exophthalmie a complètement disparu, la tachycardie et le tremblement ont cessé, si bien que cette jeune femme est occupée exclusivement à écrire dans les bureaux du Crédit Lyonnais. Le lobe gauche du corps thyroïde est resté plus volumineux que normalement, il n'a pas grossi depuis l'opération et je crois la guérison définitive.

La seconde malade est une jeune femme de 30 ans que j'ai opérée le 25 janvier dernier dans un état lamentable et de la plus haute gravité. Les accidents avaient débuté un an seulement avant mon examen par des palpitations, de l'exophthalmie et des bouffées de chaleur à la tête. Son corps thyroïde n'était pas volumineux et si le cou de la malade paraissait un peu fort, il n'y avait jamais eu de tumeur. Les accidents cardiaques, le tremblement, l'agitation extrême, marchèrent si rapidement qu'au bout de trois mois elle dut quitter sa place de caissière. Une diarrhée abondante et incoercible s'y ajouta depuis six mois.

Je vois la malade pour la première fois le 20 décembre 1896. Les antécédents se composent d'une rougeole à 3 ans et d'une « fluxion de poitrine » à 13 ans. Elle me dit, et son médecin, M. le Dr Pellereau, me confirme que, dans le cours de sa maladie actuelle il y a environ six mois, elle a été victime d'un accident singulier. Une prescrpition de tablettes de thymus, qui passe pour un spécifique dans cette maladie lui ayant été faite, on lui donna par erreur à prendre des tablettes de corps thyroïde. Des accidents de thyroïdisme aigu s'ensuivirent et ont failli l'emporter. Actuellement, cette femme, assez grande et très amaigrie, presque chauve, est d'une faiblesse extrême ; son exorbitis est énorme, il lui est impossible de faire quelques pas sans être prise d'une dyspnée violente. Insomnie, pouls à 144°. Palpitations incessantes, tremblement, œdème des membres inférieurs. Inappétence, diarrhée qui a résisté à toutes les médications. La face est vultueuse, le cou est un peu fort sans trace de tumeur ; des veines volumineuses sillonnent la peau. En appliquant la main sur la région sous-hyoïdienne, on sent un thrill absolument semblable à celui d'un anévrysme artérioso-veineux. Toute la glande thyroïde est animée de battements, surtout dans son tiers supérieur. Et vraiment l'aspect de la région est plutôt celui d'une tumeur cirsoïde que d'un goître. La glande a ses deux lobes ayant à peu près double de volume, le droit est un peu plus volumineux ; elle est régulière, sauf au niveau de l'isthme, qui descend derrière le sternum.

Ces accidents graves progressant, on me demande d'intervenir. Sachant la haute gravité de ces opérations, je demandai à revoir la malade 15 jours plus tard après de nouvelles tentatives médicales par les préparations de thymus. Le 20 janvier 1897 je la trouvai encore plus faible et dans un état d'agitation et d'insomnie si déplorable que j'acceptai de l'opérer.

Le 25 janvier, à la maison de santé de la rue Bizet, la malade étant chloroformée avec la plus grande précaution, je pratique une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, j'aborde rapidement le corps thyroïde en ouvrant la capsule et je jette une ligature au catgut sur le pédicule des vaisseaux thyroïdiens supérieurs, puis je passe une ligature en chaîne sur le bord *gauche* de l'isthme que je coupe à ce niveau et dont je cautérise au fer rouge toute la surface de section ; j'énuclée alors le lobe rétro-sternal, je le sépare de la trachée légèrement aplatie et je lie les veines imæ, puis je fais basculer en bas et en dehors le lobe droit. L'hémostase a été très simple. Cette extirpation pratiquée, je place une seconde ligature au

catgut au-dessous du lobe gauche, pour enlever complètement l'isthme; nouvelle cautérisation au fer rouge. Réunion et drainage.

Pendant l'opération j'ai mis tout en œuvre pour éviter la malaxation du corps thyroïde ou l'écoulement du suc thyroïdien dans la plaie. La cautérisation au fer rouge des surfaces thyroïdiennes sectionnées a été pratiquée dans le même but, je suis convaincu que les morts rapides sont des morts par empoisonnement thyroïdien aigu provoqué par les manœuvres opératoires, la malaxation de la tumeur et l'écoulement du liquide thyroïdien dans la plaie.

Les suites *opératoires* furent des plus simples : le lendemain la température s'éleva à 38° (fièvre thyroïdienne), le surlendemain elle tombait à 37°, le drainage est supprimé. Depuis ce moment la température n'a pas dépassé 37°2. Les sutures ont été enlevées le 7e jour — et il ne reste aujourd'hui qu'une cicatrice linéaire et une petite croûte sur l'emplacement du drainage.

Les suites *thérapeutiques* ont été des plus intéressantes. Dès le lendemain l'aspect vultueux de la face, l'état d'éréthisme des vaisseaux s'était « flétri » pour ne plus reparaître, de même la diarrhée a disparu pour ne plus jamais se manifester depuis. L'exorbitis et l'agitation ont persisté pendant environ 36 heures. Le pouls a subi les modifications quotidiennes suivantes, sans aucun parallélisme avec les modifications de température : 125, 115, 110, 111, 104. Le 5 février il est à 80 et actuellement il est à 68-72. Aujourd'hui, 38 jours après l'opération, il existe encore de l'exophthalmie ou plutôt, les yeux sont à fleur de tête et n'ont plus cet aspect spécial qu'ils présentaient, les vaisseaux du cou ne sont plus volumineux, il n'y a plus de thrill ni de battements dans le lobe gauche. La malade n'a aucun tremblement, elle vaque à ses occupations et a pu venir ici sans aucune dyspnée. Le sommeil est bon, l'appétit est revenu, et il n'y a aucun accident nerveux. L'avenir montrera quelle valeur définitive a notre intervention; je sais que certaines malades ont été reprises d'accidens très tardivement. Ma première opérée étant guérie depuis 2 ans 1/2, j'ose espérer, le même succès pour celle-ci. Il est évident que nous ne pouvons prétendre par l'hémithyroïdectomie arriver à des résultats mathématiques. Il nous faudrait pour cela reséquer juste la portion de glande thyroïde qui est en trop et je ne sache pas qu'un moyen quelconque nous renseigne sur ce point. Mais l'état de ces deux malades après l'opération plaide vraiment en faveur de ce mode d'intervention.

Traitement du goître exophthalmique par la section double du sympathique cervical,

Par M. le Dr Vignard,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Si les goîtres ordinaires ont depuis 20 ans largement bénéficié des progrès de la thérapeutique chirurgicale, ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre en parcourant l'intéressante étude de M. Bérard (thèse de Lyon, 1896-97), on n'en saurait dire autant des goîtres exophthalmiques. Pendant longtemps, et de nos jours encore, leur traitement est demeuré l'apanage de la médecine qui leur opposait tour à tour ou simultanément les médicaments antinerveux et l'hydrothérapie. L'on aurait mauvaise grâce à lui refuser de nombreuses améliorations et même des guérisons complètes. Cependant, il faut reconnaître que certains goîtres exophthalmiques résistent à toute thérapeutique et c'est pour ceux-là que les chirurgiens ont tenté de suppléer à l'insuffisance des ressources purement médicales. Sans doute, ils y étaient poussés par les résultats merveilleux obtenus dans le traitement des goîtres simples, mais la notion qui attribuait les goîtres exophthalmiques à un trouble du système nerveux n'était pas pour les encourager. Il faut, néanmoins, convenir qu'il était assez naturel de s'adresser au corps thyroïde dans le traitement d'une maladie où son hypertrophie constitue un des symptômes cardinaux.

Nous n'avons pas l'intention ici de faire l'exposé et la critique des diverses opérations dirigées contre le syndrome de Basedow. M. Gayet, dans un article du *Lyon médical* (26 juill. 1896) les a tour à tour envisagées et nous pouvons conclure avec lui que pour améliorer les basedowiens on a le droit de chercher mieux que la thyroïdectomie plus ou moins complète, l'exothyropexie ou la ligature des artères thyroïdiennes. En effet, si ces méthodes possèdent à leur actif quelques guérisons, le plus souvent partielles, elles ont à leur passif de nombreux insuccès, sans compter que dans certains cas elles ont précipité la marche de l'affection et entraîné la mort des malades.

On trouve à ce sujet-là, dans la thèse de M. Bérard, un chapitre très instructif.

Entre autres documents intéressants on y verra relatée la statistique très importante d'Allen Starr qui porte sur 190 cas de thyroïdectomie pour maladie de Basedow. 33 fois la mort immédiate fut la conséquence de l'intervention et survint vraisemblablement par intoxication thyroïdienne.

Nous faisions remarquer plus haut que la théorie nerveuse du goître exophthalmique avait pu jusqu'à un certain point décourager les chirurgiens. Or, il n'est pas sans intérêt de faire observer que c'est l'étude des symptômes purement nerveux de cette affection qui a conduit M. Jaboulay à intervenir chirurgicalement.

En effet, comme il le dit lui-même dans un article du *Lyon médical* (mars 1896), la maladie de Basedow offre, au moins pour deux de ses symptômes, l'exophthalmie et les palpitations, le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical. Il était donc logique, en dehors de toute question doctrinale, de songer à agir sur le cordon intermédiaire entre les centres nerveux et la glande thyroïde, et d'autre part, l'innocuité de l'opération, pratiquée déjà contre l'épilepsie, justifiait pleinement le passage de la pensée à l'acte.

C'est au mois de février 1896 que M. Jaboulay, dont nous avions alors l'honneur d'être l'interne, préconisa et pratiqua, pour la première fois en France et à l'étranger, la section double du sympathique cervical, dans un cas de goître exophthalmique particulièrement tenace dont nous reproduisons plus loin l'observation, déjà citée dans la thèse de M. Bérard.

Encouragé par les résultats obtenus, M. Jaboulay eut recours, dans 5 autres cas, à la même intervention, mais avec quelques variantes que nous indiquerons.

Auparavant, rappelons brièvement la technique opératoire :

Incision de 6-7 centimètres environ partant de l'apophyse mastoïde et suivant le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On récline le muscle en avant et l'on recherche le paquet vasculo-nerveux du cou formé de la carotide interne, de la jugulaire interne et du pneumogastrique accolé à ces deux vaisseaux. On l'aperçoit bientôt au travers de la gaine celluleuse qui l'entoure et on l'attire en avant.

Après avoir déchiré l'aponévrose cervicale profonde, on entrevoit, paraissant placé un peu en dehors du paquet vasculo-nerveux, le sympathique cervical, de volume variable, que l'on soulève sur une sonde cannelée ou sur un fil de soie et que l'on sectionne en en réséquant une petite portion.

Lors des deux premières opérations, M. Jaboulay pratiqua la section du cordon nerveux entre le ganglion supérieur et le moyen. Dans le troisième cas — qui fait l'objet du mémoire de M. Gayet — le sympathique a été coupé, à gauche, au-dessous du ganglion moyen et à droite au-dessus.

Dans les trois derniers cas, deux fois M. Jaboulay a enlevé de chaque côté le ganglion sympathique cervical supérieur; une autre fois il a pratiqué l'ablation du ganglion supérieur et du moyen, ainsi que du connectif qui les réunit. Si nous insistons sur ces détails, c'est afin de justifier, en nous basant sur des faits, le choix du procédé que nous indiquerons plus loin.

Lors de sa première communication (*Lyon médical*, 22 mars

1896) M. Jaboulay semblait regretter de n'avoir pas atteint le ganglion cervical inférieur, pour en sectionner les branches afférentes et efférentes. Nous avons cru un instant que ce vœu avait été exaucé et au delà par M. Jonnesco. Dans un article du *Centralblatt für Chirurgie* (9 janvier 1897, n° 2) cet auteur semble innover en traitant, entre autres cas, deux maladies de Basedow par la résection totale du sympathique cervical (*les trois ganglions y compris*).

Mais cette intervention n'a pas été pratiquée, du moins pour le goître exophthalmique; c'est ce qui ressort des observations, qui manquaient dans l'article cité plus haut, et que nous venons de lire dans les *Archives provinciales de chirurgie* (février 1897).

Dans les 2 cas qu'il a opérés, M. Jonnesco n'a pratiqué que l'ablation des ganglions supérieur et moyen, et dès lors les résultats qu'il a obtenus ne peuvent être rapportés à une heureuse modification opératoire. Ils consistent dans la disparition de l'exophthalmie, la diminution du goître, la cessation de la tachycardie dans un cas seulement. Ce sont là des résultats analogues à ceux qui sont consignés dans les 6 observations de M. Jaboulay.

D'après ces observations, la section double du sympathique améliore ou fait disparaître presque tous les symptômes du goître exophtalmique. C'est l'exorbitis qui paraît rétrocéder le plus tôt, et dès le lendemain même de l'opération on peut observer un résultat appréciable. La pupille se resserre dans les 2 heures qui la suivent, et de ce fait la vue devient beaucoup plus vive pour les objets éloignés. Le tremblement décroît un peu plus lentement, du moins dans la majorité des cas, mais au bout de quelques jours il se trouve diminué dans des proportions considérables, ou même il a complètement disparu, comme dans un de nos cas.

Le goître aussi met un temps assez long à rétrocéder, mais, ordinairement dans les 10 jours qui suivent la section des nerfs on peut noter une sensible diminution de volume qui peut aller jusqu'à la disparition complète de la tumeur.

Notons aussi que les troubles trophiques et les troubles psychiques se trouvent modifiés heureusement à la suite de l'intervention.

Quant à la tachycardie, c'est de tous les symptômes le plus tenace et celui sur lequel le traitement semble avoir le moins d'influence. A vrai dire les crises de tachycardie sont moins fréquentes, moins pénibles, la douleur précordiale est bien diminuée; dans certains cas le nombre des pulsations est un peu abaissé, mais de ce côté le succès semble être moins complet, surtout si on le compare aux résultats acquis sur les autres points.

C'est, du reste, ce qui ressort aussi du mémoire de M. Jonnesco qui, sur 2 cas, n'a observé qu'une fois la diminution de la tachycardie. Et c'est ce qui nous amène à parler de nouveau du procédé opératoire qu'il a proposé pour le comparer en lui-même et dans ses résultats à celui auquel s'est définitivement rattaché M. Jaboulay.

M. Jonnesco, avons-nous dit, propose d'enlever les 3 ganglions du sympathique. Pour ce faire, il pratique au cou une incision qui le parcourt dans toute sa longueur. Il coupe la jugulaire externe (entre deux ligatures) et s'est trouvé dans la nécessité de lier et de couper soit la thyroïdienne inférieure, soit la vertébrale, et quelquefois ces deux troncs artériels. Enfin, il signale la difficulté que l'on a dans certains cas à enlever le ganglion inférieur et le danger que l'on fait courir au cul-de-sac pleural qui se trouve immédiatement dans le voisinage.

En somme, c'est là une opération qui, sans être difficile, présente quelques complications et peut parfois faire courir aux malades de très réels dangers. A ne parler même qu'au point de vue esthétique, elle donne lieu à une cicatrice de dimensions respectables puisqu'elle s'étend de l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule. En revanche, il ne semble pas que les résultats doivent être meilleurs que ceux que nous signalons, et dès lors il nous paraît préférable de s'en tenir au procédé que M. Jaboulay a adopté définitivement à la recherche du ganglion sympathique supérieur, et à l'enlever en même temps qu'une petite portion du cordon nerveux qui lui fait suite.

Cette façon d'agir a plusieurs avantages. Elles ne donne lieu qu'à une petite cicatrice, cachée, en grande partie, derrière l'oreille. On ne rencontre aucun vaisseau important et l'hémorrhagie est insignifiante. Enfin, on est sûr de couper le sympathique puisque c'est le seul nerf de la région qui porte des renflements ganglionnaires et l'on ne s'expose pas à sectionner ou simplement à tirailler le pneumogastrique. Il faut peut-être faire des réserves sur les résultats éloignés de l'ablation du ganglion cervical supérieur qui a, sans doute, un rôle topique; en tout cas, et jusqu'à présent, aucune suite fâcheuse ne semble être résultée de sa suppression.

Ainsi réglée, la section double du sympathique cervical est une opération simple, sans danger, et que l'on pratique très aisément en une seule séance.

D'autre part, on trouverait difficilement dans l'arsenal de la thérapeutique dirigée habituellement contre certaines formes de goître exophtalmique une arme à la fois aussi sûre et aussi peu dangereuse à manier. Aussi nous croyons-nous autorisé, en nous basant sur les résultats acquis et dont quelques-uns datent déjà d'un an, à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de goître exophthalmique ayant résisté aux moyens médicaux ordinaires, la section bilatérale du sympathique cervical est le procédé thérapeutique de choix.

2° Il suffit d'enlever le ganglion supérieur, opération plus facile, plus sûre, et donnant des résultats aussi satisfaisants que toutes celles qui ont été pratiquées soit sur le cordon sympathique seul, soit en même temps sur les ganglions inférieur et moyen.

3° Cette opération ne présente jamais de suites fâcheuses et améliore, jusqu'à disparition parfois complète, tous les symptômes du basedowisme (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 Mars 1897.

La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin.

M. Dieulafoy. — Si je ne me trompe, c'est ici, à l'Académie, le 18 novembre 1873, que cette affection a été étudiée pour la première fois par M. Laboulbène dans une communication sur le sable intestinal. Malgré l'intérêt de ce travail il faut arriver jusqu'en 1879 pour lire une nouvelle observation de Bioggi et une autre de Marquez sur le même sujet.

Mais depuis quelque temps plusieurs travaux ont surgi, si bien que le moment me paraît venu d'étudier cette importante question devant vous.

M. Dieulafoy cite alors plusieurs observations, les unes personnelles et inédites, les autres dues soit à M. Mathieu, médecin des hôpitaux, soit à M. Oddo, de Marseille, soit à M. Mongour, qui, toutes, se rapportent à des gens présentant des crises douloureuses survenant sans causes appréciables, siégeant dans l'abdomen, s'accompagnant de vomissements, de ballonnement du ventre et surtout, fait très important à signaler, de gardes-robes muco-membraneuses, analogues et identiques à celles qui s'observent dans cette affection particulière et mal connue jusqu'à ce jour, qu'on nomme l'entéro-côlite muco-membraneuse.

C'est au milieu de ces gardes-robes avec lambeaux blanchâtres, mucus, etc., qu'on trouve, quand on veut bien l'y chercher, le sable intestinal, les graviers, sur l'importance desquels M. Dieulafoy insiste avec raison.

Ce sable, d'ailleurs analysé à plusieurs reprises par des chimistes distingués tels que Méhu, Berlioz, a toujours donné la même composition.

En effet ce sable est formé de matières organiques stercorales associées à des sels de chaux en plus, en moins grande quantité.

Aux observations d'adultes données par M. Dieulafoy, il faut ajouter deux observations d'enfants l'un de 13 ans, l'autre de 4.

1. *Bulletin médical*, 1897, p. 167.

Après avoir cité ces faits, M. Dieulafoy cherche à étudier la question au point de vue descriptif. Après avoir insisté sur la composition du sable intestinal, identique à elle-même dans tous les cas, il montre que même les graviers et calculs ne contiennent pas de cholestérine.

Il attire également l'attention sur la coexistence presque constante d'entéro-côlite muco-membraneuse plus ou moins accentuée avec la lithiase intestinale.

Cherchant à élucider pourquoi il y a des malades atteints de cette variété d'entérite avec lithiase intestinale, il admet qu'à côté des cas où elle est consécutive à des affections multiples de l'intestin, dysentérie, fièvre typhoïde, etc.

Il en est d'autres, et pour lui ce sont les plus nombreux, où il s'agit d'une véritable gravelle de l'intestin, survenant chez les goutteux, comme la gravelle du rein ou la gravelle biliaire.

Une série d'observations, dont les plus saisissantes ont trait: l'une à une dame chez laquelle les coliques hépatiques alternaient avec les coliques intestinales, le gravier biliaire avec le sable de l'intestin; l'autre, à un homme de 33 ans chez lequel la gravelle de l'intestin fit disparaître pendant toute sa durée les autres accidents de la diathèse goutteuse.

Outre ces deux cas, M. Dieulafoy en cite encore beaucoup d'autres de même nature et de même origine. Pour lui, il en est de la gravelle intestinale comme de toutes les gravelles. Le passage du corps étranger dans l'intestin peut être plus ou moins douloureux.

Faisant alors le tableau clinique de l'affection, il montre le siège et le début des douleurs abdominales, la fréquence du tympanisme au début de ces crises, leur variabilité dans leur durée. Il en est qui durent quelques minutes; d'autres au contraire qui persistent plusieurs jours.

Faisant enfin le diagnostic de cette affection relativement mal connue, il montre qu'on peut la confondre avec les affections gastrites, les coliques hépatiques et l'appendicite surtout.

Ce sont ces deux diagnostics qu'il veut bien établir.

Dans l'appendicite, le maximum des douleurs siège en un point fixe, celui de May Burne, et quand la douleur cesse, ce n'est pas pour longtemps. Au contraire, dans la lithiase intestinale, la douleur suit tout le trajet du côlon (ascendant, transverse, descendant). Elle a une tendance manifeste à se généraliser à tout l'abdomen, sans avoir jamais l'hyperesthésie exquise si précieuse dans le diagnostic de l'appendicite.

De même pour les coliques hépatiques, on le fondera surtout sur le siège des douleurs dans l'un et l'autre cas. Sur les irradiations plus scapulaires et thoraciques dans la lithiase biliaire, plus abdominales dans la lithiase de l'intestin.

Aussi, pour bien marquer ces ressemblances et ces analogies, M. Dieulafoy, après avoir donné le nom de gravelle de l'intestin à l'affection en elle-même, propose pour la crise le nom de colique lithiasique intestinale.

Voici d'ailleurs les conclusions rigoureuses lues par M. Dieulafoy à l'Académie :

Conclusions : 1° Il y a une lithiase intestinale comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire.

2° La lithiase intestinale peut être formée de sable de graviers et même de calculs.

3° Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Les matières organiques et inorganiques sont associées en proportions variables.

4° La lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entéro-côlite muco-membraneuse.

5° Au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse.

Il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre que la gravelle urinaire et que la gravelle biliaire.

Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire ou biliaire.

6° La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent elle donne lieu à des crises intestinales très douloureuses, véritables coliques intestinales lithiasiques dont la durée et l'intensité sont variables.

7° Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de graviers, de débâcle sableuse avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

8° Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite.

Prothèse nasale.

M. Berger présente une charpente métallique fabriquée par M. le Dr Goldenstein pour servir de support aux parties molles du nez dans les réparations de cet organe nécessitées par une destruction étendue de son squelette. Cet appareil construit sur le principe de ceux inventés par M. Claude Martin (de Lyon), présente sur ceux-ci un triple avantage.

1° Formé de deux pièces mobiles l'une sur l'autre, on peut régler sa longueur suivant les besoins de chaque cas particulier, et se servir d'un même modèle pour la réparation de pertes de substances très diverses.

2° Au lieu de s'implanter sur le squelette au moyen de chevilles enfoncées dans les os de la face, il s'adapte aux bords de la solution de continuité des os au moyen de fourches qui terminent ses branches et qui s'appliquent sur ces bords.

On évite de la sorte l'ostéite qui se développe au niveau des points où la charpente se fixe sur le squelette, l'ébranlement et le déplacement ultérieur de l'appareil.

Néanmoins dans son premier appareil, celui dont M. Berger s'est servi dans le cas dont il va être question, la partie supérieure de la charpente était encore fixée sur le frontal par un enchevillement au fil de platine.

3° Cette charpente construite avec soin avant l'opération s'adapte mieux aux parties molles, les soutient d'une manière plus égale et permet d'éviter les ulcérations qu'ont parfois déterminées les pièces métalliques préparées par M. Martin.

M. le Dr Berger s'est servi de l'appareil en question pour remplacer la charpente du nez sur un sujet qui avait une destruction complète du squelette de celui-ci, produite par un coup de feu. Ce malade avait d'abord porté un appareil de M. Martin qui avait produit sur la face dorsale du nez une assez large perforation, et qui, en se déplaçant, venait obstruer les narines, L'appareil de M. Goldenstein appliqué par M. Berger fut mieux supporté; mais il n'empêcha pas la sous-cloison tendue sur son bord inférieur de se détruire.

La prothèse faite au moyen de charpentes métalliques peut rendre de réels services dans les cas de destruction du squelette du nez; néanmoins M. Berger pense qu'elle n'est qu'un pis-aller et qu'il ne faut l'employer que dans les cas où les méthodes autoplastiques sont impuissantes à faire disparaître la difformité,

M. Delorme insiste sur les réserves de M. Berger et, d'après 3 observations personnelles de rhinoplastie, conclut que d'une manière générale l'appareil est mal toléré.

M. Péan croit lui aussi que le prothèse interne ne peut rendre réellement service que si la pièce est cachée profondément dans les os et si on fait appel, pour la consolider, aux propriétés ostéogéniques du périoste.

Grossesse extra-utérine.

M. Routier relate l'histoire d'une femme à laquelle il a opéré une grossesse extra-utérine à terme avec ablation totale de la partie fœtale. La malade a guéri, mais l'opération a nécessité la dénudation des vaisseaux iliaques avec ligature latérale de la veine, l'uretère a été coupé involontairement d'un côté. De tout cela n'est résulté aucun accident, mais M. Routier pense cependant qu'il est plus sage, comme l'a conseillé M. Pinard, en présence d'une grossesse à partir de 5 mois, de se contenter d'ouvrir le kyste et de le drainer à partie.

Uranoplastie.

M. Le Dentu fait une communication sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais, sur lesquelles il y a 35 divisions congénitales dont 25 ont été traitées complètement. De ces cas, 4 sont de simples encoches du bord alvéolaire, et il a suffi d'une ostéotomie du bord alvéolaire.

10 divisions de la voûte sans bec-de-lièvre ont donné 10 succès complets, dont 9 du premier coup.

15 divisions avec bec-de-lièvre unilatéral (12) ou bilatéral (3) ont fourni 13 guérisons complètes, 2 petites perforations persistant en arrière des incisives.

Donc, on doit se considérer comme à peu près sûr du succès, surtout pour les fissures congénitales, car pour les perforations acquises, M. Le Dentu compte deux échecs complets.

M. Le Dentu opère en un seul temps, selon la méthode de Trélat, dont il s'est borné à modifier légèrement l'instrumentation.

Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et et du rectum.

M. Péan relate l'histoire d'une femme de 28 ans, primipare, chez laquelle, à la suite d'un accouchement (où la tête était restée 4 jours au périnée et avait du être extraite au forceps) s'était produite une destruction complète des cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale. A l'aide de quelques opérations autoplastiques, M. Péan a obtenu une restauration complète avec fonctionnement parfait de la vessie et du rectum.

M. Péan présente en outre une femme à laquelle il a enlevé par morcellement un volumineux *fibro-sarcome de l'ischion* ayant envahi le bassin. L'opération a été pratiquée par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 Mars 1897.

Calcification de la vésicule biliaire.

M. Claude communique l'observation d'une femme de 94 ans, n'ayant jamais présenté aucun symptôme d'affection hépatique, et qui mourut subitement du fait d'accidents cardio-pulmonaires. A l'autopsie, on trouva un foie petit, d'aspect muscade et une vésicule biliaire énorme, blanche, de consistance pierreuse, remplie d'une masse onctueuse semi-solide, renfermant du mucus, des débris membraneux et beaucoup de cholestérine. La paroi de la vésicule est épaisse et calcifiée.

Cancer du canal thoracique.

MM. Decloux et **Nattan** ont trouvé à l'autopsie d'un homme ayant succombé à un cancer primitif de l'estomac avec métastases viscérales multiples, le canal thoracique, depuis son origine au niveau de la citerne de Pecquet jusqu'à sa terminaison, transformé en un cordon dur, moniliforme. Le ganglion sus-claviculaire, les ganglions lombaires, au niveau de l'origine du canal thoracique, étaient dégénérés. L'examen microscopique, pratiqué par M. Letulle, montra qu'il ne s'agissait pas simplement d'une thrombose cancéreuse du canal thoracique, mais d'une véritable lymphangite cancéreuse des parois de ce canal.

Dilatation des bronches.

M. Lorrain présente un poumon dont le lobe supérieur est constitué par une poche multiloculaire, dont les cavités renferment un pus visqueux et jaunâtre. Il n'y a plus apparence de tissu pulmonaire.

Il existe dans le lobe inférieur une caverne; mais la recherche du bacille de Koch a été négative. La lésion ne paraît donc pas tuberculeuse.

Gangrène pulmonaire consécutive à la rougeole.

MM. Méry et **Lorrain** ont pu isoler dans le pus et dans le parenchyme gangréné d'un abcès du poumon quatre espèces microbiennes : l'une est représentée par un bacille putréfiant se rapprochant du proteus, les trois autres, visibles sur les coupes de la portion sphacélée sont : des streptocoques très nombreux, un bacille groupé en amas, prenant le Gram et ressemblant au bacille diphthérique; enfin de longs bacilles se colorant mal par le Gram, présentant des divisions et se rapprochant des streptothrix.

Dans les parties du poumon voisines, on a trouvé encore, autour des bronches, des foyers microbiens constitués tantôt par des streptocoques, tantôt par des bacilles diphthériques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 Mars 1897.

L'akapnée.

M. Samson en revenant sur la communication faite dans la séance précédente par M. Mosso sur les particularités que présente la respiration dans les hautes altitudes, dit avoir constaté le même fait et dans les mêmes conditions chez les grands mammifères. Comme M. Mosso, il pense que la respiration irrégulière et intermittente tient à ce que la quantité d'acide carbonique du sang diminue à mesure que la pression atmosphérique baisse.

Pus gangréneux.

MM. Veillon et **Zuber**, dans un certain nombre de suppurations à pus gangréneux et fétide (otite, mastoïdites, gangrène pulmonaire, appendicites, bartholinites, suppurations pelviennes), ont isolé par la culture plusieurs microbes strictement anaérobies dont ils présentent les échantillons. Ces microbes, inoculés aux animaux sous la peau, leur donnent des abcès dont le pus présente les mêmes caractères de fétidité et de gangrène. Par l'inoculation dans la veine jugulaire on a pu, dans certains cas, reproduire de la gangrène pulmonaire expérimentale par embolie.

Les microbes strictement anaérobies (en dehors du tétanos et du vibrion septique) jouent certainement dans la pathologie humaine un rôle beaucoup plus étendu qu'on ne le croit généralement, car dans un certain nombre de cas on les trouve seuls, et lorsqu'on les trouve associés aux microbes aérobies habituels des suppurations, ces derniers sont le plus souvent en très petit nombre par rapport aux espèces anaérobies.

Note sur l'appendicite spontanée du lapin.

M. Mosny. — Il s'agit d'une appendicite spontanée observée chez un lapin, et analogue par ses lésions et sa cause microbienne aux appendicites épidémiques récemment signalées par M. Charrin. La lésion, strictement limitée à l'appendice, est caractérisée par la perméabilité de la lumière de l'appendice dont les parois seules sont astreintes.

Tumeur par inoculation de blastoderme.

M. Féré présente un coq auquel il a fait il y un an une inoculation sous-cutanée de blastoderme de 48 heures. Il s'est développé une tumeur qui a progressivement augmenté de volume et qui a actuellement les dimensions d'un œuf de pigeon.

Passage de la propriété agglutinante à travers le placenta.

M. Achard. — J'ai vu plusieurs fois chez le cobaye la propriété agglutinante se transmettre de la mère au fœtus. Dans 3 cas, étudiés avec M. Lannelongue, il s'agissait d'infections à *proteus;* un des petits, né à terme, a vécu et a conservé la réaction pendant 6 semaines. Dans un 4e cas, observé avec M. Bensaude, dans l'infection cholérique, un petit, mort-né, donnait la réaction, ainsi qu'un second qui vécut et la conserva 3 semaines. Ces faits sont comparables à l'observation communiquée récemment par M. Mossé, et relative à la fièvre typhoïde.

En pathologie expérimentale, comme en pathologie humaine, la transmission de la propriété agglutinante par le placenta est inconstante. Dans les faits négatifs que j'ai observés, il s'agissait de femelles n'ayant reçu qu'une ou deux inoculations et douées d'un faible pouvoir agglutinant; au contraire dans les cas positifs, les animaux étaient soumis depuis longtemps à des inoculations répétées et possédaient un pouvoir agglutinant assez

intense. Il est donc probable que l'intensité du pouvoir agglutinant est un des facteurs de sa transmission au fœtus. Toujours, d'ailleurs, l'agglutination était moindre avec le sang fœtal qu'avec le sang maternel.

Il est à noter enfin que les fœtus morts n'étaient point infectés et que ceux qui ont vécu ne présentaient pas de signes de maladie, de sorte que le placenta, même sain et capable d'arrêter les microbes, peut laisser filtrer, à un certain degré, la propriété agglutinante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 Mars 1897.

Traitement chirurgical du goître exophthalmique.

M. Schwartz rapporte l'observation d'une femme de 37 ans qui, depuis une douzaine de mois, présentait des palpitations, des irrégularités de la menstruation et une légère tuméfaction du lobe droit du corps thyroïde. Il n'existait chez cette femme que fort peu d'exophthalmie, mais depuis peu elle avait magri et était arrivée à un véritable état de cachexie.

M. Schwartz se décida à l'opérer et trouva une tumeur intrathyroïdienne. L'opération amena une hémorrhagie tellement grave qu'on pensa déjà à faire la thyroïdectomie unilatérale : heureusement elle fut arrêtée par une solution concentrée d'antipyrine. Dans la suite et pendant les 3 trois jours qui ont suivi l'opération, la malade a présenté des phénomènes cardiaques inquiétants, qui ont cédé à l'emploi du bromure de potassium donné à la dose de 6 grammes. Au bout de 17 jours, elle était complètement guérie et, depuis cette époque, elle ne s'est nullement aperçue des accidents qu'elle avait ressentis du côté du cœur.

M. Poncet a vu survenir, à la suite de ces interventions, un certain nombre d'accidents, tachycardie, malaises nerveux, élévation de la température, qui ne paraissent pas dépendre de la plaie. Quelquefois ces accidents simulent un empoisonnement aigu ; ils sont surtout redoutables quand la tumeur est compliquée de maladie de Basedow comme chez la malade à laquelle il avait fait une exothyropexie, dans le service de M. Brissaud.

On doit donc en tenir sérieusement compte et peut-être pourra-t-on les éviter. M. Poncet croit donc qu'il vaut mieux ne pas toucher aux basedowiens chez lesquels on peut faire à la rigueur la section du grand sympathique, préconisée par M. Jaboulay qui l'a faite sur 6 malades; il n'y a eu aucun incident à la suite de la section bilatérale de ce cordon nerveux et les résultats ultérieurs ont été meilleurs que par tout autre traitement.

M. Tuffier. — Voir page 229.

Cholestéatome de l'oreille moyenne.

M. Broca résume une observation envoyée par **M. Braquehaye** (de Bordeaux).

Le nommé P..., 27 ans, est entré le 13 août 1896 dans le service de M. le professeur Demons pour une fistule mastoïdienne gauche. Le début de la lésion remonte à une otite moyenne bilatérale survenue à l'âge de 17 ans, probablement à la suite d'une amygdalite. L'écoulement persista, avec des intermittences, jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, à la fin de novembre 1888, survint une poussée douloureuse à gauche, bientôt suivie d'un volumineux abcès rétro-auriculaire. L'incision simple fut pratiquée et se cicatrisa rapidement, mais l'abcès récidiva : si bien qu'au 8e mois le malade avait dû subir 20 coups de bistouri. Lassé de ce traitement, il entra pour la première fois, le 27 juillet 1889, dans le service de M. Demons, dont M. Braquehaye était alors l'interne. A cette date, un trajet fistuleux qui perforait l'apophyse fut évidé à la curette, et la guérison était obtenue à la fin de septembre. Mais alors reparut l'otorrhée, qui avait cessé tant que l'apophyse était restée ouverte; et en janvier 1890 s'ouvrit spontanément un nouvel abcès mastoïdien : et depuis la suppuration a constamment eu lieu à la fois par la fistule et par le conduit. Cela continua de la sorte jusqu'au 1er août 1896 : à cette date, douleurs violentes, abcès rétro-auriculaire qui fut incisé le 10 août. Le pus s'écoule en abondance, et le malade ne fut soulagé que le lendemain, après issue d'une grosse masse cholestéatomateuse, qui évidemment obstruait l'orifice osseux. Toutefois, la température restait au-dessus de 38° lorsque, le 13 août, le malade entra pour la seconde fois à l'hôpital Saint-André. Pour compléter l'étude de l'examen local, il me reste à ajouter que l'audition à gauche était nulle.

Le 22 août, M. Braquehaye pratiqua la trépanation de l'apophyse et de la caisse selon les règles qu'il a apprises et déjà mises plusieurs fois en pratique sous ma direction. Il ouvrit l'antre au lieu d'élection, sans tenir compte de la fistule osseuse qui siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'épine de Henle. Les cellules, l'aditus étaient très spacieux. Il ne restait pas trace des osselets.

Les suites opératoires furent très simples et la vaste cavité ouverte derrière l'oreille était épidermisée à la fin de novembre. L'audition est restée abolie; il n'y a pas de paralysie faciale.

Un fait digne de remarque est qu'au fond de l'oreille, probablement au niveau de la base de l'étrier, existe un petit point rouge, saillant, dont l'attouchement, depuis le premier pansement, a toujours provoqué des vertiges, avec tendance à la syncope. Ces phénomènes sont même notés lorsque le malade laisse la cavité exposée à l'air; aussi y met-il en permanence un petit tampon d'ouate.

Je n'ai pas l'intention, à propos de cette observation, de discuter devant vous la pathogénie du cholestéatome. D'après les cas que j'ai observés, je crois qu'il s'agit d'une complication de certaines vieilles otites suppurées, et que, comme dans le cas de M. Braquehaye, l'inflammation de la caisse est le fait initial; ce qui, dans le cas actuel, doit conduire à cette interprétation, c'est le début par une otite aiguë bilatérale, après une amygdalite.

Ce qui est certain, c'est que les otites ainsi compliquées sont fort graves : si l'on n'était intervenu radicalement, on peut affirmer que le malade dont je viens de vous résumer l'histoire était, à échéance plus ou moins proche, condamné à mort. C'est d'ailleurs le sort habituel des vieux otorrhéiques avec complications mastoïdiennes.

En présence de ces lésions, une action chirurgicale s'impose donc, et l'observation précédente vous montre ce qu'on doit attendre de l'incision simple, dite de Wilde, ou même de la trépanation limitée à l'apophyse. L'une et l'autre, dit-on, donnent des succès : mais si on suit de près les malades pendant quelque temps on devient plus sceptique. Voyez le malade de M. Braquehaye : l'incision simple s'est cicatrisée, et l'on aurait pu chanter victoire, mais la récidive n'a pas tardé. Ici, les nouveaux accidents ont été trop rapides, trop répétés pour laisser place à l'illusion; mais souvent la récidive tarde assez pour que le chirurgien croie à la guérison, comme on a pu y croire pendant plusieurs mois après l'évidement de la fistule osseuse.

En réalité, les malades ne doivent être considérés comme guéris qu'après suppression de l'écoulement purulent par le conduit. Tant qu'il persiste de l'otorrhée, ils sont exposés à des complications mastoïdiennes ou intracrâniennes graves ou même redoutables. Aussi doit-on, comme l'a fait M. Braquehaye, attaquer la lésion initiale, c'est-à-dire l'ostéite de la caisse.

A cette manière de faire on objecte parfois : 1° la perte de l'audition; 2° la fréquence de la paralysie faciale par section de nerf. Aucune de ces objections n'est fondée.

Les osselets sont souvent tombés d'eux-mêmes ; quand ils sont encore en place, leur ablation n'a pas d'inconvénients. J'ai opéré un nombre considérable de malades dans ces conditions, et au point de vue de l'audition le résultat a été parfois nul, souvent favorable, jamais défavorable.

Quant à la paralysie faciale, elle est quelquefois inévitable, dans certains cas de séquestre, de carie étendue, etc. ; mais ces cas sont exceptionnels et, d'autre part, la vie y étant directement menacée, on est en droit d'exposer le sujet à une infirmité incontestablement désagréable. Et il convient d'ajouter immédiatement que si l'on opère à temps, dans un os qui n'est pas encore malade de tous côtés, on doit éviter à coup sûr cet accident fâcheux. Un chirurgien habitué à ces interventions ne coupe pas le facial en ouvrant l'aditus et la caisse.

Rétrécissement syphilitique du rectum.

M. Gérard-Marchant fait un rapport sur un travail de **M. Verchère,** basé sur l'étude de 3 observations de jeunes femmes, atteintes de diverses manifestations syphilitiques secondaires et d'ulcérations ano-rectales accompagnées de condylomes et reposant sur des tissus épaissis rétrécissant le canal intestinal. Ces malades ont été traitées par le traitement mixte intensif et ont guéri. M. Verchère se demande donc si la rectite qui accompagnait ces lésions ano-rectales n'est pas la seule cause de l'épaississement des parois et de la constriction du sphincter. On comprendrait alors que, la rectite guérie, les autres lésions disparaissent également. M. Marchant pense que pour décider de cette question, il faudrait un examen des parois rectales plus complet que ce que l'on obtient avec le toucher rectal et, en outre, il serait nécessaire de suivre les malades.

Dans la seconde partie de son travail M. Verchère appelle l'attention sur l'existence des condylomes et sur leurs rapports avec le rétrécissement du rectum. C'est un point que Gosselin a déjà bien fait ressortir en montrant que ces condylomes sont toujours l'indice d'une lésion anale. Quelques observations rapportées par M. Verchère viennent à l'appui de l'opinion qu'il défend, en faveur de laquelle il cite les résultats d'un examen histologique. Il y a toutefois lieu de faire quelques réserves, cet examen histologique ne concordant pas absolument avec ce que l'on connaît de la structure des rétrécissements.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Routier a eu l'occasion d'opérer 10 cas de fistules vésico-vaginales. Dans tous ces cas, sans parler déjà de l'étendue de la perte de substance, il fallait encore compter avec des brides cicatricielles nombreuses. Il faut, d'après M. Routier, tenir encore grand compte des productions calcaires, qui sont une des causes d'échec, ainsi qu'il l'a observé chez plusieurs femmes et en particulier chez une malade de M. Verneuil qui, après avoir subi 15 tentatives opératoires, s'est présentée avec un canal située entre la vessie et le vagin et contenant des calculs développés autour d'un fil d'argent. Il a essayé une seizième opération qui a échoué, puis une dix-septième qui a laissé à sa suite un pertuis par où passait l'urine, et qui plus tard s'était spontanément obstrué.

D'une façon générale, pour ce qui est du traitement des fistules consécutives aux accouchement, M. Routier croit qu'il y a grand avantage à préparer la voie opératoire par la dilatation avec les dilatateurs de Bozeman. Cela fait, on doit procéder à un large avivement et à la libération étendue des tissus adhérents. Pour les points de suture il vaut mieux préférer les fils d'argent aux crins de Florence et aux boutons dont on se servait autrefois. La sonde à demeure de Nélaton, si elle est supportée, sera employée, sinon on aura recours aux cathétérismes répétés.

M. Lejars présente un malade porteur *d'un volumineux lipome périnéo-scrotal.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 Mars 1897.

Talalgie blennorrhagique.

M. Jacquet envisage dans sa communication la talalgie blennorrhagique en tant que symptôme à l'état local.

Chez un blennorrhagique talalgique on ne voit souvent aucune déformation apparente de la région talonnière ; la douleur est le trouble unique, nulle au repos le plus souvent, mais vivement éveillée par la marche, par la pression ; deux points maxima : 1° à l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, mais rarement limitée là, et diffusant plus ou moins haut sur le tendon lui-même ; 2° sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes, mais rarement aussi limitée à ce point, et diffusant plus ou moins vers la plante.

Mais fort souvent la région est déformée : le talon est gonflé en masse, plus gros et plus haut, mais la peau paraît saine.

Quant à la nature de cette tuméfaction, il s'agit d'une hyperostose, d'une véritable calcanéite ossifiante, comme M. Jacquet a pu le constater à l'autopsie d'un malade qui, pendant la vie, a présenté une calcanéite ossifiante double.

Dans la talalgie non déformante on trouve des troubles fonctionnels identiques, même douleur, aux mêmes points, avec les mêmes variations, suivant l'état de repos, de marche, de pression, et l'analyse des symptômes permet d'affirmer que la nature des douleurs tient aux mêmes causes que dans la talalgie déformante.

La talalgie avec ou sans hyperostose existe rarement à l'état isolé, elle fait partie d'un ensemble pathologique parfois complexe, portant aussi sur les orteils et les métatarsiens, altérés suivant un mode qui rappelle les lésions ostéo-articulaires de certaines myélopathies.

Parmi les causes d'influence simplement localisatrice de la talalgie, il en est qui présentent une réelle importance, le sexe par exemple : sur 16 malades, M. Jacquet ne compte pas une seule femme. Cela conduit naturellement à suspecter l'influence professionnelle. Et, en effet, ces 13 cas incombent tous à des ouvriers à professions pénibles et exigeant plus particulièrement la station debout prolongée, tels que forgerons, boulangers, cuisiniers, garçons de restaurant ou de magasins, etc. Chez aucun d'eux, la talalgie n'est survenue à l'état isolé, mais constamment parmi d'autres symptômes de rhumatisme, souvent généralisé, toujours tenace. Chez la plupart le surmenage, des excès, ont précédé l'éclosion du mal ; chez tous, l'état général a été atteint de façon grave. Enfin chez tous des phénomènes variés accompagnaient la talalgie.

Il n'est pas exceptionnel de voir la talalgie blennorrhagique se prolonger pendant des mois et quelquefois pendant 2, 3 années et même davantage : c'est donc un symptôme grave. Mais l'on n'est point désarmé contre lui. L'hyperostose calcanéenne sans doute ne peut rétrocéder et constitue une lésion permanente, mais elle cesse d'être douloureuse et dès lors n'occasionne plus qu'une gêne fonctionnelle insignifiante.

Parmi les moyens les plus propres à amener ce résultat, il faut noter : 1° le repos prolongé au lit ; 2° les pointes de feu répétées sur la colonne vertébrale ; 3° de l'hydrothérapie chaude ou froide suivant les circonstances, chaude si l'excitation du système nerveux paraît prédominante ; froide, au contraire, en cas de dépression. Chez les malades à qui la marche est impossible, ou tout au moins difficile et d'ailleurs défendue, on devra recourir dans ce but à la gymnastique brachiale (haltères, etc.), quand du moins cela sera possible. Si l'on ne peut obtenir un degré suffisant d'échauffement corporel, il sera préférable de renoncer à l'hydrothérapie froide ; 4° le massage local, la malaxation méthodique de la région achillo-calcanéenne et plantaire ; 5° enfin les bains térébenthinés tels que les a employés Balzer.

Érythème infectieux compliquant une côlite mucino-membraneuse.

M. Galliard a observé chez un garçon de 5 ans une côlite qui n'a pas eu ici l'allure chronique qui lui est habituelle chez l'adulte. Elle n'avait duré que 10 jours, était demeurée apyrétique et décroissait visiblement, lorsque survint, au lieu de la convalescence présumée, une aggravation soudaine : fièvre, érythème papuleux, d'abord localisé à la face, au pli des coudes, au dos des poignets ; puis généralisé, diffus dans les régions primitivement atteintes, ainsi qu'au cou, aux aisselles, aux fesses, aux jambes ; morbilliforme sur le thorax, le dos, l'abdomen.

Cet érythème s'accompagna d'une fièvre vive (40°), qui nécessita l'usage des bains froids, tandis que le calomel était administré à titre d'antiseptique intestinal, et le côlon irrigué à l'aide d'une solution boriquée.

M. Le Gendre pense que les érythèmes venant compliquer une affection gastro-intestinale sont souvent provoqués par les médicaments ingérés. C'est ainsi qu'il a vu plusieurs fois se produire des érythèmes consécutifs à l'ingestion soit de calomel, soit même de képhir.

M. Sevestre ne croit pas que le calomel provoque des accidents de ce genre.

Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation.

MM. Mossé et **Daunic** présentent à la Société la première observation dans laquelle la recherche de la séro-réaction ait été étudiée après un accouchement à terme chez une femme atteinte de fièvre typhoïde au cours de la gestation; dans cette observation on peut voir que le pouvoir d'agglutination peut s'étendre du sang maternel au sang de l'enfant. Il est donc permis d'en tirer les conclusions suivantes :

1° Le sérum sanguin d'un enfant né à terme d'une femme atteinte de dothiénentérie bénigne au cours du 6e mois de la gestation a fourni, très nets, les caractères de la réaction de Widal.

2° La propriété agglutinante moins vive, moins instantanée que celle constatée dans les humeurs de la mère (lait ou sérum sanguin), était cependant bien évidente. La comparaison avec des lamelles ou tubes témoins la rendait très apparente.

3° La structure anatomique du placenta était normale; cet organe ne serait donc pas un filtre parfait.

Adénie sans leucocythémie.

M. Hayem rapporte l'observation d'un homme sans antécédents héréditaires ni personnels qui, il y a 5 ans, a été pris d'une affection qui, probablement, n'était autre que des oreillons. A la suite de cette affection, il a vu apparaître des tumeurs multiples siégeant aux angles de la mâchoire, au-devant du cou, dans les aisselles, dans les aines. Des symptômes pulmonaires qu'il présente, il est facile de conclure à l'existence de tumeurs intra-thoraciques. A l'heure actuelle, ces tumeurs multiples ont une consistance spéciale rappelant celle du lipome. Il ne s'agit cependant pas de véritables lipomes. Ces tumeurs n'existent que dans des endroits riches en ganglions lymphatiques; il est donc permis de croire qu'il s'agit véritablement ici d'hypertrophies ganglionnaires avec réaction spécial du tissu cellulaire ambiant; le diagnostic serait donc lymphadénie sans leucémie.

Le pronostic est évidemment réservé. Les nombreux traitements employés jusqu'ici n'ont donné aucun résultat, sauf toutefois la médication thyroïdienne, qui, formulée depuis peu, semble cependant améliorer le malade.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Février 1897.

Astasie-abasie guérie par suggestion.

M. Ginestous. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie un cas d'astasie-abasie guéri par la suggestion à l'état de veille.

V... Jeanne, domestique, 17 ans, entre à l'hôpital Saint-André parce qu'elle ne peut plus marcher.

Sans antécédents héréditaires, elle ne présente guère dans son histoire personnelle qu'une chute dans un escalier à l'âge de 12 ans, à la suite de laquelle elle dut être immobilisée 2 ans dans un appareil. Elle paraissait guérie et avait recommencé à travailler lorsqu'elle fut prise d'une impossibilité absolue de marcher.

C'est une jeune fille assez intelligente, répondant bien aux questions qu'on lui pose. Elle présente à la partie supérieure de la colonne lombaire une gibbosité de 5 centimètres de longueur, vestige d'un mal de Pott.

Rien du côté des viscères. La malade remue aisément les jambes dans son lit. Il n'y a pas d'atropie musculaire. Mais il lui est impossible de se tenir debout, ni sur les genoux : elle marche fort bien à 4 pattes. Légère hypéresthésie dans toute la moitié droite du corps. Pas de troubles de l'ouïe, de l'odorat et du goût. A l'exception du réflexe pharyngien, tous les réflexes sont conservés. Conservation de l'excitabilité faradique pour tous les muscles du tronc. Champ visuel rétréci.

Le 4 février, 1re séance d'hypnostisme. On lui suggère à l'état de sommeil qu'elle peut marcher. L'effet de la suggestion est détruit par les critiques des voisines : toute nouvelle tentative d'hypnostisme demeure sans résultat. On décide de traiter la malade par suggestion à l'état de veille et on lui place autour du corps un semblant de corset, afin de maintenir les reins « qui, dit-elle toujours, ne sont pas assez forts pour la porter. »

5 ou 6 tours de bande de tarlatane suffisent pour que la malade déclare qu'avec « ce corset » elle va pouvoir marcher. Et en effet elle s'habille et elle se lève. Elle marche. Elle va tout d'abord, titubant tant soit peu, au lit voisin, puis s'enhardit, traverse la salle à condition qu'on la suive. Au bout de quelques minutes elle va à droite et à gauche sans secours, puis sort de la salle et y revient sans difficulté.

Broncho-pneumonie chez la mère et le fœtus.

M. Bausquet. — Au nom du Dr Chambrelent et au mien, je présente des coupes du poumon d'une femme morte de broncho-pneumonie dans le cours du 8e mois de la grossesse. Ces coupes, traitées par le Gram, montrent qu'il s'agit de broncho-pneumonie à cocci peu nombreux parmi lesquelles il y a surtout des streptocoques,

L'accouchement est survenu 12 heures après le frisson du début : l'enfant a vécu 3 jours pendant lesquels il a été séparé de sa mère. Son autopsie a révélé dans le poumon droit la présence de lésions de broncho-pneumonie.

Je me demande si l'on peut admettre la transmission *in utero* de la broncho-pneumonie maternelle, à l'enfant.

M. Audebert demande si le placenta a été examiné.

M. Bourquelot. — Cet examen n'a pu être fait.

M. Frieux. — Le nouveau-né a été séparé de sa mère qui a été envoyée à l'isolement, tandis qu'il restait au service, dans une couveuse.

M. Chambrelent. — Les rapports de la grossesse et de la broncho-pneumonie sont mal connus; les observations sont rares. Pour que la broncho-pneumonie se transmette au fœtus, il faut que l'infection se généralise, ce qui est rare chez l'adulte. Pour que la transmission de la mère au fœtus fût bien démontrée, il faudrait la constater avant que le fœtus n'ait respiré. J'ai provoqué des infections expérimentales chez les animaux à l'état de gestation, ils ont succombé, mais les fœtus étaient indemnes.

M. Maunous. — La broncho-pneumonie peut se généraliser; dans ce cas on retrouve les germes infectieux dans la circulation, ce qui permet de comprendre la contamination de la mère et de l'enfant.

M. Freim. — On a examiné le sang de la malade quelques heures avant sa mort, mais le résultat est resté négatif.

Myosite infectieuse traumatique.

M. J. Hobbs. — J'ai pu, chez un jeune homme de 18 ans ayant subi un grand traumatisme et ayant été amputé au 9e jour pour accidents septiques, faire l'étude histologique de la myosite infectieuse.

Au moment de la section des muscles on constata qu'ils présentaient une apparence *moirée*. Des fragments furent plongés dans le liquide de Müller, la liqueur de Fol et enfin l'alcool, puis examinés ultérieurement au microscope. Nous prendrons pour type de description histologique les coupes fixées par le liquide de Müller, colorées par l'hématéine-éosine. On constata, à un faible grossissement, que les faisceaux musculaires sont très dissociés et atrophiés par places.

Avec un grossissement plus considérable on trouve dans les fibres musculaires restées saines un nombre de noyaux plus considérable qu'à l'état normal. C'est le premier indice d'irritation de la fibre musculaire. Les fibres simplement atrophiées sont diminuées de longueur, effilées en pointe à leurs extrémités, et ont perdu la moitié de leur épaisseur. Les noyaux sont extrêmement nombreux et très fortement colorés par l'hématéine; ils ont quitté le bord de la fibre et sont situés la plupart au centre même de la fibre; de *marginaux* ils sont devenus *axiaux*, présentant ainsi une *analogie curieuse avec la fibre musculaire de l'embryon*.

Le myolemne est conservé. Sur d'autres fibres on peut voir

la substance protoplasmique se désagréger et, fait intéressant, cette désagrégation commence par le centre, surtout dans les fibres à noyaux axiaux, tandis que les parties marginales contingentes au myolemne subsistent et conservent même par endroits leur striation. Il en résulte un corps tubulé au centre duquel on trouve des vides, puis une substance amorphe, moins colorée par l'éosine que la fibre musculaire, formant des amas inégaux plus ou moins compacts ou de gouttelettes à contenu granuleux, véritable produit de désagrégation, ou mieux encore d'*émulsion musculaire*. Enfin, sur d'autres fibres plus malades, le centre est presque vide; les blocs amorphes n'existent plus, de sorte qu'on trouve des fibres *complètement vidées* dont la gaine de myolemne a seule persisté.

Dans les coupes fixées par la liqueur de Fol nous n'avons pu trouver aucune trace de dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. Les faisceaux interfasciculaires ont revêtu par endroits l'aspect classique du tissu de bourgeon charnu. Mais ce qui domine, ce sont les foyers hémorrhagiques entre les faisceaux musculaires et même entre les fibres qu'ils dissèquent sur certains points une à une. La recherche des microbes dans les coupes d'après les méthodes de Weigert et de Gram nous ont permis de constater la présence du *staphylocoque* et du *streptocoque*, ce dernier en prédominance bien nette. Ces deux microbes sont surtout abondants dans le sang, mais ils pénètrent aussi les espaces interfibrillaires et on les surprend même au *sein de la fibre elle-même*, principalement près des noyaux auxquels ils sont quelquefois incorporés.

M. Guyot fait une communication sur la compression des uretères par un utérus gravide.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 22 Février 1897.

Cancer primitif de la plèvre.

M. C. Benda a communiqué l'observation d'un homme de 34 ans, entré l'année dernière à l'hôpital pour une pleurésie gauche. Une ponction donna issue à 3 litres de liquide séreux. Bien que le malade parût ne présenter aucune lésion constitutionnelle, ni affection autre que la pleurésie, le liquide se reproduisit si bien que dans le courant de l'année, on a été obligé de faire 10 ponctions. Une thoracentèse montra alors l'existence sur la plèvre d'une tumeur cancéreuse. Comme dans les ponctions antérieures, le liquide s'est trouvé clair, séreux. L'état du malade commença alors à décliner et la mort survint 4 semaines après l'opération par pyohémie.

L'autopsie montra un épanchement purulent de la plèvre, des abcès métastatiques dans les reins et la peau. Des nodosités innombrables condylomateuses se trouvaient sur la plèvre costale, pulmonaire et diaphragmatique. L'examen microscopique des nodosités montra deux tissus : 1° des villosités recouvertes d'épithélium cylindrique et ayant un stroma de tissu conjonctif pourvu de vaisseaux sanguins; 2° des trabécules de cellules épithéliales ayant la disposition de celles d'un carcinome.

Ce fait vient donc à l'appui des idées de M. Wagner qui, contrairement à M. Waldeyer, admet l'existence du cancer endothélial, c'est-à-dire du cancer primitif des cavités séreuses partant de leur endothélium.

M. Fränkel a observé en 1889 un cas qui correspondait tout à fait au type du cancer endothélial de Wagner. Il s'agissait d'un homme de 42 ans présentant un épanchement pleural gauche. On retira par la ponction 1 500 centimètres cubes d'un liquide hémorrhagique sans soulager le malade. Une 2° ponction ramena le même liquide sans plus de résultat. Comme le liquide renfermait des cellules épithélioïdes, on diagnostiqua un cancer du poumon avec participation de la plèvre. L'autopsie montra l'existence de nodosités disséminées sur la plèvre; les poumons étant indemnes. C'était donc un cancer endothélial de la plèvre.

Dans un autre cas qu'il a observé, il s'agit d'une femme de 39 ans chez laquelle on pouvait croire à l'existence d'un exsudat tuberculeux de la plèvre. Chez elle comme chez plusieurs autres malades, l'autopsie montra l'existence d'un carcinome nodulaire de la plèvre correspondant au type du cancer endothélial de Wagner.

Au point de vue clinique, M. Fränkel insiste sur ce fait qu'un liquide très hémorrhagique doit d'abord faire songer à une tumeur maligne. En second lieu, chez ces malades, la ponction, au lieu de soulager, provoque une aggravation des symptômes, car le poumon ne peut se dilater après la ponction en raison de la dégénérescence de la plèvre, et il se produit une distension douloureuse.

M. Litten ne pense pas que l'on ne doive considérer tout épanchement pleural hémorrhagique comme pathognomonique du cancer. En 1876, un de ses collègues vint se faire soigner à la Charité pour un épanchement pleural considérable. La ponction donna issue à un liquide absolument hémorrhagique. Le liquide s'étant reproduit, on fit une nouvelle ponction qui donna issue à du sang presque pur. Malgré cela, le malade a guéri et se porte actuellement très bien. Dans ce cas comme dans un cas très analogue observé par M. Litten, il n'existait certainement pas de tumeur maligne.

M. Schwalbe n'accorde aucune valeur diagnostique à l'augmentation des douleurs qui se produit après la ponction, car il a pu constater ce phénomène dans les tumeurs pulmonaires et médiastines.

M. Fränkel n'a pas voulu dire qu'un épanchement fortement hémorrhagique indique toujours un cancer de la plèvre, mais seulement qu'on doit y songer dans ces cas. La douleur après la ponction peut aussi s'exagérer dans d'autres affections thoraciques, seulement il n'attache de valeur à ce signe que lorsque le poumon empêché dans son expansion exerce sur la plèvre une forte distension.

La néphrite interstitielle chez les enfants.

M. L. Bernhard, en envisageant la pathogénie de la néphrite interstitielle, soutient que cette affection dépend d'une lésion et d'une atrophie des glomérules. Il ne croit pas qu'il existe une lésion interstitielle, une maladie des vaisseaux qui conduise à elle seule à des processus atrophiques sans la participation des glomérules.

Ces lésions peuvent se produire aussi bien dans la forme parenchymateuse que dans la forme interstitielle, d'une façon primitive ou secondaire. Mais l'atrophie des glomérules survient dans presque toute inflammation rénale, même dans celles qui guérissent. On doit donc s'attendre à trouver une atrophie partielle dans toute néphrite et, en fait, M. Bernhard a trouvé de petits foyers d'atrophie dans des reins qui avaient été antérieurement malades.

Au point de vue clinique, la néphrite interstitielle, dont M. Bernhard a observé 4 cas chez des enfants, présente les particularités suivantes : les premiers symptômes sont insidieux, peu nets, nullement caractéristiques et se traduisent par la fatigue, les douleurs de tête, le manque d'appétit, les vomissements ou la fétidité de l'haleine. La polydipsie, l'incontinence nocturne d'urine, la polyurie, sont aussi fréquemment des symptômes précoces; parfois l'urémie mortelle se montre brusquement chez des enfants en apparence bien portants. Dans un cas de Filatow et de Rachmaninoff, on a observé de l'apoplexie et une hémiplégie. Peu avant la mort, les hémorrhagies nasales et intestinales ne sont pas rares.

Des troubles de la vue n'ont été observés que dans quelques cas. Les œdèmes sont fréquents, mais peuvent manquer complètement. On n'a pas décrit chez les enfants les accès d'asthme qui sont fréquents chez les adultes. L'hypertrophie cardiaque est un phénomène fréquent de l'atrophie rénale; il en est de même de l'accentuation du deuxième bruit aortique et de la dureté et de la tension du pouls.

Les causes étiologiques de la néphrite interstitielle chez l'a-

dulte, comme l'alcool, le plomb, l'acide urique, font complètement défaut chez les enfants; par contre, on trouve souvent chez eux de l'athérome des vaisseaux comme dans les cas de Filatow et de Rachmaninoff. La syphilis a une influence incontestable. L'hérédité joue également un rôle. Il résulte de tout cela que la maladie doit être rare chez l'enfant, car les causes les plus habituelles ont peu d'influence à cet âge.

M. Fürbringer cite l'observation de 2 sœurs, l'une de 2 ans, l'autre de 6 mois, qui ont succombé à la néphrite interstitielle. Les Anglais ont déjà attiré l'attention sur l'existence de l'atrophie rénale familiale. Ces cas de néphrite interstitielle dont l'étiologie est obscure doivent être absolument séparés des cas isolés; il s'agit presque toujours ici de calculs rénaux, existant peut-être déjà pendant la vie fœtale.

M. Strauss a observé un cas où l'albuminurie cyclique se produisit plusieurs années après une maladie infectieuse. L'examen microscopique de l'urine montra beaucoup de cylindres hyalins et granuleux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 Février 1897.

Maladie de Hodgkin.

M. Jacusiel a présenté un homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires qui, à l'âge de 18 ans, reçut une planche sur l'épaule et vit à la suite de cet accident se développer chez lui une tumeur dans la région de la clavicule gauche. La tumeur s'accrut peu à peu, mais causa peu de désordres. En 1892, M. Jacusiel vit le malade et ordonna de la liqueur de Fowler, croyant que la tumeur qui, à ce moment, avait le volume d'une pomme, était une tumeur lymphatique. Le malade continua le traitement jusqu'au commencement de cette année, quand son état s'aggrava sensiblement. Depuis le mois de décembre 1896, le malade éprouve une faiblesse progressive dans les jambes, ne peut se tenir debout qu'avec peine, et presque incapable de marcher. La tumeur n'a pas augmenté de volume, mais d'autres plus petites ont paru sous l'aisselle gauche, sur l'omoplate gauche, sous l'aisselle droite, dans les aines, la rate, le foie. Le malade n'est pas alcoolique ni syphilitique.

M. Jacusiel pensa donc à la leucémie, mais l'examen du sang n'indiqua pas l'augmentation des globules blancs. L'urine est normale et il n'y a jamais eu de fièvre. Il existe un peu d'œdème à partir des genoux; l'épigastre était soulevé et un peu dur au toucher.

M. Ewald, après examen du malade, croit qu'il s'agit dans ce cas de maladie de Hodgkin.

M. Virchow pense que ce terme ne désigne en général qu'une hyperplasie des ganglions. Il conseille d'exciser un fragment de la tumeur et d'en faire l'examen microscopique.

Luxation du nerf cubital.

M. William Lévy a présenté un homme chez lequel après un traumatisme du coude droit, on a constaté le glissement du nerf cubital sur ce condyle pendant la flexion de l'avant-bras et sa réduction par l'extension. En examinant le coude gauche qui n'a pas été traumatisé, M. Lévy a retrouvé chez le malade le même glissement. Il a alors examiné 100 malades de la policlinique, et a observé 5 fois ce phénomène de glissement : 2 fois des 2 côtés, 2 fois à droite et 1 fois à gauche. Cette luxation du nerf qui n'entraîne pas de troubles, ne doit donc pas être considérée comme une conséquence particulière des lésions du coude.

Bactériologie de la peste.

M. Kolle a rappelé que Kitasato et Yersin découvrirent en 1894 tous les deux presque en même temps et indépendamment l'un de l'autre le microorganisme de la peste. Dans les préparations faites avec le pus et les bubons pesteux, on voit une quantité de petits bacilles semblables à ceux du choléra des poules; après coloration avec le bleu de méthylène, les bacilles ressemblent au diplocoque. Dans les cas mortels, on trouve ce bacille dans le sang et dans les organes, de sorte que les bubons sont le point de départ d'une véritable septicémie. Ces microbes se cultivent facilement sur tous les terrains, mais ils varient dans leur forme et leur virulence suivant le milieu. A ces bacilles s'associent d'autres bactéries (streptocoques) surtout lorsque les bubons sont ouverts.

Les antiseptiques agissent sur ces bacilles de la même façon que sur les autres microbes. Par contre, ils résistent beaucoup à la dessication. On n'a jamais trouvé ces bacilles chez l'homme bien portant ou atteint d'autres maladies que la peste. Comme l'ont montré Kitasato et Yersin, on réussit, par l'inoculation des cultures aux rats, souris, cobayes, à provoquer des états analogues à la peste. Les animaux meurent en 3 ou 4 jours, les ganglions sont tuméfiés au voisinage de l'injection, la rate est grosse et l'on trouve des bacilles de la peste en quantité dans les organes et dans le sang. Si l'on injecte une culture atténuée ou peu virulente, il se produit une maladie semblable à la peste humaine avec bubons. L'infection se produit aussi par l'alimentation et l'inhalation des cultures. Le rôle étiologique des bacilles de la peste est ainsi démontré. La prophylaxie est très difficile, parce que les rats qui sont infectés avant l'explosion de l'épidémie viennent mourir en masse dans les maisons et propagent l'infection.

Des essais d'immunisation ont été faits par Kitasato et par Yersin. Yersin a immunisé progressivement le cheval par l'injection des bacilles morts et employé le sérum de ces animaux comme vaccin. La mortalité de la peste, qui est de 80 à 90 p. 100, descendrait alors à 16 p. 100. Haffkine aurait pratiqué avec un plein succès une immunisation active.

ANGLETERRE

LEEDS AND WEST RIDING MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 5 Février 1897.

Calcul biliaire.

M. J.-W. Teale rapporte l'observation d'une femme de 70 ans qui, après quinze jours de malaise et de coliques, a présenté un ictère intense qu'après examen on a cru pouvoir attribuer à l'obstruction du cholédoque par un calcul. Malgré le traitement médical institué en vue de ce diagnostic, l'ictère persista et, l'état de la malade déclinant visiblement, on décida, au bout de cinq semaines, d'intervenir par la laparotomie. Mais le jour pour lequel l'opération a été décidée, la malade se sentit mieux et refusa de se soumettre à l'opération, d'autant plus que les selles renfermèrent, ce jour, une notable quantité de bile. L'amélioration et l'augmentation progressive de la quantité de bile dans les selles persista en effet pendant quinze jours, mais au bout de ce temps il survint brusquement un frisson avec douleurs et signes de péritonite générale; l'état de la malade parut à ce moment tellement désespéré qu'il ne pouvait plus être question d'opération. La malade fut donc traitée par l'opium et au bout de trois jours l'orage se calma, une forte quantité de bile apparut dans les selles, l'amélioration fit des progrès, et actuellement la malade est complètement guérie. L'obstruction a duré 59 jours.

Le calcul ne fut pas trouvé dans les selles, mais il faut dire que l'examen des matières n'a pas été fait d'une façon méthodique.

Traumatisme du cerveau.

M. E. Solly. — Il s'agit d'un garçon de 8 ans qui a été précipité d'une hauteur de 8 pieds et qui tomba de telle façon que son occiput porta contre le sol. Il a pu se relever et retourner à pied à la maison, mais là il fut pris d'assoupissement, puis de convulsions. Le médecin qui a été appelé, trouvant l'enfant dans le coma, diagnostiqua une hémorrhagie cérébrale et fit

venir M. Solly pour faire une trépanation. Mais pendant les préparatifs, qui durèrent une quarantaine de minutes, l'enfant sortit du coma, s'anima peu à peu, si bien qu'on décida de différer l'opération. L'amélioration persista, s'accentua, et quelques jours plus tard l'enfant était complètement guéri.

AUTRICHE

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séances du 22 Février 1897.

Traitement du lupus.

M. Lang trouve que le traitement local ordinairement employé par les caustiques, les scarifications, le grattage, le thermocautère etc., présente deux inconvénients : en premier lieu, il demande beaucoup de temps et est très douloureux, en second lieu, il n'amène pas la guérison complète en raison de ce fait qu'il ne détruit pas les nodules lupiques inclus dans la cicatrice. Aussi ce traitement donne-t-il des améliorations dans les cas les plus favorables, améliorations passagères auxquelles fait ordinairement suite, au bout de quelque temps, l'extension du mal.

La seul traitement qui d'après M. Lang soit capable d'amener la guérison, est l'extirpation du foyer au bistouri. Si le lupus est petit, on peut après son excision fermer simplement la plaie par quelques points de suture; si par contre la surface qui reste après l'extirpation du lupus, est très étendue, on peut recourir à la greffe dermo-épidermique. Le traitement, à en juger par les résultats qu'il lui a fournis, donne au point de vue plastique et fonctionnel entière satisfaction au malade et au médecin.

M. V. Hebra pense aussi que le traitement chirurgical est préférable à tous les autres traitements.

M. Gersuny estime que le succès de l'intervention et de la médication est subordonnée au moment de l'intervention. Si l'on s'attarde à une médication insuffisante, le lupus prend une extension considérable, et l'opération n'est plus possible.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 24 Février 1897.

Syphilis cérébrale précoce.

M. Kahane a présenté une femme de vingt-huit ans, qui contracta la syphilis au commencement de 1896. Trois mois après, elle a été prise d'une série d'accidents cérébraux, maux de tête, vomissements, vertiges, bourdonnements d'oreille, troubles visuels, hyperesthésies, etc., qui s'améliorèrent sous l'influence du traitement spécifique. Actuellement la malade présente une névrite optique double avec exagération des réflexes rotuliens, signe de Romberg et parésie pupillaire. D'après M. Kahane il s'agirait probablement dans ce cas d'une méningite syphilitique dont les symptômes actuels sont les résidus. A noter encore que dans ce cas la syphilis a pris dès son début une allure grave : c'est ainsi qu'il y a eu, en même temps qu'une éruption cutanée, des périostites, du rupia, etc.

M. Kahane a eu l'occasion d'en observer deux autres cas analogues dans le service de M. Neumann, chez des hommes alcooliques. La syphilis cérébrale précoce n'est donc pas très rare.

Nanisme.

M. Reichel a présenté une naine âgée de dix-huit ans, dont la taille est de 116 centimètres et le poids de 27 kilogrammes. Elle présente en outre plusieurs anomalies : forme anormale de la cornée, restes de la membrane pupillaire, nystagmus, étroitesse congénitale de l'aorte, hypertrophie du cœur, persistance du thymus, utérus infantile. L'intelligence est bien développée et le corps thyroïde normal. Il n'y a pas de symptômes de myxœdème. La langue est sèche et très large. La malade est entrée à l'hôpital pour une hémiplégie hystérique.

M. Kassowitz fait remarquer qu'il existe des cas de nanisme pur chez des enfants qui présentent aussi certains symptômes de crétinisme et de myxœdème.

Le traitement thyroïdien prolongé pouvant améliorer la croissance, non seulement chez les enfants, mais aussi chez l'adulte, mériterait d'être essayé dans le cas présent.

Elimination du fer dans l'urine normale.

M. Jolles, en se basant sur l'analyse de l'urine de 12 sujets normaux, a constaté que la quantité de fer éliminé par jour varie de 4 milligr. 6 à 9 milligr. 6, soit une moyenne de 7 milligr. 1. La moyenne de la quantité de fer contenue dans l'urine des vingt-quatre heures chez les 12 sujets soumis aux analyses a été de 8 milligrammes, chiffre qui se rapproche de celui de 10 milligrammes trouvé par Hambürger, mais qui dépasse de beaucoup celui de 2 mill. 59 donné par Gottlieb.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séances des 12 et 19 Février 1897.

Laparotomie pour plaie par coup de revolver.

M. Wœlfler a rapporté à l'observation d'une femme de 40 ans, qui reçut de son fils un coup de revolver tiré à une distance de 75 centimètres. Le projectile, du calibre de 6 millimètres, pénétra dans l'abdomen entre l'épine iliaque droite antérieure et supérieure et l'ombilic. La blessée fut transportée de suite à la clinique par chemin de fer. Au moment de son entrée, on constata les symptômes suivants : météorisme, sensibilité de l'abdomen, grande agitation, collapsus, tympanisme très marqué de l'abdomen et de la région hépatique. On fit aussitôt la laparotomie médiane. L'abdomen fut trouvé rempli de sang et d'un liquide jaunâtre mêlé de bulles gazeuses; le petit bassin était rempli de sang non coagulé. L'hémorrhagie avait déjà pris fin.

En déroulant l'instestin, on trouva 17 blessures pénétrantes de l'intestin grêle; dans toutes, l'orifice d'entrée du projectile se trouvait au bord libre de l'intestin et l'orifice de sortie au voisinage du mésentère : les bords des plaies étaient contus; la déchirure de la séreuse était très petite, contrairement à ce qui a été observé d'ordinaire.

Les 17 plaies furent suturées une à une transversalement, pour éviter la production du rétrécissement ultérieur. L'opération dura en tout 2 heures 1/2. La malade guérit en conservant une sensibilité au niveau du point d'entrée de la balle.

Tuberculose cérébelleuse chez un enfant de cinq mois.

M. Hahn a rapporté l'histoire d'un enfant de 5 mois qui a succombé à des accidents cérébraux d'origine tuberculeuse.

Cet enfant toussait déjà depuis quelque temps et vomissait quelquefois, quand il fut pris brusquement de mouvements d'oscillation latérale de la tête; la fontanelle antérieure devint saillante; les yeux étaient convulsés en dedans; la pupille gauche était plus large que la droite, les deux pupilles réagissaient normalement et le fond de l'œil ne présentait rien de particulier. Le réflexe patellaire était normal.

Bien qu'une ponction du canal rachidien eût ramené 3 centimètres cubes de liquide dont l'examen au point de vue des bacilles resta négatif, on porta le diagnostic de tuberculose cérébrale. A l'autopsie on trouva en effet un tubercule localisé au vermis inférieur.

Intoxication saturnine mortelle d'origine thérapeutique.

M. Hahn a rapporté l'histoire d'un enfant traité pour un eczéma de la tête et du corps par la pommade d'Hébra. Il eut

des convulsions généralisées; la peau prit une teinte gris pâle, les gencives présentèrent un liseré noirâtre; le réflexe rotulien était exagéré. L'enfant ne tarda pas à succomber.

Le diagnostic pendant la vie avait été : intoxication saturnine. Il fut confirmé par l'examen du cadavre et notamment par l'analyse chimique des urines.

Venin des mouches à miel.

M. Langer a fait des recherches expérimentales avec les sécrétions des glandes à venin des mouches à miel. En déposant ces sécrétions sur la conjonctive des lapins il a vu survenir une sécrétion abondante, des larmes, du clignotement, de l'hyperémie de la conjontive, du chémosis, un écoulement purulent. Tous ces phénomènes disparaissaient ordinairement au bout de 5 jours.

Les sécrétions des glandes à venin se présentent sous forme d'un liquide clair et transparent, de réaction acide, d'une odeur aromatique, renfermant une petite quantité d'acide formique. Au moment de sa sécrétion il ne renferme pas de microbes et agit même d'une façon légèrement bactéricide.

Si l'on dilue les sécrétions dans de l'eau de façon à avoir une solution à 1 p. 100 ne présentant plus de réaction acide le liquide dilué provoque encore sur la conjonctive du lapin les mêmes phénomènes d'irritation, ce qui semble prouver que le principe toxique n'est pas l'acide formique. Les recherches faites pour isoler ce principe toxique ont montré qu'il s'agissait d'un corps qui présentait les réactions des alcaloïdes, résistait à la chaleur et à la congélation de même qu'à l'action des acides. Injectée dans les veines du lapin, cette substance amène très rapidement la mort de l'animal; introduite sous la peau, elle provoque une gangrène locale; injectée dans le péritoine, elle amène la mort et l'animal dans l'espace de 10 heures. Chez les chiens le venin d'abeille agit de la même façon que le venin de vipère.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 5 Février 1897.

Mastoïdite aiguë, abcès subdural.

M. Hennebert. — Un homme de 52 ans, ozéneux, fut atteint d'une otite moyenne aiguë gauche, qui guérit, puis d'une otite droite qui se compliqua de mastoïdite.

Le malade avait toujours refusé une imtervention chirurgicale, quand, environ 3 mois après le début de l'otite droite, se produisit une exacerbation des douleurs, avec gonflement progressif et rapide des régions mastoïdienne et temporale droites. L'opération, faite d'urgence, fut conduite selon les principes indiqués par Rousseaux et Hennebert. L'antre était plein de pus, et son contenu fut évacué au moyen de la seringue, par le conduit auditif. Au cours du décollement du périoste de l'apophyse mastoïde, M. Hennebert découvrit, à 15 millimètres environ en arrière du cratère opératoire, un point osseux friable, où venait sourdre une gouttelette de pus. Cette fistule, élargie à la curette et à la pince-gouge, conduisait dans un vaste abcès subdural. Les deux cavités suppurantes furent drainées à la gaze iodoformée, et la guérison, obtenue en 6 semaines sans sécrétion purulente, fit récupérer au malade une ouïe normale du côté droit.

Phlegmon cervical profond.

M. Wicot a observé chez une jeune femme, après une angine bénigne, le développement d'un phlegmon qui débuta à la région sous-auriculaire et s'étendit à toute la partie latérale correspondante du cou. Une incision faite au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien découvrit la poche de l'abcès, qui siégeait profondément, dans le triangle pharyngo-maxillaire. L'affection évolua normalement.

Abcès sous-diaphragmatique.

M. Van Engelen. — Chez un enfant, à la suite d'une pleuro-pneumonie se développa un abcès sous-diaphragmatique, qui se fit jour à la région lombaire, sous la dernière côte. L'incision pratiquée à ce niveau fut complétée par la résection de deux côtes, pour permettre un drainage suffisant. La guérison s'obtint rapidement.

Eclampsie infantile grave. Injection de sérum artificiel. Guérison.

M. Nauvelaers. — Il s'agit d'un enfant de 7 semaines qui, en proie à des attaques subintrantes d'éclampsie ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques usités, tomba dans un profond coma précurseur de la mort prochaine. Une injection de sérum artificiel de 50 à 70 centimètres cubes fit disparaître le coma et les convulsions et l'enfant revint bientôt à la santé.

L'action rapide de ce traitement doit engager à l'employer systématiquement.

Traitement de l'uréthrite antérieure.

M. d'Huenens. — Je ne m'occuperai dans cet entretien que de l'uréthrite antérieure et tout d'abord poserai cette règle : Si les symptômes sont intenses, pas d'intervention locale; seul, le traitement interne est indiqué. Dans les formes subaiguës ou moyennes, le traitement doit être très actif d'emblée, car chez elles la chronicité s'établit souvent très facilement. Le traitement est donc variable. Le traitement abortif au nitrate d'argent ou au sublimé n'est pas à conseiller; ses insuccès sont notaires sans compter les complications fréquentes.

Il est plus rationnel d'employer le salol, 3 à 4 grammes par jour en 3 ou 4 fois avec l'extrait thébaïque et l'extrait de belladone : 1 centigramme de chaque administrés au moment du repas. Les balsamiques sont moins recommandables car les fortes doses nécessaires amènent de l'intolérance.

Les substances d'injection ou de lavage sont astringentes ou antiseptiques.

Les astringents ont peu de valeur, sauf le permanganate de potasse, qui peut être aussi classé dans cet ordre de médicaments. Il doit être employé au début à faibles doses, 1/4000, qu'il s'agisse de grands lavages ou d'injections faites par le malade. Le traitement par les grands lavages (méthode de Reverdin ou méthode de Janet) n'a pas de supériorité marquée. Le titre de la solution sera peu à peu élevé, suivant la tolérance individuelle.

Les antiseptiques puissants, comme le sublimé, doivent être maniés avec prudence, et mieux vaut même s'en passer. Les sels d'argent récemment lancés dans la circulation, et notamment l'argonine, semblent avoir une efficacité assez grande; l'avenir nous dira si nous pouvons leur accorder quelque confiance.

La résorcine, quoique beaucoup moins antiseptique que tous les composés précédents, est à recommander en solutions de 2 à 2.5 p. 100; elle a l'avantage d'être légèrement anesthésique. L'injection est toujours bien supportée; en l'employant, le médecin praticien n'a pas à craindre de mécomptes.

Dès que la chronicité s'établit, le traitement par la dilatation est indiqué.

La dilatation doit être faite de préférence avec les instruments d'Oberländer et de Kollman, qui respectent les dimensions du canal, tandis que les bougies métalliques ont l'inconvénient de dilater trop le méat, et trop peu les parties plus profondes de l'urèthre.

A ce traitement mécanique, pratiqué tous les 8 ou 15 jours suivant l'aspect endoscopique de l'urèthre, seront joints, surtout dans les formes glandulaires, des lavages répétés 1 ou 2 fois par semaine, et pratiqués avec un injecteur ou une grande seringue. Le seul médicament réellement efficace est ici le nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100. Les instillations de nitrate d'argent à 1 p. 100 sont aussi recommandables, mais leur effet semble plus lent.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE. — Vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles (p. 241). — Hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés (p. 244).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Désinsertion traumatique des muscles de l'œil — Plaies perforantes de l'œil (p. 246). — Blessures graves de l'œil. — Abcès dans la trachée. — Hypothermie post-opératoire. — Injections intra-veineuses de sérum physiologique. — Injections antiseptiques intra-articulaires. — Synovites tendineuses chroniques. — Kystes synoviaux articulaires du poignet. — Kystes synoviaux articulaires. — Ectopie testiculaire (p. 247). — Fractures de l'olécrane. — Abcès sous-phréniques (248).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Maladie héréditaire. — Œdème dans la maladie de Graves. — Paralysie asthénique (p. 248). — Polynévrite aiguë. — Syringomyélie avec arthropathie scapulohumérale. — *Médecine :* Rupture pathologique de la vessie. — Sarcome primitif du foie (p. 249). — Kystes et tumeurs kystiques du sein. — Fracture du fémur dans un cas de cancer du rectum. — Deciduome malin. — Insensibilisation de l'urèthre postérieur. — Uréthrite à colibacilles (p. 250).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'ulcère variqueux par l'oxyde de mercure. — Nouvelles méthodes de traitement de la fièvre typhoïde (p. 250). — Menthol (p. 251).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Magistrats et médecins-experts (p. 252).

PATHOLOGIE INFANTILE

Causes et symptômes la vulvo-vaginite blennorhagique des petites filles,

Par le Dr A.-B. Marfan,

Agrégé, Médecin des hôpitaux.

La vulvo-vaginite des petites filles est connue depuis longtemps; elle a été décrite sous les noms de *leucorrhée infantile*, de *vulvite catarrhale*, de *vulvite purulente*. Au XVIIIe siècle, elle fut mentionnée par divers auteurs et même on cita quelques faits prouvant qu'elle est parfois contagieuse. Mais, somme toute, une grande obscurité a régné sur son histoire jusqu'à l'époque contemporaine et n'a été dissipée que par la découverte et l'étude du gonocoque.

Désormais, il est établi que, dans un très grand nombre de cas, la vulvo-vaginite des petites filles est une maladie contagieuse et de nature blennorrhagique; les preuves en seront fournies au cours de ce travail. Mais, déjà, à ce simple énoncé, on pressent que cette affection joue en clinique infantile un rôle important qu'on ne soupçonnait pas il y a quelques années.

On se propose ici d'étudier spécialement la vulvo-vaginite blennorrhagique; les autres espèces de vulvo-vaginite seront indiquées à propos du diagnostic; elles sont d'ailleurs plus rares, et on peut dire que la vulvo-vaginite dans sa forme commune, franchement inflammatoire, est habituellement gonococcique.

La vulvo-vaginite gonococcique se rencontre surtout de 2 à 7 ans; mais elle s'observe assez souvent dans les deux premières années de la vie; on l'a rencontrée dès les premiers mois; on l'a vue chez des fillettes de 15 jours. Après 7 ans, sa fréquence diminue, probablement parce que les conditions de contagion ne sont plus aussi communes.

Description. — Le début de la vulvo-vaginite passe souvent inaperçu. L'affection n'est découverte que lorsque l'écoulement tache la chemise d'une manière très apparente ou lorsqu'elle provoque un prurit plus ou moins intense de la vulve. On est conduit alors à examiner les parties génitales et on constate les signes d'une inflammation de la vulve et du vagin.

A la vulve, l'affection siège à la face interne des grandes lèvres, sur les deux faces des petites lèvres, sur la fosse naviculaire, sur la région du clitoris et sur la membrane hymen. Toutes ces parties sont tuméfiées, surtout les grandes et les petites lèvres; elles sont d'une couleur rouge vif, et elles laissent suinter un liquide qui est tantôt muco-purulent (vulvite catarrhale), tantôt franchement purulent (vulvite purulente).

L'affection n'est presque jamais limitée à la vulve; dans le plus grand nombre des cas, la vaginite se joint à la vulvite; car, après avoir écarté les petites lèvres, et essuyé la vulve avec de la ouate hydrophile, on voit du pus sourdre par l'orifice de l'hymen qui est rouge et boursouflé. La sortie d'une gouttelette de pus par l'orifice hyménal peut aussi être provoquée par un effort de défécation. Koplick, qui a pu examiner le vagin avec le petit spéculum uréthral à miroir de Tuttle, a constaté tous les signes de la vaginite. Il a vu, dans les cas sérieux, le pus sourdre du col utérin; le vagin était érodé, couvert de granulations saignant facilement (1). L'affection mérite donc bien, dans l'immense majorité des cas, le nom de vulvo-vaginite. Je dois même dire qu'il n'est pas rare de trouver une vaginite intense, provoquant un abondant écoulement, alors que la vulve est très peu malade.

Le symptôme capital de la vulvo-vaginite est l'écoulement. Le liquide sécrété est blanchâtre, ou blanc verdâtre, ou blanc jaunâtre; il ressemble à celui des écoulements blennorrhagiques. Parfois, la sécrétion de ce liquide est extrêmement abondante, et, dans l'espace de quelques heures, la chemise se trouve maculée de nombreuses taches qui raidissent le linge comme si on y avait mis de l'empois. Lorsque l'enfant n'est pas tenue proprement, l'exsudat se concrète à la surface de la vulve et forme des croûtes verdâtres, jaunâtres, qui exhalent une odeur désagréable et au-dessous desquelles la muqueuse peut présenter des érosions.

Les parties voisines de la vulve, le périnée, la région génito-crurale, la face interne des cuisses, offrent souvent un érythème diffus qui se manifeste par une rougeur luisante de la peau. Les ganglions inguinaux sont parfois légèrement tuméfiés.

La vulvo-vaginite s'accompagne d'un prurit plus ou moins intense qui peut devenir une cause d'onanisme. La marche et la miction provoquent parfois une sensation de chaleur désagréable.

En somme, les symptômes constants sont la présence du pus à la surface de la vulve et une rougeur plus ou moins vive de la région; il s'y joint parfois de la tuméfaction œdémateuse des grandes lèvres et des phénomènes douloureux d'ordinaire peu marqués.

La vulvo-vaginite est une affection parfois très longue, mais ordinairement bénigne. Cependant, elle peut se compliquer de certains accidents qui lui enlèvent son caractère de bénignité. Pour bien comprendre sa marche, ses complications, pour bien établir son diagnostic et son pronostic, il faut au préalable étudier ses causes et sa nature.

Étiologie et nature. — On invoquait autrefois, comme

1. Blennorrhée uro-génitale chez les enfants. *New York Academy of Medicine*, 23 mars 1893.

causes de la vulvo-vaginite infantile, la scrofule, l'herpétisme, la syphilis, la masturbation, la malpropreté, les oxyures vermiculaires du rectum. On invoquait aussi les attentats à la pudeur. On décrivait enfin une vulvite *secondaire*, s'observant dans la convalescence des maladies graves, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, des fièvres éruptives, surtout de la scarlatine. Cette étiologie complexe et vague a fait place aujourd'hui à une étiologie beaucoup plus claire.

I. — Un premier point a d'abord été établi : la vulvo-vaginite commune des petites filles est souvent *contagieuse*.

Des cas de contagion furent signalés, au XVIII[e] siècle, par Storsch (1750) et Ramel (1785). Ils n'attirèrent pas l'attention. En 1860, Forster en rapporta des exemples probants; mais les esprits n'étaient pas encore prêts à accepter la notion de la contagiosité.

R. Pott (de Halle) est un des premiers auteurs qui, de nos jours, l'aient nettement affirmée. En 1882, il remarque que les petites filles atteintes de la maladie ont pour mères des femmes atteintes de leucorrhée chronique, d'origine vaginale ou utérine (1).

En 1885, Eug. Fränkel rapportait qu'à la section de pédiatrie de l'hôpital de Hambourg, la vulvo-vaginite avait été endémique de 1881 à 1884 (2).

Le D[r] Suchard (de Lavey) a rapporté, en 1888, des faits tout à fait probants. Aux eaux de Lavey, on baigne les enfants dans une piscine. Une petite fille arrive avec de la vulvo-vaginite; les 11 fillettes qui se baignent dans la même piscine contractent toutes la maladie. Des faits de ce genre avaient été observés les années précédentes (3).

La même année, M. A. Ollivier rapportait une épidémie survenue à la salle des teigneuses de l'hôpital des Enfants-Malades (4). Deux fillettes entrèrent avec de la vulvo-vaginite: quelque temps après, quinze autres fillettes étaient atteintes de la même maladie. L'enquête faite par M. A. Ollivier prouva qu'il y avait de la négligence de la part des infirmières: celles qui faisaient les pansements des deux petites filles les premières atteintes ne se lavaient pas les mains, même lorsqu'elles avaient à s'occuper des soins de propreté pour d'autres enfants. Les mêmes éponges servaient à la toilette des deux petites malades et des petites filles saines. Le nettoyage des vases de nuit était insuffisant, et on ne prenait aucune précaution pour que le même vase ne servît pas consécutivement à plusieurs. Les lieux d'aisance étaient construits de telle sorte que les petites filles étaient obligées de s'asseoir sur un siège. Un nettoyage suffisant de ce siège n'était pas fait dans le cours de la journée. Toutes ces conditions avaient favorisé la transmission; la preuve en fut fournie par la disparition de l'épidémie après qu'on les eut supprimées.

Au congrès de médecine interne de Lyon, tenu en octobre 1894, MM. Weil et Barjon ont raconté l'histoire d'une épidémie qui avait sévi dans une de leurs salles. Recherchant l'origine des cas d'infection, ils découvrirent que la contagion avait lieu par le thermomètre introduit dans l'anus des malades; elle s'opérait par la partie du thermomètre en contact avec la vulve; jamais il n'y avait eu d'inflammation anale; c'était donc la partie émergente du thermomètre qui avait servi à la transmission du gonocoque. Le thermomètre était simplement désinfecté par l'immersion dans l'eau phéniquée au 1/50. L'origine de l'épidémie reconnue, on le fit plonger, après chaque prise de température, dans une solution d'acide chlorhydrique au tiers; l'épidémie s'arrêta net.

Il est inutile d'accumuler les preuves; la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles est désormais démontrée.

II. — Pendant que cette démonstration s'achevait, une série de recherches parallèles tendaient à prouver que l'agent de la contagion est le gonocoque et que la vulvo-vaginite des petites filles est d'ordinaire de nature *blennorrhagique*.

Les preuves de la nature blennorrhagique de la vulvo-vaginite infantile sont de trois ordres.

En premier lieu, des hommes atteints de blennorrhagie, ayant violé des petites filles, leur ont communiqué une vulvo-vaginite. Des fillettes ont été contaminées parce qu'elles couchaient dans le même lit que leur père ou frère atteints de blennorrhagie. M. De Amicis en 1884 (1) et M. E. Dupré en 1889 (2) ont inoculé du pus de vulvo-vaginite infantile dans l'urèthre d'hommes sains; tous deux ont obtenu une blennorrhagie typique.

Edw. Martin, en 1892, observe une enfant de 5 mois atteinte de vulvite; il inocule le pus qui en provient dans l'urèthre d'un homme sain; celui-ci contracte une uréthrite à gonocoques, laquelle se complique d'orchite (3).

En second lieu, la vulvite infantile se complique d'accidents qui révèlent sa nature blennorrhagique : ophthalmie purulente, rhumatisme blennorrhagique, etc. Nous les étudierons plus loin.

Enfin, le troisième argument est tiré de la recherche du gonocoque dans le liquide vulvo-vaginal.

Un des premiers, Aubert (de Lyon) trouva le gonocoque dans la vulve des petites filles (1884); il repoussa l'origine spontanée de cette affection; il montra qu'il n'est pas nécessaire d'admettre qu'elle est due à une contagion vénérienne, mais que la transmission peut se produire par le contact dans un lit, le séjour dans un bain, l'usage d'objets de toilette, etc. (4).

En 1885, Neisser, sur 143 cas d'écoulements datant de 2 à 8 ans, constate 80 fois la présence des gonocoques; il observe que dans les 63 cas négatifs l'examen n'a été pratiqué qu'une seule fois (5). La même année, E. Fränkel signale le gonocoque dans l'épidémie de Hambourg (6); Widmarck le trouve 8 fois sur 8 cas (7), et Cseri 21 fois sur 21 cas (8). En 1888, Dusch le trouve 19 fois sur 19 cas (9); Prochownik le constate 17 fois dans 21 cas (10). En 1889, E. Dupré le rencontre 23 fois sur 23 cas (11). Spaeth le rencontre 14 fois sur 21 cas (12).

1. R. Pott, Die specifische Vulvo-Vaginitis im Kindesalter und ihre Behandlung. *Jahrbuch für Kinderheilk.*, 1882, t. XIX, p. 71.
2. *Virchow's Archiv*, 1885, p. 251.
3. A.-F. Suchard, De la contagion de la vulvo-vaginite des petites filles. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1885, p. 265.
4. La vulvo-vaginite des petites filles. *Académie de médecine*, 23 octobre 1888.

1. *Rivista clinica e terapeutica*, mars 1884.
2. *Société de biologie*, 1889, et *Congrès de médecine interne de Lyon*, 1894.
3. La vulvo-vaginite infantile. *Journ. of cut. and genito-urin. diseases*, nov. 1892, p. 415.
4. Aubert, Gonorrhœa insontium. *Lyon médical*, 26 oct. 1884, t. XLVII, p. 263; *ibid.*, 16 août 1891.
5. Bericht über eine bei Kindern beobachtete Endemie infectioser Kolpitis. *Virchow's*, *Archiv*. Bd. XCIX, 1885, p. 251.
6. *Virchow's Archiv*, XCIX, p. 251, 1885.
7. *Archiv. f. Kinderheilkunde*, VII, p. 1, 1885.
8. *Pester med. chir. Presse*, 1885, n° 11.
9. *Deutsch. med. Woch.*, n° 41, 1888, p. 831.
10. *Centralblatt f. Gyn.*, 188, n° 26.
11. *Société de Biol.*, 1889, et *Congrès de méd. int. de Lyon*, 1893.
12. *Münch. med. Woch.*, 28 mai 1889, p. 373.

Plus tard, Cahen-Brach, 20 fois sur 21 (1), Cassel 24 sur 30 (2), Berggrünn 11 fois sur 31 (3).

Depuis, beaucoup d'autres recherches confirmatives ont été publiées (4). Je ne citerai que celles qui ont été faites à la clinique des maladies de l'enfance d'abord par M. Boulloche, puis par MM. Veillon et J. Hallé. E. Boulloche a trouvé le gonocoque dans la proportion de 4 fois sur 5 cas.

MM. Veillon et J. Hallé (5) ont presque toujours (25 fois sur 28) constaté la présence du gonocoque dans le pus des vulvo-vaginites franchement purulentes; cette constatation a été faite non seulement par l'examen microscopique, mais par les cultures. Dans les formes suraiguës, le gonocoque est le plus souvent à l'état de pureté; dans d'autres cas, il est associé aux microbes normaux du vagin (bacille pseudo-diphthérique commun, bacille pseudo-diphthérique en massue de Weeks, streptocoque non pathogène, staphylococcus epidermitis albus).

Les recherches bactériologiques ont fourni une base solide au diagnostic et à la nosologie. Le plus grand nombre des vulvites infantiles est de nature blennorrhagique; cependant toutes les vulvites ne sont pas gonococciques.

Si l'on pratique systématiquement la recherche du gonocoque dans l'exsudat de toutes les vulvo-vaginites, on reconnaît d'abord que toutes celles qui sont au début nettement inflammatoires et franchement purulentes sont de nature gonococcique. On reconnaît encore que celles qui, d'origine récente, guérissent en quelques jours par de simple soins de propreté, ne sont pas, en général, de nature blennorrhagique.

Toutefois, il est des cas, en très petit nombre, de vulvo-vaginites anciennes et rebelles où on ne trouve pas le gonocoque. Il y a lieu de se demander si, de même que dans l'uréthrite blennorrhagique de l'adulte, le microbe n'a pas été présent et n'a point disparu au bout d'un certain temps. Aucun fait ne permet aujourd'hui de répondre par l'affirmative. Mais s'il était prouvé qu'il en peut être ainsi, on pourrait presque affirmer que toute vulvo-vaginite qui ne guérit pas rapidement par des moyens de propreté, est ou a été de nature gonococcique.

Quoi qu'il en soit, l'analyse clinique aidée de la bactériologie permet d'isoler de la vulvo-vaginite blennorrhagique les espèces suivantes.

Il existe une forme de vulvite qui semble due surtout à la malpropreté et à la végétation des saprophytes normaux de la région ou du coli-bacille venu par les matières fécales : on pourrait l'appeler *vulvite saprophytique*. Elle se caractérise par la présence au niveau des plis génito-cruraux, sur les côtés du capuchon du clitoris, et derrière la commissure inférieure de la vulve, d'un smegma blanchâtre, délayé dans une petite quantité de sérosité louche; en entr'ouvrant les grandes lèvres, on ne voit sourdre aucun liquide de l'orifice vaginal, même si l'enfant fait effort comme pour aller à la selle; il n'y a donc pas de vaginite; or celle-ci est la règle dans la leucorrhée gonococcique. La vulvite saprophytique ne laisse pas sur la chemise de taches de matière verte ou jaune qui empèse le linge; elle disparaît en quelques jours dès qu'on prend soin de baigner l'enfant et de laver les parties génitales matin et soir avec de l'eau boriquée. Quand on examine la sécrétion de ces vulvites, on y trouve des pyogènes, des coli-bacilles, des saprophytes normaux de la vulve; mais on n'y trouve pas de gonocoques.

Dans une autre forme de vulvite, il existe une inflammation diffuse, peu intense, avec des érosions qui suppurent et se recouvrent de croûtes; dans ce cas, il existe en d'autres points du corps des lésions de pyodermites (impétigo, ecthyma, eczéma impétigineux, accompagnant ou non la gale ou la pédiculose). Dans cette *vulvite pyodermique*, dite quelquefois impétigineuse, on ne trouve pas non plus le gonocoque, mais surtout des microbes pyogènes. Elle guérit aussi très vite dès qu'on réalise des soins d'antisepsie vulgaire de la vulve.

La *vulvite aphteuse* de Parrot (herpès génital ulcéreux de A. Fournier) et la *vulvite pseudo-membraneuse* ont des caractères objectifs assez nettement tranchés pour qu'il soit facile de la distinguer. Je signale pour mémoire les écoulements de pus par le vagin qui s'observent parfois dans la péritonite tuberculeuse et dans lesquelles on peut trouver des bacilles (Vierordt).

Malgré les éclaircissements que les études bactériologiques ont fournis à la clinique, il reste encore des cas nombreux où le doute est permis et où s'impose par suite la recherche du gonocoque dans l'écoulement génital. Cette recherche, qui n'offre pas de grandes difficultés et ne réclame qu'un peu d'habitude, donne d'ordinaire un diagnostic certain.

Ainsi, la vulvo-vaginite des petites filles, dans sa forme commune et franche, est ordinairement de nature blennorrhagique. Cette donnée permet de mieux comprendre et de préciser les modes de contagion.

III. — La *contagion* peut être *familiale*, *hospitalière*, *scolaire*, *vénérienne*.

Le plus souvent la maladie se transmet de la mère à la fille; les mêmes serviettes, les mêmes éponges, les mêmes vases servent à la toilette de l'une et de l'autre, et sont les véhicules du contage. Dans quelques cas, on a pu invoquer la cohabitation, dans le même lit, de la filette malade et du père, de la mère, de frères, de sœurs atteints de blennorrhagie.

Epstein (de Prague) (1) a observé la vulvo-vaginite chez des petites filles nouveau-nées ou très jeunes (9 mois, 14, 16 et 20 jours); l'affection coexistait avec de l'ophthalmie blennorrhagique; la présence du gonocoque fut constatée dans les sécrétions vulvaires; les mères avaient toutes un « écoulement ». Epstein soutient que ces cas provenaient d'une infection pendant l'accouchement; il est porté à penser que la plupart des vulvites observées chez des enfants déjà âgées datent de la naissance, mais qu'en raison de leur bénignité ou de l'inattention des parents, elles passent inaperçues jusqu'au moment où une cause quelconque vient les aggraver. Cette dernière opinion est beaucoup trop absolue; les faits de contagion que nous avons rapportés plus haut (Suchard, Ollivier, Weil) suffisent à le prouver. Mais il est incontestable qu'il y a des cas de vulvo-vaginite des nouveau-nées dus à une contagion de la vulve fœtale par les sécrétions gonococciques du vagin maternel pendant le travail de l'accouchement; il y a une vulvo-vaginite gonococcique des nouveau-nées par *infection obstétricale;* ce mécanisme

1. Die Urogenital Blennorrhœ der kleinen Mädchen. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1892, XXXIV, p. 308.
2. *Berl. klin. Woch.*, 1893.
3. *Arch. f. Kinderheilk.*, XX, 1893.
4. Laborde, *De la vulvovaginite des petites filles*, thèse de Paris, 1896.
5. A. Veillon et J. Hallé, Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles et du conduit vaginal à l'état sain. *Archives de méd. expérim.*, mai 1896, n° 3, p. 281.

1. Ueber Vulvo-Vaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1891.

de la contagion est alors le même que dans l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés (1).

La contagion peut être hospitalière et se faire par les éponges, les vases, les planches des cabinets comme les faits de M. Ollivier en offrent un exemple; elle peut se faire par les thermomètres, comme dans la curieuse épidémie observée par M. Weil. Il faut rapprocher de la contagion hospitalière la contagion par les bains en commun, signalée par M. Suchard.

Dans les écoles, les épidémies paraissent provenir surtout d'une infection par les vases et les cabinets.

La contagion peut être enfin vénérienne et être la conséquence d'un attentat à la pudeur, d'une tentative de viol. Mais il importe de dire ici bien haut que la contagion vénérienne est extrêmement rare. On en cite quelques faits probants, mais isolés; leur nombre apparaît infime, quand on le compare à la fréquence totale de la vulvite infantile. MM. Vibert et Bordas, constatant le plus souvent le gonocoque dans le liquide vulvaire, cherchèrent, sans les trouver, des preuves de contamination vénérienne; ils en conclurent à tort que le gonocoque ne possède aucune espèce de spécificité (2). Il importe de bien connaître cette rareté de la contagion vénérienne; le fait a une grande importance au point de vue médico-légal. Récemment une mère nous conduisait sa fille atteinte de vulvo-vaginite; elle supposait que l'enfant avait été victime d'un attentat à la pudeur et voulait entamer des poursuites judiciaires; nous lui expliquâmes ce qu'on sait aujourd'hui de la contagion maternelle et nous lui dîmes que le premier acte de l'enquête consisterait à la visiter; nous ne l'avons pas revue; il est probable qu'elle a renoncé à ses idées et à ses projets. Méditons soigneusement les faits nouveaux qui éclairent l'histoire de la vulvo-vaginite infantile; il n'est malheureusement que trop probable que, pour les avoir ignorés, on a condamné des innocents.

Certaines maladies générales ont comme effet d'aggraver et de rendre évidente une vulvite latente jusque-là. C'est ce qui s'observe à la suite de la scarlatine et de la rougeole, peut-être en raison de la desquamation qu'elles provoquent, et aussi à la suite de la dipththérie et de la fièvre typhoïde.

Nous devons enfin nous demander pourquoi la contagion non vénérienne, si fréquente chez les petites filles, est si rare chez les garçons. Cela tient peut-être aux différences de la toilette qu'on fait aux filles et aux garçons; mais cela tient surtout aux différences anatomiques des parties génitales chez les garçons et chez les filles, différences qu'il suffit de se représenter pour concevoir que la contagion s'exercera facilement sur la muqueuse vulvaire des fillettes et difficilement sur la muqueuse uréthrale des garçons.

Évolution et formes. — Au point de vue de la marche, il faut distinguer deux types principaux de vulvite infantile.

La *forme aiguë* est caractérisée par un écoulement franchement purulent, jaune verdâtre, très abondant; elle s'accompagne parfois d'un mouvement fébrile; quand elle est bien traitée, cette forme ne dure ordinairement que trois ou quatre semaines; mais si on la néglige, elle passe à l'état chronique.

La *forme chronique* peut succéder à la forme aiguë ou s'établir d'emblée; elle porte le nom de « leucorrhée »; l'écoulement est pâle, muco-purulent, empesant le linge, mais ne le tachant que faiblement. Cette forme est très rebelle à la thérapeutique; elle peut durer des mois et des années. Il faut beaucoup de patience et de soins pour arriver à la guérir.

D'ailleurs, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme chronique, les rechutes sont fréquentes, et c'est là une circonstance qui aggrave le pronostic. Mais ce qui l'assombrit le plus, c'est la possibilité de certaines complications que nous étudierons prochainement (1).

1. Morgenstein. A case gonorrheal vulvo-vaginitis and urethritis in an infant at birth. *Medical Record*, 2 février 1895.

2. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 12 août 1890.

1. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1897.

Des hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés et de leur traitement,

D'après M. le Dr A. Hermary (2).

Parmi les hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né il faut distinguer deux grandes classes :

1° Le *melæna spuria*, représentant un grand nombre de cas où le sang ne provient pas des parois de l'estomac et de l'intestin, mais a été avalé; ces hémorrhagies, où le sang rejeté provient le plus souvent des gerçures du mamelon de la nourrice, n'ont que peu d'intérêt médical, puisqu'elles ne s'accompagnent pas d'ordinaire d'un trouble de la santé de l'enfant.

2° Le *melæna vera*, comprenant les cas de gastrorrhagie et d'entérorrhagie, est une affection rare qui survient 1 fois sur 500 à 800 nouveau-nés et 34 fois environ sur 100 hémorrhagies.

Il survient habituellement dans les 3 premiers jours de la vie, et chez des enfants bien portants. Il peut apparaître dès les premières heures s'il résulte d'une maladie générale déjà en évolution à la fin de la vie fœtale ou s'il est le résultat d'une anomalie dans l'accouchement.

Quand on rencontre des lésions à l'autopsie, elles consistent en congestion plus ou moins étendue de la muqueuse gastro-intestinale ou en ulcérations de l'estomac ou du duodénum, quelquefois du reste de l'intestin grêle, jamais du gros intestin. Outre ces lésions, on trouve, du côté des viscères, de l'anémie, rarement de la congestion. Les lésions congestives ou ulcéreuses se produisent sous diverses influences agissant sur tout l'organisme, et secondairement sur le tube digestif : asphyxie, trouble de la circulation porto-hépatique, compression de l'abdomen pendant le travail, trouble vaso-moteur par hémorrhagie dans le quatrième ventricule, malformations organiques, refroidissement, infection, syphilis. Bon nombre de cas, par l'absence de lésion et de symptômes relevant de l'une des causes précédentes, restent inexpliqués.

Les formes symptomatiques sont très nombreuses. Dans les cas typiques, il n'y a que des prodromes insignifiants : refus de prendre le sein, nausées, hoquet, agitation, etc., indiquant le malaise de l'enfant; la crise hémorrhagique débute brusquement, habituellement abondante, le nouveau-né étant pris de melæna ou d'hématémèse, ces deux symptômes coexistant le plus souvent; mais cette hémorrhagie dure peu et a cessé en moins de 24 ou 48 heures si malgré l'abondance de la perte de sang et les phénomènes d'hémorrhagie interne

2. A. Hermary, thèse de Paris, 1896-97, n° 15 (Soc. d'édit. scientif.)

grave l'enfant a des chances de guérison. Il existe des formes très légères, dans lesquelles la santé générale n'est pas troublée (l'enfant ne cesse pas de teter), et des formes aiguës qui tuent en quelques heures. Les formes du méləna infectieux sont multiples depuis les cas bénins où tout se borne à l'hémorrhagie légère du tube digestif jusqu'aux hémorrhagies multiples, et aux manifestations graves de l'infection générale. La mortalité varie suivant les statistiques de 51 à 84 p. 100.

Avec M. Hermary, dont nous venons de reproduire les principales conclusions, nous devons insister sur le traitement à opposer à ces hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né.

Divers procédés thérapeutiques préconisés autrefois pour les prévenir ou les arrêter : émissions sanguines par le cordon ou par des sangsues à l'anus, lavements froids simples ou astringents, application de compresses froides ou d'une vessie de glace sur le ventre, administration à l'intérieur soit d'une boisson légèrement acidulée avec le sirop de coings, ou quelques gouttes d'acide sulfurique étendu d'eau de Rabel, soit des astringents forts, ont une action nuisible.

Les seules précautions à prendre pour mettre autant que possible les nouveau-nés à l'abri de l'hémorrhagie gastro-intestinale ont été bien indiquées par M. Ribemont : « Le premier soin, dit-il, doit être d'assurer le libre exercice de la respiration. On veillera donc à ce que les vêtements de l'enfant ne puissent mettre obstacle à l'ampliation thoracique. » Il recommande aussi de ne pas « gorger les enfants d'aliments dès leur naissance », car l'alimentation commencée avant que l'équilibre circulatoire ne soit bien établi peut congestionner l'intestin d'une façon dangereuse.

En présence d'un cas d'hémorrhagie gastro-intestinale chez le nouveau-né, on instituera un traitement variant suivant que le cas sera léger ou plus sérieux. Dans les cas graves, il se présentera des indications particulières à remplir.

Si l'hémorrhagie est peu intense, n'altère pas la bonne santé de l'enfant, on pourra pratiquer l'expectation, ou se borner à diminuer la durée des tetées, à les espacer, à tenir l'enfant au chaud, et à administrer une potion calmante.

Mais l'hémorrhagie est-elle quelque peu importante, il faut de suite faire une triple prescription ayant pour objectif d'arrêter l'hémorrhagie en décongestionnant l'intestin et de maintenir les forces de l'enfant par l'alimentation et au besoin les stimulants. Dans ce but il faudra :

1° Agir sur la peau pour activer sa circulation et ranimer les fonctions des centres nerveux par la stimulation cutanée.

On pourra faire à l'enfant une friction alcoolique avec de l'alcool ou de l'eau-de-vie camphrée tièdes, ou une friction avec des flanelles chaudes.

La friction sera remplacée ou suivie par un bain chaud à la température de 38° à 40°, d'une durée de cinq minutes ou plus.

L'enfant, enveloppé de ouate, sera placé au repos complet dans une couveuse chauffée à 37°. Il y restera jusqu'à ce que la convalescence soit bien établie, quelquefois 15 jours.

On calmera, par une potion calmante ou du laudanum à dose minime, la douleur, l'agitation ou les cris, s'ils sont assez fréquents pour provoquer de la congestion abdominale.

A défaut de couveuse, on enveloppera l'enfant, depuis les reins jusqu'aux talons, dans de la ouate chauffée; ou bien, on se contentera d'entourer l'enfant de boules chaudes après l'avoir enveloppé d'ouate simple ou saupoudrée de farine de moutarde sur la partie en rapport avec les membres inférieurs.

2° Soutenir les forces par l'alimentation. On ne laissera pas teter l'enfant, pour lui éviter les efforts. On lui donnera à la cuiller ou par le gavage, toutes les deux heures, 10 grammes de lait maternel, extrait au tire-lait. Une plus grande quantité donnée chaque fois exposerait au vomissement, car l'intolérance gastrique accompagne ordinairement l'hémorrhagie.

Si le petit malade est affaibli, on pourra recourir aux toniques, comme nous l'avons vu précédemment.

3° Provoquer la vaso-constriction gastro-intestinale au moyen de boissons froides, de la glace à l'intérieur, de l'ergotine ou des astringents faibles.

La glace se donne dans le lait, cassée en tout petits fragments. On l'a administrée pendant douze heures consécutives et plus.

Les médicaments internes le plus communément employés sont : l'ergotine en injection hypodermique (1/4 ou 1/2 seringue de Pravaz d'ergotine Yvon) ou à la dose de 20 à 50 centigrammes dans une potion de 30 grammes; l'extrait de ratanhia à la dose de 2 à 4 grammes en potion.

Le meilleur remède contre les hémorrhagies du tube digestif paraît être une potion réunissant l'ergotine à l'extrait de ratanhia qu'on donnera par cuillerée à café ou à dessert, de quart d'heure en quart d'heure. Si l'hémorrhagie est importante, il vaudrait mieux choisir l'injection d'ergotine.

Le tannin à la dose de 15 centigrammes dans 30 grammes de sirop de ratanhia a été prescrit.

On ordonne fréquemment le perchlorure de fer à la dose de 3 à 5 gouttes dans 30 grammes de lait ou d'eau sucrée, ou de potion sucrée, qu'on donne à l'enfant de cinq minutes en cinq minutes, ou de quart d'heure en quart d'heure.

On peut faire alterner la préparation au perchlorure de fer avec une potion à l'ergotine, ratanhia ou tannin, ou avec la solution de nitrate d'argent à 1 centigramme pour 30 grammes d'eau, et échelonner la prise alternative de ces deux préparations d'heure en heure ou de deux heures en deux heures, de façon à ce que le tube digestif reste plus longtemps sous l'influence de ces astringents.

L'alun a été aussi utilisé à la dose de 15 centigrammes.

Outre l'ergotine, les médecins américains emploient beaucoup l'extrait fluide d'hamamelis, en donnant les uns 20 gouttes par demi-heure, d'autres une cuillerée à thé toutes les heures. Ils se servent également de potions au tannin et à l'acide gallique (5 centigrammes), et de la teinture de cachou.

D'autres moyens pourront être employés quand, par le fait de l'hémorrhagie à elle seule, ou de la répétition des hémorrhagies, ou du mauvais état général de l'enfant, il y a des phénomènes d'anémie d'infection grave, de collapsus, d'arrêt de la respiration.

Ce sont : les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées d'éther, l'application de ventouses ou de cataplasmes sinapisés sur la poitrine, la respiration artificielle, les transfusions salines et les injections de sérum.

Otto s'est bien trouvé, dans un cas désespéré, d'une injection de 75 centigrammes de camphre benzoïque pendant le coma, et de 5 centigrammes le lendemain.

Quand la respiration faiblit ou s'arrête, on peut se servir avec avantage de l'application de ventouses sèches

ou de cataplasmes sinapisés sur la poitrine pour réveiller l'excitation bulbaire par voie réflexe.

Dans tous les états graves de l'enfance où les injections sous-cutanées de sérum ont été faites, elles ont donné des résultats non moins remarquables que chez l'adulte, mais rien n'a encore été publié sur leurs effets dans la maladie noire des nouveau-nés. Il ne peut y avoir que des avantages à faire aux nouveau-nés atteints de gastro-entérorrhagie l'injection sous-cutanée de 10 grammes, répétée deux ou trois fois par vingt-quatre heures, d'une solution saline.

Cette injection doit se faire sous la peau de l'abdomen, à la fesse, ou dans la région trochantérienne, avec toutes les précautions antiseptiques voulues.

On peut se servir de la solution saline de chlorure de sodium, à 7 grammes pour 1 000 d'eau distillée, ou de la solution de M. le professeur Hayem :

Sulfate de soude	10 gr.
Chlorure de sodium.	5 gr.
Eau distillée	1 litre.

Le sérum de M. Chéron pourrait aussi être employé. On en ferait une injection de 5 grammes par jour en supprimant de la formule l'acide phénique :

Acide phénique neigeux	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement pur.	2 gr.
Phosphate de soude.	4 gr.
Sulfate de soude.	8 gr.
Eau distillée stérilisée	100 gr.

La formule de M. Luton pourrait être employée également à la dose de 5 grammes par jour :

Phosphate de soude cristallisé. . . .	5 gr.
Sulfate de soude	10 gr.
Eau distillée.	100 gr.

La solution simple de chlorure de sodium paraît être plus rapidement absorbée par les tissus que les autres.

Ces doses ont été expérimentées, par M. Thiercelin (1), sur des nourrissons présentant de l'infection gastro-intestinale.

M. O. Reinach (2), au mois de mai dernier, a publié le résultat d'injections sous-cutanées naturelles de sérum de cheval à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, chez quinze nourrissons, de 15 jours à 9 mois, atteints de choléra infantile grave avec collapsus, refroidissement.

De son procédé il faut retenir le relèvement notable de l'état général obtenu ainsi que le pouvoir alimentaire de ce sérum. D'après les recherches de l'auteur, les 20 centimètres cubes injectés contiendraient 1 gr. 50 de substances albuminoïdes assimilables et seraient l'équivalent de 50 grammes de lait de vache non dilués ou de 150 grammes de lait de femme. Ces propriétés le rendraient peut-être applicable aux états hémorrhagiques graves du nouveau-né.

Après l'hémorrhagie on surveillera les enfants de près, car la convalescence est longue. L'allaitement maternel avec tetées courtes et espacées, et la couveuse ou l'enveloppement ouaté sont à conseiller.

Si la syphilis est incriminée, on soumettra l'enfant au traitement mercuriel dès que les phénomènes d'hématémèse ou de mélæna le permettront.

Le traitement, malgré ses nombreuses lacunes et ses insuccès, semble mettre l'enfant dans de meilleures conditions de résistance contre l'accident qui le frappe, et assurer la guérison dans d'assez nombreux cas.

1. Thiercelin, thèse de Paris, 1894.
2. O. Reinach, *München. med. Wochenschr.*, mai 1896, n° 18.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Laure (Maxime). *Contribution à l'étude de la désinsertion traumatique des muscles de l'œil.* N° 153. (A. Maloine).

M. Lefrançois. *Pronostic et traitement des plaies perforantes de l'œil.* N° 178. (H. Jouve).

Mlle Bonsignorio. *Essai sur le traitement conservateur des blessures graves de l'œil.* N° 205. (Ollier-Henry).

M. Closel (Pressoir Charles). *Ouverture des abcès dans la trachée.* N° 206. (P. Delmar).

M. de la Combe (Hélie-George-Judet). *Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi d'une solution saline dans les cas d'hypothermie post-opératoire.* N° 191. (H. Jouve.)

M. Vigour (E.). *Etude sur les principales indications thérapeutiques des injections intra-veineuses de sérum physiologique.* N° 154. (H. Jouve.)

M. Péchin. *Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires.* N° 190. (H. Jouve.)

M. Curie (Jules). *Des synovites tendineuses chroniques de la face dorsale du poignet.* N° 189. (H. Jouve.)

M. Lecourt (Camille). *Du traitement des kystes synoviaux articulaires du poignet.* N° 186. (P. Delmar.)

M. Dauchelle (L.). *Etude sur les kystes synoviaux articulaires.* (H. Jouve.)

M. Poupart (J.). *Un type nouveau d'ectopie testiculaire.* N° 180. (H. Jouve.)

M. Jalaguier (Léon). *Fractures de l'olécrane.* N° 179. (H. Jouve.)

M. Besredka (Ch.). *Abcès sous-phréniques (étude clinique et pathologique).* N° 170. (H. Jouve.)

La désinsertion traumatique des muscles de l'œil est très rare, puisque M. Laure n'a pu en trouver que 20 cas dans la science. Les muscles le plus souvent atteints sont le droit inférieur et le droit interne, ce qu'expliquent : 1° la tentance constante de l'œil à se porter en haut lors de tout traumatisme; 2° la configuration de la région de l'angle interne. Les troubles fonctionnels consistent dans l'abolition des mouvements du globe dans le sens de l'action du muscle détaché et consécutivement dans la production d'un strabisme avec ou sans diplopie. Le traitement doit varier suivant le muscle atteint et le temps écoulé depuis l'accident : contre une lésion du grand oblique, ténotomie de l'oblique inférieur du même côté; contre une lésion de l'oblique inférieur, ténotomie de l'oblique inférieur du côté sain; contre l'arrachement récent d'un droit, avancement musculaire; contre l'arrachement ancien d'un droit, ténotomie de l'antagoniste.

Les plaies perforantes de l'œil, peu étendues, sans complications, ont un pronostic qui n'est pas très grave, l'acuité reste le plus souvent supérieure à 1/4. Les complications immédiates qui laissent en général un certain degré de vision (1/3 à 1/10) sont moins graves que les complications tardives, qui amènent presque toujours la perte complète de la vision. Lorsque le pansement occlusif sera jugé insuffisant, M. Lefrançois conconseille d'employer la suture scléroticale pour les plaies de la sclérotique et le recouvrement conjonctival total pour les plaies de la cornée. Dans les plaies scléro-cornéennes, il propose d'employer une suture unique au catgut fin placée au niveau de la limbe. On traitera les hernies de l'iris non adhérentes par l'excision et les hernies adhérentes par la cautérisation au galvanocautère. A la suite d'une cataracte traumatique, s'il ne se produit pas de phénomènes glaucomateux, on attendra pour opérer que la cataracte soit complète: dans le cas de phénomènes glaucomateux, l'opération se fera en deux temps : extraction des masses cristalliniennes le plus tôt possible, nettoyage secondaire de la pupille.

Dans les blessures graves de l'œil, même avec corps étranger, Mlle Bonsignorio pense que la conservation de l'organe doit toujours être tentée, et de nombreux exemples prouvent qu'il est possible de conserver à l'œil une certaine acuité visuelle, ou au moins sa forme et son volume, ce qui vaut mieux qu'une pièce de prothèse pour l'indigent. L'argument en faveur de l'énucléation tombe depuis que l'on a les moyens de prévenir l'ophthalmie sympathique et de la combattre au besoin ; l'énucléation d'ailleurs est loin d'en empêcher toujours l'évolution, et d'en arrêter la marche; l'exentération, en tous cas, lui serait préférable. Le traitement ne sera institué qu'après une exacte connaissance de la lésion. S'il y a un corps étranger, il sera extrait aussitôt; s'il n'y en a pas, la plaie sera fermée si c'est possible : l'asepsie vaut encore mieux que l'antisepsie. Il faut ensuite examiner l'âge, la constitution et les antécédents du malade, et tenir compte, au besoin, du pouvoir régénérateur inhérent aux tissus de l'œil, ainsi que des moyens de défense de l'organisme contre les microbes. Le traitement, basé sur une antisepsie rigoureuse, répondra à chaque indication spéciale; la médication antiphlogistique, les calmants du système nerveux et une hygiène médicale en feront partie : l'ophthalmie sympathique frappe surtout les constitutions débiles, faciles aux maladies inflammatoires ou infectieuses. Le blessé devra, même après guérison, supprimer tout travail applicant, le tabac et l'alcool; la propreté, l'air pur, le calme de l'esprit, le repos, un bon régime, faciliteront le traitement. La chirurgie et la thérapeutique oculaires opposeront à chaque complication un agent particulier, et on peut espérer qu'il sera possible d'éviter ainsi les graves complications de choroïdite suppurée, d'hypopyon, de phlegmon de l'œil et surtout d'ophthalmie sympathique, qui faisaient la terreur des cliniciens.

Les perforations de la trachée se font, nous dit M. Closel, à deux niveaux : 1° au niveau du cou, là elles dépendent d'abcès de cette région; 2° au niveau du médiastin. Au niveau du médiastin, elles sont fonction d'altérations des ganglions trachéo-bronchiques (tuberculose, syphilis) ou bien de pleurésies purulentes médiastinales. Elles siègent surtout à droite, et les dispositions anatomiques de la région expliquent cette localisation. Les perforations de la trachée à la suite d'abcès du médiastin donnent lieu à une vomique, dans les autres cas, les symptômes peuvent être obscurs. La perforation de la trachée par un abcès se reconnaît à des symptômes broncho-pulmonaires d'une part, à la pénétration de l'air et à la réductibilité parfaite de la tumeur, d'autre part.

Le pronostic est grave en raison de la cachexie des sujets, de la longue durée de l'affection, lorsque des complications mortelles, hémorrhagies ou infections, ne brusquent pas son évolution. Le traitement comprend un groupe de moyens médicaux, visant à l'état général et localement, l'antisepsie broncho-pulmonaire. Certains opérations chirurgicales ont pour but d'ouvrir directement l'abcès, puis d'assurer une évacuation facile du pus par le drainage.

Le degré de concentration maximum des solutions salines ne devra pas, pour M. de la Combe, dépasser 10 grammes de chlorure de sodium 0/00 d'eau. Les meilleurs effets paraissent être obtenus avec celle à 7 0/00. Les solutions sous-cutanées et intra-veineuses seront portées à la température de 39° ou 40°. Leurs effets sont sensiblement identiques. Les résultats sont plus nets, plus rapides avec ces dernières, plus lents mais plus durables avec les premières. Aussi dans les cas urgents il sera préférable de recourir à la voie veineuse. La gravité de l'état du malade et le bon fonctionnement des reins, seuls, indiquent si l'on doit s'adresser ou non à des injections abondantes. L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines, offre une technique opératoire très simple. On retire des avantages précieux en combinant les deux procédés. En présence de tous les bénéfices retirés de l'emploi du liquide salin, qui dans cette lutte contre la mort nous a été l'aide le plus puissant, nous devons le préconiser non seulement dans ces cas désespérés post-opératoires, mais chez des malades affaiblis, dont l'état précaire de santé fait souvent reculer devant une opération nécessaire cependant, car sans intervention c'est la mort à brève échéance. Grâce à lui, il nous est permis de relever rapidement leurs forces, et de leur faire subir l'intervention chirurgicale avec plus de chance de succès.

La solution qui répond le mieux au nom de *sérum physiologique* est celle dans laquelle il entre 7 grammes de chlorure de sodium pour 1000 grammes d'eau. Les hémorrhagies, les infections, les altérations du sang et les empoisonnements, en un mot tous les états morbides dans lesquels le sang est altéré dans sa quantité ou dans sa qualité, sont appelés à retirer des injections intra-veineuses d'eau salée de grands avantages à des degrés différents.

M. Vigour préfère la voie circulatoire et veineuse pour introduire la solution dans l'organisme, parce que l'injection intra-veineuse est plus rapide et permet d'injecter des quantités considérables de liquide. L'on aura d'autant plus de chances de succès que l'intervention sera plus prompte et plus obstinée. Pour éviter tout accident il faudra opérer avec une solution à 39° ou 40° de température et pousser l'injection lentement en observant toutes les règles de l'antisepsie. Il est évident que l'on ne devra pas négliger les autres moyens couramment usagés dans les états morbides, qui nécessitent l'injection d'eau salée.

Dans tous les cas d'ostéo-arthrite non suppurée, M. Péchin conseille d'employer les injections intra-articulaires iodoformées après avoir immobilisé l'articulation. Dans les ostéo-arthrites suppurées avec état général satisfaisant, il recommande les injections intra-articulaires pendant 3 mois. Si à ce moment-là aucune amélioration ne s'est produite, intervenir chirurgicalement. Si l'on se trouve en présence d'une tumeur blanche rendue inopérable à cause du mauvais état général du malade, on emploiera comme moyen d'attente les injections intra-articulaires qui souvent amélioreront l'état du malade.

Les synovites tendineuses chroniques de la face dorsale du poignet, dont M. Curie relate 3 cas, sont beaucoup moins fréquentes que celles de la face palmaire. Leur étiologie et leur anatomie pathologique n'offrent rien de spécial et ne diffèrent pas de celles des autres synovites tendineuses. Le symptôme le plus important qu'elles présentent consiste dans leur mobilité particulière, variable selon les mouvements de la main et des doigts, et la contraction ou le relâchement des muscles. Leur pronostic est en général bénin. Le traitement doit toujours être l'extirpation complète, qui est facile à pratiquer et qui donne d'excellents résultats.

Les kystes du poignet se divisent en : kystes tendineux ; kystes articulaires. M. C. Lecourt n'envisage que les seconds. Au point de vue de la pathogénie, les deux théories, folliculaire et herniaire, sont également admissibles. Les anciens traitements par les applications extérieures, la pression et la compression seule sont inefficaces. Les injections de teinture d'iode, faites suivant les méthodes indiquées, ont amené la guérison dans la plupart des cas. Lorsqu'il y a récidive, l'extirpation est indiquée. Si le kyste est très volumineux, ou nettement pédiculé, l'extirpation d'emblée doit être pratiquée.

En pathogénie, M. Dauchelle, lui aussi, est éclectique, et s'il admet que les kystes synoviaux reconnaissent le plus souvent la pathogénie indiquée par Gosselin, ils peuvent également trouver leur origine dans une hernie de la synoviale. Beaucoup plus rarement, d'après une opinion plus récente, ils seraient dus à un travail de prolifération du tissu conjonctif péri-articulaire. Trois traitements méritent de partager la faveur des chirurgiens : l'écrasement, la ponction suivie d'injection iodée, et l'extirpation. De tous ces procédés, l'écrasement est, le plus simple, et c'est à lui qu'il faudra s'adresser tout d'abord.

Aux formes antérieurement connues de l'ectopie testiculaire (forme abdominale, inguinale, crurale, périnéale). M. Poupart, d'après une observation personnelle, ajoute une forme nouvelle, l'ectopie pénienne. L'ectopie du testicule dans le fourreau de la verge peut se faire du côté opposé au testicule en cause. Elle peut coïncider avec l'absence complète du scrotum du côté correspondant. Après l'évolution de la puberté, le testicule en ectopie pénienne subit un arrêt de développement, ainsi qu'on

a coutume de le remarquer dans les autres formes. Sous l'action du réflexe crémastérien pendant l'érection complète, il peut arriver que le testicule quittant le fourreau de la verge ne soit pas rétracté suffisamment près de l'anneau inguinal et se trouve arrêté précisément sur la ligne médiane où il subit une compression directe entre la symphyse pubienne d'une part, les corps caverneux d'autre part. La sensibilité spéciale du testicule devient dans ces cas une douleur d'une très grande intensité de tout point incompatible avec l'acte physiologique. Il peut être indiqué de faire l'ablation du testicule en ectopie pénienne pour mettre le sujet dans les conditions d'aptitude spéciales au service militaire. Alors on préfèrera le procédé qui limite l'incision à la région inguinale sans empiéter sur la région qui est le siège ordinaire du testicule en ectopie.

De cette rapide étude sur les fractures de l'olécrane, on peu tirer les conclusions suivantes :

Les fractures de l'olécrane sont peu communes, mais assez graves au point de vue de la fonction ultérieure du coude. Attribuables à des causes directes ou indirectes elles peuvent ne pas s'accompagner d'écartement bien que ce soit la règle. M. Jalaguier croit qu'il n'y a pas un traitement unique de fracture de l'olécrane, mais plusieurs qni trouvent leur indication suivant le cas. L'immobilisation complète doit être proscrite en quelque position que ce soit. Sans déplacement, la fracture de l'olécrane sera traitée par le massage (Méthode de Tilanus). Dans la majorité des cas il faut recourir à une courte immobilisation en extension, suivie de massage et de mobilisation (méthodes de Tilanus et Hamilton combinées). La suture ne sera conseillée que dans le cas de fracture fermée avec coaptation impossible en extension, dans les cas de fracture ouverte sans que les fragments soient trop réduits comme volume.

Les abcès sous-diaphragmatiques dont M. Besredka nous donne une observation recueillie chez Campenon sont une affection ayant un aspect clinique particulier et ne pouvant être confondue avec aucune autre maladie.

Le diagnostic de ces abcès doit être basé sur l'ensemble des symptômes, aucun d'eux n'étant pathognomonique.

Dans la grande majorité de ces cas, la maladie en question est susceptible d'être diagnostiquée dès l'apparition des premiers symptômes alarmants.

L'intervention doit être rapide et avoir lieu dès que le diagnostic est posé.

Le seul traitement rationnel est celui qui consiste dans l'évacuation immédiate du pus; il est dangereux de s'attarder aux moyens palliatifs.

Les lésions de l'appareil digestif jouent un rôle important dans la pathogénie des abcès; il est très probable que ce sont les vaisseaux lymphatiques qui se chargent du transport des principes infectieux.

Même les troubles digestifs. ne se traduisant que par des symptômes dyspeptiques purs et simples, peuvent devenir la cause d'abcès sous-phréniques.

En acceptant cette conclusion, qui est basée sur plusieurs observations cliniques et expérimentales, on voit notablement diminuer la catégorie des abcès dits « de cause inconnue. » La pathogénie de l'affection se trouve sensiblement simplifiée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur une forme rare de maladie héréditaire et familiale du cerveau et de la moelle épinière, par Higier (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1890, vol. IX, fasc. 1 et 2, p. 1). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner quatre sœurs atteintes d'une maladie bizarre qui se présente chez chacune d'elles avec la même symptomatologie. Il est à remarquer que malgré le caractère familial de l'affection, l'hérédité fait défaut. La maladie n'est pas congénitale et n'a pas même débuté dans les premiers mois qui ont suivi la naissance. Elle n'a fait son apparition chez les quatre malades qu'à l'âge respectif de 12, 10, 9 et 7 ans. La maladie n'a été précédée ni d'accidents fébriles, ni d'aucun traumatisme physique ou psychique. L'aînée, âgée de 24 ans a eu la variole 1 an 1/2 avant l'apparition de la maladie. La deuxième, âgée de 20 ans, a été atteinte d'une pneumonie 5 ans avant le début de la maladie.

Le premier symptôme qui a marqué le début de l'affection actuelle chez les quatre sœurs a été une sensation de faiblesse et de raideur dans les jambes et qui a augmenté progressivement jusqu'à déterminer une paraplégie spasmodique avec contracture de la jambe dans la flexion. Le pied est en varus équin avec hyperextension du gros orteil et flexion plantaire des autres orteils, déformation qui existe chez toutes les sœurs. Il existe en outre des troubles vaso-moteurs comme œdème, cyanose, et des troubles trophiques cutanés. La contracture spasmodique des jambes et leur déformation rendent la marche et la station presque impossibles. Chez l'une des malades qui peut faire quelques pas, la marche est habituellement spasmo-parétique et elle a été spasmo-ataxique pendant plusieurs mois. Les troubles des extrémités supérieures ont apparu 3 ou 4 ans après le début de la maladie. Ils consistent en faiblesse et maladresse dans les mouvements des doigts, ou bien en des tremblements de mains à l'occasion d'un mouvement intentionnel.

Chez la sœur la plus âgée, il existe, outre la déformation des mains, une atrophie musculaire évidente, localisée aux petits muscles de la main et à la musculature du bras. Les muscles de l'épaule et de l'avant-bras sont moins atteints. La même malade présente de l'atrophie dans le domaine des membres inférieurs à la cuisse et à la jambe. Le réflexe tendineux au bras est tantôt normal, tantôt exagéré. Aux membres inférieurs, au contraire, le réflexe patellaire est exagéré chez toutes les sœurs, il y a même du clonus.

Les troubles bulbaires consistent en bradylalie et intonation nasale, difficulté de la déglutition, strabisme, subluxation de la mâchoire inférieure. Chez toutes les sœurs il existe de l'atrophie du nerf optique avec diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel et achromatopsie.

Chez toutes, il existe des troubles intellectuels et l'expression de la face présente un aspect stupide. C'est surtout chez la sœur aînée et la plus jeune qu'il existe des troubles intellectuels. A aucun moment on n'a constaté de troubles pupillaires, de troubles de la sensibilité ou des sphincters, de phénomènes d'excitation motrice. Les troncs nerveux ne sont ni douloureux, ni hypertrophiés.

Œdème dans la maladie de Graves (Œdema in Grave's disease; report of a case of œdema of the eyelids; thyreoidectomy), par Booth (*Journal of nervous and mental disease*, octobre 1896, p. 669). — Voici les conclusions de l'auteur : 1° On rencontre souvent dans la maladie de Graves, un léger degré d'œdème des extrémités, mais ce symptôme limité aux paupières est tout à fait rare ; 2° la topographie, le degré de l'œdème sont de nature à nous rendre compte de sa pathogénie ; s'il occupe la face et les membres supérieurs ou bien s'il est asymétrique, il dépend d'un trouble du système nerveux ; 3° il peut reconnaître la même origine, s'il est peu marqué et passager, lorsqu'il occupe le membre inférieur; l'œdème nerveux relève sans doute de la paralysie des vaso-constricteurs, suite de névrite d'une paralysie de l'orbiculaire ; 5° la thyroïdectomie pratiquée par un spécialiste prévoyant les complications possibles ne constitue pas une opération aussi dangereuse qu'on l'admet généralement; 6° les avantages qu'on peut retirer de l'opération consistent dans la cessation des crises de palpitation, dans le ralentissement du pouls et l'amélioration de certains phénomènes subjectifs.

Paralysie asthénique (Asthenische bulbo-spinale Paralyse), par Kalischer (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 janvier 1897, n° 1, p. 18). — Il s'agit d'une femme âgée de 47 ans, mère de 9 enfants et n'ayant eu aucune fausse couche. L'année dernière, elle a été prise subitement, sans fièvre et sans autre phénomène inflammatoire, d'une faiblesse de la musculature du cou et de la nuque. La parole, la mastication et la déglutition étaient gênées. Elle ne pouvait avaler les aliments solides et était obligée

de soutenir sa tête pendant le repas. La langue était fatiguée après un court entretien, on observa une chute progressive des paupières. Après quelques semaines, il y eut amélioration de ces symptômes. En juillet 1896, on a constaté de la diplopie et les bras ont été pris à leur tour. Tous ces phénomènes paralytiques y compris la diplopie étaient plus intenses le soir ou après les efforts tandis que le matin, ils étaient très atténués. Le cortège symptomatique indiqué plus haut ne présentait pas une intensité et une marche régulières. An mois de septembre, une nouvelle aggravation a été notée, et pendant 3 semaines, la malade, par suite de la faiblesse musculaire généralisée, a été obligée de garder le lit. Ne pouvant absorber que des liquides, il s'en est suivi une grande maigreur, puis de temps à autre des accès de suffocation dus aux mucosités accumulées dans le larynx. Au mois d'octobre, nouvelle amélioration. Pendant le décours de la maladie, la patiente n'a pas présenté d'atrophie ni de contractions fibrillaires, ni de troubles de sensibilité ou sphinctériens, ni de troubles cérébraux. Le fond de l'œil était normal et il y avait persistance des réflexes. Au début, la réaction électrique était normale, mais plus tard, on constata de temps en temps une réaction myasthénique.

Actuellement, il existe encore de la fatigue musculaire quand la malade veut parler, marcher, etc. Ptosis double. La musculature interne de l'œil est libre. L'auteur préfère la dénomination de paralysie asthénique parmi les différentes dénominations proposées.

Polynévrite aiguë, par Remak (*Neurologisches Centralblatt*, 1er juillet 1896, n° 13, p. 578). — Il s'agit d'un employé de poste âgé de 36 ans, né syphilitique, dont le travail consiste à prendre de la main gauche un paquet de lettres que la main droite distribue ensuite dans une autre case. Le travail dure de 5 à 7 heures chaque jour. A la suite d'un refroidissement au mois de mars dernier, en mettant ses vêtements, le malade a éprouvé une sensation d'engourdissement dans le bras gauche, sensation irradiée jusqu'à l'éminence thénar. Un peu plus tard, il a éprouvé des douleurs dans les deux épaules et le matin, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus lever le bras droit. Au moment de l'examen on constate une paralysie complète du deltoïde droit qui est flasque. Le sus-épineux est paralysé également parce que le malade ne peut écarter le bras du thorax, le nerf sus-scapulaire est paralysé, le malade ne peut imprimer à ses membres le mouvement de rotation en dehors. Huit jours après il s'est produit une légère amélioration. Le malade peut lever légèrement le bras, mais la rotation en dehors est toujours très faible. Anesthésie dans le domaine de la branche cutanée du nerf circonflexe. On trouve une différence de 3 centimètres entre le bras gauche et le droit et le biceps gauche est flasque pendant la flexion de l'avant-bras qui se produit par la contraction du brachial antérieur. En outre on a constaté de ce côté de l'anesthésie dans le domaine du musculo-cutané anesthésie passagère. Il est intéressant de remarquer que dans ce cas de paralysie du musculo-cutané gauche, qui est très rare, le coraco-brachial était intact. Dans le nerf sus-scapulaire et le circonflexe du côté droit on a trouvé la réaction de dégénérescence. La pression du plexus brachial dans le creux axillaire ne réveille aucune sensibilité.

Au point de vue étiologique, il est difficile de dire s'il s'agit dans ce cas d'une paralysie traumatique double, car l'effort accompli par le malade pour mettre son pardessus n'a pas dû réaliser un traumatisme suffisant pour amener cette paralysie et il y a lieu d'accorder une influence prépondérante au travail manuel auquel était soumis le malade.

Syringomyélie avec arthropathie scapulo-humérale (A case of syringomyelin limited to one posterior horn, in the cervical region, with arthropathy of the shoulder-joint and ascenting degeneration in the pyramidal tracts), par Dercum et Spiller (*American journal of the medical sciences*, décembre 1896). — Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, sans antécédents héréditaires importants. On note cependant que 3 ans avant son admission à l'hôpital, à la suite d'un traumatisme du dos, le malade commença à souffrir dans les jambes et la base du cou. Il ressentait une constriction douloureuse, faiblesse des membres inférieurs et démarche spasmodique.

Les douleurs s'aggravèrent et le malade ne pouvait plus marcher. C'est dans cet état qu'il a été admis à l'hôpital. On a alors constaté une paraplégie spasmodique à droite avec exagération des réflexes, atrophie des membres inférieurs et paralysie du rectum et de la vessie, ces deux derniers accidents survenus plus tard. Abolition de la sensibilité thermique sur le bras, l'épaule, le côté droit du cou et le tronc jusqu'au-dessus du mamelon. Abolition de la sensibilité tactile dans les membres inférieurs sur l'abdomen et un peu au-dessus de celui-ci du côté droit. L'articulation scapulo-humérale commence à se tuméfier, douleur mais avec élévation de la température locale. On constatait les signes d'une luxation sous-glénoïdienne. A l'autopsie, on a trouvé la capsule articulaire épaissie avec des rugosités à la face interne. L'apophyse coracoïde présentait des ostéophytes, il existait une pachyméningite très intense qui s'étendait de la 2e racine lombaire à la 3e dorsale. Malgré cette lésion les racines postérieures étaient intactes. Les racines antérieures étaient dégénérées seulement dans une partie de la moelle dorsale. On a trouvé en outre une syringomyélie gliomateuse qui s'étendait du cône terminal jusqu'à la 2e racine cervicale. Dégénérescence du faisceau cérébelleux direct et du faisceau de Gowers qu'on a pu suivre jusqu'au niveau du pédoncule inférieur du cervelet, dégénérescence due sans doute à la destruction de la substance grise. En outre les auteurs ont trouvé une dégénérescence ascendante des faisceaux pyramidaux croisés indirects, plus intense dans la région cervicale inférieure et qui diminuait à mesure qu'on se rapprochait de la région cervicale supérieure.

CHIRURGIE

Rupture pathologique de la vessie (A case of pathological rupture of the bladder, operation, recovery), par A. Cuff (*The Lancet*, 6 février 1897, p. 378). — Un homme de 47 ans a eu, il y a 15 ans, une blennorrhagie qui a déterminé un rétrécissement de l'urèthre avec gêne croissante de la miction, poussées de cystite, etc. En faisant un violent effort pour soulever une échelle pesante, il ressentit une douleur dans l'abdomen, qui du reste le gêna peu : le lendemain, la douleur reparut, avec de la fièvre, des vomissements, et peu à peu se développa dans son abdomen une tumeur qui remontait du pubis à l'ombilic. Le cathétérisme montra que cette tuméfaction siégeait entre la vessie et la paroi abdominale; on porta le diagnostic de péricystite suppurée. Cuff, 15 jours après l'accident, incise la paroi abdominale et tombe sur une série d'alvéoles contenant de l'urine sanglante ; la vessie communiquait avec une de ces cavités. A la partie supérieure de l'incision, on trouva une collection de 90 grammes de pus fétide qu'on évacua. La fièvre tomba aussitôt, et le patient guérit rapidement.

Sarcome primitif du foie (A case of enormous primary sarcoma of the liver, aspiration, necropsy), par Byron Bramwell (*The Lancet*, 16 janvier 1897, p. 170). — Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui entre à l'hôpital le 23 juin 1894, avec un état général fort grave. La région du foie présente une voussure manifeste, avec un point plus saillant au niveau des 5e, 6e et 7e espaces intercostaux, et sur la ligne axillaire la matité hépatique est très augmentée, et la pression, même légère, dans le 6e espace, en avant de la ligne axillaire réveille une douleur très vive.

Au niveau de ce point douloureux, le 25 juin, on ponctionne et on retire un liquide épais, semblable à de la bouillie d'anchois; le 26, on retire par une nouvelle ponction 1 600 grammes de liquide contenant des globules et des cellules hépatiques dégénérées. La douleur et la gêne de la respiration, qui existaient avant l'intervention disparurent aussitôt ; mais ces phénomènes douloureux reparurent en même temps que la voussure du côté droit devenait plus marquée ; et, le 2 juillet, Bramwell fit sur le point douloureux une incision qui donna issue à 1 500 grammes de liquide semblable à celui qu'avaient évacué les 2 ponctions. Amélioration immédiate, et qui persiste les jours suivants, tandis qu'une hémorrhagie persiste sous les pièces à pansement. Cette hémorrhagie continuant sans qu'on puisse s'en rendre maître, Cotterill suture les lèvres de l'incision et les recouvre de collodion. Dès que l'hémorrhagie fut arrêtée, les douleurs reparurent, et le 20 on pratiqua une ponc-

tion, le 26, une nouvelle ponction, lorsqu'enfin, le 30, le patient succomba dans un état d'anémie extrême.

Autopsie : sarcome primitif encapsulé du lobe droit du foie.

Les kystes et les tumeurs kystiques du sein (Ueber Cysten und cystische Tumoren des Mamma), par Sasse (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 1). — En s'appuyant sur l'étude de 21 cas de tumeurs du sein de la clinique de Bergmann (de Berlin), l'auteur donne dans son travail une division des tumeurs qu'on peut observer dans le sein.

Laissant de côté les tumeurs dermoïdes, les athéromes et les kystes hydatiques, l'auteur cite en premier lieu les kystes traumatiques, dépourvus de revêtement épithélial et sans rapport avec le parenchyme glandulaire du sein.

Parmi les tumeurs qui se trouvent en rapport avec le parenchyme glandulaire, un groupe à part est formé par les kystes par rétention qu'on rencontre pendant l'allaitement ou bien encore d'une façon accessoire dans certains processus pathologiques (carcinome).

Les kystes proprement dits du rein se divisent en deux groupes : 1° les kystes qui proviennent d'une dilatation des conduits excréteurs et se développent par inflammation interstitielle ; 2° le polykystome du sein produit par une prolifération interstitielle et par une dilatation des acini. Ces deux formes peuvent se rencontrer dans le parenchyme encore sain d'un sein cancéreux.

Les tumeurs kystiques comprennent le sarcome kystique et le fibroadénome. Les tumeurs épithéliales sont les unes bénignes, comme l'adénome kystique intracanaliculaire et l'adénome kystique circonscrit, d'autres malignes comme l'adénome kystique proliférant et le carcinome kystique.

Fracture du fémur dans un cas de cancer du rectum (Casuistische Mittheil. über einen primären Rectumkrebs, etc.), par Fuzinami (*Virchows's Arch.* 1897, vol. CXLVII, p. 129). — Observation d'un homme de 61 ans sujet depuis quelque temps à de la diarrhée et qui un jour en se levant de son lit, se fracture le fémur gauche. Il entre à l'hôpital où l'on trouve un cancer du rectum et une augmentation du volume, etc. L'autopsie montra, à côté du cancer primitif du rectum, des noyaux métastatiques dans le foie et le fémur gauche.

Deciduome malin (Zur Frage der Sarcoma deciduocellulare), par Reinicke (*Arch. f. Gynäkol.* 1897, vol. LIII, p. 105). — En s'appuyant sur l'étude d'une observation personnelle et sur la critique des cas publiés, l'auteur soutient que l'existence du sarcome déciduo-cellulaire n'est pas encore démontrée jusqu'à présent ; que les tumeurs décrites sous ce nom sont tout simplement des sarcomes du parenchyme utérin ; que la transformation des cellules de la membrane déciduale en cellules de sarcome, si elle est possible, n'a pas encore été observée ; que la grossesse ne peut par conséquent être incriminée dans l'étiologie de ces tumeurs ; et que le début de ces tumeurs est dans la majorité des cas antérieur à la grossesse.

Insensibilisation de l'urèthre postérieur (Zur Erzeugung von Analgesie in den hinteren Harnwegen), par P. Scharff (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex. Org.*, 1897, vol. VIII, p. 25). — D'après l'auteur, la meilleure façon d'insensibiliser l'urèthre postérieur, c'est de faire une injection rectale d'une solution analgésique. Personnellement, il se sert des solutions suivantes :

Chlorhydrate de morphine. . . .	0 gr. 30
Sulfate d'atropine	0 gr. 01
Eau distillée	100 gr.

2 à 5 centim. cubes de cette solution injectés dans le rectum suffisent pour amener une insensibilité complète de l'urèthre postérieur et pratiquer les lavages, les sondages, etc., sans provoquer de douleurs.

Uréthrite à colibacilles (Ein Fall von Urethritis verursacht durch Infektion mit Bacterium coli commune), par S. Josipovice (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.-u. Sex.-Org.*, 1896, vol. VII, p. 663). — Dans l'observation que rapporte l'auteur, l'uréthrite s'est déclarée 5 jours après un coït et a été accompagnée de fièvre (38°) qui a persisté pendant 2 jours et de quelques phénomènes généraux. Sous l'influence des injections avec du chlorure de zinc faites à partir du 5e jour, l'uréthrite guérit complètement en 5 ou 6 jours.

Le pus uréthral examiné dès le premier jour montra la présence des coli bacilles et l'absence des gonocoques. Les cultures faites sur gélatine et sur agar donnèrent lieu au développement des colibacilles.

L'auteur cite encore un cas analogue où l'examen microscopique du pus (mais sans cultures) montra l'absence des gonocoques et la présence des colibacilles.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ulcère variqueux par l'oxyde de mercure.

Le Dr Schalenkamp signale les effets favorables de l'oxyde rouge de mercure dans le traitement des ulcères variqueux.

La cicatrisation est activée, l'épidermisation facilitée par les pansements hydrargyriques qui conviennent particulièrement aux ulcères atones et très étendus. Les bourgeons charnus deviennent rouges et pour ainsi dire unis, les bords se rétrécissent rapidement. Le seul inconvénient est la très vive douleur qui suit les applications de l'oxyde rouge.

Voici la technique de l'auteur.

Pendant 2 jours lavages de la plaie et pansement humide avec une solution d'acétate d'alummol : 2 cuillerées à café pour 1/2 litre d'eau. La plaie est ensuite saupoudrée une fois par jour pendant 3 jours avec de l'oxyde rouge finement pulvérisé. Chaque fois on déterge soigneusement l'ulcère, on enlève les croûtes et on fait un nettoyage de la surface ulcérée. Au bout de ce temps, on emploie simplement 2 fois par jour la pommade officinale à l'oxyde de mercure, et on applique un appareil compressif avec des bandes de flanelle ou de tarlatane. La guérison est obtenue en peu de temps.

Ce traitement est contre-indiqué dans *les ulcères petits et profonds.*

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Quelques nouvelles méthodes de traitement de la fièvre typhoïde.

Le traitement abortif de la dothiénentérie est l'objet d'un grand nombre de tentatives thérapeutiques. Voici quelques-unes des plus récentes.

La méthode de Woodbrige cherche à saturer l'intestin de substances antiseptiques capables de neutraliser les toxines et de favoriser leur élimination, de détruire les bacilles, sans exercer aucune action défavorable sur la muqueuse intestinale. Ce triple résultat est obtenu par la médication suivante que l'auteur emploie depuis de longues années et que M. Sterling Ruffin, vient d'exposer à nouveau devant la Société médico-chirurgicale de Liège.

Le premier jour, au besoin même les 2 ou 3 premiers jours, on administre tous les quarts d'heure au malade l'une des pilules suivantes, jusqu'à ce qu'on ait obtenu 5 à 6 garde-robes quotidiennes.

Podophyllin.	0 gr. 0005
Calomel	àâ 0 gr. 003
Carbonate de gaïacol. . . .	àâ 0 gr. 003
Menthol	àâ 0 gr. 003
Eucalyptol	Q. s. pour une pilule.

Dès qu'on atteint le nombre voulu de selles, on donne toutes les heures, puis seulement toutes les deux heures, une des pilules suivantes qu'on peut alterner avec les précédentes.

Podophyllin		0 gr. 0005
Calomel	àâ	0 gr. 003
Menthol		
Thymol		
Carbonate de gaïacol		0 gr. 014
Eucalyptol		Q. s. pour une pilule.

Peu à peu on diminue la quantité des pilules, jusqu'à ce qu'on réduise les garde-robes à une ou deux par jour.

Sous l'influence de ce traitement, la température revient bientôt à la normale. Dès le 4e ou 5e jour on prescrit les capsules suivantes, à raison d'une capsule toutes les 3 ou 4 heures et cela jusqu'à la convalescence :

Carbonate de gaïacol	0 gr. 16
Thymol	0 gr. 05
Menthol	0 gr. 025
Eucalyptol	V gouttes.

Pour une capsule gélatineuse.

Cette médication serait toujours parfaitement supportée par les malades et ne présenterait d'autre inconvénient que de donner dans quelques cas de la salivation, qu'il est facile de combattre par le chlorate de potasse. Sur un total de 1 200 cas traités soit par l'auteur, soit par 117 médecins différents, on n'a eu que 9 morts. Sur 400 cas personnels, il n'a eu aucun décès. Auparavant la mortalité de ses typhiques atteignait 17 p. 100.

Ces résultats heureux tiennent à ce que la maladie est enrayée avec une très grande rapidité, surtout lorsque le traitement est commencé de bonne heure : 8 jours suffisent généralement pour faire avorter le processus typhoïde.

Le gaïacol, que l'on retrouve dans la méthode de Woodbridge, a été préconisé par Hölscher. Avec des doses n'excédant pas 0 gr. 80 à 1 gramme par jour, Hölscher n'avait perdu aucun de ses typhiques, et avait considérablement réduit la durée de leur maladie. L'action favorable du gaïacol a été contestée par Ketscher qui croit que Hölscher est tombé sur une série heureuse ou sur une épidémie particulièrement bénigne. Ayant en effet systématiquement employé ce médicament dans 29 cas à des doses de 0 gr. 50 à 3 grammes par jour, Ketscher n'a observé aucune modification dans l'évolution de la maladie. Le traitement n'a paru même avoir aucune influence sur les complications. La question reste donc à l'étude.

Le crésol semble au contraire avoir réussi entre les mains de Possajni, qui publie une série de 83 cas avec deux morts seulement. Ce médicament a été employé, à l'exclusion de toute balnéation, en émulsion avec de la teinture de quillaya, à des doses progressivement croissantes jusqu'à 45 et même 90 gouttes par jour données en 3 fois dans la journée. L'action sur la température a été constante; la courbe thermique a progressivement décru en 16 ou 19 jours. L'appétit a reparu, les gardes-robes sont devenues régulières et consistantes, le météorisme a diminué.

Lorsqu'on atteint la dose de 45 gouttes, on peut déceler la présence de l'acide phénique dans l'urine, qui prend une coloration vert noir. Malgré cela, l'albuminurie n'est pas une contre-indication à cette thérapeutique.

La même préoccupation de combiner les antiseptiques aux évacuants, a conduit M. Kotschorowsky, médecin de l'hôpital militaire de Smolensk, à employer l'iode à la fois par la voie gastrique et la voie rectale, associé à l'huile de ricin.

Les résultats ont été excellents. Lorsque le traitement est commencé avant le 5e jour, il fait avorter sûrement la fièvre typhoïde : au début du second septénaire, il atténue considérablement les symptômes. La langue se nettoie, l'appétit reparaît, la fièvre diminue graduellement; le malade entre en convalescence au bout de 5 à 6 jours dans les cas légers, de 11 à 12 jours dans les cas plus graves. Enfin M. Kotschorowsky n'aurait jamais observé de rechutes.

Voici l'économie du traitement :

Dès le début on administre toutes les demi-heures, par cuillerées à bouche, l'émulsion suivante :

Huile de ricin		30 gr.
Teinture d'iode		XV gouttes.
Essence de cinamone	àâ	X gouttes.
Essence de menthe		
Chloroforme		V gouttes.
Eau distillée	q. s. p.	180 gr. d'émulsion.
Gomme arabique		

Lorsque l'effet purgatif est suffisant, on prescrit le mélange suivant que le malade prend 4 fois par jour à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 :

Iodure d'amidon	àâ
Essence de cinamone	
Essence de fenouil	

En même temps, on fait faire des irrigations rectales avec le liquide suivant :

Décoction d'amidon à 1 p. 100	750 gr.
Teinture d'iode	7 à 10 gr.
Essence de cinamone	XXV gouttes.
Chloroforme	XV gouttes.
Eau distillée	1500 gr.

Telles sont les médications récemment préconisées dans la dothiénentérie. La multiplicité de ces traitements montre qu'il n'en est aucun de vraiment spécifique. Les succès obtenus par le gaïacol, le crésol, les composés iodés, doivent être accueillis avec réserve. Il y a en effet de nombreuses causes d'erreurs dans les statistiques qui nous sont fournies à l'appui d'une thérapeutique déterminée. C'est d'abord le diagnostic qui prête à la discussion. En effet, la plupart des auteurs, qui, guidés le plus souvent par une idée théorique, pensent avoir trouvé un traitement abortif de la fièvre typhoïde, sont enclins à attribuer au bacille d'Eberth le plus petit embarras gastrique et ils s'exposent d'autant mieux à la confusion qu'ils sont unanimes à recommander de commencer la médication le plus tôt possible, avant même que la clinique ait définitivement fixé le diagnostic.

Dans les travaux à venir, cette objection, dont on comprend la portée, devra être prévenue. Avec le séro-diagnostic on établira aisément qu'il s'agit bien de fièvre typhoïde et toute tentative thérapeutique, pour être prise en considération, devra être précédée de cette constatation essentielle. Ce n'est que par ce moyen qu'on aura des résultats comparables et pouvant entraîner la conviction.

Jusque-là le praticien doit se garder de tout enthousiasme irréfléchi. Dans les médications nouvelles il puisera simplement des suggestions auxquelles il ne cédera que lorsqu'elles lui paraîtront trouver une réelle indication.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Menthol.

Définition. — Camphre de l'essence du *mentha arvensis*.

Solubilité. — Le menthol est soluble dans l'alcool, le chloroforme, les huiles fixes et graves, les essences.

Propriétés thérapeutiques. — C'est un bon analgésique local. A ce titre il a pu être employé avec quelque succès contre les douleurs névralgiques. Cette insensibilisation n'est pas durable.

On l'a encore préconisé comme anticatarrhal, dans la bronchite chronique, la dilatation des bronches, la tuberculose pulmonaire. Il exerce en effet une action élective sur les sécrétions de la muqueuse bronchique, mais ce résultat, quoiqu'on en ait dit, n'est pas obtenu par la voie hypodermique. C'est seulement en applications locales, c'est-à-dire dans l'espèce au moyen d'injections intra-trachéales, qu'on peut arriver à modifier la consistance et la fétidité de l'expectoration.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 10 à 20 centigrammes par injection; jusqu'à 1 gramme en 24 heures.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — Peu douloureuse : au moment de la piqûre très supportable cuisson qui disparaît immédiatement pour faire place à une zone analgésique, elle-même très éphémère.

b) *Eloignés.* — Se résorbe facilement sans laisser d'induration.

FORMULE

Menthol	5 gr.
Huile d'olives stérilisée.	100 gr.

1 à 5 centimètres cubes.

Associations. — Avec l'eucalyptol.

Menthol	2 gr.
Essence d'eucalyptus.	3 gr.
Eau *stérilisée*.	100 gr.

1 à 4 centimètres cubes.

(Hewelke).

Avec le gaïacol et le chloroforme, comme analgésique ou antinévralgique.

Gaïacol cristallisé	4 gr.
Menthol	1 gr.
Chloroforme	6 gr.

1/2 à 1 centimètre cube comme antinévralgique.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Magistrats et médecins-experts.

« Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous les peines portées à l'article précédent (amende de 25 à 100 francs) ».

Tel est le texte de l'article 23 de la loi sur l'exercice de la médecine. Ce texte est formel. On sait dans quelles conditions il a été voté. C'est par un amendement de M. Grousset que cet article a été introduit et il n'a été adopté que grâce aux pressantes instances du Dr A. Desprès. Nous avons alors (*Gaz. hebd.*, 1891, p. 146), énergiquement protesté contre les paroles d'un médecin qui semblait avoir pris à tâche de critiquer à la Chambre tout ce que soutenaient ses confrères. Mais le Sénat a ratifié le vote de la Chambre. La loi est devenue exécutoire. Deux exemples récents prouvent ce qu'elle a produit jusqu'à présent.

A Saint-Nazaire, le Dr M... est invité à examiner une aubergiste accusée d'infanticide. Il déclare qu'elle a récemment accouché. Le lendemain l'inculpée mettait au monde *avant terme* un enfant qui n'a pas vécu. On élargit immédiatement la femme B... injustement accusée. Elle intente une action au Dr M... Celui-ci explique son erreur. Le tribunal le condamne à 1000 francs de dommages-intérêts.

Nous ne connaissons pas tous les faits de ce procès. Mais nous trouvons dans les considérants du jugement des assertions si bizarres qu'il nous est difficile d'admettre que les juges aient une connaissance plus approfondie que le médecin des conditions dans lesquelles on peut diagnostiquer un accouchement récent :

« Considérant, dit le jugement, qu'il faut tenir compte de la bonne foi du Dr M... et de l'intérêt qu'avait l'inculpée à tromper la justice.

« Qu'après la visite du 18 mars, le Dr M... avait conclu aux probabilités de l'accouchement.

« Qu'après la visite du 20 mars, il déclarait n'avoir pas entendu les bruits du cœur.

«... Mais attendu que le Dr M... avait reconnu qu'il n'existait aucune déchirure récente.

« *Que n'ayant pas procédé à l'analyse chimique du sang, qui donne l'un des indices les plus probables de l'accouchement*, le Dr M... devient responsable... »

Ce considérant, s'il est parfaitement exact, me rend rêveur.

Les juges de Saint-Nazaire auraient-ils, hypnotisés par les débats de l'affaire de Malaunay, voulu éviter les reproches que l'on a fait alors à ceux qui avaient à reconnaître un empoisonnement par l'oxyde de carbone ? Faudra-t-il désormais que pour faire le diagnostic de la grossesse et de l'accouchement on soit chimiste, bactériologiste, etc., etc. ?

Vraiment le Dr M..., condamné à 1000 francs de dommages-intérêts, doit regretter vivement de n'avoir pas décliné les réquisitions de l'autorité judiciaire en s'avouant incompétent.

Sans doute, il eût été condamné aussi. Seulement c'eût été à 25 francs d'amende avec application de la loi Bérenger.

C'est le taux.

Nous avons pu jadis faire acquitter — mais en Cassation seulement — les médecins de La Charité (Nièvre), qui, eux aussi, avaient refusé de répondre à une réquisition médico-légale. Voici qu'un nouveau procès du même genre est intenté à un de nos plus honorables confrères de l'Est.

Requis de se rendre à 4 kilomètres de Longwy pour déterminer dans quelles conditions était mort un individu qu'on venait de retirer de l'eau, le Dr F... répondit que depuis 15 ans il ne s'était livré à aucune expertise médico-légale sérieuse, que, durant ce laps de temps, il avait toujours décliné les fonctions de médecin-légiste qui lui avaient été souvent offertes, qu'il se déclarait dès lors *incompétent*. Le ministère public et le tribunal se refusèrent d'accepter cette excuse. Le Dr F... fut condamné. Il a interjeté appel. Nous craignons que la Cour ne confirme le premier arrêt.

L'incompétence du médecin ne peut être juridiquement acceptée. Dès l'instant que l'on est muni de son diplôme on doit tout savoir — ou tout au moins on doit répondre aux réquisitions de la justice, sauf à déclarer ensuite son incompétence.

D'autres excuses peuvent-elles être invoquées ? Evidemment ; et il ne nous semble pas douteux qu'un médecin qui serait malade ou qui, à l'heure même où il est requis, affirmerait que sa présence est indispensable près d'un malade gravement atteint, ou pour une opération urgente, pourrait être dispensé de répondre à l'appel des magistrats. Mais il faut toujours, pour éviter la réquisition, avoir une excuse *valable* ; en pareille matière, il faut que le juge soit convaincu de l'indisponibilité du médecin et l'incompétence ne peut être invoquée *à priori*.

Comment doit-on dès lors agir dans des conditions analogues à celles dans lesquelles s'est trouvé placé le Dr F... ? Nous n'hésiterions pas à suivre les gendarmes, à considérer le cadavre du noyé, puis à déclarer qu'il nous est impossible, n'étant pas médecin-légiste, de déterminer avec précision les causes de la mort.

Après une ou deux fins de non-recevoir de ce genre, on nous laisserait tranquille.

Mais n'est-il pas lamentable de voir que magistrats et médecins ne peuvent s'entendre sur une question aussi sérieuse que celle des expertises médico-légales, et les considérations que nous avons si souvent fait valoir pour obtenir la création d'un corps de médecins-experts diplômés ou tout au moins désignés à l'avance ne s'imposent-elles pas à l'attention de ceux qui vont réformer le code d'instruction criminelle ?

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Ulcère rond développé au cours d'une pyohémie à staphylocoques (p. 253).

MÉDECINE PRATIQUE. — Tribromophénolate de bismuth. — Phosphate de bismuth soluble (p. 256).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Appendicite. — Huîtres et fièvre typhoïde. — Rôle de la fibrine dans les inflammations. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie* : Exostose hérédo-syphilitique (p. 256). — Chancre syphilitique de la conjonctivite bulbaire. — Impétigo streptococcique. — Épithéliomes kystiques. — Succion des seins. — Calvitie (p. 257). — *Académie des sciences* : Leucocytes. — *Société de médecine légale* : Amnésie rétrograde dans l'épilepsie. — *Société de biologie* : Maladie de Little. — Maladie de Paget (p. 258). — Appendicites expérimentales. — Rhumatisme articulaire aigu. — Pseudo-membrane diphthéritique. — Coloration de la bile. — *Société anatomique* : Rupture du foie. — Ostéosarcome du fémur. — Tuberculose utérine. — Perforation intestinale (p. 259). — Symphyse cardiaque. — Abcès du cerveau. — *Société de chirurgie* : Fistules vésico-vaginales. — Voies biliaires. — Exploration intra-stomacale. — Panaris profond (p. 260). — *Société médicale des hôpitaux* : Entérite muco-membraneuse. — Tubercule solitaire de la moelle (p. 261). — Lèpre tégumentaire. — Arthrite blennorrhagique à gonocoques. — Infection pneumococcique. — *Société des sciences médicales de Lyon* : Luxation sous-conjonctivale du cristallin. — Fistules biliaires. — Cancer primitif du foie. — Rétrécissement mitral. — Vaccine chez les vieillards (p. 262). — Circulation placentaire. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux* : Placenta albuminurique. — Présentation du siège décomplétée primitive. — Hystéropexie abdominale. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Compteur extraordinaire de lettres (p. 263). — Ankylose de la hanche en position vicieuse. — Injections de cyanure de mercure. — Double désarticulation du genou. — Fracture de la colonne vertébrale. — Leucémie splénique (p. 264).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Ulcère rond développé au cours d'une pyohémie à staphylocoques. — De l'origine infectieuse de certains ulcères ronds perforants de l'estomac.

Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*.

Par MM. Widal et Meslay.

Les cas où le staphylocoque doré à l'exemple du streptocoque, occasionne la pyohémie chez l'homme sont relativement exceptionnels. Nous avons observé un fait de ce genre. Les suppurations métastatiques notées dans les poumons, les reins, l'épididyme, le péricarde, la peau, rappelaient par leur profusion et leur localisation, celles que l'on obtient expérimentalement chez le lapin par inoculation intra-veineuse d'un staphylocoque virulent. L'intérêt de cette observation était surtout dans la constatation faite à l'autopsie d'un ulcère rond perforant aigu développé au cours de cette staphylococcie et resté latent jusqu'à la mort. C'est là un fait qui peut intéresser l'étiologie encore si controversée de l'ulcère rond stomacal.

Notre malade âgé de 30 ans, garçon de magasin, solidement constitué, était entré dans notre service à l'hôpital Beaujon, le 18 octobre 1895. Dans l'enfance et l'adolescence, il avait souffert à quelques années d'intervalle de rougeole, de coqueluche, de scarlatine et de fièvre typhoïde. Depuis sa fièvre typhoïde, c'est-à-dire depuis l'âge de 18 ans, il avait toujours été en parfaite santé. Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, il avait commencé à ressentir une douleur très vive avec légère tuméfaction, sous un durillon au niveau de la plante du pied droit. L'incision pratiquée au point douloureux par un chirurgien ne donna issue qu'à du sang. Dans les jours qui suivirent l'opération, le malade ressentit des frissons, un malaise général, une grande faiblesse. Lorsque 4 jours après l'incision, le pansement fut défait, il s'écoulait de la plaie un pus fétide et sanieux. Les jours suivants, la fièvre et les frissons persistèrent, et à partir du 8e jour après l'incision apparurent successivement à la paume de la main droite, sur la partie gauche du scrotum, sur la peau du coude gauche et de la face interne du cou-de-pied droit, des phlyctènes énormes, grosses chacune comme un petit œuf de poule. Elles apparaissaient sans douleur, se développaient avec grande rapidité et devenaient presque immédiatement purulentes.

Le 18 octobre 1895, le vingtième jour après l'incision, le malade entre dans notre service à l'hôpital Beaujon, en proie à une vive oppression, à des palpitations et à une douleur angoissante au niveau de la région thoracique antérieure gauche. Le teint est plombé, les extrémités sont cyanosées et refroidies, la peau est recouverte de sueur et malgré son état de haute gravité, le malade reste conscient, sans le moindre subdélirium. La langue est sèche, la soif ardente, le pouls est irrégulier, petit, rapide et incomptable. Le choc de la pointe du cœur est à peine sensible. A la percussion de la région précordiale, on perçoit une matité transversale et verticale très augmentée. A l'auscultation, les bruits du cœur sont extrêmement faibles et couverts par des râles sous-crépitants. Dans toute l'étendue de la poitrine, on perçoit des râles sibilants et ronflants. On compte 40 respirations à la minute et le malade expectore en abondance des crachats épais, puriformes et rougeâtres, d'aspect jus de pruneaux. On constate dans les urines un léger nuage d'albumine. On ouvre une énorme phlyctène à la paume de la main et au cou-de-pied. Dès que l'épiderme est incisé, il s'écoule une quantité énorme de pus, dont nous avons isolé à l'état de pureté le staphylocoque doré.

La température qui, le soir de l'entrée était de 38°4, descend le lendemain 15, à 36°9 le matin et à 36°4 le soir.

Le 20, la température est, matin et soir à 36°4 et l'état général reste le même.

Le 21, la nuit a été très mauvaise, la langue est toujours sèche et épaisse, le malade est inondé de sueurs abondantes. On compte 44 respirations à la minute, le crachoir est toujours rempli d'une expectoration purulente et rougeâtre ; on constate à l'auscultation les mêmes signes stéthoscopiques. Le pouls est toujours faible, irrégulier fréquent. Les douleurs au niveau de la région précordiale sont toujours extrêmement vives. Le malade est secoué par un violent hoquet, souffre d'hydrophobie et d'une sensation de constriction au niveau de l'œsophage, surtout lorsqu'il essaye d'ingurgiter quelque liquide. Les bruits du cœur sont de moins en moins perceptibles à l'auscultation. La température, descendue à 36°4 le matin, remonte, le soir à 38°4.

Le 22, à la visite du matin, on trouve le malade dans un état de faiblesse extrême, le pouls est incomptable, la dyspnée, la dysphagie et les douleurs thoraciques extrêmement vives. Les ronchus, les sibilances et les râles humides empêchent de percevoir tout bruit cardiaque. On ne perçoit pas de douleur à la pression sur le trajet du phrénique. La température était redescendue à 37°8.

Le malade meurt à midi, avec toute sa connaissance, sans avoir jamais présenté, nous le répétons, le moindre

trouble cérébral. Ajoutons, que depuis son entrée à l'hôpital, le malade avait eu une diarrhée abondante, mais que jamais il n'avait présenté ni vomissements, ni hématémèse, et que jamais il ne s'était plaint de douleur dans la région de l'estomac.

A l'autopsie, après l'ablation du plastron sternal, le péricarde apparaît distendu, fluctuant et adhérent au médiastin par ses faces latérales. A l'incision il s'en écoule au moins 1 litre de pus jaune verdâtre. Les feuillets viscéral et pariétal de la séreuse sont tapissés d'une couenne de fibrine épaisse de 1 à 2 centimètres, aréolaire, comme de la fraise de veau.

Après ablation des fausses membranes, la face externe du cœur apparaît recouverte de nombreuses plaques ecchymotiques. Dans la région postérieure, près du bord gauche, le myocarde est rongé au niveau de sa surface épicardique par de véritables ulcérations serpigneuses longues de 1 centimètre environ.

L'endocarde est absolument sain. Les cavités cardiaques sont remplies de caillots organiques.

Les veines caves, les veines iliaques, les veines sous-clavières, les veines axillaires, les veines humérales sont ouvertes et ne présentent pas trace de lésion.

Les reins sont augmentés de volume, et quand on les a libérés de la tunique cellulo-adipeuse qui les recouvre, ils apparaissent parsemés à leur surface de petits abcès superficiels d'où l'on fait sourdre du pus par une légère pression.

Sur une coupe verticale allant de la convexité au hile, on voit des traînées purulentes blanchâtres, de forme pyramidale pour la plupart, rayonnant de l'écorce vers le bassinet. Le parenchyme est de plus farci dans sa profondeur d'une série d'abcès dont le volume varie d'un petit pois à une tête d'épingle.

La vessie est saine et sa muqueuse est absolument intacte.

Le canal déférent gauche est rempli de pus et l'épididyme du même côté est le siège d'un abcès gros comme une petite noisette et dont le pus, bien lié, contient du staphylocoque à l'état de pureté.

Le poumon gauche présente par places des adhérences. Au sommet, on trouve un foyer d'hépatisation rouge en certains points et grise en certains autres. En multipliant les coupes au niveau du poumon, on trouve quatre petits abcès dont le volume varie d'un petit pois à une noisette. Leur paroi est doublée d'une membrane pyogène et leur contenu est rouge grisâtre, d'une couleur semblable à celle de l'expectoration.

A la partie inférieure du poumon droit, on constate un abcès aréolaire, à parois irrégulièrement déchiquetées, gros comme une noix, sans fausse membrane sur la paroi. Le contenu a le même aspect que celui des abcès du poumon gauche.

Les ensemencements du pus de ces différents abcès pulmonaires nous ont donné des colonies abondantes de staphylocoques dorés et quelques colonies d'un bacille ayant tous les caractères du microbe de Friedländer.

Le foie est gros, mais ne présente pas d'abcès.

La rate est ferme, noire, et pèse 165 grammes.

Le cerveau est congestionné et l'on ne trouve trace de suppuration ni dans les rochers, ni dans les sinus.

L'intestin grêle est congestionné, le gros intestin est très vascularisé à sa partie inférieure.

A l'ouverture de l'estomac, on trouve une lésion qui constitue une véritable surprise d'autopsie.

Vers la partie moyenne de la petite courbure apparaît une ulcération circulaire, plus grosse qu'une pièce de deux francs. Les bords en sont très nets, taillés à pic, sans gradins. Cette ulcération a rongé dans leur totalité les parois de l'estomac, et son fond est formé par un tissu jaunâtre, qui n'est autre que le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal de la petite courbure.

Quelques rameaux vasculaires intacts rampent sur ce tissu cellulo-adipeux au fond de l'ulcère, qu'ils traversent à la façon de diagonales.

Tout autour de l'ulcération, et c'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister, la muqueuse et la sous-muqueuse, énormément œdématiées et vascularisées, forment une tuméfaction en forme de cône évasé et dont le sommet tronqué est formé par l'ulcère, qui est là ouvert à la façon d'un cratère. Cet œdème si considérable, qui rayonne autour de l'ulcère, donne à la lésion une physionomie toute spéciale.

On ne constate ni sclérose, ni adhérence avec les organes de voisinage. Tout témoigne donc en faveur d'une ulcération suraiguë, qui, au moment de la mort, venait de s'ouvrir sur le tissu cellulaire rétro-stomacal qui en formait le fond.

L'examen histologique des parois de l'ulcère pratiqué par M. Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon, plaide également en faveur d'un processus aigu. Voici la note remise par M. Papillon :

« Les coupes ont été faites perpendiculairement au plan de la muqueuse comprenant le bord de l'ulcération.

« Nous envisagerons les lésions autour de l'ulcération et au niveau même de la solution de contiguïté.

« 1° Autour de l'ulcération.

« Ce qui frappe d'abord en examinant les coupes à un faible grossissement, c'est, d'une part, l'infiltration de la couche glandulaire par des leucocytes disposés en amas, et, d'autre part, l'épaississement considérable du tissu cellulaire sous-muqueux. A un fort grossissement, on constate dans les différents plans de l'estomac les lésions suivantes : la couche glandulaire est extrêmement bouleversée ; les cellules épithéliales sont en partie détruites et ne sont que de loin en loin ordonnancées en tubes sécréteurs. Mais cet aspect doit être mis vraisemblablement sur le compte de l'auto-digestion post-mortem, l'autopsie n'ayant pas été immédiate. A noter la présence entre les restes des glandes de capillaires sanguins extrêmement dilatés, se voyant surtout au voisinage de la partie ulcérée.

« Immédiatement au-dessous de la couche glandulaire et au-dessus de la muscularis mucosa se voit une infiltration leucocytique presque continue, mais formant cependant par places des amas nettement séparés. Cette infiltration s'étend entre les culs-de-sac glandulaires qu'elle dissocie et empiète en certains endroits sur la muscularis mucosa qui a disparu. Ce dernier plan se retrouve cependant nettement reconnaissable entre les amas leucocytiques.

« Le tissu cellulaire sous-muqueux est extrêmement épaissi ; il occupe à lui seul presque la moitié de l'épaisseur stomacale. Cet épaississement n'est pas dû à une sclérose conjonctive, comme on pourrait le croire au premier abord, mais à une sorte d'œdème sous-muqueux, à une infiltration séreuse, et peut être fibrineuse (coloration vive par le carmin) du tissu cellulaire qui est dissocié comme par une injection interstitielle.

« La couche musculaire et la péritonéale ne présentent rien de particulier à ce niveau.

« 2° Au niveau de l'ulcération.

« A un faible grossissement, on constate que la paroi stomacale a été détruite dans sa totalité comme à l'em-

porte-pièce; le bord de l'ulcération est un peu oblique, la perte de substance étant plus marquée au niveau de la tunique muqueuse que de la musculaire.

« Le fond de l'ulcération est formé par du tissu adipeux épiploïque adhérent à ses bords et peut-être par la couche péritonéale de l'estomac. De plus, on voit, dessinée par un changement de coloration, une sorte d'encoche commençant sous la muqueuse s'avançant assez loin dans la tunique musculaire et revenant se perdre sur le fond de l'ulcère.

« L'ensemble forme sur la coupe une ligne courbe convexe en dehors par rapport à la perte de substance; le bord en est nettement indiqué par une ligne de coloration plus foncée en dedans de laquelle les tissus ont des contours flous, tranchant sur la netteté des parties adjacentes.

« A un fort grossissement, on peut voir que cette zone est formée par une infiltration leucocytique, très nettement limitée en dehors, se diffusant en dedans entre les éléments musculaires qu'elle dissocie et pénètre.

« Ces éléments musculaires semblent en partie nécrosés; quelques noyaux allongés se retrouvent vers la partie externe; en dedans au contraire les cellules tombent en détritus granuleux.

« Cette lésion donne l'impression d'une sorte d'eschare bordée par une zone leucocytique ou par un trait d'élimination. Il n'existe pas à ce niveau de vaisseaux nettement oblitérés, mais ceux qui s'y trouvent sont très dilatés. »

Sur des coupes nombreuses colorées par la méthode de Weigert nous n'avons jamais pu déceler la présence de staphylocoques.

Cet ulcère perforant aigu développé au cours de cette staphylococcie doit être, suivant nous, mis sur le compte de l'infection, malgré l'absence des microbes sur les bords de l'ulcère. Nous pensons qu'un petit abcès ou une érosion à staphylocoques s'était développée, au préalable, à la surface de la muqueuse et que l'action du suc gastrique a fait le reste en transformant rapidement la petite perte de substance en gros ulcère. A l'origine l'exulcération était sans doute microbienne, puis l'ulcère est devenu septique et les microbes ont disparu, lorsque la lésion s'est étendue. Il en va de même pour la phlegmatia alba dolens d'origine infectieuse. Les microbes se retrouvent parfois en un point limité au niveau du caillot primitif, *primum movens* de l'infection, on ne les retrouve plus au niveau du caillot prolongé de formation toute mécanique.

La première étape, l'exulcération stomacale microbienne, se retrouve parfois à l'autopsie d'individus morts de septicémies. On en trouve une observation consignée dans la thèse de l'un de nous (1). L'examen histologique dans l'un de ces cas fut pratiqué par M. Letulle (2).

« La muqueuse, dit-il, présentait, au niveau de la partie moyenne de la face antérieure de l'organe, deux exulcérations hémorrhagiques, taillées à pic, au-dessous desquelles on apercevait, à l'œil nu, des veinules gorgées de caillots sanguins.

« L'examen histologique permit de constater l'existence à ce niveau d'ulcération n'ayant pas complètement détruit l'épaisseur totale de la muqueuse gastrique infiltrée largement de sang. Il s'agissait, bien évidemment, d'infarctus hémorrhagiques étendus de la muqueuse et de la sous-muqueuse; les veinules sous-jacentes à l'ulcération étaient thrombosées et une quantité considérable d'éléments lymphatiques infiltraient les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux.

« La recherche des microbes par la méthode de Weigert me démontra la présence d'un nombre considérable de streptocoques *uniquement logés* dans l'intérieur des veines thrombosées. »

Dans un tel cas, si la mort avait tardé à venir, on conçoit que le suc gastrique, continuant l'œuvre de destruction commencée par la thrombose microbienne, aurait pu déterminer la formation d'un ulcère perforant. M. Chauffard a fait, on le sait, une étude anatomique des ulcérations gastriques développées par exception chez les typhiques.

Chez les animaux morts d'infections expérimentales les plus diverses, on trouve fréquemment des exulcérations de la muqueuse gastrique, on peut rencontrer également, mais plus rarement des ulcères véritables. L'un de nous a réalisé avec M. Chantemesse un gros ulcère gastrique, chez le cobaye, par injection d'un bacille isolé de selles dysentériques. Cet ulcère, que M. Letulle a fait dessiner dans la thèse de Quijola siégeait sur la face antérieure de l'estomac; il était énorme, arrondi, taillé à pic et menaçait de perforer la paroi de l'estomac qui avait cédé sous lui.

* * *

Chez certains sujets toute perte de substance de la muqueuse gastrique, quelle qu'en soit la cause, peut aboutir à l'ulcère rond. Les exulcérations, ou les érosions d'origine infectieuse ne font certainement pas exception à la règle.

Suivant les qualités du suc gastrique du sujet qui en est porteur, ces ulcérations peuvent ou se cicatriser ou aboutir plus ou moins tôt à l'ulcère rond. Sans nul doute, l'infection est à l'origine de certains ulcères perforants.

Cette opinion, déjà soutenue par M. Letulle au nom de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, ne semble pas encore avoir reçu en pathologie humaine de sanction bactériologique. Si l'on attend pour trancher la question de trouver le microbe pathogène, sur les bords ou le fond de l'ulcère rond, le problème risque fort de ne jamais trouver sa solution. Le microbe ne peut se rencontrer qu'à l'origine, au niveau de l'exulcération spécifique, qui est comme l'entame de l'ulcère rond. Lorsque cet ulcère est constitué, il est trop tard pour retrouver le microbe; il a disparu en même temps que la lésion s'est étendue. L'ulcère n'est plus qu'un trouble trophique spécial à la muqueuse gastrique; il a perdu la marque de sa spécificité étiologique.

Voilà pourquoi, malgré l'absence de staphylocoques sur les parois ou sur le fond de l'ulcère dont nous venons de donner la description, nous n'hésitons pas à invoquer l'origine infectieuse. Les circonstances étiologiques dans lesquelles est survenu l'ulcère, les caractères microscopiques et histologiques de la lésion, qui sont ceux d'un processus aigu, plaident hautement en faveur de cette opinion. Chez ce malade les staphylocoques transportés dans la circulation générale ont produit des lésions d'aspect différent suivant les régions où ils ont colonisé. Dans le rein, ils avaient déterminé des traînées purulentes rayonnant de la convexité au hile; dans le poumon ils avaient occasionné des abcès aréolaires, toutes lésions commandées par l'architectonique de ces organes. De même, au niveau de l'estomac, les lésions staphylococciques avaient abouti à l'ulcère rond, lésion commandée par la topographie des artères nourricières et le chimisme de l'estomac.

1. F. Widal, Étude sur l'infection puerpérale, la *phlegmatia alba dolens* et l'érysipèle (thèse, Paris 1889, p. 140).

2. Letulle, Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum (*Société médicale des hôpitaux*, 10 août 1888).

MÉDECINE PRATIQUE

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Tribromophénolate de bismuth.

Ce sel, depuis longtemps employé comme antiseptique intestinal, vient d'être préconisé par E. Heuss et Th. Beyer dans le traitement des plaies. C'est un désinfectant énergique, nullement irritant pour les muqueuses, d'une stabilité parfaite, sans odeur ni saveur, qui réunit les propriétés bactéricides et dessicantes du tribromophénol et du bismuth. Il a été utilisé avec un plein succès comme succédané de l'iodoforme, dans les cas d'ulcères atones ou serpigineux, dans l'ulcère de jambe en particulier, dans les plaies chancreuses, la blennorrhagie, l'eczéma, diverses affections de la peau et des muqueuses.

Posologie. — Le tribromophénolate de bismuth est appliqué sur les plaies, soit en poudre, soit incorporé à la gaze dans une proportion de 20 p. 100. Les corps gras paraissant diminuer l'action antiseptique de ce corps, on doit éviter de l'employer en pommade.

Disons enfin que dans la blennorrhagie on se sert pour l'injecter d'une émulsion à 10 ou 20 p. 100.

FORMULAIRE

Tribromophénolate de bismuth. . . .	20 gr.
Eau distillée	200 gr.

Pour injections uréthrales.

Phosphate de bismuth soluble.

Cette autre préparation de bismuth se distingue de la précédente par sa grande solubilité dans l'eau. Elle contient 20 p. 100 de phosphate de soude. Injectée sous la peau aux animaux en expériences, elle n'a produit aucun effet nuisible ou toxique.

Chez l'homme on l'emploie à des doses variant entre 0gr50 à 1gr50 par jour, en trois prises. Il résulte des recherches de O. Dörfler, G. Leiser, C. Söhle que le phosphate de bismuth a une action nettement astringente et antiseptique sur l'intestin. A ce titre, ces auteurs le recommandent dans la diarrhée de la croissance, la gastralgie, la lientérie tuberculeuse, la fièvre typhoïde, le choléra infantile. Dans cette dernière affection en particulier, il calme les vomissements, diminue le nombre des garde-robes, favorise le rétablissement des petits malades.

Posologie. — 0gr20 à 0gr50 dans une potion gommeuse ou un sirop : cette dose pouvant être répétée trois fois dans la journée.

FORMULAIRE

a) *Chez les enfants :*

Phosphate de bismuth . . .	1 gr. 50 à 2 gr.
Sirop de tête de pavot	50 à 100 gr.
Eau distillée.	90 gr.

1 cuillerée à café toutes les heures ou même toutes les demi-heures (choléra infantile).

b) *Chez l'adulte :*

Phosphate de bismuth	3 à 4 gr.
Eau distillée	180 gr.
Sirop de fenouil	200 gr.

1 cuillerée à entremets ou à soupe d'heure en heure.

Phosphate de bismuth	1 gr. 50
Sirop de coings.	30 gr.
Julep gommeux.	100 gr.

A prendre par tiers à six heures d'intervalle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 Mars 1897.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Reclus proteste contre l'opinion de M. Dieulafoy, refusant un rôle à l'entérocôlite dans la pathogénie de l'appendicite. Il relate 5 observations où l'entérocôlite a été fort nette ; il insiste sur le rôle nuisible des calculs, il montre des faits où l'appendicite relève d'une inflammation propagée de voisinage. Et si toutes ces causes aboutissent, dans l'appendice, à des lésions inconnues dans le reste de l'intestin, c'est à cause de la forme de l'appendice, véritable fistule borgne interne où stagnent les liquides, dont la virulence peut s'exalter sous des influences diverses, locales ou générales, mais sans qu'il soit besoin d'invoquer la cavité close. M. Reclus reprend à cet égard les arguments qu'il a déjà développés devant la Société de chirurgie (voir *Gazette*, 1896, p. 1207).

Huîtres et fièvre typhoïde.

M. J. Chatin lit un rapport sur un fait de M. Mangenot, relatif à une fièvre typhoïde d'origine ostréaire. Les huîtres provenaient d'un parc souillé par les égouts d'une de nos grandes villes maritimes. Plusieurs personnes d'une famille contractèrent ainsi la fièvre typhoïde, une d'elles succomba. M. Chatin insiste à ce propos sur l'utilité des mesures recommandées à cet égard par l'Académie après une discussion récente.

Rôle de la fibrine dans les inflammations.

M. Cornil. — Dans toutes les inflammations des séreuses, la fibrine exsudée à leur surface sert de milieu nutritif et de soutien aux cellules endothéliales qui y végètent et s'y transforment en un réseau sanguin. Si les surfaces séreuses sont accolées, il se produit des adhérences définitives. Le caillot s'organise de même dans l'oblitération de vaisseaux, mais si les surfaces séreuses restent isolées l'une de l'autre la fibrine en couches superposées constitue la matrice des nouveaux vaisseaux et cellules, on s'en rend compte dans les végétations fibrineuses de la péricardite tuberculeuse, dans les cicatrices de la peau, du tissu conjonctif, des muscles, du foie, etc. On voit partout la fibrine constituer à la fois un vernis protecteur des surfaces et un aliment pour les cellules.

M. Malherbe fait une communication sur le traitement opératoire de l'otite sèche.

Élection.

Sont élus correspondants étrangers : 1er tour de scrutin, M. Coni (de Buenos-Ayres); 2e tour de scrutin, M. Janssens (de Bruxelles).

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 Mars 1897.

Exostoses hérédo-syphilitiques avec contractures musculaires.

M. A. Fournier montre une fillette hérédo-syphilitique qui présente au niveau des cubitus deux exostoses que M. Barthélemy a photographiées à l'aide des rayons X. De plus il y a de la contracture des biceps des deux bras, et, comme cela a lieu en pareil cas, ceux-ci sont maintenus en demi-flexion. Cette contracture est un phénomène réflexe, et, bien que ce ne soit pas un accident absolument rare, il est intéressant de faire constater qu'il n'était ici la conséquence d'aucune lésion du muscle proprement dit.

Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

MM. Valude et **Laur** rapportent l'observation d'un homme de 25 ans qui se présenta aux Quinze-Vingts pour un bouton rouge de la conjonctive bulbaire de l'œil droit. Le bouton siégeait dans le champ d'ouverture des paupières ; son aspect, sa consistance lardacée, l'induration du ganglion préauriculaire et sous-maxillaire ne permettaient pas de douter qu'il s'agissait d'un chancre infectant conjonctival.

Le diagnostic se vérifia par l'effet du traitement qui fut très rapide; en moins de 20 jours, sous l'influence de deux pilules de protoiodure la guérison fut complète et il subsiste actuellement à la place du chancre une petite tache de teinte ardoisée.

Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique.

MM. Balzer et **Griffon** présentent un malade dont bras gauche est parsemé de cicatrices saillantes, d'aspect chéloïdien, apparues à la place de pustules d'impétigo. L'analyse bactériologique avait relevé dans le pus de ces lésions la présence du streptocoque à l'état de pureté. On voit encore parmi les éléments cicatriciels une pustule en pleine activité.

Ces cicatrices semblent n'avoir que passagèrement les caractères des chéloïdes; elles sont rosées, relativement molles, et non dures et fibreuses; elles se sont déjà considérablement affaissées, et bientôt sans doute elles ne seront plus en élévation sur les téguments du bras.

La persistance des caractères chéloïdiens au niveau d'une cicatrice d'une ancienne blessure au bras du côté opposé nous porte à penser que nous sommes en présence d'un terrain spécial, propice à ce genre de lésions hypertrophiques.

Peut-être doit-on accuser aussi le streptocoque d'avoir amené cette prolifération embryonnaire au niveau de la base des pustules, en y persistant plus longtemps qu'il ne fait d'habitude lorsqu'il cause l'impétigo.

Épithéliomes kystiques bénins.

M. L. Brocq présente une jeune fille de 16 ans qui, depuis l'âge de 14 ans, voit se développer lentement aux régions sus-sternales et sus-claviculaires de toutes petites tumeurs arrondies ou ovalaires, faisant à leur maximum de développement une saillie de 1 millimètre au-dessus du niveau des téguments et dont les dimensions varient de celles d'une petite tête d'épingle à celles d'une petite lentille ou d'un grain d'avoine; d'abord d'un blanc presque mat, puis d'un jaune rosé, ou d'un jaune rougeâtre un peu bistré, sans desquamation, à surface lisse ou un peu irrégulière, solides, assez dures au toucher, parfaitement indolentes, n'étant le siège ni de prurit ni de cuisson, elles sont symétriques et disposées d'une manière générale sous forme de séries linéaires transversales : elles sont discrètes, sauf au niveau de la région sus-sternale où elles sont fort nombreuses et serrées les unes à côté des autres.

Cette affection assez rare, et qui n'est qu'une difformité cutanée, a été décrite pour la première fois par MM. Darier et Jacquet sous le nom d'idradénomes éruptifs; elle a reçu les noms suivants : épithéliomes kystiques bénins (Jacquet), syringocystadénomes (Török), nævi épithéliaux kystiques (E. Besnier), etc.

Chancre syphilitique des deux amygdales contracté par la succion des seins.

M. Jullien. — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui, il y a 2 mois, succionna avec les lèvres les seins d'une de ses cousines; elle se livra ainsi à des manœuvres de succion violentes et prolongées. Or cette cousine était syphilitique, ayant contracté la maladie de son mari, et l'enfant était venue au monde couverte de plaques et d'ulcères.

La malade est entrée dans le service avec une syphilide floride la plus intense, une roséole confluente généralisée. Or cette fille est vierge, elle présente même une imperforation de l'hymen liée à une malformation des organes internes : absence de vagin, matrice infantile, pas de molimen menstruel.

L'accident primitif doit être cherché dans la cavité buccale, et il est double, siégeant sur chaque amygdale. Ces chancres ont passé absolument inaperçus de la malade, bien qu'appartenant à la forme ulcéreuse et ayant une étendue considérable.

Origine microbienne de la calvitie.

M. Sabouraud. — Dans un article inséré aux *Annales de l'Institut Pasteur* (février 1897), j'ai démontré récemment qu'il fallait exclusivement désigner sous le nom de *séborrhée grasse* une entité morbide tout à fait particulière, partout uniforme et univoque, dont j'ai donné la description symptomatique, et qui réunit sous une même cause microbienne 3 ou 4 maladies dermatologiques cataloguées jusqu'ici comme différentes dans les cadres nosographiques.

Cette séborrhée grasse est connue au visage sous le nom d'*acné oleosa* et d'*acné comédon*, au cuir chevelu sous le nom de *séborrhée huileuse*.

Sur le corps, sur le visage et au cuir chevelu, elle a pour siège unique le follicule pilaire. La colonie microbienne bacillaire occupe le tiers supérieur du follicule, enveloppée de lames cornées qui l'enkystent de toutes parts et lui forment un véritable cocon.

Cette infection microbienne s'accompagne toujours et partout de deux phénomènes fonctionnels qui sont l'*hypersécrétion de la glande sébacée et la chute du poil dont le follicule est envahi.*

Ce phénomène de la dépilation consécutive à l'infection séborrhéique est celui que je veux étudier ici car il présente une importance considérable.

Toutes les fois que le bacille spécifique de la séborrhée envahit un follicule, il se produit autour de ce follicule et en particulier à sa base, autour de la papille pilaire un afflux de cellules migratrices. La papille s'atrophie peu à peu, elle fabrique un cheveu de plus en plus grêle et dépigmenté. Finalement elle meurt et le poil est expulsé.

Même sur les régions dites glabres et qui sont toujours duveteuses, ce phénomène se reproduit. Les coupes de la peau montrent dans les follicules 10, 15 et 20 générations successives de follets morts, tués par l'infection et restés sur place englobés dans la colonie microbienne.

La dépilation du cuir chevelu est le résultat de la même infection séborrhéique, et la dépilation s'observe dans la mesure même de cette infection. Les colonies bacillaires y sont prodigieusement abondantes ; le sébum effusé à la surface de la peau en nappe d'apparence homogène est constitué par une multitude infinie de cocons séborrhéiques versés hors des follicules et chacun de ces cocons contient le bacille spécifique par millions.

Sur les cuirs chevelus, une fois envahis, l'infection microbienne demeure endémique, définitive, en sorte que le cheveu une fois tombé ne se renouvelle plus et l'effusion permanente de ce sébum microbien ensemence un par un les follicules demeurés stériles.

C'est ainsi que la calvitie vulgaire, la calvitie des chauves, celle que l'on appelle encore arthritique ou spontanée se constitue.

La culture du bacille séborrhéique est extrêmement difficile. Elle ne peut être obtenue que par ensemencement parcellaire du sébum sur gélose-peptone glycérinée *acide*, après avoir pasteurisé ce sébum pendant 10 heures à 65-67° pour détruire les infections secondaires de surface mêlées au sébum effusé. Dans ces conditions on obtient après 6 jours une colonie de couleur rose brique, saillante sur le milieu. C'est la colonie du bacille séborrhéique.

La culture obtenue, il restait à voir si le microbe y produit encore une toxine dépilante, ayant une action élective d'atrophie sur les papilles pilaires.

Inoculé profondément sous la peau et dans les masses musculaires du lapin que voici, ce liquide a déterminé sans aucun autre symptôme, 40 jours après l'inoculation, l'alopécie générale que vous voyez.

Je ne puis insister encore sur ces expériences, actuellement en cours d'exécution. Mais elles viennent pleinement confirmer l'existence d'une toxine microbienne assez spécifique et particulière pour que, même inoculée *au sein de l'économie*, elle garde

son action élective et exclusive sur les papilles pilaires de la peau. Sans même utiliser ces preuves expérimentales d'ailleurs, le nombre extraordinaire, la constance, la permanence et la pureté rigoureuse du micro-bacille dans la calvitie suffisent à donner de son rôle causal une démonstration complète.

Dans la calvitie on peut ou non croire à la nécessité d'une diathèse, préalable à l'infection microbienne, cela est affaire de croyance. Mais, en tout cas, la nature microbienne de la calvitie est certaine et ce fait est du domaine de ceux qu'on peut démontrer.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 Février 1897.

Du rôle physiologique des leucocytes, à propos des plaies de la cornée.

M. Ranvier apporte des arguments qui ont la valeur de preuves en faveur de cette proposition fondamentale que les *globules blancs, cellules lymphatiques, leucocytes, doivent concourir à la nutrition des organes.* D'abord, il s'élève contre le nom nouveau de *phagocytes* qui est mauvais parce qu'il fait croire à des cellules d'une espèce nouvelle, alors qu'il s'agit d'éléments parfaitements connus sous un autre nom, et que d'autre part, toutes les cellules, quelles qu'elles soient, peuvent manger. Les *cellules lymphatiques* ont d'autres fonctions beaucoup plus importantes, au point de vue physiologique, que la phagocytose. Déjà, l'auteur a montré que ces cellules peuvent se fixer, s'accroître, acquérir une forme nouvelle, devenir des *clasmatocytes*. Que ces cellules jouent un rôle dans la nutrition, il en apporte une démonstration en les étudiant dans les plaies de la cornée. Dans les plaies un peu grandes, dont on examine des préparations faites 48 heures après la lésion, on observe ce qui suit. L'épithélium qui s'est avancé sur la plaie, mais en laissant son centre libre, présente les signes d'une multiplication karyokinétique très active. La partie centrale de la plaie, celle qui n'a pas été recouverte d'épithélium, montre un nombre considérable de cellules lymphatiques. La plupart ont un double contour et contiennent plusieurs noyaux; elles ont perdu leur chromatine protoplasmique. Souvent aussi, le protoplasma ayant été dissous, les noyaux sont mis en liberté, et le nombre des noyaux mis en liberté est en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires. Ces cellules en se dissolvant apportent aux cellules épithéliales en voie de prolifération les substances nutritives dont elles ont besoin et qui ne peuvent pas être apportées par les vaisseaux puisqu'il n'y en a point. Les phénomènes inflammatoires ressemblent à ceux du développement embryonnaire. *L'inflammation ramène les tissus à l'état embryonnaire.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 9 Mars 1897.

L'amnésie rétrograde dans l'épilepsie.

M. Séglas rapporte 2 observations qui montrent que des faits antérieurs à l'ictus épileptique, peuvent être oubliés à la suite et par le fait de l'ictus. Ces deux observations d'amnésie rétrograde sont particulièrement intéressantes parce que chez ces malades l'épilepsie seule était en jeu, et qu'on pouvait exclure l'alcoolisme, le traumatisme ou tout autre facteur étiologique.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 28 ans, fils d'un alcoolique et d'une mère nerveuse, mais qui lui-même était toujours bien portant jusqu'à l'âge de 14 ans. A ce moment survint une première crise épileptique et jusqu'à 23 ans la maladie resta assez discrète. A partir de ce moment il se produisit une crise par mois, mais l'intelligence resta lucide et le malade devint seulement plus triste. Un jour, au déjeuner, il eut une attaque au cours de laquelle il se blessa avec le couteau qu'il tenait à la main. Lorsqu'il revint à lui et les jours suivants il lui fut impossible de se rappeler ce qu'il avait fait dans la matinée.

La deuxième observation concerne une malade de la Salpêtrière, âgée de 48 ans, et atteinte d'épilepsie tardive, qui s'est déclarée chez elle seulement à l'âge de 43 ans sous forme de troubles qu'elle croit être de simples étourdissements. L'accès se passe chez elle de la façon suivante. Brusquement elle ne répond plus, pâlit, puis rougit; son regard devient immobile; elle grince des dents, puis pousse des soupirs. Elle accomplit alors divers actes automatiques. Au bout d'un quart d'heure environ elle revient à elle, mais à son réveil et les jours suivants elle ne se rappelle rien de ce qu'elle avait fait depuis 8 heures du matin.

Ces faits d'amnésie rétrograde dans l'épilepsie doivent être distingués de ceux où le caractère rétrograde n'est qu'apparent, comme par exemple quand la crise est précédée d'aura délirante ou de vertige; il faut aussi les séparer de la confusion mentale post-épileptique et des cas complexes où l'alcool et les traumatismes peuvent jouer un rôle.

L'amnésie rétrograde peut avoir de l'importance en médecine légale; des faits entrepris et exécutés par un épileptique avec la conscience qu'il possède en son état habituel peuvent être oubliés par lui à la suite d'un ictus. Dans ce cas, à l'interrogatoire, si l'on ne pense pas à cette forme spéciale de l'amnésie, on pourra croire que l'individu est un simulateur ou, au contraire, que les faits antérieurs à l'accès font partie de la phase épileptique. L'expert ne pourra éviter l'une ou l'autre de ces erreurs que par une observation et un examen minutieux du malade et en étudiant avec soin les caractères de l'amnésie.

M. Carpentier fait remarquer que dans l'éclampsie des femmes enceintes, l'amnésie présente les mêmes caractères que ceux signalés par M. Séglas chez les épileptiques. Lorsqu'une éclamptique sort de sa crise pendant un certain temps elle a perdu le souvenir non seulement de cette crise, mais même des faits antérieurs. C'est ainsi que fréquemment elle oublie son accouchement et même sa grossesse, et repousse son enfant en disant qu'il ne peut être à elle, puisqu'elle n'était pas enceinte. Souvent aussi elles oublient toutes leur noms et leur adresse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Mars 1897.

Maladie de Little.

M. Déjerine rapporte le résultat d'autopsies pratiquées chez deux malades ayant présenté tous les symptômes de la maladie de Little. Le premier cas est relatif à un homme de 78 ans, ancien pensionnaire de Bicêtre, ayant succombé à une pneumonie, après avoir présenté durant toute sa vie de la rigidité spasmodique des membres inférieurs avec intégrité de l'intelligence. L'autopsie démontra l'existence au niveau de la partie supérieure de la région rolandique d'un tissu s'étendant depuis la corticabile jusqu'au ventricule; intégrité de la moelle.

Le dernier malade qui, de son vivant, présentait de la rigidité spasmodique des quatre membres, avec prédominance à gauche, montra à l'autopsie une sclérose des cordons latéraux dans toute la hauteur; mais cette lésion relevait d'une altération congénitale vasculaire, siégeant dans les cornes postérieures au niveau de la 1re et 2e parois cervicales.

Lésions de la moelle épinière dans la maladie de Paget.

M. L. Lévy. — La moelle d'une femme de 62 ans, morte dans le service du professeur Raymond, avec les signes de l'ostéite déformante de Paget, est le siège d'une sclérose pseudo-systématique d'origine vasculaire diffuse, mais à prédominance au niveau des cordons de Goll, de la zone radiculaire postéro-interne, des faisceaux pyramidaux croisés, intéressant également les faisceaux cérébelleux directs. La sclérose est parfois limitée autour des vaisseaux atteints d'endo-périartérite. De toute façon elle a son maximum à leur niveau. Dans les zones sclérosées, les cylindres-axes sont conservés. La pie-mère est partout épaissie. La zone de périphérie de la moelle est légèrement sclérosée dans toute son étendue.

Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'établir de relations entre ces lésions et l'ostéite déformante de Paget : troubles médullaires et osseux coïncident chez un même sujet. La moelle étudiée se rapproche de la moelle sénile.

Appendicites expérimentales par infection sanguine.

M. Josué. — L'obstruction du canal appendiculaire détermine la suppuration de la partie de l'organe transformée en cavité close; les expériences de M. Roger et moi (*Revue de médecine*, juin 1896), les recherches anatomiques de Dieulafoy, Routier, l'ont prouvé. Mais ce processus n'est pas le seul qui puisse causer l'inflammation de l'appendice vermiculaire.

Nous avons pu reproduire des lésions de cet organe par l'inoculation intraveineuse de cultures du streptobacille isolé par M. Charrin dans des cas d'appendicite épidémique ayant sévi sur les lapins du laboratoire. D'autre part nous avons observé des lésions semblables chez un lapin mort 3 jours après injection par M. de Nittis de contenu intestinal dans les veines. Dans aucun de ces cas on n'a produit de point d'appel local ni par un traumatisme, ni par aucun autre procédé.

A l'autopsie, l'appendice est tuméfié; il présente à sa surface un grand nombre de nodules blancs, saillants sous le péritoine, constitués par des follicules clos augmentés de volume; la lumière du canal est très amoindrie par suite du gonflement de la paroi, elle contient des amas de substances semblables à du mucus et transparentes. La plaque de Peyer volumineuse qui se trouve à la terminaison de l'iléon du lapin présente des lésions tout à fait analogues à celles de l'appendice. Le péritoine est sain, il n'y a ni fausses membranes, ni adhérences.

Chez le lapin ayant reçu des matières intestinales dans les veines, les lésions sont tout à fait analogues, mais beaucoup plus intenses, certains follicules clos ont subi la transformation purulente.

De plus cet animal présentait des abcès du foie et une suppuration de la vésicule biliaire. Mais l'examen histologique n'a pas permis de déterminer si ces suppurations sont consécutives à l'altération de l'intestin ou si elles sont contemporaines et produites par la même cause. Cette coexistence de l'appendicite et des abcès du foie s'observe d'ailleurs en pathologie humaine.

Ces résultats expérimentaux semblent fournir un nouvel appoint aux adversaires de la théorie du vase clos. A notre avis, ces faits prouvent que la pathogénie de l'appendicite n'est pas univoque et que l'appendice peut s'enflammer par des processus multiples. Les deux théories répondent à des faits réels, mais chacune prise isolément ne peut les expliquer tous.

L'appendice est en effet un organe lymphoïde susceptible d'être altéré dans différentes infections. Les germes envahissent les follicules clos par la voie sanguine, nos expériences le prouvent; d'autre part il n'est nullement illogique d'admettre qu'ils puissent pénétrer dans ces organes à travers les couches superficielles de la muqueuse ou par la voie lymphatique. Enfin certaines intoxications ne sont peut-être pas sans action sur l'appareil lymphatique de l'appendice.

D'ailleurs les altérations hémorrhagiques de la muqueuse appendiculaire avaient déjà été signalées en passant par Roger dans les injections par bacille de Friedländer et dans l'intoxication phosphorée. Cette variété est caractérisée par la tuméfaction de tout l'organe et surtout des follicules clos qui sont quelquefois abcédés ou ulcérés.

L'inflammation de l'appendice peut se compliquer à un moment donné d'un accident très spécial : c'est l'oblitération du canal appendiculaire si étroit chez l'homme tantôt d'une façon précoce par suite du gonflement de la muqueuse, tantôt à une date tardive par une coarctation ou des calculs, conséquences d'une inflammation chronique. L'appendice une fois transformé en un vase clos, il se produit du pus dans sa cavité ; cette poche suppurée détermine souvent des lésions péritonéales de voisinage, peut s'ouvrir ou se gangréner.

M. Charrin. — Je profite du travail de M. Josué pour préciser le sens de ma note. Je n'attache d'importance qu'à ce fait, à savoir que d'une façon plus ou moins épidémique, sans intervention préalable, des germes (streptobacilles ou autres) peuvent se localiser sur l'appendice. Je n'ai signalé ce fait que parce que chacun cherche à édifier sa théorie.

Microbe du rhumatisme articulaire aigu.

M. Thiroloix a retrouvé chez deux rhumatisants le microbe anaérobie déjà décrit par Achalme. Ce microbe, pathogène pour le cobaye, est inoffensif pour le lapin et la souris.

M. Achalme dit avoir de nouveau rencontré ce microbe dans un troisième cas de rhumatisme articulaire aigu.

Pseudo-membrane diphthéritique expérimentale.

M. Roger établit que la fausse membrane diphthéritique relève de la toxine et non du microbe. Les injections laryngées de toxine diphthéritique ont en effet amené chez 8 lapins la production de fausses membranes.

Coloration de la bile.

M. Dastre montre que la bilirubine de la bile se transforme en biliverdine par une oxygénation due à la présence d'une oxydase. Pour que cette transformation s'opère, il faut en outre soit l'action de la chaleur, soit l'action de la lumière.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 Mars 1897.

Rupture du foie.

M. Vanverts présente un foie atteint de déchirure profonde et étendue à tout le bord postérieur du lobe droit. Il en était résulté une hémorrhagie très abondante, qui avait amené la mort 3 heures après l'accident. Il existait, en outre, une fracture des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes droites à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur de chaque côte.

Ostéosarcome du fémur.

M. Dartigues communique l'observation d'une petite fille de 13 ans, chez laquelle, 10 mois auparavant, se développa une tumeur de la cuisse, qui se remit rapidement à grossir et qui, au moment de son arrivée dans le service, remontait jusqu'à la racine de la cuisse, donnant à cette dernière la forme classique en gigot, avec un réseau veineux sous-cutané, extrêmement développé. Le diagnostic de sarcome étant fait, on pratiqua la désarticulation de la hanche. Le néoplasme enlevé était réduit en plusieurs points en bouillie, et le fémur fracturé au niveau de sa diaphyse primitivement atteinte et dont le canal médullaire était ouvert.

Tuberculose utérine.

M. Carnot communique l'observation d'une femme cachectique, morte dans le service de M. Cornil. A l'autopsie, on constata, du côté de la vessie, de nombreuses et grosses végétations, en partie calcifiées, qui semblaient être des amas de granulations tuberculeuses. La muqueuse utérine, au niveau du corps, présentait un semis de très fines granulations. La muqueuse du col et du vagin était normale. Les autres organes, particulièrement les poumons, les reins et les uretères, étaient indemnes de tuberculose.

Perforation intestinale.

M. Derocque rapporte l'observation d'un ouvrier qui fit une chute du premier étage, et tomba sur la tête d'un passant. Il n'éprouva d'abord aucun symptôme alarmant, ni fièvre, ni douleur. On ne jugea pas utile d'intervenir. 24 heures après, il fut pris de vomissements.

On pratiqua une laparotomie exploratrice, et l'on tomba sur une péritonite généralisée. Le jéjunum présentait 5 perfora-

tions, dont une très volumineuse, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Une résection intestinale fut faite, mais la mort n'en survint pas moins quelques heures après l'opération.

Symphyse cardiaque.

M. Labbé communique l'observation d'un jeune homme de 19 ans, réformé après quelques mois de service militaire, pour affection cardiaque, et qui, à la suite d'une marche forcée, fut pris de violents accès de dyspnée, avec douleur précordiale et accélération des battements du cœur. On constata, à l'auscultation, un souffle diastolique très net, et il existait de plus, au niveau des extrémités, le phénomène du pouls capillaire. On porta donc le diagnostic d'insuffisance aortique. La mort survint subitement. L'aorte et les valvules sigmoïdes étaient saines; le cœur, hypertrophié, pesait 960 grammes; il y avait une symphyse cardiaque totale.

Abcès du cerveau.

M. Guinard rapporte l'observation d'un jeune homme de 16 ans, qui reçut, au niveau du front, à droite, une balle de revolver. Malgré l'absence de tout symptôme morbide, M. Guinard agrandit l'orifice d'entrée et retira un fragment de balle et de la substance cérébrale en notable quantité. Les suites opératoires furent excellentes, mais 15 jours plus tard le malade a été pris brusquement de vomissements et mourut deux heures après. A l'autopsie, on constata que la balle avait pénétré dans l'hémisphère droit du cerveau, près de la scissure interhémisphérique, avait suivi un trajet rectiligne antéro-postérieur et était venue faire saillie en arrière du lobule paracentral. Toute la partie antérieure du trajet était absolument aseptique. La partie postérieure s'était transformée en un petit foyer purulent qui s'est crevé et a entraîné la mort par phénomènes méningés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 Mars 1897.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Ricard décrit son procédé (Voir *Gazette* 1896, p. 1107.)

M. Lucas-Championnière pense qu'il faut surtout tenir compte des particularités du cas que l'on peut avoir à traiter. Parmi les causes des insuccès, il en est une qu'il faut bien mettre en relief : la qualité des urines, et dans un cas la guérison ne fut obtenue qu'après que la malade, dont les urines étaient troublées, se soumit à un traitement spécial.

Le procédé qui réussit dans un cas, peut échouer dans un autre. Ainsi, M. Lucas-Championnière a opéré une malade 24 fois et la malade a toujours une fistule.

Pour ce qui est de l'abaissement de la fistule, le moyen est excellent, mais il faut encore qu'il soit possible.

M. Quénu est, comme M. Ricard, d'avis de mobiliser les parois vaginales, et il a toujours agi ainsi dans les 9 ou 10 cas de fistule vésico-vaginale qu'il a eu à traiter ces dernières années. Il n'a eu qu'un seul échec.

Par contre, il n'attache pas d'importance au fil employé et se sert indifféremment de catgut ou de soie.

Dans certains cas, il y a beaucoup de tissu cicatriciel, et il faut alors avoir recours à quelque artifice opératoire variable. Chez une malade, par exemple, M. Quénu a utilisé une tranche avivée de la lèvre antérieure du col utérin pour doubler la muqueuse vésicale; la fistule siégeait très haut, et il n'y avait plus de paroi vaginale à son niveau. Dans un autre cas de fistule survenue après hystérectomie vaginale, il dut, pour obtenir la mobilisation des parois, extirper tout un bloc de tissu cicatriciel.

Abouchement dans l'intestin des voies biliaires.

MM. Brun et **Hartmann** présentent une fillette de 3 ans et demi, qui depuis 15 jours seulement, avait perdu son appétit et sa gaieté en même temps que son ventre, déjà gros depuis longtemps, a augmenté de volume surtout du côté droit; depuis 3 jours, elle avait de la fièvre et souffrait du ventre; pas de vomissements.

A l'examen fait au moment de l'entrée dans le service, on constate que le ventre était très distendu, et l'on sent une tumeur qui remplissait tout l'hypochondre droit où elle semblait faire corps avec le foie et empiéter même beaucoup sur le côté gauche et l'abdomen.

Dans l'idée d'un kyste hydatique du foie on pratiqua une laparotomie sur le bord externe du droit, afin de fixer la poche à la paroi et de l'ouvrir largement. Le péritoine incisé, on vit que la tumeur était en outre, recouverte par l'épiploon adhérent. Par une couronne de points au catgut, on fixa la tumeur à la paroi, et, cette suture exactement faite, on ponctionna et on retira un litre et demi d'un liquide vert foncé, tout à fait analogue à la bile. La tumeur fut alors incisée au bistouri dans les limites des sutures et l'exploration de la poche en fit reconnaître l'épaisseur relativement considérable, et la structure en apparence musculaire.

Les suites opératoires furent des plus simples. Mais la fistule biliaire persistant encore 5 mois après l'opération, on décida une nouvelle intervention. La poche fut mise à nu par une incision en H et une communication de un centimètre établie entre la poche d'une part, et une anse intestinale voisine de l'autre, à l'aide d'un double plan de sutures muco-muqueuses et séro-séreuses à la soie. La paroi fut refermée, sauf au niveau de l'ancienne fistule, où, par précaution, fut placée une mèche de gaze stérilisée. Les suites opératoires furent encore une fois favorables. L'enfant présenta cependant, pendant les premiers jours, une salivation extrêmement abondante, mais à aucun moment, il n'y eut de vomissement ou de douleurs de ventre. Après avoir diminué de quantité chaque jour, l'écoulement de bile qui avait suivi l'ablation de la mèche cessa de se produire au bout de 10 jours, et les selles reprirent aussitôt une coloration normale. Aujourd'hui, la cicatrisation est complète, et la guérison paraît absolue.

M. Broca présente des dessins qui viennent éclairer la pathogénie du cas dont M. Brun vient de donner l'observation. (Sera publié dans notre prochain numéro.)

M. Le Dentu a eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises et de suivre une jeune fille de 18 ans, porteuse d'une tumeur sous-hépatique intermittente. Une fois il fit une ponction et retira 1 100 centimètres cubes de bile. La tumeur se reproduisit et il allait pratiquer la laparotomie, lorsque elle redisparut à nouveau, spontanément. Depuis, elle n'est plus revenue et la malade se porte actuellement très bien.

L'exploration intra-stomacale.

M. Delagenière rapporte l'observation d'une fillette de 3 ans qui a avalé 2 ou 3 gorgées de potasse caustique et à laquelle, quand parurent les symptômes du rétrécissement de l'œsophage, il pratiqua la gastrotomie.

En faisant passer une sonde dans l'œsophage à travers la bouche stomacale, il a pu constater que le cardia était uni au pylore par une bande fibreuse qui fut sectionnée.

On maintint une bouche stomacale et au bout de 15 jours, la malade sortait guérie de l'hôpital après avoir subi la dilatation progressive du rétrécissement de l'œsophage. Actuellement l'enfant peut s'alimenter par la bouche et la fistulette stomacale ne la gêne pas.

M. Delagenière en conclut que dans les cas difficiles où l'on hésite sur la nature et le siège des lésions stomacales, il peut être utile de faire l'exploration intra-stomacale; on peut de la sorte explorer le cardia et le pylore. On incise l'organe, après son examen externe, dans la région où l'on soupçonne l'existence de la lésion. L'incision faite, on explore la surface interne de l'estomac avec l'index, et on termine l'opération suivant les indications.

Le panaris profond.

M. Kirmisson rapporte l'observation d'un enfant de 8 ans atteint de 2 foyers d'ostéo-myélite du tibia et qui un jour fut pris d'un panaris du pouce. On pensa donc à un foyer d'ostéo-myélite au niveau du pouce et on fit immédiatement une longue

incision, il ne sortit pas de pus de la profondeur. Sous l'ongle seulement il y avait un soulèvement épidermique purulent, sorte de tourniole. En examinant avec le stylet, on put arriver jusqu'à l'os à travers un trajet partant de la tourniole sous-unguéale et allant dans la profondeur. Il s'agissait donc bien d'une ostéomyélite de la phalangette.

Ce fait montre donc qu'on peut confondre assez facilement cette ostéo-myélite des phalanges avec un panaris superficiel : quelquefois en effet elle se manifeste par une petite tourniole sur la face dorsale de la phalangette. Il faut donc ouvrir, en général, les panaris superficiels d'une façon spéciale, en enlevant la couche épidermique soulevée. On a alors sous les yeux le derme, et on peut voir à loisir s'il s'agit d'un panaris superficiel, d'un abcès sous-dermique ou d'un panaris profond. Dans ce dernier cas, on trouve une fistulette allant jusqu'à l'os. Il faut alors faire une incision profonde.

M. Monod présente une jeune fille qu'il a opérée il y a 4 ans d'une résection atypique de la hanche pour une nécrose de la tête fémorale. Cette jeune fille a conservé tous les mouvements de la hanche.

M. Routier présente un volumineux kyste fœtal qu'il a extirpé en totalité chez une malade.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 Mars 1897.

Entérite muco-membraneuse chez les enfants.

M. Comby, d'après les faits qu'il a observés, serait tenté de décrire deux formes cliniques : 1° l'une grave, atteignant les enfants en bas âge et répondant au type *entérite folliculaire* des Allemands; 2° l'autre torpide, chronique, plus commune dans la seconde enfance et rappelant, trait pour trait, l'entérite membraneuse des adultes. La première se caractérise par des accès aigus très inquiétants avec fièvre vive (39°, 40°), coliques, selles muqueuses, membraneuses, sanglantes, épreintes, ténesme; il y a parfois un état typhoïde alarmant. La seconde procède avec beaucoup moins d'éclat; elle est apyrétique, elle n'est pas mortelle.

Définition. — L'entérite muco-membraneuse de l'enfance ou *entérite folliculaire* est une entéro-côlite infectieuse, à rechutes, caractérisée par des symptômes généraux variables accompagnant des selles répétées, peu abondantes, formées de mousse, de glaires, de pus, de mucus, de membranes, de sang, et quelquefois de sable intestinal. C'est au moment du sevrage que se prépare ou se déclare la maladie; elle est engendrée par l'alimentation prématurée et par la suralimentation. Elle coïncide avec la dyspepsie, l'ectasie gastrique, le rachitisme; elle semble plus fréquente chez les sujets arthritiques que chez les autres.

On trouve, dans les garde-robes, des glaires, des matières mousseuses, analogues à des crachats, du sang pur ou en caillots, des membranes formées surtout de mucine; les microbes sont multiples, mais le *colibacille* prédomine. Les leucocytes sont très abondants. Dans les cas mortels, l'intestin a présenté, à la fin de l'iléon et dans le gros intestin, un épaississement notable avec hyperémie et infiltration globo-cellulaire de la muqueuse. Les follicules clos sont hypertrophiés ainsi que les plaques de Peyer; plusieurs sont infiltrés de cellules rondes et ulcérées.

Les enfants sont pris, à des intervalles variables (tous les mois, tous les deux mois, tous les six mois), de crises douloureuses avec selles répétées, muco-purulentes, muco-membraneuses, sanglantes, etc. Ils rendent des lambeaux rubannés ou cylindroïdes qu'on prend pour des vers. En même temps, ils ont de la fièvre, de l'abattement, ils maigrissent et tombent parfois dans un état typhoïde inquiétant : on a noté pendant les crises des poussées d'urticaire, des érythèmes morbilliformes (Galliard). Quelquefois la crise est si forte qu'elle se traduit par de l'agitation, du délire, des convulsions éclamptiques.

En dehors des crises, les enfants vont bien, mais ils sont habituellement constipés. L'entérite muco-membraneuses prédispose à l'appendicite.

Dans la forme torpide de la maladie, les crises sont atténuées, apyrétiques ou presque apyrétiques, mais les garde-robes ont les mêmes caractères que précédemment. Ces caractères permettent de faire le diagnostic.

La durée de la maladie est très longue, on ne peut en prévoir le terme, car c'est souvent au moment où l'enfant semble jouir de la meilleure santé qu'il est atteint à l'improviste d'un accès formidable durant 7 à 8 jours.

Le traitement est très important. Au point de vue prophylactique on conseillera le sevrage tardif et gradué et on s'opposera à la suralimentation; les aliments trop azotés, les viandes rouges, les crudités, les liqueurs fermentées seront ajournés.

Pendant la crise, pendant la poussée aiguë d'entérite, on prescrira la diète lactée ou la diète aqueuse, si le lait est mal toléré.

Si l'enfant est au sein, il continuera à teter, mais plus rarement que d'habitude (toutes les trois heures). Si la fièvre est forte (39°, 40°), on prescrira les bains à 30° d'abord, puis à 21° ou 25°, répétés trois ou quatre fois par jour pendant 10 minutes. A défaut de bains, on appliquera des cataplasmes émollients sur l'abdomen. En même temps, on fera de grandes irrigations tièdes de l'intestin avec de l'eau boratée (2 grammes de borax par litre d'eau bouillie). Si l'enfant tombe dans l'adynamie, le collapsus, on n'oubliera pas les injections sous-cutanées d'eau salée. On prescrira du calomel. L'orage passé, le régime de l'enfant sera très sévère : lait, bouillies de farine, pas de viande, pas de vin ni liqueurs fermentées. On fera porter des vêtements chauds, une ceinture de flanelle sur le ventre. On combattra la constipation par les suppositoires glycérinés ou les petits lavements de glycérine (4 à 5 grammes de glycérine introduits dans le rectum avec une petite seringue).

Quand les enfants sont déjà grands, il faudra essayer une cure thermale; parmi les stations qui se recommandent pour le traitement de *l'entérite muco-membraneuse*, il convient de citer : Plombières, Châtel-Guyon, Hombourg, Kissingen.

M. Marfan estime qu'il est nécessaire de faire une distinction formelle entre l'entérite muco-membraneuse de l'enfant du premier âge et l'entérite muco-membraneuse de l'adulte. Chez les enfants du premier âge, cette affection a une évolution suraiguë, et se traduit par des symptômes souvent très alarmants; c'est une côlite infectieuse probablement d'une nature spéciale, qui se distingue aussi de celle des adultes par son étiologie, par son évolution et par l'existence de ce symptôme constant, l'évacuation glaireuse sanguinolente dysentériforme, rappelant les crachats hémoptoïques.

M. Mathieu fait remarquer que les évacuations glaireuses sanguinolentes ne sont pas l'apanage exclusif du premier âge, et qu'elles existent également chez l'adulte, comme le montre la diarrhée dysentériforme décrite, il y a déjà longtemps, par Lasègue.

Tubercule solitaire de la moelle siégeant au niveau de l'émergence des deuxième et troisième paires sacrées.

M. Marfan. — Un enfant, à l'âge de 2 ans et 2 mois, est pris subitement, sans aucun phénomène prémonitoire, d'une paraplégie spasmodique complète avec incontinence des matières et des urines. Au bout de 3 semaines, la paraplégie s'améliore un peu, mais l'incontinence persiste toujours très marquée.

En raison du début subit de la paraplégie, qui a atteint d'emblée son maximum pour s'atténuer ensuite, on a pensé qu'il s'agissait d'une hématomyélie. Comme l'hématomyélie est toujours secondaire, il y avait lieu de se demander quelle était la lésion primitive. On pouvait hésiter entre la syphilis et la tuberculose. La syphilis ayant pu être écartée, on pensa qu'il existait un tubercule solitaire de la moelle ayant déterminé une hématomyélie. Après divers incidents, l'enfant a succombé à l'âge de 3 ans avec des convulsions. L'autopsie a vérifié le diagnostic porté pendant la vie.

Il y avait un tubercule, gros comme une petite noisette, occupant presque toute la substance médullaire, au niveau de l'émergence de la deuxième et de la troisième paires sacrées; une hématomyélie de la zone immédiatement sus-jacente, des hémorrhagies sus-arachnoïdiennes, une poliomyélite ascendante

hémorrhagique et une phlébite intense et diffuse des veines de la pie-mère, dont le foyer principal correspond au foyer même de l'hématomyélie.

Lèpre tégumentaire d'origine espagnole.

M. G. Thibierge. — Voici une femme, originaire de Valence (Espagne), qu'elle a toujours habitée, jusqu'il y a 3 mois, atteinte de lèpre. L'affection a débuté sur les membres inférieurs et les poignets, il y a un an. Depuis 3 semaines seulement existent des lésions du visage, sous forme de tubercules peu saillants, de coloration rouge tirant sur le jaune, et légèrement squameux. Le visage est encore peu déformé, l'aspect est très différent du faciès léonin classique dans la lèpre; lorsque je vis la malade pour la première fois, elle rappelait plutôt certains érythèmes papuleux du visage. Tous ces éléments sont anesthésiques, et l'examen bactériologique d'un des tubercules a démontré la présence du bacille de Hansen.

Ce fait montre une fois de plus que la lèpre n'est pas une rareté, qu'on en observe des cas assez nombreux, d'origine diverse. Il est intéressant par la rapidité d'évolution des lésions du visage, lesquelles se sont montrées sous la forme d'une poussée aiguë, et cependant, contrairement à la règle, apyrétique.

Arthrite blennorrhagique à gonocoques.

MM. R. Mercier et **E. Méténier** rapportent le cas d'un malade de 33 ans qui, 15 jours après le début de sa troisième blennorrhagie, fut atteint de rhumatisme polyarticulaire aigu. Les accidents ne tardèrent pas à se localiser à l'épaule gauche et au genou droit, et en même temps la température qui, pendant les 12 premiers jours, n'avait atteint que deux fois 38°, oscilla autour de ce point d'une manière continue.

Tandis que l'épaule était frappée d'une arthrite à forme ankylosante, le genou devenait le siège d'un épanchement considérable. La ponction pratiquée au cours de la troisième semaine donna issue à 60 centimètres cubes d'un liquide puriforme et sanguinolent.

L'examen immédiat du pus recueilli décela quelques rares diplocoques en grains de café, intracellulaires et se décolorant par le Gram.

L'ensemencement sur gélose resta négatif; en bouillon-ascite et sur gélose-ascite, d'abondantes colonies s'étaient développées en 30 heures. La culture en bouillon-ascite repiquée en stries sur plusieurs tubes successifs de gélose-ascite donna dans le même laps de temps des colonies toutes semblables, minces, à bords bien définis, irrégulièrement arrondis et laissant entre elles une ligne de séparation; jaunâtres par transparence, elles apparaissaient d'un gris bleuâtre par réflexion. Leur examen microscopique révéla tous les caractères morphologiques du gonocoque et ses caractères de coloration. Conservées à l'étuve, les cultures perdirent leur vitalité en 5 jours : seule une d'entre elle faite sur sérum humain put être réensemencée après 8 jours.

En résumé, tous ces caractères tirés de l'examen immédiat du liquide de ponction, de son ensemencement, de la faible vitalité du diplocoque isolé même sur les milieux appropriés, joints à l'évolution clinique de la maladie (apyrexie au début, inefficacité du salicylate de soude) et à l'existence d'une blennorrhagie antérieure, permettent de porter le diagnostic d'arthrite blennorrhagique à gonocoques.

Infection pneumococcique généralisée chez un individu atteint de pneumonie.

M. Duflocq. — Il est d'opinion courante que la pneumonie est une infection locale, que les pneumocoques existent uniquement dans le poumon, et que de là les toxines sont disséminées dans l'organisme. Cette opinion doit-elle être conservée? Salviati prétend que, dans tous les cas de pneumonie, on trouve le pneumocoque dans le sang. M. Duflocq présente une observation qui confirme cette manière de voir : une pneumonie centrale typique s'accompagna de pneumococie que décelèrent de nombreux examens du sang.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 10 Mars 1897.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin

M. Jacqueau présente un malade atteint de luxation sous-conjonctivale du cristallin consécutive à un coup de corne de vache. Au moment de l'accident, qui remonte à 3 semaines, la vision fut subitement perdue, sans qu'il y eût au dehors d'écoulement soit d'humeur aqueuse, soit de vitré. A la clinique du professeur Gayet, où le malade fut amené, on constata la présence d'une vésicule d'une transparence parfaite, située à la partie supérieure du limbe scléro-cornéen. Cette vésicule reproduisait absolument la forme et les dimensions du cristallin, qui était demeuré dans sa capsule, non rompue.

A travers le cristallin, on pouvait voir la plaie scléroticale, longue de 3 à 5 millimètres. Au-dessus, la conjonctive était intacte. L'iris avait disparu. Le cristallin est resté absolument transparent pendant plus de 8 jours, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il a commencé à s'opacifier lentement.

Le traitement a consisté jusqu'ici en un simple pansement occlusif et aseptique; lorsque, la plaie scléroticale étant fermée, toute crainte d'infection aura disparu, on extraira le cristallin par une incision conjonctivale.

Fistules biliaires expérimentales.

MM. Doyon et **Dufour** présentent un chien, porteur depuis 3 mois d'une fistule biliaire complète, qu'ils ont pratiquée après ligature du cholédoque.

Voici quelques-uns des résultats que leur a donnés l'étude de la sécrétion biliaire chez cet animal :

Le salicylate de soude augmente la quantité de bile, mais cette augmentation ne porte que sur l'eau, et non sur les sels biliaires. L'huile d'olives n'aurait pas de propriétés cholagogues et exercerait même une action inhibitrice sur le pouvoir cholagogue de la bile.

Le calomel est un médicament dépresseur de la sécrétion biliaire au plus haut point. La diminution de cette sécrétion est au moins d'un tiers, si le calomel est donné à dose purgative, Il est possible qu'à doses fractionnées il agisse différemment.

Cancer primitif du foie à marche aiguë.

M. Piéry présente des pièces provenant d'un malade du service de M. le professeur Bard.

Il s'agit d'un cancer primitif du foie, avec généralisation au poumon droit développé chez un homme de 32 ans. Le malade avait très peu d'ictère, très peu d'ascite, mais de la fièvre et des signes d'infection qui firent penser à une hépatite aiguë, diagnostic que la rapidité d'évolution (5 semaines) semblait confirmer.

Les noyaux de généralisation étaient intrapulmonaires, et non sous-pleuraux. La plèvre contenait un peu de liquide séreux.

Rétrécissement mitral, tricuspidien et aortique.

M. Laroyenne, présente, au nom de M. Audry, le cœur d'un malade qui était atteint de cette triple lésion.

M. Bard fait remarquer qu'il s'agit d'une endocardite en train d'évoluer, et non de lésions simplement mécaniques, ce qui vient à l'appui de sa théorie inflammatoire de l'asystolie.

Vaccine chez les vieillards.

M. Lannois rapporte les résultats d'une série de vaccinations qu'il a eu récemment l'occasion de faire dans son service. Elles ont porté exclusivement sur des vieillards de 73 à 93 ans, que l'on a vaccinés à cause de l'existence de la variole dans un service voisin. Sur 40 vieillards, 13 avaient eu la variole dans l'enfance, 25 avaient été vaccinés à plusieurs reprises, 2 n'avaient eu ni variole, ni vaccine.

Il y a eu 25 résultats positifs, et 15 négatifs. C'est donc une erreur de croire à l'immunité des vieillards à l'égard de la vac-

cine ou de la variole, comme un certain nombre de personnes le pensent dans le public.

M. Bard fait remarquer qu'il est peut-être un peu imprudent de s'en rapporter à la déclaration de vieillards qui accusent une variole ancienne, qui pourrait bien être parfois une varicelle.

Circulation placentaire.

M. Delore expose les résultats de ses recherches, déjà anciennes, sur la circulation placentaire. Le sinus circulaire serait artériel, les vaisseaux intercotylédonaires, veineux.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 19 Février 1897.

Placenta albuminurique.

M. Fieux présente un placenta provenant d'une primipare albuminurique accouchée à 8 mois : ce placenta n'offre rien d'anormal à la face placentaire mais sur la face fœtale existe une grosse poche kystique qui s'est rompue pendant la délivrance et qui était englobée par les branches divergentes du cordon. C'est un kyste du placenta, lésion en relation avec l'albuminerie, On sait que, pour Pinard, ces kystes sont constitués par l'évolution d'un caillot hémorrhagique.

Présentation du siège décomplétée primitive chez un fœtus de 4 mois.

M. Fieux. — Chez ce petit fœtus expulsé en présentation du siège, décomplétée, mode des fesses, on voit que le cordon constitue un cercle qui maintient les cuisses relevées sur le ventre et que ce cercle a été tellement serré qu'il a déterminé aux points d'accolement un sillon de compression.

Hystéropexie abdominale et grossesse.

MM. Audebert et Binaud. — Il nous a été donné d'observer la marche de la grossesse et de l'accouchement chez une femme qui avait subi, 3 ans auparavant, la ventro-fixation pour une rétroflexion utérine, accompagné de prolapsus de l'ovaire gauche. Les suites opératoires furent normales. Trois ans après cette femme devient enceinte. Grossesse normale. Pas de douleur au niveau de la ceinture; pas de troubles vésicaux, ni d'albuminurie.

Pendant le travail et au moment de l'accouchement, on constata que la cicatrice abdominale n'était nullement entraînée par les mouvements de latéralité imprimés à l'utérus. Il paraissait donc y avoir indépendance à peu près complète entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale. Pendant les contractions utérines pas de dépression au niveau de la cicatrice. Il y eut cependant un peu d'inertie utérine qui prolongea le travail et amena, après la délivrance, une hémorrhagie.

On a exagéré l'influence de l'hystéropexie sur les grossesses ultérieures. Cependant il résulte de statistiques diverses qu'elle entraîne seulement dans le tiers ou le quart des cas une terminaison dystocique.

La raison en est, que seule une partie antérieure de la paroi de l'utérus est fixée, tandis que la paroi postérieure, aux dépens de laquelle se fait le développement de l'utérus gravide, est absolument libre.

Ce n'est pas absolument cette ampliation exagérée de la face postérieure de l'utérus qui peut expliquer la tolérance de l'organe gestateur. Elle est due également au ramollissement et à l'assouplissement que subissent les tissus pendant la grossesse. D'ailleurs, très souvent après l'hystéropexie les adhérences sont transformées en un cordon fibreux qui s'allonge et laisse à l'utérus une certaine mobilité (Sänger). Le sort des grossesses ultérieures à la ventrofixation est donc lié en partie à l'étendue et la solidité des adhérences.

La dystocie peut résulter aussi bien de la technique opératoire que de l'état pathologique de l'utérus coïncidant avec sa rétrodéviation ou son prolapsus; l'opération complémentaire, telle que l'amputation du col ayant pu entraîner une sténose du canal cervical, ou même un état d'*infériorité des tissus* fréquent chez les ptosiques. Ces facteurs jouent un rôle dont il faut tenir compte, si l'on veut apprécier exactement le part de l'hystéror pexie dans les dystocies qui lui sont reprochées.

M. Chaleix. — Le plaidoyer que l'on vient d'entendre en faveur de l'hystéropexie s'appuie sur une observation qui ne peut être envisagée comme un cas exempt de toute dystocie, et sur des statistiques qui sont nettement défavorables. De plus, il laisse entendre que si l'utérus a contracté avec la paroi abdominale des adhérences fixes de nature à le maintenir au point où l'on a voulu le fixer, son ampliation convenable au développement de la grossesse et la rétraction nécessaire à l'hémostase *post partum* seront compromises; tandis que si les adhérences sont lâches et capables de prêter suffisamment, aucune dystocie n'est à craindre.

D'autre part, la malade souffrira autant qu'auparavant, si on laisse sans l'abraser un endométrium malade, si on n'ampute pas en même temps un col hypertrophié ou ectopié et si l'on ne refait pas la statistique pelvienne par la restauration aussi parfaite que possible des parois du vagin.

Ces temps opératoires sont si essentiels que bien souvent, dans des cas de rétrodéviation utérine, ils ont suffi à amener une guérison absolue des troubles éprouvés, sans que l'on eût assuré le redressement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds ou tout autre procédé. Je ne crois pas que dans les accouchements ultérieurs aucune dystocie ait pu être mise en rapport avec cette conduite opératoire; l'amputation anaplastique du col, que l'on a attaquée à ce point de vue, loin de devenir chez une opérée une cause du ralentissement du travail, me semble au contraire favoriser la dilatation.

M. Fieux. — La dystocie consécutive à l'hystéropexie est en rapport avec le nombre de points de suture qui ont servi à fixer l'utérus. Un seul point, suffisant pour cette fixation, n'entraîne aucune conséquence fâcheuse. Quant à l'opération d'Alexander et à l'amputation du col, je puis citer trois cas dans lesquels le travail a été nettement entravé du fait de l'intervention.

M. Audebert. — Comme M. Fieux, je ne partage pas l'optimisme de M. Chaleix, en ce qui concerne les parturiantes qui ont subi l'opération de Schrœder; je connais deux cas où le col, pendant le travail, était dur et ligneux et où l'accouchement ne s'est terminé qu'au prix des plus grandes difficultés.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Février 1897.

Un compteur extraordinaire de lettres.

M. Ginestous. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme âgé de 27 ans, qui compte et est obligé de compter depuis l'âge de 10 ans, toutes les lettres contenues dans les phrases qu'il pense, qu'il dit, qu'il écrit et qu'il entend, sans que ce travail phénoménal soit cependant une gêne ou une fatigue pour lui. Il suffit de lui dire une phrase quelconque, pour qu'il réponde aussitôt par un chiffre qui représente exactement le total des lettres qui ont servi à le former. Ses antécédents héréditaires sont négatifs : un de ses frères cependant eut la manie vers l'âge de sept ans, de compter les syllabes des mots, manie de faible durée puisqu'elle disparut au bout d'un an. Notre jeune homme eut une méningite à deux ans et demi. Il est d'un caractère très calme et extrêmement intelligent.

Depuis l'âge de dix ans il se livre aux calculs incessants dont nous venons de parler et cela du moment où il s'éveille jusqu'à celui où il s'endort. Quand on ne lui parle pas, il invente des phrases qu'il recompte sans cesse. Le nombre 32 lui plaît, le nombre 13 lui déplaît mais pas au point de l'empêcher de constituer, si on le désire, une phrase de 13 lettres. Ce travail automatique et continu qui se passe en lui ne l'entrave nullement dans l'exercice de sa profession, ne l'empêche pas de lire un livre ou de tenir une conversation.

Ankylose de la hanche en position vicieuse.

M. Bigouin. — Ce jeune homme, qui a aujourd'hui vingt-deux ans, a été atteint, de sept à quatorze ans, d'une coxalgie. Pendant le cours de sa maladie, il continua à marcher. Il guérit malgré cela par ankylose, mais garda une position vicieuse de sa cuisse qui se trouve fixée à angle droit sur le bassin.

Pour la corriger, M. Demons a eu recours à l'ostéotomie sous-trochantérienne transversale, suivie de l'application d'un appareil à extension continue. Le résultat a été excellent. Le jeune homme marche presque sans boiter et s'améliorera encore par la suite.

Recherches expérimentales sur l'action des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, dans les suppurations du globe oculaire.

MM. Fromanget et **Laffay**. — L'action heureuse des injections sous-conjonctivales de sels de mercure dans les cas d'infection de l'œil, et en particulier dans les kératites suppuratives est aujourd'hui reconnue en clinique. Nous avons eu l'idée de rechercher expérimentalement leur valeur thérapeutique, les employant à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique.

Le 4 février, à 8 heures du matin nous inoculons avec un couteau à paracentèse les deux cornées d'un lapin avec une culture pure de staphylocoque datant de 48 heures.

Nous avons ainsi provoqué en moins de deux jours, une infection très grave presque foudroyante des deux yeux, caractérisée par de la *kératite et de l'irido-choroïdite suppuratives.*

Nous abandonnons l'œil *droit* à la marche de l'infection. Du *côté gauche* au contraire nous injectons sous la conjonctive un quart de centimètre cube d'une solution de cyanure, de mercure 0,10/10 soit 25 milligrammes de sel hydrargyrique. *Le 8 février* on constate que *l'œil droit* non traité présente un abcès cornéen plus volumineux et un staphylome dans la région ciliaire qui se rompt pendant les mouvements de défense de l'animal. *L'œil gauche* présente un bourrelet chémotique très prononcé. Mais l'abcès a diminué de volume, la suppuration de la cornée paraît arrêtée. Pas le moindre symptôme de panophtalmite.

Le *10 février* la panophtalmite progresse à *droite* : à *gauche* l'abcès de la cornée a diminué, il n'y a pas d'hypopyon.

Le *13 février* la différence persiste. Aujourd'hui 15 février, *l'œil droit* fait une saillie énorme hors des paupières. La cornée infiltrée, staphylomateuse s'est rompue. Le phlegmon de l'œil est en pleine évolution.

A *gauche*, l'œil est enfoncé dans l'orbite. Le lobe atrophié, mou, fait de la phthisie aiguë. *Mais tous les phénomènes suppuratifs ont disparu.* Ces phénomènes d'atrophie sont la conséquence de l'irido-choroïdite infectieuse que nous avons provoquée.

Il ressort de cette expérience *qu'une panophtalmite suppurative* a été arrêtée dans sa marche par une injection sous-conjonctivale, de cyanure de mercure.

Nous avons expérimenté, sur un autre lapin. Nous avons fait pénétrer la culture de staphylocoque dans la chambre antérieure. Deux jours après éclataient des symptômes de panophtalmite. Elle a évolué rapidement *à droite* et abouti *à la perforation* le 10 février. A gauche, les abcès cornéens ont été arrêtés dans leur marche par une injection d'un tiers de centimètre cube et les phénomènes suppuratifs se sont arrêtés jusqu'au 12 février, où il se fait une nouvelle poussée suppurative, que nous avons, ce matin, tenté d'arrêter par le même moyen.

Ces deux résultats prouvent que les injections sous-conjonctivales peuvent retarder et même arrêter complètement les infections microbiennes du globe oculaire. Comment agissent-elles? Nous essaierons de le démontrer par de nouvelles recherches.

Double désarticulation du genou chez un hémimélien.

MM. Vénot et **Lafarelle.** — Nous avons l'honneur de vous présenter des pièces provenant d'un jeune hémimélien âgé de 10 ans. Ce sont les portions des membres inférieurs, sur lesquels ont porté l'arrêt de développement. Elles correspondent au pied et à la jambe des deux côtés.

La *palpation* de la jambe permet de constater qu'il n'y a pas de *tibia;* le squelette se trouve donc réduit au péroné. Il est difficile d'apprécier l'état du squelette du pied et celui des muscles, qu'on peut néanmoins distinguer en *fléchisseurs* et en *extenseurs.*

Le jeune sujet ne présente point d'autres malformations. Les organes génitaux notamment ne présentent pas d'anomalies.

L'arrêt du développement était trop considérable pour qu'on pût rien espérer de l'arthrodèse; et d'autre part le jeune sujet était considérablement gêné par ces sortes d'appendices inutiles, qui à chaque mouvement, venaient lui tapoter le pubis d'une façon plutôt désagréable.

C'est une véritable désarticulation du genou qui a été pratiquée, désarticulation naturellement fort simplifiée par l'absence du tibia. Le sujet guéri sans suppuration au bout d'une dizaine de jours, marche maintenant à l'aide de deux piliers et paraît enchanté de l'opération qu'il a subie.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Bréal. — Voici des pièces provenant de l'autopsie d'un marin ayant fait sur le dos une chute de 8 à 10 mètre dans la cale d'un navire. On y trouve :

1° Un arrachement complet des apophyses épineuses des sept premières dorsales qui ont entraîné le ligament surépineux;

2° Des fractures portant sur les 2e, 3e, 4e, 5e, 6e 7e et 8e apophyses transverses du côté gauche et les 5e et 6e du côté droit;

3° Un écrasement du corps de la 5e dorsale qui a éclaté à la partie antérieure en 3 fragments;

4° La moelle est rupturée dans ses deux tiers antérieurs; le tiers postérieur n'est pas déchiré et est recouvert par les méninges en bon état.

De plus en ruginant les os, on découvre un grand nombre de petites fractures qui ont échappé à un premier examen superficiel.

Ces pièces sont intéressantes en raison de la violence du traumatisme dont il y a peu d'exemples semblables, en raison de la multiplicité des lésions.

M. Vitrac insiste sur la rareté d'un traumatisme considérable et croit que dans le cas particulier il a dû y avoir flexion latérale des plus violentes.

Sur un cas de leucémie splénique avec autopsie.

M. Carrière présente les pièces d'une malade de 19 ans, atteinte de leucémie splénique. Pendant la vie on avait constaté une teinte terreuse des téguments une hypertrophie considérable du foie et de la rate, une asthénie prononcée.

L'examen du sang a révélé : globules rouges, 2 480 000; globules blancs, 241 800. Hématies nucléées. Gros lymphocytes mous et surtout polynucléés. Cellules éosinophiles et granulations éosinophiles libres. A l'autopsie le sang a une coloration sépia, le foie est volumineux, pâle, mou et pèse 3 kil. 200. La rate est volumineuse, occupe tout le flanc gauche. Elle pèse 2 kil. 050. Périsplénite généralisée. Les poumons ne renferment pas un seul tubercule.

Micro-polyadénopathie généralisée. Le cœur est petit et pâle, les reins ont leur volume normal. Les autres organes sont sains. Les ovaires sont petits durs et sclérosés. Le corps thyroïde est normal.

M. Andérodias fait une communication sur un cas de *grenouillette sus-hyoïdienne avec épanchement dans le tissu souscutané.*

M. Antony communique une observation de *fièvre bilieuse hématurique.*

M. Gibert fait une communication sur un cas d'*hydronéphrose due à une compression par des masses tuberculeuses.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Pathogénie du pied bot congénital (p. 265).
PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire (p. 269).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Pleurésie traumatique. — Œdème névropathique éléphantiasique. — Végétations adénoïdes dans le pharynx nasal. — Bactériologie des tumeurs adénoïdes. — Neurofibromatose (p. 270). — Ankylose du coude. — Résection du coude. — Fractures de la rotule. — Uréthrite chronique. — Contractures hystériques. — Nouvelle théorie de l'asthme (p. 271).
REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie* : Uréthrite chronique. — Culture du gonocoque. — Tuberculose de la prostate. — Stérilisation des sondes. — *Médecine* : Toxines streptococciques et toxines colibacillaires. — Digitaline. — Vertige auriculaire (p. 272). — Carcinome de l'estomac.
MÉDECINE PRATIQUE. — Coloration des solutions antiseptiques (p. 273). — Sulfibenzoate de soude. — Sulfate de magnésie. — Bismal (p. 274).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — La démoralisation professionnelle. Propositions faites en vue d'en arrêter les progrès (p. 275).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Contribution à la pathogénie du pied bot congénital,

Par Dr Léon Courtillier,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine, ancien interne des hôpitaux.

et M. le Dr Gustave Durante
Ancien interne des hôpitaux.

La question de la pathogénie du pied bot congénital, qui est une de celles qui a soulevé le plus de discussions, a donné naissance à plusieurs théories pour expliquer la malformation. Parmi les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, certains ont voulu expliquer le développement du pied bot congénital par une théorie musculaire, d'autres lui reconnaître une autre origine osseuse. Cette multiplicité même d'opinions semble indiquer soit que les causes de cette difformité sont éminemment variables et que l'on ne peut, par conséquent, faire cadrer tous les cas dans une même hypothèse soit que, au contraire, les théories émises jusqu'à ce jour sont insuffisantes pour expliquer tous les faits.

Les causes du pied bot congénital sont multiples, il est vrai, mais point n'est besoin d'une nouvelle hypothèse pour expliquer la malformation. A telle théorie émise revient un certain nombre de cas, telle autre s'applique à certains autres faits; il reste à savoir quelle est celle qui s'adapte au plus grand nombre de cas, sur quelle base elle repose et quel service elle peut rendre au point de vue du traitement.

Nous éliminons de cette étude les pieds bots congénitaux qui relèvent d'une *contracture* que l'on rencontre dans la maladie de Little, la maladie de Friedreich et autres affections à localisation centrale actuellement élucidée.

L'observation suivante, extraite d'un mémoire dont les conclusions ont été publiées ailleurs par l'un de nous (1), forme, avec le cas de Michaud (2), la seconde preuve de l'existence d'une lésion *médullaire* comme cause productrice du pied bot congénital. Nous tenons à attirer l'attention sur ce fait que l'examen histologique de la moëlle ne saurait avoir été influencé par une idée préconçue puisqu'il a été pratiqué par l'un de nous ignorant absolument la provenance de cette moelle.

La nommée Juliette F..., âgée de 7 mois, a été admise le 29 avril 1896 à la salle Trousseau dans le service de M. le Dr Josias pour une broncho-pneumonie datant de 48 heures. L'enfant, atteinte d'un double pied bot congénital varus équin, mourut de son affection pulmonaire le lendemain de son entrée.

Aucun autre renseignement.

Notre excellent collègue et ami Roux a mis à notre disposition le corps de cette enfant.

Le corps, petit, émacié, à part la lésion pulmonaire, ne présente rien d'anormal en dehors de la lésion de pieds. On se trouve en présence d'un double pied bot congénital en varus équin très accentué, mais plus prononcé du côté gauche où la déviation est irréductible. Des deux côtés, l'adduction est très marquée, le bord interne du pied forme un angle droit avec le bord interne de la jambe. Forte supination du pied : la face plantaire presque verticale regarde en arrière et un peu en bas.

Aucune saillie anormale à la face dorsale du pied qui est régulièrement convexe dans toute son étendue,

La peau fine est presque dépourvue de graisse; les muscles de la jambe sont petits, de coloration un peu grisâtre, mais aucun n'est ni fibreux, ni graisseux.

Le tendon du jambier antérieur forme la corde de l'arc formé par le bord interne du pied et la face interne du tibia; le tendon de l'extenseur propre du gros orteil suit cet arc osseux. Ces deux tendons sont déplacés en dedans et plus éloignés du tendon extenseur commun qu'à l'état normal. En faisant mouvoir ce dernier muscle on s'aperçoit que le tendon ne glisse pas dans la gaine, à cause d'un étranglement formé par le ligament annulaire antérieur du tarse. Rétréci sur une longueur de 8 à 10 millimètres, le tendon a un volume supérieur, mais normal, au-dessus et au-dessous de ce point.

Sur la face externe du calcanéum, les tendons péroniers présentent eux aussi un étranglement qui correspond à toute la largeur de leur gaine fibreuse. La partie sous-jacente, aplatie, pénètre difficilement dans la gaine, même si on opère une forte traction. De plus, la gouttière du long péronier présente en son milieu une saillie transversale, conformée en dos d'âne, perpendiculaire à son grand axe.

Le tendon d'Achille ne fait aucune saillie. Il est fortement appliqué contre l'articulation péronéo-tibiale inférieure, sur le même plan que les tendons des péroniers et dehors et celui de tendons des muscles profonds de la jambe en dedans. On sectionne ce tendon à 3 centimètres au-dessus de ses insertions calcanéennes et, malgré cela, on ne peut corriger l'équinisme. Pendant le mouvement de flexion que l'on tente d'opérer, le fragment inférieur du tendon ne bouge pas. De plus on constate qu'il est impossible de le récliner. Il existe en effet sur une hauteur de 1 centimètre, sur toute la largeur de sa face antérieure, un épaississement fibreux très dense qui l'unit intimement à la partie postérieure de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et aussi aux portions osseuses voisines du tibia et du péroné Une fois cette adhérence très puissante coupée, l'équinisme se laisse corriger en grande partie.

Les tendons des autres muscles sont normaux, ceux des jambiers antérieur et postérieur forment, avec le scaphoïde très adhérent à la pointe de la malléole tibiale, une sangle qui contourne l'extrémité de cette malléole.

Le ligament deltoïdien, par son faisceau antérieur très épais et très court, immobilise le scaphoïde contre la malléole. Ce faisceau scaphoïdien se continue sans ligne de démarcation avec un très épais faisceau astragalien (face interne du col et face interne de l'astragale), lequel se continue par de gros faisceaux fibreux qui réunissent toute la face interne de la malléole et

1. Léon Courtillier, Contribution à l'étude du pied bot congénital (Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 5 décembre 1896, et *Archives générales de médecine*, 1897).
2. Michaud, *Archives de physiologie*, t. III, 1870.

toute la face externe de l'astragale, de telle sorte qu'il n'y a plus de surface articulaire en ce point.

Les autres ligaments ne présentent rien de particulier. A signaler toutefois la forte sangle que forme le ligament annulaire antérieur épaissi sur le col de l'astragale et le bride.

L'astragale est en position normale, sans aucune modification du corps que celle d'absence de surface articulaire interne, occupée par des adhérences fibreuses.

Le col est nettement tordu en dedans et un peu en bas. La surface antérieure de la tête n'est pas déshabitée par le scaphoïde, il n'y a, en effet, sur un minime croissant externe, que de très légères adhérences avec la capsule articulaire.

Le calcanéum, concave en bas, l'est aussi en dedans, et de plus, tordu sur son axe. Il a suivi la déviation du col de l'astragale.

Le scaphoïde et le cuboïde ont suivi le même mouvement sans se luxer sur le tarse postérieur, de telle sorte que la face dorsale du tarse offre une convexité régulière, sans saillie anormale. La malléole interne n'était que peu développée et le tibia était incurvé en avant dans son tiers inférieur, ce qui fait que la malléole péronéale paraissait reportée en arrière.

Le pied droit, presque aussi dévié que le gauche, est toutefois plus réductible. Le tendon d'Achille n'offre aucune adhérence sur sa face antérieure. Les tendons des muscles extenseur commun et péroniers latéraux ne présentent pas d'étranglement dans leurs gaines fibreuses.

Toutes les adhérences ligamenteuses ou fibreuses sont moins fortes. Les déformations osseuses sont à peu près semblables à celles du côté opposé.

Examen histologique de la moelle. — Dans la moitié supérieure de la *région lombaire* (voir fig. 1) (1) on constate

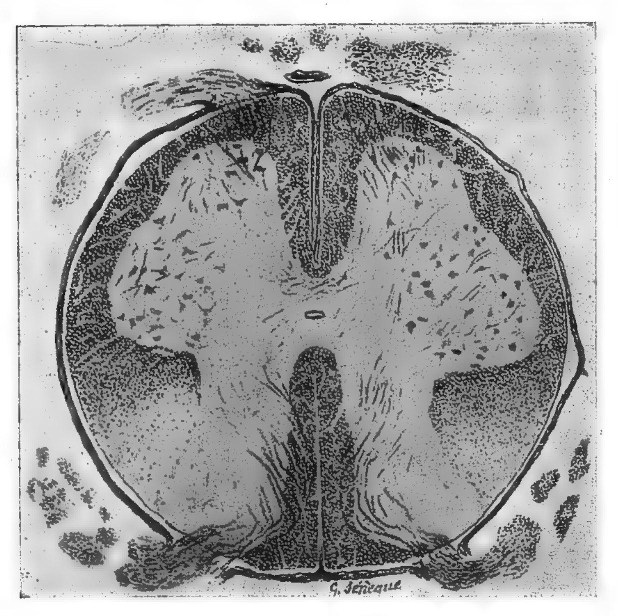


Fig. 1. — Moelle lombaire.

les lésions suivantes : dans la *substance grise*, le chevelu est un peu moins fourni des deux côtés que normalement; peut-être est-il un peu plus rare à gauche qu'à droite, mais cette différence est peu sensible. Les cellules des cornes antérieures paraissent normales, cependant elles sont un peu moins nombreuses à gauche; cette diminution porte surtout sur les groupes antérieurs. La corne antérieure gauche est, du reste, un peu plus étroite que la droite. Les cornes postérieures sont normales. Les faisceaux pyramidaux croisés sont malades des deux côtés, mais leur altération est beaucoup plus intense et étendue à *gauche* qu'à droite.

Par les coupes colorées au Pal, les tubes nerveux font presque complètement défaut de ce côté dans la moitié postérieure de ce faisceau. En se portant en avant, les tubes se montrent de plus en plus nombreux pour redevenir en nombre normal à la hauteur d'une ligne horizontale passant par le canal de l'épendyme. Cette altération s'étend en largeur de la corne postérieure à la surface de la moelle. A *droite* on retrouve la même lésion, mais moins intense. C'est également la portion postérieure du faisceau pyramidal croisé qui est la plus atteinte, les tubes nerveux y sont très rares, mais l'altération est moins intense que de l'autre côté. Le reste des cordons antéro-latéraux ainsi que les cordons postérieurs ne présentent pas de différence à droite et à gauche, mais les gaines de myéline sont en général minces et les coupes ne se colorent qu'imparfaitement par le Pal et le Weigert.

Les racines, tant antérieures que postérieures, paraissent un peu moins fournies en tubes nerveux que normalement, mais ceux-ci sont notablement plus clairsemés à gauche qu'à droite. Cependant, par le picro-carmin, on retrouve un beaucoup plus grand nombre de cylindres-axes, mais il existe beaucoup de fibres grêles à cylindres-axes paraissant amincis, comme atrophiés et entourés d'une gaine de myéline très étroite prenant mal l'hématoxyline.

En somme, dans les racines il semble qu'il y ait plus atrophie que destruction des éléments nerveux. C'est le contraire pour les faisceaux pyramidaux où il y a disparition d'un grand nombre de tubes nerveux, myéline et cylindre-axe.

Dans la région *lombaire inférieure* on observe les mêmes lésions des faisceaux pyramidaux, mais la substance grise est normale et identique des deux côtés.

Les régions dorsale et cervicale contrastent avec les précédentes par la coloration facile et intense des cordons blancs par le Pal.

Dans la région *dorsale inférieure*, la corne antérieure gauche est sensiblement plus étroite que la droite, et ses cellules sont beaucoup moins nombreuses. Le chevelu, pauvre des deux côtés, l'est également un peu plus du côté gauche. La colonne de Clarke gauche présente, ainsi, sensiblement moins de cellules à gauche qu'à droite.

Le faisceau pyramidal droit est normal.

Le faisceau pyramidal croisé gauche est plus clair que son congénère du côté opposé, mais en examinant à un fort grossissement, et en étudiant les coupes colorées au picro-carmin, on peut s'assurer qu'il ne s'agit pas ici d'une destruction de tubes mais de leur *atrophie*, la diminution générale de leur calibre amenant un espacement de ces éléments sans que l'on puisse parler de sclérose ni de destruction de tubes nerveux.

Les autres faisceaux sont normaux et se colorent parfaitement.

Les racines sont normales et semblables des deux côtés, sauf la racine antérieure gauche qui, à côté d'une majorité de grosses fibres normales, contient plusieurs petits faisceaux de fibres grêles presque sans myéline, que l'on ne retrouve pas de l'autre côté.

Dans la région *dorsale moyenne* la substance grise redevient symétrique et normale. La lésion pyramidale ne tarde pas à disparaître complètement.

Région cervicale (fig. 2). — La substance grise est, ici, normale, ainsi que les racines. Les ganglions spinaux paraissent normaux. Les cordons blancs se colorent forte-

1. Nous tenons à remercier ici M. le Dr Sénèque à l'obligeance duquel nous devons les figures qui accompagnent cet article.

ment. Sauf deux très petites taches de sclérose périvasculaire ayant détruit quelques tubes sur le bord des cordons antérieurs, il n'existe nulle part de dégénérescence; ces taches, du reste, très limitées, semblent d'origine méningée et ne se retrouvent que sur quelques coupes.

Disons cependant que les faisceaux pyramidaux croisés et les faisceaux cérébelleux directs sont ici très nettement séparés, les seconds étant formés, surtout dans la moitié postérieure, de tubes nerveux presque deux fois plus gros que les premiers. Cependant les tubes nerveux du faisceau pyramidal sont bien serrés les uns contre les autres, et, quoique leur myéline se colore un peu moins fortement que celle des faisceaux cérébelleux, on ne saurait affirmer ici l'existence même d'une atrophie légère de ces éléments.

Dans cette région, la portion antérieure du faisceau cérébelleux et le faisceau Gowers, présentent des deux côtés une disposition très spéciale. Leurs fibres, au lieu d'affecter une direction verticale, sont plus ou moins *obliques*, plusieurs mêmes sont presque parallèles à la surface de la coupe sur une certaine longueur. En outre, écartées par les vaisseaux de la piemère qui pénètrent à ce niveau, elles les entourent, s'enroulent plus ou moins autour d'eux et donnent parfois l'apparence de tourbillons ou de zigzags. A ce niveau, les bords de la moelle, recouverts d'une mince piemère, sont un peu irréguliers, l'apparence variant, du reste, d'une coupe à l'autre.

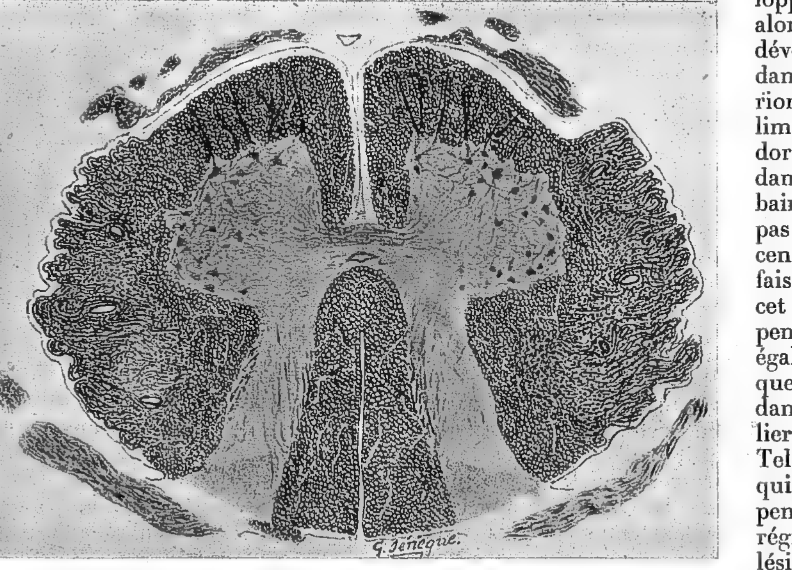


Fig. 2. — Moelle cervicale.

Les cornes et les cordons antérieurs et postérieurs sont par contre absolument normaux et l'émission des racines paraît s'opérer comme d'habitude. Le faisceau latéral profond est également normal. La disposition anormale ne s'observe que dans la moitié externe de la portion moyenne des faisceaux latéraux.

Le *bulbe* est normal.

Au point de vue histologique nous avons trouvé, en résumé, dans cette moelle des lésions de la substance blanche ou de la substance grise localisées surtout dans la région lombaire supérieure.

Quoique ayant coupé presque en totalité la région lombaire et dorsale inférieure, nulle part nous n'avons observé de foyer ancien ou récent, même minime dans les cornes, ce qui distingue ce cas des faits de paralysie infantile.

Dans la substance grise il s'agit d'une atrophie avec diminution des cellules et du chevelu de la corne antérieure gauche portant uniquement sur la région dorso-lombaire. La même lésion s'observe dans la colonne de Clarke gauche et la région dorsale inférieure. Il est impossible d'affirmer si la substance grise de cette région est absolument saine à droite, mais en tous cas elle est moins atteinte. Les vaisseaux sont normaux, leurs parois ne sont pas épaissies. Les cellules nerveuses que l'on trouve paraissent normales, autant qu'on peut en juger dans une pièce conservée dans le liquide de Müller.

Dans les cordons blancs, seul les faisceaux pyramidaux sont malades, et cela des deux côtés, mais avec une grande prédominance à gauche.

Dans la région lombaire, il s'agit d'une disparition d'un grand nombre de tubes nerveux et de l'altération de la plupart des autres. On se trouve donc en présence d'une véritable dégénérescence dans le sens habituel de ce mot. Dans la région dorsale inférieure, les tubes nerveux sont conservés mais atrophiés. On ne saurait nous objecter qu'il s'agit ici d'un faisceau pyramidal en voix de développement et n'ayant encore que des gaines incomplètes de myéline, car à l'âge de 7 mois ce faisceau doit être complètement développé. S'agirait-il alors d'un arrêt de développement? Mais dans ce cas nous n'aurions pas une lésion limitée à la région dorsale inférieure, et dans la région lombaire on n'observerait pas une dégénérescence vraie de ces faisceaux; en outre cet arrêt de développement s'observerait également dans la queue de cheval, où, dans le cas particulier, elle faisait défaut. Telles sont les raisons qui nous font plutôt penser que, dans la région dorsale cette lésion doit plutôt être interprétée comme une dégénérescence rétrograde ascendante des voies motrices. Cette double altération lombaire et dorsale inférieure des faisceaux pyramidaux semblerait donc correspondre à un état pathologique de la substance grise siégeant dans la région dorsale inférieure ou mieux lombaire supérieure. C'est en effet à ce niveau que l'on constate surtout une atrophie d'une corne antérieure avec diminution du nombre des cellules; cette altération aurait déterminé secondairement une dégénérescence wallérienne et rétrograde au-dessous et au-dessus de ce point, dans les voies motrices correspondantes.

L'état des racines parle également dans ce sens. Cependant il faut observer qu'il s'agit ici d'une atrophie de leurs tubes nerveux avec disparition plus ou moins complète de leur gaine de myéline plutôt que d'une dégénérescence habituelle, car la plupart des cylindres axe, quoique amincis et irréguliers, sont conservés.

Nous relèverons encore l'intégrité, au moins apparente, du faisceau cérébelleux, malgré la diminution notable des cellules de la colonne de Clarke gauche dans la région dorsale inférieure. Par contre, les racines postérieures de ce côté présentent, un peu plus bas, une atrophie notable de leurs tubes nerveux. Peut-être s'agit-il également ici d'une altération cellulipète de ces tubes nerveux, mais nous ne saurions en apporter aucune preuve absolue.

Quant à la région cervicale, elle se distingue par la dis-

position toute spéciale qu'affectent les tubes nerveux dans la moitié externe de ses cordons latéraux. Peut-être s'agit-il ici d'un mode de sortie anormal des racines, mais nous ne le croyons pas, car on observerait, dans ce cas, des fibres horizontales sur le bord même des cornes. Or, sauf en avant, où, dans la zone radiculaire antérieure, existent quelques fibres horizontales, toute la substance grise est entourée d'une épaisse zone formée uniquement de fibres verticales. Peut-être s'agit-il ici d'un mode de développement vicieux des faisceaux pyramidaux et cérébelleux. Nous nous bornons à signaler ce fait, qui se retrouve également dans l'observation de Michaud, sans chercher à résoudre une question insoluble avec les matériaux dont nous disposons.

Nous ne croyons pas que l'on puisse rattacher à cette modification cervicale les lésions pyramidales lombaires, car celles-ci vont en diminuant à mesure que l'on s'élève et semblent disparaître depuis la région dorsale moyenne.

Enfin, nulle part dans la substance grise nous n'avons observé de foyer d'aucune sorte. Dans la substance blanche existent deux petites taches minimes de sclérose péri-vasculaire sous pie-mériennes de peu d'importance. Mais pas d'épaississement notable de la méninge. Cependant on peut voir là la signature d'un état infectieux antérieur. On peut également interpréter comme dépendant de cette infection l'état de la région lombaire où tous les faisceaux blancs présentent une myéline bien plus mince et se colorant bien plus mal que dans les autres portions de la moelle.

Il semble, en résumé, que nous ayions affaire ici, à une infection ou une intoxication ayant intéressé surtout la substance grise dorso-lombaire. Si cette localisation peut être établie par l'étude histologique de cette moelle, il est, par contre, impossible d'en élucider la cause; tout au plus peut-on supposer que la région lombaire étant la dernière à posséder la structure complète, peut-être demeure-t-elle plus longtemps et plus vivement sensible aux diverses causes pathologiques qui peuvent venir, à la fin de la vie intra-utérine, intéresser le système nerveux central,

Quatre théories ont été proposées pour expliquer cette difformité. 1° La théorie par attitude vicieuse, sous l'influence d'une cause extérieure, renferme des faits qui portent tous une signature anatomique. 2° La théorie par malformation osseuse primitive relève du développement incomplet de quelques pièces du squelette qui doit être probablement d'origine nerveuse (Lannelongue). 3° La théorie par arrêt de développement peut également être rapportée à cette même origine. 4° Enfin la théorie nerveuse ou musculo-nerveuse, que nous soutenons et qui, confirmée par le cas de Michaud et par l'observation qui précède, s'appuie encore sur d'autres faits de pieds bots congénitaux que nous avons pu observer et dans lesquels on a relevé des lésions médullaires du même ordre.

Nous nous réservons de publier ces faits dans un mémoire ultérieur (1), nous bornant ici à communiquer cette seule observation à titre de document.

Comme on le voit, ces lésions semblent caractérisées par un état pathologique de la substance grise où l'on observe avant tout l'atrophie et la diminution des cellules tant des cornes antérieures que de la colonne de Clarke et peut-être également des cellules des cordons. Les lésions du chevelu et celles des cordons blancs, tant des faisceaux pyramidaux que des cordons postérieurs, nous paraissent devoir être considérées comme secondaires à celles de la substance grise. Le caractère de cette poliomyélite est d'être avant tout essentiellement *diffuse* sur une certaine hauteur. Ces lésions se différencient donc par ce fait de celles de la paralysie infantile. Cette diffusion des lésions plaide en faveur de son origine *toxique*. Si dans ce cas, faute de renseignements, cette cause nous échappe, dans un grand nombre d'autres observations que l'un de nous a recueillies, on a constamment rencontré chez les générateurs soit l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, soit une autre maladie infectieuse avant ou au cours de la grossesse. L'action des toxines n'est pas toujours égale et lorsque celles-ci n'ont détruit qu'un petit nombre d'éléments on comprend que les recherches histologiques ne puissent parvenir à déceler aucune altération. Ceci explique les nombreux résultats négatifs obtenus jusqu'ici par divers observateurs.

De l'observation précédente nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° tout d'abord on voit que les lésions osseuses et tendineuses sont beaucoup plus accusées du côté gauche. L'interprétation de ces lésions est importante au point de vue *théorique*, car elle nous montre que les déformations des os et des ligaments ont été produites par une cause qui, apparue de bonne heure, a été permanente et prolongée. La sangle formée par le scaphoïde et les jambiers antérieur et postérieur sur l'extrémité inférieure du tibia nous paraît être la cause de sa courbure et de sa projection en avant, d'où la situation postérieure apparente de la malléole externe. D'autre part, les lésions tendineuses, tant antérieures que postérieures, sont une preuve évidente de l'inertie musculaire, laquelle ne pouvait être que sous la dépendance d'un défaut d'incitation nerveuse, puisque aucun des muscles de la jambe n'est en rétraction fibreuse. Il s'ensuit donc que la lésion osseuse n'était que secondairement produite par la tonicité physiologique de certains muscles normaux privés de leurs antagonistes.

Cette assertion est confirmée par l'existence de lésions médullaires qui expliquent les déformations squelettiques intra-utérines, leur constance absolue, leur persistance et leur intensité plus ou moins grande suivant l'atteinte portée sur le système nerveux. Il découle de ce qui précède qu'un *traitement* devra être institué dès la naissance et que si la difformité résiste au massage en raison des déformations squelettiques et surtout de la rupture de l'équilibre musculaire entre antagonistes, par inertie, complète ou partielle, de certains muscles, il faudra fixer le pied en bonne position par une intervention osseuse précoce. De ce fait que le corps de l'astragale a sa forme normale, il s'ensuit que l'astragalectomie est contre-indiquée chez l'enfant qui n'a pas marché. La résection osseuse se bornera à enlever la tête et peut-être le col de l'astragale, ainsi qu'une portion plus ou moins grande de la grande apophyse du calcanéum. Après avoir corrigé le varus, il faudra détruire l'équinisme par la ténotomie du tendon d'Achille et la flexion forcée du pied. Il sera prudent de s'assurer tout d'abord si le tendon est mobilisable avec les doigts dans le sens transversal, et s'il ne l'est pas on fera précéder la ténotomie de la section verticale des adhérences antérieures.

---

1. LÉON COURTILLIER, thèse de Paris, 1897.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire

D'après la thèse de M. Choyau, Paris 1896-97, n° 117.

Il faut distinguer, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, les ruptures avec inondation du péritoine et les épanchements primitivement enkystés, véritables hématomes. Le mot hématocèle s'applique en effet aux épanchements sanguins enkystés, ou mieux collectés au voisinage de l'utérus. C'est l'affection si bien décrite par Nélaton et dont l'hématocèle rétro-utérine est le type. A côté de cette forme, on en décrit une seconde à laquelle Barnes a donné le nom « d'hématocèle cataclysmique ». Il ne faut pas confondre ces deux affections; leur cause peut être la même — une grossesse extra-utérine — mais elles sont bien différentes au point de vue de leur évolution clinique, de leur pronostic et de leur traitement. Il est du plus haut intérêt d'établir une distinction nette entre les hémorrhagies libres, intra-péritonéales et l'hématocèle vraie. « Il y a entre l'hématocèle et l'inondation péritonéale la même différence qu'entre un hématome et une hémorrhagie à sa période active. » (Thévenard.)

Ce n'est pas d'une étude générale des hémorrhagies intra-péritonéales qu'il s'agira ici; on laissera de côté l'hématocèle vraie, celle qui aboutit à la formation d'une tumeur sanguine, sans que l'hémorrhagie ait pu par son abondance mettre en danger la vie de la malade.

Il s'agira exclusivement des grossesses extra-utérines dans les 5 premiers mois, dont la rupture a interrompu l'évolution en s'accompagnant d'une hémorrhagie rapidement mortelle si l'on n'intervient pas. La thérapeutique de cet accident est tout entière contenue dans ce grand principe de chirurgie : « lorsqu'une artère saigne, il n'y a qu'un traitement à opposer : c'est d'aller porter une ligature sur le point qui donne du sang. »

La grossesse tubaire est fréquente, c'est là un fait démontré. Reste à expliquer pourquoi l'évolution jusqu'à terme est l'exception. Tous les obstacles que l'œuf fécondé va rencontrer dans son évolution découlent d'une cause unique : la non-adaptation de la trompe au rôle qui lui incombe. « La trompe est une portion des canaux de Müller assez différenciée chez la femme pour que la greffe ovulaire et la placentation y soient devenues difficiles, et pour ainsi dire hors nature, puisque ces actes se doivent passer dans un organe muni des plexus vasculaires suffisants pour l'alimentation du placenta et des plexus musculaires nécessaires pour l'expulsion du fœtus à terme, et que la trompe ne possède à un degré suffisant ni ces vaisseaux, ni ces muscles. » (Pilliet.)

L'œuf greffé doit, pour prospérer, recevoir une nourriture abondante : les vaisseaux augmentent de volume et se multiplient dans la trompe et dans le ligament large. Cet ovule arrêté dans sa migration est la cause d'un énorme varicocèle physiologique. Ceci nous explique déjà comment une déchirure, même légère pourra dans une semblable région devenir l'origine d'une hémorrhagie considérable. Ne voit-on pas dans l'observation de Bianchi, les dimensions de la rupture ne pas dépasser le volume d'un grain de blé, dans celle de Köner le volume d'une tête d'épingle et cependant l'hémorrhagie être assez abondante pour emporter les malades?

Le placenta siège sur le côté opposé à l'insertion ligamenteuse de la trompe. Les villosités pénètrent la muqueuse à la recherche des vaisseaux maternels. La paroi de la trompe se creuse de grands espaces sanguins, où les villosités se baignent dans le sang maternel. Vascularisation exagérée, distension et amincissement des parois de la trompe, voilà réalisées les conditions qui font prévoir la rupture. Celle-ci survient entre la 4e et la 12e semaine. Elle peut se faire dans le péritoine ou dans le ligament large. Lorsqu'elle se fait dans le péritoine elle peut provoquer d'emblée l'inondation péritonéale ou bien donner naissance à une hématocèle qui, sous l'influence d'une nouvelle poussée hémorrhagique, se rompra dans le péritoine : d'où la forme dite cataclysmique secondaire.

Que devient le sang épanché dans le péritoine? Les expériences entreprises pour étudier la question ont montré que le sang épanché dans un péritoine à épithélium sain n'a aucune tendance à la coagulation. Les résultats obtenus par Laborde, Poncet, Veit sont unanimes sur ce point. De plus il y a, dans un péritoine sain, résorption très rapide du sang. Mais si la quantité de sang répandue est considérable, et c'est le cas dans la rupture tubaire, il se forme dans la masse liquide des caillots assez nombreux qui jouent le rôle de corps étranger, altèrent le péritoine et diminuent son pouvoir de résorption. A plus forte raison, si la séreuse est altérée avant l'hémorrhagie, le sang ne se résorbe pas, se coagule; il y a enkystement de l'épanchement. On pourrait ainsi peut-être dire : dans péritoine malade, petit épanchement; dans péritoine sain, grand épanchement. Théoriquement l'inondation péritonéale devrait presque toujours suivre la rupture; or, la clinique montre que les cas où l'hémostase se fait seule sont les plus fréquents. Il n'en est pas moins vrai que l'inondation sanguine péritonéale est plus fréquente qu'on ne le pense.

Le diagnostic de grand épanchement sanguin dans le péritoine peut être fait grâce au début brusque, avec douleur atroce, à la pâleur des téguments, la décoloration brusque des muqueuses, la faiblesse de la voix, la petitesse et la rapidité du pouls, les syncopes et l'hypothermie. Si le diagnostic de grossesse tubaire a été antérieurement posé, la nature des accidents n'échappe pas; mais ce n'est pas dans de semblables conditions qu'on est appelé d'ordinaire à faire le diagnostic. Et alors, après avoir interrogé la malade ou son entourage et avoir souvent recueilli des renseignements précieux — multiparité, troubles pelviens antérieurs, période de stérilité assez longue, symptômes de grossesse au début, troubles menstruels — on pratiquera le toucher vaginal combiné avec le palper de l'abdomen. La percussion pourra révéler de la matité dans les parties déclives de l'abdomen. Le toucher vaginal donne rarement d'utiles indications sur la présence de l'épanchement : au début de l'hémorrhagie on ne sent rien dans les culs-de-sac. Mais l'exploration de l'utérus fournit d'utiles renseignements. Le col est gros, ramolli, entr'ouvert; le corps est augmenté de volume. Parfois la présence d'une tumeur douloureuse sur les côtés de l'utérus viendra plus nettement encore affirmer la présence de la grossesse tubaire. Quant à diagnostiquer si la rupture est intra- ou extra-péritonéale, ce sera impossible dans la plupart des cas.

La voie suivie par le chirurgien est bien nettement établie : c'est à la voie abdominale que l'on donne la préférence, réservant la voie vaginale aux hématocèles enkystées pour lesquelles on intervient à froid, quand tout symptôme aigu a disparu. Ce n'est pas sur le mode d'intervention que l'on discute, mais sur l'opportunité de celle-ci.

En fait, les chirurgiens sont divisés en deux camps : les interventionnistes et les abstentionnistes. Pour ceux-ci, l'hémorrhagie ne serait presque jamais mortelle et derrière ces symptômes dramatiques se cacherait un accident plus effrayant que dangereux, dont le traitement médical se rendrait aisément maître. En outre, dans les cas rares suivis de mort, l'état de la malade est trop grave pour que l'intervention ait un résultat heureux. A cela les partisans de l'intervention répondent par des faits. D'une part, en montrant, chiffres en mains, la mortalité considérable que fournit l'expectation, d'autre part en faisant constater les bons résultats que donne l'intervention, même pratiquée *in extremis*, alors qu'elle n'est plus considérée que comme un pis-aller. Le résultat de l'expectation donne, d'après le relevé de Cestan 85,8 p. 100 de mortalité. Ces chiffres ne doivent pas être pris à la lettre, mais, tels qu'ils sont, ils n'en démontrent pas moins la gravité de l'accident et la prédominance des cas mortels sur les cas à terminaison heureuse. Au contraire les interventionnistes comptent de beaux succès.

Tait a 40 succès sur 42 interventions, ce qui donne 95 p. 100 de guérison.

Vasten, 2 morts sur 18 laparotomies, soit 88 p. 100.

Les résultats recueillis par Cestan, résultats dont la valeur est plus grande puisqu'ils appartiennent à de nombreux chirurgiens sont également excellents : 84,7 p. 100 de guérison pour les cas opérés d'urgence.

Pour L. Tait l'intervention d'urgence s'impose, lorsqu'il trouve la malade en danger de mort, dans des conditions où

l'abdomen ne semble pas renfermer de tumeur maligne, mais où le diagnostic ferme est impossible. C'est un des cas où la laparotomie exploratrice a conservé tous ses droits.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Sturdza (C. G.). *De la pleurésie traumatique.* N° 67. (H. Jouve.)

M. Lourier (André). *Etude sur l'œdème névropathique éléphantiasique.* N° 150 (H. Jouve.)

M. Deglaire (Léon). *Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, chez l'enfant en particulier.* N° 161. (H. Jouve.)

M. Gourc (Louis). *L'amygdale de W. Meyer. Bactériologie (201 culture, 12 inoculations) des tumeurs adénoïdes, rapports avec les déformations de voûte platine et les déviations dentaires.* N° 175. (Carré et Naud.)

M. Feindel (Es.). *Sur quatre cas de neurofibromatose généralisée.* N° 104.

M. Goguel (Georges-Frédéric-Emmanuel). *De l'intervention chirurgicale dans les ankyloses du coude consécutives à des traumatismes.* N° 44.

M. Andreau. *Contribution à l'étude des résultats éloignés de la résection du coude d'après la statistique de M. le Dr Lucas-Chamaionnière.* N° 86.

M. Aron. *Du traitement des fractures de la rotule par le procédé de cerclage.* N° 113.

M. Martinais (J.). *Traitement de l'uréthrite chronique par les lavages antiseptiques méthodiques de l'urèthre.* N° 151.

M. Roux. (Charles) *Étude de quelques formes rares de contractures hystériques.* N° 202. (A. Maloine.)

M. Kuss (Charles), *Une nouvelle théorie de l'asthme.* N° 203. (Ollier-Henry.)

La pleurésie traumatique peut revêtir denx formes, l'une séreuse, l'autre purulente. La pleurésie traumatique séreuse est une complication fréquente des fractures de côte; moins souvent, elle survient après une simple contusion de la cage thoracique. Ses symptômes ne diffèrent que peu de ceux de la pleurésie commune. Pourtant sa marche est plus rapide. M. C. G. Sturdza considère que son pronostic est essentiellement bénin, et la guérison est la règle à peu près constante.

La forme purulente ne se rencontre guère qu'avec un épanchement gazeux, car l'épanchement séreux ne suppure pas.

La pleurésie traumatique, quelle qu'en soit la forme, est à peu près constamment liée à un certain degré de congestion pulmonaire, c'est une pleuro-pneumonie.

Le traitement dans la forme séreuse est l'expectative, à moins d'un gros épanchement justiciable alors de la thoracentèse. Dans la forme purulente le traitement est celui de toutes les pleurésies purulentes.

Les troubles vaso-moteurs qui président à la pathologie des œdèmes névropatiques peuvent finalement produire un éléphantiasis de la région atteinte. Cette lésion, qu'étudie M. Lourier, survient comme complication dans un grand nombre d'affections du système nerveux, ou le plus souvent chez des sujets indemnes, chez les névropathes. Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Une fois les lésions éléphantiasiques constituées l'affection est pour ainsi dire incurable : la compression seule apporte quelque amélioration.

Le pseudo-éléphantiasis névropathique et le pseudo-lipome arthritique ont un certain degré de parenté : ce sont des manifestations arthritico-névropathiques.

Les végétations adénoïdes se rencontrent assez fréquemment dans la cavité naso-pharyngienne des enfants. Ordinairement, elles trahissent leur présence par un faciès caractéristique. Mais elles peuvent ne se révéler que par des troubles éloignés, des troubles nerveux en particulier. Aussi M. Deglaire pense-t-il que, lorsqu'on se trouve en présence de certains désordres nerveux (asthmes, laryngite striduleuse, céphalée, incontinence d'urine, etc.), surtout si les traitements essayés ont échoué, il faut penser à la présence possible des végétations adénoïdes. Si l'examen local a révélé la présence des végétations, il faut les enlever : on obtiendra souvent ainsi la disparition des phénomènes.

Les végétations adénoïdes et leurs cryptes ne contiennent pas de bacilles de Koch. L'adénoïdite lacunaire latente enkystée est une rareté. Certains érysipèles de la face peuvent être, pour M. Gourc, expliqués par la présence des streptocoques dans les végétations adénoïdes. Le mucus des végétations adénoïdes n'a aucune propriété bactéricide. Les glandes de la pituitaire tant semblables aux précédentes, nous pouvons conclure par analogie que le mucus nasal lui aussi n'est pas bactéricide. Les angine ou laryngites métastatiques trouvent leur étiologie dans les éléments que nous avons trouvés par nos ensemencements. Le rétrécissement du nez, l'ogivité de la voûte palatine, les déviations dentaires sont des manifestations qu'on trouve chez les dolichocéphales et qui sont dues à une cause générale héréditaire, scrofulose, rachitisme, lymphatisme, on trouve *en même temps* des végétations adénoïdes, mais celles-ci ne provoquent pas directement ces désordres. Il faut opérer complètement : il n'y a pas de récidives; les végétations adénoïdes oubliées ne s'atrophient pas par le seul fait qu'il y a eu intervention. Sans vouloir nier complètement qu'il existe des végétations adénoïdes qui peuvent être tuberculisées, nous pouvons affirmer que ce fait est d'une immense rareté puisque nous n'avons pas trouvé un seul cas sur 201 examens pratiqués.

L'affection connue sous le nom de neurofibromatose généralisée est caractérisée :

1° Par des phénomènes physiques, la triade symptomatique : tumeurs cutanées, tumeurs des nerfs, pigmentation de la peau.

2° Par des symptômes fonctionnels divers, qui semblent en rapport avec ces signes physiques; les uns troublent l'*intelligence* :difficulté à apprendre, perte de la mémoire, état mental anormal. D'autres concernent la *motilité* : paresse, lenteur, lourdeur des mouvements, tremblements, attaques épileptiformes; d'autres la *sensibilité* : anesthésies vagues, crampes douloureuses, sensation de lourdeur dans la tête.

Cette maladie, étudiée par M. E. Feindel, peut affecter tous les organes de provenance ectodermique et est d'origine congénitales.

Les éléments de l'ectoderme, primitivement malformés, peuvent le demeurer à des degrés divers et amener l'éclosion des symptômes qui seront apparents dès la naissance (neurofibromatose généralisée dite congénitale), dans le premier âge, ou plus tardivement, sous l'influence d'une cause occasionnelle manifeste (traumatisme, infection, intoxication), qui semble alors être le seul facteur étiologique de l'affection.

La malformation primitive des cellules ectodermiques et, secondairement, leur lésion font naître les symptômes de la maladie ; du côté des centres nerveux, la lésion des éléments se manifeste par la présence de troubles fonctionnels divers et peut-être aussi par certaines variétés de pigmentations cutanées; sur l'épiderme, la lésion des éléments est l'origine d'une partie tout au moins des taches pigmentaires; enfin les éléments qui unissent la peau au système nerveux central, eux aussi de provenance ectodermique, sont en état d'infériorité et parce qu'ils sont malformés, et parce qu'ils conduisent des impressions imparfaites.

Il en résulte qu'au contact de l'élément conducteur se développent des tératomes. Ces tumeurs peuvent apparaître sur toute la longueur du conducteur, aussi bien sur le trajet du tronc nerveux que sur celui du rameau, et aussi peut-être sur les infimes divisions de la fibre qui s'épanouissent à la périphérie après avoir perdu leur myéline.

La production tératome est un premier pas fait dans un processus de prolifération. Ultérieurement cette prolifération peut augmenter d'intensité tout en restant de même nature, pro-

duire d'énormes fibromes, ou s'accompagner d'un retour à l'état embryonnaire, et alors constituer un sarcome avec toute sa malignité.

Les ankyloses post-traumatiques du coude non réductibles, sont justiciables d'une intervention sanglante, sauf dans les cas où elle est contre-indiquée par la vieillesse, l'état d'affaiblissement et de cachexie du sujet, la première enfance, les attaques répétées de rhumatisme, la trop grande anncienneté de l'ankylose entraînant l'atrophie musculaire.

Les indications formelles sont, pour M. Goguel : l'âge du sujet, la position de l'ankylose, les ankyloses doubles. L'âge adulte, c'est-à-dire de 15 à 25 ans, est la période la plus favorable pour le succès de l'intervention.

On devra toujours tenter, avant toute intervention sanglante, la réduction de la luxation sous le chloroforme par les méthodes ordinaires, mais sans insister trop longtemps. En cas d'échec on devra avoir recours à l'arthrotomie ou à la résection.

A l'arthrotomie sont réservées les ankyloses récentes produites par le simple déplacement des surfaces articulaires; les ankyloses produites par la présence d'un ostéophyte ou par un simple jetée osseuse; les ankyloses dues à la fracture d'une petite saillie osseuse articulaire; les ankyloses produites par un encroûtement cartilagineux des surfaces articulaires.

On devra s'adresser à la résection lorsque l'ankylose sera produite par un traumatisme ayant amené un grand désordre de l'articulation, lorsque la luxation très ancienne aura produit une déformation complète des surfaces articulaires, ou lorsqu'il y aura une soudure osseuse complète; dans tous les cas, en un mot, dans lesquels les surfaces articulaires primitives ne pourront plus être utilisées.

Dans tous les cas douteux, commencer par l'arthrotomie mais en faisant une incision telle qu'elle pourra servir à la résection si l'on constate que l'arthrotomie ne peut donner aucun résultat.

Toujours, il faudra toujours se souvenir que les soins consécutifs sont d'une extrême importance et que le succès dépend surtout de plusieurs facteurs importants qui sont : une antisepsie rigoureuse, un pansement bien fait, une mobilisation précoce, plus précoce à la suite de la résection qu'après l'arthrotomie, enfin une médication propre à faire recouvrer à l'articulation toute l'amplitude de ses mouvements et aux muscles toute leur force primitive.

L'importance des soins consécutifs est mise en lumière par les résultats éloignés de la résection du coude, qu'examine M. Andreau, en s'appuyant sur 36 observations recueillies dans le service de M. Lucas Championnière

Le procédé opératoire de chirurgie de Beaujon n'est autre que le procédé classique de l'incision postérieure rectiligne. Et si au point de vue fonctionnel, les résultats sont excellents, c'est à cause de la mobilisation des doigts et des jointures voisines, entreprise le lendemain même de l'opération. Après le premier pansement on commence à faire exécuter des mouvements du coude lui-même, et vers le troisième pansement l'on mobilise franchement.

Le traitement des fractures de la rotule par le procédé de cerclage imaginé par M. Berger, donne des résultats excellents, que consigne dans sa thèse M. Aron.

Ce procédé se recommande par sa simplicité et sa facilité d'exécution. Voici en quoi il consiste :

On conduit un fil d'argent suivant toute la circonférence de la rotule de manière à rassembler les fragments. A cet effet on passe un fort fil d'argent dans les insertions du triceps à la base de la rotule, puis dans les attaches tendineuses qui se font aux bords même de l'os, enfin au-dessous du fragment inférieur dans l'insertion du ligament rotulien. On rase exactement l'os, mais sans pénétrer dans l'article. Les fragments étant alors rapprochés, on tend le fil, on tord ses extrémités, on les coupe au ras et on les rabat sur l'os. On termine par la suture du périoste et des parties superficielles. On immobilise enfin le membre sur une attelle plâtrée.

Les fils cutanés sont enlevés au dixième jour; les fils osseux d'argent ou de soie sont laissés à demeure ou enlevés au bout de 6 à 8 semaines. Dès le dix-huitième jour on commence à faire marcher le malade, le genou étant maintenu raide.

Ce procédé doit être préféré à tout autre :

Lorsque le fragment inférieur est trop petit pour pouvoir se prêter à une suture osseuse régulière; que l'os est très friable et n'offre pas un point d'appui solide pour la structure osseuse, ou que les fragments sont très multiples et très irréguliers.

Il existe, dit M. Martinais, deux variétés d'uréthrite chronique d'origine blennorrhagique :

a) La blennorrhagie chronique;

b) La blennorrhée.

Le traitement de la blennorrhagie chronique est *essentiellement médical*; il comprend l'usage alternatif des antiphlgistiques et des balsamiques; cependant, à la derniers période, on peut recourir avec avantage au traitement local.

Le traitement de la blennorrhée est au contraire *essentiellement local*; il varie suivant qu'il s'agit d'une uréthrite chronique antérieure ou d'une uréthrite chronique postérieure ou plutôt à la fois antérieure et postérieure.

Le traitement de choix de l'uréthrite chronique antérieure est le lavage continu de l'urèthre antérieur à l'aide de la pression atmosphérique et d'une sonde spéciale à double courant, lavage pratiqué avec une solution de nitrate d'argent au millième, à 1 gramme 50/1000 et parfois à 2/1000.

Le traitement de l'uréthrite chronique postérieure comprend :

a) L'anesthésie directe de l'urèthre :

b) Un lavage de la vessie *sans sonde* avec une solution saturée et tiède d'acide borique;

c) Une injection *sans sonde* de 25 grammes de l'une des solutions de nitrate d'argent déjà indiquées.

Un diagnostic précis de l'uréthrite postérieure est absolument nécessaire, car il est au moins inutile d'injecter un liquide antiseptique dans l'urèthre postérieur lorsque l'inflammation est limitée à l'urèthre antérieur. Ce diagnostic ne peut être fait qu'à l'aide du lavage continu de l'urèthre antérieur pratiqué avec la sonde à double courant et suivi de la miction dans deux verres à expérience, en ayant soin de recueillir le premier jet seulement dans le premier verre.

A côté des formes étendues et communes de contractures hystériques, il en est de localisées qui entraînent des attitudes vicieuses, simulant des affections organiques. C'est à celles-ci qu'est consacrée l'étude de M. Roux. Il existe un *pied bot hystérique*, et des déviations du rachis pouvant, suivant leur siège et leur forme, simuler le torticolis vrai, la scoliose, la cyphose. Il y a donc des torticolis, des scolioses, et des cyphoses hystériques.

La contracture peut porter sur les deux masses communes et fixer la colonne vertébrale rigide dans l'extension, simulant absolument le mal de Pott.

Le diagnostic de ces manifestations hystériques peut cependant être fait, si l'on recherche avec soin les stigmates de la névrose, et particulièrement le tremblement spasmodique des paupières. L'intensité de la contracture, son mode de début sont encore des signes en faveur de la nature hystérique, signes que confirme la disparition brusque par le sommeil hypnotique et la suggestion, ou l'anesthésie chloroformique.

Le pronostic, peu grave en général, est plus sérieux pour le pied-bot hystérique, surtout si l'affection a duré longtemps.

L'hypnose est rarement indiquée, on tentera plutôt l'anesthésie générale, et c'est seulement s'il persiste une attitude vicieuse, après guérison de la contracture qu'on pourra soulever la question d'une intervention chirurgicale.

Pour M. Kuss parmi les causes diverses qui occasionnent la dyspnée asthmatique vraie, la principale est un défaut d'évaporation résultant d'un manque de liquide dans les cellules épithéliales des vésicules pulmonaires.

Ce manque de liquide doit être attribué à l'action de réflexes émanés de diverses sources sur les vaso-moteurs commandant la nutrition de la cellule épithéliale.

Le manque d'évaporation réduit l'hématose à une simple action d'ordre physique, insuffisante, quand elle succède brusquement à l'état physiologique; car elle produit le même effet

qu'une réduction subite et considérable de la surface intrapulmonaire active.

L'état convulsif des muscles de la respiration peut aussi bien être une suite de cet état dyspnéique.

Comme traitement de l'asthme, il faudra :

1° Activer la sécrétion dans la cellule épithéliale, en agissant sur les nerfs-sécrétoires (vaso-moteurs).

2° Empêcher par les diverses moyens connus, l'impression première qui détermine les réflexes nuisibles.

3° Maintenir l'intégrité physiologique et anatomique des parois alvéolaires par une nutrition appropriée.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Examen bactériologique des filaments uréthraux dans l'uréthrite chronique de l'homme (Ueber die bakteriolog. Untersuch. der Urethralfilamente u. s. w), par E. Tano (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.- u. Sex.-Org.*, 1896, vol. VII, p. 541). — L'examen bactériologique des filaments dans 30 cas d'uréthrite chronique a donné les résultats suivants:

1) Le plus grand nombre de filaments renferment des espèces bactériennes multiples parmi lesquelles les microcoques se rencontrent bien plus souvent que les bacilles; les microcoques qu'on trouve le plus souvent sont des diplocoques en biscuit.

2) Il n'existe aucun rapport entre la flore bactérienne du filament et sa forme ; il n'existe également aucun rapport entre la flore bactérienne du filament et la durée de l'écoulement catarrhal.

3) La bactériologie des filaments ne présente de variations sensibles suivant que l'individu a été ou n'a pas été sondé.

4) Sur 30 cas, l'ensemencement des filaments resta stérile chez deux individus qui ont été sondés et chez deux autres qui n'ont pas été sondés. Dans ces quatre cas les filaments étaient minimes, de sorte qu'on peut supposer que chez ces quatre malades le processus était en voie de guérison.

5) Parmi les bactéries pathogènes connues on ne trouva que le staphylocoque doré, chez un malade.

6) L'examen microscopique seul des filaments ne permet pas de juger de l'infectiosité des sécrétions uréthrales.

La culture du gonocoque (Ueber die Reinzuchtung der Gonococcus), par Jundell et Ahman (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1897, vol. XXXVIII, p. 59). — Les auteurs qui ont contrôlé les différents milieux préconisés pour la culture du gonocoque, ont trouvé ceci :

L'ensemencement du pus blennorrhagique sur urine stérilisée à 85°5 (procédé de Turro) fait trouver des diplocoques qui ne sont pas des gonocoques. Les cultures sur liquide ascitique additionné d'agar glycériné en proportion de 2 p. 100 (procédé de Wertheim) ne réussissent pas toujours : sur cinq expériences les auteurs ont eu trois échecs. Par contre l'ensemencement sur liquide d'ascite additionné d'agar préparé suivant la recette de Kiefer, donne presque toujours des résultats positifs : sur 45 ensemencements, les auteurs n'ont eu que trois insuccès. Une des cultures ainsi obtenues a été inoculé dans l'urèthre d'un vieux syphilitique n'ayant jamais eu de gonorrhée : dès le lendemain, il eut une gonorrhée qui n'est pas encore guérie au bout d'un mois.

Tuberculose de la prostate (Beitrag zur Diagnose und Therapie der Prostatatuberculose), par L. Conitzer (*Centralb. f. die Krankh d. Harn-u. Sex.-Org*, 1897, vol. VIII, p. 14). — L'observation se rapporte à un homme de 23 ans, sans antécédents génito-urinaires, pris depuis deux ans de troubles de mictions et qui entra à l'hôpital avec tous les signes d'une cystite tuberculeuse au début. L'examen du malade montre une prostate augmentée de volume, inégale, indurée, douloureuse à la pression. L'examen bactériologique de l'urine centrifugée montra la présence des bacilles tuberculeux, et l'examen cystoscopique fit voir sur la muqueuse légèrement enflammée, un nombre assez grand de tubercules miliaires.

Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, on pratiqua l'ablation du lobe droit de la prostate et le grattage du lobe gauche. L'opération, faite par la voie périnéale, amena une amélioration considérable et le malade quitta l'hôpital après avoir engraissé de 16 livres malgré une tuberculose des deux testicules qui se manifesta quelques jours après l'opération. Cette amélioration persista seulement pendant six mois. Au bout de ce temps la tuberculose gagna les vésicules séminales, les reins et les poumons, et le malade succomba 18 mois après l'intervention.

L'examen histologique de la prostate, qui à côté des tubercules miliaires renfermait déjà des foyers caséeux, a permis d'affirmer que dans ce cas la tuberculose de la prostate était primitive.

Stérilisation des sondes (Zur Frage der Kathetersterilisation), par Alapy (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.-u. Sex.-Org.* 1896, vol. VII, p. 569 et 662). — Le procédé que l'auteur préconise s'appuie sur des expériences avec des sondes en gomme ou en caoutchouc, infectés avec de l'urine purulente ou avec des cultures de charbon aussi bien à la surface qu'à l'intérieur. Il consiste à placer les sondes enveloppées dans du papier buvard, dans un tube en verre fermée à chaque extrémité avec un bouchon d'ouate, et dans l'intérieur duquel on avait préalablement introduit un rouleau de papier buvard qui en se déroulant s'applique contre les parois du tube. Le tube est ensuite placé dans une étuve à vapeur. La stérilisation des sondes est complète au bout de 15 à 20 minutes, comme l'ont montré les ensemencements des sondes infectées.

MÉDECINE

Influence des toxines streptococciques et des toxines colibacillaires sur la circulation (Ueber den Einfluss der Toxine von Streptococcus pyogenes and Bacterium coli commune auf den Kreislauf), par Raczynski (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVIII, p. 27). — Les recherches qui ont été faites sur des lapins ont montré que l'injection intraveineuse de toxines streptococciques provoque des troubles du fonctionnement des vaisseaux périphériques. Les vaisseaux se dilatent, les oreilles deviennent rouges sous l'influence de l'excitation des vaso-dilatateurs, mais la pression sanguine ne tombe pas, car le cœur qui n'est pas touché par les toxines travaille plus activement. Au bout de quelques heures seulement on peut constater un abaissement de la pression sanguine dû à l'état paralytique dans lequel se trouve le centre vaso-dilatateur après avoir passé par une période d'excitation.

Les toxines colibacillaires agissent par contre directement sur le cœur, rendant son action faible et irrégulière et provoquant ainsi un abaissement de la pression sanguine.

Cette différence d'action se retrouve également en clinique. Les septicémies streptococciques, l'état du collapsus avec pouls petit et dépressible peuvent être opposés aux péritonites provoquées le plus souvent par le colibacille et caractérisées principalement par l'affaiblissement primitif du cœur.

Modifications de la digitaline sous l'influence de la digestion (Ueber die Veränderungen der Digitalinum verum in seiner Wirksamkeit durch den Einfluss der Magenverdauung), par Deucher (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVIII, p. 47). — Les recherches faites sur des grenouilles comparativement avec de la digitaline en nature et de la digitaline soumise préalablement à la digestion stomacale artificielle ont montré à l'auteur que sous l'influence de la digestion la digitaline perd la plus grande partie de ses propriétés, c'est-à-dire qu'elle agit sur le cœur de la grenouille d'une façon infiniment plus lente et infiniment moins énergique que la digitaline en nature.

Le vertige auriculaire (Einige Bemerkungen zur Lehre von Ohrenschwindel), par Ebstein (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVIII, p. 1). — L'auteur rapporte dans son travail plusieurs observations de maladie de Ménière survenue chez des goutteux, pour en conclure à la production des vertiges par une lésion spécifique, goutteuse, de l'oreille moyenne. Si, d'après lui, on n'a pas encore, dans ces cas, trouvé

de tophus dans la muqueuse de l'oreille moyenne, cela tiendrait principalement à ce que les dépôts uriques se forment dans des sinus nécrosés et font défaut là où il s'agit d'un processus goutteux inflammatoire.

Diagnostic du carcinome de l'estomac (Die Diagnose der Magencarcinomes aus Spulwasser und Erbrochenem), par Reineboth (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1896, vol. LVIII, p. 62). — Dans les cas de diagnostic douteux, l'auteur conseille de faire un lavage de l'estomac et de rechercher dans le liquide les caillots de sang qu'on trouve fréquemment chez les cancéreux et dont l'examen microscopique peut montrer la présence des parcelles cancéreuses caractéristiques assurant ainsi le diagnostic.

Ce procédé ne peut pourtant servir au diagnostic précoce, car le sang vient ordinairement quand la tumeur est ulcérée, et dans les cas où il y a ulcération, il y a déjà envahissement des organes voisins et des ganglions régionaux.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'obligation pour les pharmaciens de colorer les solutions antiseptiques.

Un assez grand nombre d'accidents surviennent, en pratique courante, avec les solutions toxiques employées dans un but antiseptique. Tout le monde a encore présente à l'esprit la douloureuse méprise qui a coûté la vie à l'un des plus distingués de nos jeunes physiologistes. L'an dernier pareil tragique événement avait frappé la famille de l'une de nos gloires médicales françaises. Enfin, bien d'autres catastrophes, moins retentissantes mais non moins funestes, se sont produites dans ces derniers temps, et cela depuis la diffusion, relativement récente dans les masses, des notions d'antisepsie. Il n'est donc pas sans opportunité, de chercher à parer le retour de semblables accidents, au besoin même par voie administrative.

Le pharmacien est en effet légalement à l'abri, lorsqu'il a revêtu son flaçon d'une étiquette rouge très apparente, indiquant que le médicament qui y est contenu est réservé à l'usage externe. Cette précaution est en effet suffisante tant que le liquide toxique demeure dans sa bouteille : mais, dès qu'il est versé dans un verre ou dans une cuvette, la confusion est toujours possible, si un signe extérieur ne vient révéler sur-le-champ la nature de la solution.

Il est inutile d'insister sur les conséquences d'une pareille erreur, qui sans avoir toujours l'issue fatale des événements dont nous parlions tout à l'heure, peut être la source d'ennuis très grands pour le médecin. Nous avons vu pour notre part un chirurgien désinfecter ses mains consciencieusement, pendant tout le cours d'une opération, dans de l'eau simple, croyant les plonger chaque fois dans le sublimé. Plus récemment, dans un cas où nous avions prescrit des pulvérisations boratées dans la bouche d'un enfant, on a par mégarde rempli le pulvérisateur, de la liqueur de Van Swieten avec laquelle on nettoyait les vases ayant servi aux déjections. Un autre malade a injecté dans sa vessie du sublimé pour de l'acide borique; une dame, en prenant un lavement, a fait la même méprise. On pourrait multiplier ainsi les exemples, qui sont plus fréquents qu'on ne le suppose.

Le moyen de prévenir ces accidents est très simple. Il est déjà en vigueur dans les hôpitaux de Paris. Il consiste à additionner toute solution toxique d'une certaine proportion de colorant, qui n'en altère en rien les propriétés antiseptiques. Il serait désirable que cette précaution fût rendue obligatoire pour le pharmacien. Celui-ci prendrait facilement une habitude qui n'allongerait pas beaucoup la préparation, et ne serait, par conséquent, à aucun point de vue, onéreuse pour lui. En attendant l'intervention légale, toujours lente à venir, le praticien devrait tenir la main à ce que dans aucun cas, les solutions antiseptiques ne fussent livrées sans addition de matière colorante. Il s'épargnerait ainsi de gros ennuis. On ne boit pas en effet un liquide rose, jaune ou violet; tandis qu'on peut toujours vider un verre rempli d'une eau claire.

Le seul moyen véritablement pratique pour obtenir cette petite réforme de pharmacie courante est de s'astreindre à formuler le colorant. Au bout de quelque temps, le client, qui aura compris la nécessité de cette précaution, fera sa police lui-même en n'acceptant plus comme antiseptiques que des liquides colorés.

Pour faciliter au praticien la création de ses formules nous avons prié M. Robert de vouloir bien nous donner une liste des colorants à employer, de nous fixer les quantités usuelles et de nous désigner en même temps ceux qui conviennent le mieux aux principaux toxiques employés. Voici la note qu'il a bien voulu nous communiquer :

1° Sublimé. — Le sublimé peut être coloré avec les solutions suivantes :

Violet de méthyle à 1/20	I goutte.
Bleu Nicholson à 1. p. 100. . . .	II gouttes.
Carmin d'indigo à 1. p. 100 . . .	L gouttes.
Vert malachite à 1 p. 100.	V gouttes.

Nous conseillons de choisir de préférence soit le vert malachite, soit le violet de méthyle.

2° Acide phénique :

Fuchsine à 1 p. 100	II gouttes.
Eosine à 1 p. 100	X gouttes.
Safranine à 1 p. 100	IV gouttes.

Nous préférons généralement la fuchsine.

3° Oxycyanure de mercure. — Outre les colorants déjà proposés pour le sublimé, on peut employer les suivants :

Solution d'*Héliantine saturée*. . .	XX gouttes.
Aniline orange à 1/20	III gouttes.
Fluorescéine à 1/20	IV gouttes.

C'est l'aniline orange qui est ordinairement choisie.

4° Nitrate d'argent. — Les solutions à 1, 2 et 5 pour 1 000 peuvent être additionnées de l'un des colorants indiqués pour les sels hydrargyriques. Nous préférons la fluorescéine qui donne au liquide une couleur jaune opalescente caractéristique.

L'eau boriquée, l'eau naphtolée, non toxiques, restent claires. Le sulfate de cuivre a sa coloration naturelle, de même le permanganate, le lysol, etc.

L'idéal serait qu'une coloration uniforme fût adoptée universellement, au moins pour les antiseptiques les plus usuels. Cela pourrait être établi ainsi qu'il suit :

Sublimé : *bleu* ou *vert bleu*.
Acide phénique : *rose*.
Oxycyanure de mercure : *orange*.
Nitrate d'argent : *jaune opalescent*.
Eau boriquée, et en général tout antiseptique non toxique : *blanc*.

En tous cas, l'essentiel est l'addition du colorant et le praticien peut puiser à son choix dans ceux que nous lui avons indiqués.

G. Maurange.

Valeur antiseptique du sulfibenzoate de soude,

d'après M. le Dr F. Heckel.

En ce temps où nous arrivent du pays d'outre-Rhin une foule de médicaments nouveaux, composés chimiques insuffisamment définis ou mélanges injustifiés, n'ayant fréquemment d'autre mérite qu'un nom étrange et d'autres références que des travaux aux conclusions hâtives, il faut savoir gré aux expérimentateurs qui, assez courageux pour ne pas sacrifier à la mode, se contentent de faire l'étude approfondie d'un produit déjà existant et quelquefois injustement tombé dans l'oubli. C'est le cas du *sulfibenzoate de soude* dont les propriétés antiseptiques, soupçonnées par Ed. Heckel dès 1879, établies par Fontan, Carance, Tédenat en 1887, Michel en 1888, viennent d'être très opportunément remises en lumière par M. le Dr F. Heckel (1) dans une thèse très documentée, basée à la fois sur la clinique et l'expérimentation.

En faisant agir le benzoate de chaux en solution concentrée sur le sulfite de soude, on obtient une poudre blanche, cristalline, très soluble dans l'eau (1 p. 10), de saveur astringente, à réaction acide, qui est le sulfibenzoate de soude. Ce n'est pas un sel défini, mais le résultat d'un simple mélange de 4 à 5/100 de sulfite de chaux et de 95 à 96/100 de benzoate de soude. Bien que les propriétés antiseptiques des composants soient déjà connues, l'étude du composé n'en demeure pas moins intéressante : car elle démontre une fois de plus l'exactitude de la loi de Bouchard, à savoir que le mélange de plusieurs antiseptiques est plus antiseptique que chacun d'eux en particulier, sans que leurs actions toxiques s'ajoutent nécessairement.

En effet, le sulfibenzoate de soude injecté à des cobayes à la dose de 7 et 8 grammes par kilog. n'a produit aucun effet toxique. Chez l'homme, à l'intérieur, à la dose de 7 grammes par jour, il n'a provoqué aucun accident.

Si par lui-même ce composé n'est pas aseptique à l'état pulvérulent, en solution il a eu une action *retardante* à toutes doses sur le développement des cultures du bacille d'Eberth, à toutes doses et en raison directe de la dose sur le staphylocoque, jusqu'à 3 p. 100 sur la bactéridie charbonneuse, jusqu'à 3,50 p. 100 sur le bacille de Löffler (diphthérie), jusqu'à 4,50 p. 100 sur le colibacille ; une action *empêchante* sur le développement de ces trois derniers microbes au delà des proportions indiquées. En sorte que, au dessus d'un degré de concentration de 4,50 p. 100, toute culture bactérienne est arrêtée.

En clinique le sulfibenzoate de soude s'emploie en poudre (insufflation, pansements secs) ou mieux en solution à la dose de 5 à 20 p. 1000. A ce titre il a la valeur d'un bon antiseptique, favorise la cicatrisation des plaies et peut être employé aussi bien en chirurgie journalière ou spéciale (ophthalmologie) qu'en obstétrique pour la désinfection du champ opératoire, des instruments et des mains du chirurgien. Les solutions de sulfibenzoate, ayant la propriété de décolorer l'iode, peuvent servir à contrôler l'asepsie des aides. On leur fait passer rapidement les mains dans de la teinture d'iode, puis dans le sulfibenzoate, où ils doivent procéder à un brossage exact et assez prolongé pour enlever toute la teinte jaune communiquée aux tissus par l'iode : il faut environ 5 minutes pour arriver à ce résultat et nous avons vu dans un précédent article (2) l'importance de la durée du brossage sur la désinfection des mains.

Disons enfin que le sulfibenzoate n'étant pas toxique peut s'employer dans des régions très vasculaires ; que même à fortes doses, il ne produit pas d'érythème ; qu'il est dépourvu d'action caustique et paraît même, dans certains cas, être légèrement analgésique.

Ces déductions sont appuyées sur 135 observations dont 62 personnelles à l'auteur.

G. M.

1. F. Heckel. Etudes expérimentales et cliniques sur la valeur antiseptique du sulfibenzoate de soude (th. de Toulouse, 1897).

2. *Gaz. hebd.*, 1897, n° 13, p. 155.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Sulfate de magnésie.

Solubilité. — Le sulfate de magnésie est soluble dans son poids d'eau froide. A ce titre, il mérite de figurer parmi les médicaments hypodermiques. Il pourrait être introduit dans les formules de sérum artificiel, s'il ne possédait des propriétés purgatives, même employé par la voie sous-cutanée.

Propriétés thérapeutiques. — Cette action du sulfate de magnésie avait été notée par Luton, admise par Gubler et Armaingaud. 10 à 20 centigrammes de sel en une injection étaient, d'après ces auteurs, capables d'amener, même chez les aliénés, un effet purgatif. On pensait généralement qu'il s'agissait d'une erreur d'interprétation, lorsque M. Albert Robin, reprenant la question, démontra qu'avec de très faibles doses on pouvait effectivement obtenir 6 à 8 heures après, 1 ou 2 selles diarrhéiques. Ces résultats avaient déjà été indiqués par Percy Wade qui, au cours de nombreux essais, aurait obtenu plus de 67 p. 100 de succès.

Nous donnons ci-après les formules de ces différents thérapeutes. Nous n'avons pas eu, pour notre part, l'occasion de vérifier cette action remarquable du sulfate de magnésie par la voie hypodermique. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir les avantages que l'on pourrait retirer de ce mode d'emploi du sel d'Epsom, lorsque de nombreux auteurs auront confirmé les résultats indiqués.

Dose usuelle. — En général 0 gr. 10 à 0 gr. 20 suffisent : mais on peut sans danger administrer des doses supérieures de 1, 2, 5 grammes.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats.* — Admirablement tolérée par les tissus, à peine douloureuse, elle se résorbe rapidement et facilement.

b) *Eloignés.* — Effet purgatif, de 6 à 15 heures après l'injection.

FORMULES

Sulfate de magnésie . . . . 1 gr.
Eau *stérilisée* . . . . 10 gr.
1 centim. cube.

(Luton.)

Sulfate de magnésie . . . . 0 gr. 20
Eau *stérilisée* . . . . 1 c. c.
Injecter en une seule fois.

(Gubler, Armaingaud.)

Sulfate de magnésie . . . . 2 gr.
Eau *stérilisée* . . . . 100 gr.
11 à 27 centim. cubes comme purgatif.

(Percy Wade.)

Sulfate de magnésie . . . . 5 gr.
Eau *stérilisée* . . . . 100 gr.
1 à 2 centim. cubes pour obtenir 6 à 8 heures plus tard, une ou deux selles diarrhéiques.

(A. Robin.)

G. Maurange.

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Bismal.

Le *bismal* est un méthyldigallate de bismuth. Il est obtenu par l'action de l'acide méthyldigallique sur de l'hydrate de bismuth récemment précipité. Sa constitution chimique représente le groupement de trois molécules d'hydrate de bismuth et de quatre molécules d'acide méthyldigallique.

C'est une poudre grisâtre, à grains assez gros, insoluble dans l'eau ; soluble dans les alcalis. La solution, de couleur orangée, donne un précipité avec les acides.

Le bismal est un antidiarrhéique puissant qui, comme toutes

les préparations insolubles de bismuth peut être employé sans danger, à des doses élevées, spécialement dans l'entérite tuberculeuse, les catarrhes aigu et chronique de l'intestin, les diarrhées rebelles sur lesquelles l'opium n'exerce aucun action. Il a donné, dans ces cas, des succès nombreux entre les mains de F. Van Œfelde, dont les recherches ont été reprises et confirmées par O. Vanderlinden et D. de Buck.

Les propriétés nettement antiseptiques du bismal sur l'intestin ont conduit à l'utiliser en chirurgie courante. C'est ainsi qu'un médecin russe, le Dr Frank l'a appliqué, comparativement avec le dermatol, dans plusieurs cas de brûlures du second et du troisième degré, dans l'ulcère de jambe, dans les eschares sacrées et en général contre toutes les plaies ayant peu de tendances à une cicatrisation rapide. Sous l'action des pansements au bismal, le fond des ulcérations se déterge rapidement, se couvre de bourgeons charnus et la guérison est activée.

Posologie. — Le bismal s'emploie à l'intérieur comme antiseptique intestinal à la dose de 1 à 2 grammes par jour, comme astringent à la dose de 2 à 3 grammes. On le prescrit généralement en cachets ou en en suspension dans une bouillie épaisse ou du sirop de gomme. etc. A l'extérieur mêmes usages que le dermatol et l'iodoforme.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La démoralisation professionnelle. — Propositions faites en vue d'en arrêter les progrès.

En ouvrant, le 14 février dernier, l'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Gironde, M. le Dr Hameau a prononcé quelques paroles qui méritent d'être citées : « Ce n'est plus, a-t-il dit, par la satire comique, par la critique des tendances d'esprit ou l'explosion de tous les préjugés conjurés contre elle que notre noble profession est menacée ; c'est par l'indignation publique habilement fomentée, surexcitée, exploitée par la mauvaise presse qui affecte d'englober dans un même anathème la majeure partie des médecins, et deux ou trois coupables dont la faute même n'est pas juridiquement démontrée.

« Quelque pénible que soit cet ameutement hostile, il ne sera pas moins éphémère que tous ceux que soulèvent les entraînements inconsidérés des foules. Aussi, le danger réel et profond n'est-il pas du côté des ennemis du dehors. Je n'en saurais dire autant des ennemis du dedans, de l'auto-intoxication professionnelle, de nos propres rivalités, de nos menées jalouses et délétères. Pour les contenir, on a compté sur les Associations, sur les Syndicats, et on cherche aujourd'hui à raviver l'agitation en faveur d'un Ordre des médecins. Toutes institutions excellentes assurément, mais qui ne seront rien sans l'éducation morale qui enseigne le respect des autres et le fait entrer profondément dans les mœurs. Ce précepte, vieux comme la sagesse humaine, nous ne cessons de le recommander à nos confrères, et avec d'autant plus de force qu'il assure mieux que tout autre, avec la considération publique, la juste rémunération de nos services. Les médecins en guerre, dans une région grande ou petite, sont la proie facile de quiconque veut les exploiter ; les médecins unis, respectueux les uns des autres, dominent la situation et assurent leur puissance sociale.

« Voilà ce qu'il ne faut cesser de répéter, surtout aux jeunes qui entrent dans la carrière imbus de fausses notions sur le caractère de la concurrence économique. Il faut leur faire connaître les principes de déontologie que vous avez codifiés, et il faut insister auprès des maîtres de nos Universités pour que ces préceptes soient compris dans l'enseignement officiel. La chose est urgente, nécessaire, si l'on veut donner une base solide à l'action des Associations et des Syndicats, voire même de l'Ordre des médecins si, par extraordinaire, il venait à être décrété. Car les meilleures lois n'ont d'effet utile que dans les milieux préparés à les bien recevoir. »

Nous nous contenterons, pour aujourd'hui, d'unir nos applaudissements à ceux qui ont salué ces paroles. Bientôt, sans doute, lorsque le triste procès qui a provoqué tant de polémiques sera terminé, nous aurons à revenir sur les nombreuses questions soulevées à son sujet et à définir ce qu'il faut entendre par solidarité confraternelle et par déontologie.

Mais, pour préparer ce début et ne pas en allonger les proportions, il nous faut signaler et reproduire deux documents que nous aurons à rappeler.

Le premier est le projet de loi sur la création de *Collèges médicaux* préparé par l'*Union des syndicats* et rédigé par notre très honorable confrère, le Dr J. Noir. Voici les articles de ce projet :

Article premier. — Il est établi, dans chaque département, un *Collège médical* qui comprend tous les médecins y résidant, ayant fait enregistrer leur diplôme conformément à la loi du 30 novembre 1892.

Un décret rendu en Conseil d'Etat pourra créer plusieurs Collèges médicaux par département.

Art. 2. — Chaque Collège médical élira, au début de chaque année, au scrutin de liste, à la majorité absolue au premier tour, relative au second, une *Chambre médicale*, composée de 9 membres.

Le vote se fera à la Préfecture dans les formes qui seront déterminées par un décret rendu au Conseil d'Etat.

Il pourra avoir lieu par correspondance.

Art. 3. — La Chambre médicale élira son bureau, composé d'un président, d'un vice-président, de deux secrétaires et d'un trésorier.

Art. 4. — Les fonctions de membre de la Chambre médicale seront gratuites.

Art. 5. — La Chambre médicale exercera un pouvoir disciplinaire sur tous les membres du Collège médical et sera appelée à statuer sur toutes les questions relatives à l'honorabilité ou à la dignité professionnelles.

Art. 6. — Elle pourra être choisie comme arbitre dans les contestations entre les médecins, ou entre les médecins et leurs clients.

Dans toute demande en justice intentée par ou contre un médecin, en cette qualité, les tribunaux seront tenus, avant de statuer, de demander l'avis de la Chambre médicale.

Art. 7. — La Chambre médicale dressera annuellement la liste de ses membres qu'elle fera parvenir à l'autorité préfectorale.

Cette liste sera, par les soins de cette autorité, affichée dans les mairies et pharmacies.

Art. 8. — Toutes les fois qu'un médecin sera signalé comme ayant commis un acte contraire à la dignité ou à l'honorabilité professionnelles, la Chambre pourra le citer d'office, 8 jours au moins à l'avance et par lettre recommandée, à comparaître devant elle.

Art. 9. — Elle pourra prononcer contre lui, suivant la gravité de l'acte, l'avertissement, le blâme, l'exclusion du Collège médical.

Art. 10. — Aucune décision ne sera valablement rendue que si 5 des membres de la Chambre arrivent à la délibération.

Art. 11. — En cas d'exclusion, la décision de la Chambre médicale sera susceptible d'appel, dans le mois de sa notification.

Il sera porté devant la Cour d'appel du ressort jugeant disciplinairement.

Art. 12. — La peine de l'exclusion, sans mettre obstacle à l'exercice légal de la profession, entraînera radiation de la liste du Collège médical, privation des droits de vote et d'éligibilité à la Chambre médicale, interdiction de remplir, comme médecin, aucune mission judiciaire, ou d'exercer aucune des fonctions médicales conférées par l'Etat, les départements, les com-

munes, les établissements publics ou d'utilité publique, les Sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels.

Les membres du Collège médical ne devront avoir de rapports professionnels avec le médecin frappé d'exclusion, qu'en cas de nécessité absolue.

Art. 13. — La décision prononçant l'exclusion sera affichée à la préfecture et à la mairie de la résidence de l'exclu.

Art. 14. — Le médecin exclu d'un Collège médical pourra être admis à faire partie d'un autre Collège médical.

Art. 15. — Le Conseil général votera les fonds nécessaires pour survenir aux frais des Chambres médicales établies par la présente loi.

Le second document est moins sérieux. Il est dû à l'initiative d'un député, M. Michelin. Il est certainement inapplicable et n'aura pas sans doute les honneurs d'une discussion publique. Ils méritent cependant d'être reproduits, ne fût-ce que pour montrer l'état d'âme de quelques-uns de ceux qui prétendent au titre de législateurs. Nous aurons à y revenir pour montrer, après M. le Dr Hameau, que ces manifestations si regrettables ne se seraient pas produites si les médecins connaissaient mieux et surtout s'ils savaient mieux observer les principes de la déontologie telle que la comprenaient nos anciens maîtres. Nous essaierons de prouver que la démoralisation professionnelle, qu'il est impossiple de nier, bien qu'elle soit moins généralisée qu'on ne le prétend aujourd'hui, est née de ce que l'on est convenu d'appeler *la dichotomie* et qu'il importe de réagir énergiquement contre des mœurs que la faiblesse et l'insouciance du plus grand nombre des médecins tendraient, si l'on n'y mettait bon ordre, à accréditer en France!

Voici le projet de loi présenté par M. Michelin :

Proposition de loi ayant pour objet de prévenir et de réprimer les abus commis dans l'exercice de la médecine, présentée par M. Michelin, *député.*

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

L'exercice de la médecine qui, autrefois, était considéré par l'universalité des médecins comme un *véritable sacerdoce*, semble aujourd'hui n'être considéré par un certain nombre d'entre eux que comme un simple trafic et comme un simple moyen d'exploitation et de lucre.

Il en résulte un discrédit incontestable pour la profession médicale dont souffrent profondément les médecins honnêtes et sérieux. Malheureusement, les récents scandales dont des cliniques libres ont été le théâtre et qui ont vivement ému l'opinion ne sont pas de nature à faire disparaître ce discrédit.

Assurément, le médecin doit vivre de sa profession, mais il doit se garder d'exploiter le malade qui a placé sa confiance en lui. Il n'est pas rare aujourd'hui de voir certains médecins pousser à la visite, faire des opérations parfaitement inutiles et demander des honoraires vraiment fabuleux au malade qu'il a en quelque sorte hypnotisé par la frayeur de la maladie et en même temps par la promesse de la guérison. Ces médecins sans scrupules, qui ne sont que des charlatans diplômés, ne reculent pas devant les procès et au besoin ils font saisir et vendre les biens du malade. C'est assurément leur droit strict, mais ce procédé est contraire aux sentiments d'humanité qui devraient être le mobile principal de la profession.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer des associations de médecins, de chirurgiens, de directeurs d'établissements thermaux, de pharmaciens et de sages-femmes, formées dans le but unique d'exploiter les malades et de réaliser des bénéfices souvent considérables au détriment de ces derniers. C'est la course au clocher des honoraires et le recours aux procédés suspects et interlopes. C'est encore un nouveau procédé mis à la mode par certains chirurgiens et qui consiste à partager avec le médecin de quartier les honoraires de l'opération que celui-ci lui a fait avoir. Le médecin de quartier sert alors de rabatteur aux prétendus grands médecins ou grands chirurgiens et il est à craindre qu'il ne désire et ne conseille souvent des opérations plus ou moins inutiles dans le but unique de participer à des bénéfices souvent considérables.

De récents scandales ont démontré que les cliniques libres peuvent constituer un véritable danger public. La loi n'a organisé aucune mesure de surveillance ou de police sur ces cliniques où, par conséquent, de véritables crimes peuvent être très facilement commis à l'abri d'un diplôme de docteur en médecine. Il y a là une lacune que nous vous proposons de combler en décidant : 1° que ces cliniques ne pourront être installées et ouvertes qu'en vertu d'une autorisation préalable du préfet de police, à Paris, du préfet du Rhône, à Lyon, et du maire dans les autres communes ; 2° qu'elles seront soumises à la surveillance constante de commissions composées de médecins et *d'autres personnes honorables* désignés par le préfet de police, le préfet du Rhône ou le maire de la commune suivant les cas. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions que devront remplir les cliniques libres pour obtenir l'autorisation.

Nous vous demandons, en outre, d'étendre les peines de l'article 405 du Code pénal à tout médecin qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile, ou d'avoir abusé du malade pour lui extorquer de l'argent en agissant sur son moral, soit par menaces de maladies ou de complications de maladies, soit par promesses de guérison.

Nous vous demandons enfin d'interdire aux médecins toute affiliation avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux, formée dans le but de participer aux bénéfices résultant de la vente des médicaments. Il doit également être interdit aux médecins de se faire rémunérer par d'autres médecins ou chirurgiens pour leur avoir procuré des malades ou des opérations chirurgicales.

Tous ces actes sont immoraux et dangereux; de plus, ils portent une grave atteinte à la dignité professionnelle, puisqu'ils constituent de véritables escroqueries.

Nous vous demandons de les faire cesser et de les réprimer sévèrement, car il est grandement temps de mettre un frein aux scandales que certains médecins peu scrupuleux ne craignent pas de provoquer, sans s'inquiéter du discrédit qu'ils jettent sur leurs confrères honnêtes et sérieux.

PROPOSITION DE LOI

Article premier. — Les cliniques libres ne peuvent être installées, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de 8 jours à 6 mois, sans autorisation du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes. Ces cliniques demeurent constamment soumises à la surveillance du préfet de police, à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes.

Un décret d'administration publique déterminera les conditions que les cliniques libres devront remplir pour être autorisées, ainsi que la manière dont la surveillance du préfet de police, du préfet du Rhône ou du maire devra être exercée.

Art. 2. — Tout médecin qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile et en général d'avoir abusé d'un malade, en impressionnant son moral par menaces de maladies ou promesses de guérison, pour lui extorquer de l'argent, sera puni des peines édictées par l'article 405 du Code pénal.

Art. 3. — Il est interdit aux médecins de s'affilier avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux ou de maisons dites de santé, dans le but de partager les bénéfices provenant de la vente des médicaments qu'ils auront prescrits ou de se faire faire des remises par ces derniers. Les affiliations de ce genre sont punies des peines édictées par l'article 401 du Code pénal.

Il est également interdit, sous la sanction des mêmes peines pour les contrevenants, aux médecins de se faire rémunérer par d'autres médecins ou chirurgiens, pour leur avoir procuré des malades ou des opérations chirurgicales.

Dans un prochain article nous montrerons que, si le projet de loi de M. Michelin est inapplicable et inutile, il importe cependant de retenir quelques-unes des considérations qui l'ont dicté. L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE.— Cholécystite et angiocholite infectieuses à coli-bacille. Cholécystostomie (p. 277). — Dilatation énorme du canal cholédoque (p. 278).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Luxation congénitale de la hanche. — Entérocôlite et appendicite (p. 279). — Extraction du cristallin pour myopie. — *Société anatomique* : Cirrhose hépatique. — Adénome du foie. — Hydrocéphalie. — Erysipèle de l'ombilic.— *Société de biologie* : Tuberculose dans la paralysie infantile. — Toxines microbiennes (p. 280).— Énergie musculaire. — *Société de chirurgie* : Angiocholite. — Péritonite généralisée. — *Société médicale des hôpitaux* : Appendicite grippale (p. 281). — Appendicite d'origine hystérique. — *Société obstétricale et gynécologique* : Anus vulvaire congénital. — Monstre symélien. — Appendicite et annexite (p. 282). — *Société de thérapeutique* : Intolérance excessive pour l'antipyrine. — Intoxications par l'antipyrine. — *Société nationale de médecine de Lyon* : Sarcome mélanique de l'œil.— Cirrhose hépatique.— Phlébite des sinus.— Névrome malin (p. 283). — *Société des sciences médicales de Lyon* : Hémiatrophie linguale.— Noma dans une fièvre typhoïde. — Cancer vert. — Gangrène sèche. — Sérum antistreptococcique. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Amblyopie traumatique. — Ulcère tuberculeux de la joue (p. 284). — Pouce surnuméraire. — Œdème primitif du larynx. — Hypertrophie de la prostate. — Hérédité alcoolique. — Compression de l'uretère par un utérus gravide. — *Société de médecine de Nancy* : Autopsies d'enfants tuberculeux (p. 285). — Gastro-entérostomie (p. 286).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. Méningite cérébro-spinale épidémique. — Dégénérescence et régénération des cellules nerveuses. — Maladie de la peau (p. 287). — Angleterre. *Clinical Society of London* : Thrombose des veines de Galien. — Sclérème des nouveau-nés. — Urobilinurie. — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne* : Hoquet épidémique. — Anatomie des syphilides. — Teneur du sang en ammoniaque (p. 288).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Cholécystite et angiocholite infectieuses à coli-bacille. Cholécystostomie. Guérison.

Communication à la *Société de chirurgie*.

Par M. Félix Lejars,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'importance de l'intervention opératoire dans les cholécystites et les angiocholites infectieuses est déjà démontré par des faits assez nombreux : il nous suffira de rappeler les belles observations de M. le professeur Terrier, et encore l'histoire d'un opéré de M. Quénu, qui vous était présenté récemment ici. L'exemple suivant viendra s'ajouter à ces cas heureux ; il nous paraît, de plus, offrir un intérêt spécial, par cette double raison que la cholécystostomie a été pratiquée pour des accidents d'infection suraiguë, et que, d'autre part, il n'existait de lithiase ni de la vésicule, ni des gros canaux biliaires. Nous étions en présence, comme l'a démontré l'examen bactériologique, d'une cholécystite et d'une angiocholite infectieuses, à coli-bacille.

Notre malade était un garçon de 25 ans, côtier aux omnibus, petit, mais vigoureux, et ne présentant rien de notable dans ses antécédents.

Depuis deux ans, il souffrait de douleurs abdominales très vives, revenant par crises, et occupant toujours la région du foie, sans s'irradier dans l'épaule droite. Il avait remarqué que ces crises se reproduisaient assez souvent après les repas : elles s'accompagnaient de vomissements et duraient quelques heures.

Depuis plusieurs mois, elles s'étaient rapprochées et avaient revêtu un degré d'acuité et une durée beaucoup plus marqués. Elles se prolongeaient sept à huit jours, se compliquaient de fièvre, de frissons, de nausées et de vomissements continuels, et assez souvent de subictère. Les douleurs n'avaient pas, du reste, d'irradiations bien nettes, elles étaient diffuses dans toute la région hépatique, variaient beaucoup en intensité et ne cessaient jamais brusquement.

Lorsque le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Fernet, le 21 septembre 1896, les accidents avaient reparu depuis cinq jours et, d'emblée, ils avaient revêtu un caractère d'acuité jusqu'alors inconnu : douleurs violentes et continues, vomissements répétés, fièvre, teinte ictérique généralisée, qui se fonçait de plus en plus.

De fait, l'aspect général était très alarmant : le facies amaigri, tiré, d'un jaune terreux, contrastant avec la coloration très jaune des conjonctives, la langue sèche, rôtie, l'haleine fétide, la peau brûlante, le pouls fréquent, petit, irrégulier, la température se maintenant à 39°, sans rémission, témoignaient d'une intoxication profonde : les nuits étaient très agitées, et l'insomnie se compliquait de subdélirium ; du reste, les souffrances ne faisaient que s'accroître, et la sensibilité extrême de tout l'hypochondre gênait même singulièrement l'exploration. — Ajoutons que les selles, très rares, étaient en partie décolorées, blanchâtres, graisseuses ; les urines, de quantité moindre aussi, étaient brunâtres, épaisses, et contenaient, avec des pigments biliaires, une légère quantité d'albumine.

L'examen de la région hépatique, pratiqué doucement et avec de grandes précautions, permettait de reconnaître, au palper et à la percussion, ce qui suit : le foie déborde les fausses côtes d'au moins trois travers du doigt ; sa surface paraît régulière, et la pression, sur toute la hauteur accessible de l'organe, est extrêmement douloureuse ; au-dessous du relief que dessine son bord inférieur, et sur la partie moyenne, on arrive à délimiter une masse arrondie, qui paraît large de deux travers du doigt environ et qui se prolonge plus bas d'une pareille longueur ; il ne semble pas douteux que cette tumeur ne représente la vésicule biliaire distendue, mais cachée en partie par le foie, et moins apparente qu'elle ne l'est assez souvent, dans les cas analogues.

Le diagnostic fut donc celui de cholécystite et angiocholite infectieuses, et, devant l'intensité des douleurs et surtout la gravité croissante des phénomènes généraux, l'intervention nous parut urgente.

Elle fut pratiquée le 23 septembre, sous l'éther. Je fis une incision verticale d'une dizaine de centimètres, sur le bord externe du muscle droit, et je tombai sur la face convexe du foie, qui descendait très bas, comme nous l'avait indiqué l'examen extérieur, et dont la consistance était mollasse et la coloration presque noire. Il fallut soulever son bord antérieur, pour mettre à découvert la vésicule, dont une languette de parenchyme recouvrait toute la face supérieure : la vésicule était verdâtre, très tendue, du reste libre d'adhérences ; la réplétion était trop grande pour que le doigt pût aisément en apprécier le contenu, mais, le long du canal cystique et du canal cholédoque, je ne trouvai aucun trace de concrétion calculeuse ni aucune induration. — Je me mis alors en devoir de faire la cholécystostomie, mais ce ne fut pas sans difficulté que je parvins à accoler le fond de la vésicule

à la paroi par un rang de sutures séro-séreuses, à cause du peu de relief qu'il dessinait et de la longueur de l'opercule hépatique sous lequel il se dérobait; aussi je préférai ne fermer qu'en bas le reste de la plaie et laisser un drainage à la gaze iodoformée au-dessous de la paroi inférieure de la vésicule.

Celle-ci fut alors ouverte : elle contenait une abondante quantité de bile verdâtre, dont on recueillit immédiatement un échantillon pour l'examen bactériologique; cette bile n'était mélangée d'aucun calcul, d'aucun gravier biliaire; l'exploration de la cavité, avec le doigt, ne révéla non plus l'existence d'aucune concrétion. Quelques points de suture, an crin de Florence, réunirent à à la peau les bords de l'incision vésiculaire.

La première journée fut un peu agitée; mais le soir la température était tombée à 37° et les douleurs avaient considérablement diminué, un peu de subdelirium dans la nuit.

Le 24, le facies est meilleur le pouls est plein, de fréquence à peu près normale; la température à 37°2. Un lavement est suivi d'une garde-robe blanchâtre. Le pansement n'est pas taché, et il coule peu de bile par la fistule.

Ce n'est qu'au bout de 48 heures que l'écoulement biliaire devient abondant, et l'état général continua dès lors à s'améliorer. Le 29, il y eut une nouvelle élévation thermique, à 38°5, accompagnée d'un peu de douleur et d'abattement : les selles, qui avaient repris une coloration brunâtre, furent de nouveau, ce jour-là, décolorées ; 600 grammes de sérum de Hayem, en injections sous-cutanées. Le lendemain, la crise avait disparu, et ce fut la dernière.

A partir de ce moment la guérison se poursuivit sans nouvel incident : l'appétit était redevenu très bon, la bile fluait largement par la fistule, les selles étaient normales, la teinte ictérique, encore très marquée durant les premiers jours, s'atténuait de plus en plus.

La bile extraite de la vésicule au cours de l'opération avait été examinée par M. Derocque, interne des hôpitaux, au laboratoire de l'hôpital Beaujon : elle contenait en abondance le bacterium coli, à l'état presque pur. Le 23 octobre, un mois après l'établissement de la fistule, on préleva de nouveau un peu de bile dans l'intérieur de la vésicule : M. Derocque retrouva le coli-bacille, en quantité beaucoup moindre. Enfin un dernier examen, fait quinze jours après, fit reconnaître encore quelques microbes, assez mal caractérisés; il est regrettable qu'on n'ait pu en rechercher la virulence.

Pourtant, à ce moment, tous les accidents avaient cessé; il n'y avait plus trace d'ictère, et le malade, qui se levait toute la journée et qui se portait à merveille, n'attendait plus, et avec impatience, que l'occlusion de la fistule, pour sortir de l'hôpital. L'écoulement biliaire avait, du reste, très notablement diminué, et, devant l'excellent état général, le foie ayant, du reste, repris depuis longtemps ses dimensions ordinaires, il nous parut inutile de prolonger plus longtemps le drainage de la vésicule. Le 15 novembre, la cicatrisation était achevée, et le malade quittait le service, pour reprendre quelques jours après son travail.

Depuis lors, les douleurs n'ont pas reparu, toutes les fonctions sont parfaites, et notre ancien opéré est aujourd'hui d'une santé florissante, comme vous pouvez en juger. La cicatrice est un peu large à sa partie moyenne, sans qu'il y ait pourtant de hernie : à ce niveau, le palper ne réveille pas de sensibilité; le foie a repris et garde son volume ordinaire, on ne sent pas la vésicule.

Nous avons donc eu affaire, ici, à une infection coli-bacillaire des voies biliaires, sans lithiase, tout au moins de la vésicule et des gros canaux sous-hépatiques, et cette infection se traduisait, depuis 2 ans, par des crises douloureuses et fébriles, qui étaient devenues de plus en plus fréquentes, dans les derniers temps.

De plus, l'intervention a eu lieu au cours d'une de ces crises, la dernière, plus aiguë et plus intense que toutes les autres, et pour remédier à des accidents d'infection généralisée, d'allure typhoïde, et menaçants à bref délai. Ils ont cédé presque immédiatement au drainage de la vésicule, et la chute thermique, constatée le soir même, a témoigné tout de suite des heureux effets dus à la cholécystostomie.

Il nous paraît utile d'insister sur les faits de ce genre, car ils démontrent l'excellence d'une opération simple et les résultats que nous en pouvons attendre. Chez notre malade, en effet, elles nous a permis de faire cesser des accidents suraigus, d'une gravité indiscutable, et en même temps d'appliquer à la cholécystite et à l'angiocholite déjà anciennes le seul traitement efficace que nous ayons en notre pouvoir, le drainage de la bile.

Dilatation énorme du canal cholédoque,

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. Broca.

Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Dans la si intéressante observation que vient de nous relater M. Brun, notre collègue a obtenu un succès remarquable, mais n'a pas su quelle partie des voies biliaires il a abouchée dans l'intestin. Aussi m'a-t-il prié de vous montrer une trouvaille d'autopsie que j'ai faite il y a quelques jours et qui éclaire peut-être la nature exacte de la lésion qu'il a eue à traiter : rien ne prouve que ce soit la même, mais la similitude en tout cas est grande.

Le 21 janvier dernier, l'interne de garde recevait d'urgence à l'hôpital Trousseau, une enfant âgée de 10 ans, qui lui semblait moribonde et chez laquelle il crut à des lésions tuberculeuses chroniques et généralisées. Elle portait au pied gauche une tumeur blanche fistuleuse; l'amaigrissement était extrême, le teint ictérique, le ventre volumineux. La cachexie augmenta peu à peu et finalement l'enfant succomba. De son vivant, je n'ai jamais examiné son ventre.

J'assistai à l'autopsie, que pratiqua, le 16 février 1897, M. Chauveau, interne du service, et je fus tout de suite frappé par une tumeur arrondie, grosse comme une tête de fœtus à terme, régulière, située sous le foie derrière l'épiploon, au-dessous et à droite de l'estomac, au-dessus du colon, encadrée en haut, à droite et en bas, par les 3 portions du duodénum qu'elle avait écartées l'une de l'autre.

Après avoir incisé l'épiploon, j'arrivai sur une poche blanche, lisse, fluctuante, d'où il fut très facile de séparer l'estomac et l'intestin en disséquant aux ciseaux courbes; sur la partie duodénale, aucun tractus ne résista à la section, aucune goutte de liquide ne perla. J'étais donc persuadé que les connexions intestinales étaient nulles et qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie. Pour m'en assurer, j'enlevai en bloc le foie, le pancréas, la tumeur, et j'examinai la face inférieure du foie à laquelle elle semblait appendue. Je fis donc basculer le kyste en avant et je le vis, à ma grande surprise, ne tenir au foie que par un mince pédicule, très court, bientôt bifurqué pour se continuer avec le canal cystique et le canal hépatique tous deux dilatés et très faciles à reconnaître. La vésicule biliaire n'était pas dilatée. J'incisai alors les canaux cystique et hépatique et j'y pus introduire un stylet qui, sans rencontrer aucun obstacle, pénétra dans la poche kystique. J'ouvris cette poche, j'en vis sortir un liquide vert clair peu consistant, et pour démontrer qu'elle était formée par le canal cholédoque monstrueusement dilaté, je cherchai sur sa paroi droite un reste de ce canal. Je trouvai un orifice non oblitéré, perméable au stylet, mais se continuant dans la paroi avec un canal étroit, long de 1 centimètre environ,

et coudé tout près de l'orifice avant de ramper contre la paroi kystique. Pour parfaire la preuve, il restait à trouver dans l'intestin un canal semblable à celui-ci et en ouvrant le duodénum je vis, au-dessous de la région des valvules conniventes, un orifice qui n'était pas comme d'ordinaire associé à la saillie d'une ampoule de Vater, et de là le stylet pénétra dans un bout de canal identique au précédent.

Il est à remarquer que nulle part le cholédoque n'était obstrué; il était seulement coudé dans son court trajet entre le kyste et le duodénum. Cela va bien avec les renseignements que j'ai pu faire recueillir auprès des parents par M. Tessier, externe du service. J'ai appris ainsi que cette fillette, née avant terme d'une mère tuberculeuse, a été élevée assez facilement malgré sa faiblesse. Mais, tout en n'ayant présenté aucun signe de rachitisme, elle n'a marché que vers 5 ans.

D'autre part, son intelligence a toujours été fort obtuse. La santé générale était bonne, et l'enfant avait bon appétit, mais elle n'a jamais voulu manger de viande. Pendant l'enfance, les parents n'ont jamais eu l'attention attirée par des alternatives de diarrhée et de constipation; mais ils se souviennent qu'il y a 1 an à 18 mois l'enfant a été atteinte d'un ictère passager et peu prononcé.

L'enfant était, d'après eux, bien portante, lorsque, il y a 10 mois, ils la firent placer à Bicêtre, en raison de sa débilité mentale. Là elle devint peu à peu malade; son teint jaunit, son ventre grossit, mais son appétit resta bon. Lors des visites elle mangeait avec avidité de gros morceaux de pain, ce qui fit dire à la famille qu'elle était mal nourrie. Un jour, on lui vit des taches noires, comme ecchymotiques, sur la tête et l'œil droit; d'où les parents conclurent qu'on l'avait battue. Enfin, on s'aperçut que le pied gauche était enflé et que l'enfant — toujours laissée au lit — ne pouvait plus marcher. Les parents la reprirent donc chez eux au mois de septembre, car ils la croyaient mal soignée. A ce moment, le ventre était gros et dur, l'ictère accentué, et il existait une diarrhée abondante et décolorée; il s'était formé plusieurs abcès du cuir chevelu, la tumeur blanche devint fistuleuse en décembre, et enfin le 15 janvier la malade fut, comme je l'ai dit, admise à l'hôpital Trousseau.

Pendant son séjour, elle resta constamment somnolente, ne parlant que pour demander à boire, poussant des gémissements dès qu'on la touchait; le ventre était gros, tendu, douloureux; l'ictère était très prononcé. Il y eut une diarrhée incessante, décolorée, horriblement fétide; par moments on remarqua quelques débâcles très séreuses, de coloration verte.

D'après l'autopsie, et malgré la cachexie tuberculeuse avérée du sujet, je ne crois pas qu'en palpant le ventre, où existait dans l'hypochondre droit et à l'épigastre une grosse tumeur lisse et shérique, j'aurais diagnostiqué, comme cela a été fait, une péritonite tuberculeuse avec poche ascitique. Mais je n'aurais bien certainement pas porté le diagnostic exact, et j'aurais, comme mon ami Brun dans son cas, conclu à un kyste hydatique. Je n'aurais d'ailleurs pas davantage opéré la malade, arrivée, lorsque je la vis, au dernier degré du marasme, et je ne regrette pas de n'avoir pas cherché à vérifier le diagnostic avec lequel la malade me fut présentée par mon interne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 Mars 1897.

Le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche.

M. Albert Hoffa (de Wurzburg). — De mes observations cliniques découlent les conclusions suivantes au point de vue des résultats obtenus par le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche :

Dans la luxation *unilatérale* nous supprimons le raccourcissement du membre qui est attribuable à la situation anormale de la tête fémorale au-dessus du cotyle, et il ne subsiste que la diminution de longueur due à la direction anormale du col du fémur. Nous donnons à la tête fémorale un solide point d'appui sur le bassin et nous rétablissons les conditions de fonctionnement des muscles fessiers dont les fibres ont repris leur direction normale. En fortifiant ces muscles par le massage et une gymnastique rationnelle nous obtenons des résultats définitifs très satisfaisants. La légère diminution de longueur du membre est compensée par une inclinaison du bassin à peine sensible et les enfants finissent par marcher si bien que l'observateur non prévenu a souvent peine à décider quel est le membre opéré.

Dans la luxation double, l'opération supprime la lordose exagérée, elle réduit au minimum la démarche vacillante, elle rétablit la position normale des jambes; enfin elle permet une abduction beaucoup plus grande.

Quant à la durée du traitement, nous pouvons dire qu'en général, au bout d'une semaine, le tamponnement de la plaie peut être supprimé : on pourra enlever l'appareil plâtré au bout de six semaines; pendant deux mois encore, on fera du massage et de la gymnastique de l'articulation, puis l'enfant peut être abandonné à lui-même. Pour la luxation unilatérale, il faudra des soins pendant 4 mois environ, pour la luxation double, pendant 6 mois. Après qu'on a enlevé l'appareil plâtré, il n'est pas besoin d'employer aucun appareil orthopédique.

Je puis me déclarer satisfait des résultats que j'obtiens actuellement, car, dans ma dernière série de 44 cas opérés avec ma nouvelle technique, je n'ai pas observé une seule récidive dans deux cas seulement, les mouvements étaient un peu limités. Dans aucun cas, je n'ai eu de position vicieuse par contracture, ni d'arthrite coxo-fémorale.

L'âge le plus favorable pour l'opération s'étend, à mon avis, de la troisième à la huitième année. La réduction de la tête présente des difficultés beaucoup plus grandes chez des sujets plus âgés. Nous recommanderons, chez ces malades, l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson, dans le cas de luxation unilatérale; pour la luxation double je me sers d'un procédé que j'ai décrit sous le nom d'opération de la pseudarthrose : il consiste à scier la tête fémorale déformée, puis à fixer au bassin l'extrémité supérieur du fémur.

Pour vous permettre de juger par vous-mêmes des résultats de ma méthode, je vous présente, Messieurs, une de mes opérées la seule Française que j'ai traitée et je vous prie de bien vouloir l'examiner.

Il 'agit d'une petite fille qui est entrée à ma clinique le 1er octobre 1895 avec une luxation congénitale de la hanche gauche. Le trochanter dépassait de 5 centimètres la ligne de Nélaton-Roser. Pendant l'opération, qui eut lieu le 3 octobre, je trouve la tête aplatie, le col du fémur est mal formé, l'angle qu'il forme avec le fémur est à peu près un angle droit. La cavité cotyloïde est plane. Réunion par première intention. Le 30 octobre nous commençons à faire du massage et de la gymnastique. Le 20 janvier l'enfant quitte la clinique.

Actuellement le résultat est une guérison idéale; l'articulation est absolument solide, avec une mobilité complète dans tous les sens. Le raccourcissement est d'environ 1 centim. 1/2. La démarche est excellente sans trace de boiterie.

Pour terminer je vous présente une série de radiographies de Röntgen qui sont intéressantes parce qu'elles permettent les unes de voir la luxation de la tête fémorale avant l'opération, les autres le rétablissement des rapports normaux après l'opération.

Entérocôlite et appendicite.

M. Lucas-Championnière, à propos de la communication de M. Dieulafoy, expose ses idées sur l'appendicite. Il soutient, comme devant la *Société de chirurgie* il y a quelques semaines, que l'appendice n'est pas tout et qu'il faut tenir grand compte de la typhlite et de l'engorgement stercoral du cæcum. Aussi ne saurait-il, quoique chirurgien, accorder à M. Dieulafoy qu'il faut sans tarder opérer tous ces malades et il pense que, s'il n'y a pas d'abcès pericæcal, s'il n'y a pas — comme il le croit — de lésions inflammatoires diagnostiquées de l'appendice, le traitement doit être médical et basé sur l'emploi de purgatifs pour évacuer le cæcum engorgé (voir *Gazette*, 1896, p. 1250).

M. Dieulafoy s'est borné à dire que sur un nombre considérable d'entérocôlites pseudomembraneuses il n'a pas vu l'appendicite en être l'aboutissant, et qu'il attendait les faits où on noterait cette coexistence. Ces faits sont venus, et M. Reclus, par exemple, en a cité d'incontestables. Mais M. Dieulafoy persiste à admettre une coexistence, qui ne l'étonne pas, mais non une relation de cause à effet. D'ailleurs, il est à remarquer que les auteurs qui ont le mieux étudié et décrit l'entérite muco-membraneuse, ne parlent même pas de l'appendicite comme complication ou comme aboutissant. Et ces travaux sont fondés sur 103 (Potain), 450 (Bottentuit) observations d'entérite muco-membraneuse.

Le fait est, en tout cas, que sur ses lithasiques intestinaux, sur ses malades, au nombre d'une soixantaine, atteints d'entérite muco-membraneuse, aucun n'a été atteint d'appendicite. Cela ne veut pas dire qu'aucun de ces sujets ne pourra être atteint d'appendicite, mais cela prouve qu'il ne saurait être question ici que de coexistence.

Quant à la question soulevée par M. Championnière, M. Dieulafoy, lui aussi, ne croit pas qu'il faille laisser entièrement de côté l'inflammation banale du cæcum. On a bien fait de démolir l'ancienne conception de la typhlite, avec phlegmon de la fosse iliaque. Mais parfois on exagère. On a fort bien une typhlite, comme une entérocôlite; suivant les sujets, l'inflammation se localise plus ou moins sur les diverses parties de l'intestin, sur le cæcum parfois, et dès lors M. Dieulafoy ne se trouve pas réellement en contradiction avec M. Championnière.

Sur la pathogénie, M. Dieulafoy est bien près d'être d'accord avec M. Reclus. Tous deux admettent en effet que le fait capital est l'exaltation de la virulence des microbes. Mais comment admettre avec M. Reclus le rôle de la pesanteur et de la stagnation dans ces appendices, si fréquents, remontant derrière la cæcum?

Extraction du cristallin pour myopie.

M. Vacher a fait actuellement 46 suppressions du cristallin transparent pour myopie, toutes suivies de succès; à partir de 30 ans, il préfère l'extraction sans iridectomie à la discision. M. Vacher présente un malade, myope à 29 dioptries, avec $V = 1/6$, et qui aujourd'hui est myope de — 2.50 avec $V = 1/3$. C'est là une opération précieuse dans les cas de ce genre, et entre autres avantages elle prévient le décollement de la rétine. Il ne faut pas opérer les yeux qui n'ont que $V = 1/10$; n'opérer qu'un œil et de bonne heure, à partir de 12 ans et si la myopie est au moins de — 13.

Élection.

Ont été élus correspondants nationaux, 1re division :

M. Debierre (de Lille) par 36 voix contre 18 à M. Renou et 15 à M. Lemaistre (2e tour de scrutin) ;

M. Renou (de Saumur) par 33 voix contre 25 à M. Lemaistre et 3 à M. Marvaud (2e tour de scrutin).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 Mars 1897.

Cirrhose hépatique.

M. Maugé communique l'observation d'une vieille femme de 88 ans, n'ayant jamais présenté de symptômes de cirrhose et morte de cachexie. A l'autopsie on trouva un foie extrêmement atrophié, pesant 800 grammes et très cirrhotique. L'examen microscopique montra d'épaisses travées fibreuses, infiltrées par places de petites cellules rondes. Les reins étaient petits, granuleux.

Adénome du foie avec cirrhose pigmentaire et lithiase biliaire.

M. G. Milian communique l'observation d'un malade qui est mort avec des phénomènes de cachexie progressive après avoir présenté, en fait de symptômes hépatiques une crise de coliques.

A l'autopsie on trouva que le lobe droit du foie était infiltré de nodules adénomateux variant du volume d'une lentille à celui d'une grosse noisette; ce lobe gauche n'en présentait que quelques-uns épars, au sein du parenchyme; la vésicule biliaire renfermait un calcul du volume d'un œuf de pigeon. La rate était grosse, molle, les reins scléreux avec quelques kystes séreux. Dans la parotide se trouvait une tumeur composée de deux parties distinctes, une antérieure, blanchâtre, dure, squirrheuse; une postérieure, kystique, à paroi chargée de villosités blanchâtres, et dont le contenu était formé d'une bouillie noirâtre.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome du foie avec cirrhose pigmentaire. En effet, du pigment ocre donnant la réaction ferrique existait de places en places dans ce foie : rare dans les nodules adénomateux complètement constitués du lobe droit, il était extrêmement abondant dans les grosses cellules à noyaux multiples du lobe gauche. Ce pigment n'existait pas seulement dans le foie : on le retrouvait aussi dans le carcinome de la région parotidienne, ainsi que dans le poumon et la rate. Par contre, il n'existait pas dans le rein.

Hydrocéphalie.

MM. Ch. Lévy et **P. Claisse** communiquent l'observation d'un enfant de 3 ans, atteint d'hydrocéphalie et ne présentant aucun stigmate de syphilis. A l'autopsie on trouva 350 gr. de liquide céphalo-rachidien. Au niveau du sillon optostrié, de chaque côté, existait une série de grosses granulations. L'examen microscopique montra que ce n'était pas des lésions tuberculeuses, et qu'elles étaient constituées par les plexus choroïdes très hypertrophiés.

Érysipèle de l'ombilic chez un nouveau-né. Streptococcie généralisée.

M. Labbé communique l'observation d'un nouveau-né mort d'érysipèle de la paroi abdominale et de l'ombilic avec ictère.

L'examen bactériologique du sang pendant la vie et après la mort y montra l'existence de streptocoques, ainsi que dans tous les viscères et sérosités de l'organisme.

A l'autopsie, on trouva un foie extrêmement volumineux brun jaunâtre, avec des taches violacées, hémorrhagiques. Les lésions histologiques sont constituées par des une congestion intense, avec atrophie des travées hépatiques, par une nécrose des cellules hépatiques en certains points, et par hémorrhagies au niveau des espaces porte et dans le parenchyme, enfin par des lésions d'endartérite et d'endophlébite.

L'infection s'est propagée par les lymphatiques qui regorgent de cellules lymphatiques et de streptocoques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Mars 1897.

Fréquence de la tuberculose dans la paralysie infantile ancienne.

MM. Gilbert et **Garnier** communiquent l'observation d'un homme de 47 ans atteint depuis longtemps de paralysie infantile et qui a succombé dans leur service. A l'autopsie, on trouva que le malade était tuberculeux.

Ils ont pu réunir 16 autres cas de paralysie infantile ancienne avec autopsies, et sur ces 16 cas, il existait 6 fois des lésions tuberculeuses. Ils se demandent donc si la fréquence de la tuberculose dans la paralysie infantile ancienne ne doit pas être mise en parallèles avec la fréquence de la tuberculose chez les amputés, signalée par M. Marie.

Nécrose partielle de la muqueuse intestinale par les toxines microbiennes.

M. Péron communique l'observation d'un homme de 42 ans qui est entré à l'hôpital pour un abcès du cou et qui est mort

après avoir présenté les symptômes de septicémie streptococcique avec purpura et diarrhée cholériforme.

A l'autopsie, à côté d'autres lésions d'origine septicémique, on trouva une série d'ulcérations sur la muqueuse de l'estomac et du jéjunum.

Ces ulcères étaient probablement provoqués par les toxines résorbées au niveau du foyer de suppuration, et c'est peut-être là l'origine de certaines ulcères de la muqueuse gastro-intestinale d'étiologie obscure.

Énergie musculaire.

M. Gréhant fait fonctionner devant la *Société de biologie* un appareil auquel il donne le nom de myodynamomètre à sonnerie et qui est une imitation du myographe d'Helmholtz et d'un appareil du professeur Rosenthal d'Erlangen. M. Gréhant démontre qu'un muscle gastrocnémien de grenouille dont le poids est de 0gr3 environ est capable de soulever au maximum un poids de 700 à 1 000 grammes.

L'hydrogène, l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, l'alcool, le curare, ne paraissent pas affaiblir cette grande énergie musculaire, tandis que la vérétrine produit un abaissement marqué de cette énergie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 Mars 1897.

Cholécystite et angiocholite infectieuses,

M. Lejars. — Voir page 277.

M. Michaux a observé, l'an dernier, une infection des voies biliaires d'origine pneumococcique. Il n'y avait pas non plus de calculs apparents; or, l'examen des selles par le procédé du tamis a permis de constater de nombreux calculs.

Péritonite généralisée.

M. Richelot fait un rapport sur une observation de **M. Malapert** (de Poitiers) où il s'agit d'une enfant de neuf ans qui, le lendemain d'une chute, est prise de très vives dans le ventre; la température s'élève, l'état général devient rapidement très mauvais et on diagnostique une péritonite.

L'enfant fut soignée par des moyens médicaux pendant trois semaines. Une ponction de l'abdomen ayant amené un litre et demi de pus, on pratique la laparotomie médiane. Dès l'incision du péritoine, on tomba sur la vessie qui débordait notablement la symphyse du pubis et qui fut ouverte par inadvertance. La plaie vésicale fut suturée par trois plans de suture à la soie fine. On évacua ensuite 3 litres de pus contenant des fausses membranes. L'évacuation fut suivie d'un lavage avec 6 litres de sublimé à 1 p. 10000. Le pus occupait les fosses iliaques et le petit bassin. Le ventre fut refermé après tamponnement du cul-de-sac de Douglas à la Mikulicz deux drains furent laissés, un dans chacune des fosses iliaques.

La suppuration dura deux semaines; des lavages à la solution de sublimé favorisèrent l'évacuation du pus, l'enfant finit par guérir.

M. Malapert, après avoir éliminé la tuberculose et l'appendicite, pense qu'il y avait là une péritonite idiopathique des jeunes sujets. M. Richelot, après avoir fait quelques réflexions sur les dangers des lavages du péritoine au sublimé, et les inconvénients du tamponnement à la gaze, qui est bien inférieur aux drains au point de vue de l'écoulement des liquides, soutient qu'il s'agissait plutôt d'une péritonite tuberculeuse, quoique l'examen bactériologique ait été négatif et que cette péritonite, loin d'être généralisée, était plutôt limitée.

M. Quénu adopte entièrement les conclusions de M. Richelot. Il y a bientôt un an, il a observé une femme de trente et un ans chez laquelle fut porté le diagnostic de tumeur abdominale. La partie inférieure de l'abdomen présentait de la matité inférieure, et la limite de cette matité était à concavité supérieure. La ponction de l'abdomen donna issue à du pus horriblement fétide et des gaz. Une deuxième ponction faite quelques jours après donna également du pus et des gaz; l'examen bactériologique montra que c'était du pus stérile.

Au bout de huit jours on pratiqua la laparotomie et on tomba sur une collection purulente remontant très haut. Immédiatement après l'intervention la température tomba; la malade s'améliora rapidement, et resta, pendant plusieurs mois, dans un excellent état de santé. Mais au mois de décembre elle commença à maigrir et à tousser, et quelque temps après elle mourut. A l'autopsie on trouva une tuberculose généralisée ayant envahi le péritoine et les méninges.

M. Reynier a eu à intervenir chez un homme pour lequel on avait pensé à une appendicite. L'opération n'a été faite que très tardivement et à l'incision il sortit plus d'un litre de pus; il existait un foyer énorme, tellement grand que l'on aurait pu penser à une péritonite généralisée, mais les anses intestinales étaient agglomérées et isolées du pus par des adhérences. L'examen bactériologique démontra l'absence du bacille de Koch. Le malade guérit de cette intervention.

Six mois après il revint pour des abcès froids, siégeant l'un au crâne, l'autre au niveau du fémur. Le malade toussait. Le diagnostic de tuberculose était évident.

M. Brun fait remarquer que dans tous ces cas on a fait la recherche du bacille de Koch, mais l'on n'a pas cherché la présence d'autres microbes. Or, le tableau clinique de l'observation de M. Malapert ressemble trait pour trait au tableau de la péritonite à pneumocoques, et sans être absolument affirmatif, M. Brun admettrait volontiers que c'est une péritonite à pneumocoques que M. Malapert a guérie.

M. Kirmisson est entièrement de l'avis de M. Brun et comme lui il pense que le cas de M. Malapert ressemble absolument à un cas de péritonite à pneumocoques.

M. Reclus présente un malade dont la jambe avait été fracturée par la chute d'une plaque de fer extrêmement lourde, et qu'il a traitée par la méthode ambulatoire.

M. Monod présente un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du foie.

M. Brun présente un kyste dermoïde de l'ovaire, à pédicule tordu, qu'il a enlevé sur une fillette de quatorze ans. Ce kyste n'a révélé sa présence que par des accidents aigus de torsion. M. Brun en a déjà observé un cas semblable; dans les deux cas, les malades avaient été adressées au chirurgien avec le diagnostic d'appendicite. Le souvenir de la première opérée a permis à M. Brun de porter le diagnostic de kyste de l'ovaire, chez sa seconde malade.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 Mars 1897.

Appendicite grippale.

M. Merklen a observé 3 cas d'appendicite, précédés ou accompagnés des phénomènes généraux et des manifestations catarrhales de la grippe. Il aurait pensé à une simple coïncidence si d'autres observateurs n'avaient insisté récemment sur les rapports de l'appendicite avec les maladies générales, grippe, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc., semblant agir en exaltant la virulence des microorganismes ordinaires de l'intestin quand ces maladies surviennent chez des sujets présentant la prédisposition familiale à l'appendicite.

Les 3 observations, dissemblables quant à l'évolution clinique de l'appendicite, sont néanmoins comparables et ont présenté ceci de commun que l'affection s'était développée chez des enfants présentant des antécédents familiaux d'appendicite; et se trouvait en relation évidente avec la grippe saisonnière.

L'appendicite qui survient à la suite des maladies infectieuses ne diffère pas de l'appendicite commune. L'appendicite grippale n'ayant pas de caractère spécial, les indications thérapeutiques sont celles de l'appendicite en général. Il n'est malheureusement pas possible, à l'heure actuelle, de se baser sur la forme clinique d'une appendicite pour en faire le pronostic.

La clinique ne fournit pas de base plus solide au pronostic.

Il semble cependant que la perforation de l'appendicite survienne plus souvent dès une première atteinte que dans l'appendicite récidivante.

M. Florand a fait opérer un jeune homme atteint d'une poussée d'appendicite consécutive à une entérite muco-membraneuse. Malgré l'ablation de l'appendice, les douleurs persistèrent, montrant ainsi qu'elles étaient sous la dépendance de l'entérite muco-membraneuse et non de l'appendicite.

M. Moizard pense qu'on peut toujours se guider sur les deux propositions suivantes : une première poussée d'appendicite existe; de deux choses l'une : ou elle guérira sans récidive, alors pas d'opération ; ou elle sera suivie d'une récidive, l'intervention est alors formellement indiquée.

M. Siredey a vu des cas qui, cliniquement, paraissaient d'une bénignité excessive, et qui cependant étaient fonction de lésions appendiculaires considérables, constatées après l'opération. Réciproquement, il pourrait citer des obsevations où des symptômes menaçants existèrent pendant 2, 3, et même 4 mois, alors qu'on trouvait pendant l'opération un appendice relativement peu lésé.

M. Rendu cite l'observation d'un jeune homme qui a eu deux crises d'appendicite très légères; malgré cette bénignité et en raison de la récidive, M. Rendu conseilla l'opération : on trouva un appendice présentant dans toute sa hauteur des ulcétions très profondes.

Appendicite d'origine hystérique.

M. Brissaud rapporte l'observation d'une jeune fille, de 18 ans, entrée dans son service avec une douleur exactement limitée à la région cæcale, datant de quelques jours seulement et répondant à une tumeur de la grosseur du poing, oblongue, dirigée en bas et en dedans, plus volumineuse en haut qu'en bas, submate, pâteuse, très sensible à la pression. En même temps constipation, vomissements ou régurgitations alimentaires opiniâtres remontant à 3 ou 4 mois.

Les symptômes étaient bien ceux d'une appendicite, et pourtant les vomissements incoercibles qui existaient depuis 4 mois n'avaient point modifié sensiblement l'état général de la malade. Aussi M. Brissaud se demanda-t-il si le syndrome iliaque n'était pas un épiphénomène passager de névropathie.

M. Ch. Monod, consulté, ne se prononça pas ; il ne crut pas devoir intervenir immédiatement, et l'on remit au lendemain. Mais le lendemain et les jours suivants la situation resta stationnaire, ne s'améliorant pas sensiblement, mais aussi ne s'aggravant pas, ce qui rendait très vraisemblable la supposition de M. Brissaud. Elle le devint encore plus par l'échec complet du régime lacté et de toute une série de médicaments paraissant pourtant très appropriés aux symptômes. Le diagnostic d'hystérie fut tout à fait prouvé lorsqu'on vit, un beau jour, la prétendue appendicite disparaître pour être remplacée par une hémi-anesthésie gauche, survenue à la suite d'une crise de nerfs qui éclata la nuit. Peu à peu, conformément à la règle, les vomissements se compliquèrent d'anorexie secondaire et l'état général s'altéra gravement. L'alimentation par la sonde n'arrêtant pas les vomissements, il fallut recourir à l'alimentation rectale. Entre temps l'appendicite réapparut, puis disparut de nouveau, chaque fois avec les mêmes symptômes, mais avec cette particularité qu'à chaque nouvelle attaque la tuméfaction cæcale paraissait moins volumineuse tandis que les douleurs spontanées et provoquées de la région iliaque étaient, au contraire plus vives.

Pendant une des recrudescences, il y eut de l'anurie avec douleurs vives dans tout le ventre qui auraient fait penser à la péritonite si on n'eut pas été fixé sur leur nature réelle.

La malade quitta l'hôpital complètement guérie, et guérie par un traitement psychothérapique dont s'étaient chargées spontanément les autres malades du service.

M. Rendu complète cette observation en ajoutant que la malade de M. Brissaud vint 3 mois après dans son service pour une nouvelle attaque de pseudo-appendicite. Comme on ignorait ce qui avait eu lieu avant et que les symptômes paraissaient tout à fait alarmants, on opéra. On trouva simplement de la congestion de l'appendice qui fut enlevé.

Dans un second cas analogue observé par M. Rendu, les accidents hystériques allèrent encore beaucoup plus loin. Ils simulèrent à s'y méprendre ceux d'une perforation de l'estomac : sidération, suppression des urines, douleur abdominale atroce, vomissements, hoquet, hématémèses considérables. La congestion de la muqueuse gastrique, assez intense pour laisser exsuder du sang à deux reprises différentes, a été très probablement d'ordre purement réflexe et s'est produite à l'occasion de la colique appendiculaire. Tous les accidents ont disparu comme par enchantement après l'ablation de l'appendice; du moins ils ne se sont pas reproduits depuis 3 mois que la malade a été opérée. Elle a même pu reprendre ses occupations qui sont fatigantes.

Comme dans le premier cas, on ne trouva que de la congestion dans l'appendice.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 11 Mars 1897.

Anus vulvaire congénital.

M. P. Petit présente une petite malade de 10 ans qu'il a opérée d'un anus vulvaire congénital. Développement normal des os iliaques et du sacrum, mais absence de coccyx. L'anus s'ouvrait un peu au-dessus de la fourchette par un orifice ovalaire, limité en haut et sur les côtés par un hymen en croissant. Il admettait la phalange de l'index, et conduisait à une ampoule qui s'incurvait légèrement vers le bas avant de se continuer en haut à plein canal avec le rectum. L'enfant n'arrivait qu'imparfaitement à retenir les matières fécales.

M. Petit pratiqua le procédé de transposition du périnée de Rizzoli. Incision du périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus, séparation par dissection du rectum et du vagin, fixation de l'orifice anal à l'angle postérieur de la plaie, suture de la peau à la muqueuse, fermeture du périnée. Suites opératoires parfaites, incision par première intention. Actuellement la petite malade n'a plus d'incontinence des matières fécales. L'auteur discute les différents procédés qui ont été préconisés pour remédier à cette grave infirmité et défend le procédé de Rizzoli.

Monstre symélien.

M. Coville. — Le monstre présentait les particularités suivantes : les membres inférieurs sont réunis dans l'étendue de 10 cent. 1/2 par un pont musculo-membraneux. Les membres inférieurs présentent par rapport au corps une direction absolument normale. Il y a absence complète d'anus, dont l'emplacement est occupé par un appendice cutané, présentant à sa base un petit pertuis qui admet l'extrémité du stylet.

Pas d'organes génitaux externes, représentés seulement par un petit tubercule sous-pubien de la grosseur d'un petit pois. Les malformations organiques portent sur le gros intestin et les organes génito-urinaires. Le côlon transverse, le côlon descendant, le rectum manquent absolument. Le cæcum et le côlon ascendant considérablement distendus par le méconium existent. Il n'y a point de vessie, pas d'ouraque, pas d'uretère, mais les reins sont normaux d'aspect et de dimensions.

Les ovaires et les trompes sont normaux, mais l'utérus est bifurqué; il est représenté par deux cornes dirigées en bas et en dehors, à l'extrémité desquelles viennent prendre insertion les trompes et les ligaments ronds. Il n'y a pas trace de vagin.

M. Maygrier fait observer que, malgré l'absence de vessie, on n'observait aucune anomalie du côté du placenta.

Appendicite et annexite.

M. Lutaud. — Le diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite droite présente souvent de réelles difficultés. Il est possible de confondre les suppurations d'origine cæcale avec les suppurations péri-utérines d'origine génitale. L'auteur rapporte trois cas dans lesquels des suppurations d'origine péricæcales ont été confondues avec des pyosalpinx. Ces faits lui paraissent de nature à appeler l'attention des gynécologues. Il y a quelques années le pyosalpinx avait remplacé toutes les

autres variétés d'inflammations pelviennes, aujourd'hui l'appendicite accapare l'attention des médecins. Il est probable que si les trois cas rapportés avaient été observés en 1896, l'auteur aurait évité l'erreur de diagnostic, qui, heureusement pour les malades, n'a eu aucune conséquence grave.

M. Budin fait observer qu'il y a des caractères différentiels permettant d'éviter les causes d'erreur : le siège de la tumeur n'est pas le même, celui de la douleur non plus. En cas d'appendicite on ne trouve rien dans le cul-de-sac vaginal, la tumeur n'est pas au contact de l'utérus, on peut percevoir les annexes qui ne sont pas augmentées de volume.

M. Doléris. — Le phlegmon intestinal est élevé, les annexes enflammées tendent à descendre vers le fond du bassin. L'annexite est précédée d'une inflammation puerpérale ou gonococcique. Dans la pratique, l'erreur de diagnostic que signale M. Lutaud ne doit pas être souvent commise.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 Mars 1897.

Intolérance excessive pour l'antipyrine.

M. Duchenne (de Sainte-Anne-d'Auray) rapporte un cas d'intolérance excessive pour l'antipyrine, observé chez une malade qui après avoir par mégarde avalé 80 centigrammes d'antipyrine mélangés à de la caféine et de l'acide citrique, fut prise de malaise, avec sensation de défaillance, nausées, fièvre. Il y eut plus tard des démangeaisons aux extrémités, à la vulve, à la bouche, aux paupières, suivies de rougeur, d'œdème, d'érythème et de phlyctènes. Tout cela a duré une quinzaine de jours.

La malade avait déjà ressenti pareils phénomènes d'intolérance à la suite de l'ingestion d'antipyrine.

Dermatites et stomatites pemphigoïdes dues à l'antipyrine.

M. Lyon communique l'observation d'une femme de 32 ans qui, après l'ingestion d'un gramme d'antipyrine, présenta une éruption bulleuse localisée à la bouche et aux téguments au niveau de la face antérieure du genou et du coude. La face interne des joues, la voûte palatine, la langue, furent atteintes par des poussées éruptives survenues par poussées successives, et ce furent ces manifestations buccales qui incommodèrent le plus la malade, en raison des troubles de la déglutition qu'elles provoquèrent.

La cause de ces accidents était une insuffisance rénale qui existait chez cette malade et qui expliquait mieux que le diagnostic les phénomènes observés.

D'après M. Lyon, les éruptions à forme bulleuse sont les formes les plus graves et s'observeraient surtout dans les cas où les malades ont une dépuration urinaire insuffisante.

M. Dalché fait observer que nombre d'albuminuriques auxquels on prescrit de l'antipyrine n'ont pas de telles manifestations et que par conséquent on est autorisé d'incriminer les susceptibilités individuelles.

M. Jasewicz rappelle que le mode d'administration de l'antipyrine a dans l'espèce une importance considérable. Lorsqu'il y a contact direct de l'antipyrine avec les tissus, lorsqu'on prescrit des cachets par exemple, les phénomènes d'intoxication, chez les prédisposés, sont autrement accentués que ceux qu'on observe lorsqu'on prescrit des solutions dans l'eau simple ou dans l'eau portant en dissolution du bicarbonate de soude. Il peut même arriver que les manifestations cutanées ne se présentent que dans le cas où l'antipyrine est ingérée à l'état de poudre.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 17 Mars 1897.

Sarcome mélanique de l'œil.

M. Gayet présente un malade atteint d'une tumeur mélanique de l'orbite, creusée d'une ulcération irrégulière à sa partie la plus antérieure, et donnant l'impression d'un œil atteint d'une mélanose qui se serait fait jour à travers une cornée perforée. En réalité, il s'agit d'une récidive. Le malade a été énucléé dans le service de la clinique en 1884, on a retrouvé son observation, et la pièce pathologique enlevée à ce moment. L'énucléation avait été faite à la suite d'un traumatisme, parce que des accidents de sympathie avaient éclaté. Au pôle postérieur de l'œil enlevé, on pouvait remarquer, et on voit encore, trois petites taches mélaniques. Pendant 13 ans, cette mélanose n'a pas reparu, puis elle s'est développée *in situ*, reproduisant la forme de l'organe enlevé.

Cirrhose hépatique avec souffle veineux.

M. Lyonnet présente une malade atteinte de cirrhose atrophique du foie. Au niveau du creux épigastrique on remarque à la palpation un frémissement et à l'auscultation, un souffle continu, que l'auteur de la présentation croit devoir rapporter à une dilatation des veines portes accessoires, particulièrement de celles du ligament suspenseur. La malade n'a pas de circulation veineuse complémentaire superficielle, ce serait donc surtout les veines portes accessoires profondes qui serviraient dans ce cas à la dérivation. Il est à noter de plus que la malade a subi, il y a quelque temps, une laparotomie; le diagnostic de péritonite tuberculeuse ayant été posé, l'ascite qui était abondante à ce moment, a très notablement diminué depuis l'opération.

Phlébite des sinus d'origine otique.

M. Villard rapporte l'observation d'un malade atteint de phlébite des sinus consécutive à une otite.

Entré dans le service du professeur Lépine, le malade fut dirigé aussitôt sur celui du professeur Poncet. Il présentait à ce moment, outre un écoulement purulent de l'oreille, un état général demi comateux, la tête était inclinée sur l'épaule, la face congestionnée, avec de la turgescence des veines. L'examen ophthalmoscopique montrait également de la congestion des veines rétiniennes.

M. Villard, après trépanation de l'apophyse mastoïde, constata que les cellules mastoïdiennes, petites, semblaient saines. En poursuivant la trépanation à la gouge et au maillet, il arriva sur le sinus latéral oblitéré par un gros caillot purulent. Le sinus fut nettoyé à la curette le plus loin possible. M. Villard découvrit ensuite la jugulaire interne au-dessous du cartilage cricoïde, avec le projet d'en pratiquer la ligature. Mais, en ce point, la veine était déjà envahie par des caillots puriformes.

Le malade succomba 8 jours après l'intervention; il y avait eu pendant ce temps une notable amélioration de l'état général. L'autopsie montra une otite moyenne assez étendue, et des lésions pulmonaires de phlébite suppurée. Il y avait de plus aux sommets de vieilles lésions tuberculeuses peu marquées. L'otite était peut-être en rapport avec cette tuberculose.

M. Villard fait remarquer l'intérêt de ce cas au point de vue diagnostique, et au point de vue opératoire. Le diagnostic devait être fait avec la mastoïdite de Bezold, comme le fit M. A. Broca dans dans un cas. La congestion veineuse, qui était très prononcée à la face, semble être un bon signe de phlébite des sinus. L'intervention doit être celle qu'ont préconisée MM. Broca et Maubrac dans leur *Traité de chirurgie cérébrale*, et qui a été suivie dans ce cas avec quelques variantes (la ligature de la jugulaire interne n'a pas en effet été faite préventivement).

Névrome malin.

M. L. Dor. — Il s'agit d'un homme atteint de neurofibromatose généralisée, porteur, entre autres, d'une volumineuse tumeur du bras, récidivée au bout d'un an.

La tumeur, enlevée ces jours-ci pour la seconde fois, présente l'aspect microscopique d'un névrome. Dans les parties les plus adultes, des gaines à myéline se sont développées, sans renfermer de cylindres-axes; en examinant des portions de plus en plus embryonnaires, on peut voir tous les intermédiaires entre ces fausses fibres nerveuses et de grosses cellules rondes remplies de myéline.

M. Quénu doute de la possibilité de semblables tumeurs, s'appuyant sur l'idée que les gaînes à myéline ne doivent pouvoir se développer qu'autour de cylindres-axes de nouvelle formation et que les cylindres-axes n'étant pas des cellules ne peuvent pas devenir le siège de proliférations anormales.

Le cas présent semble en contradiction avec cette manière de voir.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 17 Mars 1897.

Hémiatrophie linguale.

M. Lyonnet présente une malade atteinte d'hémiatrophie linguale. Il pense, étant donnés des signes non douteux de tuberculose et l'existence d'adénites anciennes, pouvoir incriminer la compression du grand hypoglosse par un paquet ganglionnaire.

Noma dans une fièvre typhoïde.

M. Weil présente une jeune malade opérée au mois de janvier pour un noma apparu au vingtième jour d'une fièvre typhoïde. Il insiste sur la nécessité d'une intervention très précoce et très étendue, car, d'une manière constante, les lésions profondes occupent une surface infiniment plus vaste que le sphacèle de la muqueuse ou de la peau.

Dans le cas actuel, avec une plaque de sphacèle large comme une pièce d'un franc sur la muqueuse buccale, il y avait une infiltration diffuse de la joue que l'on détruisit au thermocautère.

L'enfant a guéri, et la vaste perte de substance laissée par l'opération s'est en partie comblée; il persiste seulement une fistule, par laquelle s'écoule la salive, et qu'on tentera de supprimer par une opération autoplastiques.

Divers membres de la Société reviennent sur le traitement du noma, qu'ils veulent, également, hâtif et radical.

Un nouveau cas de cancer vert.

MM. Paviot et **Fayolle** communiquent un nouveau cas de *prétendu « cancer vert d'Aran »*, dans lequel la constatation d'une leucocythémie intense vient confirmer les idées de la nature leucocythémique de la maladie soutenue par Paviot et Gallois (*Soc. biol.*, novembre 1896).

Dans ce cas il n'y a pas eu de tumeur symétrique des orbites; leur malade, âgé de 10 mois, a succombé en 3 mois avec une anémie intense, de la lymphadénie et une leucocythémie qui s'est installée secondairement. Tous les groupes ganglionnaires tuméfiés, la moelle osseuse, les espaces conjonctifs du foie et des reins étaient infiltrés par une néoproduction vert pois; cette teinte s'atténuait par l'exposition à l'air, mais est toujours visible sur des coupes fraîchement faites. L'évolution a été fébrile (39°5 à 40°). Et, abstraction faite de la teinte verte des ganglions et de la molle osseuse, l'affection a absolument rappelé celle décrite par Ebstein et Fränkel sous le nom de « leucémie aiguë », même allure infectieuse, même engorgement ganglionnaire, même leucocythémie exclusivement à lymphocytes; aucun grand erythrocyte comme dans l'anémie pseudo-leucémique de Von Jaksch et Luzet. — Les auteurs montrent à la Société la réaction oxydante de ces néoproductions sur la teinture de gaïac (Hugonnenq et Paviot).

Gangrène sèche.

M. Vignard présente, au nom de M. Jaboulay, le membre inférieur droit d'un malade âgé de 42 ans atteint, dix jours auparavant, de gangrène sèche. Quelques antécédents rhumatismaux, mais rien du côté du cœur. Les accidents débutèrent brusquement, par une douleur dans la jambe, qui était froide et insensible objectivement, tandis que la cuisse était le siège d'une vive hyperesthésie. Des plaques de mortification ayant apparu et s'agrandissant, on pratique l'amputation à la moitié de la cuisse. La dissection du membre amputé montra que la thrombose était également étendue aux artères et aux veines.

Sérum antistreptococcique.

M. Courmont rapporte une série d'expériences faites avec le sérum de Marmorek, d'une part; le streptocoque dont s'est servi cet auteur et un streptocoque retiré de phlyctènes érysipélateuses, de l'autre.

Il en conclut que le sérum de Marmorek est actif, sur le lapin, vis-à-vis de son streptocoque, mais n'est d'aucune efficacité à l'égard du streptocoque de l'érysipèle.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Février 1897.

Amblyopie et anesthésie sous-orbitaire d'origine traumatique.

MM. Chabannes et **Ubry**. — Un homme de 32 ans marin, se trouvant en pleine mer est brusquement projeté par un coup de roulis contre le bastingage où son crâne se heurte avec violence.

Le lendemain de l'accident, après une nuit agitée, entrecoupée de rêvasseries, le malade constate autour de son œil gauche une ecchymose à la fois sous-conjonctivale et palpébrale, dont il ne peut préciser le moment exact d'apparition. Mais ce qui le trouble complètement c'est la perte totale de la vision de l'œil gauche; il ne peut discerner le jour d'avec l'obscurité. De plus, il y a une anesthésie totale de toute la zone d'innervation du sous-orbitaire.

Ce n'est qu'au bout de 8 jours qu'une amélioration sensible s'opère dans sa vue; il commence à distinguer la lumière ainsi que l'ombre des objets qu'on fait passer devant ses yeux. La guérison est complète un mois après. La seule façon d'interpréter ce phénomène est d'admettre que le traumatisme intense dont notre malade a été victime a déterminé sans doute une fissure du plancher de l'orbite, étendue jusqu'au trou optique. Un petit hématome traumatique succédant à cette lésion a pu comprimer simultanément le segment inférieur du nerf optique et le nerf sous-orbitaire. La rétrocession rapide de l'amblyopie constatée depuis l'accident, le retour progressif de la sensibilité sont en faveur de l'existence d'un épanchement sanguin de petit volume qui est en voie de résorption.

M. Fromaget. — Je crois qu'on doit expliquer l'anesthésie du sous-orbitaire par une fracture du rebord orbitaire dont le sujet a dû être atteint, et non par une fracture du rebord du plancher de l'orbite, le mécanisme invoqué par M. Chabannes étant contraire aux conditions anatomiques normales qui font que les fissures du plancher de l'orbite atteignent la fente sphénoïdale et non le trou optique.

Ulcère tuberculeux de la face interne de la joue.

M. Carrière. — Louis Ch..., 37 ans charretier, a eu à 32 ans une pleurésie et plus tard une otorrhée chronique droite.

Il y a 10 mois le malade s'est aperçu qu'il avait à la face interne de la commissure labiale gauche une petite ulcération indolore qui s'est de plus en plus étendue.

Il présente en outre des symptômes non douteux de tuberculose pulmonaire aux deux sommets, surtout à gauche.

L'ulcération de la face interne de la joue, fissuraire, sinueuse, est limité par des bords saillants, taillés à pic, blanchâtres. Le fond est blafard et atteint un centimètre de profondeur.

L'examen microscopique de l'ulcération de la joue a démontré qu'il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse.

1° Le fait nous semble intéressant, parce que les ulcérations tuberculeuses des joues sont relativement peu fréquentes.

2° Parce qu'elles ne surviennent guère chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire à la première période.

M. Dubreuilh fait remarquer qu'il n'a vu que rarement les grains jaunes que les auteurs indiquent comme un bon signe de diagnostic de l'ulcère tuberculeux granulique.

M. Moure. — Il est en effet rare de les rencontrer sur les lèvres et les joues, mais sur la langue ils sont très fréquents et d'une grande valeur diagnostique.

M. Anthony fait remarquer que dans la stomatite ulcéro-membraneuse, il peut y avoir au niveau d'un chicot des ulcérations allant jusqu'à l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Pouce surnuméraire; photographie aux rayons X.

M. Ginestous. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade porteur d'un pouce supplémentaire que M. Bergonié a bien voulu radiographier. Ainsi qu'on peut le voir sur la photègraphie que je présente à la Société, le pouce surnuméraire ne présente qu'une phalange. Ce fait est assez rare, les pouces surnuméraires en possèdent ordinairement deux. Tel était le cas décrit par Chuquet et celui présenté à la Société par M. Andérodias.

La phalange du pouce surnuméraire de ce malade s'articule avec l'extrémité supérieure du premier métacarpien en même temps que la phalange du pouce normal qui est légèrement repoussé en dedans pour lui faire place.

Œdème primitif du larynx.

M. Liaras. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade âgé de 50 ans qui a été atteint d'œdème aigu primitif du larynx à la suite d'un coup de froid.

Cet œdème, quoique se traduisant par peu de troubles fonctionnels, était très étendu. L'infiltration commençant à la base de la langue occupait l'ouverture du larynx ainsi que l'épiglotte qu'elle cachait à demi à la vue. Une simple incision de la partie saillante amena la guérison.

Ce cas est susceptible de faire douter de l'origine exclusivement infectieuse de ces œdèmes aigus primitifs du larynx.

Notre cas fait partie du groupe des œdèmes séreux, mais il n'a pas les caractères de couleur et de mobilité assignés par Massaï à ses œdèmes érysipélateux; de plus notre malade n'a pas eu les températures élevées de 39° à 40° que l'on retrouve en ces cas.

Dans l'œdème infectieux bénin, Garel a noté une température très élevée, outre les signes de dysphagie, de gêne de la respiration, etc.

M. Moure. — Ce qui est frappant dans cette observation, c'est l'absence presque complète des signes fonctionnels. Le malade accusait seulement une légère gêne de la déglutition.

Hypertrophie de la prostate : résection des canaux déférents; péritonite généralisée. Mort.

MM. Chavannaz et **Michel.** — Le traitement chirurgical de la prostate étant actuellement à l'étude, nous croyons devoir rapporter l'observation suivante.

Le nommé B..., âgé de soixante-sept ans, présentant tous les symptômes d'une hypertrophie de la prostate, arrivée à la troisième période de son évolution est soumis à la résection pratiqué le 5 février.

Le 17 février le malade succombe. A l'autopsie on constate les signes d'une péritonite généralisée.

La vessie est adhérente à la face antérieure de l'abdomen. Elle est fixée également à la face antérieure de l'anse pelvienne du côlon qui passe un peu en arrière de son sommet. En décollant cette vessie, en l'isolant de l'intestin et des parois du petit bassin, on ouvre des loges pleines de pus. Les uretères sont très dilatés. Le rein gauche est distendu par le pus: le rein droit est volumineux mais non infiltré. Il n'y a pas trace de suppuration au niveau des régions opératoires. La résection des canaux déférents est restée inutile mais elle ne saurait être accusée d'avoir amené la mort du malade puisqu'il n'existait pas de suppuration le long des cordons spermatiques.

Sans nier que les lésions rénales présentées par le sujet aient pu contribuer à sa mort, nous mettons celle-ci, avant tout, sur le compte de la péritonite généralisée révélée à l'autopsie et qui avait son point de départ dans un abcès de la vessie avec péricystite suppurée. C'est là un fait rare dans le cours de l'hypertrophie de la prostate.

M. Villar se demande si, en face des graves accidents que présentait ce malade, la taille hypogastrique suivie de la création d'un méat hypogastrique n'eût pas donné de bons résultats.

M. Chavannaz. — Les urines étaient peu purulentes ; l'état général plutôt bon. Le cas paraissait donc favorable à la résection des canaux déférents. Le méat hypogastrique n'eût pas empêché ici les événements de se précipiter.

Influence de l'alcoolisme du père sur la vitalité de l'enfant.

M. Anthony. — Une femme robuste, en bonne santé, mariée à un alcoolique avéré à l'âge de 17 ans, a eu cinq enfants dans les neuf années qui ont suivi son mariage. Tous sont nés petits, malingres, chétifs. Quatre sont morts de un à dix jours après leur naissance, un seul, à force de soins, a résisté jusqu'à quatre ans.

Délaissée par son mari, cette femme contracta une liaison avec un homme bien portant et rangé. Elle en eut deux enfants. L'aînée a actuellement quatre ans et jouit d'une excellente santé. Le second a quatorze jours et sa belle apparence et son augmentation régulière de poids donnent à penser qu'il ne suivra pas la trace de ses aînés. Cette observation semble être une démonstration bien nette de l'influence de l'alcoolisme du père sur la vitalité de l'enfant.

M. Anthony demande si on ne pourrait pas attribuer la mort des enfants à la syphilis paternelle.

M. Fieux. — Rien dans l'interrogatoire dirigé dans ce sens ne permet d'affirmer la syphilis, tandis que l'alcoolisme est flagrant.

Note relative à un cas de compression de l'uretère droit par un utérus gravide.

M. Guyot. — Le rein et l'uretère droits présentés à la Société proviennent d'une jeune femme de 28 ans morte dans le service de M. Lannelongue.

Cette femme, enceinte de 3 ou 4 mois, était entrée à l'hôpital pour des accidents douloureux de l'articulation coxo-fémorale droite survenus brusquement et pour lesquels on porta le diagnostic d'arthrite aiguë rhumatismale.

Devant l'intensité des phénomènes douloureux on la mit dans une gouttière de Bonnet. Elle la supporta très mal et lorsqu'on l'en sortit, elle était recouverte d'eschares sur tous les points du côté droit qui étaient un peu saillants. Elle continua à se cachectiser et mourut trois mois après son entrée à l'hôpital.

A l'*autopsie* on trouva l'utérus gravide fortement incliné à droite et reposant dans la fosse iliaque. Il comprimait ainsi l'uretère à l'endroit ou celui-ci croise le détroit pour s'enfoncer dans le petit bassin. Au-dessus de ce point, l'uretère était très dilaté et au-dessous du point comprimé l'uretère droit a son calibre normal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 27 Janvier 1897.

Autopsies d'enfants tuberculeux.

M. Haushalter. — J'ai l'honneur de vous présenter :

1° *Un larynx atteint de tuberculose ulcéreuse* provenant d'une petite malade de 9 ans, qui a succombé à une broncho-pneumonie vulgaire. Les poumons ne présentaient aucune trace de

tuberculose; les seules lésions bacillaires, outre celles du larynx, consistaient en une adénopathie tuberculeuse des ganglions du cou, antérieure à la tuberculose laryngée, en une tuberculose du foie qui présentait à la coupe 3-4 noyaux fibro-caséeux du volume d'une grosse noisette, et en une ostéite tuberculeuse du tibia droit. Ce cas réalise la forme de tuberculose chronique infantile à foyers disséminés; la localisation tuberculeuse sur le larynx est une des plus exceptionnelles dans l'enfance.

2° *Un intestin grêle présentant 3 larges ulcérations tuberculeuses.* — Ces ulcérations, à leur partie centrale, sont traversées par d'épais tractus fibreux circulaires qui rétrécissent la lumière de l'intestin au point qu'elle laissait à peine passer une grosse plume d'oie. Cette entérite tuberculeuse avait eu une marche essentiellement chronique; la petite malade qui en était atteinte, âgée de 7 ans, avait succombé à une pneumonie caséeuse.

3° *Les ganglions mésentériques d'un enfant de 4 ans, mort avec des lésions de tuberculose généralisée subaiguë, prédominante dans le système ganglionnaire.* — Les ganglions mésentériques, adhérents entre eux, forment une tumeur lobulée du volume du poing, à centre caséeux. La mort avait été hâtée par une péritonite aiguë à peumocoques qui semblait avoir compliqué une péritonite tuberculeuse préexistante, car, dans le pus concret fibrineux qui tapissait l'intestin, j'ai pu déceler, outre le pneumocoque, le bacille tuberculeux en grand nombre.

Sur la gastro-entérostomie.

M. Gross. — La gastro-entérostomie, pratiquée pour la première fois par Woelfler, en 1881, introduite en France par Pozzi, Péan et Heydenreich, se pratique aujourd'hui de trois manières différentes : par la *méthode des sutures*, avec le *bouton de Murphy* ou autre, par le *procédé de Souligoux*.

J'ai fait en tout six gastro-entérostomies : trois fois par la méthode des sutures, deux fois j'ai eu recours au bouton de Murphy, dans une opération toute récente j'ai suivi les préceptes de Souligoux. Je puis donc, jusqu'à un certain point, comparer les trois genres d'opération.

De toutes manières, la gastro-entérostomie constitue une intervention grave. La mortalité opératoire varie entre 56 p. 100 et 40 p. 100. Chez les sujets cancéreux, elle s'élève de 40,7 p. 100 à 65 p. 100, elle s'abaisse, pour les affections non cancéreuses, à 20 p. 100 et même 14 p. 100.

Quoiqu'il en soit, la valeur comparative des différentes méthodes doit être examinée au point de vue des difficultés et des accidents opératoires, des résultats immédiats et définitifs de l'opération.

Au point de vue de l' « exécution opératoire », il s'agit d'une laparotomie dont les risques principaux, choc et infection, sont en raison directe de la durée de l'opération. Tandis qu'avec la méthode des sutures, une gastro-entérostomie demande de 1 h. 1/2 à 2 heures, même davantage, avec le bouton de Murphy le temps nécessaire s'est vu réduit à 35 minutes au maximum; en suivant le procédé de Souligoux, l'opération semble s'exécuter plus rapidement encore. En sorte que l'avantage reste évidemment au bouton de Murphy et au procédé de Souligoux; l'on comprend donc la faveur avec laquelle les perfectionnements apportés par Murphy et Souligoux ont été accueillis. Il y a, en outre, dans la gastro-entérostomie, les risques d'infection spéciaux provenant de la souillure possible du péritoine par les contenta stomacaux et intestinaux. Ce danger, avec lequel il faut compter dans la méthode des sutures et l'emploi des boutons, est absolument nul dans l'opération de Souligoux; d'où grand avantage en faveur de cette dernière. Quant aux accidents pouvant résulter de l'emploi de la potasse caustique comme agent de cautérisation, ils ne se sont encore jamais produits jusqu'à présent.

En comparant les diverses méthodes au point de vue des « résultats immédiats », nous comptons, avec les sutures, des risques d'infection du péritoine par suite de défaut de suture hermétique, de désunion des sutures; dans un certain nombre d'anastomoses à l'aide du bouton, l'affrontement exact n'a pas eu lieu. On a observé la perforation viscérale par échec de la réunion ou par gangrène. Rien de semblable ne saurait survenir avec la manière de faire de Souligoux. L'ouverture des viscères anastomosés se trouve retardée de 48 heures pour le moins, et pendant ce temps les adhérences peuvent s'établir. Mais si le retard apporté à l'ouverture des viscères constitue un avantage au point de vue de la sécurité opératoire, je ne disconviens pas qu'il met le procédé de Souligoux en infériorité pour le cas où il y a indication à établissement immédiat de l'anastomose, à faire une gastro-entérostomie d'urgence. Quant aux accidents particuliers aux procédés d'anastomose on les évite par la torsion de l'anse grêle anastomosée, recommandée par Lücke et sur les avantages de laquelle Doyen a insisté.

Parmi les « accidents consécutifs », il en est qui sont propres au procédé de Murphy et dus au défaut et aux difficultés d'élimination du bouton. Dans les procédés de Murphy et de Souligoux, l'abouchement se faisant avec une grande régularité, le rétrécissement consécutif de l'orifice anastomotique doit être moins à craindre qu'après l'anastomose par sutures, à la suite de laquelle il a parfois été signalé.

Je conclus donc :

1° Sous le rapport de l'exécution opératoire, la méthode de Souligoux mérite la préférence. Avec elle, la durée de l'opération est considérablement réduite et les risques d'infection par épanchement du contenu stomacal ou intestinal sont supprimés.

2° Au point de vue des accidents immédiats, l'avantage reste encore au procédé de Souligoux qui retarde l'ouverture des viscères de 48 heures, pendant lesquelles les adhérences péritonéales se produisent.

3° Les opérations pratiquées par le procédé de Souligoux sont encore peu nombreuses, mais, jusqu'à présent, aucun accident consécutif spécial n'a été signalé pour elles.

L'opération de Souligoux me semble donc actuellement le procédé de choix pour la gastro-entérostomie.

Je profite de l'occasion pour présenter à la Société un de mes opérés de gastro-entérostomie. Il s'agit d'un homme âgé aujourd'hui de 39 ans, cordonnier de son état, et auquel j'ai pratiqué en février 1893, il y a par conséquent 4 ans, la gastro-entérostomie postérieure pour remédier à des accidents de sténose pylorique consécutive à un vieil ulcère rond. L'opération a eu les suites les plus heureuses et la guérison s'est parfaitement maintenue jusqu'à ce jour.

M. Heydenreich. — A mon avis l'accident le plus à craindre à la suite de la gastro-entérostomie est la production du cours rétrograde des matières entre l'anastomose opératoire et le pylore. Sur six gastro-entérostomies que j'ai pratiquées, j'ai deux fois observé cet accident que ne prévient pas plus la méthode postérieure que la méthode antérieure.

Pour parer à l'inconvénient, le meilleur procédé est la torsion de l'anse intestinale comprise entre le pylore et l'anastomose, procédé dont nous sommes redevables à Woelfler, en Allemagne, et à Guinard, en France.

Quant au procédé de Souligoux, il me paraît prêter à deux objections théoriques. D'une part, en effet, on peut craindre que le sphacèle des parois stomacales ne s'effectue pas ou ne s'effectue que partiellement et d'une façon insuffisante; d'autre part, que la modification des parois stomacales opérée par la cautérisation chimique envahisse la région des sutures, et, en faisant manquer la réunion, vienne mettre ultérieurement en question la vie de l'opéré. Aussi convient-il de rester sur une certaine réserve à l'égard du procédé de M. Souligoux, d'autant plus qu'il s'oppose à l'alimentation du malade pendant un temps plus ou moins long, que tout récemment encore il a donné un insuccès à M. Monod, à Paris, et que nous possédons dans l'emploi du bouton de Murphy un procédé assurant une ouverture parfaite et précise, sans tendance à la rétraction.

M. Th. Weiss. — Le chirurgien, au moment où il opère, peut se rendre un compte parfaitement exact de la destruction qu'il effectue à l'aide de l'appareil de Souligoux. Cet appareil broie complètement les parois de l'estomac et de l'intestin et, dans le cas où je l'ai employé, il ne m'est resté aucun doute sur la production ultérieure du sphacèle des parties broyées. Souligoux a d'ailleurs insisté sur la coloration noire caractéristique que doit prendre la zone comprimée sous l'influence de la potasse caustique.

D'un autre côté, en essuyant convenablement le pourtour de la zone à cautériser, on peut arriver à rester avec certitude dans les limites qu'on s'est tracées d'avance et éviter l'envahissement de la région des sutures par les eschares. A ce point de vue,

l'emploi d'un crayon caustique serait préférable aux pastilles et je compte modifier en ce sens l'opération à la première occasion.

La principale contre-indication du procédé me paraît être le cas d'obstruction aiguë. Les autres procédés reprennent alors tous leurs droits. Quant à mon opéré, la circulation des aliments dans l'intestin a été établie au bout de 48 heures et le patient a pu être nourri dès le deuxième jour après l'intervention. Actuellement, l'état local est parfait, mais le sujet est en train de succomber à une gangrène pulmonaire.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 22 Février 1897.

Méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Huber a communiqué l'observation d'un enfant entré à l'hôpital avec les symptômes de méningite cérébro-spinale épidémique. La ponction lombaire donna issue à 40 centimètres cubes de liquide dans lequel on trouva de nombreux méningocoques intra-cellulaires. Une seconde ponction faite quelques jours après donna encore issue à très peu de liquide, mais qui, cette fois ne contenait qu'un petit nombre de méningocoques. L'enfant ayant succombé on trouva à l'autopsie, autour de la moelle, un épanchement purulent contenant quelques micro-coques isolés. On ne trouva pas de méningocoques dans les vésicules d'herpès dont l'enfant avait été atteint, ni dans le sang pris quelques heures avant la mort, ni dans les foyers de broncho-pneumonie. Par contre ils étaient très nombreux dans les sécrétions nasales purulentes.

Ce cas montre encore une fois l'importance diagnostique de la ponction lombaire qui a permis de trouver le méningocoque et, sans laquelle il aurait été difficile de reconnaître la maladie, dont il n'y avait alors aucun autre cas à Berlin. Il est probable qu'on se trouve ici en présence d'un commencement d'épidémie.

Dégénérescence et régénération des cellules nerveuses.

M. Goldscheider a fait avec M. Flatau sur des lapins une série d'expériences destinées à élucider les caractères des modifications des cellules nerveuses qui surviennent sous l'influence de certaines intoxications. Ils ont eu recours à l'intoxication par le nitrile malonique dont l'hyposulfite de soude est l'antidote spécifique.

Ces expériences ont montré que chez les animaux qui succombent à l'intoxication par le nitrile malonique les cellules des cornes antérieures présentent des lésions typiques : les corpuscules de Nissl disparaissent, le corps cellulaire est rempli de petites masses et de granulations, les espaces intermédiaires aux granulations sont troubles. Si après l'injection de nitrile malonique on injecte à l'animal de l'hyposulfite de soude et qu'on le sacrifie à divers intervalle après la seconde injection, l'examen montre encore des lésions en voie de régression. A partir de 12 heures les lésions diminuent et disparaissent complètement à la 71e heure. Des expériences de contrôle ont montré que des injections d'hyposulfite seul ne provoquent aucune lésion des cellules.

En faisant séjourner les animaux dans une étuve à la température de 45° pour obtenir une élévation de la température du sang de 42° à 44°, et en les sacrifiant ensuite M. Huber a constaté les lésions suivantes : les cellules étaient augmentées de volume, les prolongements protoplasmiques épaissis, le contenu cellulaire composé d'une masse opaque dans laquelle on pouvait distinguer quelques corpuscules de Nissl. En laissant les animaux encore se rétablir, ces lésions disparaissaient progressivement à partir de la 3e heure, de sorte qu'après 25 heures les cellules étaient redevenues presque complètement normales.

M. Huber n'a pas trouvé de rapport entre ces lésions et les troubles fonctionnels. Le rétablissement des animaux a été excessivement rapide, après l'administration du contre-poison ou à la sortie de l'étuve; leurs fonctions étaient normales alors que les cellules nerveuses ont présenté encore pendant un certain temps des modifications de structure. On peut donc en conclure que la fonction dépend de modifications biologiques encore inconnues. Le trouble nutritif et le trouble fonctionnel marchent d'ailleurs parallèlement et des actions nocives diverses entraînent des altérations fonctionnelles diverses.

Emploi thérapeutique de l'eau chaude dans les maladies de la peau.

M. O. Rosenthal fait tout d'abord observer que l'eau chaude est employée d'une façon plutôt empirique que scientifique, dans les maladies de la peau où elle a été formellement proscrite par Hebra et par Auspitz.

Au point de vue de l'action physiologique, il faut tenir compte de l'action locale et de l'action générale. Localement l'eau chaude produit une excitation des nerfs cutanés, une contraction des vaisseaux cutanés suivie de dilatation. L'action générale se traduit par une augmentation de l'expiration et de l'inspiration, la respiration devenant plus lente et plus profonde, ce qui excite l'activité cardiaque et la circulation; aussi le pouls se relève-t-il. Le sang afflue à la périphérie, les organes internes sont déchargés. Le chimisme du sang est aussi modifié, la température du corps s'élève. L'émission de calorique par les vaisseaux périphériques dilatés amène assez souvent un abaissement de la température, surtout pour les organes internes. La nutrition est modifiée, l'élimination de l'azote augmente, le poids du corps diminue. Le système nerveux est heureusement influencé par une meilleure nutrition. Les bains chauds sont donc indiqués dans les maladies fébriles comme dérivatifs, dans les exsudats pour en activer la résorption. Il faut être prudent dans l'emploi des bains chauds dans les affections cardiaques, surtout dans les lésions valvulaires et l'angine de poitrine, et les proscrire d'une façon absolue dans les maladies d'origine vasculaire, mais ils sont souvent utiles dans l'asthénie cardiaque.

Parmi les maladies internes pour lesquelles les bains chauds donnent de bons résultats, M. Rosenthal cite la méningite cérébro-spinale, la néphrite, l'emphysème, la bronchite, la pneumonie, le rhumatisme et la sciatique. Localement l'eau chaude est employée avec avantage dans l'apoplexie cérébrale sous forme de compresses chaudes, dans la migraine sur le front (Schweninger).

En chirurgie l'eau chaude est employée dans les hémorrhagies parenchymateuses. Mais on ne peut en attendre une action favorable que dans les cas où les vaisseaux qui donnent le sang sont situés dans des organes contractiles. Aussi son action est-elle incertaine quoique parfois favorable dans les hémorrhagies vésicales. L'eau chaude est largement employée en gynécologie, dans les hémorrhagies atoniques *post partum*, dans les métrorrhagies et les exsudats pelviens.

En dermatologie, on utilise l'action bactéricide de l'eau chaude. Le moyen est utile dans le chancre mou parce que le virus perd sa vitalité à 41° et à la température fébrile. L'eau chaude rend de grands services dans l'ulcère phagédénique et serpigineux. Dans la blennorrhagie on a détruit les gonocoques par des irrigations d'eau chaude.

L'urèthre s'habitue facilement au liquide chaud si bien que quelques médecins auraient fait des irrigations à une température de 88°. On a employé l'eau chaude dans le favus, l'ulcère de la jambe, les gommes ulcérées, le prurit de la vulve, l'eczéma sec avec squames.

L'eau chaude donnerait des résultats surprenants dans l'acné vulgaire et rosacée, les engelures légères et les maladies qui tiennent à un état neuropathique comme le psoriasis, le prurigo, la sclérodermie.

Dans la syphilis, l'eau chaude stimule la nutrition, favorise l'élimination du virus et du mercure.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 12 Mars 1897.

Thrombose des veines de Galien après la scarlatine.

M. Goodall a rapporté l'observation d'une fille de 8 ans entrée à l'hôpital pour une scarlatine d'intensité moyenne. Le soir du 11e jour, quand la malade paraissait déjà convalescente, elle a été prise de convulsions générales qui se terminèrent au bout de quatre heures par un coma. La température prise à ce moment était très élevée et avait atteint 107°4 F; le pouls était fréquent. L'examen du fond de l'œil fut négatif. L'urine ne contenait pas d'albumine.

L'enfant ayant succombé au bout de quelque temps, on trouva à l'autopsie une thrombose des veines de Galien et du sinus droit. Le caillot était dur et très adhérent. Les deux plexus choroïdes étaient recouverts d'une couche de lymphe récente. Les thalami optici étaient à l'état de ramollissement rouge. Il n'y avait pas d'otite, et la seule lésion trouvée fut une ulcération des amygdales.

M. Coupland a observé un cas analogue après la rougeole. La malade, une jeune fille de 17 ans, a présenté, quelques jours après l'éruption, une incontinence d'urine et de matières fécales. Elle fut prise de céphalalgie, puis de coma. A l'examen on trouva une contracture rigide du bras gauche fléchi dans le coude; les autres membres étaient flasques. Les réflexes rotuliens étaient conservés. Il y avait de l'albuminurie et une fièvre qui oscillait entre 104 et 108° F. On diagnostiqua une thrombose des sinus, et le diagnostic fut confirmé à l'autopsie qui montra l'existence d'une thrombose du sinus droit. Il existait en outre un ramollissement des thalami optici.

Sclérème des nouveau-nés.

M. Garrod a observé un nouveau-né sans antécédents héréditaires, qui, quelques jours après sa naissance, présenta au niveau des fesses plusieurs plaques indurées de couleur rouge. Dans la suite, sans que la santé de l'enfant s'altérât, d'autres plaques apparurent sur les fesses, les cuisses, le dos, les épaules. L'induration était massive et empêchait les mouvements de la hanche.

Ce sclérème insulaire, à disposition symétrique, n'eut aucun retentissement sur l'état général, ne provoqua pas d'albuminurie et disparut au bout de cinq semaines. Le traitement a consisté en frictions avec de l'onguent mercuriel remplacé plus tard par de l'huile de foie de morue.

D'après M. Garrod, dans ce cas, comme dans un autre qu'il a observé, la période aiguë du sclérème a dû évoluer avant la naissance de l'enfant, ce qui expliquerait l'absence d'autres symptômes constitutionnels.

Urobilinurie après l'administration de trional.

M. Rolleston a communiqué l'observation d'une femme de 47 ans entrée à l'hôpital pour un ictère intense avec purpura et dilatation du cœur. On lui donna à trois reprises, à cinq jours d'intervalle, 20 grains de trional. Le soir même de la troisième prise les urines prirent une couleur orange qui fit penser de suite à l'hématoporphyrinurie. L'examen spectroscopique de l'urine montra pourtant qu'il n'existait pas trace d'hématoporphyrine, mais qu'en revanche l'urine renfermait une grande quantité d'urobiline. L'urine conserva son aspect particulier encore pendant dix jours.

La malade ayant succombé quelques jours après, on trouva à l'autopsie une pleurésie purulente interlobaire, un cœur dilaté et un foie muscade mais nullement cirrhotique. Il est donc probable que le malade était déjà depuis quelque temps atteint d'ictère avec urobilinurie et que cette urobilinurie devint plus abondante sous l'influence du trional.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 12 Mars 1897.

Hoquet épidémique.

M. C. Berdach a rapporté l'histoire d'une épidémie de hoquet qui s'est développée dans une école de fillettes et qui sur les 35 élèves en a frappé 16 dans l'espace de 8 jours. La première malade frappée présentait des symptômes d'hystérie nets; chez la seconde, la maladie a débuté par une attaque d'hystéro-épilepsie à laquelle le hoquet fit suite.

M. Berdach fait remarquer que, d'après Charcot, les spasmes inspiratoires hystériques ont pour caractères : 1° de cesser complètement pendant le sommeil; 2° de ne pouvoir être arrêtés par l'effort de la volonté; 3° de frapper surtout les individus anémiques, et en particulier les filles; 4° d'avoir une grande tendance à la récidive. Tous ces caractères ont pu être retrouvés chez les malades observées.

Le pronostic de cette épidémie ne semble pas trop défavorable, car 7 de ces enfants, qui ont été éloignées de l'école, sont déjà guéries.

Anatomie des syphilides.

M. Ehrmann, en s'appuyant sur une série de recherches anatomiques a soutenu que la localisation de l'accident syphilitique initial diffère de celle des accidents secondaires. Ceux-ci, en effet, correspondent chacun au territoire d'une branche artérielle plus ou moins volumineuse; l'accident primitif, au contraire, s'étend au territoire de plusieurs artérioles.

Dans l'accident primitif l'induration se fait suivant la direction du tissu conjonctif, et cette induration a le plus souvent pour centre un vaisseau lymphatique et non un vaisseau sanguin. Le virus syphilitique a, pour porte d'entrée, un point privé d'épiderme: de là il gagne le système lymphatique et les ganglions, en partie par les vaisseaux lymphatiques, en partie le long de ces derniers, par les espaces lymphatiques. Les vaisseaux sanguins ne sont intéressés par lui que secondairement.

Pour les accidents secondaires, le virus syphilitique pénètre dans les vaisseaux sanguins et le vaisseau sanguin est le centre de la lésion. La forme, l'étendue de la manifestation cutanée dépendent du volume et de la distribution de l'artère en question.

L'état pathologique antérieur des artères peut influer sur la forme de l'éruption syphilitique. L'hyperhémie antérieure, due à un zona, par exemple, déterminera une syphilide zostériforme par son groupement.

La première coloration des syphilides se fait aux dépens des matières colorantes du sang; elle disparaît rapidement mais elle peut, dans certaines conditions, être remplacée par une coloration pigmentaire variable suivant les régions et aussi suivant les races. L'évolution des manifestations syphilitiques a pour caractère général d'amener une atrophie des éléments au centre de l'efflorescence et une prolifération à la périphérie. C'est ce qui se passe pour les cellules pigmentaires : là où elles s'atrophient on voit la leucodermie syphilitique; plus en dehors se trouve la zone de pigmentation.

La teneur du sang humain en ammoniaque.

M. H. Winterberg a constaté que le sang humain contient de l'ammoniaque à la dose de 1 centigramme par litre. Quand il y a de la fièvre, le chiffre de l'ammoniaque subit des changements notables et irréguliers sans que l'on puisse constater de parallélisme entre la température et la teneur du sang en ammoniaque. Le coma de l'atrophie jaune aiguë du foie peut se produire sans qu'il y ait diminution de l'ammoniaque du sang. L'urémie n'est pas une intoxication par l'acide carbonique. L'ammoniémie, décrite par Jaksch, n'est pas une entité morbide réelle.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MEDICALE. — Méningisme et méningites (p. 289).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Paralysie vésicale dans le paludisme aigu. — Intubation laryngée dans le croup; l'intubation à Rouen. — Pneumothorax latent. — Lithiase rénale chez les épileptiques (p. 295). — Etiologie de la chorée. — Fièvre typhoïde chez l'enfant. — Lavage du sang. — Injections massives salines — Glycérophosphate de chaux et de la noix de kola. — Essais sur le sous-carbonate de soude avec étude préalable du bicarbonate de soude — La benzo-iodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium (p. 296). — Maladies du foie, du cœur et du rein. — Emploi de l'eucaïne. — Injections sous-cutanées du gaïacol chloroformé (p. 297).
REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie* : Hystérectomie vaginale pour fibro-myomes. — Inoculation carcinomateuse du vagin. — Emphysème sous-cutané après la laparotomie. — Pérityphlite. — Anus contre nature. — Gastro-entérostomie (p. 297). — Péritonite appendiculaire. — *Médecine* : Mouvements respiratoires. — Histon et nucléo-histon. — Toxines du staphylococcus. — Intoxication alcoolique. — Régénération du sang (p. 297).
MÉDECINE PRATIQUE. — Huile de cade dans les maladies de la peau (p. 298). — Lupus érythémateux. — Eternuement paroxystique. — Extrait fluide de kawa-kawa (p. 299).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Magistrats et médecins-experts (p. 299).

CLINIQUE MÉDICALE

Méningisme et méningites,

Par le Dr Gaston Pochon.

La classification des méningites a de tout temps préoccupé les cliniciens; les découvertes bactériologiques ont déjà fort éclairé la question en révélant les causes premières, mais trop souvent la difficulté persiste quand il s'agit de l'analyse et de l'interprétation des phénomènes morbides. Pour ce qui est de la méningite tuberculeuse en particulier, la diversité de ses formes, l'inconstance de ses manifestations rend parfois le diagnostic difficile sinon impossible. On connaissait depuis longtemps des syndromes rappelant la méningite tuberculeuse, mais évoluant le plus souvent dans des conditions particulières et se terminant fréquemment par la guérison. E. Dupré, au Congrès de Lyon de 1894, a réuni toutes ces formes sous une dénomination commune : « le méningisme », et ce mot a servi depuis à désigner tous les états pathologiques simulant la tuberculose des méninges guéris, ou bien suivis de décès, ce qui est rare, mais sans lésions anatomiques de méningite tuberculeuse. Depuis le mémoire de Dupré, de nombreuses observations de méningisme ont été publiées; on a même sorti de l'ombre des faits antérieurs non classés jusqu'alors. M. Pochon vient enfin de reprendre la question dans sa thèse inaugurale, en se servant des observations connues, et surtout d'un certain nombre d'observations inédites (1).

Etiologie. — Ce qui domine dans les antécédents des malades présentant du méningisme, c'est l'hérédité nerveuse; on trouve chez les parents un nervosisme allant fréquemment jusqu'à l'hystérie. Il n'est pas rare également de trouver un père ou une mère alcoolique. Fréquemment on note des antécédents tuberculeux; l'arthritisme a été aussi incriminé. Dans les antécédents personnels, on trouve ordinairement aussi une excitation nerveuse particulière. Si l'enfant a eu antérieurement une maladie, il aura presque toujours présenté la forme nerveuse. Il sera sujet aux maux de tête; aura parfois été atteint autrefois de convulsions, de chorée, etc. La dentition peut être l'occasion du méningisme, de même que le surmenage intellectuel, et toutes les causes débilitantes.

On a observé le syndrôme de Dupré au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses, sous l'influence d'intoxications diverses.

L'hystérie joue le principal rôle dans sa production, soit qu'il survienne spontanément, ou bien à l'occasion d'une crise; ou bien encore, qu'il soit une manifestation hystérique consécutive à un traumatisme.

Description clinique. — L'aspect symptomatique du méningisme est semblable, dans ses caractères généraux, à celui de la méningite tuberculeuse.

Après une période prodromique, caractérisée par un changement de caractère, des malaises variés et fugaces, une céphalée peu intense, le malade, le plus souvent un enfant, est pris de vomissements, avec constipation opiniâtre et céphalalgie intense. En même temps apparaissent les manifestations ordinaires de la méningite : ventre en bateau, position en chien de fusil, hypéresthésie cutanée, raie méningée, troubles oculaires, photophobie, inégalité pupillaire.

Puis ce sont les troubles de la motricité : contractures, convulsions généralisées, ou bien limitées à un membre, à la face ou à quelques muscles isolés. Le malade présente ordinairement de la raideur de la nuque. Le délire est tantôt agité, tantôt plus calme, avec crises d'excitation et hallucinations.

Puis s'établit le calme relatif qui répond à la seconde période de la méningite tuberculeuse. L'enfant ne s'agite plus, sa figure est tantôt immobile et tantôt présente l'empreinte d'une douleur fugitive; les paupières demeurent mi-closes, les globes oculaires déviés. La respiration devient irrégulière, entrecoupée de profonds soupirs et de cris hydrencéphaliques: on observe fréquemment le rhythme de Cheyne-Stockes.

A voir le malade à cette période, on ne saurait distinguer le méningisme de la méningite tuberculeuse. Parfois la similitude va plus loin, on observe des paralysies, sous forme de monoplégie, d'hémiplégie, ou bien localisées à des groupes de muscles. Rarement on observe de véritable coma.

Le plus souvent, c'est avant l'apparition des paralysies que s'établit le diagnostic, qui se fait par la guérison.

Parfois le dénouement se fait brusquement; l'enfant qu'on venait de voir dans la prostration la plus profonde, qu'on a condamné, reprend presque instantanément les apparences de la santé, comme s'il sortait d'un long sommeil; la gaîté revient souvent la première; contrairement à ce qui se présente dans la méningite tuberculeuse, on pourrait dire ici ce qu'on a dit au sujet de la typhoïde : le premier sourire du petit malade est l'indice de la convalescence.

Mais le plus souvent la transition est moins rapide. Le malade paraît moins abattu; après une nuit plus calme il commence à s'intéresser à ce qui l'entoure, les phénomènes diminuent d'intensité, principalement la céphalée; puis, après une amélioration qui progresse pendant 12 ou 24 heures, il se produit brusquement une détente plus complète, et le malade entre en pleine convalescence.

1. Ces observations se trouvent dans la thèse de M. Pochon, 1896-97, n° 137 (G. Steinheil).

Un autre mode de terminaison est le suivant : au milieu de la prostration se produit soudain une éclaircie; le malade reprend ses sens, sa physionomie quitte l'expression de souffrance qu'elle avait tout à l'heure; l'enfant reste gai pendant quelques heures; puis il est brusquement repris par le mal, retombe dans la somnolence, et ce n'est que 12 ou 14 heures plus tard que s'établit une rémission définitive, prélude de la convalescence.

Quant au pouls et à la température, ce sont eux qui s'accordent le moins avec le tableau de la méningite tuberculeuse. Ils sont essentiellement variables dans un très grand nombre de cas.

Dans certains cas rares, on a relevé l'absence totale de fièvre, malgré la présence des autres symptômes de méningite.

On ne peut établir un tableau général de l'évolution du méningisme; sa marche et sa durée sont essentiellement variables.

Seule sa terminaison est à peu près constante. La guérison est la règle à laquelle dérogent fort peu de cas. L'absence d'autopsies est précisément la cause du vague qui règne encore sur la question.

Certains symptômes rares peuvent s'observer, tels le zona, l'herpès, des éruptions variées. On a signalé également une toux nerveuse accompagnant les phénomènes du méningisme, et d'autres symptômes particuliers à chaque forme.

La terminaison peut être brusque, définitive d'emblée ou dissociée; ou bien la guérison peut s'établir d'une façon lente et progressive.

On a signalé un cas de guérison consécutive à une épistaxis critique.

Parmi les diverses observations publiées sous la dénomination commune de méningisme, on remarque de grandes dissemblances. Si dans la plupart des cas le tableau rappelle dans ses grandes lignes celui de la méningite tuberculeuse, il y a dans les détails de nombreuses variétés.

A côté des cas frustes, qu'on aurait simplement dénommés migraines ou céphalée il y a quelques mois, on trouve décrits, sous le nom de méningisme, une grande quantité d'états morbides très variables, mais qu'il est possible de grouper.

C'est ainsi qu'on a décrit le méningisme pneumonique, grippal, typhique, rhumatismal, de l'impaludisme, urémique, de l'helminthiase, de la dentition, hystérique; le méningisme toxique des empoisonnements par le phosphore, la santonine, l'atropine, etc.

On pourrait passer en revue toutes les maladies infectieuses; dans chacune d'elles on trouve des observations de méningismes (scarlatine, variole, rougeole).

Déjà Bouchut, en 1866, avait donné une classification de ces pseudo-méningites; il les divisait en quatre groupes qu'il réunissait sous la dénomination générale de « névroses congestives de l'encéphale » :

1° Pseudo-méningite utérine et chlorotique. 2° Pseudo-méningite intestinale et vermineuse. 3° Pseudo-méningite gastralgique. 4° Pseudo-méningite tonsillaire et des maladies aiguës.

Discussion et classification. — Que faut-il penser de cette classification du méningisme, et de la division en formes d'un état pathologique aussi vague? Le mot exprime l'existence d'un syndrome encore mal déterminé, essentiellement variable dans ses allures, dans sa marche, dans la qualité et le groupement de ses éléments. Mais, dans toutes les observations publiées les manifestations méningées sont identiques dans leurs grandes lignes, et ne présentent pas entre elles de dissemblances plus marquées que celles qu'on observe entre plusieurs cas de méningite tuberculeuse, identiques quant à leur nature.

M. Gilles de la Tourette (1) s'est élevé contre l'introduction, dans la nomenclature médicale, du terme méningisme qui, pour lui, « semble vouloir dire quelque chose alors qu'en réalité il ne signifie rien si ce n'est que le malade présente des accidents dont on évite soigneusement de rechercher la cause, satisfait qu'on est de les avoir qualifiés ».

On a certainement outrepassé dans la conception du méningisme l'idée de son auteur. Dupré a voulu, par ce mot, désigner un ensemble clinique de manifestations méningitiques, toute idée pathogénique mise de côté. Il s'est contenté d'indiquer à l'étiologie les circonstances dans lesquelles se rencontre le syndrome, sans chercher de filiations, sans en tirer de conclusions physiologiques ni anatomo-pathologiques. Il émet une seule hypothèse, celle de l'origine toxique et de la nature hystérique des accidents; le méningisme devrait alors être considéré comme une forme de l'hystérie toxique.

Depuis la communication de Dupré, le très grand nombre d'observations publiées, et les travaux entrepris sur la question permettent d'aller plus loin. Au lieu de considérer le méningisme comme une entité morbide à laquelle on décrit des formes, il nous paraît logique, avec M. Gilles de la Tourette et M. R. Romme (2) d'envisager avant tout la maladie concomitante, et de la considérer comme causale. Observant des phénomènes méningés au cours d'une grippe, par exemple, il s'agira non de méningisme grippal, mais de grippe à manifestations méningées. Les manifestations méningées dans les maladies infectieuses sont en effet connues depuis longtemps, et les observations sont nombreuses au cours de la typhoïde, de la variole, de la rougeole, etc.

Qu'on prenne la méningite tuberculeuse, les méningites à pneumocoques décrites par Netter, les méningites d'origines diverses, constatées anatomiquement, et dont l'agent bactériologique a pu être nettement déterminé. Qu'on observe ensuite les méningites dont le diagnostic est demeuré obscur, les manifestations méningées du rhumatisme, de l'urémie, etc., enfin qu'on envisage le tableau du méningisme tel que l'a décrit Dupré, on est frappé de la similitude absolue du tableau symptomatique. Ce fait prouve donc que les méninges, quelle que soit la cause de leur excitation, réagissent toujours d'une façon identique.

C'est ce qui explique la difficulté, souvent l'impossibilité du diagnostic; c'est ce qui fait comprendre le succès du mot méningisme, qui, embrassant tout, dispense de différencier. C'est ce fait également qui cause l'arbitraire des classifications.

Nous proposons de faire deux classes des observations dans lesquelles se rencontre le syndrome de Dupré. Un grand nombre nous paraît devoir être mis au rang des *méningites*. Aux autres nous conserverons provisoirement la dénomination de *méningisme*, convaincu que cette appellation n'est que transitoire, et qu'elle cédera à l'avancement de nos connaissances.

De même que dans les cas de péritonisme de Gubler il s'agit le plus souvent d'une manifestation infectieuse sur la séreuse péritonéale, mais localisée ou atténuée, de même il nous semble qu'on peut, dans la plupart des cas, attribuer à une infection inflammatoire directe les

1. *Soc. médicale des hôpitaux*, 10 janvier 1896.
2. *Presse médicale*, 24 avril 1896.

phénomènes méningés qu'on observe au cours des états infectieux.

Le caractère de ces méningites est en général leur bénignité; elles guérissent malgré la gravité de leur allure.

Les observations des otologistes dans lesquelles l'intervention chirurgicale a permis la vérification directe ont montré à côté de cas très graves, terminés par la mort, des faits de guérison; et, dans ces cas, la nature infectieuse de la lésion n'est pas plus douteuse que dans les cas mortels. Il s'agit seulement de formes localisées ou atténuées qu'on peut comparer au péritonisme de Gubler. M. A. Broca (1) a cité des observations de méningite consécutive à une otite moyenne suppurée. Dans certains cas terminés par la mort, il a trouvé une méningite suppurée de la base, gagnant plus ou moins les régions latérales; ou bien s'étendant le long des vaisseaux et limitée, par exemple, à la région temporale gauche et à la scissure de Sylvius. Dans des cas plus favorables, la trépanation fut suivie de guérison après évacuation des fongosités, et curettage des cavités de l'oreille moyenne; les phénomènes méningés disparurent après l'opération.

A côté de ces formes mortelle et curable de méningites d'origine otique, il en est d'autres qui évoluent spontanément parce que leur nature est méconnue; et parmi ces méningites il en est qui guérissent sans intervention. M. Broca fait remarquer très justement qu'il est probable qu'un grand nombre d'inflammations méningées, autrefois dites idiopathiques, ont leur porte d'entrée, aujourd'hui bien moins souvent méconnue, dans les cavités de l'oreille moyenne.

Quelle est la nature anatomique de ces lésions? C'est une méningite vraie, mais d'intensité essentiellement variable, qui peut aller de la suppuration à l'irritation simple causée par le voisinage de l'otite.

Il ne saurait donc ici être question de méningisme; la réaction des enveloppes encéphaliques est variable d'intensité selon le terrain, et, chez un sujet nerveux, une irritation légère pourra provoquer les symptômes les plus bruyants.

La mort peut d'ailleurs survenir au cours de ces méningites d'origine otique sans qu'il y ait de suppuration. Kœrner, Schwartze, ont publié des cas de méningites rapidement mortelles où, à l'autopsie, on n'a pas trouvé de pus, mais seulement de la congestion et de l'œdème du cerveau. Kœrner admet avec Huguenin, qu'il s'agit dans ces cas d'une « méningite à streptocoque incomplète ».

Nous devons admettre l'existence d'un agent infectieux, streptocoque ou autre, dans ces formes de méningite otique. On l'a trouvé fréquemment dans le pus et dans les fongosités; dans un cas de M. Broca, l'examen bactériologique, pratiqué par M. Péron, a révélé la présence du streptocoque. Dans plusieurs recherches personnelles, nous avons trouvé tantôt le staphylocoque blanc ou doré, tantôt le streptocoque, ou bien le pneumocoque.

Voilà donc des faits positifs : méningites avec tous leurs symptômes d'origne connue, provoquées par un agent infectieux connu. Donc, méningites infectieuses.

Parmi celles-ci, variété dans l'intensité et dans le détail des symptômes. Terminaison par la mort, ou par guérison après intervention chirurgicale; ou bien par guérison spontanée.

1. A. Broca, Abcès du cerveau et méningites consécutives à des suppurations de l'oreille moyenne (*Bulletin de la Soc. anatomique*, juillet 1894). — A. Broca et P. Maubrac, *Traité de chirurgie cérébrale*.

Si maintenant on considère les faits publiés de méningisme grippal, pneumonique, etc., on ne peut manquer d'établir un rapport entre eux et les formes que nous venons de passer en revue. Ici encore nous trouvons un agent infectieux dont le rôle pathogénique n'est pas douteux. Ce qu'est la lésion anatomique, il est difficile de l'affirmer, et cependant ce que nous savons des méningites d'origine otique apporte une certaine lumière sur la question.

Les troubles méningés de la grippe, de la pneumonie, sont d'un pronostic moins grave, et c'est précisément parce qu'ils guérissent qu'on les a désignés sous le nom de méningisme. Les autres ont une gravité plus grande qui s'explique par le voisinage direct de l'infection otique qui favorise l'ensemencement des méninges. et qui d'ailleurs, elle-même, est d'un pronostic grave en en raison des complications dont est menacé le malade : abcès cérébraux, phlébite des sinus.

Il nous est donc permis d'avancer que les phénomènes méningés qui surviennent au cours des infections sont d'origine infectieuse, qu'ils sont dus à des lésions inflammatoires réelles des enveloppes encéphaliques.

Les épidémies de manifestations grippales sur les méninges, ne peuvent s'expliquer que par la présence d'un agent infectieux, et on ne peut s'empêcher de comparer ces cas à ceux de méningite cérébro-spinale épidémique. Si l'agent pathogène de celle-ci n'est pas encore nettement déterminé, les travaux faits récemment en Allemagne tendent à préciser sa nature. Leyden (1), a décrit un microbe qu'il considère comme agent spécifique, et qu'il a trouvé dans le liquide résultant d'une ponction lombaire. Il s'agit d'un diplocoque intracellulaire ressemblant au gonocoque, mais plus difficile à décolorer par le Gram, se présentant sous forme de tétrades; offrant un filament central clair dans la forme en série. Ce micro-organisme se cultive facilement sur les terrains ordinaires, et se montre pathogène pour quelques animaux. Le même diplocoque a été rencontré en abondance dans 3 cas par Ruge. Fürbringer l'a trouvé quatre fois.

De même A. Pfuhl et R. Walter (2) relatent une épidémie de grippe à manifestations presque exclusivement nerveuses. 34 soldats d'une garnison allemande ont été frappés, dont 3 ont succombé. Dans les 3 cas l'autopsie révéla l'existence d'une méningite cérébro-spinale, la substance cérébrale et médullaire montra la présence d'un grand nombre de bacilles de l'influenza, des streptocoques peu nombreux.

Ces recherches et ces résultats ont porté sur 3 cas sur 34. On ne peut dire que 3 cas seuls étaient de la méningite, et que ceux qui ont guéri doivent être classés parmi les faits de méningisme. Il faut admettre que les 34 observations sont identiques dans leur pathogénie; l'agent infectieux était le même, seules sa virulence et l'étendue des lésions anatomiques ont varié.

Ici comme dans les méningites d'origine otique, nous devons donc admettre des degrés, mais il nous paraît necessaire de donner à ces faits la dénomination de méningite grippale et non de méningisme.

Puisque, dans une épidémie particulièrement grave, la guérison peut se produire dans une proportion de 31 contre 3 cas de décès, rien ne s'oppose à admettre la possibilité d'une terminaison favorable des cas moins malins, sans pour cela refuser de les considérer comme de vraies méningites infectieuses.

1. *Soc. de médecine interne de Berlin*, 20 juin 1896.
2. *Deut. med. Wochenschr.*, 6 et 13 février 1896.

H. Krauchals (1) rapporte 7 cas de manifestations méningées observés à la fin de l'épidémie d'influenza de 1899. Sur ces 7 malades, 6 ont succombé après avoir présenté les symptômes ordinaires de la méningite, et à l'autopsie on a trouvé de l'hyperémie avec œdème des méninges, sans qu'il soit possible de découvrir aucune lésion des autres organes. Ici encore, par conséquent, méningite évidente, qu'on peut affirmer d'origine grippale, bien qu'il n'y ait pas eu d'examen bactériologique.

Ce que nous venons de dire des manifestations méningées de la grippe s'applique de même à celles de la pneumonie, à celles qu'on observe au cours des infections gastro-intestinales et de toutes les infections en général.

On a décrit une forme de méningisme urémique. Là encore, il nous semble que le mot n'a pas sa raison d'être, puisque, parmi les nombreuses manifestations de l'urémie, celles qui intéressent le système nerveux central et périphérique sont bien connues et on été décrites sous leur nom depuis longtemps.

Nous pouvons rapprocher de ce groupe les observations de méningisme d'origine toxique, d'autant plus que la plupart des poisons incriminés sont parmi ceux qui agissent le plus énergiquement sur le rein, tels que la cantharide (1), le phosphore, l'alcool, etc.

Dans une autre catégorie de faits : les accidents méningés ont été provoqués par l'helminthiase ou par la dentition. Bouchut les avait signalés depuis longtemps dans l'étiologie des pseudo-méningites. Les travaux de M. le professeur Bouchard, et ses doctrines sur le rôle des altérations du système nerveux dans la pathogénie des maladies, nous permettent de considérer que ce ne sont pas là des agents provocateurs immédiats. En perturbant l'organisme, ils diminuent sa résistance, lui enlèvent ses moyens de défense contre l'infection. Celle-ci provient le plus souvent de l'appareil digestif. Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents au cours de la dentition. Les phénomènes méningés ne sont pas rares au cours des gastro-entérites des enfants du premier âge ; ces troubles cèdent souvent à un changement de régime, à l'application de l'antiseptie intestinale ; ces résultats sont une preuve de plus de la relation qui existe entre la lésion intestinale et les troubles méningés.

Si la connaissance des infections a éclairé la pathogénie d'un très grand nombre de faits, il en est dont la nature est demeurée obscure ; on les désigne sous le nom de phénomènes réflexes. C'est à ces cas que nous proposons de conserver la dénomination de méningisme quand ils se manifestent par des phénomènes méningitiques : le mot embrasse un certain nombre de cas qui ne peuvent être rapportés à aucune cause directe apparente. Si du moins cette cause est trouvée, elle sera disproportionnée aux effets produits ; tantôt ce sera un tranmatisme, une émotion, la vue d'un malade atteint de méningite. Le sujet aura toujours des antécédents nerveux, héréditaires ou personnels ; si on le suit plusieurs années après la disparition des symptômes, on verra chez lui des manifestations de névropathie.

Toutes ces considérations permettent d'établir la nature essentiellement nerveuse du méningisme, que nous considérons comme une manifestation de l'hystérie.

En effet, l'hystérie peut présenter l'aspect de la méningite ; Bardol (1) cite une série d'observations concluantes. L'hystérie par ses manifestations variées, simule tous les symptômes des malades nerveuses.

1. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 20 décembre 1894.

2. Comby et Frenkel (*Soc. méd. des hôpitaux.* 6 novembre 1896.)

Au milieu de ces symptômes, nous pouvons retrouver ceux de la méningite : la céphalée, le vomissement, la constipation sont fréquents chez les hystériques ; la fièvre hystérique existe, les troubles vaso-moteurs ne sont pas rares et peuvent produire la raie méningée qui n'est d'ailleurs que de médiocre importance puisqu'elle existe dans un certain nombre d'autres maladies. On observe également les contractures, les paralysies ; Nonne et Beseline citent plusieurs cas de contractures et paralysies oculaires chez des hystériques, qui ont guéri spontanément ou par suggestion.

Si la méningite tuberculeuse est essentiellement variable dans ses manifestations, on peut en dire autant de l'hystérie ; tel hystérique qui aura présenté à un certain moment un de ces ensembles symptomatiques simulant une maladie pourra n'avoir aucun stigmate apparent. L'anesthésie par exemple peut manquer dans l'hystérie, même quand il existe des paralysies, surtout chez les enfants, ainsi que l'ont établi Riegel, Huchard, etc. On ne pourra donc pas conclure de l'absence de stigmates qu'il y a méningite vraie, et non méningisme.

Nous sommes donc en droit de faire rentrer dans le domaine de l'hystérie cet ensemble symptomatique simulateur de la méningite tuberculeuse quand aucune autre cause ne pourra être incriminée, surtout s'il s'agit d'un sujet manifestement nerveux ou névropathe. L'hystérie existe en effet chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte ; ses manifestations sont ordinairement moins bruyantes. Isnard considère comme indices de l'hystérie chez les jeunes sujets certains phénomènes émotifs tels que colères, pamoisons sans cause, grandes attaques convulsives, paralysies ou contractures localisées. Souvent un seul symptôme existe, c'est une tendance aux éclats de rire désordonnés ; des vomissements spontanés ; une facilité de larmes exagérée. Si on observe ces sujets, plus tard, on trouve chez eux des manifestations évidentes d'hystérie.

Il ne s'ensuit pas que le méningisme doive reproduire exactement le tableau de la méningite tuberculeuse, de même que l'accès de pseudo-épilepsie hystérique diffère ordinairement de l'accès d'épilepsie vraie. Il existe souvent des particularités dans l'ensemble ou dans un symptôme isolé, et ce fait peut parfois aider, jusqu'à un certain point, à établir le diagnostic entre la méningite tuberculeuse et le méningisme.

Entre les méningites infectieuses et le méningisme, il y a place pour une certaine catégorie de faits qui présentent la même allure clinique et dont la nature a été diversement interprétée. Nous voulons parler des accidents d'apparence méningitique qu'on observe au cours des auto-intoxications.

Il est très fréquent d'observer chez les enfants des accidents nerveux au cours des troubles gastro-intestiuaux, et à côté de la méningite vraie, provoquée par le bacille d'Eberth ou par le coli commune, on est forcé d'admettre cliniquement des troubles d'origine toxique, qui ne sont pas de la méningite.

Les affections gastro-intestinales provoquent chez les enfants les troubles nerveux les plus variés, tels que céphalée, délire, sensibilité douloureuse des os, irritabilité nerveuse permanente, anorexie, spasme de la glotte, convulsions, asthme, etc. Il n'est pas rare d'observer encore d'autres symptômes ; Litten a décrit un coma dyspeptique. Ponticaccia, de Venise, a observé, au cours de

1. Thèse de Paris, 1893. (*Hystérie simulatrice des maladies de l'encéphale chez l'enfant.*)

troubles gastro-intestinaux, chez une fillette de six ans, des accès de prostration avec irrégularité cardiaque, qu'un traitement dirigé contre l'affection intestinale fit disparaître.

Le même auteur a rencontré chez trois enfants de cinq à sept ans, un tremblement des doigts qui s'exagérait quand les malades tenaient le bras étendu, tremblement dont les enfants furent délivrés grâce à un traitement dirigé contre les phénomènes dyspeptiques.

La dyspepsie peut provoquer aussi chez les petits enfants un état de mort apparente susceptible de dérouter le praticien. M. Ponticaccia en a signalé un cas frappant; nous avons observé également un cas où au cours de troubles gastro-intestinaux graves se manifestèrent des phénomènes méningés, marques qui cessèrent sous l'influence du traitement dirigé contre les troubles gastro-intestinaux.

Dans ces faits qui ne sont pas rares il est difficile d'admettre l'existence d'une méningite vraie: la relation entre les troubles gastro-intestinaux et les symptômes nerveux s'explique ici par l'intoxication. Mais son action n'atteint pas les méninges; c'est l'encéphale qui est malade.

M. Hutinel admet en effet avec Belfanti, Boulay, que les toxines, étant des agents très actifs de vaso-dilatation, agissent sur les vaisseaux de l'encéphale. Il est prouvé que les toxines, et principalement les toxines d'origine intestinale, peuvent agir sur la production des troubles nerveux, méningés ou autres. Mais quel rang donner à cette catégorie de faits dans le classement des désordres encéphaliques? Il ne s'agit pas de méningite, les enveloppes du cerveau ne sont pas altérées, c'est l'écorce cérébrale qui est malade. Dupré donne à ces faits le nom de méningisme; pour lui, le terme s'applique, d'une façon générale, à la souffrance aussi bien de l'écorce que des méninges, qu'il s'agisse d'une altération réelle, anémie, congestion, œdème, ou bien d'un désordre d'origine réflexe. Cette diversité d'interprétation indique le peu de précision du mot. Nous réunissons cependant, faute d'éléments de division suffisamment précis, les troubles toxiques et réflexes sous la même dénomination, D'ailleurs, comme il n'y a pas d'effet sans cause, nous pouvons admettre que, le plus souvent, le point de départ de ces réflexes est une infection méconnue qui peut être une simple amygdalite, une altération légère du tube digestif.

Le terrain constitue le facteur principal; chez des hystériques, il est fréquent de voir les intoxications provoquer les phénomènes de l'hystérie.

Tous les sujets dont nous rapportons les observations étaient névropathes, ou malades antérieurement; aptes par conséquent à présenter les phénomènes que nous avons étudiés, en vertu du principe énoncé par M. le professeur Bouchard: que la maladie réelle, quand elle est provoquée par la réaction nerveuse, suppose — sauf les cas où l'intensité de la simulation est excessive, et ceux où le système nerveux est anormalement excitable — une détérioration préalable de l'organisme.

Diagnostic. — Les méninges réagissant toujours d'une façon identique quels que soient l'origine et le degré de leur excitation : ce fait explique la difficulté, parfois l'impossibilité, de faire un classement précis, de distinguer les méningites les unes des autres et de séparer celles-ci du méningisme.

Le premier problème qui se pose en face d'un malade présentant le cortège symptomatique de l'excitation méningée, est de savoir s'il s'agit d'une méningite tuberculeuse. Nous n'avons pour cela aucun élément précis. L'âge du malade n'a pas de valeur s'il s'agit d'un enfant; peu s'il s'agit d'un adulte. Le terrain du sujet peut être pris en considération; un enfant de souche tuberculeuse, un malade atteint déjà d'une autre manifestation bacillaire sera justement suspect. Et cependant, parmi les observations de méningisme on trouve dans un très grand nombre de cas des antécédents tuberculeux, héréditaires ou collatéraux; il semble que, chez ces sujets, les méninges présentent une sensibilité spéciale qui les rend plus aptes à réagir sous l'influence de la moindre cause.

De ce côté donc, les renseignements seront insuffisants. Ce n'est ni la marche de la maladie, ni les particularités de ses manifestations, des plus inconstantes, qui pourront y aider. Tous les signes peuvent présenter des anomalies, aussi bien dans leurs caractères propres que dans leur groupement. De plus il n'existe pas un signe pathognomonique, le démontrer serait faire le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse. Peut-on conclure de la guérison qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose des méninges? La question est toujours en suspens.

La plupart des auteurs modernes s'accordent à nier la guérison de la méningite tuberculeuse. D'autres, au contraire, sont moins pessimistes. Mais, pour eux, on trouve ensuite, dans les cas de guérison, des troubles de l'intelligence et de la mémoire; des paralysies plus ou moins complètes.

Nous ne possédons aucun critérium; le diagnostic post-mortem lui-même n'est pas toujours possible. On a cité des cas de tuberculeux morts au milieu de phénomènes de méningite, et à l'autopsie desquels on ne trouva pas de granulations sur les méninges; aussi Hardy et Behier proposent-ils d'appeler la méningite tuberculeuse « méningite des tuberculeux ». M. Ch. Ettlinger a décrit une infiltration tuberculeuse diffuse généralisée à tout l'axe médullaire dans 3 cas de méningite tuberculeuse ne présentant aucune lésion visible à l'œil nu (1).

Cependant, en raison de l'extrême rareté, pour ne pas dire de l'absence de la guérison de la méningite tuberculeuse, la terminaison favorable des accidents demeure l'élément de diagnostic le plus important.

Il existe pourtant certains caractères qui peuvent contribuer à éclaircir l'interprétation des symptômes. En présence du tableau de la méningite, on commencera par rechercher s'il n'existe pas, en dehors de la tuberculose, d'infection générale ou locale qui puisse être le point de départ des accidents. S'il existe en même temps une épidémie, l'attention sera attirée de ce côté; plusieurs cas de méningite grippale ont été ainsi diagnostiqués.

L'ordre d'apparition des symptômes peut avoir une grande importance; ainsi, la constipation, qui est un des caractères de la méningite, peut être cause des phénomènes nerveux; si elle apparaît la première, d'abord isolée, il y aura lieu de se demander si elle n'est pas en jeu dans la provocation des accidents; dans ces cas, du reste, la guérison suit de près la débâcle. On recherchera attentivement les causes déterminantes, on observera l'entourage du malade.

Les suppurations crâniennes doivent toujours être recherchées avec soin; on examinera attentivement les oreilles et les sinus. Les cavités crâniennes sont pour les méninges et le cerveau une menace permanente; en présence d'une otite aiguë, s'il apparaît des symptômes méningés, la cause en sera facile à trouver. Ainsi que le dit M. Luc, ce sont les formes aiguës qui se compliquent

1. *Société de biologie*, 11 janvier 1895.

d'accidents méningés; les formes chroniques provoquent plutôt les abcès cérébraux. La méningite à pneumocoques est d'un diagnostic difficile si elle survient d'emblée. Quand la pneumonie se déclare ensuite, sa présence permet d'expliquer les accidents; à plus forte raison quand elle a précédé la méningite. Bozzolo (de Turin) prétend que les troubles méningés dus au pneumocoque sont réduits au minimum; tandis que, dans la méningite tuberculeuse, les symptômes dépassent absolument la gravité des lésions anatomiques, dans la méningite pneumococcique ils seraient à peine en rapport avec ces mêmes lésions. Ce fait s'expliquerait par la différence d'action des virus, celui de la pneumococcie ayant une action dé primante en opposition avec l'action irritante des autres virus. Le diagnostic doit être complété par l'examen bactériologique du sang.

La méningite grippale présente certaines particularités qui peuvent la faire reconnaître. Nous parlions plus haut de l'importance des épidémies. De plus, la courbe de la température est d'un grand intérêt à cause des poussées successives et des rémissions brusques qu'on observe fréquemment. La céphalée et les courbatures dominent souvent. M. Faisans insiste sur la coloration bleu mat de la langue; M. Comby fait remarquer cet enduit blanc, épais, qui recouvre la langue tout entière sur sa face dorsale, et dont le principal caractère est une très grande persistance. Dans les manifestations méningées des fièvres éruptives, de la typhoïde, l'étude des autres symptômes sera faite attentivement, et interprétée.

On aura soin d'analyser les urines en vue de l'urémie. On interrogera les malades au point de vue des intoxications professionnelles, médicamenteuses ou autres. On pensera également à l'alcoolisme. Vallin prétend qu'on a pu croire à une méningite dans des cas où, chez de jeunes enfants, les troubles provenaient de l'alcoolisme des nourrices. La présence de vers intestinaux doit être également recherchée; on a prétendu que la céphalée était nulle ou fugace, le ventre souvent douloureux, les vomissements moins fréquents, le ventre égal.

Pour la distinction entre les phénomènes méningés infectieux et les troubles méningo-corticaux d'origine toxique, l'examen bactériologique et la recherche de la toxicité du sérum sanguin peuvent seuls donner des résultats concluants.

Quincke, en Allemagne, fait une ponction capillaire du canal rachidien, au niveau des vertèbres lombaires, et pratique l'examen bactériologique du liquide ainsi obtenu. Ce procédé n'est pas encore passé dans la pratique; sa valeur est incontestable en ce qu'il permet l'examen direct, les cultures et les inoculations. Tous les cas ne peuvent fournir un résultat, l'infection peut demeurer localisée, le liquide céphalo-rachidien être stérile ou contenir peu de microbes; le procédé de Quincke n'en demeure pas moins le seul mode d'investigation possible dans les cas où l'infection est primitivement localisée aux centres nerveux.

Quand l'infection est secondaire, outre la connaissance du point de départ dont la nature bactériologique peut être déterminée, on pourra faire l'examen microscopique du sang ainsi que le conseille Bozzolo.

La recherche de la toxicité du sérum, dans le but de déterminer l'existence d'une intoxication expliquant les troubles méningés, n'est malheureusement pas praticable dans un grand nombre de cas; on n'est pas autorisé à faire une saignée à un malade déjà déprimé. Et cependant peut-être y aurait-il là une source d'amélioration comme dans l'urémie.

Pour différencier le méningisme, le début brusque, les allures irrégulières de la maladie, durant laquelle on observera fréquemment des phénomènes liés à l'hystérie, la terminaison brusque, sont des caractères importants, ainsi que l'absence de toute cause d'infection apparente.

On a signalé comme un caractère important l'absence fréquente de fièvre. Chantemesse, Moutard-Martin, Thibaudet insistent sur ce signe. Mais cette absence d'hyperthermie ne saurait être admise comme un élément de diagnostic décisif; Jaccoud rapporte, dans ses leçons cliniques (1883-84), un cas de méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie, de forme atypique, sans fièvre et sans modifications du pouls.

Chez l'adulte, Chantemesse prétend que les cris hydrencéphaliques sont rares dans la méningite tuberculeuse, tandis qu'ils sont fréquents dans les « phénomènes pseudo-méningitiques qui appartiennent à l'hystérie ».

C'est l'hystérie, en effet, qu'il faut surtout rechercher dans les antécédents du malade ainsi que les diverses manifestations nerveuses.

L'alcoolisme, les excès de toute sorte paraissent avoir aussi une grande action prédisposante. On étudiera avec soin le passé du malade, on recherchera les convulsions de l'enfance; s'il a eu des maladies antérieures, la prédominance des formes nerveuses sera un fait important.

Les stigmates d'hystérie seront observés avec soin, et on tiendra compte des manifestations insolites, pouvant relever de la névrose, qui seront observées au cours des troubles méningés. « Les hystériques peuvent présenter une réunion des symptômes simulateurs d'une maladie, mais il faut bien se rappeler que la ressemblance avec cette maladie n'est jamais absolue, et qu'elle peut être toujours trouvée en défaut par un point quelconque » (Huchard). C'est ce défaut qu'il faudra surveiller attentivement.

On pourra ajouter à l'observation l'examen électrique. Les réactions se troublent beaucoup plus vite, quand il y a des paraplégies, dans les paralysies organiques que dans celles de l'hystérie.

M. Hayem fait l'étude du sang; pour lui on relève toujours une augmentation plus ou moins grande du nombre de globules blancs dans la méningite tuberculeuse; rien de pareil ne s'observe dans le méningisme.

Il n'en est pas de même dans les troubles dus à une infection, ou quand il y a infection concomitante; ce caractère peut être ajouté aux éléments de diagnostic dont nous parlions tout à l'heure.

Parfois, ce ne sera que plus tard que la nature vraie des accidents méningés sera reconnue. Quand un enfant ayant présenté ces troubles deviendra plus tard hystérique, on sera en droit de conclure qu'il a présenté des phénomènes de méningisme.

Enfin il est des accidents hystériques, non méningés, qui peuvent par certains caractères en imposer pour du méningisme; ce n'est que par une étude très attentive et une grande expérience qu'on pourra éviter l'erreur.

Pronostic. — Le pronostic immédiat varie selon la forme à laquelle on a affaire. Sauf les méningites d'origine otique, dont la gravité est augmentée par le voisinage des cavités suppurées et par la crainte des complications liées à la suppuration, les méningites infectieuses guérissent le plus souvent, quand elles ne sont que partielles.

Ici encore il faut tenir grand compte du terrain. Chez un sujet normal, sans tare nerveuse, la présence d'une méningite est toujours plus grave, parce que l'intensité des symptômes indique une lésion étendue.

Au contraire, chez une névropathe, en raison de l'extrême sensibilité des méninges et de la violence de leur réaction, on pourra se trouver en présence de symptômes très alarmants provoqués par une lésion légère.

Le méningisme vrai n'est pas grave; c'est précisément la grande fréquence de la guérison qui a frappé tout d'abord les observateurs.

Mais ce pronostic, il est souvent impossible de le porter, parce qu'on méconnaît la véritable nature des accidents, ce n'est qu'après leur disparition qu'on peut les interpréter.

C'est pour l'avenir du malade que la constatation de méningisme a la plus grande importance. Car d'après l'examen des observations de sujets revus après plusieurs années on peut considérer tout enfant ayant présenté du méningisme comme prédisposé à l'hystérie, qui se manifestera à une époque variable.

Quant aux observations de récidive de méningisme, terminée par une méningite mortelle, elles prouvent l'existence d'une lésion vraie, d'abord très limitée, qui a provoqué les troubles primitifs. A un certain moment la lésion peut se généraliser et provoquer la mort.

Donc, au point de vue du pronostic encore, il faut séparer la méningite du méningisme.

Traitement. — Le traitement doit varier avec chaque forme, on peut presque dire avec chaque cas.

Les méningites d'origine otique relèvent exclusivement de l'action chirurgicale exposée en détail dans l'ouvrage de MM. Broca et Maubrac.

Les méningites infectieuses guérissent souvent, mais il existe des cas de mort. Il nous semble que dans les formes graves, surtout après le perfectionnement des moyens de diagnostic, on sera autorisé à agir comme on l'a fait en Angleterre pour la méningite tuberculeuse; nous voulons parler de la trépanation avec drainage des méninges. Les tentatives faites sur la méningite tuberculeuse, aussi bien à Londres qu'à Paris par M. Lannelongue, n'ont pas donné de résultat favorable. Cependant, à côté des faits négatifs de Walsham et de Pasteur (Middlesex Hospital), Wallis Ord, de Waterhouse, cite plusieurs cas de guérison de méningites dont la nature tuberculeuse n'a pas été établie. Cette remarque nous paraît présenter un très grand intérêt.

Le traitement des symptômes est celui de la méningite tuberculeuse; il nous a semblé que l'iodure de potassium avait une influence marquée dans certains cas. M. Comby a obtenu d'heureux résultats de l'administration à haute dose (3 grammes par jour chez les enfants), de l'antipyrine dans les formes de nature grippale.

Enfin, le traitement du méningisme relève de celui de l'hystérie doublé de la médication symptomatique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Marion (Abel). *De la paralysie vésicale dans le paludisme aigu.* N° 172. (P. Delmar.)

M. Guillaume (Gustave). *Contribution à l'étude de l'intubation laryngée dans le croup; l'intubation à Rouen.* N° 207. (A. Maloine.)

M. Augereau (Pierre). *Contribution à l'étude du pneumothorax latent.* N° 174. (H. Jouve.)

M. Rouquette (Pierre). *Sur le diagnostic et l'anatomie pathologique de la lithiase rénale chez les épileptiques.* N° 187. (P. Delmar.)

M. J. Legay. *Contribution à l'étiologie de la chorée.* N° 159. (H. Jouve.)

M. Lemasle (Charles). *La desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.* N° 195. (A. Maloine.)

M. H. Mourette. *Essai sur le lavage du sang.* N° 40.

M. Lochelongue. *Aperçu sur le mode d'emploi et les indications des injections massives salines dans les affections médicales et les intoxications.* N° 406.

M. Paul Labesse. *Du glycérophosphate de chaux et de la noix de kola.* N° 177.

M. Thubert. *Essais sur le sous-carbonate de soude avec étude préalable du bicarbonate de soude.* N° 39.

M. A. Chenal. *De la benzo-iodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium.* N° 52.

M. Mougin. *Du calomel en thérapeutique principalement dans les maladies du foie, du cœur et du rein.* N° 188.

M. F.-A.-J.-N. Hernette. *L'eucaïne. Contribution à l'étude de son action physiologique et de son emploi comme anesthésique local en chirurgie.* N° 169.

M. Louis Malot. *Injections sous-cutanées du gaïacol chloroformé comme analgésique local.* N° 139.

M. Marion consacre sa thèse à une complication du paludisme peu étudiée jusqu'ici : la paralysie de la vessie.

Cette paralysie se produit surtout chez l'homme et vers l'âge de 54 ans.

Les origines médullaires de l'innervation vésicale nous permettent de généraliser la pathogénie admise par les auteurs pour les autres accidents paralytiques du paludisme; ces accidents sont dus à des états congestifs du névraxe.

La gravité de l'atteinte palustre ne permet pas de prévoir si la paralysie vésicale qu'elle produit sera également grave.

La quinine est comme, pour les autres manifestations palustres, le traitement de choix.

Pour M. G. Guillaume, l'intubation est l'opération de choix dans le traitement du croup; en s'opposant à l'asphyxie, elle permet d'attendre les bons effets des injections de sérum, injections qui devront toujours être faites préventivement avant l'examen des cultures.

Opération délicate, quelquefois difficile, mais plus rapide et moins dangereuse que la trachéotomie, elle nécessite un tour de main particulier très facile à acquérir par l'habitude.

L'intubation est presque toujours applicable et n'a que des avantages.

α) Possibilité de s'exprimer à voix basse.

β) La respiration continue à se faire normalement par le larynx.

γ) Le malade subit moins de « choc opératoire ».

δ) L'enfant entre plus vite en convalescence.

Le pneumothorax des tuberculeux, surtout quand il est total, s'annonce le plus habituellement par deux signes subjectifs, la douleur et la dyspnée.

Mais ces deux signes, souvent atténués ou absents dans le pneumothorax partiel, subissent aussi de nombreuses variations dans leur présence et leur intensité, quand il s'agit d'un épanchement gazeux généralisé.

Il y a des variétés insidieuses qu'étudie M. Augereau dans lesquelles un des deux termes, douleur, dyspnée, de la symptomatologie classique du début, peut manquer, parfois même absolument silencieuses dans leurs manifestations symptomatiques fonctionnelles, sans douleur ni dyspnée. L'importance que les signes physiques peuvent alors acquérir pour dépister la complication rend nécessaire un examen systématique et quotidien de la plèvre et du poumon. La recherche « de parti pris » des signes pathognomoniques de l'épanchement gazeux même total peut restreindre le nombre des pneumothorax ignorés et reconnus seulement à l'autopsie.

A propos d'un cas de lithiase rénale, au cours de l'épilepsie, M. Rouquette étudie les lésions constatées à l'autopsie, lésions plus ou moins intenses — pouvant aller jusqu'à la dégénéres-

cence fibreuse complète, pouvant être beaucoup plus marquées d'un côté que de l'autre.

Il admet l'hyperphosphaturie comme la cause prochaine de cette lithiase. Celle-ci peut donner lieu à des manifestations urémiques.

Des recherches statistiques qu'il a faites dans le service de clinique des maladies de l'enfance, M. Legay conclut que la chorée se déclare :

1° Chez les prédisposés par l'hérédité nerveuse ;

2° Au moment de la croissance, et en particulier aux périodes de plus grande activité du développement;

3° Au début, on trouve presque toujours, sinon toujours, la trace d'une infection récente, ou encore en cours d'évoluton. Cette iufection est le rhumatisme dans près de la moitié des cas ; dans les autres, la cause provocatrice de la chorée est une quelconque des maladies infectieuses de l'enfance, principalement la scarlatine, la rougeole, la grippe, etc.

L'infection qui provoque la chorée cause aussi les affections cardiaques qui surviennent souvent au cours de la maladie.

Les autres causes : sexe, race, climat, saisons, émotions, irritations nerveuses périphériques, intoxications ne sont que des causes adjuvantes venant aggraver l'effet des trois causes principales : hérédité, âge, infection.

Pour M. Lemasle, la desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant est toujours due aux sudamina auxquels elle succède. Sudamina et desquamation ne sont pas deux phénomènes distincts mais un seul et même phénomène.

Ce phénomène accompagne, précède ou suit la défervescence de la fièvre typhoïde et correspond ordinairement au stade amphibole de Wunderlich.

La desquamation est un phénomène constant chaque fois que la fièvre typhoïde doit avoir une issue heureuse pour le malade.

Au contraire la desquamation fait-elle défaut, le pronostic doit être réservé car la maladie se termine par la mort.

Les sudamina et la desquamation se rencontrent aussi dans la plupart des maladies aiguës fébriles de l'enfance; mais la desquamation ne présente pas alors de caractères aussi tranchés ; elle n'y est pas constante et ne semble avoir aucune valeur pronostique.

Les résultats donnés par les essais de *lavage du sang* sont des plus encourageants. C'est en tous cas une méthode peu dangereuse, malgré l'altération passagère des globules, qui est la conséquence de son application; mais elle nécessite une série de précaution qu'expose M. Mourette.

L'injection doit être faite avec la solution salée physiologique portée à 37° et la vitesse maxima à laquelle elle doit être poussée est de 3 centimètres cubes par minute et par kilogramme.

Dans le tissu cellulaire l'injection est facile et dans tous les cas absolument inoffensive ; dans les veines elle est très délicate. Par contre elle agit plus rapidement par cette seconde voie, mais elle y est parfois *très dangereuse*. Les injections massives sont employées surtout dans les hémorrhagies et les infections. Dans ces deux cas on injecte généralement de 1 000 à 1 500 grammes.

Dans l'hémorrhagie, cette méthode a donné des résultats brillants dus au relèvement de la pression artérielle et à l'action hémostatique certaine de l'injection.

Dans les infections le mode d'action est encore mal connu. Il est probable que l'injection aide d'une part à l'élimination des toxiques et active de l'autre la phagocytose.

Là aussi, les résultats sont heureux. Les infections générales, la péritonite, la fièvre puerpérale, le choléra, le tétanos, l'état de shok, les intoxications, telles que l'anémie et l'éclampsie, semblent au plus haut degré justificiables de cette méthode. Il est probable que le nombre des maladies infectieuses soumises à ce traitement va s'accroître rapidement. Enfin les lésions cardiaques, rénales et pulmonaires, certaines infections médicales graves semblent être une contre-indication de l'injection intra-veineuse, tandis que l'injection sous-cutanée n'en reconnait aucune.

M. Lochelongue examine précisément les cas d'infections médicales dans lesquelles les *injections massives salines* peuvent être employées. La liste est déjà longue. Elle comprend : le choléra, la pneumonie, le typhus exanthématique, la scarlatine, la fièvre typhoïde, certaines intoxications médicamenteuses et enfin certaines infections dont la pathogénie est encore à l'étude ; diabète, urémie, tachycardie paroxystique.

Dans tous les cas, les résultats ont été les mêmes : amélioration de l'état général, abaissement de la température, diurèse abondante, relèvement de la tension sanguine.

M. P. Labesse consacre une courte étude à la *noix de kola* et au *glycérophosphate de chaux*, de laquelle il résulte que ces deux médicaments se complètent et concourent l'un et l'autre à améliorer la nutrition générale et à régulariser toutes les fonctions organiques.

Le bicarbonate de soude est un des médicaments le plus fréquemment ordonnés par les médecins et employés par les malades. Or, dans l'estomac, le sel se décomposant en acide carbonique et en sous-carbonate de soude, M. Thubert se demande s'il n'y aurait pas intérêt dans certains cas à prescrire d'emblée le sous-carbonate de soude qui permettrait de mieux mesurer l'effet utile de l'alcalin. Ce dernier sel paraît avoir sur le premier l'avantage de s'administrer à doses plus faibles et d'introduire dans l'économie bien moins de sodium tout en arrivant au même résultat. On est en outre sûr que toute la quantité donnée est utilisée dans l'estomac, sans avoir l'inconvénient, comme le bicarbonate de soude à hautes doses, de donner naissance à des produits de décomposition nuisibles à l'économie. Les effets immédiats produits par le sous-carbonate de soude sont l'excitation de la muqueuse stomacale et la neutralisation des acides du suc gastrique; de plus les effets éloignés de ce sel le font classer par analogie avec d'autres alcalins, parmi les exagérateurs de la désassimilation, c'est-à-dire parmi les nutritifs déperditeurs. Pour ne parler que des effets immédiats ils peuvent être poursuivis :

a) Dans l'hypochlorhydrie à la dose de 50 centigrammes prise une demi-heure avant le repas en un cachet que l'on fait suivre de quelques gorgées d'eau.

b) Dans l'hyperchlorhydrie à la dose de 25 ou 50 centigrammes, répétée de deux à quatre fois. L'administration suivra toujours le repas, et la première dose devra être prise une demi-heure ou une heure et demie après le repas, suivant le moment où se montre l'excès d'acide et comme le déterminera l'analyse du chimisme stomacal. Les autres doses suivront à une demi-heure d'intervalle l'une de l'autre.

c) Dans l'ulcère de l'estomac, aux mêmes doses et de la même façon.

Enfin, à l'extérieur, les solutions de sous-carbonate de soude peuvent servir comme collutoire contre le muguet, et en injection dans les cas où la stérilité de la femme semble tenir à l'acidité du mucus vaginal.

La *benzo-iodhydrine* peut-elle être substituée avec avantage à l'iodure de potassium dans les maladies si nombreuses où s'emploie ce médicament? C'est la question qu'a examinée avec soin M. A. Chenal, question qui n'est pas inconnue pour les lecteurs de la *Gazette* où elle a été autrefois traitée (1). Et, de ses recherches il conclut que nous avons dans la benzo-iodhydrine un médicament qui a toutes les qualités thérapeutiques de l'iodure de potassium et possède de plus le grand avantage d'agir à doses moindres et d'une façon bien plus prolongée, l'élimination étant très lente. Les doses fortes ne sont nécessaires que dans quelques cas exceptionnels où l'on veut obtenir une action très rapide. Malheureusement ces conclusions ne s'appliquent qu'aux effets présents, l'expérimentation sur les malades n'ayant duré que deux ou trois mois. La benzo-iodhydrine aura-telle comme l'iodure de potassium une action curative qui durera un certain temps après la cessation du traitement? Les accidents syphilitiques par exemple qui, avec l'iodure de potassium ne se reproduisent qu'après un temps plus ou moins long ne reparaîtront-ils pas plus rapidement avec la benzo-iodhydrine? c'est ce que l'on ne saurait dire, pour le mo-

1. Ch. Éloy (*Gaz. hebdom.*, 14 janvier 1887).

ment, d'une façon définitive, tant qu'on n'aura pas comparé la durée des effets curatifs des deux médicaments.

Le *calomel* qui est un des médicaments les plus employés en thérapeutique courante, n'est pas seulement un purgatif. Il est en outre antiseptique, légèrement cholagogue et diurétique. A ces titres divers il rend les plus signalés services dans les maladies *du foie, du cœur et du rein*. M. Mougin, dans une étude très serrée sur ce sujet a essayé de faire la pharmacodynamie de ce médicament. Il a montré que le calomel était cholagogue non seulement par la diarrhée qu'il provoque et qui donne lieu à une excrétion réflexe de la bile, mais encore par sa transformation dans l'organisme en sublimé qui agit, comme on le sait, sur la sécrétion biliaire. Il a également fait voir que son action diurétique devait être ainsi comprise : par son action sur le foie, il provoque une surabondance de production d'urée, d'où l'effet diurétique; peut-être faut-il faire intervenir une action directe sur les cellules des *tubuli contorti*. Enfin, que son pouvoir antiseptique tenait à la fois à sa transformation en sublimé et à son action cholagogue.

Les déductions pratiques ne sont pas moins importantes. Les doses auxquelles on peut prescrire le calomel varient avec l'effet qu'on en veut obtenir. Il est antiseptique de 0 gr. 01 à 0 gr. 05; diurétique de 0 gr. 10 à 0 gr. 60; purgatif de 0 gr. 50 à 1 gramme. Mais ces quantités pourraient être notablement dépassées sans danger. Quant à l'action de NaCl sur le calomel, elle paraît nulle dans l'organisme, fait qui avait été déjà vu par M. Blarez. Aussi, sans le mêler de parti pris au sel gris, il ne semble pas toxique lorsqu'on fait prendre après son ingestion des aliments salés. Mais, il faut se garder de le prescrire en suspension dans un looch blanc ou mélangé à l'eau de laurier-cerise et s'abstenir également de le formuler mêlé anx alcalins, au bicarbonate de soude, à la magnésie et aux sels ammoniacaux.

L'*eucaïne*, que nous avons eu l'occasion d'étudier ici dans la partie consacrée au *Formulaire hypodermique* (1), est, d'après les recherches de M. Hernette un bon anesthésique local dont la toxicité est un peu moindre à dose égale que celle de la cocaïne. Le pouvoir anesthésique de l'eucaïne est pareillement inférieur à celui de la cocaïne, de telle sorte que pour arriver à une anesthésie équivalente, la dose à employer serait aussi toxique que celle de la cocaïne. Mais la durée du pouvoir anesthésique de l'eucaïne étant moitié moindre que celui de la cocaïne, il en résulte qu'il faut réserver exclusivement l'eucaïne pour les petites opérations chirurgicales et les opérations dentaires. Il faut suivre pour son application la règle posée par M. Reclus : « Je garde la cocaïne qui me semble supérieure, quitte à prendre l'eucaïne à son défaut ».

Les *injections sous-cutanées du gaïacol chloroformé comme analgésique local* sont également bien connues des lecteurs de la *Gazette* qui a eu la primeur du mémoire publié sur ce sujet par M. Collaville (2). Leur étude a été reprise par M. L. Malot, qui a confirmé les résultats annoncés par son maître de Rouen. Il a employé le gaïacol chloroformé dans vingt cas de névralgies diverses, points douloureux, zones hyperesthésiées, et toujours il a obtenu la cessation rapide des phénomènes douloureux. Si dans quelques cas l'analgésie ne persiste pas, si les récidives peuvent se produire, malgré la réitération même des piqûres, elles n'en constituent pas moins un moyen de soulagement rapide, sûr et à la portée de tous les praticiens.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Hystérectomie vaginale pour fibro-myomes (Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation), par Leopold (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LII, p. 497). — Depuis le 18 mars 1889, l'auteur a fait 74 hystérectomies vaginales pour fibro-myomes. Sur les 74 opérées, il y a eu 2 morts, soit une mortalité de 2, 7 p. 100; toutefois les dernières 58 opérées ont toutes guéri, dans l'espace de trois semaines environ. La plupart de ces malades ayant été revues, on a pu constater que leur état ne laissait rien à désirer.

L'auteur attribue une grande importance au relèvement des forces des malades avant l'opération. Comme moyen thérapeutique, il emploie les injections sous-cutanées de sérum artificiel qu'on fait tous les jours à la dose de 200-300 grammes.

Inoculation carcinomateuse du vagin au cours de l'opération (Ueber Impfmetastase eines Carcinoma Corporis Uteri aus Scheideeingange), par E. Niebergall (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LII, p. 491). — Observation d'un cas d'hystérectomie totale pour carcinome chez une femme qui revient au bout de 14 mois avec une ulcération carcinomateuse du vestibule du vagin, du côté droit, contre lequel appuyait le spéculum au cours de l'opération. En absence de toute récidive et de toute métastase, l'auteur suppose qu'il s'agissait là d'une inoculation opératoire, accidentelle, par des parcelles carcinomateuses de l'utérus.

Emphysème sous-cutané après la laparotomie (Ueber die Entstehung des Hautemphysemes nach Laparotomien), par K. Heil (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LII, p. 435). — L'auteur rapporte une observation d'opération césarienne chez une octipare de 34 ans chez laquelle il trouva, au troisième jour après l'opération, un emphysème sous-cutané autour de la partie inférieure de la suture abdominale. L'emphysème, qui occupait l'étendue de la paume de la main, s'étendit les jours suivants, mais disparut définitivement au 12e jours après l'opération.

L'auteur attribue cet emphysème à la suture très exacte de la peau et à la suture moins profonde des muscles, et pense que, pour éviter cette complication, il faut faire une suture aussi exacte que possible des couches profondes et principalement des muscles droits et de leurs gaines.

Pérityphlite (Erfahrungen über Perityphlitis), par Lauenstein (*Mittheil. aus d. Grenzgebiet. der Medic. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 355). — L'intérêt du travail réside entièrement dans les 37 observations d'appendicites (dont trois traitées médicalement), qui ne se prêtent pas à l'analyse. La seule conclusion générale qui découle de leur étude est que lorsqu'on diagnostique une appendicite suppurée, il faut opérer sans tarder.

Anus contre nature dans un cas d'entérite membraneuse (Heilung eines Falles von Colica mucosa durch Anlegung eines kunstlichen Afters), par F. Franke (*Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 379). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 36 ans atteinte d'entérite pseudo-membraneuse avec coliques violentes, contre laquelle avaient échoué toutes les médications possibles. Dans ces conditions l'auteur se décida à pratiquer un anus iliaque, et le soir même de l'opération la malade était guérie de ses douleurs et de son entérite. La malade est tellement contente de cette opération qu'actuellement, près de deux ans après l'opération, elle ne veut pas entendre parler de la fermeture de son anus artificiel.

Les résultats fonctionnels et l'assimilation des aliments après la gastro-entérostomie (Ueber die fonctionnelle Erfolge nach Operationen aus Magen), par E. Siegl et F. Herusheimer (*Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 328 et 348). — Les auteurs rapportent douze cas de gastro-entérostomie faite 7 fois pour cancer et 3 fois pour rétrécissement cicatriciel du pylore. Tous les malades ont été opérés quand ils se trouvaient déjà dans un état d'inanition très avancée. Six cancéreux ont succombé peu de temps après l'opération; chez les six autres opérés, les symptômes provoqués par la sténose pylorique ont disparu très vite après l'opération, mais la guérison ne fut définitive que chez les deux opérés pour sténose cicatricielle.

Chez ces deux derniers les fonctions motrices de l'estomac sont redevenues normales; le suc gastrique de l'un contenait de l'acide chlorhydrique qui, chez le second, ne reparut que 18 mois

1. Gaz. hebdom., 1896, p. 1078.
2. Gaz. hebdom., 1896, p. 519.

après l'opération. Le premier de ces opérés digérait d'une façon complète tous les aliments, la graisse y comprise; le second digérait complètement les substances albuminoïdes et incomplètement les graisses dont on retrouvait près de 13 p. 100 dans les selles, fait que l'auteur attribue à ce que l'anastomose a été faite avec une anse intestinale éloignée.

Péritonite appendiculaire (Von der Behandlung acuter Perforation's Peritonitis nach Appendicitis, u. s. w.), par Floderus (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 55). — L'auteur rapporte une observation de péritonite par perforation de l'appendice, traitée avec succès par la laparotomie faite au 4e jour après le début des accidents. Le succès est attribué par l'auteur au traitement post-opératoire qui, pendant plusieurs jours, a compris l'administration de digitale, les injections sous-cutanées de camphre, les lavements composées d'eau, de cognac et de glycose, l'administration de calomel.

MÉDECINE

Types des mouvements respiratoires, par G. W. Fitz (*The journ. of experim. medecine*, New-York, nov. 1896, p. 677). — D'après l'examen de plus de 400 tracés pneumatiques, l'auteur conclut que les mouvements respiratoires ne diffèrent presque pas chez les enfants des deux sexes, ni chez les adultes. La grossesse n'affecte pas la respiration d'une façon permanente. Dans le type naturel de la respiration, les mouvements se répartissent à peu près également entre le thorax et l'abdomen, avec une légère prédominance de l'abdomen. Mais la constriction exercée par les vêtements fait prédominer les mouvements thoraciques.

Pouvoir immunisant de l'histon et du nucléohiston, par F. G. Novy (*The journ. of experim. medecine*, New-York, nov. 1896, p, 693). — Expériences faites avec la substance extraite du noyau des leucocytes de thymus, et qui est une protéide complexe, composée de nucléine et d'histon.

Cette substance ne protège pas l'organisme contre l'injection, faite séparément, de toxine tétanique et diphthérique, de bacilles du choléra des porcs et du charbon. Le mélange de nucléohiston et de toxines tétanique et diphtérique perd ses propriétés toxiques, sans conférer l'immunité

L'histon ne protège pas l'organisme contre l'injection, faite séparément, de toxines tétanique et diphtérique, et de bacilles du choléra des porcs et du charbon. Dans le mélange d'histon et de toxines diphthérique et tétanique, ces toxines sont détruites en quelques minutes. L'histon possède des propriétés toxiques qui ne sont pas dues à l'acide chlorhydrique présent.

Étude des altérations produites dans les reins par les toxines du staphylococcus pyogenes aureus, par J. Lovett Morse (*The journ. of experim. medecine*, New-York, nov. 1896, p. 613). — Les lésions des reins produites par les bactéries ont été souvent étudiées; celles que provoquent le staphylocoque doré, ont été étudiées notamment par Ribbert. L'auteur a soumis 3 lapins à des injections répétées de cultures filtrées de staphylocoque et a obtenu dans les reins des lésions interstitielles chroniques.

Lésions des cellules nerveuses dans l'intoxication alcoolique aiguë, par Colin C. Stewart (*The journ. of experim. medecine*, New-York, nov. 1895, p. 623), — S'inspirant des recherches de Dehio sur ce sujet, l'auteur a étudié chez le chat, au moyen de la méthode de Nissl, l'état des cellules du cerveau, du cervelet et de la moelle dans l'intoxication alcoolique aiguë. Il a trouvé une diminution des granulations chromatiques, surtout dans le cervelet.

La régénération du sang, par Winfield S. Hall et Marion D. Eubank (*The journ. of experim. medecine*, New-York, nov. 1896, p. 656). — Ces expériences montrent que, après une perte de sang, la régénération est plus rapide, si l'on a fait une transfusion de sérum artificiel; cette régénération est surtout active dans la seconde moitié de la période régénérative. Quand le nombre des hématies augmente, leur volume diminue.

MÉDECINE PRATIQUE

L'huile de cade dans les maladies de la peau,

D'après M. le Dr O. Ramond.

Après avoir joui d'une vogue considérable comme topique dans la plupart des affections cutanées, l'huile de cade a été peu à peu reléguée au nombre des médications exceptionnelles. Cette défaveur tient en partie à l'emploi inconsidéré qu'on a fait de ce remède, en partie à ses inconvénients. Outre l'odeur empyreumateuse pénétrante de l'huile de cade qui en restreint l'application à la pratique hospitalière, elle a le désagrément de tacher le linge et la literie, de les imprégner d'exhalaisons insupportables pour le malade et l'entourage. Enfin comme elle est d'un prix élevé, elle est souvent falsifiée et les pharmaciens livrent sous ce nom soit de l'huile de goudron de pin, soit même de l'huile de goudron de houille, dont l'inefficacité a contribué à jeter le discrédit sur le traitement cadique.

A Saint-Louis, on se sert de deux glycérolés, l'un fort, l'autre faible, qui ne parent aucunement aux inconvénients que nous avons énumérés. En voici les formules :

1° Glycérolé d'amidon	500 gr.
Huile de cade	460 gr.
Savon noir	40 gr.
2° Glycérolé d'amidon	860 gr.
Huile de cade	140 gr.

Et cependant dans certains cas que nous désignerons tout à l'heure, l'huile de cade agit à la manière d'un véritable spécifique, tant à cause de ses propriétés parasiticides que par suite des modifications qu'elle imprime aux téguments malades. Il importait donc de trouver un moyen pratique, qui permît de la maintenir dans le formulaire dermatologique.

M. Gaucher eut alors l'idée d'incorporer l'huile de cade au collodion, comme l'avaient déjà fait avant lui un grand nombre d'auteurs pour l'acide salicylique, l'acide pyrogallique, l'ichthyol, etc. Récemment M. H. Fournier avait préconisé un mélange ainsi composé :

Huile de cade	10 gr.
Collodion ordinaire	20 gr.

Ce collodion donnait une pellicule fort peu extensible, par suite irritante, et nécessitait, pour être maniable, l'addition d'une quantité assez notable d'huile de ricin; ses propriétés adhésives s'en trouvaient diminuées et étaient insuffisantes à assurer l'action du médicament. Après plusieurs essais M. Gaucher s'arrêta à la composition suivante.

Il fit préparer tout d'abord un collodion à l'acétone d'après cette formule :

Fulmicoton	5 gr.
à dissoudre dans	
Acétone anhydre	95 gr.

Puis il associa à ce collodion l'huile de cade dans les proportions suivantes :

Collodion à l'acétone	2 gr.
Huile de cade pure de genévrier	1 gr.

L'odeur de l'acétone qui n'est pas désagréable, masque en grande partie celle de l'huile de cade.

C'est ce collodion qui a donné entre les mains de M. Gaucher et de son élève M. Ramond, des succès nombreux dans les dermatoses sèches et seulement dans celles-ci : psoriasis, eczéma sec lichenoïde, lichen simplex

chronique avec induration et épaississement de la peau, période squameuse terminale de tous les eczémas, eczéma séborrhéique. Il a semblé guérir les plaques de psoriaris dans le même temps que les traumaticines pyrogallique et chrysophanique dont il ne présente pas les mêmes dangers. A l'encontre de ces dernières il peut être appliqué sur les plaques les plus étendues et sur toute la surface du corps. Pas plus qu'elles, il n'empêche ni les rechutes, ni les récidives.

On l'applique chaque jour par simple badigeonnage sur toutes les parties atteintes au moyen d'un pinceau d'ouate hydrophile trempé dans le mélange et après un décapage préalable des surfaces squameuses. Il se forme quelques minutes une pellicule jaune dont l'adhérence à la peau se maintient au-delà de 24 heures, si le collodion est de bonne qualité. C'est en effet, comme nous l'avons dit, une condition essentielle de succès (1).

REVUE DES MÉDICATIONS NOUVELLES

Traitement du lupus érythémateux par les badigeonnages de liqueur de Fowler diluée.

On sait combien le lupus érythémateux est rebelle à tous les moyens thérapeutiques. Pour peu qu'on soit amené à employer des substances caustiques ou irritantes,on a des chances d'aboutir à une aggravation quelquefois considérables. M. le Dr J. Schutz de Francfort, aurait obtenu dans neuf cas un succès complet par l'emploi de la liqueur de Fowler diluée au cinquième, en applications sur les plaques lupiques. Voici comment il procède : avec un pinceau trempé dans la solution arsenicale diluée, on badigeonne deux fois par jour tous les tissus malades, et cela pendant six jours. Sous l'influence de ce traitement, les plaques érythémateuses se boursouflent, deviennent douloureuses, tandis que les tissus sains restent sans réaction. On recouvre d'une pâte ou d'une pommade adoucissante. La guérison survient souvent dès la première période de traitement.

Un moyen pratique d'arrêter l'éternuement paroxystique.

Il arrive quelquefois que, même sans avoir de catarrhe nasal, on est pris de crises d'éternuement s'accompagnant de picotements dans la gorge et le nez, qui entretiennent les secousses de toux et les prolongent souvent de la façon la plus incommode. M. le Dr Marcus conseille le moyen suivant comme absolument héroïque. On comprime vigoureusement entre le pouce et l'index recourbé les ailes cartilagineuses du nez de façon à les appliquer fortement contre la cloison. Cette compression est maintenue pendant dix à quinze secondes, au cours desquels on respire par la bouche. L'éternuement est ainsi arrêté. Si l'on sent encore des picotements ou si on éternue de nouveau, c'est que la compression n'a pas été suffisamment prolongée. On en est quitte pour recommencer cette manœuvre dont le succès est certain.

Traitement de la blennorrhagie par l'usage interne de l'extrait fluide de kawa-kawa.

L'opportunité de la médication interne dans la blennorrhagie est diversement jugée par les auteurs. Les uns la considèrent comme un utile adjuvant, les autres, infiniment plus nombreux accordent exclusivement leur confiance au traitement local. Néanmoins l'action antiblennorrhagique de certains remèdes internes est indiscutable et, à ce titre, ils méritent de figurer dans le formulaire du praticien. Il y a donc quelque intérêt à rapporter les essais faits dans cet ordre d'idées par M. le Dr Abramowitsch.

Cet auteur, sur le conseil de M. D. Cerna prescrivit systématiquement, dans la blennorrhagie, l'extrait fluide de kawa-kawa, à la dose de XX gouttes trois fois par jour. Si au commencement de la deuxième semaine il n'y avait aucune amélioration, on avait recours aux injections. Dans tous les cas la durée de la maladie fut sensiblement abrégée. Et si dans la blennorrhée chronique le traitement dut être poursuivi plus longtemps, dans les cas d'uréthrite postérieure, dans les cas aigus, il se montra d'une réelle efficacité.

G. M.

1. O. Ramond. De l'emploi d'un collodion à l'huile de cade dans les affections de la peau (th. de Paris, 1897).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Magistrats et médecins-experts.

Comme complément à l'article que nous avons récemment publié (p. 252), nous croyons devoir reproduire *in extenso* le jugement rendu par le tribunal civil de Saint-Nazaire. Ce qui nous y engage c'est l'espoir que M. le Dr Méloche fera appel de ce jugement et qu'une consultation motivée signée par des accoucheurs dignes de foi déterminera, après examen des faits de la cause, s'il y a eu réellement négligence coupable et faute lourde de la part du médecin légiste.

Nous persistons à penser que l'attendu relatif à l'examen chirurgical du sang est au moins superflu.

Mais nous appelons surtout l'attention de tous les médecins-experts sur la nécessité de ne rien affirmer sans preuve absolue et certaine. Les magistrats seront parfois embarrassés s'ils trouvent des auxiliaires trop prudents. Au moins évitera-t-on ainsi des incidents aussi pénibles pour la bonne renommée des médecins-légistes.

Attendu que l'action en responsabilité intentée par la veuve Billy contre le Dr Méloche est fondée sur les dispositions des articles 1382 et 1383 du Code civil;

Que les éléments du délit ou quasi-délit par ces articles sont :

1° Une faute, négligence ou imprudence du défendeur;

2° Une conséquence de cette faute, négligence ou imprudence dommageable du demandeur;

Et qu'aucun article de loi, aucune disposition de la loi du 30 novembre 1892, ne déroge, en ce qui concerne les médecins, aux principes de responsabilité édictés par ces articles;

Qu'il y a donc lieu de rechercher s'il y a :

1° Faute, imprudence ou négligence du défendeur;

2° Préjudice causé au demandeur;

3° Corrélation entre la faute et le préjudice.

Attendu que le préjudice dont la veuve Billy demande réparation résulterait :

1° De son arrestation et de sa détention ;

2° Des moyens violents employés par le médecin légiste pour arriver à la découverte de la vérité;

Que ce second chef ne peut être retenu, puisque l'emploi du spéculum n'est ni avoué, ni prouvé, ni articulé dans la demande subsidiaire d'enquête, et que, d'autre part, il n'est pas davantage articulé dans la demande subsidiaire d'enquête que ce soit l'emploi de cet instrument qui ait amené l'accouchement de la dame veuve Billy;

Mais, attendu, sur le second chef, que l'arrestation est légalement prouvée, et qu'il ne peut être contesté que cette arrestation ait eu des conséquences dommageables pour la demanderesse ;

Qu'en ce qui concerne le troisième élément, il est établi, par un procès-verbal régulier du magistrat instructeur, que le médecin légiste a été sommé de s'expliquer sur le point de savoir si ses constatations offraient des caractères sérieux de probabilité d'accouchement récent, et que, sur sa réponse affirmative, un mandat de dépôt a été décerné contre la veuve Billy;

Que la seule question litigieuse est donc la faute ou plutôt la négligence ou imprudence du médecin légiste, puisque le défendeur était légalement requis d'examiner la veuve Billy et de rechercher si cette femme était accouchée récemment;

Attendu que si les règles de la science ne sont pas infaillibles, elles permettent cependant au médecin d'arriver le plus souvent, et sans difficulté, à la découverte de la vérité; qu'il doit donc suivre ces règles et les suivre toutes, à défaut d'autres connues, puisque, de l'avis unanime des auteurs qui ont traité de cette partie de la médecine, chacun des symptômes d'accouchement, pris isolément, ou même quelques symptômes isolés ne peuvent donner une certitude;

Qu'il s'agit d'un faisceau que l'expert ne peut scinder, surtout en matière si grave, et qu'il ne peut, sans manques à ses devoirs, ne pas s'enquérir des règles tracées pour arriver à l'accomplissement de la mission qui lui a été confiée;

Que les cas d'infanticide sont, d'ailleurs, les cas les plus fréquents sur lesquels le médecin légiste ait à statuer: que tous les moyens de preuve de l'accouchement se trouvent mentionnés, exposés dans les ouvrages spéciaux qui indiqnent unanimement les mêmes moyens, les auteurs différant seulement d'appréciation sur la force probante de chacun d'eux, et que, par suite, l'ignorance de l'expert serait absolument inexcusable;

Attendu qu'il ne lui est pas défendu de s'enquérir des circonstances extérieures pouvant le guider dans ses recherches;

Mais que ces circonstances ne doivent pas l'empêcher d'avoir d'avoir recours à toutes les données de la science dont l'application est l'objet même de son mandat;

Qu'il doit d'autant moins ajouter foi aux déclarations de l'inculpée qu'il connaît son intérêt à déguiser la vérité et son désir de tromper la justice, alors même que ses moyens de défense, souvent inhabilement choisis, iraient à l'encontre de ses intérêts;

Attendu que les cas dans lesquels le médecin, ayant procédé à toutes les recherches qui soet commandées par les maîtres de la science, a néanmoins été induit en erreur, étant exceptionnels, la proportion entre le nombre de ces cas et celui des accouchements étant infime, l'erreur fait nécessairement présumer la faute, la négligence ou l'imprudence de l'homme de l'art;

Qu'à l'expert incombe donc la charge de prouver qu'il n'a négligé aucun des moyens auxquels il devait avoir recours;

Attendu que la date à laquelle a été rédigé le rapport du docteur Méloche, postérieurement à l'accouchement de la dame veuve Billy, peut mettre le tribunal en défiance contre les énonciations de cette pièce de la procédure criminelle;

Que si, cependant, à raison du serment d'expert et de la grande honorabilité du défendeur, unanimement reconnue, l'on admet, comme exactes et sincères, les affirmations contenues en son rapport, il y a lieu de considérer que ce document comprend trois parties;

Que, dans la première, l'expert relate les symptômes par lui reconnus le 18 mars;

Dans la seconde, parlant de la visite du 20 mars, il dit avoir constaté les mêmes symptômes qu'à son premier examen, et ajoute que l'auscultation, la palpation du ventre et le toucher vaginal ne lui donnaient ni bruits du cœur, ni les mouvements actifs de l'enfant, ni le ballottement;

Dans la troisième, il donne ses conclusions fondées sur les résultats de son double examen;

Attendu que ce sont les constatations médicales du 18 mars qui ont déterminé l'expert à affirmer au magistrat instructeur la probabilité de l'accouchement, et ont, par suite, amené l'arrestation;

Qu'il semble résulter de la place qu'occupent dans le rapport les dires de l'expert, relativement aux divers symptômes de grossesse ci-dessus relatés, que c'est seulement lors de son second examen qu'il les a recherchés et en a constaté l'absence;

Et que cette vraisemblance se change en quasi-certitude si l'on rapproche le rapport du procès-verbal de constat dans lequel le magistrat instructeur fait connaître que le médecin lui a déclaré que, n'ayant pas à sa disposition les instruments nécessaires, il y avait lieu de soumettre l'inculpée à une visite plus complète à Saint-Nazaire;

Attendu que, si l'emploi d'un instrument appelé stéthoscope était nécessaire pour entendre les bruits du cœur, il n'était, au contraire, utile d'avoir recours à aucun instrument pour procéder à l'expérience du ballottement;

Qu'il y a donc, de ce chef, négligence de l'expert, qui, dans la première partie de son rapport, mentionne le toucher vaginal à l'effet seulement de constater l'état du col de l'utérus;

Attendu que le défaut d'instruments, qui n'est pas mentionné dans le rapport et dont la cause n'est pas indiquée dans le procès-verbal de constat, fait encore présumer la négligence de l'expert;

Attendu qu'il semble bien acquis que le défendeur s'est contenté, pour affirmer la probabilité de l'accouchement, des symptômes suivants :

Lait dans les seins, vergetures violacées de date récente sur le bas-ventre, parois abdominales flasques et relâchées, présence du fond de l'utérus au-dessous de l'ombilic;

Auxquels il a ajouté la reconnaissance par l'inculpée d'une hémorrhagie abondante avec caillots, le 15 mars 1896;

Que ces symptômes ne sont pas les plus probants chez une femme multipare;

Et qu'il y a grave imprudence de la part de l'expert à affirmer la probabilité de l'accouchement sur des indices qu'il paraît lui-même ne pas trouver concluants, dans son rapport où il constate, en outre, qu'il n'y a pas de déchirures récentes du col de l'utérus, et particulièrement sur une hémorrhagie abondante dont il n'a d'autres preuves que les déclarations de l'inculpée;

Attendu que loin de combattre les présomptions de négligence et d'imprudence, résultant de la rareté des cas où le médecin-expert a pu se tromper en pareille matière, les documents que possède le tribunal et le rapport médical ne font que confirmer ces présomptions;

Et que, par suite, la responsabilité du défendeur se trouve engagée du chef de l'arrestation;

Attendu, en ce qui concerne les constatations du 20 mars, que l'expert a, comme le 18 mars, négligé de procéder à l'analyse chimique du sang, dont la composition est, d'après tous les auteurs qui se sont occupés de médecine légale, l'un des indices les plus certains de l'accouchement;

Que l'expert n'étant pas présent lors de la naissance de l'enfant de la veuve Billy, le tribunal ne peut admettre comme prouvé ce qui est dit dans les conclusions du défendeur relativement à la cause de l'absence du ballottement;

Que cette cause n'est pas articulée en preuve.

Qu'enfin, il n'est pas établi que l'expert ait donné connaissance au magistrat instructeur de ses dernières constatations, ni formulé un nouvel avis, antérieurement à la date de son rapport;

Que, par suite, il demeure responsable, non seulement de l'arrestation mais de la détention jusqu'au moment de l'accouchement;

Attendu que la négation de la grossesse ne peut constituer une faute à la charge de la dame veuve Billy, obligée de se défendre; mais que cette déclaration contraire à la vérité, quoique ne dispensant pas l'expert de l'accomplissement intégral de son mandat, doit être retenue comme élément d'atténuation de sa responsabilité;

Qu'on doit encore admettre, comme cause d'atténuation, la moralité douteuse de la demanderesse, les soupçons qui pesaient sur elle, l'ensemble des renseignements défavorables tant sur cette femme que sur sa famille;

Attendu, en ce qui concerne le préjudice, qu'il y a lieu de tenir compte de l'arrestation de la dame veuve Billy, du temps de sa détention, et de cette circonstance qu'elle est accouchée à la maison d'arrêt;

Qu'il convient, d'autre part, de considérer que de ces faits n'est résulté pour elle aucun dommage, postérieurement à sa relaxe;

Qu'enfin, le tribunal possède tous les éléments nécessaires pour évaluer le montant du préjudice;

Par ces motifs, condamne le docteur Méloche à payer à la demanderesse la somme de 1 000 francs à titre de dommages-intérêts, avec les intérêts de droit, à compter du jour de la demande, le condamne à tous les dépens.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Suc pulmonaire (p. 301).
PATHOLOGIE MÉDICALE. — Appendicite suppurée (p. 303).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Entérolite et appendicite. — Vaccine obligatoire. — Uretéro-pyélo-néostomie (p. 303). — Fibrome et grossesse. — *Société de biologie :* Infection staphylococcique. — Fièvre bilieuse hématurique. — Albumines urinaires. — Vaccine. — Splénomégalies (p. 304). — Tuberculine. — Influence des toxines sur le cœur. — *Société de chirurgie :* — *Société médicale des hôpitaux :* Appendicite et hystérie (p. 305). — Myxœdème et crétinisme. — *Société anatomique :* Fracture du bassin. — Epithélioma de la mamelle. — Alcoolisme infantile. — Sclérose du rein. — *Société d'ophthalmologie :* Sarcome du nerf optique (p. 306). — *Société de thérapeutique :* Caféine. — Traitement de la chlorose. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Syphilis lupoïde (p. 307). — Hernie crurale étranglée. — Anévrysme de l'aorte. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Symphyséotomie. — Pharyngo-mycose. — Epithélioma de l'utérus et fibrome (p. 308). — Epithélioma du col pédiculé. — Fibrome avec hydrorrhée. — *Société de médecine de Nancy :* Taille vésicale chez l'enfant. — Fracture de la colonne cervicale. — Omoplate de conformation anormale. — Gastro-entérostomie (p. 309). — Injections de sérum artificiel. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Méningite à colibacille. — Sérum antidiphthérique. — Aphasie sensorielle. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Tératome (p. 310).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine berlinoise :* Influenza (p. 310). — Castration et résection des canaux déférents. — Avortement. — *Société de médecine interne de Berlin :* Glycosurie neurogène et glycosurie thyréogène. — *Société médicale de Hambourg :* Lèpre (p. 311). — Régime alimentaire chez les cardiaques. — Angleterre. *Midland medical society :* Résection du côlon pour carcinome. — Tumeur du médiastin.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action physiologique et thérapeutique du suc pulmonaire,

D'après M. le Dr Félix Brunet.

Le poumon, en outre de la fonction respiratoire, est-il, comme le corps thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, le siège d'une sécrétion interne indispensable à l'économie ?

Déjà cette conception tendant à considérer le poumon comme une glande excrétant de l'acide carbonique avait, depuis Verdeil, trouvé crédit chez de nombreux auteurs. Des travaux récents semblent confirmer cette hypothèse. M. Garnier, en particulier, a reconnu que la réaction du poumon frais, après élimination du sang qu'il contient par lavage à l'eau distillée, est franchement acide.

Cet acide, que Verdeil avait appelé acide pneumique, n'est pas chimiquement défini, mais serait vraisemblablement, par son action sur les carbonates du sang, la principale cause du dégagement d'acide carbonique.

En dehors de ce rôle d'excrétion, l'épithélium pulmonaire sert à l'élimination d'un grand nombre de substances toxiques et volatiles, mais il a probablement aussi une action neutralisante sur celles de ces substances qu'il ne peut éliminer.

La clinique est d'accord avec le laboratoire pour admettre l'existence d'une fonction antitoxique pulmonaire. La preuve la plus convaincante en est donnée par les déformations ostéo-articulaires en rapport avec les lésions chroniques de l'appareil pleuro-pulmonaire, lésions qui constituent cette maladie décrite par Marie sous le nom caractéristique d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.

Il était, dans ces conditions, naturel de rechercher quel pouvoir antitoxique pouvait posséder le suc pulmonaire, c'est-à-dire le suc extrait du poumon à la manière des autres extraits organiques thyroïdiens, capsulaires, etc., dont la valeur thérapeutique a été récemment mise en lumière par les recherches d'un très grand nombre d'auteurs depuis Brown-Séquard. C'est la tâche qu'a entreprise M. Brunet dans une thèse fort documentée et qui apporte une contribution considérable à la question de l'opothérapie pulmonaire (1).

Tout d'abord, il était important de réaliser une préparation aseptique du suc pulmonaire de façon à avoir des résultats comparables. MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, et après eux M. Rouquès, avaient en effet considéré l'extrait de poumon comme doué d'une très forte toxicité, et cela tenait exclusivement au procédé par lequel ils avaient obtenu le liquide à injecter. Le poumon est en effet, plus que tout autre organe, exposé à des causes de souillures multiples, les ramifications bronchiques formant en réalité une sorte de filtre qui retient tous les microbes et toutes les impuretés de l'air inspiré. Pour éviter ces inconvénients ou plutôt ces causes d'erreurs d'ordre extrinsèque, M. Brunet conseille de fendre les lobes pulmonaires avec des ciseaux stérilisés et de découper dans la partie des tissus qui paraît le plus homogène également éloignée des grosses ramifications bronchiques et de la surface, des rondelles de parenchyme, aussi fines que possible. 20 grammes de ce tissu sont mis à macérer une demi-heure dans 60 grammes de glycérine auxquels on ajoute 120 grammes d'eau stérilisée, et le tout ayant encore macéré une demi-heure est filtré, après expression, par une bougie Chamberland stérilisée, adaptée à l'autoclave de D'Arsonval.

Quand tout le liquide a passé il est porté pendant 48 heures à l'étuve à 35° pour voir s'il ne se trouble pas et si aucun début de culture ne vient en altérer la limpidité. S'il reste clair, il est prêt pour l'usage, formant à peu près une solution aseptique au 10e d'extrait de poumon.

On peut obtenir, outre le suc glycériné dont nous donnons la préparation, un extrait purement aqueux : le tissu est simplement mis à macérer pendant une demi-heure dans 180 grammes d'eau distillée stérilisée, et subit les mêmes manipulations que l'extrait glycériné. On le débite en flacons stérilisés d'une contenance de 10 centimètres cubes : la conservation en est facilitée, le liquide restant clair tant qu'il n'a pas été exposé à l'air. Il est favorable de le soustraire à l'action des rayons solaires en l'enfermant dans des verres colorés.

Ainsi préparé le suc pulmonaire est un liquide limpide variant, comme couleur, du jaune paille au brun clair, suivant que la bougie filtrante a été plus ou moins brûlée. Il est remarquablement pauvre en substances dissoutes : les matières organiques s'élèvent à 0 gr. 55 par litre, les matières minérales à 0 gr. 50, soit, en tout, 1 gr. 05. Malgré cela il possède des propriétés très actives ainsi que le démontre l'expérimentation physiologique.

En ensemençant, avec II gouttes d'une culture pure de staphylocoques ou de streptocoques, 5 centimètres cubes de suc pulmonaire aqueux, il demeure indéfiniment stérile ; même en le rendant milieu nutritif favorable par addition de XII gouttes d'une solution de peptone à 10 p. 100 et II gouttes d'une solution de chlorure de sodium à 5 p. 100, le développement des

1. F. Brunet, *Le suc pulmonaire* (thèse de Bordeaux, 1896).

colonies ne commence qu'au bout de 60 heures pour le staphylocoque, reste négatif pour le streptocoque. Le suc pulmonaire jouit donc de propriétés antiseptiques indiscutables.

En injectant à différents cobayes de 1 à 5 centimètres cubes de suc pulmonaire aqueux ou glycériné même pendant une période de temps très prolongée, on remarque que la nutrition des animaux est favorablement influencée et qu'ils présentent une tendance marquée à l'engraissement. Si au contraire on injecte en une fois 35 à 40 centimètres cubes les animaux en expérience meurent en 20 ou 23 heures avec des phénomènes de dépression marquée. Des expériences de contrôle montrent que la même dose de sérum artificiel, d'eau distillée, ne produit aucun effet défavorable; l'eau glycérinée amène aussi la mort, mais seulement 36 heures après l'injection.

Le suc pulmonaire a donc une toxicité propre, indépendante de la glycérine qui a servi à le préparer. La dose mortelle pour le cobaye est égale au 22e de son poids.

Les mêmes résultats favorables à la nutrition ont été fournis par l'ingestion. On note la même tendance à l'engraissement et de plus l'absence de la réaction qui accompagne l'injection. La toxicité du suc pneumique administré par la voie gastrique n'a pas été déterminée. Mais, comme nous le verrons, la clinique montre que les doses élevées ne sont pas indifférentes.

L'action sur la température se traduit par une poussée pyrétique qui atteint son maximum 3 heures après l'injection. L'ingestion au contraire ne paraît avoir aucune influence sur la courbe thermique, même avec de fortes doses. Des expériences de contrôle permettent d'affirmer que cet effet est bien dû aux éléments du suc pulmonaire lui-même.

Cette étude expérimentale est complétée par une tentative de thérapeutique contre la tuberculose animale. Les résultats favorables de l'usage prolongé du suc pulmonaire chez les animaux ont conduit à ces essais. Quatre séries d'expériences ont été faites.

Dans une première série, on fait à 3 cobayes une injection de culture pure de bacilles de Koch, puis tous les deux jours on pratique à l'un de ces animaux une injection de suc aqueux, à un autre de suc glycériné; le troisième sert de témoin. Les deux animaux traités succombent, le premier avec un mois, le second avec un mois et un jour de retard sur le témoin.

Dans une deuxième série, où l'on emploie comme agent d'inoculation sous-cutanée des crachats tuberculeux, l'un des cobayes traités meurt 28 jours après le témoin.

Dans une troisième série, l'inoculation est faite directement dans le poumon avec une culture pure de bacilles de Koch. Les cobayes traités présentent une survie de 9 et 15 jours sur le témoin.

Enfin, dans une quatrième série, où l'inoculation est faite, toujours dans le poumon, avec des crachats tuberculeux, l'un des cobayes traités subsiste 2 mois 1/2 de plus que le témoin.

Ces expériences permettent-elles de conclure à une efficacité thérapeutique réelle du suc pulmonaire contre la tuberculose? M. Brunet ne le pense point, mais il ne dépasse pas les limites d'une interprétation permise en inférant que l'extrait pneumique peut être un utile adjuvant dans le traitement de la phthisie. Au surplus, ces réserves semblent-elles légitimées par les observations cliniques, malheureusement trop peu nombreuses, qui terminent son travail. Résumons-les brièvement.

La première observation relative à un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique traité par le suc pulmonaire appartient à MM. Demons et Binaud qui l'ont publiée en 1894 dans les *Archives générales de médecine*. Le malade, qui avait été à cette époque très amélioré par ce traitement, a été revu par M. Brunet qui a constaté que la guérison relative s'était maintenue jusqu'à ce jour.

Les 10 autres observations se rapportent à 5 cas de bronchite chronique avec emphysème, 2 cas de tuberculose torpide, 1 cas de tuberculose avancée avec phthisie laryngée, 1 cas de granulie, 1 cas de fistule bronchique consécutive à un abcès du médiastin, avec début de maladie de Marie.

Tous les malades ont présenté une modification très rapide et très profonde de l'expectoration qui diminue rapidement, devient plus fluide et plus aérée.

Les emphysémateux ont eu une amélioration très grande de leurs signes stéthoscopiques et fonctionnels. Le pleurétique a vu son épanchement diminuer. Les tuberculeux ont obtenu une modification sensible de leurs crachats, ont même légèrement engraissé, sans que la maladie ait paru subir dans son évolution un temps d'arrêt appréciable. L'abcès du médiastin avec début d'ostéo-arthropathie hypertrophiante, a été au contraire nettement amélioré.

Les malades ont été traités concurremment par l'injection et l'ingestion de suc pulmonaire. Les doses ont été de 5 centimètres cubes dans le premier cas, 10 centimètres cubes dans le second. Au-dessus de ces quantités le liquide pneumique révélait son activité par une tendance à la congestion et à l'oppression.

En résumé, les applications thérapeutiques du suc pulmonaire restent à l'étude. Il est probable que, comme l'extrait thyroïdien, l'extrait de poumon est un produit complexe renfermant un grand nombre de substances actives douées de propriétés différentes. Comme dans tous les médicaments opothérapiques, c'est celle de ces substances qui représente la sécrétion interne de l'organe, dont les effets thérapeutiques sont les plus apparents, témoin l'action assez constante du suc pulmonaire dans la maladie de Marie, dont la pathogénie est liée précisément à cette suppression de la sécrétion interne pulmonaire.

Est-ce la même substance active qui agit sur l'expectoration, la diminue et la fluidifie? Est-ce la même qui provoque des poussées congestives et de la dyspnée? Est-ce la même enfin qui retarde le développement des colonies microbiennes dans un milieu de culture favorable ou qui donne aux animaux une résistance plus considérable à l'infection bacillaire? Il est difficile dans l'état actuel de nos connaissances, de trancher la question. Elle ne recevra sa solution que des progrès de l'analyse chimique, qui seule permettra, en isolant le ou les principes actifs, de les soumettre à l'épreuve d'une expérimentation physiologique rigoureuse. Jusque-là, nous devons nous contenter de grouper les faits, laissant à l'avenir le soin de les interpréter.

Il faut savoir gré à M. Brunet, dans l'étude si consciencieuse qu'il a faite de la question, d'avoir établi la technique rigoureuse de la préparation du suc pulmonaire et surtout d'avoir montré que ce liquide, si pauvre qu'il paraisse en substances minérales et organiques, est très actif, voire même toxique ; d'avoir enfin établi une posologie provisoire qui permette au médecin de l'employer dans sa pratique. Rappelons que la méthode la plus commode est l'ingestion que la dose quotidienne est de 10 centimètres cubes pris à jeun, et que la médication est contre-indiquée dans les affections pulmonaires à forme congestive.

G. Maurange.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Bactériologie de 20 cas d'appendicite suppurée,

Par Ch. Achard,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Paris,
et A. Broca,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Dans 20 cas d'appendicite nous avons fait l'examen microbiologique de l'exsudat péritonéal recueilli au moment de l'opération. Les résultats se répartissent de la manière suivante :

Colibacille seul	7	(dont 1 avec perforation).
— avec streptocoques	5	(dont 1 avec perforation).
— — pneumocoque	1	
— — staphyloc. blanc	1	(avec perforation).
— — strept. et staphyl.	1	
— — saprophyt. divers	2	(avec perforation).
Streptocoque et bacille aérogène	1	
Staphylocoque doré	1	
Bacille indéterminé	1	(avec perforation).

Dans cette petite statistique, le microbe le plus souvent rencontré est celui que les recherches de bactériologie clinique et expérimentale faites dans ces dernières années ont mis au premier rang dans la pathogénie de l'appendicite, c'est-à-dire le colibacille. Il ne nous paraît pas douteux que ce microbe puisse exister d'emblée seul dans l'exsudat, car l'un de nous, dans un cas opéré par M. Walther et ne figurant pas sur le tableau cidessus, l'a constaté à l'état de pureté dans l'exsudat encore séreux entourant un appendice enflammé.

Cependant, dans nos observations, qui toutes sont relatives à des exsudats purulents, il est impossible de ne pas remarquer que, dans une forte proportion de cas (10 fois), le colibacille était associé à d'autres espèces, parmi lesquelles dominait le streptocoque (6 fois).

Cette fréquence de streptocoque laisse à penser que, suivant l'opinion de certains auteurs, notamment de Tavel et Lanz, il joue un rôle important dans la pathogénie de la péritonite appendiculaire. Il est vraisemblable que souvent le coli-bacille n'intervient que d'une façon secondaire; mais il ne tarde pas à prédominer, grâce à sa plus grande vitalité et à l'exubérance de son développement sur les milieux usuels, si bien qu'il donne seul des cultures lorsqu'on vient à ensemencer le pus.

Un autre microbe, plus fragile encore que le streptocoque, le pneumocoque, a été trouvé dans un de nos cas associé au colibacille. Les caractères des cultures, la virulence pour la souris, l'existence des capsules ne sauraient laisser aucun doute sur la nature de ce microorganisme, qu'on n'est pas accoutumé à rencontrer dans le contenu intestinal. C'est là, croyons-nous, une preuve de la résistance beaucoup plus grande du pneumocoque dans les tissus vivants que dans les cultures *in vitro*. Nous avons eu, d'ailleurs, l'occasion d'observer un autre exemple de cette résistance : avec le pus fétide d'un grand phlegmon diffus du cou, nous avons eu des cultures pures de pneumocoque : cependant ce pus, examiné sur lamelles, renfermait des microbes très variés comme forme et dimensions (peut-être anaérobies), au milieu desquels le pneumocoque avait survécu.

Enfin il faut relever encore dans notre tableau l'absence du coli-bacille dans 3 cas, dont un pourtant s'accompagnait d'une perforation de l'appendice.

En somme, les faits que nous rapportons semblent indiquer que, dans la péritonite appendiculaire, comme dans les autres lésions où le coli-bacille intervient, ce parasite est souvent aidé dans son action par d'autres microbes qu'il ne tarde pas à masquer ou même à faire disparaître.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 Mars 1897.

Entérocôlite et appendicite.

M. P. Reclus désire répondre en quelques mots à M. Dieulafoy. Il croit utile, en effet, d'avertir les malades atteints d'entérocôlite qu'ils ont besoin de se soigner attentivement et de ne pas les laisser dans une fausse sécurité. M. Dieulafoy a fourni une statistique imposante, tirée de remarquables travaux de M. Potain, de M. Bottentuit. Mais ces travaux datent d'une époque à laquelle l'appendicite était pratiquement assez mal connue. C'est en 1890 que la première discussion a eu lieu à la Société de chirurgie, et encore, pendant plusieurs années ensuite, la question est-elle restée dans les milieux chirurgicaux; quant aux rapports de l'appendicite et de l'entérocôlite, c'est il y a quelques mois seulement qu'elle vient d'être soulevée à la Société de chirurgie. Depuis, les faits se multiplient : mais il n'est pas étonnant qu'avant d'avoir l'attention attirée spécialement sur eux les cliniciens en aient laissé échapper autrefois un nombre considérable. Et par exemple, dans un cas récent, Comby a constaté, avec Jalaguier, cette association qu'il n'avait pas vue au moment où il rédigeait l'article signalé par M. Dieulafoy.

M. Reclus, d'autre part, a interviewé M. Baraduc, qui voit à Chatel-Guyon un grand nombre d'entérocôlites : or, M. Baraduc, contrairement à Bottentuit, a vu assez souvent éclater des accidents appendiculaires, surtout chez les enfants atteints de typhlocôlite. La doctrine que soutient M. Reclus est celle de presque tous les membres de la Société de chirurgie, et on a vu que récemment elle a eu de nombreux partisans à la Société médicale des hôpitaux. Et M. Reclus cite un cas où une entérocôlite aiguë, ayant pour cause un lavement au sublimé dirigé contre des oxyures, a nettement abouti à une appendicite.

M. Reclus ne pense pas, malgré l'objection de M. Dieulafoy, que la théorie de la stagnation implique la position déclive de l'appendice. Tous les chirurgiens savent, en effet, qu'il y a souvent des appendices remontant : mais alors il y a une coudure et c'est le maximum de la stagnation, presque le vase clos de M. Dieulafoy.

Des mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire.

M. Hervieux. — En attendant cette loi tant de fois réclamée par le corps médical, M. Hervieux sollicite des pouvoirs publics l'adoption des mesures suivantes : 1° exiger l'application rigoureuse des articles 29, 30, 31 et 32 de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection de l'enfance, articles relatifs à la vaccination des nourrices et des nourrissons, mais aussi des femmes qui se chargent de la garde ou du sevrage de l'enfant; 2° en vertu des statuts, décrets circulaires, arrêtés, règlements émanés des différents ministres qui se sont succédé depuis 1809 jusqu'en 1893, exiger la vaccination des élèves au moment de leur admission dans les écoles primaires publiques et privées, dans les lycées, pensionnats et maisons d'éducation quelconques, et la revaccination de ces mêmes élèves pour être admis ou maintenus dans les dits établissements lorsqu'ils ont atteint leur 10e année; 3° organiser l'inspectorat médical sur une base assez large pour assurer dans toutes les communes le service des vaccinations et des revaccinations; 4° exiger de toute jeune femme qui se présente à la mairie pour contracter mariage un certificat de revaccination dûment légalisé.

Uretéro-pyélo-néostomie.

M. Charles Monod lit un rapport sur le cas d'un malade chez lequel, pour guérir une hydronéphrose volumineuse due à un mauvais abouchement de l'uretère dans le bassinet, M. Bazy, après avoir évacué la collection par une large incision, sectionna l'uretère et le réimplanta dans le bassinet en un point déclive, favorable à l'écoulement de l'urine.

A propos de cette opération que M. Bazy a appelée *uretéro-pyélo-néostomie*, dont on peut rapprocher les cas analogues de

Kuester, Cramer, Helferich, Fenger, etc., M. Monod fait remarquer la tendance de la chirurgie rénale actuelle, à être plus conservatrice qu'autrefois. Dans les cas d'hydronéphrose fermée ou définitive, en particulier, alors que jusqu'ici l'ablation du rein semblait la seule ou la meilleure ressource, l'incision du rein lui-même, combinée ou non avec la néphropexie, ou la recherche de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet et la section d'un rétrécissement, qui siège parfois à ce niveau, ou bien enfin l'uretéro-pyélo-néostomie, peuvent, tout en n'entraînant pas le sacrifice du rein, point capital, donner des guérisons complètes et durables.

Fibrome et grossesse.

M. Mouchet (de Sens) lit un cas d'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin compliqué de grossesse. La femme guérit. La grossesse était de 8 mois à 8 mois 1/2 lorsque M. Mouchet fut consulté. Il intervint au début du travail, lorsque la malade perdit les eaux. L'enfant a succombé 20 heures après sa naissance.

Liste de présentation à une place vacante dans la section de médecine opératoire : 1re ligne, M. Richelot; 2e ligne, M. Peyrot; 3e ligne, M. Bouilly; 4e ligne *ex æquo*, MM. Kirmisson, Quénu, Segond.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Mars 1897.

Les modifications de la moelle osseuse humaine dans l'infection staphylococcique.

MM. Roger et **Josué**. — Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'infection staphylococcique qui nous a permis de vérifier chez l'homme les résultats que nous avons obtenus en étudiant la moelle osseuse des animaux inoculés expérimentalement.

Il nous a fallu tout d'abord étudier l'histologie topographique de la moelle osseuse normale. Celle-ci, chez l'homme même jeune, est beaucoup moins riche en éléments cellulaires que la moelle du lapin adulte; elle semble présenter une plus grande tendance vers l'évolution conjonctive, car on trouve un grand nombre de cellules fusiformes appliquées contre les parois trabéculaires.

Le cas de staphylococcie que nous avons observé concerne une jeune fille de 19 ans morte en 15 jours avec des abcès multiples du cuir chevelu et de la nuque, des foyers de bronchopneumonie et une pleurésie purulente double, la porte d'entrée de l'infection ayant été une phthiriase très abondante. Tous ces accidents étaient dus au staphylocoque.

Les coupes de la moelle des os examinées à l'œil nu forment une nappe rouge, tandis qu'à l'état normal, le tissu est tellement délié que par transparence on peut à peine l'apercevoir.

Les modifications sont analogues à celles observées chez le lapin 48 heures après l'inoculation de staphylocoques sous la peau; ce sont les mêmes variétés de cellules qui se sont multipliées; mais le processus a été plus lent puisque ces modifications ont mis 15 jours à se développer chez l'homme.

Modification du sang dans la fièvre continue après la fièvre bilieuse hématurique.

M. Laveran a eu l'occasion d'examiner du sang qui lui a été envoyé par **M. Nairet** (de Mayotte), et qui provenait d'un malade pris de fièvre continue après une attaque de fièvre bilieuse hématurique. Dans ce sang coloré avec de l'éosine on voyait un grand nombre d'hématies avec des noyaux volumineux qui occupait le tiers ou la moitié du globule; d'autres globules avaient deux noyaux, un gros et un petit, d'autres encore présentaient à leur intérieur des corps segmentés dont le nombre variait de 2 à 5. C'est la première fois que M. Laveran a l'occasion de constater ces globules rouges.

Ces altérations se distinguent de celles de l'impaludisme où l'on trouve sur des hématies des corps sphériques accolés aux globules, mais ces corps ne sont pas arrondis, renferment du pigment et se colorent moins bien avec le bleu de méthylène.

En tous les cas, M. Laveran tient à faire observer que les lésions constatées chez le malade de M. Nairet n'ont aucun rapport avec l'impaludisme.

Un nouveau réactif des albumines urinaires.

M. Boureau (de Tours). — La clinique distingue l'albuminurie vraie constituée par l'émission d'albumines coagulables par la chaleur et correspondant aux troubles fonctionnels et aux lésions du rein, et la peptonurie, constituée par l'émission d'albumines solubles à chaud, propeptones et peptones (Senator, Kuhne, Chittenden).

Les processus pathologiques auxquels correspond l'élimination de ces peptones sont tellement différents que, sous peine de voir le symptôme albuminurie prendre trop d'extension, ces albumines doivent être dissociées des précédentes.

La chaleur seule permet cette dissociation. Mais ses réactions sont délicates et demandent à être interprétées.

Tous les réactifs à froid précipitent en bloc albumines vraies et peptones. Seuls l'acide nitrique et l'acide trichloracétique font exception.

Mais l'acide nitrique est peu maniable, ses réactions sujettes à des erreurs : précipitation des matières colorantes, de l'urée et de l'acide urique.

L'acide trichloracétique va trop loin dans la précipitation des matières albuminantes intermédiaires. Il respecte les peptones franches, mais coagule les propeptones et peut par là étendre trop loin les limites de l'albuminurie vraie.

L'acide *oxyphénylsulfureux* tenant en solution 1/3 d'acide sulfo-salicylique constitue un réactif qui fait exactement la différenciation cherchée.

A froid à la dose de une goutte au plus par centimètre cube d'urine, *il précipite sous forme d'un voile blanc opaque les albumines coagulables par la chaleur et leurs premières transformations* (alcali-albumines). Il s'arrête devant les propeptones et les peptones.

Il ne précipite ni les alcaloïdes, ni l'antipyrine, ni le salicylate, ni les urates, ni les phosphates.

Il constitue pour le clinicien un réactif très maniable, rapide, donnant le *diagnostic albuminurie vraie sans erreurs possibles.*

Action de la chaleur sur la vaccine.

M. Lemoine (Val-de-Grâce) a recherché quelle était l'action de la chaleur sur les staphylocoques blancs et jaunes constamment trouvés dans la pulpe vaccinale glycérinée, et sur la virulence de la pulpe.

Tous les échantillons soumis à des températures de 30°, 37° et 41° pendant 24 heures et plus, perdent leurs éléments microbiens et cela d'une façon d'autant plus complète que la température a été plus élevée ou qu'elle a agi plus longtemps. Quant à la virulence, elle s'atténue progressivement et parallèlement à la disparition de ces micro-organismes, excepté pour une seule série, celle des échantillons ayant subi pendant 24 heures seulement la température de 30°. La pulpe ainsi traitée, bien qu'ayant perdu dès le début un grand nombre de ses éléments microbiens, conserve sa virulence à l'égal de tubes témoins conservés à la glacière. On pourrait donc obtenir par ce moyen une épuration partielle de la pulpe sans toucher à sa virulence.

Splénomégalies et lésions hépatiques.

M. de Nittis. — Nous avons rencontré avec M. Charrin, chez l'animal, diverses lésions hépatiques (cirrhoses, dégénérescences, etc.) accompagnées de grosse rate, sans ascite, sans gêne circulatoire ni péritonite. Dans l'un de ces cas, le contenu de la vésicule était dépourvu de pigment; les cellules étaient granuleuses, dégénérées; le tissu conjonctif était moins abondant que ne l'aurait fait supposer la surface rugueuse, bosselée de l'organe, fait qui prouve que ces aspérités superficielles ne sont pas toujours liées à la rétractilité des fibres conjonctives.

Les lésions observées par nous sont survenues à la suite de différentes intoxications ou infections (toxines ou produits organiques); ces agents, on le sait, sont capables d'agir et sur le foie et sur la rate. D'autre part, il n'y avait aucune trace de processus mécanique capable de gêner la circulation.

Ainsi, ces faits conduisent à penser que ces deux groupes

d'altérations — si souvent associés — doivent leur coexistence, du moins dans certains cas, à l'action d'une cause unique et commune.

Empoisonnement expérimental par la tuberculine.

M. Maragliano communique le résultat de ses observations *sur l'empoisonnement par tuberculine* chez le cobaye sain. Cet empoisonnement est foudroyant, aigu, lent et transitoire.

Le foudroyant amène la mort dans peu d'heures, avec hypothermie progressive; l'aigu, dans deux, trois jours, avec hypothermie précédée d'hyperthermie progressive; le lent, dans huit, dix jours avec hyperthermie dans les premières 24 heures. Le transitoire donne l'hyperthermie qui dure 24 heures et est suivie par la guérison complète.

Il est difficile de fixer le minimum mortel de tuberculine pour le cobaye sain. Le dosage demande de longs tâtonnements. La tuberculine employée par M. Maragliano, introduite chez le cobaye sain à la dose de 0,55 pour 100 grammes du poids de l'animal, détermine la mort, et on peut considérer cette quantité comme le minimum limité. Le minimum mortel peut être neutralisé par le sérum thérapeutique. M. Maragliano tient à déclarer, comme il a déjà dit ailleurs, qu'il n'a jamais réussi à neutraliser, même avec de grandes doses de sérum, une quantité dépassant le minimum limité du poison, comme on le neutralise avec des autres sérums, chez des autres infections. On a pu démontrer aussi dans le laboratoire de M. Bouchard la neutralisation du minimum toxique de tuberculine avec le sérum, par des expériences suivies par M. Charrin avec l'aide de M. Péron.

Influence des toxines sur le cœur.

M. Charrin. — Je présente une série de tracés cardiographiques pris sur le cobaye par M. Bardier; ces tracés, par leur netteté, mettent en lumière les avantages de l'appareil perfectionné par cet auteur.

En utilisant cet instrument j'ai étudié, avec cet auteur, l'influence des toxines diphthériques, pyocyaniques sur le cœur.

On voit clairement l'organe central de la circulation devenir, après les injections, moins rapide, moins énergique, moins régulier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 Mars 1897.

M. le Président annonce la mort de **M. de Saint-Germain**, ancien président de la Société, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 Mars 1897.

Appendicite et hystérie.

M. Talamon cite 3 observations dans lesquelles l'hystérie a été en cause :

Dans le premier cas, l'hystérie a donné à une simple colique appendiculaire les apparences d'une appendicite perforante suraiguë, avec péritonite.

Dans le second, elle a fait croire à une appendicite chronique à rechutes, et l'erreur est allée jusqu'à l'intervention opératoire.

Dans le troisième, la même évolution clinique tendait à s'installer, quand la série des crises a été interrompue par une énergique suggestion.

Dans cette question des rapports de l'appendicite avec l'hystérie, il faut distinguer deux catégories de faits.

1° Les cas où l'hystérie est seule en cause, sans lésion de l'appendice, c'est la *pseudo-appendicite hystérique*. Elle peut se présenter soit sous l'aspect d'une simple colique appendiculaire avec douleurs vives dans l'hypochondre droit, vomissements, hyperesthésie extrême de la zone hystérogène sous-costale, simulant à un examen peu attentif le point de Mac Burney; soit sous la forme de l'appendicite avec péritonite limitée, la contracture du muscle droit donnant la sensation d'une tumeur.

2° Les cas où l'hystérie exaspère ou exagère les symptômes d'une appendicite légère, comme elle le fait d'ailleurs pour la plupart des maladies aiguës, jusqu'à faire croire à une appendicite perforante ou à une péritonite diffuse : c'est l'*appendicite avec péritonisme hystérique*.

Ces deux variétés sont importantes à connaître au point de vue pratique; car, dans le premier groupe, la répétition des crises peut conduire à l'idée de la résection de l'appendice pour l'appendicite à rechute, et dans le second, l'intensité des symptômes pousse le chirurgien à une intervention précoce qu'en patientant 24 ou 48 heures de plus on évitera sûrement.

M. Merklen se demande comment on fera maintenant pour reconnaître une colique appendiculaire d'une manifestation hystérique.

M. Talamon pense qu'il faudra baser ce diagnostic sur l'existence des stigmates hystériques et, en l'absence de ceux-ci, sur la localisation exacte des phénomènes douloureux, la zone hystérique ne correspondant pas au point de Mac Burney.

M. Hayem cite l'observation d'une névropathe sujette depuis plusieurs mois à des vomissements hystériques et qui brusquement fut prise d'accidents douloureux et fébriles, ayant conduit au diagnostic d'appendicite et à l'intervention. L'appendice fut trouvé volumineux, adhérent, rempli d'un liquide hématique. Les suites de l'opération furent normales et la malade guérit tout en gardant ses vomissements qui sont cependant devenus moins fréquents.

MM. Achard et **A. Broca.** —(Voir page 303.)

M. Letulle. — Toute appendicite aiguë, subaiguë ou chronique, est caractérisée par une folliculite infectieuse, dont les microbes pathogènes sont des plus variés.

Les lymphangites interstitielles secondaires à la folliculite sont largement centrifuges, et souvent d'une manière suraiguë. Elles s'enfoncent successivement à travers la couche sous-muqueuse, les couches musculeuses, et atteignent maintes fois le tissu cellulaire sous-péritonéal. La séreuse est dans ce cas rapidement envahie. La plupart, sinon la totalité des lésions interstitielles subaiguës ou chroniques de la muqueuse, ainsi que des autres couches de l'intestin, y compris le péritoine, s'expliquent par ces diffusions inflammatoires lymphangitiques.

Dans la grande majorité des cas d'appendicites suraiguës *non spécifiques* (c'est-à-dire ni tuberculeuse, ni typhoïdique), il s'agit d'une infection lymphatique phlegmoneuse ou gangréneuse, secondaire à une folliculite chronique plus ou moins ancienne.

Il existe, d'ailleurs, comme on sait, une série d'appendicites *spécifiques* également folliculaires. Toute appendicite chronique doit être, *a priori*, soupçonnée de nature tuberculeuse.

Les atrophies diffuses, dans les appendicites chroniques, représentent une façon de lésion terminale plutôt exceptionnelle. La disparition des glandes muqueuses, des follicules eux-mêmes et des muscles est suivie fréquemment d'une adipose interstitielle exubérante plus ou moins généralisée. Le mécanisme de cette hyperplasie interstitielle ressortit également aux processus lymphangitiques antérieurs.

L'ensemble des altérations précédentes démontre, pour une part, l'individualité particulière de l'organe appendiculaire. L'anatomie pathologique de l'appendicite vermiforme, ce véritable *cæcum du cæcum*, a quelque chose de spécial, qu'on ne retrouve nulle part ailleurs. La structure microscopique de l'organe, sa position, ses nombreuses malformations doivent, sans contredit, entrer en ligne de compte, dans l'étude pathogénique de ses lésions inflammatoires.

M. A. Siredey a plusieurs fois observé la néphroptose en même temps que l'appendicite. Au premier abord, on ne voit pas de rapport direct entre les deux phénomènes, mais, comme le rein mobile se rencontre très fréquemment au cours de l'entérite muco-membraneuse, et que l'appendicite relève souvent de cette dernière affection, il y a peut-être là un lien plus important qu'on ne serait tenté de le croire.

M. Mathieu a aussi fréquemment noté la coexistence du rein mobile et de la colique muco-membraneuse.

M. Le Gendre cite le cas d'une malade qui, jeune fille, souffrit d'une appendicite aiguë, et qui plus tard eut à chacune de ses deux grossesses plusieurs nouvelles attaques aiguës. Elle

fut opérée à froid au cours de sa seconde grossesse : l'appendice fut trouvé relevé le long du cæcum, perforé à la base et entouré de fausses membranes. La guérison fut radicale, la grossesse continua son évolution. Il semble donc que la grossesse n'est pas une contre-indication opératoire formelle; que la grossesse peut continuer son cours après une opération d'appendicite; que les périodes menstruelles favorisent les récidives d'appendicite par leurs poussées congestives vers les fausses membranes et les adhérences.

Sur 25 cas d'appendicite observés par M. Le Gendre 1 malade est mort de péritonite suraiguë, sans être opéré; 15 malades guérirent; 1 malade fut opéré pendant les accidents fébriles et mourut.

Infantilisme, myxœdème et crétinisme.

M. G. Thibierge. — Voici un homme de 40 ans, au visage imberbe, à la voix eunuchoïdes, dont les testicules et la verge ne dépassent pas le volume de ceux d'un enfant de 3 ou 4 ans. C'est donc un type d'infantilisme. D'autre part, son teint pâle, légèrement cireux, rappelant celui des myxœdémateux, dont il diffère par l'absence de bouffissure et de déformation du visage, son intelligence très dégradée, son apathie attirent l'attention sur son corps thyroïde qui est manifestement diminué de volume, réduit au moins de moitié à gauche, à peu près complètement disparu à droite. Le diagnostic de myxœdème s'impose donc, myxœdème fruste à la vérité, mais ayant provoqué le microrchidisme et l'infantilisme. Il ne souffrirait aucune objection, si le sujet n'était originaire de la vallée d'Aoste, région à endémie crétino-goitreuse.

Cette origine est-elle suffisante pour révoquer le diagnostic de myxœdème ? Oui, si on admet, à l'exemple de la plupart des classiques, que le crétinisme doit être séparé du myxœdème, en raison de sa coexistence avec une augmentation de volume du corps thyroïde, et en raison de son endémicité. Non, si, comme il est plus rationnel de l'admettre, on considère que le myxœdème n'est pas une maladie, mais un syndrome traduisant l'insuffisance thyroïdienne, que ce syndrome peut aussi bien être réalisé par un corps thyroïde volumineux, mais dégénéré, comme l'est le corps thyroïde des crétins — lesquels ont d'ailleurs parfois, comme le malade actuel, une atrophie thyroïdienne — si, en résumé, on fait du crétinisme une simple forme du myxœdème, la forme endémique. Cette assimilation se justifie suffisamment par les étroites analogies cliniques du crétinisme et de l'idiotie myxœdémateuse. Elle conduit logiquement à employer la médication thyroïdienne chez les crétins.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 Mars 1897.

Fracture du bassin. Variété obturatrice.

M. Mermet présente une pièce de fracture du bassin par choc antéro-postérieur provenant d'un malade qui a succombé 3 mois après l'accident. Toute la violence s'est exercée sur le rebord du trou obturateur gauche.

Le corps du pubis est d'abord sectionné verticalement; les branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis sont également divisées. Un trait de fracture partage l'éminence iléo-pectinée, gagne la cavité cotyloïde et franchit la gouttière sous-pubienne en lésant les vaisseaux obturateurs. Un dernier trait de fracture divise l'aile iliaque gauche en deux moitiés égales, antérieures et postérieures; il n'intéresse toutefois que la table interne de l'os.

Il existait des cals fibreux sur tous ces foyers de fracture; seule la fracture intra-articulaire ou cotyloïdienne ne présentait aucune trace de réparation.

Epithélioma dendritique de la mamelle.

MM. Mermet et **Faitout** montrent les coupes histologiques d'un épithélioma dendritique du sein.

La tumeur, qui s'était développée chez une femme de 49 ans était constituée par un bourgeon du volume d'un œuf de pigeon plongeant dans une cavité kystique remplie d'un liquide séro-sanguinolent. Ce bourgeon offrait une coloration brun-rougeâtre, sa surface était mamelonnée, non franchement villeuse comme c'est la règle de cette variété de cancer.

Au microscope, la structure de la poche varie suivant les points. Sur la paroi antérieure, elle est constituée par du tissu cellulo-graisseux, tassé et recouvert à sa face interne d'une couche embryonnaire granuleuse. De la paroi postérieure de la poche, qui bombe dans la cavité kystique, se détache la grosse végétation; à la base de celle-ci on voit les acini mammaires proliférés; dans sa plus grande étendue, la structure est comparable à certains épithéliomes de l'ovaire, on la voit pousser des végétations, tapissées d'une ou deux couches de hautes cellules cylindriques émettant çà et là des blocs de mucine; enfin, au sommet de la végétation, on constate que la tumeur, gorgée de vaisseaux, s'est laissée envahir par l'hémorrhagie et présente de vastes traînées apoplectiques qui lui donnent en ce point une coloration grisâtre.

Hémiplégie et épilepsie consécutive à l'alcoolisme infantile.

MM. Bourneville et **Rellay** présentent un cerveau atteint de sclérose atrophique avec méningo-encéphalite. Ces pièces proviennent d'un enfant qui, à l'âge de 3 ans, commença à faire des excès alcooliques. Il présenta à cet âge un accès de mal convulsif très intense qui dura 3 jours, et fut suivi d'une hémiplégie gauche qui a persisté jusqu'à la mort. Les accès convulsifs se répétèrent, et la déchéance intellectuelle s'accentua durant son séjour à Bicêtre.

Mort à 11 ans de gangrène pulmonaire. L'hémisphère droit présente une sclérose atrophique très prononcée; il pèse 250 gr. de moins que le gauche. Il présente aussi des lésions de méningo-encéphalite disséminées. La pie-mère est extrêmement épaissie, plus épaisse que la dure-mère, et sa surface interne est hérissée de fausses-membranes.

Sclérose du rein.

M. Inglessi rapporte l'observation d'un homme entré à l'hôpital pour des phénomènes de cirrhose atrophique avec ascite. Deux ponctions faites à quelque temps d'intervalle donnèrent issue à un liquide d'abord ascitique, puis hémorrhagique. Comme en quelques semaines le malade devint en outre nettement cachectique, on s'arrêta à l'idée d'un néoplasme abdominal. A l'autopsie, on trouva un cœur hypertrophié, avec des plaques laiteuses, le rein gauche absolument sclérosé, le rein droit légèrement kystique. Il n'y avait pas de néoplasme.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 9 Mars 1897.

Sarcome du nerf optique.

M. Kalt. — C'est un jeune enfant qui était atteint d'exophthalmie, le globe oculaire étant dévié en dehors et en bas. On sentait en dedans et en haut la tumeur. En détachant le tendon du droit interne, il fut facile d'arriver sur la tumeur qui entourait le nerf optique, lequel fut réséqué aussi loin que possible vers le trou optique; le globe de l'œil fut conservé bien que la cornée présentât une ulcération qui, suppurant, obligeât à faire l'énucléation. L'enfant, au bout de quelques jours, présenta des accidents méningitiques et mourut.

L'autopsie fit voir que la tumeur du nerf optique se prolongeait jusqu'au chiasma. C'était un endothéliome ayant pris naissance dans la gaine du nerf.

M. Jocqs. — Je remarque, à propos de la direction de l'exophthalmie, que l'œil était posté en dehors et en bas. C'est un fait de plus à l'encontre de l'opinion de De Graefe qui faisait de la propulsion directe du globe en avant un signe des tumeurs du nerf optique.

Dans le cas qui vient de nous être rapporté l'extirpation de

la tumeur a été suivie de méningite et de mort. Je crois que ce fâcheux accident ne serait pas arrivé à M. Kalt s'il ne s'était efforcé de conserver le globe oculaire. Dans les cas de tumeur du nerf optique où souvent la tumeur se prolonge à travers le trou optique dans le crâne, on ne saurait trop se mettre à l'abri de l'infection qui peut se propager facilement par la large surface de section du néoplasme. Or je considère l'ablation du globe comme une condition indispensable pour bien mener l'opération et la faire avec toute l'antisepsie désirable.

M. Parent est de l'avis de M. Jocqs et pense que l'amputation du globe est nécessaire dans l'extirpation d'une tumeur du nerf optique, attendu qu'il faut se donner un champ opératoire suffisant pour voir ce que l'on fait.

M. Morax pense qu'au point de vue opératoire, la prolongation de la tumeur dans le crâne n'est pas une contre-indication absolue à la conservation de l'œil, attendu que les exemples sont nombreux où l'on a pu enlever des tumeurs du nerf optique, en conservant le globe.

M. Vacher. — J'ai récemment opéré un enfant atteint de tumeur du nerf optique et j'ai ménagé le globe de l'œil. J'ai pu enlever la tumeur en conservant l'œil, mais à la suite d'accidents consécutifs douloureux et prolongés j'ai dû procéder à l'énucléation.

M. Darier. — Il y a 3 ans, je vous ai présenté un malade chez lequel on avait fait l'exentération de l'orbite pour une tumeur du nerf optique. Je revois souvent ce malade qui n'a jamais eu trace de récidive et qui se porte toujours très bien. Il est intéressant de connaître les résultats éloignés de ces opérations. C'est à ce point de vue que j'ai voulu vous donner des nouvelles de ce cas.

M. Vuillomenet. — Notre collègue, pouvant avoir affaire à une tumeur encapsulée, a fort bien pu suivre la conduite qu'il a tenue et ne pas enlever de prime abord un œil qui pouvait ne pas être malade.

M. Parent. — Je maintiens mon opinion au sujet de la nécessité de l'énucléation comme mesure de prudence dans ces sortes d'opérations.

M. Vignes. — Dans le cas de notre confrère, la tumeur se prolongeait jusqu'au chiasma, ainsi que l'autopsie l'a démontré. Je voudrais savoir si, avant l'opération, l'examen des yeux avait pu le faire soupçonner, car, dans ce cas, il me semble que l'opération était contre-indiquée. Quant à l'opération elle-même, je suis d'avis qu'il est prudent de sacrifier l'œil, afin d'avoir tout le jour nécessaire pour l'extirpation de la tumeur et les précautions antiseptiques.

M. Kalt. — La direction latérale de l'exophthalmie a été expliquée par Willemer par les courbures du nerf optique lui-même. M. Jocqs appuie son opinion de la nécessité de l'ablation de l'œil sur ce que les tumeurs du nerf optique ont souvent un prolongement intracrânien. D'abord, dans mon cas, il n'était pas possible de prévoir cette propagation ; ensuite la statistique ne démontre pas une gravité particulière de l'extirpation de ces tumeurs. Je suis entré dans l'orbite par l'angle interne parce qu'il y avait en ce point un prolongement de la tumeur.

Quant aux accidents infectieux qui ont suivi l'opération, je crois devoir les attribuer non pas à ce que la conservation de l'œil m'a gêné dans l'extirpation de la tumeur, mais à ce que l'œil lui-même était infecté.

Les vaisseaux du nerf optique étaient à peu près indemnes et ceux de la tumeur elle-même, c'étaient les vaisseaux ordinaires du sarcome dont les parois sont formées aux dépens des éléments de la tumeur, c'est-à-dire que c'étaient des vaisseaux embryonnaires.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 Mars 1897.

Accidents provoqués par la caféine.

M. Dalché cite l'observation d'une vieille diabétique et névropathe chez laquelle la caféine détermina l'apparition de phénomènes généraux graves, avec troubles stomacaux, céphalée, dyspnée, etc. C'est donc un nouvel exemple d'idiosyncrasie médicamenteuse bien nette.

M. Gallois a vu parfois un gramme de caféine provoquer du délire.

M. Le Gendre rappelle que M. Faisans a observé des accidents avec des doses courantes de caféine et il cite le cas d'un malade chez lequel le café fort suffisait à provoquer des troubles d'ordre nerveux.

Choix des préparations martiales dans le traitement de la chlorose et des anémies.

M. Bardet pense que le médecin aura le plus grand avantage à faire tous ses efforts pour assurer au mieux la réparation globulaire et par conséquent à employer la médication martiale quand il sera démontré que cette médication sera tolérée.

On a beaucoup discuté sur la valeur des ferrugineux ; les uns ont vanté le métal libre, d'autres ont préconisé les sels ferreux, d'autres ont voulu accorder la préférence aux préparations organiques et dans celles-ci plusieurs ont adopté exclusivement les albuminates.

Mais, en réalité, toutes les préparations peuvent être bonnes ou mauvaises selon les cas particulier, car tout dépend de l'absorption qui elle-même est sous la dépendance exclusive de la digestion. Or, comme la digestion est un phénomène chimique des plus complexes, qui varie avec les individus, il arrive forcément que tel produit est bon chez l'un et mauvais chez l'autre. On peut donc dire que le ferrugineux qui sera toléré par la malade, sera le bon.

M. Barbier a dit beaucoup de mal de l'hémoglobine, il lui a reproché de ne pas contenir assez de fer et, partant de chiffres posés par lui comme exacts, il a prétendu démontrer que la dose d'hémoglobine à administrer devrait être colossale. C'est à un procédé de démonstration erroné : en effet, il aurait fallu prouver que les préparations ferrugineuses sous forme de sels ferreux arrivent à fixer dans l'organisme plus de fer que l'hémoglobine. Or M. Bardet est convaincu que les préparations à base d'hémoglobine sont des préparations qui fixent dans l'organisme plus de fer que les sels de fer.

Quant au mode d'administration de l'hémoglobine, les essais d'injection faits au laboratoire de Cochin en 1885 ayant donné des résultats désastreux, c'est donc l'ingestion seule qui reste comme procédé logique d'administration de l'hémoglobine comme de tous les autres ferrugineux.

Si les préparations d'hémoglobine paraissent à M. Bardet préférables, c'est qu'elles représentent du fer alimentaire destiné à reconstituer la réserve organique dans laquelle le globule pourra le puiser au moment où la fonction hématopoiétique sera rétablie.

Il est un autre médicament qu'il ne faudrait pas non plus passer sous silence, c'est le glycéro-phosphate de fer, dont le seul inconvénient est la difficulté que présente sa conservation. Mais il est un moyen indirect d'utiliser ce sel chez les anémiques, c'est de combiner l'administration d'une préparation ferrugineuse organique avec l'administration d'un phospho-glycérate et particulièrement du phospho-glycérate de chaux. Depuis 3 mois M. Bardet en a retiré les meilleurs effets.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 1er Mars 1897.

Lésions lupoïdes de la base de la langue et de l'épiglotte.

M. Liaras. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie une malade qui a présenté des lésions lupoïdes de la base de la langue et de l'épiglotte.

Elle souffre depuis 7 ans de douleur à la déglutition et d'enrouement qui s'accentuent au moment de ses règles.

La malade a été vue pour la première fois en juillet 1895. Les lésions localisées à la partie postérieure de la base de la langue, à l'amygdale linguale, consistaient en cinq petites plaques

mamelonnées, de quelques millimètres de surface de couleur rougeâtre couvertes d'élevures hémisphériques ou fongiformes, inégales, séparées par des sillons grisâtres. En octobre 1895, la malade est trachéotomisée pour sténose laryngée.

Après sa sortie de l'hôpital, la malade, toujours porteur de la canule trachéale, est enceinte. L'accouchement est normal.

Les douleurs de la déglutition augmentant, la malade revient à la clinique. On constate de l'adénite sous-maxillaire, puis, sur l'amygdale gauche, le pilier antérieur et postérieur du même côté, sur la région correspondante de la langue, sur la paroi pharyngienne latérale, surtout une ulcération granuleuse dont le bord et le fond sont légèrement fongueux et se perdent dans les tissus sains. Sur le bord, les parties saines se distinguent à peine des parties atteintes.

Toutes les portions de la base de la langue correspondant à l'amygdale linguale étaient fongueuses, recouvertes de petits ulcères grisâtres et gagnaient sans transition l'épiglotte, qui était en partie détruite et recouverte d'amas fongueux. Toutes ces saillies fongueuses étaient recouvertes par places de petits ulcères superficiels d'aspect gris rosé, se perdant au milieu de fongosités. On pensa qu'on se trouvait peut-être au milieu de lésions mixtes.

La malade est mise alors au régime antisyphilitique.

Ce traitement a donné de très notables résultats jusqu'ici, puisque l'examen de la cavité buccale et de l'entrée du larynx fait voir la disparition d'une partie des ulcérations, leur cicatrisation étoilée, la diminution considérable de l'épiglotte qui reste frangée. De plus, la canule a été enlevée samedi dernier et la malade se trouve très bien. Il s'agit donc, incontestablement, de lésions lupoïdes d'origine syphilitique.

M. Vergeley. — Les ulcérations syphilitiques à mesure qu'elles s'éloignent de la voûte palatine et gagnent le pharynx deviennent de plus en plus bénignes.

J'ai connu un malade qui avait une ulcération syphilitique du pharynx qui a duré 7 ou 8 mois, grandissant et diminuant tour à tour, et que j'ai guéri par de simples frictions mercurielles.

Il est assez remarquable qu'intérieurement le traitement mercuriel n'avait donné aucun résultat.

M. Moure. — L'âge de la syphilis doit grandement entrer en ligne de compte. Dans les syphilis anciennes, la marche des lésions est beaucoup plus lente et c'est chez les adolescents que l'on rencontre la marche rapide.

M. Vergeley. — Mon malade avait contracté la syphilis à 19 ans et il avait 27 ans quand je fus appelé à lui donner mes soins.

Hernie crurale étranglée. Coloration verte de l'anse herniée. Signification de cette couleur au point de vue pratique.

M. Bégouin. — Quand, au cours d'une kélotomie, un chirurgien trouve une anse intestinale *verte* il est en général assez embarrassé. Aussi j'ai essayé d'éclaircir ce point chez une vieille femme de 72 ans, atteinte depuis 8 jours d'une hernie crurale étranglée ; elle succomba 4 heures après l'opération au cours de laquelle j'avais constaté l'existence de cette coloration verte.

Je sectionnai l'anse suspecte et, fermant un de ses bouts avec un fil, je l'emplis d'eau. Obturant alors l'autre bout, j'essayai de la faire éclater par la pression des doigts; je n'y pus parvenir, la paroi de cette anse verte offrait encore une résistance considérable. Mais M. Sabrazès, qui voulut bien pratiquer l'examen histologique, démontra qu'il s'agissait dans ce cas d'un début de nécrobiose dans une paroi infiltrée de globules sanguins. La vitalité des éléments anatomiques était déjà tellement compromise, qu'après la levée de l'étranglement, cette paroi intestinale n'eût certainement pas échappé à la gangrène.

Ainsi, d'après cet exemple, en face d'une anse intestinale de couleur verte, devrait-on se conduire comme si elle était en voie de sphacèle.

Anévrysme de l'aorte descendante ouvert dans la plèvre.

M. Hervé. — A l'autopsie d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte descendante et mort subitement, nous trouvâmes un vaste épanchement dans la plèvre gauche (le caillot résultant de la coagulation du sang épanché pesait 1 400 grammes). En recherchant avec grand soin la source de cet hématome, le péricarde étant intact, nous découvrîmes qu'il provenait d'un vaste anévrysme situé dans la partie thoracique de l'aorte descendante. La poche, mesurant environ 10 centimètres de long sur 6 ou 7 de large, était intimement accolée aux 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales qu'elle avait en partie usées. Elle était remplie de caillots organisés datant d'une époque éloignée et de quelques caillots mous d'une formation récente.

Cette poche s'était rompue sur son côté gauche et le sang s'était ouvert une issue entre les deux feuillets de la plèvre et avait amené cet abondant épanchement que nous avons signalé.

M. Mongour. — Contrairement à l'opinion générale des auteurs l'hypertrophie du cœur n'est pas constante dans les cas d'anévrysme de l'aorte. Marey a démontré les raisons physiologiques de ce fait. Pour que le cœur soit hypertrophié, il faut qu'il existe une lésion valvulaire ou myocardique.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Février 1897.

Symphyséotomie.

M. Fieux. — Je présente une femme chez laquelle j'ai pratiqué la symphyséotomie Cette femme était arrivée à la clinique obstétricale au 8e mois de sa grossesse. Bien qu'elle offrît peu de signes extérieurs de rachitisme le diamètre antéro-postérieur utile était de 8 centimètres et demi. On décida d'attendre le terme de la grossesse.

La malade entra en travail. Une fois la dilatation complète, je tentai une application de forceps sans succès. Je pratiquai la symphyséotomie. Enfant vivant pesant 1 800 grammes. Diamètre bipariétal : 9 centimètres. Les suites opératoires furent normales; la malade se leva et marcha le 17e jour.

M. Binaud. — D'une façon générale j'estime que quelles que soient les suites il vaut mieux laisser les symphyséotomisées plus longtemps au lit.

M. Moussous. — Une femme qui était dans mon service. s'est levée dans la nuit du troisième jour pour voler le vin d'une de ses voisines et elle a guéri parfaitement.

Pharyngo-mycose chez les enfants.

M. Massé. — Voici des préparations de pharyngo-mycose chez les enfants. Elles sont intéressantes en ce qu'elles montrent par l'absence de ramifications des tubes, le moyen de différencier anatomo-pathologiquement cette affection du muguet.

Je l'ai toujours vue apyrétique mais très tenace. Le meilleur traitement m'a paru être l'application d'un mélange de teinture d'iode et de chlorure de zinc en solution. j'ai fréquemment constaté sa grande contagiosité.

M. Coyne. — A l'Institution des sourds-muets, j'ai suivi pendant 6 mois 2 cas de pharyngo-mycose. J'ai pu constater la ténacité de cette affection; il n'y a jamais eu de réaction fébrile.

Le seul traitement qui ait paru donner quelque résultat, est l'application du mélange de teinture d'iode et de chlorure de zinc, précédée d'un grattage des plaques blanches. Je n'ai jamais constaté de contagiosité.

Epithélioma de l'utérus et fibrome.

M. Vitrac. — Chez une femme de 40 ans, à qui l'on fit l'hystériectomie vaginale pour un épithélioma végétant du col, coexistait un gros fibrome sous-muqueux, de la paroi intérieure qui avait passé inaperçu.

La coïncidence d'un fibrôme et d'un épithélioma du col offre peu d'intérêt en elle-même lorsque l'un n'est pas greffé sur l'autre. J'ai donc voulu seulement insister sur les difficultés que l'épithélioma, lorsqu'il est volumineux, impose au diagnostic des petits fibromes ou des petites tumeurs annexielles.

Les observations qui parlent de cette coïncidence sont peu nombreuses : 3, 4, 6 p. 100 d'après les statistiques et toujours le diagnostic n'avait pas été fait. Sur 82 cas d'épithélioma observés dans la clinique du Dr Lanelongue, je n'ai noté qu'un cas d'existence simultanée de fibrome et de cancer. L'utérus volumineux n'avait pu être enlevé que par hystérectomie vaginale.

Epithélioma du col pédiculé.

M. Vitrac. — Chez une femme de cinquante-neuf ans, il existait un kyste des deux ovaires avec un épithélioma du col. Les kystes ovariques existent, dans les statistiques que j'ai recueillies à peu près dans la même proportion et ont été également méconnus.

Mais l'intérêt de cette pièce réside dans le mode d'implantation de la tumeur sur le col ; elle y est retenue par un pédicule tellement net, qu'il s'agissait d'un polype fibreux en voie de transformation épithéliale.

Les coupes ont montré que la tumeur était uniquement de l'épithélioma tubulé absolument typique.

Il est donc possible de voir cette tumeur repousser la muqueuse sans lui adhérer, au moins en partie. Le fait est assez rare pour mériter d'être signalé.

Petit fibrome avec hydrorrhée fétide chez une femme âgée.

M. Vitrac. — A propos des signes du cancer primitif du corps de l'utérus et de la grande difficulté de son diagnostic, il a été parlé des perles séreuses fétides qui sont loin d'être pathognomoniques. En voici une preuve : une femme de 49 ans avait eu à 45 ans un arrêt menstruel de 4 mois suivi à la fois de la diminution de ses règles et de leur irrégularité, puis, depuis six mois de pertes séreuses ou séro-sanguinolantes très fétides. L'existence dans le col entr'ouvert, de petites saillies dures et sous-muqueuses, l'absence d'augmentation du corps utérin permit de porter le diagnostic de dégénérescence fibromateuse de l'utérus. Diagnostic vérifié après l'hystérectomie vaginale.

M. Boursier.— L'hydrorrhée accompagne assez souvent les fibromes ; c'est un symptôme variable que l'on trouve chez des femmes jeunes comme chez les vieilles, avec de petits ou gros fibromes. Je la crois due à une lésion de l'endométrie sous l'influence du fibrome.

M. Négrié. — J'ai pu suivre pendant 7 ans une femme atteinte d'un gros fibrome avec pertes séreuses intenses qui ont disparu à la ménopause.

M. Boursier. — Si l'on admet que les pertes séreuses sont liées à une lésion de la muqueuse, on peut comprendre que par les modifications physiologiques qu'elle apporte à la muqueuse, la ménopause peut faire cesser à la fois les pertes du sang et de l'eau.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 27 Janvier 1897.

De la taille vésicale chez l'enfant.

M. Gross. — A propos de la communication de M. Frœlich je vous présente deux *calculs*, enlevés sur *deux petits* malades au cours de l'année 1896.

Le premier, de 5 centim. de diamètre, fut extrait chez un enfant de 14 ans qui souffrait de la vessie depuis l'âge de 6 ans et avait en dernier lieu présenté de l'hématurie. La vessie ne fut pas suturée mais drainée et ce drainage entraîna des accidents d'infiltration par passage de l'urine le long des parois du drain. La guérison ne s'effectua qu'à la fin de mai, c'est-à-dire après plus de 4 mois.

L'autre calcul, qui mesure respectivement 2, 3 et 4 centim. de diamètre, provient d'un enfant qui avait déjà rendu une petite pierre à l'âge de 2 ans et qui avait d'ailleurs présenté les symptômes des affections calculeuses chez les enfants, mais sans hémorrhagies. Opéré de taille avec suture immédiate de la vessie, la guérison fut obtenue en 15 jours.

Je me permets donc d'insister à nouveau sur l'utilité de la suture de la vessie dans la taille hypogastrique chez l'enfant.

Un cas de fracture de la colonne cervicale.

M. Heydenreich présente un cas de fracture de la colonne cervicale. Il s'agit d'un homme de 42 ans, sur la tête duquel tomba un sac du poids de 75 kilog. et détermina la flexion forcée de la tête en avant. Le malade présentait une paralysie complète des 4 membres, ainsi que du tronc. La mort survint au bout de 39 heures par suite de troubles respiratoires.

A l'autopsie, on trouva que la fracture siégeait au-dessous de l'émergence des branches d'origine du plexus cervical et au-dessus de l'émergence des branches du plexus brachial. D'autre part, il n'existait aucune compression actuelle de la moelle par les fragments. Mais, par la flexion forcée de la colonne cervicale, on déplaçait les fragments et on déterminait un certain degré de compression. La contusion de la moelle avait été produite ainsi au moment de l'accident ; puis les fragments avaient repris leur situation normale. Il est donc démontré que, dans ce cas, une intervention chirurgicale aurait été sans aucune utilité.

M. Froelich. — J'ai observé un cas semblable à celui de M. Heydenreich chez un homme qui tomba dans une carrière en portant un fagot. A l'autopsie, on put constater qu'à la région correspondante la moelle était transformée en un véritable magma strié de sang. Comme M. Heydenreich, je pense que dans ces conditions toute intervention est inutile puisque la moelle est détruite.

M. Gross. — Les fractures cervicales se font toujours par flexion et entraînent presque fatalement la mort. Je ne connaît qu'un exemple de survie. D'ailleurs, d'une façon générale, je n'accorde qu'une confiance très limitée à l'action chirurgicale dans les fractures rachidiennes, Pour ma part, je n'ai constaté aucun résultat satisfaisant dans 3 cas où j'ai cru devoir intervenir. En tout cas ne doit-on pas compter sur des interventions secondaires, car seule l'intervention précoce pourrait peut-être présenter quelques garanties d'efficacité.

M. Th. Weiss. — Si je considère l'intervention comme absolument inutile s'il s'agit de fractures cervicales, je crois qu'elle peut réussir dans les autres régions. J'ai présenté pour ma part, il y a 6 ans environ, un exemple probant chez un fracturé à qui je réséquai 2 ou 3 vertèbres et qui guérit. Malgré ce succès, je dois reconnaître que les statistiques publiées sont loin d'être encourageantes.

Omoplate de conformation anormale.

M. Jacques. — L'anomalie consiste dans l'existence d'un os acromial distinct de l'omoplate et réuni à l'épine de cet os par une articulation parfaitement développée appartenant à la classe des arthrodies.

Aucun symptôme subjectif ne vient en général attirer l'attention sur cette disposition du vivant de son porteur, mais on conçoit facilement qu'un examen chirurgical provoqué par une contusion de l'épaule, une périarthrite scapulo-humérale, puisse révéler une mobilité anormale de l'acromion sur l'épine et du coup égarer le diagnostic dans le sens d'une fracture. L'erreur sera d'autant plus facile que la crépitation est un symptôme difficile à percevoir dans la fracture de l'acromion et que le déplacement est toujours faible ou nul. La douleur limitée à l'interstice acromio-spinal peut être d'ailleurs l'effet d'une inflammation de l'article supplémentaire. En dehors d'antécédent traumatique récent, le chirurgien songera probablement à une fracture ancienne méconnue et terminée par pseudarthrose, comme le fait s'observe fréquemment dans la région dont il s'agit. L'anomalie étant souvent bilatérale, ce qui existait dans le cas présent, c'est dans les résultats d'un examen comparatif des deux épaules que le diagnostic pourra trouver la meilleure base.

Gastro-entérostomie.

M. Th. Weiss. — Il s'agissait d'un homme atteint d'un cancer du pylore compliqué d'ascite et de généralisation au

péritoine. Le cas était aussi défavorable que possible, la cachexie très prononcée par le défaut de nutrition dû à l'obstruction pylorique. Nous avons eu recours au procédé de Souligoux pour aboucher la face antérieure de l'estomac à la première anse du jéjunum. Les suites de cette opération ont été aussi favorables que possible. Deux jours après, le malade a pu s'alimenter et son état général s'est amélioré au point qu'il a pu se lever 24 jours après. En somme, le procédé de Souligoux me paraît infiniment supérieur à tous les procédés antérieurs. Comme rapidité d'exécution, il ne le cède pas au bouton de Murphy et il est certainement d'une innocuité beaucoup plus grande. Il est bien entendu qu'il n'est applicable que dans les cas où il n'y a pas obstruction aiguë du tube digestif et où il n'est pas nécessaire de rétablir instantanément le cours des matières. Dans ce dernier cas, le bouton de Murphy reprend tous ses droits.

De l'efficacité des injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorrhagie grave due à une insertion vicieuse du placenta.

M. Schubl. — Une femme, enceinte pour la 11e fois, est atteinte de métrorrhahie abondante vers la fin du 9e mois de la grossesse. Elle est amenée à la Maternité dans un état d'anémie très grave, sans connaissance. On reconnaît l'existence d'une insertion vicieuse du placenta ; le col a toute sa longueur, le fœtus est vivant. Les moyens ordinaires n'améliorant pas l'état de la malade, dont la mort paraît imminente, on pratique une injection sous-cutanée de 360 centim. cubes, puis une injection intraveineuse de 500 centim. cubes de sérum artificiel qui produisent une amélioration notable que d'autres injections de sérum (820 centim. cubes en 4 injections) pratiquées sous la peau ont encore accentuée; 15 heures après, la dilatation est de deux fr.; le fœtus se présente par le sommet. On rompt largement les membranes, mais l'hémorrhagie se reproduit. L'orifice utérin étant dilatable, on extrait par la version un fœtus vivant pesant 2 990 grammes. Les suites de couches ont été normales.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 17 Mars 1897.

Méningite à colibacille.

M. Lyonnet rapporte l'histoire d'une malade de 35 ans entrée avec des signes de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. Trois jours après son entrée elle fut prise de céphalalgie intense avec paralysie de la musculature externe de l'œil gauche, puis survint du délire, et la malade succomba 4 jours après le début des accidents cérébraux. On n'avait constaté aucun signe du côté de l'oreille.

A l'autopsie, on trouva une méningite couvrant la surface de l'hémisphère gauche d'une couche de pus verdâtre. Il y avait de ce côté une carie du rocher très prononcée. L'examen bactériologique du pus a montré la présence du bacillus coli communis à l'état de pureté presque absolue.

Recherches sur le sérum antidiphthérique.

M. Arloing. — Lorsqu'on a fait porter sur le cheval le choix du sérum destiné à la sérothérapie de la diphthérie, on a invoqué comme argument que le sérum de cet animal était parmi les moins toxiques. Je me suis livré à une série d'expériences pour déterminer la toxicité exacte du sérum de cheval, Il faut remarquer qu'on s'est en général servi, pour apprécier la toxicité de la quantité de liquide nécessaire pour amener la mort du lapin. Mais en réalité, on peut avoir des accidents sérieux à des doses infiniment plus minimes que la dose mortelle minima.

Mes expériences ont porté sur le sérum du cheval sain, et du cheval immunisé; l'animal réactif était le chien. Il semble que le sérum de cheval non immunisé soit un peu moins toxique que celui de l'animal immunisé. Ce dernier sérum s'est montré mortel pour le chien à la dose de 6 centim. cubes par kilog. Ces injections ont été faites dans la voie sanguine; elles étaient suivies d'un abattement extrême, avec vomissements et état général précaire.

Mais il est juste de reconnaître que l'injection dans le tissu conjonctif ne donne que de légers accidents, à une dose notablement supérieure à celle usitée dans le traitement de la diphthérie.

J'ai étudié de plus l'action du sérum antidiphtéritique chez le chien au point de vue des diverses fonctions. Après une légère hypothermie, immédiatement après l'injection, la température s'élevait de 1 ou 2 degrés, pendant 5 ou 6 heures, puis retombait à la normale, ou au-dessous.

Pour l'appareil respiratoire, on remarque, à la première injection, fût-elle de 2 centim. cubes seulement, toute une série d'accidents qui font craindre pour la vie de l'animal. De 18 à 40 secondes après le début de l'infection, la pression sanguine baisse considérablement, le pouls devient très précipité et insensible en même temps que la respiration s'arrête. Plus tard, des troubles moins intenses se produisent, mais il y a toujours une action dépressive sur la tension artérielle. Le sérum de cheval normal a présenté sensiblement les mêmes effets.

Enfin le sérum d'animal immunisé, injecté avec de la toxine diphthérique, le mélange étant fait en proportions convenables, neutralise absolument les effets que produit ordinairement cette toxine. Il faut que la toxine ne soit pas en quantité suffisante pour supprimer la réaction du protoplasma, sans quoi les effets curateurs du sérum ne se produiraient pas.

Aphasie sensorielle sans surdité verbale.

M. Lannois rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'aphasie sensorielle. Sans ictus, étaient apparues de la cécité verbale, et une hémianopsie avec conservation du réflexe pupillaire. Pas de surdité verbale. La malade ayant succombé à une pneumonie, M. Lannois présente le cerveau, atteint d'un vaste ramollissement de toutes les circonvolutions temporales sauf la partie la plus interne de la 1re et de la 2e temporale. Le pli courbe était atteint. L'idée de Flechsig, que le centre de réception des sons siège au tiers antérieur de la 1re temporale, semble donc confirmée par ce cas, où ce point était intact, sans qu'il y eût de surdité verbale.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 24 Mars 1897.

Tératome sacro-coccygien.

M. Pont présente, au nom de M. A. Pollosson, un enfant de 6 mois porteur d'une tumeur sacro-coccygienne, d'un volume notablement supérieur à celui d'une tête d'adulte. Au moment de la naissance, elle avait la taille d'une orange environ. Elle est fluctuante en quelques points, et non réductible. Il semble que l'on soit en présence d'un tératome.

M. Gangolphe fait remarquer qu'au cours de l'intervention, qui semble indiquée, il faudra prendre garde au voisinage de l'intestin.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 19 Mars 1897.

Complication de l'influenza.

M. A. Fränkel a constaté que, parmi les complications de l'influenza, la plus fréquente est la broncho-pneumonie simple

avec quelques foyers granuleux attribuables à une infection mixte. Dans 5 cas, soit dans 6 p. 100 des cas observés, cette pneumonie se termina par la gangrène pulmonaire. D'un autre côté, cette gangrène pulmonaire amène parfois l'ouverture de la cavité pleurale, d'où pleurésie putride. Dans un cas, malgré l'expectoration d'un liquide fétide, on ne trouva du pus putride qu'à la troisième ponction. Il s'agissait dans ce cas d'un exsudat interlobaire après adhérence de la surface des poumons à la paroi thoracique.

Parmi les complications atteignant l'appareil circulatoire, M. Fränkel signale l'arhythmie, la thrombose artérielle et l'angine de poitrine.

L'arhythmie est surtout fréquente pendant la convalescence et s'accompagne alors de ralentissement ou d'accélération du pouls. Les bruits du cœur sont habituellement un peu sourds, il y a parfois une légère augmentation de la matité cardiaque à droite et un léger souffle systolique. Il est indiqué de laisser le malade au lit jusqu'à ce que l'arhythmie ait disparu.

M. Fränkel a encore observé au cours de l'influenza trois cas de thrombose artérielle. Le premier cas est celui d'une femme de 69 ans qui au cinquième jour de sa maladie présenta une paresthésie et une faiblesse dans le bras droit, une disparition du pouls. On sentait dans l'artère axillaire droite un gonflement fusiforme qui était évidemment un thrombus. Les accidents disparurent au bout de quelques semaines.

Le deuxième cas est celui d'un phthisique qui ressentit subitement des douleurs dans la cuisse droite. L'examen montra que le pouls crural manquait. Le membre devint livide, il y eut de la gangrène et le malade succomba. A l'autopsie on trouva une thrombose de l'artère iliaque externe.

Dans le troisième cas il s'agit d'un homme de 52 ans qui, au troisième jour d'une influenza, fut pris de troubles de la vue du côté droit et devint aveugle en 10 minutes. Le cœur était sain. Il s'agissait probablement d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine.

L'apparition précoce de ces thromboses montre qu'il ne s'agit pas ici de thromboses marastiques et que le processus relève d'une artérite grippale.

L'angine de poitrine, qui se montre également à la suite de l'influenza, relève peut-être d'une forme aiguë d'artério-sclérose de l'artère coronaire.

Castration et résection des canaux déférents.

M. Casper a fait une série d'expériences qui prouvent qu'une castration unilatérale, de même qu'une section unilatérale des canaux déférents, n'exerce aucune influence sur la prostate, tandis qu'au contraire une castration double est toujours suivie d'une atrophie de la prostate; quant à la section bilatérale des canaux déférents, elle détermine une atrophie de la prostate chez les lapins, mais pas chez les chiens.

Traitement de l'avortement.

M. Abel, envisageant principalement l'avortement incomplet, soutient que l'ablation des membranes retenues doit se faire non pas avec la curette ou un autre instrument, mais à l'aide du doigt après dilatation préalable du col. Il faut en effet savoir que le ramollissement de la fibre musculaire de l'utérus rend très facile et presque inévitable la perforation de la matrice.

D'un autre côté quand il y a rétention du placenta, la curette est insuffisante, et souvent M. Abel a trouvé des débris volumineux dans des utérus qui ont été grattés et n'en saignaient pas moins.

M. Mackenrodt considère que le doigt est presque aussi dangereux que la curette, et que le mieux peut-être ce serait de retourner à l'ancienne pratique conservatrice qui consistait à tamponner le vagin et à attendre : le plus souvent l'évacuation de l'utérus se fait alors spontanément.

M. Kossmann pense que la curette est indiquée après l'échec du tamponnement et du curage digital.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 15 Mars 1897.

La glycosurie neurogène et la glycosurie thyréogène.

M. Strauss a fait une série de recherches à la clinique du professeur Senator sur l'existence de la glycosurie alimentaire dans les états nerveux. Il a examiné dans cette direction 250 malades atteints de diverses affections nerveuses, en recherchant le sucre dans l'urine après l'administration, le matin, à jeun, de 100 grammes de glycose dans 500 grammes d'eau.

Le résultat de ces recherches a été le suivant :

Sur 39 cas de névrose traumatique la glycosurie a été constatée 14 fois; par contre 5 sur 39 cas de névrose non-traumatique la glycosurie n'a été provoquée que chez 4. La fréquence de la glycosurie alimentaire dans la névrose traumatique doit, d'après M. Strauss, s'expliquer par l'action particulière du traumatisme.

Sur 38 alcooliques chroniques, buveurs d'eau-de-vie, la glycosurie alimentaire a pu être provoquée chez 3 seulement, par contre, sur 20 cas de delirium tremens, 14 ont présenté du sucre dans l'urine après l'ingestion de glycose. Du reste, dans le delirium tremens, la glycosurie spontanée n'est pas très rare.

Les mêmes recherches faites dans 18 cas d'intoxication saturnine ont donné 10 fois des résultats positifs; sur ces 10 malades, 6 avaient des coliques de plomb, 2 étaient des alcooliques chroniques, 1 présentait de l'encéphalopathie saturnine.

Il ressort de ces faits que, dans les intoxications chroniques par le plomb et l'alcool, la tendance à la glycosurie alimentaire est moins grande que dans les exacerbations aiguës.

L'influence des préparations thyroïdiennes sur la glycosurie alimentaire a été étudiée chez 19 basedowiens; les résultats ont été positifs chez 3 et négatifs chez 16. Sur 15 autres individus qui se sont montrés réfractaires à la glycosurie alimentaire, l'administration des préparations thyroïdiennes permit de provoquer au bout de quelque temps la glycosurie chez 3, et ces trois individus étaient justement des alcooliques chroniques prédisposés. Il s'ensuit donc que les préparations thyroïdiennes ne prédisposent pas à la glycosurie alimentaire.

La glycosurie alimentaire fut encore provoquée 5 fois sur 57 cas de paralysie progressive, 2 fois sur 8 cas d'apoplexie cérébrale, 3 fois sur 7 cas de sciatique.

D'après M. Strauss il existe souvent un rapport entre la glycosurie spontanée et la glycosurie alimentaire, et dans 4 cas il a vu la glycosurie alimentaire précéder la glycosurie spontanée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 16 Mars 1897.

Traitement de la lèpre.

M. Unna présente un malade qui, il y a 2 ans 1/2, contracta la lèpre. Il vient au bout d'un an à la clinique de Unna avec une tumeur étendue de la joue, tumeur des dimensions d'une paume de la main, molle, irrégulière, résultant de la confluence de plusieurs tumeurs plus petites. L'examen bactériologique confirma le diagnostic de lèpre cutanée. Il existait en même temps plusieurs plaques de lèpre nerveuse.

La tumeur fut enlevée couche par couche à l'aide d'un rasoir, cautérisée à l'acide phénique, puis traitée par les applications de pommade au pyrogallol. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur disparut et le malade resta guéri du mois de juin au mois de septembre 1896. A ce moment, sans fièvre ni autres symptômes généraux, apparut un exanthème généralisé à tout le corps avec des nodules situés principalement dans le tissu conjonctif sous-cutané. Cette nouvelle manifestation de la lèpre fut traitée par des frictions avec une pommade au pyrogallol oxydé et par des injections d'huile de gynocarde ; plus tard on donna encore du pyrogallol à l'intérieur.

Les résultats de ce traitement furent très remarquables : l'état général se releva, les forces revinrent et le malade engraissa; l'exanthème disparut sans qu'il se formât d'autres

métastases, malgré le traitement énergique de la peau; les lépromes sous-cutanées rétrocédèrent et les bacilles qui s'y trouvaient diminuèrent de nombre et finirent par disparaître. Actuellement le malade ne présente aucun signe de lèpre récente.

Le régime alimentaire chez les cardiaques.

M. Rumpf envisage principalement la question de savoir jusqu'à quel point le régime lacté est utile chez les cardiaques. Il est certain que lorsqu'on leur donne pour toute alimentation 1 litre de lait par 24 heures, on obtient souvent des résultats très favorables. Mais il n'en est plus de même lorsque cette quantité est portée à 2 ou 3 litres par jour : souvent, en effet, notamment dans l'insuffisance cardiaque avec calcification des artères, les malades se trouvent mieux quand on les remet au régime mixte.

D'après M. Rumpf, les inconvénients du régime lacté tiennent dans ces cas à la trop grande quantité de chaux introduite dans l'organisme. Quand on donne près de 3 litres de lait par jour, on introduit dans l'économie un peu plus de 4 grammes de chaux ; or la chaux n'est pas éliminée en totalité, et plusieurs fois M. Rumpf a pu constater une augmentation de la quantité de chaux du sang.

D'après M. Rumpf, le menu des cardiaques doit comprendre, pour 24 heures, 250 grammes de viande, 100 grammes de poisson, 100 grammes de pain, 100 grammes de pommes ou de légumes, 100 grammes de beurre, 50 grammes de sucre et 100 grammes de crème. Cette quantité d'aliments renferme 93 grammes d'albumine, 130 grammes de graisse, 150 grammes d'hydrocarbure et équivaut à 2 200 calories. La quantité de chaux introduite avec ces aliments est de 0 gr. 50.

Dans une autre série d'expériences, M. Rumpf a pu constater que certains médicaments, diurétiques ou non, provoquent une augmentation de l'élimination des sels de chaux avec l'urine. L'acide lactique et le lactate de soude agissent sous ce rapport d'une façon particulièrement nette. On peut donc les employer dans les affections cardiaques résultant de la calcification des artères.

ANGLETERRE

MIDLAND MEDICAL SOCIETY

Séance du 9 Mars 1897.

Résection du côlon pour carcinome.

M. F. Marsh a rapporté l'observation d'une femme de 32 ans, sujette depuis 5 mois à des accidents d'obstruction intestinale chronique et qui depuis 6 jours n'eut plus une seule selle. A son entrée à l'hôpital, on trouva le ventre douloureux et distendu, mais l'examen le plus complet, de même que le toucher rectal et vaginal, ne permit de découvrir rien de particulier. Les purgatifs et les lavements administrés à plusieurs reprises n'ayant donné aucun résultat, on se décida à pratiquer une laparotomie exploratrice.

La laparotomie médiane permit de suite de constater l'existence d'une tumeur au niveau de la partie supérieure de l'S iliaque. L'incision médiane fut alors fermée et une autre faite à l'endroit classique de la côlotomie iliaque. Très facilement on a pu alors amener au dehors l'S iliaque avec la tumeur et fixer l'intestin par le procédé de Marsh. Le lendemain, pour donner issue aux matières fécales, une incision a été faite à l'intestin au-dessus de la partie rétrécie par la tumeur, et, quelques jours après on extirpa toute la partie de l'intestin envahie par la tumeur et on établit un anus contre nature. L'opération réussit fort bien et quelques semaines après la malade a pu quitter l'hôpital avec un anus artificiel qui fonctionnait bien.

Trois mois plus tard M. Marsh compléta son opération en fermant l'anus et en réunissant à l'aide du bouton de Murphy les deux bouts du gros intestin sectionné. L'opération a présenté quelques difficultés à cause de l'atrophie du segment inférieur de l'intestin. L'intervention réussit pourtant et 11 jours après l'opération, la malade rendit le bouton par le rectum. La guérison se fit sans complications et actuellement la malade se porte aussi bien que possible.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome de l'intestin.

D'après M. Marsh, chez les malades affaiblis et empoisonnés par la stase stercorale, l'opération en deux temps, telle qu'il l'a faite, est préférable à la résection primitive de l'intestin.

Tumeur du médiastin.

M. Carter a présenté un homme de 51 ans chez lequel il existe probablement une tumeur du médiastin et qui, en fait de phénomènes de compression, offre une hyperémie veineuse intense de la tête et de la face et une turgescence des veines superficielles de la nuque et des membres supérieurs. A la percussion du thorax on trouva au delà du bord droit du sternum une zone de matité qui remonte jusqu'aux second et troisième cartilages costaux. Au niveau de cette zone de matité on ne trouve pas de pulsations d'une façon très nette.

Le début de cette affection a été très insidieux et le malade n'a pas maigri ni perdu de ses forces. Il s'agit probablement d'un anévrysme de l'aorte bien qu'on puisse aussi penser à un lymphosarcome du médiastin.

LEEDS AND WEST RIDING MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 11 Mars 1897.

Ulcère de l'estomac.

M. Barrs rapporte l'observation d'une femme de 23 ans envoyée par son médecin à l'hôpital avec le diagnostic d'ulcère perforé de l'estomac. Il existait des hématémèses profuses au moment où son médecin la vit et où, après examen, il pensa à une perforation de l'estomac.

La malade présentait en effet le syndrome classique de la perforation : douleurs extrêmement vives dans l'abdomen, tympanisme, vomissements, signes non douteux de péritonite. Dans ces conditions on se décida pour la laparotomie, et M. Littlewood ouvrit l'abdomen entre la pointe du sternum et l'ombilic. On ne trouva ni gaz ni aucun signe de perforation ou de péritonite. Aussi, après examen attentif de tous les viscères, le ventre fut fermé. La malade guérit sans complications en conservant toutefois des douleurs après l'ingestion des aliments et en présentant de temps en temps des vomissements avec un peu de sang dans les matières vomies.

En rapportant cette observation, M. Barrs insiste encore une fois sur ce que dans ce cas l'opération était parfaitement indiquée. Il est possible que chez cette malade il y a réellement eu une perforation minuscule qui a provoqué tous les symptômes fonctionnels de la péritonite sans produire de péritonite anatomique ou, peut-être, en produisant une péritonite très circonscrite qui a guéri facilement.

Trépanation pour fracture du crâne.

M. Littlewood a présenté une jeune fille de 19 ans à laquelle il a fait en 1893 une trépanation au niveau de la région rolandique gauche pour des phénomènes d'irritation cérébrale consécutifs à une fracture du vertex datant d'un mois. L'opération réussit aussi bien que possible, lorsque 3 ans après, la malade fut prise de vomissements, de céphalalgie, de nystagmus et d'hémiparésie. Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, M. Littlewood refit la trépanation au niveau de l'ancien foyer, sectionna la membrane fibreuse cicatricielle au ras des bords de l'ancien orifice de trépanation en la laissant adhérente au niveau du bord inférieur, coupa les adhérences qui la rattachaient au cerveau, la remit en place et sutura le cuir chevelu par-dessus. La malade guérit.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE. — Complications de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles (p. 313).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Action hémostatique de l'eau chaude en obstétrique. — Accouchement à terme. — Infection puerpérale. — Accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée. — Stérilisation du lait. — Allaitement des nouveau-nés (p. 317). — Tubage du larynx. — Syphilis conceptionnelle. — Infection digestive aiguë. — Accidents des sérothérapies. — Zona prémonitoire de la tuberculose. — Fièvre typhoïde et son sérodiagnostic (p. 318). — Sens musculaire et sens des attitudes. — Kystes hydratiques, cirrhose alcoolique hypertrophique (p. 319).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Moelle épinière. — Syringomyélie. — Paralysie pseudo-bulbaire. — Atrophie musculaire neurotique (p. 319). — *Médecine :* Méningite séreuse. — Tuberculine. — Traitement de la gale par la teinture de benjoin (p. 320).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — *Pathological Society of Manchester :* Sarcome de l'avant-bras. — Périsplénite. — Autriche. *Collège des docteurs de Vienne :* Traitement de la goutte (p. 320). — Belgique. *Société belge de chirurgie :* Anus imperforé. — Hernie épigastrique. — Corps étranger du genou. — Tuberculose du rectum. — Paralysies post-chloroformiques. — Rupture tendineuse du triceps fémoral. — *Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles :* Lèpre et syringomyélie. — Lichen plan de Wilson. — Epidémie de folie à Bruxelles. — *Société belge d'anatomie pathologique :* Tumeurs solides des ovaires. — Tumeurs rares des paupières. — Néphrite saturnine. — Anomalie dentaire (p. 322). — Perforation de la trachée (p. 323).
MÉDECINE PRATIQUE. — Catarrhe printanier de la conjonctive et son traitement. — Migrainine (p. 323).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — La démoralisation professionnelle. Mesures à prendre pour en arrêter les progrès (p. 323).

PATHOLOGIE INFANTILE

Complications de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles.

Par le Dr A.-B. Marfan,
Agrégé, Médecin des hôpitaux.

Les complications de la vulvo-vaginite des petites filles peuvent être groupées sous trois chefs; elles se font : 1° par propagation; 2° par inoculation; 3° par infection générale.

I. Complications par propagation. — M. Rocaz a observé une *bartholinite* chez une petite fille de 10 mois, atteinte de vulvo-vaginite (1); il est probable que la *vulvite phlegmoneuse* des petites filles des auteurs allemands représente des accidents du même ordre.

La blennorrhagie *ano-rectale* au cours de la vulvite infantile est fort rare; M. Horand (2) en a pourtant rapporté 4 cas. Dans l'épidémie observée par M. Weil, le thermomètre mis dans le rectum était l'agent de la contagion; il est remarquable qu'il ne se produisit pas d'infection anale.

L'infection gonococcique de la vulve et du vagin chez les fillettes peut gagner les *voies urinaires*. Mais dans ce cas, il est rare que l'infection dépasse la partie antérieure du canal de l'*urèthre*. L'orifice de ce canal présente alors de la tuméfaction, de la rougeur et du suintement; mais les fillettes ne se plaignent presque jamais de douleur à la miction; tout au plus accusent-elles dans certains cas une sensation de cuisson superficielle.

Dans quelques cas exceptionnels, l'uréthrite antérieure donne naissance à un bourgeonnement fongueux de l'orifice externe du canal; ce bourgeonnement se trahit par un bourrelet mollasse, d'un rouge violacé, tout autour de l'orifice et a été désigné sous le nom de *prolapsus de l'urèthre* des fillettes. Ces bourgeons de l'urèthre saignent avec facilité et peuvent donner naissance à de véritables hémorrhagies qu'on a prises à tort pour des ménorrhagies; en réalité, il ne s'agit que d'*uréthrorrhagies* sans gravité (1).

La *cystite* a été très rarement observée. M. Haushalter (2) en a rapporté récemment un cas, survenu chez une petite fille de 8 ans; l'examen bactériologique des urines démontra la présence du *bacterium coli* à l'état de pureté. M. Haushalter croit que l'infection s'est faite de la région ano-vulvaire à la vessie par la voie uréthrale; l'infection aurait été facilitée chez sa petite malade par des oxyures vermiculaires, qui auraient transporté le coli-bacille de l'anus à la vulve. De même, M. Hutinel (3) pense que la cystite blennorrhagique est tout à fait exceptionnelle chez les fillettes. La *cystite infantile est presque toujours coli-bacillaire*. Elle succède à une entérite ou à une rectite; les matières fécales diarrhéiques souillent la vulve et l'infection de la vessie se fait sans doute par la voie uréthrale. Lorsque la cystite coli-bacillaire coexiste avec une vulvite, que celle-ci soit ou ne soit pas gonococcique, elle n'a fait que favoriser la pullulation du *bacterium coli* et son cheminement jusqu'à l'orifice uréthral, en modifiant la vitalité des muqueuses, en altérant les épithéliums, et en déterminant une sécrétion muco-purulente.

L'infection blennorrhagique ordinairement localisée à la vulve et au vagin peut envahir les voies génitales par marche ascendante et atteindre l'*utérus*, les *ovaires*, les *trompes* et le *péritoine*.

La *métrite* existe sans doute dans bon nombre de cas sans que nous puissions la diagnostiquer. Ce qui prouve bien son existence, c'est la possibilité du développement d'une salpingite ou d'une péritonite au cours da la vulvo-vaginite.

La *salpingite* et l'*ovarite* isolées sont assez rares; d'ordinaire elles se compliquent de péritonite et leur histoire se confond avec cette affection. M. Cheadle a pourtant rapporté un cas de pyosalpinx (4). M. Marx (5) affirme qu'en pratiquant le toucher rectal des fillettes atteintes de vulvo-vaginite, on constate souvent de l'empâtement dans les cul-de-sacs latéraux, et il croit avoir été en présence de salpingites avec ovarites consécutives. Ce qui rend cette opinion plausible, c'est que dans les autopsies de fillettes on trouve parfois du pus enkysté dans les trompes.

J'arrive maintenant à la complication la plus grave : la *péritonite* consécutive à la vulvo-vaginite infantile dont on a rapporté un certain nombre d'exemples (6) et dont moi-même j'ai observé deux cas.

1. *Annales de la policlinique de Bordeaux*, sept. 1893, p 47.
2. Horand, Notes pour servir à l'histoire de la blennorrhagie chez la femme. *Lyon médical*, 1888, t. LIX, p. 251.

1. A. Broca, Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles. *Gaz. hebd.*, 1896, p. 313. — A Pourtier, *Prolapsus de l'urèthre chez la femme*, thèse de Paris, 1896. — J. Comby, Hémorrhagies dans la vulvo-vaginite des petites filles. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 oct. 1896.
2. Haushalter, Cystite à colibacilles dans le cours d'une vulvo-vaginite chez une fillette. *Rev. méd. de l'Est*, 1894, n° 6, p. 171.
3. Hutinel, Cystite coli-bacillaire chez les enfants. *Presse médicale*, 18 novembre, p. 625.
4. Cheadle, A case of double pyosalpinx in a child one year and nine months old. *Lancet*, 14 nov. 1891.
5. Marx. Salpingo-ovarites à la suite de la vulvo-vaginite chez les enfants. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er mai 1895.
6. Voir : Arthur Martin, *De la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance aux organes génito-internes et en particulier des péritonites consécutives aux vulvo-vaginites*, thèse de Paris, 1894.

On peut répartir en trois groupes les faits de péritonite blennorrhagique des fillettes.

Dans un premier groupe, on trouve des cas de *péritonite aiguë mortelle*. L'observation de Huber (1) en offre un exemple. Une petite fille de 7 ans est atteinte d'une vulvo-vaginite; brusquement on voit éclater les signes d'une péritonite aiguë; on croit à une perforation de l'appendice; on pratique une laparotomie à la suite de laquelle l'enfant succombe. Au cours de l'opération, on trouve dans le péritoine un liquide séro-purulent; l'appendice et le cæcum sont normaux; la trompe de Fallope du côté droit est épaissie et enflammée. On ne fit pas de recherches bactériologiques. Toutefois il est extrêmement probable qu'il s'agissait d'accidents blennorrhagiques. Dans une observation très analogue de S. Loven (2), on ne fit pas non plus la recherche du gonocoque; mais l'existence d'une polyarthrite pendant le cours même de la péritonite rend très vraisemblable sa nature gonococcique.

Récemment, M. Baginski (3) a rapporté une observation probante. Il s'agit d'une fillette atteinte d'uréthro-vaginite qui succomba rapidement à une péritonite généralisée; l'autopsie montra une collection purulente dans l'espace de Douglas, une salpingite purulente, et dans les ovaires deux petits abcès; dans le pus de ces abcès, on trouva des gonocoques et des staphylocoques.

Dans un second groupe de faits, il s'agit de *péritonites aiguës qui guérissent* et ces faits ne sont pas rares : tantôt ces péritonites curables sont *généralisées;* tantôt elles sont limitées au péritoine pelvien et iliaque; ce sont des *pelvi-péritonites*. Mes deux observations personnelles représentent les deux types de ce groupe.

Péritonite aiguë sous-ombilicale au cours d'une vulvo-vaginite. Guérison. — Une fillette de 9 ans est conduite à l'hôpital le 3 juillet 1894, parce qu'elle a des pertes depuis 5 ou 6 mois, la vulve est rouge et tuméfiée, couverte de croûtes jaunâtres; les linges de l'enfant présentent de nombreuses taches, l'hymen est intact, l'urèthre est enflammé. On la traite par les lavages de permanganate de potasse à 1/1000.

Le 4 juillet, l'enfant se plaint du ventre qui est douloureux à la pression, et le soir la température atteint 38°6. Dans la nuit, il survient des vomissements verdâtres.

Le 5, la température est à 39°3, le faciès est grippé, le ventre n'est pas très gros, mais il est tendu et très douloureux dans toute la région sous-ombilicale. Le pouls est rapide, mais fort; la fillette n'est pas abattue. On prescrit XV gouttes d'élixir parégorique pour immobiliser l'intestin, une potion de Todd, une vessie de glace sur le ventre, du lait glacé. L'enfant a encore des vomissements porracés. Le soir on applique une ventouse scarifiée au niveau de chaque fosse iliaque; la température est de 38°8.

Le 6, l'état s'est amélioré, le ventre est un peu distendu et l'exploration ne permet de constater ni empâtement, ni ascite; la température est de 37°4; il n'y a eu qu'un vomissement pendant la nuit. Le soir, la température est à 38°. Le 7 juillet, la température est encore à 38°5, mais le mieux s'accentue et peu à peu tous les troubles s'effacent. Le 10, elle est hors de danger.

En résumé, péritonite aiguë légère, surtout sous-ombilicale, avec guérison rapide.

Dans la seconde observation, la malade a aussi guéri, mais la péritonite a été généralisée et les symptômes ont été beaucoup plus graves (4).

Péritonite généralisée grave au cours d'une vulvo-vaginite. Guérison. — Une fillette de 11 ans entre, le 12 décembre 1894, à l'hôpital des Enfants, pour une scarlatine compliquée de diphthérie. Elle est traitée par le sérum antidiphthérique dans une salle d'isolement du pavillon Trousseau. La diphthérie guérit assez vite. La scarlatine évolua sans accidents.

Le 9 janvier 1895, au 27e jour de sa scarlatine, après un examen de sa bouche, désinfection de son corps et de ses vêtements, elle est évacuée au service de la scarlatine. Nous l'examinons alors et nous la trouvons sans fièvre, mais très amaigrie, très pâle; elle présente de la paralysie du voile du palais, et un *écoulement vulvo-vaginal* abondant, verdâtre. M. J. Hallé décèle le gonocoque dans le liquide vulvaire. On fait les lavages avec la solution de permanganate de potasse au 1/1000.

Deux jours après, le 11 janvier, l'enfant se plaint du ventre; le soir, la température est à 38°.

Le 12, la température est normale, mais les douleurs abdominales ont augmenté; le ventre est très ballonné, sonore partout; à la pression, il est très douloureux dans toute son étendue, surtout au niveau des fosses iliaques. Le soir, le tympanisme est énorme, la température est à 39°6; le faciès est légèrement grippé, la langue est sale; le pouls est rapide et irrégulier, il se produit des nausées, puis des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux; il y a eu une évacuation naturelle; l'écoulement vaginal est très abondant. Trois gouttes de laudanum, cataplasmes laudanisés.

Le 13, la situation a empiré, le faciès est plus altéré, la faiblesse est extrême; à la paralysie du voile du palais se joint de la paralysie de la nuque. Nous demandons à M. Brun son avis au sujet d'une intervention chirurgicale; M. Brun est d'avis de s'abstenir (ventouses scarifiées sur les fosses iliaques, café, potion de Todd, champagne, glace sur le ventre). Le soir, la température est à 38°, le pouls faiblit, les yeux s'excavent, météorisme énorme, vomissements porracés, palpation extrêmement douloureuse.

Le 14, la situation s'aggrave, la langue se dessèche, les extrémités se refroidissent. 4 sangsues sur le ventre. Quelques gouttes de laudanum. Dans la journée, il y a une évacuation naturelle.

Le 15 et le 16, la situation est la même, la douleur est surtout périombilicale et sous-hépatique, la température reste à 39°.

Le 17, la température est à 38°; la langue est moins sèche, pas de vomissements, les autres symptômes sont les mêmes.

Le 18, la température est normale et elle l'est toujours restée depuis lors; le pouls est à 136°, langue meilleure, visage moins altéré. Le 19, trois selles abondantes et très fétides, ventre moins tendu et moins douloureux, écoulement vaginal peu abondant. Lavement avec 1 gramme de salol.

A partir de ce moment, l'amélioration a été progressive, les signes de péritonite ont disparu; mais l'état de faiblesse est extrême. Le 23, la malade s'asseoit sur son lit, le ventre est souple et indolore, on administre de la teinture de noix vomique pour combattre l'asthénie musculaire qu'a laissée la paralysie diphthérique. Le 4 février, l'enfant se lève un peu, il ne lui reste qu'un léger nasonnement de la voix, vestige de sa paralysie diphthérique.

Enfin, dans un dernier groupe, nous trouvons les cas de *salpingite chronique*, de *pelvi-péritonite adhésive subaiguë ou chronique*, observés à l'autopsie de jeunes filles vierges. Sänger a montré que ces lésions relevaient sans doute de la vulvite gonorrhéique des petites filles. La vulvite peut donc se compliquer de salpingite et de péritonite sans qu'il se produise une vive réaction du péritoine, et sans que le médecin soit consulté, les enfants n'éprouvant aucune douleur, aucun trouble abdominal.

Très probablement, la péritonite n'est pas due à une infection par les lymphatiques, ceux de la vulve n'ayant pas de relations avec les régions profondes; elle est due à une infection génitale ascendante, par le vagin, l'utérus et les trompes (cas de Huber, de Loven, de Baginski).

Une conclusion pratique découle des faits que je viens d'exposer. En présence d'une fillette atteinte d'une pé-

1. *Arch. f. Pediatrics*, 1889, p. 887.
2. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, t. XXVI, fasc. III et IV, 1887.
3. *Société de médecine berlinoise*, 4 et 11 mars 1896.
4. Cette observation a été déjà rapportée par M. Arthur Martin.

ritonite aiguë, il faut toujours chercher la vulvo-vaginite qui est, avec l'appendicite, l'infection pneumococcique et la fièvre typhoïde, une des grandes causes de cette affection.

II. — Complications par inoculation a distance. — L'*ophthalmie* purulente blennorrhagique est assez fréquente dans la vulvo-vaginite. Dans les services de médecine, nous observons assez rarement cette coexistence; mais je tiens de M. J. Hallé, ancien interne de M. Brun, que, dans le service consacré aux maladies des yeux, la coexistence d'une ophthalmie blennorrhagique avec la vulvo-vaginite est fréquente. Cette particularité est due à ce que l'affection oculaire attire facilement l'attention et détermine de suite l'envoi dans un service d'oculistique. La coexistence de vulvite et d'ophthalmie s'explique, soit par une contamination simultanée des deux muqueuses, ce qui ne peut guère se produire que chez l'enfant naissant, au moment de la parturition, soit par une infection de la vulve aux yeux ou des yeux à la vulve, par l'intermédiaire des doigts.

III. — Infection généralisée (gonohémie). — Les arthrites blennorrhagiques. — La vulvite se complique assez souvent d'arthropathies semblables, à peu de chose près, à celles du rhumatisme blennorrhagique de l'adulte; et cette circonstance est un des grands arguments en faveur de sa nature blennorrhagique.

On sait aujourd'hui que le gonocoque peut pénétrer dans la circulation et déterminer une infection généralisée que j'ai proposé naguère de désigner sous le nom de *gonohémie*. La manifestation la plus importante de le gonohémie est le *rhumatisme blennorrhagique*.

Il n'y a pas bien longtemps, il était généralement admis que le rhumatisme blennorrhagique n'existe pas chez l'enfant. Ce n'est guère qu'en 1885 qu'on a commencé à en rapporter des exemples. En 1885, Clément Lucas rapporte l'histoire d'un nouveau-né dont l'ophthalmie purulente se compliqua d'arthrite du genou; la même année, Philpot raconte le cas d'une fillette de 9 ans qui, violée par un jeune homme atteint de blennorrhagie, eut une vulvo-vaginite suivie d'arthrites du pied, de la nuque et de douleurs du talon. Depuis, les observations se sont multipliées.

L'arthrite blennorrhagique des enfants a été constatée une vingtaine de fois après la vulvo-vaginite blennorrhagique (1); j'en donne plus loin deux observations personnelles qui sont inédites. Elle est survenue une quinzaine de fois (2) après l'ophthalmie blennorrhagique. Elle n'a été rencontrée qu'une seule fois dans l'uréthrite blennorrhagique des petits garçons (3).

Non seulement le rhumatisme blennorrhagique s'observe dans l'enfance, mais il peut s'observer dès les premiers jours de la vie; c'est alors l'ophthalmie qui est ordinairement en cause; on l'a rencontré chez des enfants de 12 à 18 jours (Cl. Lucas).

Dans la vulvite infantile, le rhumatisme blennorrhagique est assez précoce; il peut s'observer dès le 9ᵉ jour de la maladie (Lop) et ne se voit plus guère 4 mois après le début.

L'invasion est souvent fébrile et accompagnée d'anorexie, d'abattement, de céphalalgie; parfois se montrent dès le début des douleurs vagues très intenses (Béclère). Peu après, ces phénomènes généraux s'atténuent ou disparaissent, et alors survient la tuméfaction douloureuse des jointures. L'arthropathie blennorrhagique peut être mono-articulaire; elle frappe alors presque exclusivement le genou. Ailleurs, elle atteint plusieurs articulations; comme le rhumatisme franc de l'enfance, elle est *oligo-articulaire*, mais elle est fixe, tandis que le rhumatisme vrai est mobile et saute facilement d'une articulation à une autre. Les jointures le plus souvent atteintes sont, par ordre de fréquence : le genou, le poignet, le cou-de-pied, les petites articulations de la main et du pied, l'articulation coxo-fémorale. Les gaines synoviales des tendons voisins de l'articulation participent ordinairement à l'inflammation; parfois la synovite tendineuse est la principale lésion.

La jointure atteinte est douloureuse, gonflée, chaude, recouverte par une peau tendue, luisante, rosée ou rouge; parfois l'aspect est celui d'une arthrite purulente; mais la résolution s'opère sans incidents; dans un cas de Lindermann, une ponction du genou gauche permit de retirer du pus dans lequel on trouva du gonocoque; l'arthrite guérit pourtant sans autre intervention. Dans les articles dont l'exploration est facile, comme le genou, on découvre habituellement des signes d'épanchement intra-articulaire.

La guérison complète, terminaison habituelle de la maladie, survient de 5 à 50 jours après le début. La durée moyenne est d'une quinzaine de jours.

Dans un cas de M. Ollivier, il survint une atrophie musculaire du bras correspondant à l'articulation malade; cette atrophie céda rapidement à l'action des courants continus. On n'a pas observé chez l'enfant les terminaisons par ankylose et par arthrite noueuse. Le pronostic est donc beaucoup plus favorable que chez l'adulte. Toutefois, chez les nouveau-nés, la maladie peut se terminer par la mort. M. Griffon a observé une fillette de 3 semaines qui fut prise, peu après sa naissance, d'une arthrite du poignet et d'une arthrite de la hanche consécutives à une ophthalmie et à une vulvite blennorrhagiques : elle succomba en peu de jours à une sorte de cachexie aiguë avec hypothermie.

Je donne ici le résumé de deux observations personnelles :

Fillette de 2 ans 1/2. Elle couche avec sa mère qui a un écoulement. Depuis une dizaine de jours, on a découvert des pertes génitales et depuis 2 jours elle souffre dans la main droite. A son entrée, on trouve une tuméfaction douloureuse et rouge du poignet et de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire; l'enfant ne crie que lorsqu'on la touche. Malgré l'administration du salicylate de soude et le traitement

1. Les observations relatives au rhumatisme blennorrhagique dans la vulvo-vaginite sont réunies dans la thèse de Vignaudon (L'arthrite blennorrhagique chez l'enfant, thèse de Paris, 1893) et dans celle de Vanuxcem (Etude sur le rhumatisme blennorrhagique de l'enfant, thèse de Paris, 1895), sauf les suivantes : Moncorvo, Sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant, *Médecine infantile*, 1894, p. 363; — Isnardi, Académie de médecine de Turin, 2 février 1894; analyse in *Médecine moderne*, 1894, p. 417; — Seiffert, *Jahrb. f. Kinderh.*, 1896, t. XLII, fasc. 1, p. 13.

2. C. Lucas, Gonorrhœal rhumatism in an infant the result of purulent ophtalm. *Opht. Rew.*, n° 42, p. 114 (3 cas). — Fendick, *Brit. med. Journal*, 31 octobre 1885 (1 cas). — Widmark, *Archiv. f. Kinderheilkunde* 1885 (1 cas). — Loven, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, fasc. 3 et 6, 1887. — Deutschmann, *Archiv. f. Opht.*, 1890, p. 107 (2 cas). — Lindermann, *Beiträge zur Augenheilkunde*, 1892, n° 5, p. 31 (1 cas) — Escherich, cité par Cohen Brach, Die urogenitale Blennorrhoe der kleinen Mädchen. *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, octobre 1896, p. 375 (1 cas). — Moncorvo, Sur le rhumatisme blennorrhagique de l'enfant. *Médecine inf.*, 1894, p. 363 (1 cas). — Darier, *Arch. d'opht.*, 1889, p. 175. (Dans la thèse de Vanuxcem, les observations XVIII et XXV ne sont que l'observation de Darier deux fois répétée.) — Morax. *Progrès médical*, 1892. — Haushalter, Rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né. Comm. au Deuxième Congrès français de médecine de Bordeaux, août 1895. *Archives clin. de Bordeaux*, novembre 1895, p. 495 (1 cas). — V. Griffon, Arthrites suppurées à gonocoques chez un nouveau-né. *La Presse médicale*, 19 février 1896, p. 88 (1 cas).

3. Vanuxcem, *Loco cit.*, p. 59.

de la vulvite, la situation reste stationnaire pendant 10 jours; au bout de ce temps, la tuméfaction diminue à droite, mais le poignet gauche se prend; 3 jours après, disparition presque totale de toutes les arthropathies. Rien au cœur; pas d'albuminurie; il n'y a eu de fièvre que pendant les 2 premiers jours de son séjour à l'hôpital. M. Boulloche a trouvé des gonocoques dans les sécrétions vaginales.

Fillette de 3 ans. Depuis quelques jours, la mère s'est aperçue que l'enfant avait des pertes blanches. M. J. Hallé trouve le gonocoque dans le liquide vulvaire. Quatre jours après son entrée à l'hôpital, la fillette présente du gonflement de la face dorsale des deux mains; au repos, la fillette ne souffre pas; mais elle crie dès qu'on la touche. Le lendemain, les synoviales des extenseurs, des deux mains sont nettement tuméfiées et la peau de la main est rouge, tendue, douloureuse. Une semaine après le début, l'affection avait disparu.

L'infection gonohémique ne se manifeste pas uniquement par les arthropathies; elle peut aussi engendrer des lésions viscérales parmi lesquelles il faut citer l'*endocardite* et la *pleurésie*.

Chiario et Isnardi ont rapporté le cas d'une fillette de 10 ans, atteinte de vulvo-vaginite à la suite d'un viol, qui fut prise de fièvre et de douleurs à l'épaule gauche, aux genoux, aux pieds; peu après, on constata l'existence d'une insuffisance mitrale et d'une pleurésie gauche; par la ponction de la plèvre, on retira un liquide séreux dans lequel le Dr Mazza découvrit le gonocoque (1).

On n'a pas observé de déterminations cutanées de la gonohémie chez l'enfant. Dans ces derniers temps, Litten a signalé chez l'adulte des *chorées* d'origine blennorrhagique (2); désormais nous devrons donc rechercher la vulvite chez les fillettes choréiques.

Donc, en présence d'une enfant atteinte d'une arthrite aiguë ou subaiguë, il faut se demander si l'affection n'est pas d'origine blennorrhagique et examiner la vulve et les yeux avec soin. On se souviendra que, tandis que l'arthrite blennorrhagique est de tous les âges, le rhumatisme articulaire aigu franc est très rare au-dessous de cinq ans.

De l'ensemble des faits que je viens de retracer, il résulte que le rôle pathogénique de la vulvite infantile est considérable, beaucoup plus considérable qu'on ne le pensait naguère. Le médecin devra s'enquérir de l'état de la vulve de toute fillette malade. A l'hôpital, il faudra toujours faire l'examen direct des organes génitaux externes; cette pratique pourra seule empêcher les contaminations qui, je le crains, n'ont été autrefois que trop fréquentes dans le milieu nosocomial.

Traitement. — Dès que la vulvite est reconnue, on doit prendre les mesures prophylactiques destinées à empêcher la propagation de l'affection; ces mesures découlent de ce qui a été exposé au sujet de la contagion. Puis il faut mettre en œuvre immédiatement le traitement curatif. Nous employons surtout le permanganate de potasse dont l'efficacité dans les affections à gonocoques a été démontrée par les travaux de M. Janet.

Tous les jours, et une seule fois par jour, jusqu'à guérison complète, en les prolongeant quelques jours après la guérison, on pratique des lavages vulvaires et des injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse au 1/1000.

L'enfant est placée dans la position obstétricale, couchée en travers de son lit sur un carré de caoutchouc dont les deux coins, pendants sur les cotés, sont épinglés pour former une gouttière qui conduit le liquide dans un seau. Le lavage est fait avec un bock laveur contenant un demi-litre de la solution tiédie. On commence par promener le jet sur la région clitoridienne, les lèvres, l'hymen, l'anus. Puis on adapte à la canule une petite sonde en caoutchouc que l'on fait pencher dans le vagin par l'orifice de l'hymen. Cette introduction est ordinairement facile. On fait passer ainsi dans le vagin les deux tiers du liquide sous une pression modérée. Puis on lave encore la vulve. Dans la journée, l'enfant est nettoyée et garnie avec de l'ouate stérilisée après chaque miction.

Dans la plupart des cas, ce traitement aboutit à la guérison en trois semaines environ.

Mais il y a des formes rebelles. Alors, il s'agit le plus souvent de vulvites très anciennes dans lesquelles le gonocoque fait parfois défaut. Quand on a constaté l'inefficacité du permanganate de potasse, on essaie des lavages avec une solution de sublimé à 1/10000 ou de résorcine à 1/100; ou de nitrate d'argent à 1/3000; si on ne réussit pas, on mettra dans le vagin des bougies à l'iodoforme, et on appliquera sur la vulve une pommade antiseptique, soit à l'iodoforme au 1/30, soit à l'ichtyol au 1/30, soit au précipité rouge au 1/100.

En luttant avec persévérance, on finira par triompher de l'affection, et ainsi on mettra l'enfant à l'abri des complications, quelquefois très sérieuses, qui peuvent en découler.

Il est bon d'ajouter que ce traitement local, facile à mettre en œuvre à l'hôpital, est difficilement accepté en ville par les familles, surtout lorsqu'il s'agit de fillettes un peu grandes. Le médecin aurait mauvaise grâce à insister outre mesure; mais il devra dire, avec la discrétion nécessaire en pareil cas, que, sans traitement, l'affection sera très longue et pourra se compliquer d'accidents divers.

Certaines complications réclament un traitement spécial.

Les hémorrhagies qui se produisent par l'orifice externe de l'urèthre enflammé, cèdent à la cautérisation de bourgeons fongueux avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 répétée trois ou quatre jours.

Contre la péritonite, en outre du traitement médical, la laparotomie sera indiquée dans certains cas; mais à l'heure présente, les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en déterminer les indications d'une manière précise.

Le traitement du rhumatisme blennorrhagique doit être général et local. Le salicylate de soude, le salophène, l'antipyrine soulagent la douleur et diminuent la fluxion articulaire; on pourra les employer aux doses qui conviennent à l'âge de la fillette. Au point de vue local, il faut immobiliser les articulations malades dans une épaisse couche d'ouate. Si l'enfant ne tolère pas le traitement interne, on pourra, avant d'envelopper la région, l'oindre avec une pommade à l'acide salicylique.

Quand il se produit un épanchement abondant et persistant, il faut pratiquer une ponction. Dans le cas où le liquide est purulent, on sait que la résorption n'est pas impossible. Toutefois si, après la première évacuation, le liquide se reproduit, il faut pratiquer l'arthrotomie suivie de lavage et de drainage de l'articulation. Dans la période de convalescence, on traitera les raideurs articulaires par la mobilisation. le massage, les douches, les bains sulfureux; les atrophies musculaires sont justiciables de l'électrisation (1).

1. Chiaro et Isnardi, *Gaz. med. di Torino*, 10 février 1894. — Carlo Mazza, *Giorn. delle R. Acad. di med. di Torino*, fasc. III, 1894.

2. Litten, La péliose et la chorée gonorrhéique. *Soc. de méd. int. de Berlin*, 18 décembre 1894.

1. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1897.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. A. de Cazis de Lapeyrouse. *De l'action hémostatique de l'eau chaude en obstétrique.* N° 152.

M. Charles Cros. *De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme.* N° 181.

M. A. Thoizon. *Sur un point du traitement de l'infection puerpérale.* N° 119.

M. S. Corinin. *Etude statistique sur la durée et le pronostic de l'accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée.* N° 165.

M. G. Sénèque. *De l'étude comparative de la stérilisation du lait.* N° 173.

M. L. Héry. *Sur l'allaitement des nouveau-nés* N° 166.

M. A. Pelletier. *Tubage du larynx non diphthérique de l'enfant dans certaines formes de laryngite aiguë.* N° 157.

M. Marlier (Paul). *Etude sur la syphilis conceptionnelle immédiate.* N° 163. (H. Jouve.)

M. Ardoin (Charles). *Contribution à l'étude de l'infection digestive aiguë chez le jeune enfant (variétés rares).* N° 121. (G. Carré et C. Naud.)

M. Ungauer (Louis). *Les accidents des sérothérapies (étiologie et prophylaxie).* N° 141. (Soc. d'Edit. scient.)

M. Rouher (Louis). *Du zona prémonitoire de la tuberculose.* N° 201. (H. Jouve.)

M. Couture (André). *La fièvre typhoïde chez l'enfant et son séro-diagnostic.* N° 200. (G. Steinheil.)

M. Chereghewski (Jacques). *Le sens musculaire et le sens des attitudes.* N° 109. (Jouve.)

M. Z. Kahn (Léon). *Etudes sur la régénération du foie dans les états pathologiques (kystes hydratiques, cirrhose alcoolique hypertrophique).* N° 185. (Asselin et Houzeau.)

L'*eau chaude* est employée aujourd'hui par presque tous les accoucheurs pour combattre l'inertie utérine et les hémorrhagies qui en sont la conséquence. Elle a pris place dans la thérapeutique obstétricale classique. D'après M. de Cazis de Lapeyrouse elle doit remplacer dans tous les cas l'ergot de seigle. L'eau chaude jouit en effet de propriétés hémostatiques remarquables, grâce à son action excitante sur la fibre musculaire de l'utérus, à laquelle viennent se joindre, par ordre d'importance décroissante, son action sur la circulation générale, sur le sang, et sur les vaisseaux. Et si l'on ne doit pas compter sur les injections à 48° pour se rendre maître de toutes les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail et avant l'expulsion du placenta, elles sont souvent suffisantes, et, dans les cas rebelles, toujours bienfaisantes. L'indication réelle est l'inertie utérine, se traduisant soit par les hémorrhagies qui surviennent immédiatement après la délivrance soit pendant la période d'involution.

La déchirure et la *rétention des membranes* reconnaissent le plus souvent pour cause des adhérences consécutives à une endométrite. Quelquefois elles sont produites par une manœuvre de délivrance. Il faut donc, dit M. Cros, surveiller avec soin la sortie du placenta, qui est facilitée par la réduction de l'antéflexion utérine, normale après l'expulsion du fœtus. Faute souvent d'avoir exécuté cette manœuvre, avant d'exercer des tractions sur le cordon, ou pour avoir hâté la délivrance, on peut toujours avoir de la rétention des membranes, qui expose la femme à des complications immédiates (hémorrhagies graves, infection) et à des accidents tardifs (métrite chronique, déciduome).

Les accidents immédiats peuvent être évités par une antisepsie sévère. Mais la rétention une fois diagnostiquée, il faut se tenir prêt à agir et, en attendant, faire une antisepsie sévère. Les symptômes d'infection doivent être traités au début par le lavage utérin. S'ils ne cèdent pas rapidement, on doit pratiquer le curetage.

Les indications du curetage sont précisées par M. Thoizon. Il est indiqué toutes les fois que, le diagnostic de septicémie puerpuérale étant établi, on n'obtient pas au bout de 24 heures un abaissement de la température et du pouls par l'emploi des injections intra-utérines intermittentes ou continues, quelle que soit la période des suites de couches où l'on soit parvenu. Cependant, à moins de phénomènes graves ou de tendance rapide à la généralisation, on attendra le troisième jour qui suit l'accouchement pour intervenir.

Si donc chez une nouvelle accouchée la température dépasse 37°8 et le pouls 100 pulsations, et que rien dans les autres organes n'explique cet état, il faut intervenir localement.

Quelle doit être cette intervention? Le curetage suffit-il dans tous les cas? Non, car le curetage est un moyen aveugle pour détacher des cotylédons adhérents; aussi bien après l'accouchement à terme qu'après l'avortement ceux-ci doivent être enlevés avec la main ou les doigts introduits dans la cavité utérine : la curette mousse ne doit être employée qne contre la rétention des membranes et des caillots. C'est dire que dans l'avortement, le curetage ne sera que le complément du curage.

D'une étude très complète sur le dégagement en OS, M. Corinin croit pouvoir conclure qu'on en a exagéré les difficultés et les dangers. Il est d'abord assez rare : 0, 56 p. 100. La terminaison spontanée est plus que « possible » ; elle est ordinaire : 96, 23 p. 100. La durée du travail et de l'expulsion chez les multipares ne dépasse guère celle du dégagement en OP : elle est en moyenne pour le travail de 7 h. 56', pour l'expulsion de 35' 45''. La durée du travail et de l'expulsion chez les primipares n'est que légèrement augmentée et, par conséquent, l'opinion de beaucoup d'auteurs que le travail, très laborieux et pénible, dure plusieurs heures en plus ne paraît pas fondée : la durée moyenne du travail chez les primipares est de 14 h. 7'.

La durée moyenne de l'expulsion est de 2 h. 14 en comptant une unique expulsion de 7 h. 25, et elle n'est que de 1 h. 53 sans elle.

La mortalité maternelle est nulle dans les statistiques de M. Corinin. La mortalité infantile pendant le travail est de 1,78 p. 100, alors qu'elle est de 0,48 p. 100 dans les autres variétés. On a eu à enregistrer quelques légères déchirures du périnée, mais pas une seule fois ces vastes déchirures dont parlaient les auteurs, qui signalaient « des ruptures centrales du périnée et des déchirures étendues comprenant le sphincter anal et la cloison recto-vaginale ».

Excepté quelques manifestations fébriles passagères, il n'y a eu aucun accident fâcheux : ni la rétention d'urine, ni les fistules urinaires ou stercorales, ni les eschares.

La question de la stérilisation du lait demeure à l'ordre du jour. M. Sénèque, après avoir rejeté la stérilisation à l'autoclave qui donne un lait dénaturé dans sa composition physiologique, dans sa saveur, sa couleur et sa densité, pense qu'il faut s'en tenir au procédé Gentile qui est le procédé le plus courant. Bien qu'il altère la composition chimique du lait, il présente les meilleures garanties quant à la destruction des microbes ou spores pouvant se trouver dans ce liquide. Ce lait n'a ni odeur, ni saveur, ni couleur particulière, et semble être assez bien toléré par les enfants.

C'est donc à lui qu'il faudra avoir recours, tant qu'un nouveau procédé permettant au lait de garder ses propriétés physiologiques n'aura pas été inventé.

Le lait coupé d'eau distillée à moitié, et stérilisé d'après cette méthode, a constamment donné de bons résultats; mais on ne doit pas en continuer l'usage jusqu'au sevrage, car l'enfant ne pourrait se contenter de ce lait qui serait trop faible pour son âge, ou bien il faudrait lui en donner trop.

La méthode de stérilisation par chauffes à basse température paraît infidèle, à moins de continuer les chauffes 5 à 6 jours de suite, ce qui l'empêche d'être pratique.

M. Héry pense que le lait le mieux stérilisé ne vaut pas le lait maternel, même lorsqu'il paraît tout d'abord insuffisant. Avec M. Lepage, il cherche à établir qu'une femme allaitant pour la première fois a d'autant plus de chances de devenir rapidement une nourrice suffisante pour son enfant, que d'emblée elle le nourrit seule, *exclusivement*.

Donc pas d'eau bouillie, de lait stérilisé secourable ou d'aide par une autre nourrice tant qu'il n'est pas réellement constaté que la nutrition de l'enfant est véritablement insuffisante. L'allaitement maternel dans les premiers jours de la naissance, doit être une règle qui supporte peu d'exceptions.

Il est certaines laryngites aiguës non diphthéritiques de l'enfant qui se caractérisent par une dyspnée semblable à celle du croup. M. Pelletier attire l'attention des médecins sur la difficulté de faire le diagnostic, qui devient impossible si on ne considère que l'état dyspnéique. Il peut se faire, au contraire, si on tient compte de l'absence de fausses membranes sur le pharynx et dans l'expectoration, de l'absence d'engorgement ganglionnaire et d'œdème du cou, de l'absence d'albumine dans les urines, de l'intégrité complète de l'état général dans la laryngite aiguë.

L'examen bactériologique n'a pas, dans ces cas de laryngite, l'extrême importance qu'il présente dans les angines pseudo-membraneuses, parce que les accidents menaçants d'asphyxie commandent une même conduite, que la diphthérie soit en cause ou non, parce que l'ensemencement n'est probant que si on va cueillir le mucus ou la fausse membrane dans le larynx; parce qu'un ensemencement, même positif en apparence, peut en imposer, si on se trouve en présence du bacille diphthérique court dont le rôle pathogénique n'est pas déterminé.

Le traitement de ces formes de laryngite est d'abord médical, Si ce traitement échoue, il ne faut pas temporiser devant un tirage permanent et progressif, il importe de rétablir le cours des voies aériennes par le tubage ou la trachéotomie : la mort peut résulter de l'inaction.

Le tubage du larynx constitue l'intervention de choix par son innocuité et sa facilité. Même s'il ne sauve pas la vie de l'enfant, en rétablissant la respiration normale, il épargne ses forces et donne le temps d'établir un diagnostic précis de la nature de l'affection.

Il existe chez la femme une syphilis spéciale qui lui est communiquée pendant la grossesse par son enfant engendré par un père syphilitique.

D'après M. Marlier cette syphilis a pour caractères particuliers :

1° De coïncider avec une grossesse qui se termine par avortement ou par l'expulsion d'un fœtus syphilitique;

2° D'être une syphilis sans chancre, une syphilis « décapitée » ;

3° De débuter par des accidents généralisés d'emblée.

La non-existence du chancre peut être prouvée de la façon suivante :

1° Absence de chancre au moment de l'examen;

2° Absence du bubon satellite du chancre, et qui lui survit;

3° Absence d'accidents contagieux sur le mari.

Et s'il s'agit d'une prostituée, on peut ajouter ;

4° Non-constatation de l'accident primitif par le médecin chargé des visites médicales périodiques;

5° Enquête au sujet de la contamination possible de ceux qui ont joui des faveurs de la malade, négative.

La contamination de la mère par le fœtus semble se faire par la voie placentaire.

Au point de vue pratique, il en résulte « qu'un mari syphilitique peut être dangereux pour sa femme non pas seulement en tant que mari mais en tant que père — en tant que père, c'est-à-dire par les enfants qu'il peut engendrer ».

L'infection digestive aiguë de l'enfant peut être produite par certains laits non altérés et même par le lait de femme. Pour M. Ardoin c'est au régime alimentaire de la nourrice ou à la surcharge alimentaire du nourrisson qu'il faut attribuer ce phénomène. Ces infections sont généralement bénignes.

La cause la plus fréquente de l'infection aiguë du tube digestif chez l'enfant est le lait altéré. Dans ce cas, les phénomènes morbides sont dus le plus souvent au bacterium coli commune, que l'on trouve avec la même virulence dans le lait et dans les selles des petits malades. Mais il n'y a pas un microbe unique de cette affection. On a trouvé parfois, au lieu du bacterium coli, le tyrothrix, le streptocoque, le staphylocoque. On a cité quelques cas dus au bacille pyocyanique. M. Ardoin a rapporté les rares cas dus au bacillus proteus et le premier cas à bacillus mesentericus.

Ces microbes peuvent arriver dans le tube digestif de l'enfant par une autre voie que le lait. Quelle que soit l'étiologie, le tableau symptomatique est à peu près toujours identique. Quelquefois, cependant, on pourra penser à une infection pyocyanique, si une diarrhée intense, avec ou sans hémorrhagie, une hyperthermie considérable, l'hypertrophie de la rate, la prostration donnent à la maladie une physionomie typhoïde ou, mieux encore, s'il existe sur le tégument cutané soit des éruptions hémorrhagiques, soit une suppuration bleue; on pourra parfois soupçonner une infection par le bacille mésentérique s'il y a contraste entre l'intensité de la diarrhée et le peu de retentissement général; le plus souvent ces caractères sont peu tranchés et le seul moyen d'assurer le diagnostic est de pratiquer l'examen bactériologique des selles (lamelles, cultures, expérimentation).

Le traitement de ces infections digestives dont le pronostic au moins pour le pyocyanique est très grave, ne diffère en rien de celui que l'on emploie dans toutes les infections digestives aiguës.

Des phénomènes secondaires, mal dénommés accidents, vu leur très habituelle bénignité, suivent parfois l'usage des sérums thérapeutiques. Ils ne relèvent ni de la toxine qui a servi à l'immunisation, ni de l'antitoxine fabriquée par l'animal, mais du sérum employé dans chaque cas particulier, c'est-à-dire le véhicule du remède.

M. Ungauer fait de plus observer que le sérum d'une même espèce étant très diversement toxique selon l'animal qui l'a fourni, et les sujets injectés étant différemment susceptibles à l'introduction d'un sérum étranger, les effets toxiques d'un échantillon donné de sérum sont déterminés par ces deux facteurs : nocivité des humeurs de l'animal, réceptivité du malade.

Les associations microbiennes, celle du streptocoque surtout, peuvent jouer un rôle dans la détermination des accidents plus graves exceptionnellement observés dans la diphthérie en particulier : soit que le sérum renforce la virulence des germes associés, soit qu'il diminue la résistance de l'organisme à une infection surajoutée. Pour éviter les accidents, il est indiqué d'agir sur les sérums thérapeutiques.

a) Soit en augmentant leur pouvoir curateur, pour enfermer sous un volume minimum l'effet antitoxique utile;

b) Soit en les traitant par des moyens physiques (tels que la chaleur limitée) ou chimiques, qui respectent leurs propriétés thérapeutiques et détruisent leurs propriétés toxiques :

c) Soit en extrayant chimiquement de chacun des sérums le principe actif.

Le zona peut être dans certains cas un symptôme prémonitoire de tuberculose. Il évolue chez des sujets en apparence sains, mais en puissance de l'infection bacillaire qui éclatera après un temps plus ou moins long.

Pour M. Rouher il l'est au même titre que les signes prégranuliques signalés par les auteurs classiques tels que le myoœdème, la dyspepsie, l'albuminurie, etc. Parmi les petits signes de la tuberculose le zona lui paraît être un des plus importants. La symptomatologie n'emprunte d'ailleurs rien de particulier à la tuberculose.

Il semble dû à une infection du système nerveux, moelle, ganglions rachidiens ou nerfs par les toxines du bacille de Koch, cette infection paraissant évoluer de préférence sur un terrain névropathique ou neuro-arthritique.

La fièvre typhoïde de l'enfance présentait souvent jusqu'à ce jour des difficultés insurmontables de diagnostic, son type clinique variant essentiellement avec les diverses étapes de la vie.

Toutes les études qui ont été faites au sujet de la séro-réaction de Widal chez l'adulte se sont trouvées applicables à l'enfance, ont été répétées pour le jeune âge, et ont donné des résultats absolument semblables exposés par M. Couture.

Pour lui si, au point de vue doctrinal, le séro-diagnostic ne doit pas encore être considéré comme une preuve absolue de spécificité, étant données les causes d'erreur avec lesquelles on

doit compter, c'est du moins un argument d'une extrême valeur. Toutes les fois que chez un enfant malade, et n'ayant pas encore eu la fièvre typhoïde, le séro-diagnostic sera positif et parfaitement net, il permettra d'affirmer l'infection ébertienne.

Le séro-diagnostic négatif, constaté au plus tôt après le 10° jour de la maladie, fournira une grande probabilité contre le diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Chereschewski, pour qui la notion d'un sens musculaire, définissant les positions et les mouvements des membres et du corps par la conscience de la contraction musculaire, doit être totalement abandonnée, propose de la remplacer par la double notion suivante :

1° *Le sens des attitudes segmentaires* ou *totales* qui correspond à la notion clinique de conscience de la position des membres et du corps, — les mouvements passifs ou actifs n'étant perçus que comme variations d'attitudes.

2° Dans le cas de mouvements actifs, la *sensation d'innervation* telle que l'a définie Wundt, correspondant à la conscience de la réalisation active et volontaire du maintien ou de la variation des attitudes. Dans cette sensation n'intervient aucune conscience de l'activité ou même de l'existence de nos muscles.

Démontrée dans les faits expérimentaux, la régénération du foie existe dans certains états pathologiques. C'est ce que démontre M. Kahn en s'appuyant sur des observations personnelles très complètes. On constate la régénération : 1° dans les kystes hydatiques où elle fait comprendre l'absence de troubles hépatiques, 2° dans la cirrhose alcoolique hypertrophique dont elle explique la symptomatologie, la lente évolution et la curabilité. Dans la cirrhose alcoolique hypertrophique elle se traduit par des modifications extérieures diverses, donnant lieu à des états anatomiques variés. La disposition nodulaire hyperplasique paraît être sa principale expression histologique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

D'un faisceau spécial de la zone latérale de la moelle épinière, par A. Bruce (*Revue neurologique*, 15 décembre 1896, n° 23, p. 697). — Bruce apporte une contribution à l'étude des lésions des cellules des cordons à propos d'un cas de sclérose latérale amyotrophique.

Marie a montré dans cette affection qu'en dehors de la dégénérescence des faisceaux pyramidaux il existe une lésion des faisceaux fondamenteaux antérieurs et latéraux. et J. Charcot a fait une constatation semblable dans la poliomyélite antérieure chronique. Bruce montre que la dégénérescence ne se limite pas seulement aux groupes fondamentaux antérieurs et latéraux, mais affecte aussi en partie les couches limitantes latérales. En effet, il a vu dans un cas de sclérose latérale amyotrophique que la partie antérieure de la couche limitante latérale montre une dégénérescence aussi avancée que celle des faisceaux fondamentaux antérieurs et latéraux, tandis que la partie postérieure de cette couche reste intacte et forme un contraste notable avec la portion antérieure. Il paraît probable que les fibres dégénérées sont en rapport avec la corne antérieure et que celles non dégénérées dans la partie postérieure de la couche limitante, proviennent principalement de la corne postérieure. S'il en est ainsi, la couche limitante latérale doit être considérée comme se composant de deux systèmes presque complètement indépendants et qui n'ont que ceci de commun, que les fibres qui les composent proviennent de cellules de la substance grise et sont des fibres d'un court trajet.

Syringomyélie à localisation bulbaire (Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomyelie), par Th. Hitzig (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. 9, liv. 5 et 6, 1897, p. 362). — Il s'agit d'un cultivateur âgé de 30 ans, qui, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, a été frappé d'une attaque apoplectiforme suivie d'une paralysie. A son entrée à l'hôpital, il présentait encore une légère apathie avec la voix enrouée mais sans troubles d'articulation. L'atrophie et la contracture s'accompagnaient de crevasses à la main droite. A gauche il existait des troubles de la sensibilité sous forme de dissociation syringomyélitique. Les troubles de la sensibilité de la face étaient également plus marqués d'un côté.

Dans les muscles atrophiés de l'avant-bras et de la langue, il y avait des contractions fibrillaires. Cyphoscoliose de la région dorsale à convexité dirigée à droite. Paralysie spasmodique et léger nystagmus. A la face il existe de l'asymétrie, mais une chose qui est très rare, c'est que la moitié de la face correspondant aux troubles de sensibilité, au lieu d'être atrophiée, est au contraire hypertrophiée. Il s'agit d'une véritable hypertrophie de la moitié gauche.

Au laryngoscope, on constate une paralysie totale de la corde vocale gauche qui avait une position cadavérique. En touchant avec une sonde la corde vocale droite et la moitié correspondante de l'épiglotte, on provoque immédiatement des accès de toux, qui font défaut par l'excitation de la corde vocale gauche.

En ce qui concerne cette paralysie de la corde vocale, elle dépend évidemment de la lésion du noyau pneumogastrique, tandis que le noyau du spinal est resté intact. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de Grabover qui considère le noyau du pneumo-gastrique comme le centre d'innervation du laryngé inférieur.

Au point de vue anatomique, il s'agirait d'une gliose avec formation de cavités dans la moelle cervicale et dans le bulbe. Dans la moelle allongée, la cavité siège à gauche de la ligne médiane, elle a détruit les noyaux des 10° et 9° paires tandis que dans la moelle cervicale la cavité est centrale et a envahi surtout la corne postérieure.

Paralysie pseudo-bulbaire dans l'enfance (Ueber einen klinisch beobachteter Fall von Pseudobulbär Paralysie im Kindesalter), par Brauer (*Deutche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. 9 liv. 5 et 6, 1897, p. 416). — Il s'agit d'une fillette de 14 ans, qui, à l'âge de 11 mois, a été prise de fièvre avec convulsions, lesquelles ont disparu au bout de quelques jours, laissant à leur place une paralysie symétrique de la langue et des lèvres, de l'anesthésie et de la dysphagie de moyenne intensité et une hémiparésie droite avec arrêt de développement du bras.

A l'examen on a constaté la paralysie de l'orbiculaire des lèvres, des muscles ptérygoïdien, de la langue et du voile du palais.

Les muscles paralysés ne présentent pas d'atrophie. Il n'y a pas de contractions fibrillaires, ni réaction de dégénérescence, ni troubles de la sensibilité. Le réflexe massétérien est exagéré, le réflexe pharyngé manque. Le bras droit, un peu plus court, est plus faible que le gauche. Le membre inférieur droit présente une légère parésie dans le domaine du nerf sciatique poplité externe. Réflexes patellaires exagérés. Donc les phénomènes principaux constatés chez cette malade sont ceux d'une paralysie bulbaire. Mais à quelle forme correspondent-ils? Il ne s'agit pas là de la paralysie bulbaire progressive de Duchenne parce qu'il manque l'atrophie musculaire et la marche lente de l'affection.

On peut exclure également une polynévrite. On ne peut admettre de même l'existence de foyers inflammatoires ou de ramollissement dans le bulbe, une lésion musculaire est à exclure également à cause de l'intégrité des muscles, des os, et de l'absence de contractions fibrillaires. L'intégrité des réactions électriques constitue une autre preuve contre l'existence de lésions musculaires. On doit donc conclure qu'il s'agit d'une paralysie bulbaire supra-nucléaire, c'est-à-dire d'une paralysie pseudobulbaire.

Atrophie musculaire neurotique (Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten progressiven neurotischen Müskelatrophie), par Oppenheim et Cossivor (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1896, vol. X, liv. I et II, p. 143). — L'observation des auteurs se rapporte à un malade âgé de 42 ans, qui avait été observé pendant plusieurs années par le professeur Oppenheim, et le cas avait même été publié à raison de l'existence de la réaction de dégénérescence, sous le nom d'atrophie

musculaire neurotique. La maladie s'est développée dans l'espace de deux années avec des douleurs, de l'atrophie musculaire localisée surtout au domaine du nerf péronier. Aux membres supérieurs, l'atrophie affectait une partie seulement des petits muscles de la main et plus tard du triceps et du long supinateur.

On avait trouvé dans les muscles paralysés une réaction de dégénérescence incomplète. Dans d'autres l'excitabilité électrique avait complètement disparu. Les réflexes tendineux étaient très diminués. Pas de troubles de la sensibilité en dehors des douleurs et des paresthésies par lesquelles la maladie avait débuté. En ce qui concerne les muscles de la face on avait constaté que l'orbiculaire des paupières d'un côté était affecté. La marche de l'atrophie a été lente. Plus tard, les muscles innervés par le tibial postérieur ont été pris à leur tour. Le malade est mort à la suite d'une angine fébrile. Le diagnostic était hésitant entre la polynévrite et l'atrophie musculaire neurotique. Dans le système nerveux central, même à l'aide des méthodes de Nissl et de Marchi on n'a trouvé que des lésions minimes.

Les nerfs périphériques n'offraient aucune lésion. En outre dans les muscles on a trouvé des lésions intenses consistant dans l'atrophie des fibres musculaires avec hypertrophie de quelques-unes, disparition de la striation transversale avec apparition dans certains fibres de la striation longitudinale, l'hyperplasie du tissu intestitiel et du tissu adipeux, en un mot des lésions de myopathie primitive.

MÉDECINE

De la méningite séreuse due au pneumocoque, par Ch. Lévi (*Arch. de médecine expérimentale*, janv. 1897, p. 49). — Deux observations recueillies chez les nouveau-nés atteints de broncho-pneumonies à pneumocoques. Dans l'une existait un œdème séreux sous-arachnoïdien, dans l'autre, de l'œdème sous-arachnoïdien et une hydrocéphalie ventriculaire. Dans les deux cas le liquide séreux contenait le pneumocoque.

L'auteur conclut qu'il existe des méningites pneumocciques simplement séreuses, dues non pas aux toxines (pseudo-méningites), mais au microbe lui-même. Il est probable que certains faits d'accidents méningés curables et ceux de la pneumonie (méningisme pneumonique) se rattachent à ces lésions. Il est possible enfin que ces méningites séreuses donnent lieu à des reliquats persistants, tels qu'hydrocéphalies et scléroses cérébrales.

Lésions du foie et des reins produites par la tuberculine, par G. Carrière (*Arch. de médecine expérimentale*, janv. 1897, p. 65). — Chez des lapins et des cobayes soumis à des injections répétées de tuberculine, les cellules hépatiques et les épithéliums sécréteurs du rein présentaient une désintégration pigmentaire des noyaux et une dégénérescence vacuolaire et granuleuse de protoplasma. A forte dose, la tuberculine produit aussi de l'endartérite et de l'endophlébite; à faible dose, de la périartérite.

Péritonite à pneumocoques chez l'enfant, par F. Brun (*Presse médicale*, 27 févr. 1867, p. 89). — L'auteur rapporte trois observations qui viennent à l'appui de l'opinion qu'il a déjà défendue, que, chez l'enfant, la péritonite à pneumocoques présente des caractères et une évolution qui permettent, le plus souvent, de la distinguer des péritonites d'une autre origine; cette conclusion, du reste, se trouve nettement confirmée par l'analyse de faits publiés par d'autres auteurs.

Plus grande fréquence dans le sexe féminin, localisation habituelle des lésions dans la partie sous-ombilicale du ventre, tendance rapide au déplissement et à la fistulation du nombril, tels sont les caractères principaux de la péritonite à pneumocoques de l'enfance qui, contrairement à ce que l'on a pu croire tout d'abord, paraît aussi, par sa gravité moindre, se distinguer nettement des autres péritonites purulentes.

Cette péritonite est essentiellement curable, au moyen d'une intervention qui est des plus simples et se réduit en quelque sorte à une ouverture d'abcès.

Traitement de la gale par la teinture de benjoin, par Vladimir de Holstein (*Semaine médicale*, 25 févr. 1897, p. 71). — On connaît les excellents résultats obtenus dans le traitement de la gale par l'emploi de baume du Pérou (voir *Gazette hebdomad.*, 1896). Une autre substance aromatique, la teinture de benjoin, en a donné d'aussi bons dans deux cas rapportés par l'auteur.

La teinture de benjoin a été employée en frictions énergiques et répétées sur les parties atteintes. Dès la première application, les démangeaisons cessèrent complètement et l'éruption commença à rétrocéder. Deux jours après, les malades prirent un bain. A ce moment, elles pouvaient être considérées comme guéries, malgré la persistance de quelques placards éruptifs qui, d'ailleurs, ne tardèrent pas non plus à disparaître. L'affection ne s'est pas reproduite, depuis lors, bien que les vêtements des jeunes filles en question n'aient pas été passés à l'étuve.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF MANCHESTER

Séance du 10 Mars 1897.

Sarcome de l'avant-bras chez un membre d'une famille de cancéreux.

M. Richmond communique l'observation d'une jeune fille à laquelle il a fait l'amputation de l'avant-bras pour une tumeur cancéreuse qui a débuté au poignet. L'examen microscopique montra que la tumeur était un sarcome périostique.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation c'est l'hérédité de la malade. Sa grand'mère paternelle est morte d'un cancer du sein; son oncle paternel est mort à l'âge de 34 ans d'une tumeur de la cuisse développée à la suite d'un traumatisme; elle a en outre une tante maternelle qui a succombé à l'âge de 60 ans à un cancer de la face et une autre tante maternelle morte d'un cancer de l'utérus.

Périsplénite.

M. Richmond montre une rate qui provient d'un individu chez lequel elle occupait presque toute la moitié gauche de l'abdomen. Pendant la vie il n'y a pas eu de leucocythémie bien que le sang ne fût pas tout à fait normal. La malade n'a jamais eu de syphilis ni de fièvre intermittente.

A l'autopsie on trouva la rate énorme, entourée de toutes parts d'un tissu fibreux dense qui, sans être très vasculaire, renfermait des vaisseaux dont quelques-uns avaient les dimensions de la radiale. La pulpe splénique était indurée et traversée par des masses de tissu fibreux. Le tissu qui entourait la rate fut reconnue, à l'examen microscopique pour du tissu fibreux simple. Il s'agissait d'un exsudat inflammatoire organisé.

AUTRICHE

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 12 Mars 1897.

Traitement de la goutte.

M. Sternberg. — Le régime alimentaire de la goutte est compris différemment par les auteurs anciens et les auteurs modernes. D'après Hippocrate, ce régime doit être simple et modéré. Un grand nombre d'auteurs modernes permettent la viande en petite quantité, d'autres vont jusqu'à prescrire un régime végétal exclusif, d'autres un régime carné abondant. Ebstein s'était élevé contre l'emploi des hydrocarbures qui,

pour lui, exercent une influence défavorable sur la digestion. Plus tard on a proscrit l'emploi de la viande à cause des toxines d'une action spéciale sur le rein, qu'elle renferme. On a également proscrit le foie, la rate, le thymus riches en nucléine qui donne naissance à l'acide urique. Pour ce qui est enfin du lait, quelques auteurs ont signalé des résultats remarquables obtenus par le régime lacté.

En vertu d'une fausse conception humorale (intoxication acide), certains auteurs ont proscrit les aliments acides. Pourtant si l'on songe que les acides végétaux se transforment dans l'organisme en carbonates acides et que ces carbonates sont justement employés en tant que médicaments de la goutte, on conviendra que l'emploi des acides végétaux ne peut être qu'utile dans la goutte. Et en effet la cure de fruits (cerises, fraises), a donné de bons résultats dans la goutte. L'alcool est rarement nuisible dans la goutte, mais la question de savoir quelles sont les boissons fermentées permises n'est pas encore résolue. Le chlorure de sodium, qui possède la propriété de précipiter l'acide urique de ses solutions, doit être employé discrètement dans la goutte.

La médication alcaline de la goutte comprend : 1° les carbonates de potasse, de soude et de lithine; 2° les carbonates de chaux et de magnésie; 3° le carbonate d'ammonium. Ces sels ont été employées par Hofmann encore au commencement du dernier siècle, sous forme d'eau minérale, en quantité énorme, 40 à 80 gobelets par jour. L'uricédine employée actuellement, est un mélange de carbonate de chaux et de magnésie avec des acides végétaux. L'eau de Wiesbaden donne peu de résultats, et en France on s'est élevé dernièrement contre l'emploi de l'eau de Vichy dans la goutte. Le carbonate acide de chaux a été employé dans l'antiquité encore par Dioscorides; il a été employé sous forme de poudre de corail, d'yeux d'écrevisses, de coquilles d'ercargots calcinées, etc. Dernièrement le carbonate de chaux a été repris par Von Noorden qui recommande dans ces cas de surveiller les évacuations intestinales et de les favoriser par des lavements huileux. La pipérazine, le lycétol, l'urotropine, la lysidine, employés actuellement, sont des dérivés des sels d'ammonium.

Parmi les spécifiques, le colchique est actuellement tombé dans l'oubli. On lui préfère le salicylate de soude qui a la propriété d'augmenter l'élimination d'acide urique et de le dissoudre. L'urée, qui rend de grands services dans la lithiase rénale, échoue dans la goutte.

Les bains, le massage, la mobilisation précoce des articulations, sont connus depuis l'antiquité.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 27 Février 1897.

Anus imperforé.

M. Maffé. — Je vous présente la pièce anatomique d'un anus imperforé observé chez un enfant de 17 jours dans le service du Dr Gévaert. L'enfant se trouvait dans un état déplorable : faciès grippé, maigreur extrême, ballonnement du ventre. Les tubérosités ischiatiques étaient fort rapprochées et par le toucher on ne parvenait pas à sentir l'ampoule rectale. M. Gevaert, croyant à une absence congénitale du rectum, fit un anus iliaque d'après le procédé de Littré, mais l'enfant ne survécut pas à cette intervention. L'examen de la pièce démontre qu'il s'agissait d'un anus imperforé.

Hernie épigastrique simulant un carcinome de l'estomac.

M. Préjaldino (Gand). — Un homme de 72 ans présentait tous les symptômes d'un cancer de l'estomac : tumeur au niveau de la région épigastrique, douleurs, amaigrissement, vomissements marc de café, etc. Dans un effort de toux, la tumeur qui, au début, ne dépassait pas la grosseur d'une bille, atteignit le volume d'un œuf, et une seconde tumeur apparut en même temps à côté de la première. Je me rendis compte alors qu'il s'agissait d'une hernie épigastrique; j'en fis la cure et mon malade guérit.

Corps étranger du genou.

M. Delettrez (Bruxelles) rapporte une observation de corps étranger du genou pour lequel il fit l''arthrotomie avec succès. M. Delettrez fait à ce sujet une communication relative au diagnostic, à la pathogénie, à la symptomatologie et au traitement de l'affection.

Tuberculose du rectum.

M. Dejardin (Liège) a observé un cas de tuberculose primitive du rectum chez une dame âgée de 32 ans. L'affection avait débuté par une fissure et peu à peu il s'était produit une ulcération caractéristique. L'auteur a pratiqué la cautérisation ignée avec succès. Les diverses recherches faites dans la littérature au sujet de la tuberculose primitive locale du rectum ne lui ont pas montré de cas analogue.

Paralysies post-chloroformiques.

M. Casse (Middelkerke). — J'ai observé trois cas de paralysies consécutives à la narcose qui se sont guéris spontanément au bout de quelques semaines.

L'action toxique du chloroforme met le système nerveux en état d'infériorité et dans ces circonstances un traumatisme léger peut provoquer des accidents graves.

D'autre part, quand on se trouve devant un individu dont l'organisme est empoisonné par les toxines sécrétées par les différents microbes qui ont concouru à produire les lésions dont il est atteint, il semble que l'état de débilité ou d'empoisonnement de son système nerveux peut permettre une influence toxique plus grande du choroforme et provoquer ces paralysies.

Rupture tendineuse bilatérale du triceps fémoral.

M. Vandersmissen présente un malade du service de M. Lavisé, atteint d'une rupture tendineuse du triceps fémoral. Les deux bouts sont réunis par une bride fibreuse de plusieurs centimètres.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 1 Mars 1896.

Lèpre et syringomyélie.

M. Bayet. — On sait qu'en 1892, Zambaco cherchait à établir que la lèpre n'a pas disparu de nos contrées et qu'il en persiste des cas frustes, mal caractérisés, qui seraient le résidu de l'endémie du moyen âge. Il a retrouvé de ces cas en Bretagne et dans d'autres contrées. Pareille démonstration avait été faite par Leloir sur des malades habitant la Flandre et l'Artois.

Voici à ce propos une femme atteinte de syringomyélie, avec mutilation des doigts, formation de panaris analgésiques, dissociation syringomyélitique de la sensibilité, scoliose lombaire, hyperhidrose localisée, mais qui présente en outre, chose qui jusqu'ici n'avait pas été signalée, des taches achromiques assez analogues à celles de la lèpre, et au niveau desquelles la sensibilité est plus diminuée qu'ailleurs. Cette femme n'a jamais quitté le Brabant, n'a jamais été en rapport avec des lépreux, et cependant, si on la rencontrait dans un pays à lèpre, on n'hésiterait pas à poser ce diagnostic.

J'estime toutefois que des cas, fussent-ils aussi complets que celui-ci, ne suffisent pas à établir une identité entre la lèpre et ses formes bizarres d'affection nerveuse. Le jour où l'on aura démontré chez ces individus l'existence du bacille de Hansen, la discussion pourra être reprise.

Lichen plan de Wilson.

M. Dubois-Havenith. — Je vous présente un malade atteint d'un lichen plan très étendu. On voit, chez ce malade, dont l'affection remonte à 4 mois, toutes les lésions, depuis la papule typique jusqu'à la pigmentation consécutive à la disparition de ces papules. Cette affection qu'il est toujours possible de confondre avec des papules syphilitiques doit être traitée par les douches chaudes et l'arsenic.

L'épidémie de folie à Bruxelles.

M. De Boech. — L'on affecte de croire, dans certains milieux, à une épidémie de folie à Bruxelles. S'il faut entendre par épidémie les éclosions brusques et inattendues de certaines affections morbides, latentes à d'autres époques, il n'y a pas d'épidémie de folie en ce moment à Bruxelles. Sans doute le nombre des admissions au dépôt des aliénés de Saint-Jean a été, en décembre, supérieur aux admissions de novembre, mais il est resté néanmoins inférieure au chiffre des admissions de juin.

En réalité, depuis 10 ans, le nombre des aliénés admis dans le service de psychiatrie a augmentée progressivement en 1887 : 100 admissions; en 1896 : 274.

Le nombre des alcooliques restant en traitement dans les asiles augmente dans de telles proportions qu'il a doublé en 10 ans (507 en 1882, 1 112 en 1892). Comme la population de nos grands asiles est d'environ 500 malades, on peut affirmer que si le nombre des alcoolisés restant en traitement était demeuré le même, il n'aurait pas été nécessaire de construire 'asile nouveau de Morteil, dont l'encombrement des autres asiles rendait l'édification impérieusenent nécessaire.

C'est pendant les mois d'été, de mai à août, que le chiffre des entrées est surtout élévé à Saint-Jean; il est minimum en janvier et en décembre.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 5 Mars 1897.

Tumeurs solides des ovaires.

M. Jacobs. — Les auteurs classiques, et parmi eux Pozzi, considèrent le fibrome de l'ovaire comme une tumeur rare. Sur 380 tumeurs opérées, j'ai rencontré 7 cas de fibrome de l'ovaire. Certains de ces cas présentent un intérêt tout spécial.

1° Chez une femme de 32 ans, j'ai trouvé 2 énormes tumeurs des ovaires, ayant les dimensions d'une tête d'adulte. Ces tumeurs avaient mis un temps très long à se développer. Il y a 4 ans que cette personne a été opérée et il ne s'est pas produit de récidive. L'examen histologique a prouvé que nous avions affaire à un fibrome pur.

2° J'ai enlevé, il y a 6 ans, à une femme de 46 ans, un fibrome ovarique, vérifié par l'examen microscopique, et pesant 32 livres. Huit mois plus tard, la récidive se produisit; je tentai une nouvelle intervention et pus constater que le péritoine était envahi par une série de tumeurs qui présentèrent à l'examen microscopique la struture du fibro-sarcome.

3° J'ai enlevé une tumeur fibromateuse de l'ovaire à une jeune fille de 16 ans. L'opération remonte à 4 ans. Il n'y a pas eu de récidive.

4° J'ai enlevé à une malade 2 tumeurs sarcomateuses des ovaires. La récidive s'est produite après 3 mois.

En résumé, ces diverses observations sont remarquables par le volume énorme des tumeurs. La littérature gynécologique mentionne peu de cas semblables.

J'ajouterai que chez un de ces sujets j'ai observé une anomalie curieuse : il s'agit d'une trompe trifurquée et portant 2 pavillons.

M. Stiénon. — N'y avait-il chez aucune de ces malades de lésion concomitante de l'utérus, l'atrophie par exemple?

M. Jacobs. — Dans tous les cas, l'utérus était intact.

M. Gratia. — Je crois qu'on doit faire quelques réserve sur le diagnostic histologique de la première tumeur enlevée dans l'observation II. N'y avait-il pas déjà dans cette tumeur des zones sarcomateuses que l'on aurait négligé d'examiner.

M. Jacobs. — La tumeur a été examinée en plusieurs points et était bien un fibrome pur. La malade ne présentait du reste aucun des caractères propres aux sujets portant une tumeur maligne. Les auteurs sont en outre d'accord pour admettre la transformation sarcomateuse des fibromes de l'ovaire, tandis que la même modification ne s'observe pas dans les corps fibreux de l'utérus.

Quelques tumeurs rares des paupières.

M. H. Coppez. — Au point de vue anatomique, on peut diviser la paupière en deux parties, une partie antérieure ou cutanée, une partie postérieure ou muqueuse. La partie cutanée est occupée par des glandes sébacées volumineuses, appelées glandes de Zeiss, et des glandes sudoripares modifiées dites glandes de Moll; la partie muqueuse, par les glandes de Meibomius, les glandes de Waldeyer, et les glandes de Krause.

Il est évident, d'une part, que chacune de ces glandes peut être le point de départ de néoplasmes; d'autre part, que le microscope seul pourra nous indiquer l'origine réelle de ces néoplasies. Le plus souvent, on extraira ces tumeurs pour de vulgaires chalazions, plus ou moins modifiés. C'est ce fait peut-être qui explique pourquoi ces tumeurs sont si rares. On en a peut-être enlevé beaucoup sans le savoir, les prenant pour des chalazions et négligeant d'étudier leur structure au microscope. C'est tout au plus si l'on connaît une douzaine de ces tumeurs glandulaires palpébrales, surtout des adénomes.

J'ai aujourd'hui l'occasion de vous présenter 2 de ces tumeurs : un adénome des glandes de Meibomius, avec dégénérescence au centre des lobules, et un adénome d'une glande de Moll. On voit nettement la néoplasie rayonner en quelque sorte autour de la glande tubuleuse.

Néphrite saturnine. Insuffisance avec rétrécissement. Broncho-pneumonie gripale.

M. François. — Un homme de 45 ans, fondeur en caractères, ayant un œdème considérable des membres inférieurs, la peau jaune, le liséré plombique, les urines rares renfermant de l'albumine avec cylindres granuleux, est pris de broncho-pneumonie au sommet gauche, et succombe à un accès d'urémie et de dyspnée.

A l'autopsie, on constate au sommet gauche un foyer de broncho-pneumonie présentant l'allure des pneumonies grippales pseudo-lombaires.

Le cœur est hypertrophié tant à droite qu'à gauche, La valvule mitrale est insuffisante, mais il y a en même temps rétrécissement de l'orifice par soudure partielle des lames valvulaires.

Les reins présentent une capsule épaisse, difficile à détacher : la surface décortiquée est granuleuse, le parenchyme présente les caractères de la néphrite interstitielle.

La lésion essentielle et primitive est ici la néphrite chronique, d'origine sans doute saturnine. Sur cette affection chronique s'est greffée une infection nouvelle, de nature grippale. La grippe s'est accompagnée de bronchopneumonie et a déterminé dans le rein une poussée aiguë. Celle-ci se traduit par la présence à l'examen microscopique de larges foyers de nécrose de l'épithélium des tubes.

M. Stiénon. — N'existe-t-il pas dans l'histoire de ce sujet des antécédents rhumatismaux de nature à expliquer la lésion de la valvule mitrale? Celle-ci, en effet, doit provenir d'une véritable endocardite.

M. François. — Ce malade n'a jamais eu de rhumatisme.

M. Gratia. — Il importe de bien séparer la sclérose rénale, lésion tout à fait chronique, du processus aigu qui a déterminé la mort et s'est traduit surtout par des accidents bronchopneumoniques.

M. Vandervelde. — Avant l'apparition des accidents aigus, le malade présentait de la polyurie. Depuis ces accidents, la quantité moyenne des urines était de 500 à 600 cent. cubes par jour. Cette diminution est en rapport avec les lésions épithéliales aiguës relevées à l'examen microscopique.

Anomalie dentaire.

M. Houzé. — J'ai observé sur les maxillaires d'un Chinois mort à Sumatra une étroitesse remarquable de ces os.

Le maxillaire supérieur ne présente pas la place nécessaire pour loger les troisièmes molaires.

Au maxillaire inférieur, la canine gauche fait défaut et est remplacée par la première prémolaire. La deuxième molaire gauche a sept cuspides; une de ces cuspides n'est pas soudée et forme une petite molaire supplémentaire.

Perforation de la trachée par un corps étranger arrêté dans l'œsophage.

M. Gallet. — Il s'agit d'un individu chez lequel un os de lièvre s'est arrêté dans l'œsophage, déterminant de l'emphysème et de l'œdème glottique. M. Gallet pratiqua la trachéotomie, puis l'œsophagotomie; il put constater que l'os avait perforé la paroi de l'œsophage et de la trachée, pour faire saillie dans la lumière de celle-ci. Le malade succomba à l'emphysème peu de jours après l'opération.

La perforation de la trachée par un corps étranger de l'œsophage est un fait exceptionnel.

M. Gratia. — Le cas inverse est au contraire fréquent. Il n'est pas rare de constater la perforation œsophagienne chez les sujets trachéotomisés qui ont conservé trop longtemps la canule trachéale.

M. Depage. — J'ai vu un malade qui avait avalé un morceau d'os mesurant 5 centimètres de longueur. Je l'opérai 3 jours après l'accident. L'os avait traversé la paroi œsophagienne et était logé derrière le corps thyroïde, près de l'artère carotide. Fait curieux, la plaie œsophagienne déterminée par le passage de l'os était complètement cicatrisée.

MÉDECINE PRATIQUE

Le catarrhe printanier de la conjonctive et son traitement,

D'après le Dr A. Gardette.

Il est une affection inflammatoire de la conjonctive qui a pour caractères de revenir périodiquement au moment où la saison chaude succède à l'hiver, de subir des exacerbations en rapport avec l'élévation de la température et de disparaître spontanément à l'époque des premiers froids. Cette maladie, que Sœmish a proposé de nommer « catarrhe printanier de la conjonctive », a été, depuis Artl qui l'avait décrite pour la première fois en 1845, l'objet d'un grand nombre de travaux, que M. Gardette vient de résumer dans une thèse récente (1) en y apportant la contribution de ses recherches personnelles.

Au point de vue symptomatique, le catarrhe printanier se présente sous deux formes bien nettes, la forme péricornéenne et la forme tarsienne.

La première est caractérisée par l'apparition sur le limbe aux bords externe et interne de la cornée, de petites nodosités, d'apparence gélatineuse bosselées, résistantes, de coloration jaune grisâtre, disposées en croissant à concavité dirigée du côté de la cornée. Cette membrane, ordinairement saine, peut être envahie et s'opacifier.

Dans la forme tarsienne les lésions restent limitées à la conjonctive du tarse supérieur. Celle-ci est pâle, recouverte comme d'un voile délicat, blanc bleuâtre, au-dessous duquel la surface conjonctivale présente de petites hypertrophies papillaires, grasses au toucher, d'apparence gélatineuse. Cet aspect cesse brusquement à la limite du cartilage.

Dans les deux cas, tant que dure la poussée aiguë, il se fait une sécrétion filamenteuse que Darier regarde comme constante.

Comme nous l'avons vu, dès l'apparition des beaux jours, les yeux s'injectent, la photophobie se déclare avec du larmoiement et un prurit palpébral intense qui est un des phénomènes les plus pénibles de la maladie. Plus la température est élevée, plus les douleurs s'accusent : la rémission n'a lieu que les jours frais et pluvieux. Les récidives sont annuelles et durent de quatre à huit ans.

1. Thèse de Paris, 1897, n° 130.

Le catarrhe printannier, qui est probablement du à un microbe spécial, est particulièrement rebelle au traitement dans sa forme tarsienne. Les scarifications répétées, l'abrasion des papilles hypertrophiées, les cautérisations au nitrate d'argent à 2 p. 100, à l'éthylènediamidephosphate d'argent à 10 p. 100 (Darier), les douches de vapeur quotidiennes (Despagnet) ont donné quelques succès. La forme cornéenne est plus aisément curable: il suffit d'introduire dans le cul-de-sac gros comme un pois de lanoline hydrargyrique, et de faire immédiatement un massage prolongé du globe oculaire.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Migrainine.

Définition. — La migrainine paraît être un citrate double d'antipyrine et de caféine. Ce n'est pas une combinaison chimique définie : c'est un mélange dont les proportions varient avec les auteurs.

Voici en effet la formule de la migrainine, d'après Ewald :

Antipyrine	85 parties.
Caféine	9 parties.
Acide citrique	6 parties.

Et voici celle qui est indiquée par Weckblad :

Antipyrine	87 parties.
Caféine	8 parties.
Acide citrique	0 gr. 50

Solubilité. — Quoi qu'il en soit, la migrainine de Weckblad comme celle d'Ewald est soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Ce serait le spécifique par excellence de la migraine. Depuis 6 ans, Overlach, Ewald n'auraient eu jamais un seul échec ni par la voie gastrique (en cachets), ni par la voie hypodermique.

C'est en outre un excellent antipyrétique dont l'action est surtout remarquable dans l'influenza à la période de courbature.

Dose. — *Chez l'adulte* : 50 centigrammes à 2 grammes par injection.

EFFETS DE L'INJECTION :

a) *Immédiats.* — Assez douloureuse.

b) *Eloignés.* — Décongestionne la tête, active la circulation, diminue le pouvoir excito-réflexe de la moelle ou plutôt des centres supérieurs.

FORMULES

Migrainine	8 gr.
Eau *stérilisée*	20 c. c.

1 à 4 centimètres cubes contre l'accès de migraine.

(Ewald.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La démoralisation professionnelle. Mesures à prendre pour en arrêter les progrès.

A l'occasion d'un premier article publié sur ce sujet nous avons reçu de M. le Dr Fournier (de Rambervillers) la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur et cher confrère,

La *Gazette* du 27 mars dernier publie un projet de loi créant des Collèges médicaux, et aussi un autre de M. Michelin, député.

Je viens vous demander, mon cher confrère, la permission de vous soumettre l'humble avis d'un médecin de campagne.

Je commence par le dire tout net : pour Paris, la province ne compte pas; on ne s'en occupe pas; tout ce que l'on y propose est fait pour Paris et rien que pour Paris; de là, ces lois ou mesures excellentes sans doute pour une grande ville mais inapplicables pour la campagne.

Voilà deux ou trois médecins qui se livrent à des pratiques

qui les mènent en cour d'assises; d'autres qui se transforment en *docteurs tant-pour-cent*, comme les appelle Gyp; de suite on propose de légiférer, réglementer sur des choses inconnues ou méprisées par l'immense majorité des médecins de province.

Dieu merci, les médecins de nos villes de province et de la campagne ont su se garer de toutes ces vilenies dont sont coutumiers certains confrères parisiens; aussi vouloir des lois réprimant les actes indélicats uniquement parce qu'il se trouve, à Paris, des médecins capables de les commettre, me semble devoir porter atteinte à la considération, à l'honorabilité incontestées de l'immense majorité des médecins de province. On ne fait pas de lois pour l'exception, mais pour tous.

Or, je le répète, parce qu'il se trouve à Paris des médecins sans scrupules, ce n'est pas une raison pour édicter contre le corps médical entier, des lois qui atteindraient son honorabilité.

Dr A. Fournier.

Notre très honorable confrère prêche un converti. Nous avons toujours été et nous restons hostiles à l'idée de la création d'un Ordre de médecins. Quant au projet Michelin, si nous l'avons cité, si nous croyons devoir en parler encore c'est, nous l'avons dit, pour montrer ce que pensent du corps médical ceux qui ambitionnent le titre de législateur.

Nous nous permettrons cependant de faire remarquer à M. le Dr Fournier que les Chambres médicales dont on propose la création seraient régionales, que leur juridiction serait restreinte et que les maux dont souffre notre profession sévissent sinon dans les campagnes (?) du moins dans quelques villes de province qui, à ce point de vue, semblent vouloir imiter ce qui se passe à Paris.

D'ailleurs le lamentable procès qui s'est terminé par la condamnation de deux médecins a trop bien fait connaître, au grand jour de l'audience publique, des mœurs et des agissements profondément blâmables pour qu'il ne devienne pas nécessaire de les flétrir publiquement.

La presse médicale a été presque unanime à garder le silence aussi longtemps que l'on pouvait croire à l'innocence des prévenus. Il ne nous appartient pas de rechercher si ceux-ci ont consciemment commis le crime pour lequel ils sont condamnés, ou s'ils n'ont péché que par ignorance, légèreté et imprudence.

Les faits indéniables qui résultent des débats prouvent tout au moins que si les chirurgiens ne veulent pas être, un jour ou l'autre, rendus civilement et pénalement responsables de leurs insuccès, il importe qu'ils puissent toujours prouver que leurs opérations n'ont été entreprises que dans des conditions offrant, au point de vue scientifique et professionnel, les meilleures garanties.

Nous savons que l'on se préoccupe de faire surveiller rigoureusement ces pseudo-cliniques où des médecins dont l'expérience, sinon la moralité, sont au moins contestables s'arrogent le droit de faire les opérations les plus sérieuses en se faisant aider de leur cocher.

Mais nous croyons qu'il faut, avant de légiférer sur la matière, définir, dans une série d'articles déontologiques précis, où commence et où finit le droit conféré par le diplôme; et nous pensons qu'il appartient aux associations médicales et aux syndicats qui ont pour tâche de défendre la moralité professionnelle de frapper d'exclusion et de renier comme confrères ceux qui ne savent pas comprendre que les médecins sont faits pour guérir ou soulager et non pour exploiter les malades.

Toutes ces questions déontologiques, nous les étudierons prochainement et successivement. Nous ne voulons aujourd'hui, pour mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces du débat, que reproduire, bien que nous ne puissions les approuver sans réserves, les propositions suivantes :

L'Association des médecins de la Gironde avait chargé son Bureau de préparer la formule des vœux à présenter à Paris, relativement aux questions discutées dans la séance du 14 février.

Voici la rédaction qui a été adoptée et qu'il nous paraît utile de porter à la connaissance de tous :

Nous ne pouvons nous dissimuler que la Corporation médicale traverse un moment difficile. Le public, en méfiance à son égard, relève âprement ses moindres défaillances, et n'est pas loin de la rabaisser au niveau de celles où l'appât du gain est le stimulant normal et suffisant.

Or, le jour où l'on croirait qu'il n'est qu'un commerçant comme les autres, mettant au-dessus de toute considération le désir intense de faire fortune, ce jour-là, le médecin, méprisé et livré à toutes les roueries de la concurrence, ne devrait plus compter sur l'estime qui fait sa force. Il deviendrait rapidement la proie du marchandage et de l'avilissement.

Et ce serait justice! Car il n'est pas juste de conserver le prestige acquis par plusieurs siècles d'honorabilité lorsqu'on a rompu avec la tradition.

Autrefois — et naguère — la profession médicale était considérée comme une sorte de sacerdoce, en même temps que l'exercice d'un art bienfaisant. On voulait le médecin honnête homme autant que savant.

Tel on le trouve encore assurément dans la grande majorité des cas. Mais le monde commence à croire que plusieurs, surtout dans la sphère des grandes villes, ont jeté par-dessus les moulins le vieux bonnet des ancêtres pour se livrer au sport effréné de la fortune. S'il en est ainsi, quelques-uns réussiront, sans doute; mais combien resteront en route, meurtris, épuisés, hors de combat! Et l'on se demande avec anxiété ce que sera la génération prochaine, si quelque changement heureux n'est survenu.

Que faire en présence d'une telle perspective?

D'abord opérer une sélection dans le recrutement du personnel, et lui donner une préparation morale plus complète.

Pour cela, il faudrait rendre l'obtention du diplôme plus difficile par des épreuves ou des mesures éliminant tout sujet notoirement médiocre, et l'empêchant d'arriver au but, de guerre lasse, comme on le voit aujourd'hui, malgré un nombre indéterminé d'ajournements.

Il faudrait assurer l'enseignement des droits et des devoirs du médecin, afin d'élever autant que possible le niveau moral des jeunes praticiens.

Il faudrait n'ouvrir la carrière qu'après un examen professionnel, comme cela existe chez quelques nations voisines, et comme la Faculté de Bordeaux le demande pour les pharmaciens. Cet examen porterait notamment sur les lois concernant l'exercice de la médecine et sur un Code de déontologie dont le texte serait préalablement adopté pour tout le territoire français.

Dans notre pensée, cet examen, indépendant du doctorat, et donnant seul *licence de pratique*, devrait être passé devant un jury composé, en majeure partie, de médecins pris en dehors du corps enseignant.

Pour ces motifs, l'Association des médecins de la Gironde émet les vœux suivants :

« 1° Que, dans chaque Faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine.

« 2° Que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales.

« 3° Que ce titre universitaire de docteur ne donne pas droit à exercer la médecine; mais que ce droit soit conféré aux docteurs en médecine de nationalité française et n'ayant encouru aucune condamnation, par un *jury professionnel* composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de la Faculté. L'examen devant ce jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et sur la déontologie. »

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Gastrostomie (p. 325).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Nouvelle préparation de la tuberculine (p. 326).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Entérocôlite et appendicité. — Fracture de la clavicule (p. 327). — Hémianopsie. — Mal perforant plantaire. — *Académie des sciences* ; Contraction statique, — Période réfractaire des centres nerveux. — *Société anatomique* : Abcès froid ganglionnaire crétifié (p. 328). — Anévrysme de l'aorte. — Cancer de l'ampoule de Vater. — *Société de biologie* : Eléphantiasis nostras. — Appendicite. — Action toxique de la neurine (p. 329). — Sérothérapie du rhumatisme. — *Société de chirurgie* : Angio-cholites. — Opération de Syme (p. 330). — Rupture musculaire. — *Société médicale des hôpitaux :* Appendicite (p. 331). — Tuberculose aiguë et fièvre typhoïde associées. — Ictère chronique. Ectopie cardiaque (p. 332). — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Irido-cyclite purulente. — Otite moyenne. — Commotion cérébrale. — Lupus ulcéré de la langue. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Albumosurie. — Coma diabétique (p. 333). — Radiographies. — Neuro-fibromatose. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Pharyngotomie trans-hyoïdienne. — *Société de médecine de Nancy :* Infarctus du gros intestin. — Hernie obturatrice. — Myopathie primitive progressive (p. 334). — Régénération du nerf sous-orbitaire. — Trépanation du crâne.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine berlinoise* : Hypertrophie de la prostate. — Paralysie diphthérique. — *Société médicale de Hambourg :* Sarcome du cervelet (p. 335). — Angleterre. *Cinical Society of London* : Paralysies infantiles. — Chirurgie du cerveau.

VARIÉTÉS (p. 336).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Note à propos d'un cas de gastrostomie,

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. Henri Hartmann.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade atteint de néoplasme de l'œsophage. Il y 4 mois 1/2 que j'ai pratiqué la gastrostomie, et, comme vous pouvez le voir, il n'y a pas l'ombre de rougeur autour de la fistule, qui du reste est absolument continente.

Observation. — P .., 60 ans, journalier, entre le 2 novembre 1896 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître le professeur Terrier. Sans aucun antécédent local antérieur, le malade commence à éprouver il y a six mois environ, en même temps qu'une douleur dans le côté droit de la poitrine, une légère difficulté dans la déglutition.

D'abord peu marquée et bornée aux aliments solides, cette gêne de la déglutition a été progressivement croissant et a fini par porter sur les liquides. Dans les derniers temps il est même arrivé à diverses reprises que le malade a été dans l'impossibilité d'avaler des liquides pendant un et même quelquefois 2 jours. Les aliments semblent s'arrêter au niveau de l'orifice supérieur du thorax d'après les sensations du malade et provoquent à ce niveau une certaine douleur qui disparaît dans l'intervalle des repas.

Pas de maladies antérieures autres que la rougeole. Pas d'antécédents cancéreux héréditaires.

Le 2 novembre, le malade entre dans le service notablement amaigri. Lorsqu'il essaie d'avaler des aliments solides, ceux-ci s'arrêtent dans leur progression, provoquant des douleurs, et, au bout d'un instant, il les régurgite en même temps que des crachats filants, très adhérents au crachoir. Dans les régions sus-claviculaires, on trouve quelques ganglions durs, indolents, roulant sous le doigt. Teint un peu jaune. Poids : 54 kilogrammes 500 grammes.

Le 6 novembre, le malade vomit un peu de sang noirâtre, sans douleur antérieure ni concomitante.

Le 13 novembre nous pratiquons la *gastrostomie.*

Incision verticale à 2 centimètres et demi à gauche de la ligne médiane, longue de 10 centimètres et se terminant inférieurement à un niveau correspondant à l'ombilic. Section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, du feuillet antérieur de la gaine du muscle droit antérieur de l'abdomen. La gaine du muscle ouverte, nous réclinons la lèvre interne de l'incision de manière à mettre à découvert le feuillet profond de cette gaine en dedans du bord interne du muscle.

Incision de ce feuillet profond et ouverture du péritoine sur la ligne médiane, nous pouvons alors facilement explorer l'estomac.

Nous attirons celui-ci partiellement au dehors, le fixons par quelques points séro-séreux aux lèvres de l'incision péritonéale. Puis, d'un coup de sonde cannelée, nous dissocions suivant une ligne verticale, deux faisceaux du muscle droit. Insinuant l'estomac entre le feuillet profond de la gaine et la partie interne du muscle, nous l'amenons ensuite entre les deux faisceaux dissociés, suturons les tuniques musculo-séreuses de l'estomac aux lèvres de l'aponévrose antérieure sectionnée et ouvrons le viscère sur une très petite étendue pour fixer la muqueuse à la peau. Le reste de la plaie est réuni par trois étages de suture, péritoine et feuillet postérieur de la gaine, feuillet antérieur de la gaine et muscle, peau. Toutes les sutures sont faites à la soie, sauf celles de la peau pour lesquelles nous employons du crin de Florence.

Pansement avec un peu de carbonate de magnésie et de la gaze stérilisée. Comme on le voit, la portion de l'estomac fixée subit une double inflexion, à la face profonde de la partie interne du muscle droit d'abord, entre les deux faisceaux du muscle ensuite. Ainsi se trouve assurée la constitution d'un canal d'une certaine longueur.

Le 5e jour, nous enlevons les crins cutanés, et les soies muquo-cutanées ; la fistule est constituée prête à fonctionner le jour où le malade ne pourra plus rien avaler.

Il ne coule pas une goutte de suc gastrique à l'extérieur.

Les jours qui suivent, la gêne de la déglutition va en augmentant, la déglutition même des liquides devient à peu près impossible, l'amaigrissement augmente ; de 54 kilogr. 500 le poids du malade est descendu à 50 kilogrammes ; aussi le 15 décembre commençons-nous l'alimentation par la fistule. A l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile trempé dans de l'eau boriquée nous enlevons la petite croûte qui recrouvre l'orifice fistuleux, nous explorons avec un stylet le trajet facilement perméable et nous y insinuons une sonde rouge n° 14 avec la plus grande facilité.

Dix jours plus tard, le malade a augmenté de 500 grammes environ. Depuis ce moment l'augmentation de poids se fait à peu près régulièrement sauf au commencement de janvier, où il subit un arrêt, explicable par ce fait que notre malade a eu des inquiétudes au sujet de sa femme que nous avons opérée d'une tumeur abdominale. Celle-ci guérie, et les inquiétudes de notre malade calmées, nous avons vu l'augmentation de poids reprendre sa marche ascensionnelle jusqu'au 15 mars, moment où nous notons 55 kilogrammes ; soit 10 livres de plus qu'au début de l'alimentation par la fistule. Pendant toute cette période le malade a pu prendre d'une manière irrégulière quelques aliments par la bouche. Les repas par la fistule ont été de deux par jour ; chacun de deux œufs et d'un tiers de litre de lait.

Comme vous pouvez le voir, la fistule se présente sous l'aspect d'une petite dépression cutanée à peine visible (31 mars 1897).

J'ai cru intéressant de vous présenter ce malade à un double point de vue : 1° le *manuel opératoire* suivi ; 2° le fait de *l'établissement précoce d'une fistule gastrique* dont nous ne nous sommes servi pour l'alimentation que beaucoup plus tardivement.

1° *Manuel opératoire.* — Lors de nos premières gastrostomies, nous avons suivi de point en point le procédé de notre maître le professeur Terrier : incision parallèle et un peu au-dessous du rebord costal gauche, fixation de l'estomac par des points ne perforant pas la muqueuse, ouverture du viscère aussi petite que possible; suture de la muqueuse à la peau. La seule modification, que nous avons apportée au manuel opératoire suivi a été la suppression des obturateurs, ceux-ci n'aboutissant qu'à dilater la fistule et à permettre l'écoulement du suc gastrique au dehors. Grâce à cette suppression des appareils obturateurs et à la précaution de faire la fistule très petite, nous avons obtenu à partir de ce moment (1891) des bouches stomacales fonctionnant parfaitement, admettant avec facilité une petite sonde rouge pour l'alimentation et ne permettant dans l'intervalle des cathétérismes aucun écoulement de liquide, celui-ci étant empêché par le simple accolement des plis de muqueuse le long du trajet (1).

La petite modification, suppression de tout obturateur, que nous avions apportée à son procédé, a été immédiatement adoptée par notre maître M. Terrier (2), et semble aujourd'hui généralement acceptée à Paris.

Cette manière de faire avait toutefois un inconvénient. L'incision latérale, parallèle au rebord costal, ne permet pas une exploration parfaite, et l'on a quelquefois une certaine difficulté soit à atteindre les régions voisines du cardia, soit même simplement à attirer l'estomac, lorslorsqu'il est fortement rétracté. Aussi, lui avons-nous substitué l'incision médiane, incontestablement supérieure au point de vue de l'exploration. Malheureusement, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir qu'assez rapidement, lors de la disparition complète du pannicule adipeux, orifice cutané et orifice intra-stomacal arrivaient à se mettre au contact. Partant, plus de canal intermédiaire, plus de plis muqueux, plus de continence des matières alimentaires ou du suc gastrique. Aussi avons-nous cherché à concilier les avantages de l'incision médiane au point de vue de l'exploration avec ceux de l'incision latérale, qui, traversant une grande épaisseur de muscles, assurait la formation d'un canal d'une certaine longueur. Pour cela, nous opérons comme il est dit plus haut, dans notre observation. L'estomac décrit un canal inflexe entre la face profonde du muscle droit et sa gaine, puis entre deux faisceaux de muscle. Comme vous avez pu le voir, près de 5 mois après l'opération, il ne coule rien par la fistule ainsi créée.

2° *Etablissement précoce de la fistule gastrique.* — Chez notre malade, nous avons établi notre fistule gastrique le 13 novembre dernier, alors que le malade pouvait encore avaler des liquides et nous n'avons commencé l'alimentation par la fistule que le 15 novembre. Nous avons, en un mot, opéré d'une façon précoce, à une époque où d'autres, en particulier les chirurgiens lyonnais, préconisent et pratiquent la gastropexie.

L'établissement de la bouche stomacale n'a aucun inconvénient, la fistule ne laissant absolument rien couler. L'opération faite, le malade se trouve dans les mêmes conditions que celui auquel on a pratiqué simplement une gastropexie. L'avantage est que, le jour où il ne peut plus rien avaler et où le chirurgien doit recourir à l'alimentation artificielle, on n'a pas à faire, plus ou moins à l'aveugle une ouverture de la portion fixée. La fistule a été régulièrement établie; elle est à ce moment bien constituée; on a enlevé les fils, le canal muquo-cutané est solide; il n'y a plus aucune crainte de contamination ni de lésion de parties bien cicatrisées. Aussi notre manière de procéder nous semble-t-elle supérieure à celles usitées jusqu'ici. C'est celle que l'on pourra suivre lorsqu'on aura affaire à des médecins au courant de la chirurgie moderne qui nous enverront leurs malades assez à temps pour que nous ne soyons pas obligés de commencer l'alimentation par la fistule le jour même de son établissement. Le malade, que je vous montre établit en tous cas la perfection du résultat obtenu lorsqu'on peut opérer dans de bonne conditions, c'est-à-dire assez tôt.

1. Hartmann, Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage (*Bulletin de la Société anatomique*, 1891, p. 117).

2. Terrier et Louis, Remarques cliniques et opératoires à propos de 5 observations de gastrostomies pratiquées pour cancer de l'œsophage (*Revue de chirurgie*, Paris, 1891, p. 308).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Une nouvelle préparation de tuberculine.

M. Robert Koch vient de publier dans le dernier numéro du *Deutsche medicin. Wochenschr.* un mémoire sur une nouvelle tuberculine qu'il est arrivé à isoler des cultures tuberculeuses et qui serait douée de propriétés immunisantes et curatives sur la tuberculose. Bien que l'histoire de l'ancienne tuberculine soit loin d'être oubliée, nous croyons pourtant devoir donner ici le résumé des parties principales du travail de M. Koch.

I

Le fait qui a conduit M. Koch à la recherche d'une substance immunisante contre la tuberculose et qu'il a cru un moment avoir trouvé dans l'ancienne tuberculine est le suivant : dans la tuberculose miliaire de l'homme et dans la tuberculose expérimentale chez les animaux, il arrive un moment où les bacilles tuberculeux, jusqu'alors très nombreux, disparaissent de l'organisme. Comme, dans les conditions ordinaires, les bacilles tuberculeux sont très difficilement résorbés par les tissus, M. Koch pensa que la disparition des bacilles tuberculeux dans la tuberculose miliaire était une manifestation essentielle de l'immunité. Pour immuniser l'individu, déjà tuberculeux ou non, contre la tuberculose, il fallait par conséquent lui administrer un nombre considérable de bacilles facilement assimilables.

Pendant longtemps M. Koch chercha donc à rendre les bacilles assimilables par les tissus. Il cet effet il traita les cultures tuberculeuses par les acides et les alcalis, par la chaleur et le chloroforme, etc. C'est au cours de ces recherches, qu'en traitant les cultures tuberculeuses par la glycérine il trouva l'ancienne tuberculine.

L'expérience faite avec l'ancienne tuberculine a définitivement établi qu'elle immunisait l'individu contre les toxines tuberculeuses, sans influencer les bacilles tuberculeux eux-mêmes. Toujours guidé par le fait de la disparition des bacilles tuberculeux dans la tuberculose, M. Koch pensa que la seconde substance, celle qui pouvait immuniser contre les bacilles, devait résider aussi dans les cultures. Le problème consistait encore une fois à rendre les bacilles tuberculeux assimilables solubles, Les recherches furent donc reprises par M. Koch qui finit par trouver un procédé qui lui permit non seulement de rendre les bacilles tuberculeux assimilables,

mais encore à en extraire la substance immunisante et curative.

Le procédé en question est purement mécanique et consiste dans la trituration des cultures tuberculeuses desséchées dans un mortier d'agate avec un pilon d'agate, Quand on triture longtemps ces cultures on constate, en colorant la masse, que les bacilles tuberculeux disparaissent peu à peu de la masse. Pour les enlever définitivement, on mélange la masse qui se trouve dans le mortier avec de l'eau stérilisée et on met le liquide dans un appareil centrifugueur puissant. Au bout d'une demi-heure, le liquide se sépare en deux parties : une supérieure, liquide, transparente, mais légèrement opalescente, l'autre visqueuse, adhérente au fond du vase. La partie visqueuse est de nouveau desséchée, triturée, additionnée d'eau stérilisée et centrifuguée. Encore une fois le liquide se sépare en deux parties distinctes. L'opération est répétée plusieurs fois jusqu'à ce que la partie visqueuse se réduise pour ainsi dire à rien.

M. Koch a constaté que le liquide opalescent que l'on obtient par la première centrifugation a toutes les propriétés de l'ancienne tuberculine. Les liquides qu'on obtient après la deuxième, troisième, etc., centrifugations, ne diffèrent pas entre eux et constituent la nouvelle tuberculine qui, elle, diffère entièrement de la première. Les expériences sur les animaux, suivies de celles sur l'homme, ont en effet montré à M. Koch que la nouvelle tuberculine ne provoquait pas de réaction locale ni générale, avait des propriétés immunisantes manifestes et amenait la guérison de la tuberculose, quand la tuberculose n'était pas très avancée.

Les expériences sur les cobayes ont en effet montré que lorsqu'on immunise l'animal en commençant par l'injection maxima qui ne provoque pas de fièvre, et en augmentant progressivement la dose, il arrive un moment où l'animal supporte impunément les injections répétées de cultures tuberculeuses virulentes. Si on le sacrifie on ne trouve pas trace de tuberculose ni de bacilles tuberculeux.

Si les inoculations de cultures virulentes sont faites quand l'immunité n'est pas entièrement acquise, les animaux survivent encore; si on les tue, on trouve seulement une caséification des ganglions lymphatiques correspondant aux points d'inoculations virulentes, mais sans tuberculose viscérale ni bacilles tuberculeux. Dans les cas enfin où les inoculations virulentes sont faites quand l'immunité commence seulement, la tuberculose se trouve seulement dans les poumons. Quant aux effets curatifs de la nouvelle tuberculine chez les cobayes, M. Koch a pu obtenir la guérison en 15 jours ou 3 semaines chez des cobayes dont la tuberculose n'était pas avancée.

Chez l'homme, la dose initiale ne doit pas dépasser 1/500 milligramme, et si cette dose provoquait de la fièvre, il faut encore la diminuer. Les injections sont faites tous les deux jours et la dose progressivement mais lentement augmentée jusqu'à 0,5 ou 1 milligramme. Si la nouvelle dose faisait monter la température même d'un demi-degré, il faudra attendre que la température tombe avant de faire une nouvelle injection.

Chez l'homme la nouvelle tuberculine ne produit ses effets que lorsque la tuberculose n'est pas très ancienne ni compliquée d'infections secondaires streptococciques sur lesquelles elle n'a pas de prise. Chez les tuberculeux dont la température dépasse 38° la nouvelle tuberculine réussit rarement.

M. Koch a obtenu avec sa nouvelle tuberculine de nombreux succès chez des tuberculeux et principalement dans les tuberculoses cutanées. Il appelle ces succès des améliorations bien que, d'après lui, il s'agisse, dans un grand nombre de cas, de véritables guérisons; mais il préfère attendre encore avant de parler de guérisons.

Chez les tuberculeux pulmonaires comme chez les tuberculeux de la peau, la nouvelle tuberculine n'a jamais provoqué de réaction locale ni générale. Chez les premiers on constate quelquefois une augmentation passagère des râles humides. Chez eux les crachats diminuent et renferment de moins en moins de bacilles tuberculeux qui finissent par disparaître, le poids augmente, les râles deviennent moins nombreux, la matité diminue la fièvre tombe et la température devient au bout de quelque temps normale.

La nouvelle tuberculine est actuellement livrée par une maison allemande sous forme d'une solution glycérinée dont chaque centimètre cube renferme 1 milligramme de nouvelle tuberculine. Pour injecter la dose indiquée (1/500 milligramme) on étend la solution glycérinée avec une quantité nécessaire de solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 Avril 1897.

Entérocôlite et appendicite.

M. Potain croit, malgré M. Reclus, que ses observations, quoique anciennes, ont une valeur réelle. Sans doute, à cette époque, on n'aurait pas diagnostiqué une appendicite; mais ce que M. Potain sait avec certitude, c'est qu'ils n'ont pas eu de ces épisodes aigus qui aujourd'hui éveilleraient l'idée d'appendicite. Or, il ne faut pas laisser croire aux malades atteints de côlite muco-membraneuse qu'ils sont réellement exposés à l'appendicite avec une grande fréquence; et surtout on ne devrait pas conclure qu'il faut leur enlever l'appendice.

M. Laboulbène insiste sur ce fait que l'on peut exclure de la pathogénie des perforations appendiculaires les divers parasites intestinaux.

M. Dieulafoy est heureux que M. Potain, avec sa grande autorité, soit venu défendre ses observations, passées au crible par M. Reclus; et cette argumentation s'applique absolument aux autres statistiques, à celles de M. Bottentuit par exemple. Il y a incontestablement des faits où l'appendicite a frappé ces sujets, mais il sont exceptionnels. Et M. Dieulafoy ne croit pas que l'observation de M. Reclus relative à une jeune femme qui a pris un lavement au sublimé, soit réellement probante : la malade a corrodé son intestin, et comme elle a guéri sans opération, on ne sait même pas quelles lésions exactement elle a présentées. Ce qu'il faut, à l'avenir, c'est donner des observations précises, c'est aussi faire la contre-épreuve et déterminer avec quelle fréquence les opérés d'appendicite ont eu de l'entérocôlite muco-membraneuse : or M. Dieulafoy en a 24 observations personnelles où il n'y a jamais eu d'entérocôlite muco-membraneuse. Aussi M. Dieulafoy ne peut-il que maintenir ses conclusions premières.

Fracture de la clavicule.

M. Lucas-Championnière présente 4 malades auxquels il a traité des fractures de la clavicule par le massage. Ces sujets sont aux 19°, 18°, 13° jour de la fracture; ils ne souffrent aucunement et font mouvoir leur bras en tous sens. En 5 à 6 jours, le massage fait cesser toute douleur, et d'autre part la déformation diminue au lieu d'augmenter.

M. Péan accorde que le massage bien dirigé est un progrès

réel dans le traitement des fractures, mais il pense qu'on aurait tort de négliger les moyens anciens. Il constate que les malades actuels ont une saillie, un chevauchement notable et que si, dès lors, le résultat est bon pour des hommes et surtout dans la classe ouvrière, il serait insuffisant pour des femmes du monde.

M. Marc Sée admet au contraire que, par les moyens anciens de traitement, on n'aurait pas eu mieux. Mais il faudrait spécifier si dans ces cas il y avait ou non le chevauchement primitif si difficile à corriger.

M. Championnière répond à M. Péan qu'heureusement la fracture de la clavicule est très rare, il répond à M. Sée que chez deux de ces malades il y avait fracture grave, si bien qu'une fois on pouvait se demander s'il n'y avait pas indication à pratiquer la suture osseuse.

Hémianopsie horizontale.

MM. F. de Lapersonne et **Grand.** — La possibilité d'hémianopsies supérieures ou inférieures est contestée par beaucoup d'auteurs. Quelques observations cependant ne semblent pas douteuses. Dans le cas présenté par M. de Lapersonne, il s'agissait d'un violent traumatisme de la voûte crânienne, ayant laissé une perte de substance osseuse de 8 à 10 centimètres carrés dans la région pariétale, s'étendant à peu près également de chaque côté de la ligne médiane. La vision, qui semblait abolie tout d'abord, se rétablissait peu à peu, mais les champs visuels présentaient un rétrécissement symétrique dans leurs deux moitiés inférieures. Le malade a été observé pendant près de 18 mois, on n'a jamais constaté de lésions du nerf optique et la vision centrale reste parfaite : V = 2/3. Il n'y a aucun trouble de la mémoire, pas de cécité verbale, aucun trouble de la sensibilité générale ou de la motilité. L'hémianopsie ne s'est pas modifiée et parait définitive.

En l'absence de symptômes d'hystérie traumatique ou de tabès, on doit admettre que cette hémianopsie dépend d'une lésion des centres corticaux de la sphère psycho-optique, soit qu'il y ait eu destruction profonde des circonvolntions entoutourant le pli courbe, soit qu'un épanchement sanguin ait fusé dans la scissure inter-hémisphérique et ait altéré symétriquement la partie la plus élevée des deux lobes occipitaux. Mais pour expliquer qu'il se soit produit non de l'amblyopie totale ou de l'hémianopsie verticale, mais une hémianopsie horizontale, il faut en revenir à l'hypothèse de Munck sur l'hémianopsie en secteurs et sur la projection étroite de la rétine sur la sphère visuelle. Dans le cas présent, comme il s'agissait d'une insensibilité des deux moitiés supérieures de la rétine, ce seraient les parties les plus élevées de la sphère visuelle de chaque côté qui auraient été atteintes. Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, cette observation démontre la psosibilité de l'hémianopsie horizontale d'origine corticale.

Mal perforant plantaire.

M. Chipault a pratiqué 7 fois l'élongation des nerfs correspondant au territoire du mal perforant plantaire. 5 fois il s'est adressé aux deux nerfs plantaires; 1 fois à l'interne seul; 1 fois au collatéral interne du gros orteil. Une seule fois le résultat a été nul. M. Chipault conclut que cette lésion si rebelle est donc justiciable de l'élongation des nerfs plantaires. A cette opération, il faut ajouter le curage complet du foyer nécrotique et infectieux.

M. Brouardel donne lecture du résumé des travaux de la conférence de Venise, en mars dernier, sur les mesures à prendre contre la peste. Il constate que le programme développé devant l'Académie par M. Proust a eu l'approbation de la conférence.

Élection.

M. Richelot est élu membre dans la section de médecine opératoire, par 71 voix contre : MM. Peyrot, 4; Bouilly, 2; P. Segond, 2.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 Mars 1897.

Travail mécanique des muscles en état de contraction statique.

M. A. Chauveau fait connaître les résultats qu'il a obtenus sur des muscles de grenouille isolés, mais absolument frais. Ces résultats ne visent pas la démonstration de l'*uniformité* de la dépense énergétique, démonstration provisoirement jugée suffisante, mais seulement la *diversité* de l'échauffement, dans les différents cas de contraction statique mis en comparaison. Les expériences qui ont donné ces résultats se bornent à mettre en évidence les différences d'échauffement introduites dans le muscle en contraction statique, pour le soutien fixe d'une charge, par le travail mécanique intercurrent, positif ou négatif, que provoque l'allègement ou la restitution de la charge. Ces résultats sont les suivants :

1° Lorsqu'une même excitation nerveuse sollicite la contraction statique d'un muscle qui supporte une charge plus forte sans raccourcissement ou une charge plus faible avec raccourcissement, l'uniformité de la dépense énergétique se révèle dans l'uniformité ou la quasi-uniformité de l'échauffement musculaire, si les contractions statiques ne s'accompagnent d'aucun travail mécanique persistant;

2° Le déficit de chaleur qui s'observe dans le cas de travail positif non compensé est très faible; néanmoins il est net. Il n'y a donc pas à douter que le travail positif n'absorbe alors de l'énergie;

3° Le travail négatif donne, en tout ou en partie, au muscle qui l'amortit et l'éteint, l'énergie calorique dont ce travail est l'équivalent.

Période réfractaire des centres nerveux.

MM. A. Broca et **Ch. Richet.** — Dans nos dernières notes, nous avons montré qu'il existe dans les centres nerveux une ondulation dont la période négative correspond à une phase d'inexcitabilité que nous avons appelée *période réfractaire.* Nous avons montré que cette ondulation était soumise aux lois générales de la synchronisation des oscillants. Ces premières expériences ont été faites au moyen de l'excitation électrique du cerveau.

Nous avons repris les mêmes expériences en utilisant l'hyperexcitabilité aux réflexes produits par le chloralose. Nous avons opéré sur des chiens normaux et sur un chien choréique; les mêmes lois de synchronisation ont été retrouvées, quelle que fût l'origine de l'excitant. Nous avons pu retrouver par cette méthode la même valeur de la phase réfractaire qu'avec l'électricité. Nous avons obtenu les réponses rhythmées à une pour deux et une pour quatre excitations. Nous avons enfin vu que, sur le chien choréique, les excitations choréiques ne produisaient aucune perturbation dans les rhythmes obtenus. Cela montre que toutes ces excitations électriques, réflexes, pathologiques peuvent se substituer l'une à l'autre. Cela signifie que dans ces expériences nous faisons appel à une propriété commune à toutes ces excitations ; cette propriété commune est l'ondulation propre du système nerveux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 Avril 1897.

Abcès froid ganglionnaire crétifié de la cuisse gauche.

M. Prosper Merklen communique l'observation d'un individu âgé de 22 ans, présentant une gibbosité dorso-lombaire, pur mal de Pott, guéri depuis l'âge de 12 ans, et qui est entré à l'hôpital pour une tumeur oblongue au niveau de l'angle inférieur du triangle de Scarpa du côté gauche, pseudo-fluctuante en haut, crépitante en bas, sur une petite surface. La crépitation était superficielle, neigeuse, amidonnée, plus sèche

que celle des grains riziformes. Cette tumeur s'est développée chez le malade à l'âge de 13 ans, fut d'abord molle et fluctuante, se durcit ensuite et prit peu à peu les caractères qui viennent d'être signalés.

L'extirpation montra que la tumeur était un gros ganglion abcédé depuis longtemps, dont il était facile de sentir le contenu à travers la paroi relativement mince. A la partie inférieure, sensation de crépitation avec les caractères mentionnés plus haut, donnée par de petits grains durs, irréguliers, nombreux, que la pression pouvait faire glisser. A l'ouverture, on trouva de la matière caséeuse, blanche, molle, occupant la plus grande partie du ganglion. A la partie inférieure, amas de petits grains, nombreux, de faible volume, grisâtres, ressemblant à des fragments d'os, à des séquestres, expliquant la sensation de crépitation perçue avant l'opération.

On se trouvait donc devant un abcès froid ganglionnaire ancien, en voie de guérison par crétification du contenu.

Anévrysme de l'aorte développé dans le poumon.

M. Bernard rapporte l'observation d'un malade sujet depuis six mois aux hémoptysies et qui a succombé à la suite du rejet d'une grande quantité de sang.

A l'autopsie, on trouva un volumineux anévrysme de l'aorte thoracique, développé dans le lobe supérieur du poumon gauche et empiétant sur une partie du lobe inférieur. La paroi de la poche anévrysmale était formée en partie par l'aorte plus ou moins parsemée de plaques calcaires, en partie par du parenchyme pulmonaire. La coque pulmonaire qui formait une partie de la paroi anévrysmale mesurait à peine 4 à 5 millimètres.

Cancer de l'ampoule de Vater.

M. Thomas montre des pièces provenant d'une femme qui est morte à l'âge de 73 ans, après avoir présenté des troubles digestifs et un ictère persistant.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de l'ampoule de Vater, ayant ulcéré la portion intestinale de ce conduit. Les voies biliaires étaient dilatées et remplies d'un liquide puriforme. Le foie présentait des lésions d'angiocholite. L'examen microscopique montra que la tumeur était un épithélioma cylindrique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 Avril 1897.

Sur un cas d'éléphantiasis nostras.

M. Rénon. — Nous venons d'observer, chez une femme de 64 ans, un cas d'éléphantiasis nostras des membres inférieurs, qui nous a paru présenter un certain intérêt.

Cette malade, entrée à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu pour une affection pulmonaire aiguë, est atteinte depuis 25 ans de sa lésion cutanée. Comme cause, on ne trouve ni filariose, ni infection veineuse, malgré l'existence de 10 grossesses antérieures ; on note seulement dans les antécédents quelques poussées lymphangitiques et un érysipèle.

L'examen bactériologique, pratiqué peu après la défervescence de la maladie du poumon, au moment d'une poussée lymphangitique qui l'avait accompagnée, nous révéla, dans le sang des parties éléphantiasiques et dans la lymphe des varices lymphatiques de ces régions, la présence de très rares streptocoques et de nombreux pneumocoques de Talamon-Fränkel, très nettement caractérisés par l'examen direct et les cultures : ces derniers avaient perdu toute virulence pour la souris. Dans le magma semi solide situé sous les croûtes des jambes, nous pûmes trouver à l'état de pureté un bacille très mobile que les cultures et les réactions histo-chimiques nous permirent de rattacher au genre proteus.

Si ce fait d'éléphantiasis nostras paraît ressortir, comme c'est en général la règle, à la streptococcie, l'existence du pneumocoque dans les plaques dermiques coïncidant avec sa présence dans l'expectoration mérite d'être signalée : elle permet peut-être de faire jouer un certain rôle à ce parasite dans la poussée cutanée contemporaire de la phlegmasie pulmonaire.

Pseudo-tuberculose. Localisation élective sur l'appendice.

M. A. Gouget. — Il y a quelques semaines, M. Charrin a entretenu la Société d'une appendicite streptobacillaire observée sur plusieurs lapins du laboratoire de M. Bouchard, et signalé les recherches que j'avais entreprises sur les résultats de l'inoculation expérimentale de ce bacille. Depuis lors, M. Mosny a rapporté un cas analogue, et M. Josué a pu reproduire une appendicite folliculaire par injection intra-veineuse du bacille.

Poursuivant, en ce moment, l'étude de ce microbe, je me bornerai, quant à présent, à signaler les points suivants :

Le bacille dont il s'agit produit une pseudo-tuberculose tantôt macroscopique, tantôt purement microscopique et ne se manifestant alors à l'œil nu que par un très fin pointillé blanchâtre. D'ailleurs, dans les deux cas, la structure histologique est la même et identique à celle des pseudo-tuberculoses microbiennes observées jusqu'ici. Mais l'analogie s'étend à l'agent causal lui-même. Les différents microbes des pseudo-tuberculoses décrites jusqu'ici ont été démontrés par Praiz identiques entre eux, au moins pour la plupart, et le bacille que nous étudions nous paraît être, lui aussi, identique aux précédents.

Dans les cas spontanés comme dans les cas expérimentaux, par inoculation sous-cutanée comme par inoculation intra-veineuse, le bacille se localise constamment sur la rate et le foie. Puis viennent l'appendice et les ganglions mésentériques. Le bacille offre donc une affinité particulière pour les organes riches en tissu lymphoïde.

A ce point de vue, l'étroite localisation des lésions à l'appendice, alors que le reste de l'intestin est constamment épargné, atteste une élection spéciale. Ces lésions appendiculaires n'ont absolument rien d'inflammatoire. Bornées à quelques points de la paroi, sans jamais rétrécir sensiblement la cavité, évoluant à froid, sans réaction générale ni locale, elles n'occupent jamais qu'une place secondaire dans le tableau des lésions constatées à l'autopsie.

Action toxique curarisante de la neurine.

Mlle J. Joteyko. — La neurine, qui existe à côté de la choline dans beaucoup d'organes et liquides organiques est un produit de la désassimilation des lécithines et protagines. J'ai trouvé que la dose mortelle minimum pour une grenouille de taille moyenne est de 1 milligramme de neurine. Une grenouille ayant reçu sous la peau du dos cette dose de neurine se parésie progressivement et au bout de 10 minutes est complètement paralysée. Cette paralysie s'établit progressivement sans convulsions ni secousses. La respiration cesse au bout de 25 à 30 minutes et 2 ou 3 heures après le cœur est arrêté en diastole. Si on applique un courant électrique induit sur le nerf sciatique d'une grenouille neurinisée, on s'aperçoit que, dès le début de l'expérience, le muscle se contracte encore, mais 1/2 heure après l'excitation indirecte devient inefficace. Mais l'irritabilité du muscle est intacte et persiste 24 heures après la mort de l'animal. Les tracés obtenus témoignent que le muscle n'est nullement atteint par des doses considérables de neurine, deux ou trois fois mortelles.

Pour rechercher quelle partie du système nerveux est atteinte dans l'empoisonnement par la neurine, je neurinise une grenouille suivant le procédé classique de Cl. Bernard pour le curare. Si avant d'introduire la neurine on arrête la circulation dans un membre en liant la patte au-dessus du nerf sciatique, elle l'échappe à l'action du poison et on voit l'excitation portée sur le nerf sciatique déterminer des contractions du muscle. Donc, le tronc nerveux n'est pas atteint par la neurine, les terminaisons motrices des nerfs le sont uniquement. La neurine possède des propriétés curarisantes très manifestes.

Pour étudier l'action de la neurine sur les centres nerveux, on détache complètement un membre postérieur, en ne laissant subsister comme trait d'union que le tronc du nerf sciatique. Après introduction de neurine on excite le train antérieur par des courants très forts et on obtient des contractions réflexes de

la patte détachée et ne tenant que par le nerf. L'excitabilité de la moelle est abolie par des fortes doses de neurine, affaiblie par des doses compatibles avec la vie (1/2 milligramme).

Je conclus de ces expériences que la neurine est un poison de la cellule nerveuse. A faibles doses elle n'impressione que les plaques motrices des nerfs, à haute dose elle paralyse les centres nerveux.

En terminant, je me permets d'ajouter que si nombreuses sont les substances extraites du règne végétal possédant des propriétés curarisantes, tel n'est pas le cas pour les produits organiques d'origine animale. Il n'y en a que quatre connus jusqu'à présent, ce sont : 1) les produits toxiques qui s'accumulent dans le sang et les muscles en l'absence des capsules surrénales, 2) les produits toxiques de la fatigue, 3) la choline (Boehm), 4) la neurine.

Néanmoins, il serait à présent impossible de conclure à l'identité de ces substances, en se basant uniquement sur leurs propriétés curarisantes.

Sérothérapie dans certains rhumatismes à streptocoques et dans certaines iritis rhumatismales.

M. Boucheron a constaté les bons effets du sérum dans les affections des muqueuses nasopharyngiennes, où il a vu disparaître, avec les lésions des muqueuses, les accidents rhumatismaux, soit articulaires, musculaires ou névralgiques, soit même des iritis dites rhumatismales.

La sérothérapie a été employée par lui surtout dans les cas de rhumatismes subaigus, anciens, sans grosses lésions, chez des uricémiques, toxémiques, où les médications habituelles n'ont fait qu'atténuer les accidents.

MM. Lapicque et **Guillemonat** ont trouvé que la quantité de fer qui circule dans l'organisme pendant 24 heures est de 15 à 30 milligrammes.

M. Hanriot rapporte une série d'expériences qui montrent que la lipase du sang n'est pas la même que celle du pancréas.

M. Camus communique une série de nouvelles expériences relatives à l'influence de l'oxygène et de la lumière sur l'oxydation de la bile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 Mars 1897.

Traitement des angio-cholites infectieuses.

M. Delagenière (du Mans) a eu l'occasion d'intervenir chez une malade de 30 ans présentant depuis quelques années une série de troubles dyspeptiques douloureux, mais n'ayant dans ses antécédents ni colique hépatique, ni ictère. A l'examen on trouvait une tumeur volumineuse, dure, rénitente, qui se continuait avec le foie et descendait dans la fosse iliaque.

M. Delagenière pratiqua une laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit, et tomba d'emblée sur le foie qui était volumineux, mobile et avait basculé de telle façon que la face supérieure du viscère regarde en avant. L'examen du foie montra qu'il n'y avait nulle part de calcul, par contre le parenchyme était induré, bosselé, cirrhotique. Dans ces conditions, M. Delagenière pratiqua l'hépatopexie et établit une fistule biliaire. La réduction de l'organe à sa situation normale se fit sans aucune difficulté. La face convexe du foie fut suturée au catgut à la face interne des fausses côtes et de la paroi abdominale suivant la méthode de Guyon pour la fixation du rein.

L'établissement d'une fistule biliaire ne présenta également aucune difficulté.

Les premiers jours, il s'écoula une quantité considérable de liquide visqueux, qui n'avait ni la couleur ni l'aspect de la bile. Ce liquide contenait des colibacilles. La malade, après l'opération, fut soumise à un régime spécial : lait et calomel; elle se rétablit parfaitement; depuis elle a eu une grossesse et un accouchement normal. Elle est dans un parfait état de santé.

Pour M. Delagenière il s'agissait d'une cirrhose commençante où le drainage a amené la guérison.

M. Quénu a observé un cas analogue. Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 43 ans, jusqu'alors bien portant, qui avait présenté, 18 mois auparavant, des accidents de colique hépatique. Les crises douloureuses devinrent plus fréquentes et, à la fin du mois, elles étaient à peu près continues.

Lorsque M. Quénu vit le malade, il était dans un état général extrêmement mauvais, un véritable état typhique avec fièvre. Les urines étaient de couleur foncée, les matières fécales pâteuses et entièrement décolorées. Le foie était volumineux et mesurait 8 centimètres sur la ligne mammaire.

M. Quénu pratiqua une laparotomie latérale et, n'ayant pas trouvé de calculs dans les voies biliaires, il établit une fistule biliaire par abouchement de la vésicule à la peau. La convalescence s'effectua sans incident. La fistule se ferma spontanément et le malade quitta l'hôpital guéri.

D'après M. Quénu, la fistulisation de la vésicule biliaire dans un cas d'angiocholite infectieuse agit à la façon d'un drainage. Il est naturellement préférable d'aboucher la vésicule avec la peau qu'avec l'intestin. Malheureusement ce n'est pas toujours possible.

Ainsi M. Quénu a eu dernièrement à intervenir chez une malade qui, étant enceinte de 6 mois, fut prise de douleurs extrêmement vives au creux épigastrique. L'accouchement donna lieu à une recrudescence de phénomènes douloureux, et quand la malade vint se faire opérer, elle avait un foie volumineux, une fièvre quotidienne, une teinte ictérique prononcée avec décoloration des matières, perte de l'appétit, etc. La vésicule était extrêment petite, adhérente, si bien qu'il fut impossible d'amener la vésicule à la paroi pour la suturer. On se contente de la laparotomie exploratrice. Néanmoins, après l'opération, la température tomba, la malade se mit à manger. Il y eut encore deux ascensions thermiques, mais la malade put quitter l'hôpital très améliorée. Depuis, son état général est devenu excellent et elle ne présente plus d'ictère.

Il est difficile d'expliquer la façon dont a agi l'opération. Ce qu'il y a de plus plausible, c'est que l'exploration du cholédoque a suffi pour produire, par une sorte de massage, l'expulsion du liquide épais qui s'y trouvait retenu.

Opération de Syme.

M. Kirmisson lit un rapport sur un travail de **M. Potherat** concernant l'opération de Syme. Ce procédé, auquel on reprochait de favoriser la rétention du pus et d'amener ainsi la gangrène des lambeaux à une certaine période, était à peu près tombé en désuétude.

Cet inconvénient ayant disparu avec l'antisepsie, M. Potherat a repris le procédé de Syme en conseillant, comme l'ont déjà fait Farabeuf et Alph. Guérin, de désarticuler le pied avant de disquer le lambeau; par contre il ne croit pas indispensable de conserver le périoste comme le veut Ollier. M. Potherat a eu recours au procédé de Syme dans 4 cas. : dans deux, il intervint pour des tuberculoses des os du pied, dans un cas, pour un traumatisme, dans un autre cas, pour un ostéosarcome. Le résultat fonctionnel a toujours été bon.

M. Kirmisson, tout en reconnaissant que le procédé de Syme donne d'excellents résultats, est d'avis qu'il faut le considérer, non pas comme un procédé de choix, mais comme un procédé de nécessité. Si le calcanéum peut être conservé en partie, il est préférable de s'adresser au procédé de Pirogoff, qui donne un moignon plus vivace, mieux adapté à la marche. M. Kirmisson a eu recours à cette opération, en mars 1896, chez un enfant atteint de tuberculose des os du pied; les lambeaux se réunirent par première intention, le résultat fonctionnel est parfait et on peut voir, sur le moulage que M. Kirmisson présente, que le moignon est excellent.

M. Berger emploie dans les tuberculoses du pied la tarsectomie postérieure, et, à défaut de celle-ci, il faisait volontiers le procédé de Pirogoff modifié par Pasquier-Le Fort, en se servant de chevilles osseuses pour avoir une consolidation plus parfaite. Toutefois, ayant eu quelques insuccès il a dû recourir, dans quelques cas à des amputations sus-malléolaires

secondaires. Il est donc revenu au procédé de Syme qui lui donne toute satisfaction.

M. Le Dentu, quand il n'est pas sûr de l'intégrité du calcanéum, a recours au procédé de Syme.

M. Jalaguier a pratiqué deux fois l'amputation de Syme; dans un cas, pour un traumatisme, dans un autre cas, pour une tuberculose du pied. Les deux malades, une fois guéris, marchaient très bien; l'un d'eux a pu faire à pied le chemin de Paris à Bruxelles.

Rupture musculaire totale ancienne traitée par la suture.

M. Delorme présente un malade qu'il a guéri d'une rupture musculaire du moyen adducteur par le procédé de suture qu'il a décrit en 1894 à la Société de chirurgie.

La rupture datait de 1893, elle était totale comme l'opération le montra et répondait aux insertions inférieures du muscle. La tuméfaction, permanente, présentait le volume d'une orange et devenait plus dure pendant la contraction libre ou entravée du muscle. Au-dessous d'elle on ne trouvait pas de dépression transversale, mais une corde fibreuse du volume du petit doigt qui se prolonge jusqu'au fémur.

Par une longue incision plutôt antérieure qu'interne, pour éviter tout froissement de la cicatrice pendant les exercices d'équitation, M. Delorme mit à découvert la tuméfaction musculaire et la corde fibreuse qui s'insérait plus près de sa face postérieure que de son centre; il dégagea avec des ciseaux les fibres musculaires qui, après s'être recourbées en demi-cercle, s'inséraient sur cette corde, et par de nombreuses sutures de soie, disposées en étages, il les fixa sur la corde et à la gangue fibreuse très résistante qui l'entourait : les profondes moins bas que les moyennes, les moyennes moins bas que les superficielles et ces dernières aussi près que possible des insertions fémorales.

Cela fait, l'aponévrose fut suturée.

Après l'opération la tuméfaction avait disparu.

Réunion par première intention; pansement immobilisant et compressif maintenu pendant un mois.

Le résultat 2 mois 1/2 après l'intervention est le suivant : cicatrice linéaire non adhérente, non soulevée au repos, à peine soulevée pendant la contraction du muscle.

Au niveau du tiers inférieur de l'incision, on sent une saillie arrondie, des dimensions d'une petite noix qui répond à un agglomérat de sutures.

En somme, le résultat est satisfaisant et cet homme est actuellement capable de contracter un nouvel engagement, ce qu'il n'eût pu faire avant l'opération.

M. Delorme présente un malade chez lequel il a pratiqué l'oblitération d'une perforation syphilitique de la voûte palatine en prenant un lambeau à la face interne de la joue et de la lèvre supérieure. Les procédés ordinaires avaient échoué; actuellement, la perforation est oblitérée sans que la lèvre soit déformée.

M. Gérard-Marchant présente une jeune femme chez laquelle il a pratiqué la suture du nerf radial pour une paralysie radiale survenue à la suite d'un coup de couteau à la partie supérieure du bras. Les fonctions motrices ne revinrent que plusieurs mois après l'opération.

M. Monod présente un malade qui a subi, autrefois, l'amputation de l'avant-bras pour troubles trophiques de la main : en présence de la persistance des douleurs, on lui fit la résection du nerf cubital : M. Delorme lui fit de la compression qui amena une amélioration passagère; actuellement le moignon est violacé et extrêmement douloureux, le malade présente tous les signes d'une névrite ascendante.

M. Berger présente un malade qu'il a opéré d'une luxation du scaphoïde.

M. Hartmann. — Voir page 325.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 Avril 1897.

Diagnostic, traitement médical et indications opératoires de l'appendicite.

M. Moizard trouve que le diagnostic d'appendicite est facile quand les signes classiques, à savoir l'apparition brusque des accidents, le point de de Mac-Burney, les vomissements plus ou moins abondants, la fièvre, le ballonnement du ventre sont au complet. Mais dans beaucoup de cas le doute est permis, et l'appendicite peut être prise au début pour une *simple indigestion*, comme M. Moizard en a vu récemment en ville un exemple typique, chez un enfant chez lequel seulement 60 heures après un début de ce genre le diagnostic d'appendicite perforante s'imposait et l'intervention en démontrait la justesse : l'enfant a guéri.

Dans d'autres cas, l'erreur du début se prolonge et, après avoir admis une indigestion, on pense à un *simple embarras gastrique*. Dans ces formes, les phénomènes d'intoxication gastro-intestinale légère dominent complètement la scène, et cette forme insidieuse est d'autant plus importante à connaître qu'elle peut être le début de la forme la plus grave, la plus irrémédiable, de l'appendicite, celle dans laquelle le développement rapide d'une péritonite septique, diffuse, entraîne fatalement et rapidement la mort. Dans ces formes insidieuses on peut être mis sur la voie du diagnostic par la discordance entre le pouls qui est fréquent et misérable et la température qui reste normale.

Il est des cas encore où l'appendicite, au début, a été prise pour une *fièvre typhoïde*. Cette erreur n'est possible que lorsque les symptômes de l'appendicite sont masqués par ceux de l'infection gastro-intestinale qui la précèdent et en sont la cause.

L'appendicite peut être confondue avec l'*invagination* et l'étranglement interne, erreur qu'on peut éviter en se rapportant aux caractères de la fièvre, des vomissements et de la constipation sans tous ces cas. Une autre affection qui peut encore être prise pour une appendicite est la péritonite à pneumocoques.

Quand le diagnostic d'appendicite est fait, on a à se demander si le cas est à traiter médicalement ou s'il faut recourir rapidement à une intervention chirurgicale.

D'après M. Moizard les formes perforantes suraiguës, avec péritonite purulente progressive, et les formes septiques, exigent une laparotomie immédiate. Le médecin doit en être persuadé et a le devoir d'agir dans ce sens sur le malade et son entourage.

Mais ces formes d'appendicite avec péritonite généralisée d'emblée sont les plus rares. Le plus souvent la crise initiale se calme et c'est au médecin qu'il appartient de prescrire et de diriger le traitement.

En premier lieu, *l'emploi des purgatifs doit être proscrit du traitement de l'appendicite* — c'est une règle qui ne comporte pas d'exception — et remplacé par celui de l'opium sous forme d'extrait thébaïque, dans une potion gommeuse à laquelle l'on ajoute de l'eau chloroformée et du salicylate de bismuth s'il y a des vomissements et de la diarrhée, ou du benzo-naphtol quand ces symptômes n'existent pas. Il faut, d'après M. Moizard, employer d'assez fortes doses : chez l'adulte, 10, 15 centigrammes par jour suivant l'effet obtenu et la tolérance des malades; chez l'enfant ne pas dépasser 5 centigrammes.

Localement on fera des *applications permanentes de glace* qui ont une action sédative marquée sans présenter aucun inconvénient du vésicatoire, des cataplasmes ou des sangsues. A l'opium et aux applications permanentes de glace s'ajoute, comme dernier facteur du traitement médical, la *diète absolue*, pendant plusieurs jours. Si les malades sont déprimés, on les soutient au moyen des injections de sérum artificiel ou d'éther. Quand l'alimentation peut être reprise, c'est avec la plus grande prudence qu'on le fera et en tâtant la tolérance de l'estomac; on commencera par du lait coupé avec une eau minérale alcaline, pour passer ensuite aux potages, au lait, etc.

Le repos au lit doit être maintenu *longtemps*. Tant qu'il y a de la douleur à la pression, il faut le prescrire *absolu*, bien que cela soit souvent difficile à obtenir chez les enfants.

Quand la crise est passée, le rôle du médecin n'est pas terminé. Il en fera disparaître les traces, appréciables par une tuméfaction plus ou moins marquée au niveau de la région appendiculaire. Les pointes de feu et de petits vésicatoires rendent, à ce point de vue, de bons services. En outre, et surtout, il soumettra le malade à un *régime extrêmement sévère*, en vue de prévenir de nouvelles crises. Vivre simplement et sobrement, veiller au fonctionnement régulier de l'intestin, telles sont les règles dont l'observance mettra à l'abri des rechutes.

La guérison médicale obtenue, une dernière question se pose. Doit-on s'en tenir là ou conseiller l'ablation de l'appendice à froid? Bien que M. Moizard soit partisan de cette intervention il ne croit pas cependant qu'on puisse poser en principe absolu la nécessité de l'opération. L'intervention lui semble formellement indiquée après une seconde et, *a fortiori*, après une troisième ou une quatrième attaque d'appendicite, Mais après une première attaque l'intervention chirurgicale n'est indiquée que si le malade ne peut-être suivi, s'il est exposé à se trouver éloigné de tout secours chirurgical efficace.

Du séro-diagnostic dans un cas de tuberculose aiguë et de fièvre typhoïde associées.

MM. Louis Guinon et **H. Meunier**. — La coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose est chose assez rare pour qu'on ait pu soutenir l'antagonisme de ces 2 maladies. Quelques faits ont déjà démontré, cependant, que cette association morbide était possible : l'observation suivante est un nouvel exemple.

Un enfant de 8 ans entre à l'hôpital avec des signes manifestes de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. Après une courte rémission, la température se relève et dessine pendant 15 jours une courbe *cyclique*, terminée par de grandes oscillations; pendant cette période, l'extension progressive des signes pulmonaires, râles et souffle, l'amaigrissement extrême, la turgescence du foie et de la rate, le développement général des groupes ganglionnaires, répondent si parfaitement à l'hypothèse d'une tuberculose aiguë, que ce diagnostic, posé dès le début, n'est pas mis en question.

Cependant apparaît, à la fin de la courbe cyclique, un stade amphibole, puis survient une éruption de taches rosées (13ᵉ jour). Ces deux phénomènes éveillent un doute dans notre esprit et, malgré l'absence de tout symptôme intestinal, nous nous demandons si nous n'avons pas méconnu une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic pratiqué à plusieurs reprises nous donne, en effet, un résultat nettement positif.

A peine avons-nous accepté ce nouveau diagnostic, espérant une guérison que la courbe thermique semblait déjà annoncer, qu'une nouvelle poussée fébrile se développe, accompagnée de signes pulmonaires de plus en plus inquiétants. S'agit-il maintenant d'une rechute de la fièvre typhoïde, ou n'est-ce point là plutôt une nouvelle poussée de tuberculose aiguë, mettant en question la légitimité du séro-diagnostic? La mort, survenue quelques jours plus tard, devait seule nous permettre d'éclairer ce problème déconcertant.

L'autopsie nous mit en face d'une granulie typique : poumons, plèvres, méninges, reins, foie, rate, présentaient le semis caractéristique des granulations miliaires, et quelques tubercules plus âgés, siégeant dans le poumon, montraient, par leur ramollissement, que le point de départ de la généralisation était sans doute la tuberculose pulmonaire, diagnostiquée dès le début. Quant à l'intestin, sur lequel se porta toute notre attention, il présentait quelques petites ulcérations, offrant tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse du type lenticulaire, avec granulations grises sur le feuillet péritonéal. Nous pûmes nous assurer, par l'examen histologique, qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses; les parois de l'ulcération étaient parsemées de granulations jeunes et fourmillaient de bacilles de Koch; enfin, la dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques témoignait également en faveur de la nature de l'entérite. La granulie était évidente, partant, la tuberculose indiscutable.

Le séro-diagnostic nous avait-il donc induits en erreur? La bactériologie, interrogée à son tour, nous prouva que la réaction agglutinante avait été parfaitement légitime : les ensemencements de la pulpe splénique, du suc pulmonaire et du liquide pleural nous fournirent, en effet, des cultures d'un bacille qu'une identification rigoureuse nous montra être du bacille d'Eberth. L'infection typhoïde, dénoncée par la courbe cyclique et les taches rosées, puis affirmée par le séro-diagnostic, était donc bien réelle; seulement elle avait été noyée dans l'évolution plus tumultueuse de la tuberculose aiguë, et, déjà presque effacée au moment de la mort, elle eût sans doute été écartée par nous, si l'examen bactériologique ne nous en avait révélé l'agent spécifique dans plusieurs organes.

M. Rendu trouve que le résultat positif du séro-diagnostic ne permet pas d'affirmer dans ce cas. Au point de vue clinique, rien n'était caractéristique de la fièvre typhoïde et, au contraire, la marche a été exclusivement celle d'une granulie à laquelle reviendraient et les taches rosées au treizième jour de la maladie et la rémission de la température et l'hypertrophie de la rate. En outre, à l'autopsie, on a trouvé des lésions intestinales exclusivement tuberculeuses à l'œil nu. Dans ces conditions, on peut se demander si le séro-diagnostic positif pendant la vie et les résultats positifs des cultures après la mort suffisent à une certitude contre laquelle plaident l'allure clinique du cas et le résultat négatif de l'autopsie macroscopique de l'intestin.

M. Guinon fait remarquer que les taches rosées sont l'exception dans la granulie et que les lésions macroscopiques de la fièvre typhoïde n'ont pas le caractère spécial qu'on note chez l'adulte, en ce sens qu'elles sont bien plus atténuées et n'aboutissent pas toujours à l'ulcération.

M. Widal croit indiscutable ici l'existence simultanée de deux infections et ce fait montre l'utilité du séro-diagnostic pour reconnaître cette coexistence.

M. Barié a observé en 1875 chez un malade l'évolution simultanée d'une fièvre typhoïde tout à fait caractéristique et d'une granulie terminale. Les lésions de l'une et de l'autre maladie furent notées à l'autopsie d'une façon non douteuse. Pendant la vie, le diagnostic avait été porté en tenant compte du premier tracé thermométrique, qui était celui de la dothiénentérie, et du second tracé dont le type inverse avait permis de soupçonner l'existence de la tuberculose.

M. Chantemesse a toujours constaté l'existence de la séro-réaction dans 70 cas de fièvre typhoïde où le diagnostic a été certifié par l'évolution clinique et quelquefois par l'autopsie.

Ictère chronique.

M. Le Gendre présente un malade atteint, depuis 12 ans, d'un ictère qui offre les particularités suivantes : les urines ne présentèrent jamais la réaction des pigments biliaires, mais l'urobilinurie fut constante; le foie ne fut jamais hypertrophié, l'état général se maintint bon jusqu'il y a 2 ans, époque à laquelle apparurent quelques troubles dyspeptiques.

M. Hayem fait remarquer qu'il s'agit, dans ce cas, d'un ictère hémaphéique chronique, affection très rare, dont il ne connaît que 3 cas.

M. Galliard dit, à ce propos, qu'il connaît un confrère de Paris présentant depuis 25 ans un ictère chronique, sans troubles dyspeptiques.

Ectopie cardiaque.

M. Moutard-Martin donne l'observation d'un malade atteint d'ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie, et qui a succombé à l'évolution d'une broncho-pneumonie tuberculeuse.

A l'autopsie le cœur ectopié se trouvait bien à droite et derrière le sternum, la pointe était située au niveau du quatrième espace intercostal, mais ne dépassait pas le bord gauche du sternum. Le poumon droit était réduit au volume de 2 poings et coiffé en entier par une plèvre (feuillet viscéral et feuille pariétal fusionnés) de 2 centimètres d'épaisseur. Il présentait à la coupe les lésions de la dilatation totale des bronches et à la base seulement, sous la plèvre, on trouvait un foyer net de tuberculose certainement ancienne. Le poumon gauche est envahi presque en totalité par des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse disséminées et récentes.

L'appendice iléo-cæcal, très long, très développé, offrait 4 foyers de suppuration du volume d'une lentille à celui d'une moitié d'amande. Son calibre n'était pas rétréci. En aucun

autre viscère et notamment tout le long du tube digestif, on n'a pu trouver des lésions de tuberculose.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Mars 1897.

Irido-cyclite purulente, par une plaie pénétrante de l'œil, guérie par l'injection sous-conjonctivale de 2 milligr. 1/2 de cyanure de mercure.

MM. Fromaget et **Cabannes**. — Un homme de 27 ans reçut dans l'œil droit un fragment de bois qui resta 2 jours implanté dans la cornée et tomba de lui-même.

Il en résulta au bout de 2 jours le développement d'une irido-cyclite purulente à marche très aiguë pour laquelle on pratiqua une paracentèse pour évacuer le pus. Puis, à la suite d'un nettoyage complet de la chambre antérieure, on fait une injection d'une demi-seringue de Pravaz contenant 5 milligrammes de cyanure de mercure par seringue, à la partie supérieure de la conjonctive bulbaire en 2 fois, en dedans et en dehors; instillation d'atropine, lavage antiseptique au formol à 1 p. 2000.

Le malade souffre de l'œil pendant une 1/2 heure après son opération. Le lendemain, la pupille s'est dilatée irrégulièrement en raison de nombreuses synéchies postérieures; au niveau de son centre s'étale une vaste fausse membrane adhérente à la cristalloïde, antérieure; mais dans les jours suivants, elle se résorbe progressivement et, une semaine après l'accident, hypopyon, infiltration purulente de l'iris, placard purulent, tout a disparu; de l'injection de la conjonctive et un peu de larmoiement sont les seuls signes qui persistent. La vision se rétablit progressivement sans revenir pourtant à l'acuité normale.

Otite moyenne chronique; expulsion des osselets.

M. Liaras. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade qui est atteint d'otorrhée et qui a expulsé spontanément ses osselets dont voici seulement l'enclume et l'étrier.

Ce qui est à noter dans le cas présent, est l'intégrité absolue de ces deux osselets qui ne présentent pas de traces de carie. De plus le malade entend relativement bien la voix parlée de son oreille malade; et il est remarquable qu'une otite moyenne de la nature de celle-ci et dans les conditions où elle s'est produite n'ait pas plus retenti sur l'oreille interne.

Commotion cérébrale; contusions de la région temporo-faciale gauche et fracture de l'olécrane; guérison.

M. Binaud. — Voici un malade qui, à la suite d'un accident de voiture, a présenté de la commotion cérébrale grave et des contusions de la région temporo-faciale, dont il a guéri; il a également eu son olécrane gauche brisé, et il m'a paru intéressant de vous montrer les résultats que j'ai obtenus chez lui par l'immobilisation jointe aux massages et à l'électricité.

Aussi bien, vous le savez, le dernier mot n'est pas encore dit sur le meilleur mode de traitement des fractures de l'olécrâne, et l'opinion autrefois émise par Desault, « qu'il n'est pas de fractures dont le traitement exige plus de soins et soit hérissé de plus de difficultés que celles de l'olécrane » demeure toujours vraie.

Aujourd'hui, comme vous pouvez le constater, les deux fragments sont bien réunis par un solide cal fibreux serré; il est facile de retrouver le trait oblique de la fracture : le mouvement de flexion se fait sans aucune difficulté et il peut même dépasser l'angle droit sans que les fragments s'écartent; seul le mouvement d'extension est légèrement gêné dans sa totalité.

En somme, le malade n'éprouve qu'une faible gêne dans les mouvements de son membre supérieur, et le résultat obtenu est des plus satisfaisants; l'accident date de plus de 4 mois 1/2.

Lupus ulcéré de la langue.

M. Carrière. — La fillette qui fait le sujet de cette communication a eu du lupus de la face et du nez, cicatrisé à l'heure actuelle.

Sur la langue, on trouve deux foyers lupiques. Le premier en arrière forme une plaque de 2 centimètres environ de large, dure, enchaînée, qui porte en son milieu une ulcération étroite, irrégulière et profonde. En avant de cette première lésion, sur la partie moyenne du bord gauche de la langue, on trouve une petite plaque dure, contenant également une ulcération non douloureuse.

Il convient d'insister sur la rareté du lupus de la langue; dans sa thèse, Spire n'en a réuni que 14 (1895). Les caractères principaux qui permettent de différencier le lupus de l'ulcération tuberculeuse de la langue, sont les suivants : plaque indurée, rose pâle, mamelonnée. Elle présente quelquefois des fissures, rarement des indurations.

Il convient d'insister sur la fréquence de la coexistence du lupus de la gorge.

L'examen histo-bactérioscopique a fait trouver des follicules tuberculeux typiques (ce que nient certains auteurs), mais on n'a pas trouvé de bacilles de Koch.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 29 Mars 1897.

Sur l'albumosurie.

M. Hugounenq. — Les albumoses ont été assez bien étudiées au point de vue chimique, dans ces dernières années, et quelques faits sont venus attirer l'attention sur leur importance en clinique.

En effet, 7 cas ont été rapportés dans la science, où l'albumose avait été constatée dans les urines. Elle n'y avait pas été cherchée avec intention, mais la réaction caractéristique qu'elle présente avec l'acide azotique ne pouvait passer inaperçue. Dans les cas d'albumosurie, l'addition d'acide azotique donne à l'urine un aspect de tous points identique à celui du lait. Le liquide est troublé en masse, c'est une émulsion blanche, et l'analogie avec le lait se poursuit même à l'examen microscopique. Tous les cas rapportés jusqu'ici se rattachent à des lésions osseuses (ostéomalacie, etc.) (1). Dans le cas que M. Hugounenq a eu récemment à examiner, il n'y avait pas de troubles osseux manifestes; on signalait seulement une syphilis ancienne.

Aucun signe clinique ne trahit d'ordinaire l'albumosurie. Dans les cas déjà publiés, l'issue de la maladie a été fatale au bout de peu de temps.

Coma diabétique.

M. Lépine rapporte le cas d'un diabétique grave, dont l'urine renfermait beaucoup d'acétone et d'acide acétyl-acétique, qui a été pris d'anorexie, puis de dyspnée prémonitoire du coma.

Peu d'heures après le début de cette dyspnée, M. Lépine lui a injecté dans une veine du bras deux litres d'une solution renfermant 7 grammes de sodium par litre, et 10 grammes de bicarbonate de soude. Le résultat a été des plus satisfaisants. Sous l'influence de cette médication, l'urine a éliminé une plus grande quantité d'acétone et d'acide acétylacétique. L'appétit est revenu et consécutivement la quantité d'urine et de sucre a beaucoup diminué.

M. Lépine, qui avait déjà conseillé théoriquement cette pratique dans le cas d'imminence de coma, n'hésite pas à la recommander. Elle est rationnelle, et répond bien à l'indication de *saturer* les acides de l'économie et de les *éliminer*. Malheureusement ce n'est qu'une thérapeutique symptomatique et

1. Voir Hupper *in Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie*, 1896, p. 550.

l'idéal serait d'empêcher le trouble de nutrition qui produit l'intoxication acide.

Effets physiologiques des radiographies.

M. Destot étudie les effets des rayons Röntgen d'une manière comparative, suivant que l'électricité provient d'une bobine ou d'une machine statique.

Il fait remarquer que tous les troubles trophiques qui ont été signalés dans la radiothérapie, avaient ces deux caractères, d'être inconscients, et de se produire longtemps après l'application des rayons.

Ils sont le résultat, non d'une action directe, immédiate sur les cellules nerveuses, mais d'une action réflexe, lente.

M. Destot a constaté le premier que lorsqu'on se servait d'une machine statique, bien que les rayons provenant du tube de Crookes fussent aussi intenses que s'ils étaient produits par une forte bobine, les troubles trophiques n'apparaissaient pas. Il faut donc, pour expliquer leur production, les rapporter à l'atmosphère électrique développée autour du tube, et non aux rayons X eux-mêmes.

Des résultats également importants ont été fournis par l'étude des tracés sphygmographiques des sujets soumis à la radiothérapie. Si l'on emploie la machine statique, le pouls se tend, le dicrotisme diminue; il n'y a pas d'arhythmie. Dès que l'on cesse l'expérience, le pouls reprend ses caractères physiologiques.

Si l'on emploie la bobine, on constate, au début, le même phénomène qu'avec la machine statique; puis, dans la suite, il se produit un polycrotisme exagéré, et, plus tard encore, des intermittences pouvant aller jusqu'à une arhythmie complète avec systoles avortées. Lorsqu'on arrête le fonctionnement du tube, le pouls reste troublé pendant une demi-heure encore. Comme dans le cas des troubles trophiques, les radiations X étaient sensiblement égales, mais les effets physiologiques ont été différents, suivant la source électrique employée. Cette notion doit être sans cesse présente à l'esprit de ceux qui s'occupent de radiothérapie.

Neuro-fibromatose généralisée.

M. X. Delore rapporte le cas d'un jeune malade de 11 ans, atteint depuis sa naissance de nævi pigmentaires, et depuis plusieurs années de nombreux noyaux fibreux sous-cutanés. Une tumeur thoracique, large comme la paume de la main, et étendue sur le 6e espace intercostal, a été récemment enlevée par M. Vincent. L'examen histologique a montré que l'on se trouvait en présence d'un fibrome des gaines conjonctives nerveuses, sans altération de la fibre nerveuse et sans prolifération cylindraxile ou de la gaîne de myéline. Il est à remarquer que le pronostic de semblables tumeurs est loin d'être bénin. La dégénérescence sarcomateuse a été constatée dans un certain nombre de cas, et de plus, par leur situation, les fibromes peuvent être l'origine de troubles multiples, de compression ou autres.

Dans le cas actuel, on peut très bien admettre la possibilité, dans l'avenir, d'une propagation au feuillet pariétal de la plèvre.

Un cas de Greifswald qui avait présenté une telle évolution s'est terminé par la mort.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 31 Mars 1897.

Pharyngotomie trans-hyoïdienne.

M. Frarier présente une malade atteinte de rétrécissement cicatriciel du pharynx chez laquelle M. Vallas a pratiqué une pharyngotomie trans-hyoïdienne.

M. Vallas insiste sur les avantages de ce procédé qui permet d'avoir plus de jour qu'avec l'opération sous-hyoïdienne de Malgaigne, l'hémorrhagie est, de plus, beaucoup moins à craindre.

Le manuel opératoire comprend :

1° Incision cutanée médiane commençant à 3 centimètres en arrière de la symphyse mentonnière, et se prolongeant jusqu'au cartilage cricoïde.

2° Isolement du plan musculaire sous-jacent.

3° Section médiane de l'os hyoïde à la cisaille de Liston; l'écartement des deux moitiés, maintenu par des écarteurs, donne un jour de 3 à 4 centimètres.

4° Incision de la paroi antérieure du pharynx et débridement.

On maintient la dilatation au moyen de l'appareil de M. Martin, composé de deux pièces : l'une palatine, d'appui, l'autre pharyngienne, dilatatrice.

On n'a pas eu à faire de trachéotomie chez un malade opéré il y a 1 an de la même manière pour un rétrécissement syphilitique, l'opération a parfaitement réussi, comme dans le cas présent. Après l'opération persistait une fistule où passaient les aliments, mais en moins de 15 jours, elle s'est fermée.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 27 Janvier 1897.

Infarctus du gros intestin.

M. Spillmann. — Une femme de 34 ans était entrée au service avec des symptômes d'asphyxie des extrémités assez accusée pour avoir nécessité quatre mois auparavant l'amputation d'un orteil. Elle présentait en outre des lésions d'artério-sclérose généralisée avec néphrite interstitielle. Or, prise subitement de violentes douleurs abdominales avec symptômes péritonéaux, le toucher vaginal fit reconnaître la présence dans le cul-de sac postérieur du vagin d'une collection douloureuse, pour laquelle la brusquerie des accidents, les phénomènes d'algidité précoce, imposèrent le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine. Mais l'autopsie montra au milieu d'adhérences récentes une partie de la portion terminale du gros intestin adhérente à la face postérieure de la vessie. A l'ouverture de l'intestin, on découvrit une ulcération annulaire complète, d'une longueur de 5 à 6 centimètres, à surface jaunâtre fortement granuleuse et qui fut reconnue pour être un large infarctus. Seule de tous les autres organes, la rate offrait de multiples cicatrices d'infarctus anciens.

Hernie obturatrice.

M. Spillmann a observé une femme de 70 ans, entrée avec des symptômes d'occlusion intestinale. La présence, sur un foie volumineux, de petits nodules multiples et très durs, l'apparition assez lente des phénomènes d'obstruction, permettaient d'admettre la présence d'un néoplasme intestinal en voie de généralisation. L'autopsie montra un foie et une rate remplis de nodules cancéreux, l'intégrité absolue du tube digestif, mais aussi la présence d'une hernie obturatrice gauche gangrénée.

Myopathie primitive progressive.

M. Haushalter présente une fillette de 9 ans chez laquelle les premiers symptômes apparents se sont montrés il y a 2 ans; l'évolution de la maladie a été assez rapide. Actuellement on note le faciès myopathique caractéristique, une impotence presque absolue des muscles de la mimique faciale, une atrophie considérable des muscles de la ceinture scapulaire, l'omoplate ailée, l'atrophie accentuée des bras, l'aptatissement du thorax et son rétrécissement antéro-postérieur, l'ensellure lombaire très marquée, la démarche dandinante, l'atrophie des cuisses et des fesses, l'atrophie très marquée des mollets, du steppage. Les muscles des avant-bras sont peu atteints; les muscles de la main sont intacts. Il n'existe pas de tremblements fibrillaires dans les muscles atrophiés.

Ce cas réalise un terme de transition entre les types de myopathie primitive et démontre, une fois de plus, que ces types se fondent en un processus unique. Par l'atrophie si marquée

des muscles du mollet, la petite malade se range dans le groupe Leyden-Mœbius de la myopathie, qui n'est lui-même qu'une variété atrophique de la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne; par la lésion des muscles de la face et des muscles de la ceinture scapulaire, elle appartient au type Landouzy-Déjerine qui se confond avec la forme juvénile d'Erb.

Bien que la myopathie primitive progressive soit habituellement familiale et héréditaire, M. Haushalter n'a pu découvrir d'atrophiques parmi les ascendants ou les collatéraux de la petite malade.

Régénération du nerf sous-orbitaire.

M. Heydenreich. — On sait combien il est fréquent de voir une névralgie, guérie temporairement à la suite de la résection d'un nerf, récidiver un certain temps après l'opération. La récidive s'explique soit par une névrite qui a atteint le bout central du nerf réséqué, soit par la régénération de ce nerf. Ce dernier processus est évident dans le cas de M. Heydenreich.

Il s'agit d'une femme, âgée de 51 ans, qui, dans le courant du mois de septembre 1894, avait subi la résection du nerf sous-orbitaire gauche sur une longueur de 5 centimètres. Huit mois après l'opération, la sensibilité reparut peu à peu dans la zone correspondante; mais, en même temps, reparaissaient les douleurs névralgiques, finalement continues. La malade vint réclamer une nouvelle intervention en décembre 1896.

M. Heydenreich, convaincu d'après ces symptômes que le nerf sous-orbitaire s'était régénéré, alla le chercher à la sortie du trou sous-orbitaire, où il le trouva effectivement. L'artère sous-orbitaire, par contre, n'existait plus. Pendant trois jours, les douleurs persistèrent d'une manière continue, comme avant l'opération. Puis elles devinrent intermittentes, les crises s'espaçant de plus en plus. Enfin huit jours après l'opération elles disparaissaient définitivement.

L'examen histologique a montré qu'on a bien arraché un nerf, atteint, il est vrai, de névrite. La régénération nerveuse est évidente dans ce cas. Il est probable qu'elle a été facilitée par l'existence du canal sous-orbitaire, ce canal ayant servi à diriger la néo-formation nerveuse.

M. Gross rappelle que les récidives à la suite de résections nerveuses sont fréquentes et que pour sa part il connaît deux exemples de régénération, l'un personnel, l'autre observé par Bockel.

Trépanation du crâne.

M. Th. Weiss rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, qui reçut au mois de novembre dernier un coup de manche de fouet sur le pariétal gauche. Il y eut des accidents très légers au début, mais vers le dixième jour apparurent des phénomènes graves, torpeur cérébrale, monoplégie brachiale et convulsions épileptiformes à gauche, c'est-à-dire du même côté que la lésion crânienne. Malgré l'existence d'une large plaie sur le pariétal gauche, M. Weiss, se basant exclusivement sur les localisations cérébrales, trépana à droite, sur les parties moyenne et inférieure du sillon de Rolando qui correspond au centre du bras et de la face. Après incision de la dure-mère, il tomba dans un foyer d'épanchement sanguin dont l'évacuation amena la disparition de tous les accidents. L'espace sous-dure-mérien fut drainé avec une mèche de gaze et les téguments furent réunis.

La guérison radicale était obtenue en trois semaines. Actuellement le malade se porte très bien.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 Mars 1897.

Traitement galvano-caustique de l'hypertrophie de la prostate d'après le procédé de Bottini.

M. Freudenberg a essayé dans 5 cas d'hypertrophie de la prostate le procédé préconisé par Bottini il y a 22 ans et employé depuis avec succès dans un grand nombre de cas par plusieurs chirurgiens. Bottini fait, avec un couteau galvanique introduit dans l'urèthre, plusieurs incisions à la prostate; ces incisions font disparaître la rétention d'urine, et si à côté des incisions, on a recours aux autres procédés ordinairement employés dans l'hypertrophie de la prostate, on obtient une amélioration durable.

Le couteau lui-même consiste en une petite lame cachée dans une sonde métallique et en communication avec une pile. Pour éviter l'échauffement de la sonde, celle-ci se trouve dans une sorte de bain d'eau constamment renouvelable. L'opération se fait à la cocaïne. Les surfaces sectionnées ne se réunissent pas.

Sur 80 cas opérés par Bottini, il n'y a jamais eu de récidive et seulement 2 morts.

Paralysie diphthérique.

M. Katz a eu l'occasion d'étudier l'état du système nerveux dans 3 cas de paralysie diphthérique qui se sont terminés par la mort. Dans un cas où la mort a été amenée par la paralysie du diaphragme, M. Katz a étudié la moelle épinière et les nerfs périphériques. Dans la moelle épinière, qui était atteinte dans toute sa hauteur, on trouve les lésions suivantes :

1° Une lésion des cellules ganglionnaires dont les unes étaient remplies de nombreuses granulations noires, tandis que d'autres dans lesquelles la lésion était plus grave, étaient tuméfiées, vitreuses, dépourvues de noyaux ou présentaient un noyau à peine perceptible.

2° Dans les fibres nerveuses, on trouvait une dégénérescence de la gaine de myéline avec dépôt de granulations noires et une tuméfaction trouble de la myéline. Les cylindres-axes étaient également modifiés.

3° Dans le canal central, on a trouvé seulement l'existence d'une dégénérescence graisseuse légère des cellules épendymaires.

4° La névroglie et les méninges présentaient une série de modifications plus ou moins graves.

Dans les nerfs crâniens, à l'exception de l'optique, de l'acoustique et de l'olfactif, les fibres présentaient les mêmes lésions que celles de la moelle. Ces lésions étaient particulièrement accusées au niveau du pneumogastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 16 Mars 1897.

Sarcome du cervelet et sarcomatose multiple de la pie-mère spinale.

M. Nonne. — Il s'agit d'un enfant qui, à côté de l'abolition des réflexes rotuliens, a présenté le syndrome classique des tumeurs du cervelet : céphalalgie, vomissements, impossibilité de marcher et de se tenir debout, ataxie cérébelleuse des membranes, étranglement précoce et bilatéral des papilles. Avant la mort on a encore noté de l'apathie progressive, parésie et état

variable des pupilles, flexions des membres, soupirs profonds, etc.

A l'autopsie on trouva un sarcome du cervelet, une sarcomatose diffuse de la pie-mère spinale, une hydrocéphalie interne, une hydromyélie externe, une pleurésie gauche avec oblitération du péricarde.

Les masses sarcomateuses qui se trouvaient sur la pie-mère spinale étaient particulièrement nombreuses à portée de la partie inférieure de la moelle dorsale jusqu'à la partie inférieure de la moelle lombaire. La moelle épinière était intacte, sauf au niveau du renflement lombaire où le sarcome avait envahi la substance nerveuse. Sur des préparations microscopiques, on pouvait constater à cet endroit que le sarcome avait pénétré dans les cordons postérieures et détruit la zone de pénétration des racines postérieures dite zone de Westphal. A ce niveau la voie des réflexes rotuliens se trouvait donc interrompue. La partie extra-spinale des racines postérieures n'était pas dégénérée bien qu'elle fût entourée des masses sarcomateuses.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 26 Mars 1897.

Endémie familiale de paralysies infantiles.

M. Pasteur a observé récemment une épidémie de paralysies infantiles qui a frappé successivement 7 enfants de la même famille. Chez 3 de ces enfants, qui étaient âgés respectivement de 11, 9 et 5 ans, les symptômes paralytiques sont survenus 7 jours après le début de l'affection. Le type clinique de la paralysie n'a pas été le même dans tous les cas. Dans un cas elle s'est manifestée sous forme de paralysie flasque du bras gauche, chez un autre sous celle de paraplégie droite avec rigidité musculaire persistante des membres paralysés et paralysie unilatérale passagère de la face et du voile du palais du même côté; dans un troisième cas, la paralysie avec contracture a été limitée à la jambe gauche.

Chez 2 enfants, la fièvre initiale a été accompagnée de tremblement qui a fait défaut dans deux autres. Dans aucun de ces cas, la paralysie n'a été précédée de diphthérie, ni d'influenza ni de fièvre éruptive.

Il semble donc, d'après les symptômes présentés par ces malades, qu'il existe un virus capable d'amener des phénomènes paralytiques analogues à ceux de la paralysie infantile aiguë. D'un autre côté les mêmes faits doivent faire penser que la paralysie infantile est une maladie infectieuse aiguë.

M. Ormerod estime que parmi les cas observés par M. Pasteur, il y a ceux où, d'après les phénomènes observés, on peut penser qu'il s'agissait d'une méningite cérébro-spinale bien que cette affection fût rare à ce moment.

M. Beevar croit que dans le premier cas il s'agissait d'une poliomyélite antérieure et que dans le second, où il existait une paralysie du voile du palais on avait affaire à une lésion cérébrale. La syphilis musculaire, notée dans plusieurs cas, cadre bien avec l'idée d'une méningite, mais l'absence des douleurs peut être invoquée contre cette hypothèse.

M. Buzzard a aussi observé dans une famille 2 cas de paralysie infantile qui a d'abord frappé le garçon puis, à quelques jours de là, sa sœur.

Chirurgie du cerveau.

MM. Washbourn et **Arbuthnot Lane** rapportent l'observation d'une femme de 46 ans qui depuis le mois de mai 1896 a présenté une série d'attaques d'épilepsie jacksonienne qui commençaient par le pouce droit et ensuite la moitié droite du corps. La malade entre à l'hôpital avec une demiparésie droite, et le traitement antisyphilitique n'ayant donné aucun résultat, on se décida à pratiquer la trépanation du crâne.

La trépanation faite du côté gauche montra, après incision de la dure-mère, l'existence d'une tumeur de la pie-mère, intéressant le cerveau en avant du bord inférieur de la scissure de Rolando. La tumeur, nettement circonscrite, fut enlevée très facilement et bien que la substance cérébrale ne fût pas envahie par le néoplasme, on trouva pourtant une couche mince de substance grise adhérente à la base de la tumeur.

La tumeur, qui mesurait 2 pouces environ dans tous ses diamètres, avait déprimé la partie supérieure de la circonvolution précentrale, la partie correspondante de la circonvolution frontale antérieure, une partie de la seconde circonvolution frontale, et les gyrus marginés. L'ablation de la tumeur a été suivie d'aphasie avec hémiplégie droite. L'aphasie disparut rapidement mais lorsque la malade quitta l'hôpital, le 24 janvier 1897, elle avait encore une paralysie motrice complète de la main et de l'avant-bras droits. Actuellement les mouvements sont revenus dans les doigts, mais l'avant-bras reste encore paralysé.

VARIÉTÉS

Frais d'études dans les facultés de médecine anglaise. — D'après le *British medical Journal*, les frais d'études, pour une durée de scolarité de 5 ans, s'élèvent à la somme rondelette de 5 358 francs.

Cette somme se décompose ainsi :

3 750 francs pour droits d'inscription; 250 francs pour fourniture destinées aux exercices pratiques de physique et de chimie; 175 francs pour participation aux jeux obligatoires tels que le criket, le foot-ball; 250 francs povr acquisitions de de livres et d'instruments; 250 francs pour frais d'examens.

Le journal anglais estime que les frais de nourriture, de logement, d'habillement et autres absorbent bien, pour les cinq années, une somme minime de 14 250 francs; ce qui représente un totale de 18 000 francs pour la confection d'un médecin dans une Université anglaise.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Thèses présentées et soutenues pendant l'année scolaire 1896-1897.

78. Hinglais (Manuel) : Essai sur l'actinomycose appendiculocæcale (appendicite et typhlyte actinomycosique (62 pages).

79. Démias (Sylvain) : De l'actionomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise (47 pages).

80. La Bonnardière (Jérôme) : De la désarticulation tibotarsienne et de l'amputation de la jambe au quart inférieur avec ambeau talonnier doublé du périoste calcanéen (méthode du professeur Ollier) 91 pages.

81. Michelet (Jean) : Du canal vagino-péritonéal; ses transformations et les hernies rares auxquelles elles peuvent donner lieu (109 pages.

82. Clerc (Louis) : Quelques considérations sur le myxome lipomateux de la cuisse (66 pages).

83. Austin (Etienne) : Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne et de leur traitement chirurgical (50 pages).

84. Hugues (Paul) : De l'ozène vrai et spécialement de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique (119 pages).

85. Vadon (Joseph) : de l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (91 pages).

86. Kent Monnet (John) : Un érythème infectieux à Alger. (64 pages).

87. Dormoy (Joseph-Marie-Jules) : De l'appendicite à forme pelvienne (64 pages).

88. Drouel (Antoine) : Instituts vaccinogènes et varioles. Etudes statistiques portant principalement sur la ville de Lyon (80 pages).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE. — Deux cas de paraplégie spasmodique infantile (p. 337).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides (p. 339).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Fractures de la rotule. — Conjonctivite infectieuse. — Syringomyélie (p. 342). — Hypertrophie de la prostate. — Péritonite blennorrhagique. — Luxations sterno-claviculaires. — Traitement du lupus. — Affections utérines. — Rétrodéviations mobiles. — Bec-de-lièvre compliqué (p. 343). — *Thèses de la Faculté de Lyon :* La gymnastique dans l'éducation physique. — Etude médico-légale de l'état mental des vieillards. — Fièvre typhoïde (p. 344).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Fractures costales. — Fracture de l'épaule. — Tuberculose du péritoine (p. 344). — Rhumatisme blennorrhagique. — *Société belge d'anatomie pathologique :* Epithélioma du gland. — Carcinome du larynx (p. 344).

MÉDECINE PRATIQUE. — Borol (p. 345). — Holocaïne. — Mercure (p. 346).

VARIÉTÉS. — Le recrutement des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Lille (p. 347). — Les cliniques de gynécologie. — Société contre l'abus du tabac. — Le médecin a-t-il le droit de recommander une pharmacie spéciale? — Docteurs reçus par les Universités allemandes en 1895-1896. — Mère à douze ans (p. 348).

PATHOLOGIE INFANTILE

Deux cas de paraplégie spasmodique infantile,

Par M. le Dr Georges Gasne.

La question des affections spasmo-paralytiques infantiles est toujours à l'ordre du jour depuis les premières descriptions de Little ; ces affections en effet sont fréquentes, leur étude confine à d'importants problèmes de pathologie générale, et pratiquement, comme elles n'évoluent pas toujours dans le même sens, car se compliquant ou non de phénomènes intellectuels elles peuvent ou régresser ou rester stationnaires, il importe de prévoir cette évolution : pour cela il faut connaître la nature de la maladie ou mieux des maladies diverses qui se cachent sous ce nom générique.

M. Van Gehuchten avec son ordinaire clarté d'exposition vient de poser nettement le problème (*Revue neurologique*, 15 février 1897, n° 3). Augmentation du tonus musculaire allant jusqu'à la contracture, exagération des réflexes, affaiblissement de la puissance de la volonté sur les membres contracturés, voilà la triade symptomatique commune ; altération quelconque de la voie cortico-spinale, voilà la cause anatomique, quelles sont les maladies qui vont réaliser cet ensemble ? Pour constituer ces maladies nous devrons chercher la cause étiologique, les symptômes cliniques concomitants à la triade fondamentale, l'âge du début, la marche ultérieure. M. Van Gehuchten pense que ces notions réunies sont suffisantes pour permettre de localiser la lésion sur le long trajet de la voie cortico-spinale et de prédire l'évolution future de la maladie.

Dans un premier groupe il range les faits réunis par M. Marie sous le nom de tabès dorsal spasmodique vrai et par M. Brissaud sous le nom de maladie de Little — mot pris ici comme on va le voir dans un sens extrêmement restreint — la caractéristique en effet de cette entité morbide est de reconnaître pour cause la naissance avant terme, de ne s'accompagner ni de troubles intellectuels ni de convulsions, enfin d'être susceptible d'une amélioration progressive des symptômes, l'affection toute médullaire est ici congénitale. Elle peut, dans un second groupe qui reproduit le même tableau symptomatique ne débuter que pendant les premières années, mais alors la lésion également toute spinale est destructive, incurable et ne permet plus d'espérer de régression. Il reste pour un troisième groupe les états spasmodiques infantiles d'origine cérébrale. Cette division est loin d'être acceptée par tous les neuropathologistes, beaucoup pensent avec Freud, avec notre maître M. le professeur Raymond, que la lésion la plus fréquente est celle des zones rolandiques, que la sclérose primitive du faisceau pyramidal sans lésion cérébrale n'est pas prouvée, enfin que la naissance avant terme est une cause encore discutable.

Il me semble qu'on peut tirer quelque profit de l'étude des observations suivantes. La première a trait à un enfant né à terme et sans qu'il y ait eu la moindre difficulté de l'accouchement ; chez lui, l'intelligence est restée bornée, nous l'avons recueillie dans le service de M. Broca, que nous remercions de son obligeance. La seconde, recueillie à la consultation de M. Gilles de la Tourette, concerne une petite fille née avant terme, elle n'a ni troubles intellectuels, ni accidents convulsifs, son état s'est amélioré ; dans les deux observations on note la syphilis des parents.

Observation I. — Charles Big..., âgé de 8 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu un chancre syphilitique à l'âge de 27 ans, 4 ans avant la naissance du jeune malade. Le chancre a été suivi de roséole et de plaques muqueuses dans l'année de son apparition. Depuis, le seul accident spécifique a été une périostite du tibia droit qui après avoir fait longtemps souffrir le malade, a cédé rapidement au traitement anti-syphilitique. En dehors de ces faits il n'y a rien à signaler dans l'état de santé du père, rien notamment du côté du système nerveux.

La mère est bien portante, non nerveuse, elle n'a jamais été malade et ne semble pas avoir présenté d'accidents spécifiques.

Elle a eu 4 grossesses, la première terminée par l'accouchement à terme d'un fœtus mort et macéré, la seconde par la naissance du malade ; les deux autres enfants, âgés respectivement de 5 et de 3 ans sont bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, après une grossesse normale, l'accouchement a été facile, il s'est fait rapidement, sans forceps, l'enfant n'a pas été en état de mort apparente, il a crié tout de suite.

Elevé facilement, il est sevré à 17 mois ; il n'a été en retard ni pour faire ses dents, ni pour parler, il a été propre de bonne heure, jamais il n'a eu de convulsions.

A 15 mois il a commencé à faire quelques pas, ce n'est qu'à l'âge de 17 mois qu'on s'aperçoit que la marche est difficile, depuis il a toujours mal marché, mais n'a jamais été alité pour cela, il n'a jamais eu de troubles sphinctériens.

Il y a un an, ténotomie des deux tendons d'Achille depuis laquelle la marche s'est améliorée.

Etat actuel. — Enfant bien constitué. Pas de difformité flagrante du système osseux, pas de cicatrices cutanées lombaires, fessières ni faciales, pas de traces de kératite, crâne et face normaux, dents irrégulières dans leur forme et leur implantation.

Le petit malade se plaint seulement des troubles de la marche, celle-ci est en effet très difficile ; le corps penché en avant, les genoux serrés l'un contre l'autre, les malléoles divergentes, l'enfant s'avance péniblement semblant bouger avec effort ses membres

trop lourds, le pied ne quitte pas le sol et la pointe accroche à chaque pas et à chaque pas les genoux accolés se contournent l'un l'autre, se chevauchant complètement chaque fois qu'un pied est porté en avant.

Debout au repos, le corps reste penché en avant, les genoux accolés et les malléoles écartées, le pied repose à plat sur le sol depuis la double ténotomie.

Couché normalement sur le dos, les cuisses restent un peu fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses. Les pieds sont en extension modérée, la pointe tournée en dedans. Le talon peut être détaché du plan du lit assez facilement, mais seulement s'il y a en même temps flexion de la jambe sur la cuisse, le mouvement est impossible dans l'extension.

Lorsqu'on veut imprimer des mouvements aux divers segments des membres inférieurs, on y arrive assez facilement mais il faut lutter contre la raideur très manifeste de ces membres.

Il n'y a pas de troubles trophiques, les masses musculaires sont peu développées mais non atrophiées.

Les réflexes sont très exagérés, la percussion la plus légère du tendon rotulien ou du tendon d'Achille provoque un mouvement brusque très ample. Il n'y a pas de trépidation spinale.

La sensibilité est intacte dans tous ses modes.

Nous n'avons rien à dire des membres supérieurs normaux avec réflexes un peu forts.

Les sphincters fonctionnent bien.

Il n'y a pas de paralysie faciale. Les yeux suivent facilement le doigt dans toutes les directions, mais de temps en temps on est frappé de la divergence de leurs axes, il suffit du reste de rappeler l'enfant à l'attention pour que le regard redevienne normal. Le père avait signalé de lui-même ces variations rapides, disant que de temps en temps son fils louchait et qu'un instant après il n'y paraissait plus. Les pupilles égales réagissent bien.

L'intelligence est relativement peu développée. L'enfant ne sait pas lire mais il n'a pas été à l'école à cause de son infirmité. Il reste toute la journée dans son lit sans rien demander, sans jouer comme ses voisins. Les infirmières sont d'accord pour le trouver plus arriéré que les autres enfants de la salle.

La maladie semble rester stationnaire, les parents ne remarquent ni aggravation, ni amélioration dans l'état de leur enfant, seule la double ténotomie a apporté quelque facilité dans la marche.

Obs. II. — Germaine Per..., âgée de 8 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 31 ans d'une affection cardiaque. La mère ayant présenté des phénomènes suspects au point de vue de la syphilis : boutons à la vulve, pertes verdâtres abondantes, chute des cheveux, céphalées violentes et persistantes, nous avons pu avoir par le médecin qui l'avait soignée autrefois la confirmation de leur nature spécifique.

Elle a eu 5 grossesses; notre malade, née au 7e mois est la 2e enfant, elle vit seule avec le dernier né actuellement âgé de 3 ans qui a eu, quelque temps après sa naissance, de l'œdème généralisé et, actuellement bien portant, présente des altérations dentaires profondes.

La 1re et la 3e grossesses se sont terminées au 7e mois et les enfant sont morts en quelques jours, la 4e s'est terminée par une fausse couche de 3 mois.

Antécédents personnels. — L'enfant est donc né à 7 mois, du reste l'accouchement a été facile, il n'y a pas eu de mort apparente ni d'asphyxie du nouveau-né.

Petite, elle est toujours restée débile jusqu'à l'âge de 18 mois, mais son état général est bon, elle a bon appétit, elle aime à jouer, jamais elle n'a eu de convulsions et son intelligence a toujours paru très vive et très nette.

On ne peut préciser quand on s'est aperçu de son infirmité, elle n'a commencé à marcher qu'à 22 mois et toujours elle a marché sur les orteils de la même façon qu'on la voit faire aujourd'hui, peut-être plus mal encore. Cependant elle a été propre de bonne heure, quoique très gênée pour satisfaire ses besoins, car elle ne peut s'accroupir sans être maintenue. Enfin on a remarqué depuis longtemps (?) que le bras gauche est plus faible que le droit et qu'il devient raide, presque impotent, lorsque l'enfant s'en est servi quelque temps.

Etat actuel. — Enfant petite, mais normalement développée, sa physionomie vive et intelligente frappe dès l'abord et nous devons de suite insister sur la précision de sa mémoire et sur le développement remarquable de ses facultés intellectuelles.

Elle ne présente pas d'incurvations rachitiques, pas de cicatrices cutanées ou muqueuses qui rappellent la syphilis, mais les dents sont extrêmement altérées dans leur forme, dans leur développement, dans leur implantation.

L'enfant se tient le corps penché en avant, les genoux légèrement fléchis, accolés, les pieds étendus de façon que le talon ne touche pas le sol, la pointe fortement déviée en dedans. Pendant la marche mouvements du bassin, chevauchement des genoux, intrication des pieds.

On note à l'examen la raideur des membres inférieurs, la tension manifeste et particulière du tendon d'Achille ; la sensibilité est intacte mais le membre est froid et la malade a cette sensation de pieds glacés ; les réflexes rotuliens sont très exagérés surtout à droite, où l'on peut très facilement obtenir la trépidation spinale.

Les membres supérieurs paraissent peu atteints, cependant il y a une différence d'énergie assez sensible bien que le dynamomètre donne peu d'écart, 13 à gauche pour 16 à droite. C'est surtout dans les mouvements provoqués que l'on sent une raideur manifeste du bras gauche.

La face et la musculature des globes oculaires sont intactes.

Le traitement spécifique est ordonné ainsi que le massage des membres atteints et leur maintien dans une bonne position, la nuit, par un appareil approprié.

La raideur du pied tend à disparaître, la malade marche mieux sur le talon, la sensation de froid aux pieds est moins désagréable. Deux mois après, l'amélioration est manifeste, la petite malade peut ramasser un objet à terre, elle peut sauter sur ses jambes, le bras gauche a complètement repris son fonctionnement normal.

Cette dernière observation rentre dans le premier groupe constitué par M. Van Gehuchten, naissance avant terme, absence de tout phénomène cérébral, amélioration, tout y est ; la première concerne évidemment une affection d'origine cérébrale, mais elle tire un intérêt bien frappant de ce fait que les parents intelligents, francs, très affirmatifs, ne laissent entrevoir aucune cause à l'infirmité de leur enfant, aucune excepté la syphilis du père. Ce n'est pas du reste la première fois qu'une telle cause est relevée (Gilles de la Tourette et Fournier, *La notion étiologique de l'hérédo-syphilis dans la maladie de Little*, in *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 1). Or cette même syphilis nous la retrouvons dans les antécédents héréditaires de la jeune Germaine Per..., n'y a-t-il dans ces deux faits qu'une coïncidence?

Depuis Little quand on recherche la cause d'une affection spasmo-paralytique infantile on ne va le plus souvent pas au delà des deux termes posés par le médecin anglais : naissance avant terme, difficultés de l'accouchement. Pour cette dernière cause rien de plus juste, nous savons très bien qu'à une hémorrhagie détruisant en un point la voie cortico-spinale peut succéder la contracture, or ces hémorrhagies elles existent, on les a vues dans l'accouchement difficile, dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Pour ce qui est de la naissance avant terme, elle a pour elle aussi un fait : M. Van Gehuchten a constaté que non seulement les faisceaux pyramidaux ne sont pas myélinés au 7e mois, mais même que les cylindres-axes issus des cellules corticales de la zone rolandique ne dépassent pas à ce moment la région bulbaire. Quelles que soient les théories de M. Van Gehuchten sur la voie réflexe, ce fait qui est normal, physiologique, ne saurait expliquer le syndrome de Little qui n'apparaît que chez de rares enfants nés avant terme.

Alors deux hypothèses seulement se présentent : ou bien il n'y a dans la naissance avant terme qu'une prédisposition et il reste à trouver la cause déterminante, ou

bien la naissance avant terme n'est pour rien dans la maladie. En effet la naissance avant terme elle-même est une anomalie, elle dépend de quelque chose et de quelque chose de très variable, depuis le traumatisme flagrant jusqu'au mystérieux avortement habituel : pourquoi ne serait-ce pas ce quelque chose qui justement agirait sur le système nerveux, moelle ou cerveau, du fœtus? Or nous connaissons des processus qui peuvent toucher l'enfant dans le ventre de la mère (quoi de plus frappant que le dernier mis en lumière : le passage à l'enfant de la propriété agglutinante du sérum des typhiques par exemple?), et ces processus sont justement ceux qui peuvent aussi déterminer l'accouchement prématuré, c'est l'infection ou, pour dire mieux, d'une façon plus générale encore, c'est l'intoxication, de quelque origine qu'elle soit.

Rappelons-nous les expériences de M. Charrin et les arrêts de développement, les lésions que présentent les petits issus de mères infectées ou intoxiquées. Et je dis l'intoxication en général et non pas une intoxication déterminée, mais il est certain qu'il en est une commune qu'on a relevée déjà plusieurs fois à la base de la maladie de Little, c'est la syphilis des parents.

Je crois que si l'on veut tirer de la classe des affections spasmo-paralytiques infantiles des entités morbides qui se distinguent par la localisation de la lésion, par les causes, par l'évolution ultérieure, il faut s'appuyer non sur la naissance avant terme, mais remonter plus haut, chercher la cause même de l'accouchement prématuré et voir si cette cause n'a pas pu atteindre le fœtus. Et alors la distinction entre maladies purement cérébrales ou purement médullaires, si elle doit subsister, ce que les cas autopsiés jusqu'ici laissent plutôt douteux, se présente sous un tout autre aspect : dire que la maladie de Little est une affection médullaire, cela veut dire qu'il y a une lésion médullaire, comme il y a une lésion cérébrale, soit hémorrhagique, comme l'a montré Schultze, soit syphilitique comme j'en ai rapporté des exemples, soit de toute autre nature. Les faits de Schultze et les miens ne concernent que des fœtus mort-nés, sans histoire clinique par conséquent; pendant que cet article était à l'impression, M. Déjerine présentait à la Société de biologie la moelle d'un individu qui, de son vivant, présentait de la rigidité des 4 membres; la lésion qui avait causé la sclérose des cordons latéraux était exclusivement médullaire, d'origine probablement vasculaire elle siégeait au niveau de la 1re et de la 2e paires cervicales, et il peut arriver que ces lésions spinales coexistent avec les lésions cérébrales certainement les plus fréquentes. C'est ainsi que mon maître, M. le professeur Raymond, vient de consacrer une leçon à l'histoire d'une jeune fille atteinte de paraplégie spasmodique congénitale accompagnée de symptômes cérébraux qui ne laissent pas de doute sur la localisation encéphalique des lésions, mais qui ajoute au tableau classique des troubles sphinctériens et des troubles de sensibilité que seule une localisation médullaire coexistante peut expliquer.

Il semble prématuré de fixer dès maintenant les cadres immuables où devront se classer les affections spasmo-paralytiques infantiles.

Des circonstances étiologiques semblables s'accompagnent de phénomènes très variés, il y a entre les formes symptomatiques des faits de transition bien mis en lumière par Freud dans son tout récent ouvrage : *Die infantile Cerebrallähmung* (Wien, 1897), qui ne permettent pas de les opposer les unes aux autres, la date même du début n'est qu'un élément accessoire puisque les affections congénitales peuvent n'apparaître que tardivement — cela est de notion courante pour les maladies familiales, pour la syphilis héréditaire, etc., — l'évolution est liée à de multiples facteurs, intensité, persistance ou suppression de la cause déterminante, nature des lésions. Quoiqu'il en soit, je pense qu'il n'était pas sans intérêt d'appeler l'attention sur la façon dont à mon sens on doit entreprendre la recherche de la cause dans la maladie de Little si nous prenons ce mot dans son sens le plus large.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides,

Par Mlle Antoinette Myszynska.

La cantharide a été administrée à l'intérieur dans le traitement de l'anasarque depuis la plus haute antiquité; la preuve en est fournie par les œuvres d'Hippocrate, qui signalait même la dysurie provoquée dans certains cas par ce médicament et conseillait de la combattre par les bains chauds et les boissons émollientes.

Dioscoride, Rhazès, Avicenne vantent aussi l'usage interne de la cantharide dans les hydropisies. Ce dernier est très explicite à ce sujet : « *Parum de eis*, dit-il, *provocat urinam valde, ideoque prodest hydropisi.* »

Aux XVIIe et XVIIIe siècles, parmi les partisans de cette médication nous trouvons Borghée, Grœnwelt, Defos et d'autres. A ce moment l'Angleterre l'a fait rayer du nombre des médicaments destinés à l'usage interne et ses rares applications sont punies par la prison.

Au commencement du XIXe siècle nous trouvons plusieurs thèses de doctorat (Guillot, 1803; Klippel et Honnorat, 1807; Champy et Purin, 1809, etc.), étudiant les bons effets de la cantharide à l'intérieur dans le traitement des hydropisies, de l'anasarque et dans les cas d'inertie ou de paralysie de la vessie. En 1812, Robiquet, professeur à l'Ecole de pharmacie, découvre le principe actif de la cantharide, la cantharidine, et par ce fait donne une nouvelle impulsion à l'étude de ce médicament, qui compte dès lors dans le formulaire clinique de presque tous les grands maîtres de la première moitié du XIXe siècle avec des applications variées selon les maladies.

C'est ainsi que Chaumenton s'en sert avec avantage dans le traitement de l'ascite et de l'anasarque à la dose de VI gouttes à deux gros par jour.

Biette et Cazenave l'appliquent avec un succès complet dans le traitement du psoriasis et de l'eczéma rebelle, allant progressivement jusqu'à la dose de 60 gouttes sans provoquer le moindre accident.

En 1835, Giacomini (de Padoue) expérimente la cantharide sur les animaux d'abord, sur les élèves de sa clinique ensuite à haute dose, sans avoir eu d'accidents sérieux d'intoxication. Il rapporte des cas d'épanchements pleurétiques guéris par l'administration de la teinture de cantharides à la dose de 2 décigrammes en 12 pilules.

Rayer et Grisolle signalent plusieurs cas de néphrites épithéliales aiguës guéries par la teinture de cantharides à la dose de VI à XXV goutes.

Le professeur Bouchardat s'en sert couramment et fait de la cantharide, un stimulant général.

Morel-Lavallée et Bouillaud font des rapports sur l'albuminurie cantharidienne.

Le Dr Faivre cite dans sa thèse (1865) 10 guérisons d'épanchements pleurétiques, traités exclusivement par la teinture de cantharides à la dose de X gouttes par 24 heures.

Le Dr Mondini (1845) rapporte 70 observations de congestion pulmonaire grave traitée avec succès par la cantharide à l'intérieur à haute dose (1 gramme en décoction dans 500 grammes d'eau). Gubler vante la teinture de cantharides comme très efficace dans le traitement des catarrhes bronchiques et des dermatoses invétérées, telles que : psoriasis, eczéma rebelle et éléphantiasis des Grecs.

Vers 1878, apparaît un des derniers essais de l'application de la cantharide à la thérapeutique des néphrites, celui du Dr Coutisson, qui l'emploie dissoute dans le chloroforme en injections hypodermiques. A cette date on commence à expérimenter la teinture de cantharides *à dose toxique* sur les animaux. Galippe, Lissonde, Aufrecht, Cornil et Brault signalent comme résultats de leurs recherches des lésions de glomérulo-néphrite diffuse, la dégénérescence rapide des épithéliums rénaux. En même temps, comme le vésicatoire est très en vogue dans la thérapeutique médicale et comme le public en fait un abus (surtout dans la médication infantile) sans demander avis au médecin, de nombreux cas d'intoxication cantharidienne, suivis d'albuminurie sont observés. Le discrédit de la teinture de cantharides, employée à l'intérieur devient alors complet. Les praticiens, sans abandonner le vésicatoire, unique cause du désastre, considèrent l'application de la cantharide au traitement des néphrites comme « antiphysiologique », ignorant le fait démontré depuis (1892), par M. Cassaët (de Bordeaux), que la dose thérapeutique de VI gouttes de teinture de cantharides est 400 fois moins grande que celle qu'absorbent les malades dans beaucoup d'affections par l'application *d'un vésicatoire moyen*. Aussi, lorsqu'en 1891, apparaît le travail de Liebreich « sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des sels de cantharidine », préconisant le cantharidate de potasse en injections dans le traitement de la tuberculose, — et un an après en France le rapport de M. Lancereaux à l'Académie, fondé sur 36 cas d'application heureuse de la teinture de cantharides au traitement des néphrites aiguës, — personne n'ose suivre leur exemple à Paris, et M. Germain Sée traite cette méthode d'hérésie physiologique.

Cependant l'année suivante paraît à la Société de biologie une autre note de M. Cassaët, qui, en collaboration avec son élève le Dr Callen, prouve par l'expérimentation sur les animaux l'innocuité absolue de la dose thérapeutique de VI à XII gouttes de teinture de cantharides et démontre la cause des intoxications provoquées par le vésicatoire : elles sont dues au volume considérable de poudre de cantharides, nécessaire pour sa fabrication (le vésicatoire moyen renferme 3 gr. 50 de poudre de cantharides, soit 15 milligrammes de cantharidine qui peuvent être absorbés) et rapporte 5 cas de guérisons de néphrites épithéliales, soignées par la teinture de cantharides à la dose de IV à VI gouttes.

En outre, ces auteurs poursuivant les recherches du Dr Sigmund, après expériences faites sur les animaux, signalent l'augmentation du taux de l'urée et de la toxicité de l'urine à la suite de l'administration de la teinture de cantharides à l'intérieur et relèvent les qualités dépuratives de ce médicament dans les cas d'insuffisance rénale.

Cette communication importante et démonstrative est passée tellement inaperçue, que M. le professeur Du Cazal publiant son travail clinique « sur la teinture de cantharides et l'albuminurie », basé sur 5 observations de guérisons complètes de néphrites aiguës, traitées par la teinture de cantharides (*Gaz. hebd.*, octobre 1895), dit ne point connaître d'autres travaux sur ce sujet depuis la communication de M. Lancereaux à l'Académie, en 1892.

L'idée de faire de cette étude le sujet de notre thèse inaugurale (1) nous a été donnée par notre maître M. le Dr Barth, dans le service duquel nous étions alors externe. Nous avons essayé la teinture de cantharides dans le traitement de néphrites épithéliales sur 10 malades à la dose de VI à XI gouttes, administrées dans un verre de lait. Les malades étaient d'abord mis au régime lacté, puis au régime ordinaire de l'hôpital, condition qui nous a permis de mieux apprécier les effets de la teinture de cantharides sur la diurèse et l'albuminurie et qui n'a été réalisée par aucun de nos prédécesseurs.

Pendant tout le cours de nos recherches nous nous sommes toujours servi de la même fiole de la teinture de cantharides, préparée par M. Vigier, et le malade prenait le médicament en notre présence.

Sur les 10 malades traités, nous avons obtenu la guérison rapide et complète d'une albuminurie persistante chez un paludéen de 40 ans (observation I de notre thèse), la guérison d'une albuminurie abondante et réfractaire à tout traitement pendant 17 mois chez une tuberculeuse, âgée de 33 ans (nous reviendrons plus loin sur ce cas intéressant) avec amélioration de l'état général et cicatrisation fibreuse des lésions au 3e degré (obs. V); 3 améliorations interrompues par le départ des malades contre l'avis du chef de service (obs. II, III, IV), enfin 5 échecs (obs. VI, VII, VIII, IX, X).

Les échecs peuvent se résumer ainsi :

1° Deux saturnins, artério-scléreux, chez qui l'influence de la teinture de cantharides s'est manifestée par l'augmentation rapide de l'albuminurie et l'aggravation de l'état général (obs. IX et X).

2° Deux cas de néphrite épithéliale, passée à l'état chronique, où l'influence de la teinture de cantharides sur l'albuminurie fut à peu près indifférente sans influence nocive sur l'état général des malades (obs. VI et VIII.

3° Enfin, dans un cas de tuberculose pulmonaire et cutanée torpide (obs. VI), l'administration de la teinture de cantharides, en augmentant la quantité de l'albumine a provoqué une ascension thermique, dont la persistance fit cesser l'emploi du médicament.

Dans 8 cas sur 10 (exception faite de 2 saturnins) l'administration de la teinture de cantharides a relevé manifestement et rapidement le taux des urines et cette élévation a persisté après la cessation du médicament et la suppression du lait dans le régime du malade.

Un point nouveau acquis par nos observations est que, la teinture de cantharides étant administrée dans tous les cas d'abord concurremment avec le régime lacté absolu, ensuite *avec le régime alimentaire mixte*, le taux de l'albumine baissait *malgré la cessation du lait* et la diurèse se maintenait abondante.

Nous avons observé chez tous les malades sans exception une augmentation vive de l'appétit, dépassant quelquefois toutes limites ordinaires, comme cela a eu lieu chez un malade (obs. VIII) qui, s'étant fait des provisions en conséquence, nous avouait avoir eu faim et avoir mangé *toute la journée*. Il est étonnant que cette boulimie

1. Contribution à l'étude du traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides (thèse de Paris, 1896).

thérapeutique n'ait provoqué ni troubles de digestion, ni augmentation de l'albuminurie, celle-ci étant restée stationnaire pendant un mois que dura l'administration de la teinture de cantharides à la dose de IV gouttes par jour.

Nous croyons devoir nous arrêter un moment sur l'observation V, où les effets de la teinture de cantharides paraissent avoir eu une influence particulièrement salutaire et imprévue sur l'état général de la malade.

Cette femme, âgée de 33 ans est entrée en avril 1895 dans le service de M. Barth avec tous les symptômes classiques d'une pleurésie gauche, qui s'est résorbée ensuite sans intervention; mais l'induration du sommet gauche, constatée au début a fait des progrès rapides, se manifestant par des signes de ramollissement des tissus d'abord, d'une caverne sus-claviculaire gauche ensuite. L'examen microscopique a prouvé la présence des bacilles dans les crachats de la malade; l'amaigrissement du corps est devenu extrême; de légères poussées congestives avec oscillations irrégulières de température, toux, enrouement, diarrhée, se manifestent de temps en temps.

La malade entre dans le service avec 4 grammes d'albumine par litre, l'albuminurie varie plus tard de 1 à 10 grammes, augmentant rapidement par tout écart de régime ou émotion violente. Neuf mois de régime lacté absolu n'arrivent pas à faire disparaître l'albuminurie. Le 2 décembre 1895 on lui administre pour la première fois la teinture de cantharides, et on la continue pendant 15 jours sans qu'elle ait une influence manifeste sur le taux de l'albumine. La diurèse augmente, l'appétit devient vif, l'état général paraît légèrement amélioré. L'intolérance s'étant manifestée par des sueurs froides on supprime le médicament. Jusqu'au 18 mars 1896 l'état général de la malade se maintient satisfaisant, la diurèse oscille entre 1 200 et 1 500 grammes par 24 heures. Le 18 mars 1896 l'albuminurie augmente considérablement sous l'influence de mauvaises nouvelles que la malade reçoit de sa famille et oscille pendant 15 jours entre 4 et 8 grammes par litre. On administre donc pour la deuxième fois la teinture de cantharides et on continue cette administration pendant un mois à la dose progressive de IV à VIII gouttes par 24 heures. L'albuminurie est réduite au bout d'un mois à l'état d'un louche non rétractile, le taux des urines se maintient à 2 litres par 24 heures; la température oscille entre la normale et 38°2; la malade est menacée de syncope plusieurs fois par jour, les sueurs froides reparaissent. Le 20 avril on supprime la teinture de cantharides et, la malade réclamant à manger, on l'autorise à prendre deux œufs, potages maigres, légumes à ses repas. Sous l'influence de l'alimentation l'albuminurie augmente légèrement, on administre donc encore pendant une semaine la teinture de cantharides, *laissant la malade au régime mixte*. L'albumine rétractile disparaît au bout de 8 jours, la diurèse se maintient à 2 000 grammes par 24 heures. On autorise la malade à s'alimenter *à son gré* et on supprime tout médicament.

La teinture de cantharide fut administrée pour la dernière fois pendant 15 jours, deux semaines après, à la dose de IV gouttes. On s'assurait, en même temps qu'on donnait le médicament, que *l'alimentation continuée à 4 degrés* d'hôpital n'influait nullement sur la quantité d'albumine (celle-ci resta à l'état de louche), ou sur la diurèse, qui se maintint à 1 500 grammes.

Au bout de 15 jours d'administration de la cantharide survint une forte diarrhée, à quoi la malade était d'ailleurs sujette de temps à autre sans avoir pris aucun médicament.

Jusqu'au 1er août la malade ne prend alors aucun médicament et nous quittons le service.

Pendant 7 mois qu'a duré, avec de longues interruptions, l'administration de la teinture de cantharides, l'état général de la malade s'est manifestement amélioré, elle a gagné en poids 6 livres; après avoir été 9 mois dans l'impossibilité de s'asseoir dans son lit sans vertige, elle commença à se lever et put descendre dans le jardin; son appétit devint excellent, la digestion fut habituellement satisfaisante. Les râles sous-crépitants des deux sommets, les râles cavernuleux du sommet gauche s'atténuent progressivement et disparaissent 2 mois après, de même que l'albuminurie. Comme trace de lésion tuberculeuse il ne reste plus, en août 1896, qu'un souffle cavitaire sous la clavicule gauche; la malade a visiblement engraissé et se dit guérie.

Dans la première moitié de son séjour à l'hôpital la malade a pris deux capsules de térébenthine et 0 gr. 50 de tannin par jour, ce qui ne paraît avoir eu aucune influence sur la marche progressive de la tuberculose, en outre les pointes de feu sur toute la hauteur de deux poumons lui ont été posées tous les 8 jours pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital. Pendant les 5 premiers mois, on entretenait la suppuration de 4 cautères, faits à la pâte de Vienne, posés sur la région lombaire.

Cette observation dans laquelle l'administration à plusieurs reprises de la teinture de cantharides a été suivie de la disparition de l'albuminurie, de l'amélioration de l'état général et de la cicatrisation de lésions de tuberculose pulmonaire au 3e degré vient à l'appui de la théorie de Liebreich, qui a émis l'idée que la cantharidine ayant une action élective sur les capillaires détermine une transsudation séreuse au niveau des ulcérations tuberculeuses dans le poumon, dans le rein, au larynx, ce qui fournirait des éléments nutritifs aux cellules fixes des tissus, activant leur prolifération et contribuant à la cicatrisation fibreuse des lésions; le sérum transsudé pourrait avoir aussi selon cet auteur une influence nocive sur le bacille de Koch.

Nous apportons un fait clinique à l'appui de cette idée sans rien préjuger nous-mêmes, un fait isolé étant insuffisant pour nous en donner le droit.

Pour expliquer l'abandon et l'oubli dans lequel était tombée la teinture de cantharides dans ces derniers temps, Liebreich invoque le danger qu'il y a dans la pratique courante à administrer à l'intérieur une substance aussi active que la teinture de cantharides et dont l'équivalent toxique varie avec l'espèce de cantharides employées pour la fabrication. De fait, le même auteur rappelle que l'insecte dont se servaient Hippocrate et les anciens était la mylabre de chicorée (*mylabris chicorii*), espèce de cantharide, originaire de la Chine, dont les élytres sont jaunes avec des raies noires et dont la poudre est trois fois plus riche en cantharidine que celle obtenue de la cantharide ordinaire. Il arrivait donc que l'activité du médicament dépassait de beaucoup les prescriptions du praticien. Si on ajoute à cela la difficulté qu'il y a à surveiller les effets d'un médicament dans la clientèle urbaine, on comprend comment, petit à petit, le remède infidèle et dangereux avait été rayé de la liste des médicaments utiles et couramment employés. Nous croyons qu'il est facile d'éviter les accidents en déterminant l'espèce de cantharide qui devrait servir à la fabrication de la teinture de Codex, en second lieu ne jamais dépasser la dose thérapeutique de XII gouttes, qui, même doublée, est inoffensive pour

les voies génito-urinaires, autant que l'expérience des autres et notre propre expérimentation ont pu nous fixer sur ce point.

Le Dr Lacomme (thèse 1895) a en effet démontré que la dose nécessaire pour provoquer les accidents sérieux chez l'homme est de 4 à 5 centigrammes par 24 heures. Le Dr Purin (1809) cite dans sa thèse une observation où le malade, ayant absorbé par méprise en quelques heures 2 gr. 40 de poudre de cantharide, se remit facilement par les moyens appropriés; en outre, un catarrhe pulmonaire grave dont il était atteint en fut du même coup guéri. Cette observation suffirait presque à prouver combien le danger d'une absorption de cantharides à l'intérieur, même à haute dose fut exagéré, et, vu la réputation que ce médicament a conquise dans les mains expérimentées et prudentes, combien la crainte de son application à petites doses dans les néphrites est puérile. Il est vrai que beaucoup de néphrites guérissent sous l'influence du régime lacté exclusif continué longtemps, il est néanmoins vrai qu'il y a des néphrites qui malgré ce régime ont de la tendance à passer à l'état chronique et menacent d'infirmité incurable des sujets jeunes, dont le genre de vie n'admet pas une thérapeutique devant durer plusieurs mois.

Ceux-là se lassent vite du régime lacté et quittent l'hôpital sous différents prétextes, ignorant le danger auquel le travail les expose. Pourquoi donc chez ceux-là, puisqu'on a le moyen sûr de hâter la chute et la rénovation, c'est-à-dire la guérison des épithéliums rénaux malades, ne pas se servir du médicament, vu son innocuité absolue dans les cas les moins heureux ?

Il serait utile aussi, poursuivant l'idée de Liebreich, d'en essayer les effets curatifs dans les cas de tuberculose au 3e degré, sur laquelle le médicament paraît avoir une influence salutaire, comme nous l'a prouvé notre observation V.

Par contre *on ne devra jamais essayer la teinture de cantharides chez les saturnins et les artério-scléreux*, chez lesquels ce médicament paraît donner un coup de fouet aux accidents urémiques.

Nous basant sur la revue des travaux concernant cette question et sur nos propres essais cliniques, nous pouvons conclure que la teinture de cantharides étant un *diurétique remarquable* et un moyen précieux d'abaisser le taux d'albuminurie, réfractaire à tout autre traitement, chez *les néphrétiques épithéliaux jeunes;* il serait utile d'en continuer l'usage dans les cas sus-indiqués à la dose de IV à XII gouttes, administrée dans un verre de lait, suspendue au moindre symptôme d'intolérance, reprise quelques temps après à dose progressive.

M. Du Cazal insiste particulièrement sur la nécessité de revenir à différentes reprises à la teinture de cantharides après de courtes périodes de repos, lorsque le médicament ne s'est pas montré efficace une première fois; il cite des faits favorables à l'appui de cette recommandation.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Chalufour (Louis). *Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule.* N° 223. (H. Jouve.)

M. Dominique (Justin). *De la conjonctivite infectieuse d'origine animale.* N° 224. (G. Carré et Naud.)

M. Astié (Ch.). *Le thorax en bateau de la syringomyélie.* N° 225.

M. Hazarabédian (Vahan-Simon). *Etude comparative de la castration double et de la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.* N° 232. (H. Jouve.)

M. Mejia (Raphaël). *Etude sur un cas de péritonite blennorrhagique généralisée chez une enfant.* N° 254. (H. Jouve.)

M. Rémond (Louis). *Contribution à l'étude des luxations sterno-claviculaires.* N° 256.

M. Legrand (Omer). *Traitement du lupus.* N° 252. (H. Jouve.)

M. Du Bouchet (G.-W.). *Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines.* N° 251. (G. Steitheil.)

M. Simoes (Alexi-José). *Des rétrodéviations mobiles. De leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander.* N° 248. (H. Jouve.)

M. Ayasse (Marcel). *Étude historique et critique des procédés de restauration du rebord alvéolaire dans le bec-de-lièvre compliqué.* N° 240. (H. Jouve.)

On ne peut pas, d'après M. Chalufour, adopter une méthode unique de traitement pour toutes les fractures de la rotule. La position en extension du membre avec flexion de la cuisse et attelle rigide postérieure est à employer dans tous les cas, mais ne saurait suffire à elle seule. La bande élastique est une des méthodes les meilleures. Jointe à la position et au massage, elle amène la résorption, combat l'écartement et la bascule, et suffit dans beaucoup de cas à donner d'excellents résultats fonctionnels. La griffe de Malgaigne-Duplay compte aussi de nombreux succès; son usage doit être conservé. La suture osseuse est une opération grave, et doit être mise au rang des procédés d'exception. Le massage précoce, suivant la méthode de Tilanus, doit être associé à tous les procédés.

M. Dominique admet que la conjonctivite infectieuse d'origine animale, décrite par M. Parinaud, a des caractères cliniques très tranchés, car deux symptômes principaux la distinguent des autres affections de la conjonctive : 1° *Des granulations de la conjonctive* ordinairement volumineuses, distinctes par leur aspect comme par leur évolution de celles du trachome; 2° Une adénite subaiguë, avec empâtement du tissu cellulaire intéressant le ganglion préauriculaire et ceux du cou. Cette adénite tantôt suppure, tantôt se termine par résolution. A moins d'infection secondaire, il n'y a pas de complications cornéennes.

Le pronostic est relativement bénin. La conjonctivite a de la tendance à guérir spontanément après cinq à six semaines. Le principal danger réside dans la suppuration des ganglions et les cicatrices consécutives. Un traitement antsseptique, institué dès le début de l'affection peut prévenir la suppuration des ganglions. Bien qu'il s'agisse d'une affection éminemment infectieuse et spécifique, les recherches bactériologiques ont été jusqu'ici négatives.

Parmi les troubles osseux que présentent les syringomyéliques, et en outre des déformations du squelette déjà étudiées chez ces malades, il existe parfois une dépression limitée du thorax qui mérite à celui-ci le nom de *thorax en bateau.*

Le thorax en bateau qu'à l'instigation de P. Marie, étudie M. Ch. Astié est caractérisé par une dépression de la partie supérieure de la paroi antérieure du thorax, cette dépression se relève sur les parties latérales et les épaules semblent ainsi ramenées en avant; elle siège toujours au-dessus de la ligne horizontale passant par le bord inférieur des grands pectoraux. Son diagnostic est facile : le thorax en bateau ne ressemble à aucun des thorax décrits jusqu'ici comme thorax déformé. Il existe par lui-même, n'est subordonné ni à l'atrophie des pectoraux, ni à la scoliose; c'est un trouble trophique analogue à ceux qui frappent les autres parties du squelette dans la syringomyélie. Cette déformation ne provoque aucun trouble viscéral fonctionnel, mais elle constitue un symptôme intéressant de la syringomyélie, et nous fournit un nouvel élément de diagnostic.

La congestion permanente de la prostate, liée à l'artério-sclérose, doit être considérée comme la cause la plus vraisemblable,

pour ne pas dire certaine, de l'hypertrophie de la prostate. Elle provoque à la longue une sclérose interstitielle progressive qui s'accentue de plus en plus. Ainsi, les formes d'hypertrophie *veineuse, scléro-veineuse, scléreuse,* de cette glande, ne sont que les phases successives d'une même maladie. Cette sclérose se produit par le même processus morbide, que la cirrhose hépatique d'origine cardiaque. L'hypertrophie de la prostate est donc une cirrhose hypertrophique d'origine congestive. Les observations et les expériences ont prouvé l'action atrophiante de la castration sur la prostate, mais elles ont montré aussi la fâcheuse influence de cette mutilation sur l'état général. La résection des canaux déférents fournit à peu près les mêmes résultats positifs, sans exposer aux mêmes dangers. La clinique et l'expérimentation nous en ont fourni la preuve. C'est une véritable *castration physiologique* qui n'a pas les inconvénients de l'autre. En outre, elle est facile à exécuter, ne nécessite pas une anesthésie générale. Elle respecte la *sécrétion interne* du testicule, et laisse persister les appétits et la fonction génésique. Elle doit donc être substituée à la castration, que l'on serait toujours à même de pratiquer ensuite en cas d'insuccès. Elle pourrait même être employée, selon M. Hazarabédian, comme *opération préventive* chez les prostatiques peu avancés, pour leur éviter les orchites infectieuses, les cystites, les pyélonéphrites ascendantes par l'emploi de la sonde, et enfin pour enrayer le processus de sclérose et l'empêcher de s'accentuer.

La vulvo-vaginite des petites filles peut dans certains cas, rares d'ailleurs, se compliquer, par l'intermédiaire des cavités utérine et salpingienne, de péritonite, laquelle s'est parfois rapidement généralisée. M. Mejia en rapporte un cas, observé dans le service de Moizard.

Il est probable (Huber) que la voie suivie par l'infection est bien ce chenal ouvert de la vulve au péritoine et non la voie lymphatique. Cette péritonite blennorrhagique généralisés est grave, ordinairement mortelle (tous les enfants qui en ont été atteints ont succombé). Les guérisons n'ont été observées que chez l'adulte. Son évolution clinique ne présente, dans l'état actuel de nos connaissances, aucune particularité qui permette de faire le diagnostic de sa nature blennorrhagique. On devra cependant y penser quand tout symptôme bien net du côté de l'appendice fera défaut, quand l'enfant présentera une vulvo-vaginite et que la péritonite sera survenue spontanément. Le traitement pourra être au début purement médical : mais aussitôt que le diagnostic de péritonite sera bien établi, c'est à la laparotomie qu'il faudra recourir. Plus l'intervention sera précoce, plus elle aura de chances de succès.

Le diagnostic se fera d'une manière certaine par la constatation du gonocoque dans le pus; mais certains auteurs, malgré son absence, ont affirmé la nature gonococcienne de péritonites observées par eux. Ces observations manquent du criterium qui est le gonocoque de Neisser.

Les luxations sterno-claviculaires auxquelles M. Rémond consacre sa thèse, ne sont pas des luxations fréquentes. De leurs trois variétés : présternale, rétrosternale, susternale, la première est la plus fréquente, la dernière la plus rare. Dans le mécanisme de ces luxations le point fixe est toujours le ligament costo-claviculaire qui est souvent intact ou ne cède qu'en dernier lieu. Le diagnostic de chaque variété est facile à faire et le pronostic est généralement bénin. Le traitement est moins facile. La réduction est simple d'ordinaire mais la contention est souvent impossible. La suture doit être réservée aux cas les plus graves qui sont aussi les plus rares, elle doit être faite avec une asepsie parfaite, avec un fil métallique perdu, ou que l'on retirera ultérieurement par une seconde incision.

M. O. Legrand admet que, dans la plupart des cas, la méthode du Dr E. Besnier doive être préférée à toutes les autres ; mais, il ne faut pas l'oublier, ainsi que le fait remarquer fort judicieusement M. L. Brocq : « Si dans les mains, expérimentées s'il en fut d'Ernest Besnier, l'ignipuncture peut toujours produire des cicatrices lisses, souples, vraiment belles, il est loin d'en être toujours ainsi ». Pouvons-nous affirmer que cette méthode est à l'abri de tout reproche ? non, car le galvano-cautère et l'électro-cautère donnent des cicatrices qui présentent des tractus blanchâtres, des indurations et même de véritables kéloïdes

Sans prétendre à des résultats généraux ou définitifs, M. Du Bouchet conclut de ce qu'il a vu par lui-même que, en dehors de la puerpéralité, le gonocoque semble à peu près seul capable d'infecter un utérus préalablement sain. Cette infection est pure au début, mais favorise la pénétration et le développement ultérieur de microbes variés, notamment des saprophytes. Ceux-ci peuvent même persister dans l'utérus, alors que le gonocoque a disparu. La durée de ces divers stades : gonocoque isolé, gonocoque associé, saprophyte seul, est indéterminée; le premier semble être très court.

L'infection puerpérale peut être due à des microbes très variés, y compris le gonocoque. L'examen bactériologique est donc indispensable dans chaque cas. Le plus souvent il s'agit d'infections polymicrobiennes, où les espèces anaérobies de la putréfaction jouent un rôle important. Non seulement elles augmentent la virulence du streptocoque, comme Achalme l'a démontré, mais leur pénétration dans les parois utérines elles-mêmes semble indiquer une action qui leur est propre. L'infection puerpérale n'est donc pas le plus souvent la simple inoculation du streptocoque pyogène dans l'utérus, mais semble résulter d'un processus de symbiose dans la majorité des cas. Les microbes qui ont causé l'infection de l'utérus peuvent disparaître de celui-ci alors que les symptômes persistent encore. Dans quelques cas, on ne trouve pas de microbes et tout rend vraisemblable qu'il n'y en a jamais eu dans le processus pathologique en question. L'ensemble de ces faits est donc disparate, et appelle un classement pathogénique, seul capable de mettre de l'ordre et de la clarté dans ce qu'on nomme aujourd'hui les métrites.

La *rétrodéviation mobile* peut être *congénitale*, elle est le plus souvent *acquise*. Elle se produit parfois brusquement (*rétrodéviation aiguë*); mais la variété de beaucoup la plus commune est la *rétrodéviation chronique*. Celle ci reconnaît deux causes principales : l'augmentation de volume de l'utérus et le relâchement de l'appareil de soutien de cet organe. Aussi se rencontre-elle associée à la *métrite parenchymateuse chronique* et au *prolapsus génital*.

La *colpopérinéorraphie* avec ou sans amputation circulaire du col (suivant qu'il y a eu ou non allongement hypertrophique du col), dans le cas de *prolapsus*, le *curettage* et la restauration du col suivant les procédés d'Emmet ou de Schröder dans le cas de *métrite*, devront toujours être associés à l'*Alexander qui ne peut guérir ni le prolapsus ni la métrite*. Mais l'Alexander est, pour M. Simoes, la meilleure de toutes les interventions proposées contre la rétrodéviation. L'opération convenablement faite, l'utérus n'a aucune tendance à abandonner sa situation physiologique rétro-pubienne, son *antéversion* étant maintenue par la pression intra-abdominale exercée par la masse insestinale. On a signalé des cas de *grossesse* à la suite de l'opération d'Alexander chez des femmes jusque-là stériles, et d'après les statistiques les plus récentes, l'*opération d'Alquié-Alexander* est la plus favorable pour les *accouchements ultérieurs*.

La méthode de refoulement en arrière et en haut de l'os incisif est, pour M. Ayasse, un excellent procédé, applicable dans la majorité des cas. Il présente l'avantage de conserver les dents et de ne pas amener d'atrésie de la voûte palatine. La cloison nasale est un des obstacles principaux. Il faut la sectionner au galvanocautère ou mieux produire une fracture sous-périostée. Dans les cas de protrusion de l'os incisif en avant dans les becs-de-lièvre compliqués unilatéraux, la fracture sous-périostée du rebord alvéolaire sur les limites de l'os incisif présente des avantages sérieux. Lorsque le bec-de-lièvre est double et l'os incisif très volumineux, si la résection est nécessaire, il vaut mieux la faire sous-périostée, parce qu'avec cette méthode on conserve les parties molles et on permet à un nouvel os de se produire. L'os incisif remis dans une situation normale sera maintenu à l'aide de la suture métallique.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Perrin (Henri). *Considérations sur la valeur de la gymnastique dans l'éducation physique.* N° 61.

M. Scheffler (Léopold). *Etude médico-légale de l'état mental des vieillards,* N°. 23.

M. Dimoux-Dime (Paul). *Du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.* N°. 25.

Pour M. Perrin, les exercices physiques, par leur effets physiologiques locaux et généraux, par l'augmentation de l'endurance et le meilleur fonctionnement des organes qu'ils déterminent, doivent dominer l'éducation physique et méritent une place importante en thérapeutique.

La gymnastique n'est pas responsable d'un plus grand nombre d'accidents que les divers sports. Les traumatismes qu'elle occasionne dépendent surtout du sujet lui-même et sont le plus souvent évitables.

En localisant le travail musculaire, la gymnastique comme beaucoup d'exercices est susceptible d'entraîner des déformations. Mais la multiplicité des mouvements qu'elle comporte, et qui, tour à tour ou simultanément, mettent en jeu les différentes parties de l'organisme, en diminue de beaucoup la fréquence; sa pratique n'entrave qu'exceptionnellement la croissance, et favorise même nettement dans certains cas le développement des sujets.

La vieillesse est la période de déclin normal de l'organisme, intermédiaire à la croissance et à la mort. Elle résulte d'une diminution d'intensité dans les fonctions d'organes affaiblis par la durée même de leur activité.

Au point de vue mental, l'évolution sénile peut, d'après M. Scheffler, se diviser en 3 périodes admettant entre elles de nombreuses transitions. La première période, est caractérisée surtout par une tournure d'esprit particulière et des manifestations instinctives mal réprimées.

Le vieillard reste maître de ses facultés, mais ne peut plus, ou que très difficilement, acquérir de nouvelles notions. La deuxième période, préface de la démence, est caractérisée : 1° par la disparition graduelle des facultés intellectuelles; 2° par la disparition graduelle des facultés affectives et des sentiments; 3° par le retour à l'instinct. La disparition des facultés et des sentiments se fait dans l'ordre inverse de leur acquisition : les plus complexes et les plus élevés disparaissent les premiers. L'affaiblissement de l'intelligence et de la vie sentimentale crée toujours, entre les idées et le jugement, une désharmonie éminemment propre à la naissance d'interprétations erronées. à la perpétration d'actes délictueux ou à la mise en jeu d'impulsions soudaines, d'où la fréquence du suicide chez les vieillards, les attentats à la pudeur et l'exhibitionnisme.

Les acquisitions artistiques ne suivent pas la loi de régression d'Herbert Spencer.

La troisième période est la période démentielle.

Les vieillards y parviennent ou insensiblement ou brusquement, après une période de suractivité physique et intellectuelle.

Chez certains vieillards, la déchéance physique ne s'accompagne pas de déchéance intellectuelle.

L'esprit reste insensible, grâce à de très nombreuses acquisitions faites avant l'arrivée de la vieillesse.

La responsabilité est presque toujours entière à la première période de la sénélité, partielle et limitée à la deuxième, nulle à la troisième.

Certains individus vieillissent très vite et la sénilité précoce est due : 1° à des influences diathésiques, héréditaires ou acquises; 2° à des infections; 3° à des intoxications.

Les troubles mentaux sont identiques, ou à peu près, à ceux qu'on observe dans la sénilité normale. La mélancolie est celle des psychoses qu'on observe le plus fréquemment dans la vieillesse.

Toutes les psychoses séniles se manifestent surtout par une exaltation du sentiment de la conservation personnelle et de la propriété, et par des tendances érotiques.

Leur fond est identique à celui des psychoses de l'adulte. Leur médecine légale est soumise aux règles ordinaires de celle des aliénés.

Le séro-diagnostic est, d'après M. Dimoux-Dime, appelé à rendre de grands services en clinique. *a*) Dans certains cas de début de fièvre typhoïde, lorsque la séro-réaction est positive avant l'apparition des symptômes de certitude. *b*) Dans les formes irrégulières ou bénignes. *c*) Dans les cas de tuberculose aiguë, d'embarras gastrique et des affections pouvant simuler la fièvre typhoïde.

d) Comme diagnostic rétrospectif dans les cas où la constatation d'une réaction positive chez un convalescent révélera au clinicien une dothiénentérie passée inaperçue. Etudiés plus à fond, les rapports entre l'intensité et la rapidité de la séroréaction et la gravité de la maladie pourront conduire au séropronostic de la dothiénentérie.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 5 mars 1897.

Du pneumothorax dans les fractures costales.

M. Van Engelen ayant constaté la production d'un emphysème sous-cutané de la poitrine, du cou, du dos, surtout à droite, chez un homme atteint de fracture costale avec pneumothorax, et sans expectoration sanguine, l'a attribué à une déchirure du poumon causée par un des fragments costaux. Le cas évolua vers la guérison.

M. Crikx pense que le pneumothorax dépend de la fracture costale s'il est accompagné de symptômes pulmonaires (expectoration de sang). Au surplus, le pneumothorax peut être provoqué, dans la bronchite chronique, par la forte inspiration réflexe qui se produit lors d'une chute, et, dans ce dernier cas, il peut alors accompagner une fracture de côte, sans être dépendant de celle-ci.

Contusion simple simulant la fracture de l'épaule.

M. Van Engelen. — Certaines contusions simples de la région de l'épaule peuvent amener une impotence fonctionnelle telle qu'au bout de deux à trois semaines le diagnostic avec une fracture demeure d'une difficulté réelle. Sous le chloroforme on constate l'état parfait des mouvements de l'épaule. Le traitement électrique suffit à rétablir la fonction.

M. Wicot pense que ces faits s'expliquent par une névrite du circonflexe, lésion qui peut être définitive.

Tuberculose du péritoine.

M. Crikx. — Une enfant de 12 ans, présentant une tuberculose péritonéale en voie de guérison, fit une chute sur le ventre, qui eut pour résultat le réveil, à l'état aigu, de la phlegmasie chronique du péritoine. Bientôt se produisit une fistule ombilicale, livrant passage à des matières fécales abondantes; tout autour se creusèrent des ulcérations tuberculeuses, et finalement la mort survint au bout de six semaines.

M. Puttemans rappelle le cas d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, chez laquelle il fit une laparotomie. Comme c'est la règle, la cicatrice aboutit à la formation d'une fistule, d'où sortirent de la sérosité d'abord, puis des matières stercorales. La malade ne tarda pas à succomber.

M. Crikx a eu l'occasion d'opérer une femme atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite; l'incision tomba sur une plaque tuberculeuse qui fut enlevée. La plaie se cicatrisa et la guérison se maintint. L'examen microscopique du morceau de plaque extirpé fit constater la tendance de plus en plus prononcée des éléments épithélioïdes du tubercule à prendre l'aspect

fusiforme et à se transformer en tissu fibreux; c'était là, en somme, le processus de guérison de la lésion tuberculeuse.

Du rhumatisme blennorrhagique.

M. Dufour. — La découverte du gonocoque dans l'exsudat de certaines arthrites survenant au cours d'une blennorrhagie a mis hors de discussion le rhumatisme blennorrhagique, qui présente du reste certains caractères qui permettent de le reconnaître. Ses manifestations sont tantôt aiguës, tantôt subaiguës ou chroniques, et ont une grande tendance à passer à l'état chronique.

Comme traitement, j'emploie, dans la forme aiguë, du salol à l'intérieur, l'enveloppement de l'articulation par des compresses imbibées d'alcool camphré et son immobilisation dans un bandage légèrement compressif. Dès que la période aiguë est passée, j'ai recours au massage, aux bains alcalins, aux bains de vapeur et aux douches; j'oppose les mêmes moyens à la forme chronique. Si l'exsudat est purulent, je recommande l'ouverture précoce de l'article, et, dès que la suppuration est tarie, je n'hésite pas à lui imprimer de petits mouvements.

M. Lor. — Je rappelle à ce propos que plusieurs cas d'arthropathie ont été également signalés à la suite d'ophthalmie purulente et de vulvo-vaginite chez l'enfant. Ces complications, qui n'atteignent ordinairement qu'une seule articulation, le genou notamment, ont une issue plus favorable que chez l'adulte.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 19 mars 1897.

Épithélioma du gland. Amputation de la verge par le thermo-cautère.

M. Bock. — En janvier 1897 se présente à ma consultation un homme de 62 ans, portant une tumeur dure, affectant les dimensions d'une pièce de un franc et localisée à la racine du gland. Celui-ci est libre d'adhérences, mais il existe un phimosis très prononcé qui laisse à peine libre l'orifice du canal de l'urèthre.

Le début de l'affection remonte à six mois et s'est signalé par un écoulement blanchâtre. Le médecin traitant crut à une blennorrhagie. Plus tard, lorsque apparut la tumeur, ce praticien, tenant compte de sa dureté, posa le diagnostic de syphilis et institua le traitement spécifique. La lésion s'est étendue depuis, les ganglions inguinaux se sont pris, et je pratiquai l'amputation de la verge à l'aide du thermocautère.

L'examen microscopique de la tumeur a confirmé le diagnostic d'épithélioma. Il s'agit, en effet, d'une tumeur à globes perlés.

M. Gratia. — Cet homme était-il marié et, dans l'affirmative, sa femme n'était-elle pas atteinte d'épithéliome du col utérin? On a cru, en effet, à la contagiosité du cancer et à la transmission possible du col de la matrice aux organes génitaux de l'homme.

M Bock. — L'hypothèse d'une transmission semblable doit être rejetée dans l'espèce.

Carcinome du larynx. Pneumonie par déglutition.

M. Depage. — J'ai enlevé, il y a cinq jours, le larynx d'un individu pour néoplasie cancéreuse, avec paquet ganglionnaire carotidien. Le lendemain de l'opération survinrent des accidents broncho-pneumoniques.

Le procédé opératoire auquel j'avais eu recours faisait communiquer la plaie d'une part avec la bouche, d'autre part avec les voies bronchiques. Lorsque éclata la broncho-pneumonie, j'exerçai une pression sur l'orifice supérieur, et peu après les symptômes pulmonaires disparurent.

Les pneumonies de cette espèce débutent toujours par le côté où a été pratiquée l'opération; aussi suis-je tenté de croire que, outre la pénétration des particules alimentaires, il convient d'incriminer, comme facteurs pathogéniques de ces accidents, des troubles nerveux ou vasculaires, déterminant de la paralysie ou de la congestion.

A la période congestive des symptômes pulmonaires, la guérison est possible; mais le pronostic devient fatal dès que l'on se trouve en présence de la pneumonie gangréneuse.

M. Gratia. — Il s'agit cependant bien d'une pneumonie par déglutition, puisque cette complication ne s'observe pas après les opérations qui, comme la thyroïdectomie, intéressent fortement les faisceaux vasculo-nerveux, mais ne s'accompagnent pas d'ouverture anormale des voies respiratoires.

M. Depage. — Il est évident que la déglutition est un facteur essentiel. J'ai simplement dit et je maintiens que la congestion pulmonaire et la paralysie bronchique interviennent dans la genèse de la pneumonie.

M. Pechère. — Lorsqu'on coupe un nerf important, tel que celui d'un membre, à un animal, le territoire innervé par ce tronc devient un lieu de moindre résistance. Peut-être y a-t-il là un fait semblable à celui signalé par M. Depage.

M. Stiénon. — Lorsqu'on coupe le pneumogastrique à un animal, celui-ci succombe à la pneumonie, alors même que ses voies respiratoires n'ont pas été ouvertes. La respiration, après la section du nerf, a changé de type; son rhythme s'est modifié. N'y a-t-il pas de modification du rhythme respiratoire après les opérations intéressant les nerfs et les vaisseaux du cou?

M. Depage. — Ces interventions sont suivies d'une accélération marquée des mouvements respiratoires.

MÉDECINE PRATIQUE

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Borol.

Le *borol* est, d'après M. H. Jæger, un antiseptique puissant, dont l'action serait 3 fois plus énergique que celle de l'acide phénique.

Il se présente sous la forme de fragments irréguliers, incolores, ayant la transparence et l'aspect du verre. Le borol se dissout facilement dans 5 fois son volume d'eau. Il a pour formule

$$SO^2 \begin{cases} OBo \\ OK \text{ ou } ONa \end{cases}$$

La solution aqueuse modérément concentrée a une saveur aigrelette et légèrement astringente. Au titre de 2 à 10 p. 100, elle tuerait en peu de temps les spores de la pustule maligne, les vibrions du choléra, le staphylococcus pyogenes aureus, ainsi qu'il résulte de la communication des droguistes MM. Vogtenberger et Fohcer de Feuerbach.

MM. Vopelius et Golliner ont voulu faire du borol un antiseptique général, encouragés dans leurs tentatives par la nontoxicité de ce produit. Ils l'ont administré par la voie gastrique à des adultes et à des enfants, dans différentes maladies septiques, spécialement dans la septicémie aiguë, l'érysipèle, la méningite cérébro-spinale épidémique. Le médicament est facilement accepté par les malades, mais n'a pas jusqu'ici donné des résultats bien concluants.

Au contraire, à l'extérieur, en lotions, applications, pansements, le borol rend de très grands services et semble devoir remplacer les sels hydrargyriques, sur lesquels il a l'avantage de n'être ni caustique, ni toxique.

FORMULAIRE

Solution.

Borol	1 à 2 gr.
Eau stérilisée	100 gr.

En lavages dans les affections des muqueuses (diphthérie, ozène, blennorrhagie).

Solution.

Borol	50 gr.
Eau stérilisée	1000 gr.

Pour tous les usages chirurgicaux.

Gouttes.

Borol	. . . .	20 gr.
Eau distillée	. . . .	100 gr.

10 à 20 gouttes chez l'enfant, 30 à 50 gouttes chez les adultes, à administrer toutes les 4 heures dans une boisson autre que du lait; car le lait se prend en caillot sous l'action du borol.

Holocaïne.

L'*holocaïne* ou *amidine* est un nouvel analgésique local introduit en thérapeutique par les droguistes Meister Lucius et Bruning. Elle a été étudiée par les docteurs R. Tauber, G. Gutmann et R. Kuthe (de Berlin). Ce dernier a poursuivi ses recherches sur les malades à la clinique ophthalmologique de M. le professeur Hirschberg (de Berlin).

Des travaux de ces auteurs il résulte que l'holocaïne est au point de vue chimique une p-diéthoxyéthényldiphénylamidine. Elle dérive de la combinaison d'une molécule de phénacétine et d'une molécule de p-phénétidine, avec élimination d'eau.

C'est une base forte, insoluble dans l'eau froide, soluble dans l'alcool et l'éther. Elle fournit avec les acides des sels d'une grande stabilité, qui sont peu solubles dans l'eau froide (2,50 p. 100), très solubles dans l'eau chaude. Les solutions conservent indéfiniment leur limpidité et leurs propriétés physiologiques; elles ne sont nullement altérées par une ébullition prolongée. D'après G. Gutmann cependant elles ne pourraient être stérilisées que dans des récipients en porcelaine, car l'holocaïne se dédoublerait en présence des substances alcalines contenues dans le verre.

G. Gutmann et R. Kuthe utilisèrent pour leurs essais cliniques une solution à 1 p. 100 de *chlorhydrate d'holocaïne*. Les résultats furent des deux côtés absolument concordants. L'holocaïne à la dose de III à V gouttes en instillation dans l'œil, produisait en 15 secondes une insensibilisation de la conjonctive et de la cornée, capable de durer de 9 à 11 minutes. Cette action analgésique s'exerçait même sur les tissus enflammés et cela sans influencer, comme le fait la cocaïne, la pression ou la circulation intra-oculaires et les mouvements pupillaires. Malheureusement la toxicité de l'holocaïne ne permet pas de l'employer en injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales. L'expérimentation physiologique montre en effet qu'un lapin du poids de 3 livres et demie est pris de convulsions toniques et succombe un quart d'heure après l'injection de 4 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100, soit 4 centigrammes d'holocaïne; un autre du poids d'une livre et demie résiste à 2 centigrammes, mais présente pendant une demi-heure des phénomènes convulsifs graves, des mouvements de manège, etc.

L'holocaïne doit donc être réservée, jusqu'à plus ample informé aux opérations ophthalmologiques dans lesquelles elle paraît avoir quelque supériorité sur la cocaïne.

FORMULAIRE

Collyre.

Chlorhydrate d'holocaïne.	1 gr.
Eau stérilisée.	100 gr.

3 à 5 gouttes en instillation dans l'œil.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Mercure.

Généralités. — De tous les médicaments employés en hypodermie, le mercure est celui qui a donné lieu au plus grand nombre d'essais et, par suite, de formules. C'est dire qu'aucune des combinaisons jusqu'ici préconisées, n'a été universellement adoptée et que la question demeure encore à l'étude.

Nous nous proposons de donner tout d'abord une vue générale du sujet, et pour cela nous envisagerons dans un premier chapitre les *accidents* des injections hydrargyriques; dans un second nous préciserons les *indications* auxquelles elles répondent; dans un troisième nous traiterons du *choix de la préparation;* enfin dans un quatrième nous fixerons la *technique* des piqûres, le *manuel opératoire* dont l'importance est ici infiniment plus considérable que pour tous les autres médicaments que nous avons jusqu'ici examinés. Alors seulement nous passerons en revue les innombrables formules qui, depuis la première tentative de Scarenzio, en 1864, ont été tour à tour préconisées, rejetées et reprises, trouvant toujours un nombre égal de détracteurs et de défenseurs.

I

Accidents des injections mercurielles.

Les accidents se divisent en accidents *locaux* ou *immédiats* et accidents *généraux* dits *toxiques* ou *éloignés*.

Accidents locaux.

a) *Douleur.* — Les douleurs sont *immédiates, prochaines* ou *éloignées* (Fournier).

Les douleurs *immédiates*, c'est-à-dire celles dépendant de l'acte opératoire lui-même sont celles de toute injection hypodermique : sentiment de brûlure ou de cuisson, variable suivant le sujet et qu'il est facile sinon de faire disparaître, du moins d'atténuer dans une large mesure. Nous verrons comment à propos de la *technique*.

Les douleurs *prochaines* débutent un quart d'heure à une heure après l'injection. Elles sont constantes et incomparables à celles qu'occasionnerait une forte contusion de la région piquée.

Les douleurs *éloignées* sont caractéristiques des injections mercurielles. Elles débutent généralement au plus tôt 15 à 16 heures après l'injection, plus habituellement, surtout avec les préparations insolubles, le deuxième et même le troisième jour après l'injection.

Elles s'accroissent régulièrement pour atteindre leur maximum d'intensité du cinquième au huitième jour. Elles sont pongitives, exaspérées par la moindre pression; souvent elles s'irradient le long des filets nerveux circonvoisins. Elles sont tantôt constantes, tantôt à forme paroxystique. Elles s'accompagnent de battements douloureux qui font croire à la présence d'un abcès.

Ces douleurs ne sont pas heureusement toujours aussi violentes que nous venons de le décrire, nous verrons qu'elles dépendent en grande partie de la préparation employée. Bien plus, pour une même préparation, les douleurs ne sont pas toujours équivalentes. Parmi les auteurs qui emploient le calomel par exemple, certains accusent des douleurs insupportables, dans plus de la moitié des cas (Leloir, Tavernier, Gastou), d'autres dans un quart seulement (Verchère, Portalier), d'autres enfin dans 7 p. 100 des cas (Le Pileur). Il y a donc vraisemblablement soit une raison de technique et c'est ce qui expliquerait l'amélioration des statistiques de ceux qui pratiquent ces injections, soit une raison de réaction individuelle que peut dans quelques cas faire prévoir l'état d'amaigrissement, de cachexie quelquefois extrême auquel sont arrivés les syphilitiques presque toujours gravement atteints que l'on soumet à ce traitement.

b) *Indurations. Nodosités.* — La persistance d'une petite tuméfaction de volume variable au niveau du point injecté est fréquente après les piqûres. Elle est particulière aux injections insolubles.

Cette nodosité est le résultat de l'irritation produite par la présence du mercure dans les tissus. Elle peut persister de 10 jours à plusieurs mois. Elle s'accompagne d'altérations cellulaires de voisinage, qui atteignent quelquefois jusqu'aux filets nerveux, ce qui explique la persistance inusitée de phénomènes névralgiques dans la région injectée. En règle générale elle finit néanmoins par se résorber, entraînant avec sa disparition, celle de tous les phénomènes dont elle était la cause.

c) *Abcès.* — Nous ne visons pas ici les abcès qui sont le résultat d'une faute de technique (asepsie) : ceux-là peuvent être facilement évités et sont imputables à l'opérateur, non à la méthode. Nous voulons parler de ces collections purulentes *aseptiques* que l'on observe dans quelques cas, surtout après les injections de sels insolubles.

Lorsqu'on examine une de ces nodosités dont nous parlions tout à l'heure, on voit qu'elle est formée par une zone centrale ramollie ne contenant que des aliments cellulaires granuleux, une zone intermédiaire, constituée par des cellules embryonnaires, une zone périphérique renfermant de nombreux leucocytes, des nodules périvasculaires, oblitérant souvent les vaisseaux, des cellules embryonnaires, un exsudat fibrineux (Balzer). Dans quelques cas ces lésions aboutissent à une fonte nécrobiotique des tissus avec sclérose périphérique, suivie plus tard d'une infiltration abondante de globules blancs. Il en résulte un liquide ayant les caractères macroscopiques du pus, qui peut se résorber ou se faire jour au dehors, généralement par le trajet de l'aiguille (G. Barreyre).

Ce pus est épais, huileux, filant, de couleur brunâtre à cause des nombreuses hématies qu'il contient. Sa quantité est variable mais ne dépasse presque jamais le volume d'une cuillerée à café, c'est-à-dite 5 à 6 grammes. Tant qu'il n'est pas ouvert à l'extérieur, on ne peut y déceler la présence d'aucune espèce microbienne, ni par l'examen direct, ni par la méthode des cultures (Christmas, Balzer).

d) *Névrites.* — On conçoit que les altérations que nous avons décrites dans les tissus ayant reçu l'injection peuvent retentir ou gagner les nerfs de voisinages. C'est ainsi que dans les cas de nodosités persistantes on a vu partir du foyer des dégénérescences généralement descendantes, mais quelquefois aussi ascendantes. Ce sont là cependant, il faut le dire, des cas exceptionnels. Il s'agit en effet le plus souvent de névrites par compression plutôt que de névrites hydrargyriques proprement dites et elles disparaissent avec la cause qui les a produites.

e) *Hémorrhagies.* — Les hémorrhagies sont des complications locales rares, quoique les sels mercuriels, en particulier les sels insolubles, entraînent des lésions vasculaires capables de donner naissance à des hémorrhagies secondaires. L'examen du pus de l'abcès hydrargyrique montre, nous l'avons dit, une quantité considérable d'hématies et l'étude expérimentale sur les animaux, montre que l'injection est suivie d'une première période de vascularisation abondante donnant l'impression d'une tache ecchymotique (Chéminade). L'hémorrhagie n'est, malgré tout, une complication à craindre que chez les hémophiliques, où elle peut contre-indiquer la médication.

f) *Embolies.* — Nous rangeons enfin l'embolie parmi les accidents locaux. Car elle a pour point de départ la pénétration du liquide injecté dans le calibre d'une veine de la région de la piqûre. C'est encore une complication particulière aux injections insolubles et elle peut être évitée par l'observation des règles que nous indiquerons dans le chapitre consacré à la *technique*. Quoiqu'il en soit, c'est un accident relativement peu fréquent. Sur les milliers d'injections faites on n'en a guère relevé que 23 cas (Lewin, Odmannson, Blaschko, Watrewzewski) dont 2 seulement terminés par la mort. Le plus souvent l'embolie s'arrête dans le poumon et s'annonce par les symptômes classiques habituels, point de côté, dyspnée, etc., sur lesquels nous ne pouvons insister ici.

(*A suivre.*) G. Maurange.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le recrutement des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Lille. — Dernièrement le Conseil municipal de Lille, sur une proposition, a exprimé le vœu que les médecins et chirurgiens des hospices de Lille soient nommés au concours.

Avoir besoin, dans une ville de 220 000 habitants, de réclamer le concours des hôpitaux, cela paraîtra sans doute bien singulier à beaucoup de mes confrères qui ne manqueront de s'écrier : Comment, le concours des hôpitaux n'existe pas à Lille?

Eh bien, mes chers confrères, la ville de Lille peut posséder une des Universités provinciales, elle ne recrute toujours ses médecins et chirurgiens des hôpitaux que par la... faveur de l'administration des hospices.

A qui la faute? A la Faculté de médecine de l'Etat, répond, sans rire, l'administration des hospices.

Oyez plutôt :

« Le 30 novembre 1887, notamment, dit, dans sa réponse du 9 février 1897, au maire de Lille, l'administration des hospices, un projet de règlement fut soumis par la Commission à l'approbation préfectorale, mais notre délibération resta en souffrance par suite de l'intervention de la Faculté de l'Etat. La difficulté qui parut à ce moment insurmontable (*sic*) provenait de la composition du jury. Ce jury devait comprendre comme président un membre de la Commission administrative, comme juges, 6 médecins, dont 4 pris parmi les professeurs de clinique de la Faculté ou les médecins des hospices en exercice et deux parmi les docteurs exerçant en ville et complètement étrangers à nos services.

« La Faculté de l'Etat se refusa absolument à admettre dans le jury ces deux médecins de la ville; le projet de concours fut abandonné et la commission administrative continua à user des prérogatives qu'elle tient de l'article 14 de la loi du 7 août 1851, en nommant elle-même ses médecins.

« Il n'a pas semblé à la majorité de notre commission qu'il y ait lieu, malgré le vœu que vous avez bien voulu nous transmettre, de modifier actuellement ce règlement et d'abandonner en faveur de la Faculté de l'Etat l'un des droits qui nous est confié par la loi de 1851.

« La Commission des hospices se réserve d'examiner ultérieurement s'il ne convient pas de chercher à entourer le choix de ses médecins titulaires ou adjoints de certaines garanties particulières afin d'assurer plus complètement le bon recrutement des médecins au double point de vue des connaissances scientifiques de l'honorabilité professionnelle. »

De cette réponse, je ne retiendrai que deux points, c'est que d'une part, l'Administration des hospices semble reconnaître qu'elle n'a pas toujours entouré ses choix de garanties suffisantes — voilà un aveu bon à enregistrer — et que, d'autre part, elle rend la Faculté de médecine responsable de l'avortement du projet de concours.

Mais où la réponse de l'Administration des hospices devient bizarre, c'est lorsqu'elle déclare qu'elle ne peut abandonner en faveur de la Faculté de l'Etat l'un des droits que lui confère la loi de 1851. Est-ce que l'Administration des hospices préférerait abandonner ce droit à la Faculté catholique? Et où a-t-elle vu que nous lui demandions cette faveur pour l'Université de Lille?

Si elle avait réellement voulu le concours, il y avait encore assez de médecins et chirurgiens des hospices nommés au concours à Lille — car autrefois le concours a existé ici — pour constituer un jury, et sa réponse n'est au fond qu'une réponse dilatoire.

Non, la vérité la voici : l'Administration des hospices refuse le concours parce que le Conseil municipal le demande.

Que lui importe l'intérêt des malades des hospices qui ont d'autant plus droit au médecin instruit et expérimenté, sélecté par le concours, qu'ils sont pauvres et malheureux!

Les malades des hospices continueront à être soignés par des médecins que l'Administration des hospices accepte — responsabilité redoutable — de choisir elle-même, parce qu'il faut que l'Administration des hospices n'ait pas l'air d'obéir à un vœu du Conseil municipal qui demande que les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient choisis par le concours, comme à Paris, Lyon, Bordeaux, etc.

D'un côté, on crée, en dehors des services de cliniques de la Faculté de l'Etat, des services hospitaliers qu'on réserve à certains professeurs ou agrégés de la Faculté qui sont *personna grata* auprès de quelques administrateurs des hospices; d'un autre côté, on a abandonné au Père recteur de la Faculté catholique le choix des médecins ou chirurgiens d'autres services hospitaliers; enfin, l'Administration des hospices se réserve pour elle le soin de choisir le reste au « petit bonheur »...

Quel recrutement! Comme ce régime doit être avantageux pour les malades et l'enseignement de la clinique!

Ch. Debierre,
Professeur d'anatomie à l'Université de Lille.

Les cliniques de gynécologie. — Au Conseil municipal de Paris, M. Roger Lambelin questionne le Préfet de police sur les mesures de surveillance qu'il entend appliquer aux cliniques de gynécologie.

M. Astier dit que la Préfecture de police n'a pas à intervenir dans les cliniques. Le diplôme de médecin ne donne pas le privilège des découvertes. Il cite Pasteur, Fauvel et tant d'autres. Il est de l'intérêt des malades que des praticiens d'une autorité incontestable puissent installer des cliniques.

M. Alpy. — Vous êtres orfèvre, monsieur Josse!

M. Astier. — Je voudrais que dans tous les ordres, celui des avocats, et aussi dans le clergé, il y eut autant d'honorabilité qae dans le corps médical.

M. Lépine, préfet de police, prend la parole pour demander le renvoi du projet de délibération que proposera M. Roger Lambelin à une Commission,

Il dit qu'il y a deux inspecteurs et une inspectrice chargés spécialement de la surveillance des cliniques. Ces inspecteurs ne contrôlent pas les médecins, leur rôle est limité à la question hygiénique. Jusqu'à ce jour cet organisme avait paru suffisant mais des faits récents prouvent que le contrôle doit être plus délicat; il se propose de faire appel au concours des lumières des membres du Conseil d'hygiène et, chaque fois qu'il le pourra, il se fera rendre compte, par l'officier de l'état civil, des décès constatés dans les cliniques. Il ne croit pas cependant qu'il faille créer un monopole au profit de quelques grands opérateurs.

M. John Labusquière ne croit pas qu'il soit bon d'étendre davantage les attributions de la Préfecture de police; il suffit qu'elle contrôle l'hygiène des cliniques. Beaucoup de médecins n'ont pas attendu le procès Boileux-La Jarrige pour se préoccuper des cliniques nombreuses qui se sont créées à Paris; ce sont les prix exorbitants qu'exigent les grands opérateurs qui ont favorisé l'éclosion des ovariotomistes et des rabatteurs; ce sont d'ailleurs les classes aisées qui ont le plus contribué à faire le succès et fortune de ces cliniques.

Il faut favoriser la science et son développement.

M. Roger Lambelin dit qu'il a voulu uniquement exiger des garanties spéciales concernant les cliniques, Son intention n'est pas d'augmenter les attributions de la Préfecture de Police; il dépose un ordre du jour ainsi conçu :

« Considérant que des abus graves se commettent dans les cliniques particulières et notamment dans celles de gynécologie; que ces abus portent atteinte à la dignité du corps médical parisien et constituent un véritable danger pour la population.

« Le Conseil émet le vœu : que les pouvoirs publics entourent de garanties sérieuses l'ouverture et le fonctionnement des cliniques et propose, à cet effet, les mesures suivantes :

« Tout médecin demandant à ouvrir une clinique, devra avoir été antérieurement nommé à l'un quelconque des concours suivants : internats des hôpitaux de l'Assistance publiques, internats de Saint-Lazare, des Quinze-Vingts et des Sourds-Muets. Le Préfet de police autorisera l'ouverture sur l'avis favorable d'une Commission médicale de 5 membres nommés par les pouvoirs publics; d'autre part, un service d'inspecteur, organisé administrativement dans des conditions analogues à celui des établissements d'aliénés, sera chargé d'exercer une surveillance permanente sur les cliniques au point de vue de l'hygiène et de l'autopsie. »

Le renvoi à la 6e Commission est prononcé après quelques observations de MM. André et Lefèvre, Levraud et Paul Strauss.

Société contre l'abus du tabac. — *Prix de médecine.* — Les mémoires présentés au Concours pour le prix de médecine viennent d'apporter de nouvelles preuves de « l'influence fâcheuse « de l'abus du tabac sur l'action des médicaments internes et sur la cicatrisation des plaies ».

Néanmoins le Conseil de la Société, jugeant qu'on ne peut trop appeler l'attention des praticiens sur une question de cette importance, a résolu de la remettre au Concours de 1897, dans les termes suivants :

« Rapporter au moins 4 observations inédites, recueillies avec soin, bien circonstanciées, tout à fait probantes, et, autant que possible, personnelles, démontrant l'influence fâcheuse dont il est question. — Ainsi, par exemple, tel sujet, *fumeur*, traité méthodiquement pour une affection quelconque, ou pour des plaies chirurgicales ou accidentelles, ne guérit pas ou guérit lentement; il cesse de fumer et la guérison marche rapidement.

« Les concurrents devront s'abstenir de toute discussion théorique, et se borner à l'exposition des faits.

« Le prix consistera en un lot de livres de la valeur de 200 francs environ, et une médaille de vermeil. »

Prix du Dr Gruby : 100 francs. — Dans l'intérês des *chiqueurs* incommodés par le tabac et qui prétendent ne pouvoir vaincre leur habitude, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de combattre efficacement les funestes conséquences de leur passion tabacique, soit par une certaine manière de préparer le tabac ou par un succédané, soit par les aliments, les boissons ou tout autre moyen hygiénique. Rapporter des faits démontrant que le moyen est efficace.

Prix des instituteurs : 100 francs. — Exposer, dans un mémoire succinct signé de l'auteur, avec adresse exacte, tous les moyens employés par l'instituteur pendant l'année 1897, pour prémunir la jeunesse contre l'habitude du tabac. Faire certifier ces procédés et les résultats acquis, par le maire, par un délégué cantonal, ou par l'inspecteur primaire.

On joindra au mémoire un cahier unique, contenant tous les devoirs de l'année relatifs au tabac, et extraits textuellement du cahier réglementaire de la classe, y compris les dates des jours où ils ont été faits.

(Le prix de 100 francs ne pourra être obtenu qu'une fois par le même instituteur.)

Prix de propagande. — Il sera décerné au moins une médaille d'argent, une médaille de bronze et une mention honorable aux sociétaires qui auront présenté le plus grand nombre de nouveaux adhérents dans le courant de l'année.

Mérite divers. — En outre des prix ci-dessus, un prix de 50 francs, des médailles d'honneur, des mentions honorables, des livres seront décernés : 1° aux instituteurs qui n'auront pas obtenu le premier prix; 2° aux auteurs de mémoires manuscrits ou d'ouvrages imprimés relatifs au tabac; 3° aux personnes qui nous auront été signalées comme ayant acquis des titres à la reconnaissance de la Société.

(Le Président et le Secrétaire général sont hors concours.)

Nota. — I. — Les manuscrits ne sont pas rendus; couronnés ou non, ils sont la propriété de la Société, qui peut les publier à son gré.

II. — Le concours sera clos le 31 décembre 1897, époque à laquelle les mémoires doivent être parvenus au bureau de la Société, rue Saint-Benoît, 20 *bis*, Paris.

III. — Les prix non réclamés au bureau dans le courant de l'année sont considérés comme abandonnés par les lauréats.

Le médecin a-t-il le droit de recommander une pharmacie spéciale. — En Prusse la loi interdit aux médecins d'adresser leurs malades à une pharmacie spéciale pour l'exécution de leurs ordonnances.

En vertu de cette loi, un médecin vient d'être condamné à 300 marks d'amende pour avoir affiché dans son cabinet de consultation une notice engageant ses clients à faire exécuter leurs prescriptions chez un pharmacien de son quartier.

Docteurs reçus par les Universités allemandes en 1895-1896. — Les vingt Universités de l'empire d'Allemagne ont délivré pendant l'année scolaire 1895-1896, 1229 diplômes de docteurs en médecine, en augmentation de 30 sur l'année précédente. Nous avons déjà fait la même remarque en ce qui concernait les diplômes délivrés par les Universités françaises : 1059 en 1895-96 pour 969 en 1894-95.

Mère à douze ans. — Le Dr Findley signale au *Medical News* un cas de précocité maternelle assez rare : « Le 28 janvier 1896, écrit-il, je fus appelé à procéder à l'accouchement d'une jeune mère de 12 ans et 10 mois. Elle n'avait eu ses règles que deux fois avant son mariage. Elle était bien développée pour un enfant de son âge. Malheureusement l'accouchement se produisit prématurément à la fin du septième mois. Le bébé était vivant au début du travail, mais il mourut avant la fin de l'expulsion. »

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE. — Perception de l'induration des chancres avec un seul doigt; toucher unidigital (p. 349).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Entéro-colite et appendicite (p. 350). — Iridectomie partielle. — Fièvres palustres. — Lésions des fosses nasales. — *Société anatomique :* Phlegmon sous-ombilical. — Ulcère rond perforant. — Fracture du col fémoral. — Hernie congénitale et imperforation du vagin (p. 351). — Abcès cérébral. — Laryngite varicelleuse. — *Académie des sciences :* Action de la bile sur le système nerveux. — Nerfs vaso-sensibles. — Accidents produits par les calorifères de cave (p. 352). — *Société de biologie :* Immunisation. — Modifications cardiaques dues aux toxines. — Hérédité et tuberculose. — Action de certains sérums sur la moelle des os (p. 353). — *Société de chirurgie :* Amputation de Syme. — Coxalgie suppurée (p. 354). — *Société médicale des hôpitaux :* Atrophie musculaire et douleurs des hémiplégiques. — Appendicite. — Paralysie bulbaire. — Séro-diagnostic rétrospectif (p. 335). — Troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit. — Sable intestinal. — Pérityphlite. — *Société de thérapeutique :* Intolérance pour le bismuth. — Chlorose (p. 356). — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux :* Troubles oculaires chez les diabétiques. — Appendicite. — Otite moyenne suppurée. — Pseudo-lithiase intestinale. — Rétention d'urine (p. 357). — Corps étranger de l'œil. — Appendicite. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Myxo-chondrome du nez. — Cécité psychique des choses. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Opération césarienne. Occlusion intestinale. — Sérothérapie antistreptococcique. — Coqueluche (p. 358).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Bactériologie des oreillons. — Moelle chez les amputés. — *Société médicale de Hambourg :* Varicelle chez l'adulte. — Diphthérie chronique — *Société médicale de Magdebourg :* Endocardite fibreuse (p. 359). — Angleterre. *Pathological Society of Manchester :* Actinomycose de la plèvre. — Tumeur infectieuse chez le chien. — Rupture de l'œsophage pendant les vomissements (p. 360).

DERMATOLOGIE

Perception de l'induration des chancres avec un seul doigt; toucher unidigital,

Par le Dr P. Aubert,
ex-chirurgien de l'Antiquaille.

Le mode classique de perception de l'induration des chancres entre le pouce et l'index opposés l'un à l'autre est trop connu pour mériter une longue description. Bon nombre d'auteurs ne le mentionnent même pas, la plupart ne lui consacrent que quelques lignes. Jullien, entre autres, dit : « Le mieux est de saisir superficiellement le chancre entre la pulpe du pouce et celle de l'index, sur deux points opposés de ses bords, parallèlement aux téguments. »

Rollet précise la façon de procéder dans les cas où le chancre, réduit à un disque de mince épaisseur, au lieu de présenter l'induration pleine, ne donne que l'induration plate ou parcheminée. « Il faut comprimer le chancre en deux points opposés de sa circonférence et chercher, non pas à le plisser, mais à faire en sorte que sa base comprimée ne cesse pas de former un plan horizontal. »

La palpation bidigitale, telle qu'elle vient d'être décrite, est et demeure le mode usuel applicable à l'immense majorité des chancres, presque tous ceux de l'homme et la plupart de ceux de la femme, et l'on comprend très bien que l'on n'ait pas éprouvé le besoin de chercher mieux ou autre chose. Il est pourtant des régions où la disposition des tissus rend difficile cette prise du chancre entre les doigts. Jullien dit à cet égard : « Il est bien évident du reste qu'il faut renoncer à percevoir l'induration lorsque la région ne se prête pas à l'examen tel que nous venons de le décrire. L'induration des chancres de l'infundibulum vulvo-vaginal, du col utérin, de l'anus se dérobe absolument à notre observation. »

Fournier, en discutant la question de l'induration chez l'homme et chez la femme a été amené à exposer assez longuement les difficultés que présente parfois l'exploration, et à attribuer à cette difficulté l'opinion, absolument erronée du reste et déjà combattue par Ricord, que les chancres syphilitiques de la femme sont mous et moins souvent indurés que ceux de l'homme.

Voici presque en entier la partie du texte très caractéristique de Fournier qui se rapporte au point que nous avons spécialement en vue : « Enfin j'arrive à un groupe de chancres dont l'induration, il faut en convenir, est souvent ou mal accentuée ou difficilement appréciable. Ce sont les chancres de la fourchette, de la fosse naviculaire, du vestibule, des caroncules hyménéales, de l'entrée du vagin, ou, d'une façon plus abrégée, des chancres de l'infundibulum vulvo-vaginal.

« A la fourchette, l'induration s'accuse rarement sous forme de noyau, le plus souvent elle est étalée, lamelleuse, parcheminée ou même foliacée. Elle est malaisément appréciable parce que la région... se prête mal à l'exploration. Là cependant elle peut encore, avec un peu de soin et d'habitude, être suffisamment constatée, sinon toujours, du moins dans la plupart des cas.

« Mais les difficultés d'exploration vont croissant et l'induration devient de moins en moins appréciable à mesure que des parois extérieures de la vulve on s'avance vers le vagin. Au niveau de la fosse naviculaire, de l'anneau vaginal et plus spécialement des caroncules myrtiformes, il est rare qu'on rencontre des indurations nettement accentuées. C'est sur ces régions, sans aucun doute, que le néoplasme syphilitique qui constitue l'induration est sécrété le plus parcimonieusement.

« Or, pour comble d'embarras, c'est sur ces régions que la recherche de l'induration est entourée de difficultés les plus grandes... On est mal à l'aise pour saisir ces chancres et pour en explorer la base... ils fuient, ils glissent sous les doigts... et se dérobent à l'examen. Ceci est tellement vrai que, dans bon nombre de nos observations, je trouve signalé ce fait dans les termes suivants : chancre de l'anneau vaginal, il nous est impossible d'en apprécier la base, — chancre des caroncules à base inexplorable, — chancre de la fosse naviculaire, nous ne parvenons pas à en saisir la base, etc.

« C'est en ces points que le néoplasme syphilitique se manifeste le plus pauvrement... C'est en ces points que des dispositions toutes locales rendent difficiles au plus haut degré, souvent même impossible, la recherche et la perception de ce signe important. »

C'est précisément à ces chancres de l'anneau vulvo-vaginal que le toucher avec un seul doigt est applicable et qu'il permet de constater nettement l'induration, alors que l'exploration entre deux doigts est à peu près impossible.

Sans doute dans cette région les chancres sont en général peu développés et doublés seulement d'une mince lamelle d'induration, mais ils gardent pourtant là aussi, quoique moins nettement qu'en d'autres régions, leur type général qui est, comme le disait Ricord, « une induration exactement et brusquement circonscrite à la cir-

conférence du chancre », ce qui le fait ressembler « à un corps étranger qui aurait été inséré dans l'épaisseur ou à la surface des membranes tégumentaires » (Mauriac).

Cette condition étant donnée, on comprend très bien que si à la région vulvo-vaginale on applique, soit par la face palmaire, soit par la face unguéale, sur la surface muqueuse l'index légèrement graissé et qu'on le dirige directement d'avant en arrière en déprimant légèrement cette surface, il arrive un moment où le doigt par son extrémité affleure et sent le bord mince et induré du chancre, sous lequel il s'engage un peu, comme il sentirait le bord d'un bouton inséré dans une étoffe ou la tranche mince d'une carte posée sur un plan légèrement dépressible.

Le bord du chancre ayant été rencontré par le bout du doigt, on imprime à ce doigt un léger mouvement de va-et-vient qui multiplie la sensation, de même que dans le toucher bidigital on passe et on lâche alternativement les bords du chancre.

Ce mode de toucher unidigital s'applique spécialement aux chancres de l'anneau vulvaire situés au niveau ou un peu en avant des caroncules myrtiformes.

Pour les chancres de la fourchette et de la fosse naviculaire, il est préférable de poser la pulpe du doigt sur les parties latérales et de ramener doucement vers la commissure postérieure le doigt ainsi placé; c'est alors par la partie latérale de la pulpe que l'on sent le bord induré du chancre.

Un autre mode de toucher unidigital consiste à refouler directement, d'avant en arrière, le chancre avec le bout du doigt. Ce mode d'emploi s'applique spécialement aux chancres des grandes et petites lèvres, de l'urèthre, du vestibule. Le chancre se trouve alors pris entre l'extrémité du doigt qui le presse et l'arcade pubienne qui forme un plan résistant, et dans ces conditions on sent l'induration aussi bien et quelquefois mieux que par la pression entre deux doigts. Un léger mouvement de va-et-vient latéral imprimé alors au doigt multiplie et accentue la sensation.

A moins de tomber, comme dans un cas de Ricord, sur un prolapsus, le chancre du col utérin est bien celui pour lequel le toucher avec un seul doigt constitue le toucher de nécessité.

Divers auteurs, et Fournier entre autres, ont pu constater ainsi l'induration chancreuse sur le col; pourtant le toucher dans ces conditions ne donne le plus souvent qu'un résultat négatif, et les chancres du col se diagnostiquent encore mieux à la vue qu'au toucher et au spéculum qu'au doigt.

Fournier dit à cet égard que le doigt ne donne pas la sensation délicate de l'induration en surface et qu'il peut tout au plus révéler l'induration en profondeur, le gros noyau d'induration.

Cela n'est peut-être pas tout à fait exact, car à l'anneau vulvo-vaginal, j'ai pu constater avec un seul doigt de minces et minimes indurations. Les deux causes qui me paraissent rendre le toucher du col impuissant à révéler les chancres sont d'abord la fermeté naturelle et la mobilité de l'organe sain, mais surtout ce fait que l'on touche le col à doigt tendu. J'ai la presque certitude que si l'index avait 2 centimètres de plus, ou, ce qui revient au même, si le col était très abaissé et un peu fixé, le toucher avec un seul doigt y donnerait beaucoup plus souvent un résultat possible en permettant le va-et-vient marginal qui facilite l'exploration des bords du chancre.

Le toucher unidigital dont je viens d'exposer les différents modes s'applique surtout à la femme, et chez la femme surtout à la région vulvo-vaginale; mais il peut s'appliquer aussi à l'homme et à d'autres régions. L'induration se constate très bien sur les organes génitaux de l'homme (sauf peut-être pour les chancres du limbe), en soutenant ces organes avec la main gauche, puis en posant directement le doigt sur le chancre, ou mieux en le ramenant doucement des parties saines sur la région malade.

J'ai pu aussi à la lèvre inférieure percevoir très nettement l'induration en ramenant le doigt de la face muqueuse vers le bord libre où siégeait le chancre.

Tous les spécialistes aux prises avec les délicatesses de l'exploration ont dû employer le toucher avec un seul doigt, mais personne n'en parle sauf lorsqu'il s'agit des chancres du col ou de ceux de l'amygdale, et c'est pour cela qu'il ne m'a pas semblé inutile de lui consacrer quelque pages.

Comme résumé de cette étude, je formulerai les conclusions suivantes :

1° Le toucher avec un seul doigt permet de constater l'induration des chancres en des régions où le toucher avec deux doigts est difficile ou presque impossible.

2° Il donne un résultat sensiblement égal au toucher avec deux doigts dans presque toutes les régions où les deux modes sont applicables (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 Avril 1897.

Entéro-colite et appendicite.

M. Reclus maintient sa théorie de la stagnation, et pense que la théorie du vase clos n'en est qu'un cas particulier. A l'argumentation de M. Potain, il répond qu'avant la période actuelle on méconnaissait cliniquement les formes atténuées de l'appendicite. Or les formes atténuées existent, et c'est précisément pour cela que l'on ne saurait accorder à M. Dieulafoy que seuls sont recevables les cas où l'on a vu, opératoirement ou à l'autopsie, l'appendice malade. Faudrait-il donc révoquer en doute 3 cas, où les malades vont être opérés dans quelques jours, et chez lesquels MM. Brun, Jalaguier, Bucquoy, ont diagnostiqué une appendicite à rechute, et chez lesquels il y a manifestement des antécédents d'entérite membraneuse? Le diagnostic n'est pas encore vérifié, mais il le sera. Et en tout cas, à supprimer ces cas du débat, M. Reclus ajoute de nouveaux faits probants, en sorte qu'il a actuellement 12 observations, avec la consécration de l'opération. D'ailleurs, de tous côtés les adhésions se multiplient : Talamon, Hayem, Ducastel, Le Gendre, font de l'appendicite une conséquence de l'entéro-colite; dans un mémoire récent, Carron de la Carrière donne des faits confirmatifs, et, dès 1891, son maître Jules Simon a publié une leçon sur des cas analogues. Est-ce à dire que l'entéro-colite soit la seule cause? Non, si bien que M. Reclus a divisé les appendicites en 4 classes, dont une seule concerne celles d'origine intestinale.

M. A. Robin, abstraction faite de certains cas spéciaux (états infectieux, corps étrangers, etc.), considère que l'appendicite et l'entéro-colite muco-membraneuse sont toutes deux le résultat d'une dyspepsie particulière. Cette dyspepsie est spéciale aux arthritiques; l'estomac est distendu et clapotant; il existe de la coprostase, le foie est augmenté de volume, après le repas d'épreuve on constate toujours une hyperacidité totale due à l'acide chlorhydrique libre et aux acides de fermentation. C'est en somme ce que M. Robin a appelé l'hypersthénie gastrique; c'est ce qu'on a encore appelé la maladie de Reichmann, la dyspepsie catharrale acide de Gubler. Dans cette maladie, la coprostase est presque constante, elle occupe surtout le cæcum

1. *Lyon médical*, n° 14, p. 471.

et c'est elle qui pour M. Robin est le lien entre l'hypersthénie gastrique et l'appendicite. En tout cas, elle ne faisait défaut chez aucun des 82 sujets chez lesquels M. A. Robin a constaté des accidents appendiculaires. Et cela d'autant mieux que, dans ces cas de coprostase spéciale, les matières sont bien plus fermentées et irritantes que les matières normales; M. A. Robin s'en est assuré par des analyses chimiques.

D'autre part, sur 1 585 cas d'hypersthénie gastrique, M. A. Robin a constaté 82 appendicites, soit 5 1/2 p. 100 des cas; et sur ces 1 585 cas, il y a eu 13 p. 100 d'entéro-colite muco-membraneuse. Mais sur 13 cas de lithiase intestinale, 2 fois seulement il y avait entérite muco-membraneuse, et de ses analyses M. Robin conclut que l'origine du sable est dans des parcelles alimentaires incrustées. L'entéro-colite muco-membraneuse ne se produit que si la coprostase porte sur des matières spécialement irritantes; elle est, comme l'appendicite, un aboutissant de l'hyperstènie gastrique.

D'où l'importance du traitement prophylactique. Il faut supprimer la coprostase. Ce pourquoi M. Robin conseille l'huile de ricin et les grands lavements; il est l'adversaire résolu de l'antisepsie intestinale. Mais avant tout et surtout ce traitement doit être celui de l'hypersthénie gastrique, selon les principes déjà énoncés depuis longtemps par M. A. Robin.

Iridectomie partielle.

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. Dianoux (de Nantes) relatif au traitement de glaucome chronique par une iridectomie partielle périphérique. Il incise la sclérotique en haut, dans l'étendue de 6 millimètres, aussi près que possible du canal de Schlemm, et il ne prend dans la pince, pour l'exciser, que le tiers périphérique de l'iris, d'où une pupille supplémentaire, trapézoïde, de 3 à 4 millimètres, séparée de la pupille normale par le sphincter resté intact. Ce procédé serait préférable soit à la sclérotomie, soit à l'iridectomie totale.

Bleu de méthylène dans les fièvres palustres.

M. Laveran fait un rapport sur le travail de M. Cardematis (d'Athènes). Le bleu de méthylène ne saurait être considéré comme un succédané de la quinine : il ne doit que la suppléer quand elle est contre-indiquée, par l'hémoglobinurie par exemple, ou chez les femmes enceintes, chez les enfants qui prennent difficilement la quinine à cause de son amertume. Le médicament s'administre de 0 gr. 60 à 1 gr. par jour chez l'adulte; il a quelquefois provoqué un peu de cystite.

Lésions des fosses nasales.

M. Péan présente 3 jeunes garçons atteints de lésions des fosses nasales, lésions différentes mais ayant eu une évolution maligne, malgré le traitement radical institué dès le début et quoique l'examen histologique eût paru favorable. Chez le premier, il s'agissait de vulgaires polypes glandulaires; mais quand ces polypes sont nombreux et bilatéraux, il peuvent résister à l'arrachement par les voies naturelles et exiger la large rhinotomie médiane. On peut alors enlever la muqueuse pituitaire en totalité. Chez son malade, M. Péan se demande s'il n'y a pas à craindre la dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse. Il la craint surtout chez le second, atteint de polypes vasculaires, en même temps que d'un lupus des fosses nasales propagé à la lèvre supérieure; il a fallu faire la rhinotomie, et malgré cela la repullulation a lieu.

Chez le 3e malade, il s'agissait de tumeurs fibreuses et graisseuses nées dans la région ptérygoïdienne, et malgré cette nature histologique, une récidive à marche aiguë a eu lieu en quelques semaines.

M. Péan termine en présentant une fille de 19 ans chez laquelle il a évidé les fosses nasales envahies par des fongosités consécutives à une ostéite tuberculeuse. Il a fait une prothèse avec une lame de platine, que d'ailleurs il a fallu extraire plus tard.

M. L. Colin demande à **M. Brouardel** quelques renseignements sur les cas de peste constatée chez 3 matelots anglais.

M. Péan montre la radiographie d'un corps étranger de l'œsophage, qu'il a pu extraire au panier de Grœfe.

M. Grépin lit un travail sur les formes curables de l'hypertrophie de la prostate.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 Avril 1897.

Phlegmon sous-ombilical occasionné par un fil de suture.

M. Paul Delbet rapporte l'observation d'une malade opérée, 5 mois auparavant, d'une hernie inguinale étranglée et chez laquelle la réunion s'était faite par première intention. Cependant, il s'était développé autour d'un fil émigré vers la peau un phlegmon sous-ombilical qui s'était ouvert spontanément, et était resté fistuleux. Comme à l'exploration, on percevait un corps étranger qui semblait calcaire, on diagnostiqua un phlegmon par concrétion calcaire de l'ombilic. Mais, en opérant, on trouva le fil de soie. Il s'agit donc là d'une variété exceptionnelle de phlegmon sous-ombilical.

Ulcère rond perforant.

MM. Tuffier et **Dujarier** rapportent l'observation d'un malade pris brusquement de vomissements incoercibles. La laparotomie d'urgence ayant montré l'existence d'adhérences nombreuses unissant le foie à l'estomac, on pratiqua la gastro-entéro-anastomose rétro-colique postérieure par le procédé des sutures. Huit jours après, la mort survenait, sans péritonite, mais avec les signes cliniques d'une infection.

A l'autopsie, on trouva une perforation de l'estomac, au niveau de la petite courbure, près du pylore, arrondie, présentant 4 centimètres de diamètre; les bords adhéraient au foie, qui constituait le fond de l'ulcération et présentaient à ce niveau un aspect cicatriciel. Sur la face postérieure de l'estomac, près du pylore, se trouvait la bouche artificielle; les sutures ont très bien tenu, et la continuité des muqueuses est parfaite.

Fracture extra-capsulaire du col fémoral.

M. Vanverts présente une fracture du col du fémur droit. Le trait de fracture est nettement extra-capsulaire en avant. En arrière, il se trouve au niveau de la partie moyenne du col; cependant, il était caché en ce point par les fibres récurrentes de la capsule, qui remontent sur le col vers la tête fémorale. Bien que paraissant mixte, la fracture était donc, en réalité, extra-capsulaire.

L'extension continue, pratiquée avec l'appareil d'Hennequin, avait amené une réduction presque complète du déplacement. On peut, en outre, se rendre compte sur la pièce que la fracture était en bonne voie de consolidation. La malade était morte de congestion pulmonaire 22 jours après l'accident.

Hernie congénitale et imperforation du vagin.

M. Legueu communique l'observation d'une malade qui, en même temps qu'une imperforation du vagin, présentait une hernie inguinale. Avant de tenter la restauration du vagin, d'ailleurs insuffisante, il chercha à utiliser la cure radicale de la hernie pour explorer la cavité pelvienne, juger de l'état de l'utérus et des annexes, et obtenir ainsi des données complémentaires qui devaient rendre utile ou inutile l'opération de l'abouchement utéro-vaginal. La hernie inguinale contenait l'utérus et les annexes tout entières : ces organes étaient très atrophiés. L'utérus, très petit, mesurait tout au plus 2 centimètres de hauteur; il se continuait par un cordon fibreux, qui se prolongeait de la région inguinale jusqu'au fond du vagin imperforé. La trompe gauche était atrophiée : il n'y avait pas d'ovaire de ce côté. La trompe droite était également atrophiée et oblitérée; mais l'ovaire de ce côté était, au contraire, plus gros qu'à l'état normal. Ces organes furent réduits dans la ca-

vité abdominale et la cure radicale terminée comme d'ordinaire. Le résultat de cette opération exploratrice rendait désormais inutile toute tentative de restauration vaginale; la laparotomie exploratrice peut donc être utile dans certains cas, comme temps préliminaire de la réfection des cavités utéro-vaginales.

Abcès cérébral à la suite d'otite grippale.

M. Vouzelle. — A la suite de grippe, otite moyenne avec perforation du tympan au 3e jour, suivie d'écoulement de pus par l'oreille. Trois jours après, frissons, fièvre intense, vomissements, douleurs généralisées à toute la tête. La mastoïde n'est nullement douloureuse, même à la percussion. Pas de rougeur, pas d'empâtement de la région. Aucun phénomène nerveux; pas de nystagmus, ni de strabisme, ni d'inégalité pupillaire, pas de contracture. Le mauvais état général persistant, on fait une trépanation au-dessus et un peu en arrière de la mastoïde. La surface cérébrale ne dénote rien de particulier. Plusieurs ponctions au bistouri ne ramènent rien. Le doigt plongé dans la substance cérébrale ne donne pas plus de résultats. On referme. La maladie suit son cours et la mort survient.

A l'autopsie, on trouve les cellules mastoïdiennes remplies de pus. L'abcès mastoïdien s'est ouvert sur la face antérieure du rocher, un peu en dehors de l'hiatus de Fallope. A ce niveau, adhérence du lobe temporal. La coupe du lobe temporal, à ce niveau, permet de découvrir un abcès en plein lobe temporal, très rapproché de la face inférieure. Lors de la trépanation, le doigt introduit dans la substance cérébrale était arrivé à quelques millimètres de l'abcès.

Il semble résulter de ce fait : 1° que la trépanation de l'apophyse mastoïde est indiquée, même dans les cas où on ne trouve ni rougeur ni empâtement de la région, pas plus que de douleur à la percussion; 2° que c'est vers la base du cerveau que doit porter l'intervention de préférence.

Autopsie d'un cas de laryngite varicelleuse.

MM. Roger et Raoul Bayeux. — Il s'agit d'un enfant de 16 mois, entré au 5e jour d'une varicelle à forme hémorrhagique, avec un état général mauvais, une fièvre élevée et une respiration assez rapide (49 par minute). L'auscultation indiquait une respiration légèrement soufflante à gauche, sans râles. La dyspnée progressa insidieusement pendant 30 heures, sans que l'enfant ait eu plus d'un ou deux accès de suffocation au début. Le timbre de la voix était nettement croupal, presque éteint, la toux rare et avortée, les dépressions juxta-sternales peu accentuées. Pas de membranes, à l'examen de la gorge.

Devant une menace d'asphyxie, on pratiqua le tubage, en se réservant de pratiquer la trachéotomie aussitôt qu'on connaîtrait le résultat de la culture sur sérum, si celle-ci était négative.

Quelques instants après le tubage, affaiblissement progressif de l'enfant; syncope rapide et terminale.

L'examen bactériologique ne donna pas de Löffler.

A l'autopsie, il n'existe pas de trace de membranes, ni dans le larynx, ni dans l'arbre trachéo-bronchique. Splénisation de la moitié inférieure des deux poumons, expliquant en partie la dyspnée persistant malgré un tube parfaitement libre. Gangrène du bord de l'épiglotte. Traînée sphacélique sur le bord libre des cordes vocales. Une érosion cratériforme sur la partie vélamenteuse de la corde vocale gauche. D'ailleurs, un élément varicelleux très net sur la muqueuse de la gouttière des liquides, du côté gauche.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 Mars 1897.

Action de la bile et des sels biliaires sur le système nerveux.

M. Adolphe Bickel. — Les expériences que j'ai faites à Genève, dans le laboratoire de M. J. L. Prévost, sont relatives à l'action de la bile ou des sels biliaires appliqués directement sur la surface des hémisphères cérébraux. Elles montrent que ces produits déterminent chez certains animaux (chat, chien, lapin, rat, cochon d'Inde), des phénomènes cérébraux divers, caractérisés surtout par des convulsions et de la perte de connaissance accompagnées de salivation. Ces salivations rappellent ceux qu'on observe dans certains ictères graves et paraissent devoir être attribués à l'action des sels biliaires.

Nerfs vaso-sensibles régulateurs de la pression sanguine.

M. C. Delezenne. — Pour résoudre cette question, j'ai eu recours au dispositif expérimental suivant :

Deux chiens sont curarisés et soumis à la respiration artificielle, attachés côte à côte sur la table chauffante. Pour permettre de suivre plus facilement la marche de l'expérience, je les appellerai *chien* A, *chien* B. Une injection intraveineuse d'extrait de sangsues aux deux animaux va permettre d'établir une circulation croisée.

A l'animal A, on fait la section complète d'un des membres inférieurs à sa racine; on coupe successivement la peau et les masses musculaires au thermocautère; on scie le fémur dont on consolide les deux fragments. On ne laisse intacts que l'artère et la veine fémorale, les nerfs sciatique et crural.

Les vaisseaux fémoraux de B, préalablement isolés, sont abouchés aux mêmes vaisseaux du membre séparé de A, de telle façon que la circulation dans le tronçon de membre se fasse avec le sang de l'animal B. Il suffit pour cela de réunir par une canule le bout périphérique de l'artère et de la veine de la patte isolée au bout central des vaisseaux fémoraux du chien B.

Dans ces conditions, le membre inférieur du chien A est totalement irrigué par le sang de B, bien qu'il soit encore en continuité nerveuse avec le reste du corps de l'animal auquel il appartient par le sciatique et le crural.

L'expérience étant ainsi préparée, il va être facile de s'assurer s'il existe dans la paroi des vaisseaux des nerfs sensibles à la pression.

Par l'excitation du bout central d'un nerf mixte ou la compression d'un gros tronc vasculaire, nous allons produire chez le chien B des modifications de pression dont nous pourrons lire les variations sur un manomètre métallique de Marey relié à la carotide de cet animal. Si ces modifications de pression sont capables d'exciter les nerfs sensibles vasculaires, elles agiront sur la paroi interne des vaisseaux de la patte isolée puisque celle-ci fait en quelque sorte partie de l'appareil circulatoire de B. D'autre part, l'excitation partie de la paroi des vaisseaux de ce tronçon de membre pourra se transmettre par l'intermédiaire du sciatique ou du crural pour aller provoquer chez l'animal A des réactions vasculaires. Un manomètre mis en relation avec la carotide du chien A va nous permettre de suivre les variations de la pression aortique chez cet animal.

Si l'on excite, au moyen d'un courant d'induction, par exemple, le bout central du nerf médian de B, on obtient chez cet animal une augmentation brusque de la pression aortique. Presque au même instant il se fait une élévation de la colonne mercurielle dans le manomètre en relation avec la carotide de A.

Il est évident que l'ascension manométrique observée chez l'animal A ne peut s'expliquer que par un mécanisme réflexe dont le point de départ a son siège dans la paroi des vaisseaux de la patte isolée et dont la mise en jeu a été l'excitation des terminaisons sensitives vasculaires par la variation brusque de pression qui s'est produite dans ce tronçon de membre.

Accidents produits par les calorifères de cave.

M. Gréhant. — Il résulte des analyses de l'air pris au niveau des bouches de chaleur dans 10 appartements où des accidents toxiques avaient eu lieu, que 9 fois l'air chaud était pur et ne renfermait pas la moindre trace d'oxyde de carbone; mais il convient de faire remarquer que les prises d'air avaient été faites beaucoup trop longtemps après l'apparition des accidents. Dans un seul cas, un accident ayant été signalé le matin, 4 heures plus tard 200 litres d'air ont été recueillis : ils ren-

fermaient 1/2 200 d'oxyde de carbone, proportion qui est loin d'être négligeable, et 54/10 000 d'acide carbonique, c'est-à-dire 18 fois plus que dans l'air pur.

En faisant respirer à un animal de l'air qui avait circulé sur la paroi rouge d'un poêle de fonte, j'ai reconnu que cet air renfermait 1/6 875 d'oxyde de carbone, fait qui a été signalé autrefois par M. H. Sainte-Claire-Deville.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Avril 1897.

Mécanisme de l'immunisation.

M. Richet. — J'ai montré dans une communication précédente que le sérum d'anguille tue le lapin à la dose de 1/10 de centim. cube, mais que si on injecte à un lapin du sérum de chien ayant subi les injections de sérum d'anguille, le lapin supporte sans le moindre inconvénient les injections de grandes quantités de sérum d'anguille.

Dans une série de nouvelles recherches, j'ai pu constater que si l'on injecte à un lapin un mélange des parties égales de sérum d'anguille et de sérum de chien ayant subi plusieurs injections de sérum d'anguille, l'animal résiste.

Il semble donc que les toxines du sérum d'anguille sont neutralisées *in vitro* par les antitoxines du sérum de chien immunisé par les injections de sérum d'anguille, et que ce phénomène de neutralisation est un phénomène d'ordre chimique.

M. Phisalix ne croit pas que ce phénomène de neutralisation soit d'ordre chimique. Les expériences faites avec le sérum antidiphthérique prouvent que l'intervention d'une réaction cellulaire est nécessaire. De même, un mélange de venin de vipère et de sérum anti-venimeux n'est pas toxique; mais, si ce mélange est chauffé à 100°, c'est-à-dire à une température qui détruit les antitoxines du sérum et laisse intact le venin lui-même, le mélange redevient toxique. Ce fait montre qu'il n'y a pas influence chimique réciproque entre les toxines et les antitoxines. D'un autre côté, les expériences de M. Heymans qui, par une injection d'hyposulfite de soude, ramène à la vie les lapins intoxiqués par le nitrile malonique et déjà agonisants, montrent que la réaction antitoxique de l'organisme peut être réalisée presque spontanément.

Modifications cardiaques dues aux toxines.

M. Charrin. — J'ai l'honneur de présenter une série de tracés destinés à montrer l'action des toxines pyocyaniques sur le cœur; ces toxines agissent sur cet organe, mais il faut des doses plus élevées que dans le cas où on utilise le poison de la diphthérie pour provoquer des érythèmes, de l'intermittence, des irrégularités, des variations de vitesse, d'amplitude, etc.

Ces expériences, réalisées par M. Bardier, à l'aide des produits que j'ai préparés, en utilisant son cardiographe, sont intéressants en ce sens que, tout en précisant, en étendant nos connaissances relatives à cette question des propriétés physiologiques des toxines, elles éclairent de plus en plus la genèse des variétés sans nombre des accidents cardiaques au cours de l'infection.

Ces expériences touchent, en outre, à une autre question capitale.

On sait que les bactéries agissent par leurs produits; ces expériences prouvent qu'il existe dans ces produits à actions physiologiques des principes multiples, comme l'a le premier soutenu M. Bouchard.

Hérédité et tuberculose. Le terrain.

M. Riche. — Avec M. Charrin, j'ai pu étudier la question du terrain, qui, en pathologie, devient de jour en jour plus importante; il est bon de substituer à ce mot de terrain, dans la mesure du possible, des notions positives pouvant permettre peut-être d'intervenir pour lutter contre des conditions connues en matière de tuberculose, l'hérédité du bacille est exceptionnelle; ce que l'on rencontre, c'est l'influence des ascendants.

Dans 3 cas, choisis parmi plusieurs autres, nous avons vu que, chez des rejetons issus de mères bacillaires, le poids était et demerait inférieur à la normale; la croissance quotidienne également.

La toxicité des urines s'est assez souvent révélée accrue, alors que, chez le nouveau-né sain, cette toxicité est sensiblement nulle; on observe alors, avec ces urines de malades, un myosis intense, parfois de l'exagération des réflexes, exceptionnellement de la salivation, etc. D'autre part, des doses inférieures à celles qui tuent immédiatement, provoquent une mort plus ou moins rapide, avec lésions viscérales dans certains cas.

Ces poisons proviennent en partie d'un défaut d'utilisation des aliments, peut-être aussi de principes spéciaux, tels que l'acide glycoronique.

Chez un de nos enfants, nous avons enregistré une température rectale qui a oscillé entre 32° et 35° durant 4 jours : à l'autopsie, seul le foie était altéré; or on sait le rôle de cet organe en thermogénèse.

Cette toxicité urinaire, avec reins perméables, correspond à une toxicité humorale plus grande, condition favorable à l'éclosion de l'infection, comme le prouvent et l'observation et l'expérimentation.

Il convient aussi de rappeler que, dans les expériences de Charrin et Gley, on a vu des lapins, issus de femelles soumises à des toxines, croître lentement, demeurer tout petits, nains, alors que d'autres sont absolument sans aucune tare. Or, ces auteurs ont utilisé divers poisons, parmi eux, la tuberculine, qui a pu franchir le placenta dans nos cas. Quoiqu'il en soit, bien qu'on puisse observer des rejetons normaux des enfants de tuberculeux, on peut dans un certain nombre de faits, découvrir des modifications organiques, physiques et chimiques permettant d'introduire, dans cette question du terrain de l'hérédité indirecte, quelques notions positives.

Action de certains sérums sur la moelle des os.

MM. Roger et Josué. — Nous avons annoncé dans une précédente communication (*Soc. de biologie*, 9 janvier 1897) que les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique provoquent des proliférations cellulaires très abondantes dans la moelle des os. Ces modifications sont-elles en rapport avec l'introduction d'un sérum étranger ou sont-elles dues à l'antitoxine? Pour résoudre ce problème, nous avons étudié l'action des sérums de lapin normal, de cheval normal, antitétanique et antidiphtérique sur la moelle osseuse du lapin adulte (l'animal est sacrifié 4 jours après l'injection).

1° L'injection sous-cutanée de 2 c. c. de sérum de lapin normal provoque une prolifération assez marquée surtout à la périphérie, portant sur toutes les variétés de cellules, avec prédominance des lymphocytes; on trouve une assez grande quantité de globules rouges nucléés et une notable accumulation de globules rouges vers la zone corticale.

2° L'action du sérum de cheval est analogue à celle du précédent, mais beaucoup plus marquée. Avec 1 c. c. on obtient les mêmes résultats qu'avec 2 c. c. de sérum de lapin. 2 c. c. de sérum de cheval provoquent une prolifération beaucoup plus abondante; les lymphocytes dominent toujours, ensuite viennent les globules rouges nucléés, puis les neutrophiles. Il y a dans les portions périphériques de la moelle une accumulation abondante de globules rouges. Les fibrilles sont légèrement épaissies.

3° Le sérum antitétanique agit sur la moelle osseuse comme le sérum de cheval normal.

4° Le sérum antidiphthérique produit une augmentation beaucoup plus grande encore du nombre des cellules; celle-ci se constate sur toute la coupe; les aréoles graisseuses conservées sont considérablement diminuées de volume. Ici encore la prolifération porte surtout sur les lymphocytes et les globules rouges nucléés; mais cette prédominance est beaucoup plus manifeste que dans les cas précédents et ces éléments semblent envahir toute la préparation; de plus leur distribution est plus régulière.

Les modifications produites par le sérum antidiphthérique sont donc beaucoup plus marquées et plus électives que celles déterminées par les autres sérums; et ces différences sont si nettes qu'il est facile de reconnaître les coupes de ces moelles même à un faible grossissement.

Il est difficile de dire actuellement quelle est la signification des modifications cellulaires que nous avons observées et quelle est leur importance dans le mécanisme de l'immunité. Mais on peut se demander si le développement de certaines cellules n'est pas en rapport avec le processus antitoxique. Ajoutons enfin que les douleurs osseuses ressenties parfois par les malades à la suite des injections de sérum antidiphthérique sont peut-être causées par les modifications de la moelle.

MM. E. Lacaille et Rénon présentent une épreuve radiographique de la partie supérieure du thorax qui permit de faire le diagnostic d'ostéite claviculaire gauche, alors qu'on avait pensé qu'il s'agissait peut-être d'une suppuration des ganglions de la région sus-claviculaire.

M. Gérard attire l'attention sur la possibilité de l'intoxication par le sous-nitrate de bismuth administré par la voie buccale dans les cas où, par le fait d'un processus pathologique, il existe des fermentations lactiques dans l'estomac, l'acide lactique possédant la propriété de dissoudre le sous-nitrate de bismuth.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 Avril 1897.

L'amputation de Syme.

M. Delorme a depuis 10 ans pratiqué 7 fois l'opération de Syme soit pour des lésions tuberculeuses du pied, soit pour la gangrène de l'avant-pied. Jamais il n'a observé de rétention du pus dans le capuchon talonnier dont on a parlé, jamais il n'a fait de drainage, jamais il n'a observé de mortification du lambeau. Le résultat définitif a toujours été satisfaisant.

En analysant les observations de ses opérés, M. Delorme arrive aux conclusions suivantes :

1° L'amputation de Syme ne paraît pas occuper la place qu'elle mérite parmi les désarticulations du pied. Aujourd'hui que nous n'avons plus à craindre les rétentions purulentes dans le manchon talonnier et les mortifications du lambeau, c'est un mode de choix et non de nécessité.

C'est surtout un mode de choix dans un très grand nombre de cas d'ostéo-arthrites de l'arrière-pied et l'inconvénient résultant d'un raccourcissement de quelques centimètres, s'il était avéré qu'il en fût un, serait largement compensé par les chances moindres de récidive.

2° Il y a lieu de revenir à la taille primitive du lambeau, à la façon de Syme.

3° La suppression du temps de la désarticulation est avantageuse et le bistouri est préférable à la rugine.

4° Quant aux résultats immédiats et définitifs ils sont remarquablement beaux si on a pris toutes les précautions voulues pour éviter la bascule mécanique ou active du lambeau en arrière.

M. Ricard décrit un procédé qui est une amputation de Chopart avec astragalectomie ou encore un Pasquier-Lefort sans section osseuse qui lui a réussi dans 2 cas. L'indication du procédé peut se présenter encore assez souvent.

Lorsque le squelette du tarse postérieur est sain, mais que les parties molles ne permettent pas de tailler un lambeau dorsal ou plantaire suffisant, on obtient, par la simple extirpation de l'astragale et l'enclavement du calcanéum en son lieu et place, un aplatissement de la région tibio-talonnière, suffisant dans bien des cas pour permettre la suture des parties molles antérieures. Si la grande apophyse du calcanéum est trop saillante, on peut la réséquer. L'essentiel est de pouvoir coapter solidement les tendons antérieurs de la jambe aux tendons postérieurs et plantaires, et d'obtenir une sangle musculo-tendineuse capable de maintenir le calcanéum dans son attitude et de lutter contre la rétraction du tendon d'Achille

Par ce procédé, la hauteur du tarse est diminuée de l'épaisseur de l'astragale, le calcanéum solidement encastré dans la mortaise joue librement, sous l'influence de la contraction musculaire, suffisamment pour transmettre des mouvements à un simple soulier et le soulever dans la marche ; enfin, l'appui se faisant sur le sol par l'intermédiaire d'un calcanéum mobile sur des téguments normaux, la marche est absolument facile.

D'ailleurs si, après l'astragalectomie, après la mise en place du calcanéum dans la mortaise et la résection de l'apophyse, il existe encore une insuffisance de parties molles, il est toujours facile de recourir à l'opération de Le Fort ou à celle de Syme.

Cette opération s'adresse aux cas où, le tarse postérieur étant sain mais les parties molles insuffisantes, on ne peut recourir à la désarticulation médio-tarsienne. Intermédiaire à l'opération de Chopart et aux procédés ostéo-plastiques, elle peut être comparée à ces derniers comme indication opératoire. Mais elle est d'une facilité d'exécution bien plus grande et donne des résultats orthopédiques peut-être supérieurs. Cette opération peut être mise en parallèle avec la désarticulation sous-astragalienne, au point de vue de la quantité de parties molles qu'elle nécessite pour sa bonne confection.

M. Lejars, qui a fait l'amputation de Syme dans 5 cas d'ostéo-arthrite de l'arrière-pied, a toujours eu des résultats fonctionnels parfaits.

M. Lucas-Championnière trouve le procédé de M. Ricard excellent parce que son lambeau est doublé d'un os. Quand l'astragale est enlevé, il n'y a plus nulle tendance à l'équinisme, tout comme dans l'astragalectomie pour pied bot. La surface irrégulière du calcaneum peut s'appliquer très bien sur la surface tibio-péronière.

M. Berger s'étonne que, dans l'opération de M. Ricard, on obtienne un raccourcissement suffisant des parties osseuses, permettant de les recouvrir d'un lambeau cutané suffisant.

M. Ricard a été obligé chez un opéré d'abraser une portion de la grande apophyse du calcaneum. Mais, chez le second, la simple astragalectomie a suffi pour permettre la suture des lambeaux.

Coxalgie suppurée.

M. Ménard (de Berck). — Sur 105 cas d'abcès fermés, compliquant la coxalgie, la guérison a été obtenue 88 fois par la méthode des injections modificatrices. Le liquide employé a été surtout le naphtol camphré.

Chez 7 malades une fistule permanente s'est établie. Chez 8 autres l'abcès ne s'est pas ouvert, mais n'a pas guéri d'une manière définitive, malgré une longue série d'injections, qui a duré de 8 mois à 2 ans.

Dans le groupe des cas d'abcès aseptiques mais réfractaires aux injections, M. Ménard a eu recours à un traitement opératoire. Incision large et curettage de l'abcès ou des abcès, recherche et incision du trajet de communication avec la hanche, section du col fémoral à sa partie moyenne, extraction de la tête et de la partie interne du col. Curettage minutieux de la cavité coxale.

La plaie est réunie par première intention sans drain.

Cette opération a été pratiquée 8 fois avec succès. Dans un cas seulement la réunion d'un foyer très étendu n'a été obtenue que partiellement. Un épanchement séro-sanguin s'est ouvert sans fièvre au bout de 15 jours dans une fistule qui a persisté 4 mois.

La guérison définitive, datant à l'époque actuelle de 5 à 30 mois, a été constante.

Le raccourcissement du membre est modéré, de 3 à 5 centimètres.

M. Ménard indique à ce raccourcissement 3 éléments distincts : ascension du grand trochanter, raccourcissement réel du tibia et du fémur, qui peut par exception atteindre jusqu'à 5 centimètres ; abduction du membre.

Le chirurgien, impuissant contre les deux premières causes, peut corriger l'adduction de la cuisse par l'ostéotomie.

M. Kirmisson présente un malade atteint d'un double pied plat valgus douloureux chez lequel il a pratiqué avec succès l'opération d'Ogston.

M. Reclus présente 2 malades atteints de fracture de jambe et chez lesquels on a appliqué un appareil ambulatoire.

M. Delorme présente 2 malades : l'un a été très notablement amélioré d'une actinomycose du maxillaire par l'iodure de potassium ; l'autre est un malade qui s'est tiré un coup de revolver dans le rocher, la radiographie n'a pas permis de découvrir le projectile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 Avril 1897.

Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques.

M. Gilles de la Tourette a trouvé que sur 20 malades hémiplégiques pris en bloc dans notre service de chroniques, 17 présentaient une amyotrophie très marquée, et que chez tous cette amyotrophie se superposait à une arthrite avec ankylose, plus ou moins complète, presque toujours douloureuse; elle se limitait au territoire articulaire.

On peut donc penser que l'amyotrophie et les douleurs des hémiplégiques sont d'origine articulaire. Ce qui corrobore cette opinion c'est que les 3 hémiplégiques non amyotrophiques et non douloureux ne présentaient pas d'arthrite. La cause de cette arthrite, qui siège le plus souvent au niveau de l'épaule, réside dans l'immobilisation du membre par la paralysie avec contracture. Les 3 malades qui en étaient indemnes avaient eu soin de mobiliser ou de faire mobiliser leurs membres paralysés dès le début de l'hémiplégie.

Chez les malades de la ville qui, à l'inverse de ceux des services d'incurables, sont vus dès le début de l'hémiplégie, M. Gilles de la Tourette a toujours pu éviter par des mobilisations quotidiennes et poursuivies l'apparition de l'arthrite, de l'amyotrophie et des douleurs qui sont la règle chez les hémiplégiques abandonnés à eux-mêmes.

M. Marie fait remarquer que les douleurs et les amyotrophies des hémiplégiques peuvent résulter de deux causes très différentes, à savoir de lésions articulaires ou péri-articulaires et de lésious centrales.

A propos de quatre-vingts cas d'appendicites.

M. Talamon apporte une statistique de 80 cas d'appendicites observés par lui, tant en ville qu'à l'hôpital, depuis 1890. De ces 80 cas personnels il tire, au point de vue du traitement, les conclusions suivantes :

Dans l'appendicite perforante suraiguë, le médecin doit se résigner à l'opération, les moyens médicaux étant démontrés impuissants. Il doit imposer l'opération dans les appendicites suppurées. Il doit la conseiller dans les appendicites chroniques à rechutes. Il doit s'y opposer dans les appendicites plastiques ou pariétales, sauf dans certains cas exceptionnels.

Quant à la résection préventive après une crise appendiculaire, M. Talamon la laisse faire mais ne la conseille pas, sauf chez l'enfant dans le cas d'appendicite familiale.

Pour ce qui est du traitement médical, M. Talamon le résume dans l'emploi de ces quelques moyens : injections de morphine, sangsues, glace, cataplasmes, purgatifs, repos absolu au lit, diète liquide (lait et bouillon). Il regarde les purgatifs, non seulement comme non nuisibles ou non dangereux, mais encore comme indispensables. Toute la question est de les donner au moment opportun. Ils doivent être absolument proscrits au début de toute appendicite, si légère qu'elle soit. A ce moment ils ne peuvent qu'empirer la situation, exagérer les contractions douloureuses de l'intestin, favoriser la perforation si elle n'existe pas, en aggraver les conséquences si elle existe. Mais quand la morphine, les sangsues et la glace ont calmé les douleurs aiguës des premiers jours, il ne faut pas hésiter à purger le malade. M. Talamon emploie de préférence l'huile de ricin ou le calomel, mais n'a pas vu d'inconvénients à administrer ensuite les salins. Les drastiques doivent être rigoureusement proscrits.

Paralysie bulbaire asthénique descendante avec autopsie (syndrome d'Erb).

MM. Widal et **Marinesco** rapportent l'observation d'un homme, âgé de 31 ans, tuberculeux depuis 4 ans, qui a commencé par éprouver, sans cause aucune, une céphalalgie intense. Après 10 jours de ce malaise survint brusquement un ptosis, simple d'abord, double le lendemain. Le surlendemain, parésie de la langue. A l'entrée du malade à l'hôpital, 7 jours après le début des phénomènes paralytiques, on constate une paralysie faciale gauche légère.

La langue est inerte sur le plancher buccal, les lèvres ne peuvent plus siffler, le voile du palais est procident, la voix est altérée. On note les troubles de la phonation et de la déglutition qui caractérisent la paralysie labio-laryngée.

La tête roule sur les épaules et, lorsque le malade se met sur son séant, il est obligé de la soutenir avec sa main : il la porte, en outre, en arrière, et le faciès est celui d'Hutchinson.

On observe toujours un ptosis double. Réaction pupillaire normale, diplopie homonyme. Dans le champ visuel externe, des deux côtés on note une paralysie dans le domaine du moteur oculaire externe et une parésie partielle dans le domaine du moteur oculaire commun. Ce sont là deux symptômes oculaires exceptionnels dans la maladie qui nous occupe.

La force musculaire s'affaisse dans les membres supérieurs à mesure que le malade fait des mouvements. La faiblesse des membres inférieurs apparaît lorsque le malade est debout. Pas d'atrophie musculaire.

La plupart de ces symptômes présentaient dans leur intensité des variations d'un jour à l'autre, parfois d'une heure à l'autre suivant l'état de fatigue ou de repos de certains muscles.

Le malade a été pris, à plusieurs reprises, d'accès de suffocation; le dernier l'a emporté.

L'affection a évolué suivant le type aigu, en 15 jours depuis l'apparition du premier ptosis. La température avait oscillé entre 38° et 39° pendant les 9 derniers jours.

L'examen histologique des centres nerveux n'a permis de déceler aucune lésion par l'usage des procédés ordinaires. Par contre, l'emploi de la méthode de Nissl a fait reconnaître des altérations des éléments chromatophiles, limitées plus particulièrement aux cellules des noyaux bulbaires supérieur et inférieur et à celles de la moelle cervicale. L'intensité des lésions de ces cellules était proportionnelle aux symptômes observés pendant la vie dans le domaine des nerfs qu'elles régissaient. On a pu reconnaître les 3 espèces de chromatolyse décrites par l'un de nous : le type périnucléaire, le type diffus et le type périphérique. C'est la première fois qu'il est donné de constater des lésions chromatiques des cellules nerveuses dans un cas de paralysie asthénique.

Les altérations des corpuscules chromatiques n'ont rien de spécial; on les retrouve dans des états pathologiques différents et notamment dans les intoxications. On pourrait penser que la paralysie asthénique résulte d'intoxications endogènes ou exogènes, dont la nature reste encore à préciser. Déjà dans l'étiologie des malades on a relevé des infections diverses, telles que l'érysipèle, la fièvre typhoïde, l'influenza, et, dans notre cas, la tuberculose. Mais combien peu de cas de syndrome d'Erb pour tant de malades atteints de ces infections diverses! Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut-on vraiment conclure à un rapport de cause à effet entre ces infections et la paralysie asthénique.

Séro-diagnostic rétrospectif de la fièvre typhoïde et séro-diagnostic retardé.

M. Achard communique quelques faits intéressants de séro-diagnostic rétrospectif et de séro-diagnostic retardé.

Comme exemple de la première catégorie il cite le suivant :

Il a examiné le sang d'une malade de M. Le Dentu, atteinte d'ostéomyélite un an après une fièvre typhoïde. Le pus ne contenait pas de microbes cultivables, mais le sang donnait fortement la réaction. Il était vraisemblable que la persistance de la réaction du sérum était due à la prolongation de l'infection éberthienne sous la forme d'une lésion osseuse. Celle-ci présentait d'ailleurs les caractères cliniques de l'ostéomyélite à bacille d'Eberth. Comme contre-partie, chez un autre malade de M. Le Dentu, qui éprouvait une vive douleur osseuse et qui avait eu la fièvre typhoïde, la réaction faisait défaut, ce qui venait à l'encontre de l'hypothèse d'une ostéomyélite typhoïdique. Or, l'opération montra qu'il n'existait aucune lésion, et M. Le Dentu conclut à une simple névralgie osseuse.

Comme exemple de la seconde catégorie, chez une malade de M. Debove, entrée avec les signes classiques d'une fièvre typhoïde, MM. Achard et Bensaude n'ont pas trouvé la réaction, même le 18e jour après le début. Ce résultat négatif fit mettre en doute le diagnostic de fièvre typhoïde et l'on songea à la gra-

nulie. Mais une hémorrhagie intestinale étant survenue le 39e jour, l'idée d'une fièvre typhoïde s'imposa de nouveau et la réaction se montra cette fois dans le sérum.

Si, dans ces cas, conclut M. Achard, on n'avait pas mis une certaine insistance à rechercher l'agglutination, la réaction aurait pu être méconnue et l'on se serait exposé à conclure à tort qu'il s'agissait de fièvre typhoïde sans réaction agglutinante, ou qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde parce que la réaction manquait.

Ces faits de réaction retardée sont assurément exceptionnels : MM. Achard et Bensaude, sur 82 cas de fièvre typhoïde dans lesquels ils ont recherché la réaction, n'en ont observé que 2, et le plus souvent la réaction existait dans les délais utilisables pour établir le diagnostic. Ces faits ne peuvent donc infirmer la valeur du séro-diagnostic. Ils montrent seulement que l'absence d'un signe, même de très haute importance, ne suffit pas à écarter un diagnostic qui est légitime à d'autres égards.

Fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau.

MM. Pierre Marie et **Kattwinkel**. — Nous avons étudié méthodiquement la manière dont se comporte le réflexe pharyngé de l'attouchement dans l'hémiplégie de cause cérébrale due à une lésion de l'un ou de l'autre hémisphère.

Ces recherches ont été faites sur 50 hémiplégiques gauches, et 50 hémiplégiques droits, pris au hasard parmi les hémiplégiques composant la population de l'hospice de Bicêtre.

Les résultats de cet exament ont été les suivants :

a) Hémiplégie gauche : le réflexe pharyngé était aboli chez 25 malades, diminué chez 14.

b) Hémiplégie droite : le réflexe pharyngé était aboli chez 2 malades, diminué chez 5.

La différence est donc considérable, puisque pour l'hémiplégie gauche le réflexe pharyngé était aboli dans 50 p. 100 des cas et seulement dans 4 p. 100 pour l'hémiplégie droite; de même il était diminué dans 20 p. 100 des cas pour l'hémiplégie gauche et seulement dans 10 p. 100 des cas pour l'hémiplégie droite.

Comme corollaire à la fréquence de ces modification des réflexes pharyngé et laryngé dans l'hémiplégie gauche, nous signalerons ce fait que, dans cette hémiplégie, les troubles de la déglutition nous ont paru plus fréquents et plus intenses que dans l'hémiplégie droite; mais, par suite de la difficulté qu'il y a à rechercher ces troubles, nous ne pouvons apporter de statistique méthodique.

Un autre fait, non moins curieux que les précédents, c'est la fréquence des troubles de la parole à la suite des lésions de l'hémisphère droit.

En effet, sur nos 50 hémiplégiques gauches, nous avons noté 25 fois l'existence de troubles permanents de la parole, et 16 fois des troubles passagers, soit au total 82 p. 100 de troubles de la parole dans l'hémiplégie gauche; ce chiffre est considérable, et quand bien même il s'agirait d'une série fortuitement exagérée, il n'en montre pas moins que ces troubles de la parole, loin d'être rares dans l'hémiplégie gauche, y sont au contraire fréquents.

Les troubles de la parole dans l'hémiplégie gauche présentent d'ailleurs un aspect différent de celui qu'ils revêtent dans l'hémiplégie droite; dans cette dernière il s'agit d'aphasie véritable, avec altération du langage intérieur; dans l'hémiplégie gauche, au contraire, la notion du mot est intacte, du moins dans la majorité des cas; c'est l'articulation des mots qui est altérée; ces malades sont des dysarthriques.

Il nous a paru intéressant, toute idée théorique mise à part, de grouper ensemble ces différents troubles (réflexes pharyngé et laryngé, déglutition, parole) dont la coïncidence dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau est tout au moins assez inattendue.

Sable intestinal.

M. Mathieu montre un échantillon de sable intestinal provenant d'un malade qui, contrairement à la règle, n'était pas atteint d'entérite muco-membraneuse. C'était un simple constipé qui, à plusieurs reprises, fut atteint de douleurs telles que l'on put croire à des coliques appendiculaires. On comprend mal, dit M. Mathieu, que ces grains très fins produisent des coliques aussi douloureuses; on ne peut, en effet, invoquer le même mécanisme que pour les coliques hépatiques ou néphrétiques. Il faut donc admettre que ces douleurs proviennent de causes différentes, et qu'elles sont produites les unes par une entérite muco-membraneuse, les autres par des efforts de la paroi musculeuse du tube intestinal sur un bol fécal trop volumineux.

Azoturie dans la pérityphlite.

M. Revilliod (de Genève) apporte un certain nombre de faits établissant que pendant l'évolution de la pérityphlite l'azoturie est constante (de 40 à 60 et même 80 grammes d'urée par jour), alors même que les malades sont à la diète. Cette azoturie aurait une valeur diagnostique d'autant plus grande qu'on ne la rencontrerait dans aucune autre phlegmasie des fosses iliaques et du petit bassin.

Pour M. Revilliod, l'explication anatomique de ce fait bizarre pourrait être cherchée dans la disposition vasculaire des différents organes du bassin. On sait que le cæcum est tributaire de la veine porte, et que les veines des autres organes se rendent dans le système cave. Les produits septiques fabriqués par le cæcum sont donc transportés directement dans le foie qui les transforme en urée. Les produits septiques des autres organes sont, au contraire, entraînés dans la circulation générale et brûlés dans l'appareil pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 7 Avril 1897.

Intolérance pour le bismuth.

M. Dalché communique, au nom de **M. W. Dubreuilh**, de Bordeaux, l'observation d'une malade qui fut atteinte 3 fois d'un érythème scarlatiniforme suivi de desquamation en plaques, après la prise de 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, ordonné à la suite d'une diarrhée.

D'après M. Dalché, la cause de la dermatose était peut-être la diarrhée.

En effet, les symptômes de l'intoxication par le bismuth sont très différents des phénomènes qui accompagnèrent la prise de bismuth dans l'observation de M. Dubreuilh. Un des plus fréquents est la pigmentation de la face, on peut observer encore de la stomatite, de l'entérite, de l'albuminurie, de la congestion hépatique.

Un fait est capital : c'est la tolérance de l'organisme vis-à-vis de l'intoxication par le bismuth, mais cette tolérance ne s'observe que lorsque le sous-nitrate n'est pas ou n'est que peu attaqué par les sucs digestifs; injecté sous la peau le sous-nitrate se combine aux matières protéiques et cette combinaison est soluble dans les alcalis et les acides organiques. Ces faits résultent d'expériences de MM. Dalché et Villejean.

Nouvelle médication de la chlorose.

M. Blondel fait une communication sur la nature et le traitement de la chlorose, dont les conclusions sont les suivantes :

1° La chlorose est le fait d'une toxine organique; 2° sa cause n'est pas une lésion des organes génitaux; 3° l'ovaire administré sous diverses formes peut être un bon médicament de la chlorose; 4° la chlorose éclate dans l'interrègne qui s'étend entre la fin de la fonction thymique et le début de la fonction ovarienne; 5° l'auteur a donc essayé de donner du thymus chez 2 de ses malades chlorotiques, et cela avec un plein succès; 6° le thymus, antagoniste du corps thyroïde, est prescrit à dose quotidienne de 10 grammes. On emploie le thymus de veau cru.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances du mois de mars 1897.

Troubles oculaires chez les diabétiques.

M. Martin. — Contrairement à l'opinion admise généralement, la cataracte n'est pas la seule maladie que l'on observe chez les diabétiques. On peut voir survenir de l'iritis avec des synéchies, des rétinites de plusieurs variétés, des blépharites, des névrites et des paralysies musculaires. Ces diverses affections ont un pronostic variable.

M. Sous. — Les hémorrhagies rétiniennes peuvent être, en nappe, en flammèches, en pointillé. Cette dernière variété est la plus fréquente, et elle est caractérislique du diabète. La presbytie prématurée est aussi un signe précoce du diabète.

M. Armaignac. — La cataracte des diabétiques présente en général un noyau central mou et une périphérie plus ferme. Mais il ne faudrait pas croire qu'on ne puisse pas rencontrer chez les diabétiques de cataractes dures. Dans ces cas, elles sont indépendantes du diabète.

A propos de l'appendicite.

M. Villar. — Je vous présente l'appendice iléo-cæcal d'un enfant de quatre ans. Nourri en grande partie de lait et constipé habituellement, il fut brusquement pris un jour d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. La palpation ayant permis de reconnaître l'existence d'un empâtement de cette région, on porta le diagnostic d'appendicite. Il y avait de la fièvre, des vomissements et une douleur qui allait en augmentant toujours. Après deux à trois jours d'expectation, l'opération fut pratiquée.

Une incision latérale, pratiquée dans la fosse iliaque droite, fit constater une infiltration gélatineuse de la paroi abdominale, et mit à jour une poche purulente. On trouva assez facilement l'appendice, qui était relevé derrière le cæcum. L'appendice présentait une petite perforation à sa jonction avec le cæcum, et renfermait dans son intérieur un corps dur formé de matières fécales. L'appendice fut réséqué. On constata qu'en outre de la perforation, il était sphacélé.

Les suites de l'opération ont été bonnes et l'enfant a guéri.

Je pose donc comme règle que dans l'appendicite, au bout de trois à quatre jours, il n'y a pas d'amendement, il faut opérer et réséquer l'appendice.

M. Braquehaye. — On doit se guider pour décider l'opération sur l'existence ou l'absence de l'empâtement plutôt que sur l'évolution de la maladie. Si le pus est enkysté, le mieux est de l'évacuer sans enlever l'appendice, qui souvent est caché, et dont la recherche exposerait à des dangers en rompant des adhérences.

M. Boursier. — J'ai fait trois opérations semblables. Dans aucun cas je n'ai recherché l'appendice et ils ont guéri définitivement. Ces opérations datent de quatre ans, trois ans, un an. On ne peut pas poser de règles fixes, et il serait dangereux de réséquer l'appendice malgré tout.

M. Villar. — Si on trouve l'appendice facilement et si l'infection du péritoine n'est pas à craindre, il vaut mieux l'enlever : si au contraire on ne le trouve pas, il est préférable de le laisser tranquille, car la recherche est douloureuse. Aussi la conduite à tenir est la suivante : inciser, vider, regarder, tirer un peu, réséquer ou non.

Traitement chirurgical de l'otite moyenne suppurée.

M. Moure. — Cette affection est très grave : elle peut amener la mort par méningite, phlébite des sinus ou à la suite d'abcès. Dans ces dernières années, en voyant l'insuccès des moyens médicaux les plus divers, on a tenté un traitement chirurgical qui consiste à pratiquer le curettage de la caisse, des cavités mastoïdiennes qui comprennent les cellules mastoïdiennes, l'antre et le canal tympano-mastoïdien. Pour faire rigoureusement ce curettage, il faut mettre à nu ces cavités, en enlevant toute la couche osseuse externe qui les cache. Il convient d'éviter le sinus latéral, qu'il vaut mieux ne pas ouvrir sous peine d'infection. Il faut éviter également le nerf facial qui est dans le fond et le canal semi-circulaire qu'on aperçoit dans le fond de l'antre. On met souvent un drain qui sort par le conduit auditif externe. Grâce à la large communication établie à demeure entre les cavités mastoïdiennes et l'oreille moyenne, on prévient sûrement les récidives de l'affection.

Cette opération, malgré sa délicatesse, est bénigne. Je l'ai pratiquée plus de 30 fois. Je n'ai eu qu'un décès, survenu par érysipèle contracté par la malade auprès d'une voisine de salle. J'ai vu survenir un décès par tuberculose généralisée et un par péritonite.

Les microbes rencontrés le plus fréquemment dans le pus de ces otites sont le streptocoque et le bacille commun.

A Paris, à l'hôpital Trousseau, M. Braquehaye a trouvé surtout le pneumocoque.

Je vous présente 4 malades ayant subi cette opération. Ils sont parfaitement guéris et à l'abri des complications les plus graves.

Pseudo-lithiase intestinale.

M. A. Moussous. — Il s'agit d'un enfant de trois mois, soumis à l'allaitement mixte : depuis quelque temps, il rend en abondance dans ses matières fécales de petits grains jaunes, du volume de grains de millet, arrondis, faciles à écraser. La couche superficielle est jaune, l'intérieur est blanc. Leur écrasement montre que ces grains sont formés de cristaux en fer de lance semblables à des cristaux d'acide gras. L'examen chimique a confirmé la nature organique de ces grains.

Des faits analogues ont été signalés par M. Carles. et par plusieurs auteurs, parmi lesquels Fontet, qui ont connu leur fréquence surtout chez les enfants nourris avec des laits (femme ou vache) trop riches en beurre.

Il est essentiel de différencier ce cas de ceux de lithiase intestinale vraie sur lesquels Dieulafoy a appelé l'intention récemment. Le cas dont je vous parle n'est, en réalité, que de la pseudo-lithiase.

M. W. Dubreuilh signale qu'à la suite du traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive à haute dose, les malades ont expulsé des concrétions qui loin d'être des calculs biliaires sont au contraire des cristaux d'acides gras.

Rétention d'urine.

M. Lugeol rapporte un cas de rétention considérable d'urine chez une femme enceinte, qui avait fait croire à une grossesse anormale. Le cathétérisme ramena quatre litres d'urine foncée, ammoniacale. L'examen de l'abdomen après cette opération, révéla une grossesse normale de cinq mois avec un utérus qui était en situation et en positions normales. La malade croyait uriner normalement. Dans des cas semblables, on trouve l'utérus en rétroversion ou rétroflexion. Si l'on examine l'utérus avant le cathétérisme, le médecin sent que la tumeur vésicale se contracte sous la main, ce qui peut induire en erreur.

M. Lugeol en a observé un autre cas à la Maternité.

M. Mandillon, appelé pour pratiquer une délivrance artificielle, constata chez la parturiente une première tumeur hypogastrique et une deuxième sus-ombilicale. Le cathétérisme fit disparaître la première qui n'était que la vessie distendue par de l'urine. Aussitôt cette opération, la délivrance s'effectua facilement, la deuxième tumeur diminua et s'abaissa. Elle était donc constituée par l'utérus qui avait inclus le placenta.

M. Loumeau. — La vessie peut se rompre dans ces cas de rétention. A-t-on observé, après le cathétérisme, des changements dans la coloration de l'urine? Y avait-il de la cystite?

M. Lugeol. — Le début de la grossesse est souvent accompagné de trouble vésicaux, tels que ténesme ou perte de sensibilité d'organe. En outre, certaines femmes travaillant assises ont la paresse de céder aux besoins de miction et se retiennent le plus longtemps possible.

M. Lugeol, appelé auprès d'une femme accouchée depuis douze jours, et chez laquelle la sage-femme a porté le diagnostic de péritonite, constata une distension énorme de la vessie par

une urine infecte. Il y avait de la rétention, bien que la malade urinât constamment par regorgement.

Corps étranger de l'œil.

M. Raulin rapporte un cas de corps étranger de l'œil droit toléré pendant vingt ans. La vision était perdue. L'œil sain n'éprouva aucun phénomène pathologique sympathique. Au bout de ce laps de temps, le débris étranger, qui était une capsule en cuivre, s'élimina spontanément.

Appendicite.

M. Villar présente un appendice iléo-cæcal, provenant d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui avait été pris brusquement, le samedi, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Le lundi celle-ci était le siège d'une tumeur du volume d'une mandarine et non pas d'un simple empâtement. Le malade fut opéré dans la nuit. Après l'incision, on n'aperçut pas d'emblée l'appendice, qui était caché derrière le cæcum. Il fut attiré et extirpé. Il contenait un gros calcul. On fit un pansement dans la région de la tumeur avec de la gaze antiseptique. La première nuit fut bonne. Mais le lendemain, il y eut du hoquet, des vomissements qui s'accentuèrent, il n'y eut pas de selles, le pouls devint filiforme. Le malade paraissait agonisant, Pour remédier à cet état, M. Villar fit dans la veine céphalique une injection de 1 litre 1/2 de sérum de Hayem. Le malade se remonta un peu temporairement, car, sous l'influence du hoquet et des vomissements, l'intestin vint faire hernie par la plaie opératoire. L'absence de selles persistant, M. Villar fit un anus contre nature. Au cours de cette nouvelle opération M. Villar constata à la surface de l'intestin une surface saignante due à la rupture d'adhérences, et tout près de là une petite plaque de gangrène. Le malade a dû succomber peu après.

Cette observation est intéressante par l'existence de ce calcul dans l'appendice, et par celle de cette gangrène intestinale dont le mécanisme est inconnu, et qui cependant a entraîné la mort. Les injections de sérum n'ont amené qu'une amélioration momentanée.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 5 Avril 1897.

Myxo-chondrome du nez.

M. Briau présente, au nom de M. Poncet, un malade opéré pour un éléphantiasis du nez, formant sur le bord gauche une masse de plus de 6 centimètres de diamètre. L'ablation, qui a été complète, a été suivie d'une restauration des parties, dont le résultat esthétique a été des plus heureux.

M. L. Dor a examiné la pièce au point de vue histologique. Il s'agissait d'un chondrome. On remarquait en outre, tout autour de la tumeur même, de nombreuses cellules embryonnaires infiltrant le derme, et venues de l'endothélium des lymphatiques.

Cécité psychique des choses.

M. Lépine étudie le psychisme d'un malade de son service, atteint de syphilis cérébrale, et insiste particulièrement sur le défaut de mémoire actuel de cet homme. Celui-ci, en effet, ne se rappelle pas si l'objet qu'on lui présente lui a déjà été montré quelques instants auparavant, et il ne reconnait bien que les objets qui lui étaient très familiers avant sa maladie.

Il était horloger bijoutier: actuellement, il apprécie en connaisseur les montres et les bijoux et en dit exactement le prix. Par contre, il ne sait à quoi sert un pot d'onguent mercuriel qui est sur la planche de son lit, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'un objet cylindrique et creux. De légers troubles de la vue et une hémianopsie latérale gauche, fort irrégulière, qu'il présente, ne donnent nullement l'explication de sa cécité psychique. Il manque avant tout à ce malade la faculté de porter un jugement au moyen des perceptions de forme, de relief, etc., qui sont à peu près intactes. Il ne s'agit donc pas d'une amnésie pure et simple.

M. Lépine fait remarquer que la détermination d'un objet au moyen d'un seul sens, de la vue, nécessite une opération beaucoup plus complexe que l'appréciation d'un mot lu. Aussi, peut-on s'étonner que la cécité psychique des *choses* ne soit pas plus commune que la cécité psychique des *mots*.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 7 Avril 1897.

Opération césarienne. Occlusion intestinale.

M. A. Pollosson présente des pièces relatives à l'autopsie d'une femme morte consécutivement à une opération césarienne. Il s'agit d'une naine rachitique d'une taille de 1 m. 10 seulement. Le diamètre antéro-postérieur du bassin, mesuré après la mort, était de 42 millimètres. Cette femme est entrée à la Charité enceinte de six mois. Elle est restée dans le service jusqu'au terme de sa grossesse.

Quand le travail eut commencé, on pratiqua l'opération césarienne qui fut d'une extrême simplicité.

Suites immédiates bonnes, mais le surlendemain douleurs abdominales intenses. Le 3e jour, T. = 39°; le 4e, = 39°5. Obstruction intestinale complète, ni matières, ni gaz, ventre très ballonné, mais pas de vomissements.

Des lavements d'huile, pratiqués ce même jour, amenèrent une notable expulsion de gaz, un abaissement de la température à 39° et une amélioration de l'état général.

Cette amélioration se poursuivit le 5e jour avec une température de 39°3. Le 6e jour, la température fut de 40°6, puis de 41°. On fit alors sauter les sutures, on trouva un peu de liquide séreux dans le péritoine, mais ni fausses membranes, ni adhérences, ni pus. La malade mourut quelques heures après.

A l'autopsie, distension énorme de l'intestin, jusqu'à l'entrée du détroit supérieur. En ce point, l'utérus comprimait l'S iliaque.

M. A. Pollosson conclut de cette observation que dans de tels cas de rétrécissements, l'opération de Porro serait sans doute préférable à l'opération césarienne simple.

Sérothérapie antistreptococcique.

M. Vinay a essayé dans son service de la maternité de l'Hôtel-Dieu le sérum antistreptococcique de Marmorek contre la fièvre puerpérale. Il avait publié il y a un an ses premiers résultats; pendant l'année dernière, il a eu 13 cas de septicémie, 9 succès et 4 insuccès. Mais les cas malheureux ayant été d'une manière constante graves dès le début, et par contre, les cas ayant guéri s'étant montrés relativement bénins, il ne pense pas que l'on doive tirer de la statistique des conclusions définitives.

Contagion dans la coqueluche.

M. Weill a poursuivi depuis longtemps l'étude de la contagiosité de la coqueluche, et pense, contrairement aux auteurs classiques, que la contagion ne se fait plus à partir de la période des quintes, ce qui explique qu'elle soit rare dans les hôpitaux où les enfants n'arrivent qu'à ce moment.

Par contre, la coqueluche est très contagieuse pendant la période du début.

M. Bard rappelle qu'il avait déjà soutenu dans la thèse d'un de ses élèves, M. Martin, que la contagion se faisait pendant la période de bronchite prémonitoire. Il ne croit pas, du reste, avoir été le premier à émettre cette opinion.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 28 Mars 1897.

Bactériologie des oreillons.

M. Michaelis présente une série de préparations microscopiques et de cultures faites avec la salive recueillie dans le canal de Sténon d'un grand nombre de malades atteints d'oreillons. Les bactéries se présentent sous forme de diplocoques souvent intra-cellulaires et qui, d'après leurs caractères de culture, ressemblent à des streptocoques. Ils ne se déclarent pas par le Gram et ne sont pas virulents.

Modifications de la moelle chez les amputés.

M. Flatau a étudié la moelle épinière chez un homme qui a succombé 48 heures après l'amputation des deux cuisses frappées de gangrène par thrombose des deux fémorales consécutivement à la pneumonie, et chez une autre qui a succombé quelques jours après l'amputation de la jambe pour sarcome.

L'examen de la moelle de ces deux malades a montré l'existence de modifications dans la partie motrice et la partie sensitive de tout le neurone périphérique. Ces modifications étaient aussi bien accusées au niveau des fibres qu'au niveau des cellules. Les cellules motrices des cornes antérieures présentaient les mêmes lésions que dans l'empoisonnement par le nitrile malonique. Les corpuscules de Nissl avaient perdu leurs contours, les noyaux étaient déplacés vers la périphérie, la substance fibrillaire intermédiaire à ces corpuscules se colorait très bien. Dans les cellules ganglionnaires sensitives les noyaux étaient également déplacés et les cellules paraissaient comme saupoudrées d'une poudre fine. Les fibres des racines antérieures et postérieures et les cordons postérieurs présentaient les signes de dégénérescence.

Ces faits montrent donc encore une fois que la lésion d'un nerf périphérique provoque des modifications dans la partie correspondante de la moelle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 30 Mars 1897.

Varicelle chez l'adulte.

M. Lenhartz a observé récemment 8 cas de varicelle dont 4 chez des adultes. Chez tous les quatre il existait un exanthème généralisé qui avait envahi les muqueuses et présentait tous les caractères de l'éruption variolique : pustules entourées d'aréoles inflammatoires, puis formation de croûtes.

Chez tous il a existé une période prodromique de 2 à 4 jours caractérisée par de la fièvre, des maux de tête et de la rachialgie. Chez un adulte qui se trouvait en contact avec les trois enfants varicelleux, il est survenu dans la soirée du 5e ou 6e jour après l'éruption une fièvre violente avec frisson qui a duré 24 heures.

Tous les quatre ont présenté une tuméfaction notable des ganglions inguinaux, deux une augmentation du volume de la rate. Deux de ces malades étaient obligés de garder le lit, deux autres chez lesquels l'affection était moins grave, pouvaient se lever. Chez trois l'éruption laissa persister une série de cicatrices gauffrées.

Le diagnostic différentiel avec la variole était extrêmement difficile chez ces adultes. Toutefois M. Lenhartz pense qu'il s'agissait plutôt de varicelle. Cette opinion est basée moins sur les caractères de l'éruption que sur les conditions de vaccination.

Le premier adulte, une femme, a été infecté par ses deux enfants qui ont été vaccinés avec succès 4 et 6 ans auparavant et qui avaient contracté la varicelle à 13 jours d'intervalle l'un de l'autre. La femme elle-même n'a pas été revaccinée, mais elle se fit vacciner après sa maladie, et le vaccin prit on ne peut mieux. Peu de temps après, son troisième enfant, âgé de 18 mois et vacciné à la naissance, prenait à son tour la varicelle. D'après tous ces faits on peut donc dire que la mère a eu la varicelle et non pas la variole.

Les conditions sont moins nettes chez les trois autres adultes. Toutefois, un médecin et une infirmière qui s'étaient trouvés en contact avec un malade varicelleux adulte, se sont fait vacciner avec succès 3 et 6 jours après le premier contact. Le succès de la vaccine montre donc que les deux étaient dans un état de réceptivité pour le virus varioleux. Comme, malgré le contact avec l'adulte malade, ils n'ont pas eu de variole, on peut supposer que l'adulte avait la varicelle.

M. Rumpel a observé en 1892 une série de cas de variole dans un convoi d'émigrés russes ; à côté de la variole on y trouvait en même temps des cas de varioloïde, de varicelle et de rougeole, si bien que le diagnostic présentait de grandes difficultés dans chaque cas en particulier. Il estime que si l'éruption est précédée d'une période prodromique avec fièvre et phénomènes généraux, il s'agit plutôt de variole. Aussi pense-t-il que les malades de M. Lenhartz étaient des varioleux.

M. Unna n'admet pas que la varicelle puisse donner lieu à une éruption identique à celle de la variole. Par contre il admet fort bien que la variole très atténuée puisse reproduire les vésicules caractéristiques de la varicelle.

Diphthérie chronique.

M. Jessen présente un malade qui en décembre 1896 est entré à l'hôpital pour une ulcération du voile du palais. L'examen bactériologique complet montra l'existence de bacilles diphthériques très virulents. Depuis cette époque, c'est-à-dire 4 mois, le malade présente une diphthérie absolument typique du naso-pharynx. Bien qu'on trouve toujours des bacilles diphthériques virulents, l'état général est resté très satisfaisant.

Il est donc intéressant de noter que, malgré les injections répétées de sérum antidiphthérique, la diphthérie peut évoluer d'une façon chronique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séance du 18 Février 1896.

Endocardite fibreuse d'origine mécanique.

M. Thoma. — Les troubles de circulation d'origine purement mécanique se manifestent principalement au niveau des valvules et des cordages tendineux et surviennent soit à la suite de l'augmentation de la pression sanguine qui se fait sentir au niveau de la face convexe des valvules, soit à la suite de la dilatation des orifices. Ces troubles se manifestent sous forme d'une augmentation de la tension dont le degré, quand il s'agit d'une membrane courbe, est proportionnel à l'intensité de la pression et indépendant du rayon d'incurvation, lequel rayon, dans les valvules, dépend de la largeur des orifices.

Ces conditions sont les plus faciles à étudier au niveau des valvules aortiques et pulmonaires.

La dilatation et l'expansion de la partie initiale de l'aorte ou de l'artère pulmonaire amènent ordinairement, quand les valvules sont normales, une distension de ces dernières, c'est-à-dire que la surface des valvules devient plus grande en même temps que leur épaisseur augmente. Dans ces cas, l'augmentation de la surface des valvules peut être attribuée à l'augmentation de la tension à laquelle elles se trouvent soumises et qui augmente avec l'accroissement de la pression qui s'exerce à la face concave des valvules.

Ordinairement ce jeu des valvules, ces alternatives de retrait et d'expansion n'amènent pas de modifications dans la structure des valvules. Mais dans quelques cas on a observé l'épaississement fibreux des valvules. Ces épaississements se trouvent ordi-

nairement au niveau des bords libres et au niveau des insertions des valvules, c'est-à-dire au niveau des endroits où la pression mécanique se fait le mieux sentir. On peut donc dire que l'épaississement fibreux des valvules, l'endocardite fibreuse valvulaire d'origine mécanique, apparaît quand la tension des valvules dépasse une certaine limite. Peut-être se produit-il alors de minuscules déchirures des fibres conjonctives de la valvule, qui deviennent le point de départ de ces néoformations fibreuses; seulement on ne retrouve pas ces déchirures, puisque au moment où l'on vient faire l'examen de la pièce il y a déjà cicatrisation et formation d'un tissu fibreux.

On peut encore penser que ces productions fibreuses ne sont que des couches de renfoncement dont les éléments sont fournis par le revêtement épithélial des valvules.

Ce qui vient à l'appui de l'origine mécanique de ces productions fibreuses, c'est qu'on en trouve de très typiques sur toutes les valvules, mais le plus souvent sur la mitrale quand même le cœur et les vaisseaux ne présentent aucune modification morbide. Il semble que ces productions fibreuses peuvent se former sur les valvules à la suite du surmenage passager du cœur et directement en rapport avec ce surmenage. En cas d'augmentation considérable de la pression au niveau des valvules par le fait d'une affection chronique du cœur et des vaisseaux, ces productions peuvent envahir la plus grande partie des valvules et des cordages tendineux. Mais dans ces cas il est difficile de dire ce qui, dans le processus, revient à l'augmentation de la tension valvulaire et ce qui relève de l'infection. Ce qui est certain, c'est que ces productions fibreuses peuvent former des points d'arrêt et de pullulation pour les microorganismes qui circulent dans le sang. C'est ainsi encore que s'expliquent les localisations analogues que provoque l'endocardite infectieuse.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF MANCHESTER

Séance du 10 Mars 1897.

Actinomycose de la plèvre et de la paroi thoracique.

M. Samuel West rapporte l'observation d'un enfant entré à l'hôpital St. Bartholomew avec les symptômes d'un empyème du côté gauche qui a succédé à une bronchite dont les débuts remontaient à deux ou trois mois.

L'incision de la plèvre donna issue à 6 onces d'un pus grumeleux dans lequel l'examen microscopique permit de constater la présence des actinomyces. Malgré l'opération la température resta élevée et quelques jours après une nouvelle collection purulente se forma au niveau du thorax; l'incision montra que cette nouvelle collection n'était pas en communication avec la plèvre. Une troisième collection extra-pleurale fut également ouverte quelques semaines plus tard. Comme les fistules persistaient toujours, le malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et sous forme de bains. Ce traitement avait déjà amené une amélioration considérable lorsque le malade succomba sous le chloroforme qu'on lui avait donné en vue d'avulsion d'une dent.

L'autopsie montra que le poumon gauche était affaissé, mais autrement normal, entouré d'une sorte de gangue charnue, contenant des abcès mais où les recherches les plus minutieuses ne permirent pas de découvrir des actinomyces.

C'est la première fois que, d'après M. West, l'actinomycose est observé chez un enfant aussi jeune. Tout porte à croire que l'actinomycose avait d'abord envahi le poumon pour attaquer ensuite la plèvre.

M. Green cite le cas d'un garçon de 14 ans qui présentait une tuméfaction dure de la partie inférieure de la paroi abdominale, et une autre au niveau du bord externe du droit. On avait pensé à une lésion tuberculeuse suppurée : l'incision montra que le pus contenait des actinomyces. Le traitement par l'iodure de potassium n'a pas un grand succès.

M. Voelcker a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu qui avait une actinomycose de la peau. Le lobe inférieur du poumon droit adhérait à la plèvre; il y avait là des trajets fistuleux qui s'ouvraient au dehors. Le poumon adhérait au foie dans lequel on trouva les restes de plusieurs abcès actinomycotiques, ce qui pouvait faire penser que le foie était le siège primitif de la lésion. Il y avait enfin un abcès du psoas contenant également des actinomyces.

Dans ce cas l'iodure de potassium avait amené une amélioration considérable.

Tumeur infectieuse chez le chien.

M. G. B. Smith a observé une série de tumeurs infectieuses sur les organes génitaux des chiens dans les conditions suivantes :

Un chien qui avait une tumeur sur le pénis a été accouplé avec douze chiennes : onze d'entre elles présentèrent alors à la suite de cet accouplement des tumeurs analogues sur le vagin. Un autre chien bien portant fut alors accouplé avec trois de ces chiennes infectées : le chien s'infecta à son tour et lorsque la tumeur apparut sur son penis, il fut accouplé avec deux chiennes bien portantes : une de ces chiennes présenta au bout de quelque temps la tumeur en question. Enfin un chien fut inoculé dans le penis avec des parcelles de tumeur excisée à un autre chien : l'inoculation donna un résultat positif.

La tumeur en question débute sous forme d'une petite papule transparente qui augmente très lentement et se finit par se transformer au bout de 10 ou 12 mois en une masse lobulée, qui parfois remplit tout le vagin, distend le périnée et pend hors de la vulve. Dans la majorité des cas il n'y a pas d'induration profonde et la masse lobulée s'enlève facilement avec la muqueuse à laquelle elle adhère. Dans deux cas l'examen nécropsique montra une infiltration de la couche musculaire du vagin et dans l'un de ces cas il existait en outre une adénite inguinale.

A l'examen microscopique on trouve dans ces tumeurs des cellules rondes et polyédriques qui ne dérivent pourtant pas des cellules épithéliales. Le stroma est tantôt abondant, tantôt peu développé et forme des alvéoles irréguliers dans lesquels sont incluses les cellules, si bien que l'aspect est identique à celui des sarcomes qu'on observe chez l'homme.

Ces tumeurs n'ont aucune tendance à la régression spontanée; si on les enlève de bonne heure, elles ne récidivent pas. Les essais d'inoculations à des lapins et à des cobayes ont échoué. Dans deux cas la greffe sous-cutanée faite à des chiens, a fort bien réussi.

D'après M. Smith ces tumeurs seraient de même nature que celles décrites par Geissler, Wehr, Duplay et Cazin dans leurs travaux sur la nature infectieuse du cancer.

Rupture de l'œsophage pendant les vomissements.

MM. S. West et **F. Andrewes** rapportent l'observation d'un individu pris brusquement de vomissements, au cours desquels il perçut une douleur extrêmement vive. Il fut amené à l'hôpital dans un état comateux. L'examen ne permit d'établir aucun diagnostic précis, car les symptômes observés pouvaient être attribués aussi bien à une rupture du diaphragme qu'à une rupture de l'aorte ou d'un anévrysme ou même à un pneumothorax.

Le malade ayant succombé peu de temps après son entrée on trouva un exsudat sale à la base gauche et une demi-pinte de liquide dans la plèvre. Le médiastin postérieur était infiltré d'une masse sale qui descendait le long de l'aorte à travers le diaphragme. Au niveau de son extrémité, près du bord gauche, à un pouce du cardia, l'œsophage présentait une déchirure longitudinale de 1 pouce de longueur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — La psittacose (p. 361).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Imperforations de l'œsophage. — Tumeurs cartilagineuses des fosses nasales. — Absorption et diffusion cornéennes. — Tumeurs primitives multiples des os. — Ulcérations laryngées consécutives au tubage. — Homicide chez les absinthiques. — Sérums lactescents (p. 367). — Le croup fruste. — Hyperchlorhydrie. — Hystérectomie abdominale totale. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Rôle de la rate dans les maladies infectieuses. — Bacille d'Eberth dans les selles typhiques. — Éternuement (p. 368).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Maladie de Little. — Intoxication par l'arsenic et le plomb. — Maladie de Friedreich. — *Chirurgie :* Corps étrangers fibreux des articulations. — *Médecine :* Rate paludéenne. — Goitre épidémique (p. 369).
MÉDECINE PRATIQUE. — Mercure (p. 370).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Association des médecins de la Seine (p. 371). — Œuvre des hôpitaux marins. — Un faux docteur (p. 372).

PATHOLOGIE MÉDICALE

La psittacose.

On désigne actuellement sous le non de *psittacose* (de ψιττακος, perroquet) une maladie infectieuse d'un type spéciale, transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets atteints de la même affection.

Historique. — Inconnue jusqu'en ces dernières années, la psittacose n'a été étudiée que depuis 1892.

Dans les premiers jours du mois de mars, éclatait à Paris une épidémie fort bizarre dont le caractère le plus étrange était d'être manifestement liée à la présence de perruches arrivées récemment de Buenos-Ayres.

En décembre 1891, deux industriels français avaient acheté à Buenos-Ayres 500 perruches. Un grand nombre de ces oiseaux moururent pendant la traversée, de sorte qu'à l'arrivée à Paris, le 3 février 1892, il n'en restait plus que 200 environ. Ces oiseaux furent transportés rue Dutot et rue Régnier, Là eut lieu le partage entre les deux associés. L'un d'eux laissa ses perruches rue Dutot; l'autre transporta les siennes rue de la Roquette. Ainsi furent créés 2 foyers principaux d'épidémie, dont il fut facile de suivre les ramifications. Dans le premier, 22 personnes furent malades et 6 d'entre elles moururent. Dans le deuxième, 20 personnes furent atteintes et il y eut 8 morts.

Quelle était la nature de cette épidémie?

M. P. Gastou, dans un article paru dans le *Bulletin médical* (30 mars 1892), conclut tout d'abord qu'il s'agissait de pneumonies infectieuses grippales, et que le seul rôle que pouvaient avoir joué les perruches était d'avoir aidé à la diffusion de la maladie soit (et surtout) en facilitant le contact des individus, soit en transportant elles-mêmes les germes sur leurs plumes.

D'autre part, M. Dujardin-Baumetz, dans un rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, le 1er avril suivant, mit en doute le rôle des perruches.

Cependant Peter, dans une leçon clinique (*Bulletin médical* du 2 avril), avait admis qu'il s'agissait d'une épidémie de typhus à rechute, créée spontanément par des perruches soumises à de mauvaises conditions générales et modifié par l'organisme de ces oiseaux.

L'année suivante (janvier 1893), une nouvelle épidémie, identique à la première, mais moins étendue, fit son apparition. M. le Dr Dubief, médecin-inspecteur des épidémies, dans un rapport remarquable, adressé, le 23 mars, au Conseil d'hygiène publique et de salubrité, eut le mérite de montrer que la pneumonie ne survient que comme un épiphénomène, comme une grave complication surajoutée et presque toujours assez tardive, mais en aucun cas ne constitue la maladie elle-même. Celle-ci est une maladie infectieuse spéciale, déterminée par le contact d'une perruche infectée elle-même.

De son côté, M. Dujardin-Beaumetz, dans un rapport daté du 14 avril, revient sur son opinion première et déclare qu'il est possible que la perruche malade soit le facteur de l'infection.

Cette même année M. Nocard annonce avoir, l'année précédente, découvert et étudié chez les perruches infectées un microbe spécial.

En 1894, M. Rendu étudiait deux nouveaux cas de psittacose et Morange en faisait le sujet de sa thèse inaugurale (1895).

En 1896, la psittacose fut étudiée en Italie, par M. Palamidessi et par M. Malenchini.

Dans un travail présenté à l'Académie de médecine le 4 août 1896, et sur lequel M. Debove fit un intéressant rapport, MM. Gilbert et Fournier donnaient, avec la relation d'une épidémie familiale de psittacose, qui éclata à Paris au mois de février précédent et fut observée par MM. Debove et Gilbert, les résultats des recherches bactériologiques qu'ils avaient entreprises. Il faut signaler encore la relation de 5 nouveaux cas de psittacose, par MM. Descazals et Delamarre (*Gazette des hôpitaux*, du 13 et du 15 août 1896), une revue générale de M. Déscazals (*ibid.*, 26 septembre) le nouveau travail de MM. A. Gilbert et L. Fournier (*Presse médicale* du 16 janvier 1897) et la thèse récente de M. Millienne, qui rassemble les documents publiés sur cette question et à laquelle sont empruntés les principaux matériaux de cette revue.

Etiologie. Pathogénie. — Le nombre des cas de psittacose observés depuis 1892 se multiplie chaque année, peut-être parce que la maladie est mieux connue, et aussi, parce que, épidémique à l'origine, elle est restée depuis à l'état endémique.

L'oiseau atteint de psittacose se tient immobile, en boule, les plumes hérissées, les ailes tombantes. Il est plongé dans une sorte d'hébétude, de somnolence continuelle, et cet état dure 8, 10, 15 jours, pendant lesquels il ne mange pas et a une diarrhée continuelle.

Est-ce à dire que tout perroquet ou perruche malade, est atteint de psittacose? Assurément non. Il est possible que l'état qui a été décrit ne caractérise pas spécialement la psittacose; car ces animaux peuvent être éprouvés par d'autres épizooties et peut-être un certain nombre de cas étiquetés psittacose concernent-ils des faits dans lesquels les oiseaux sont morts d'une tout autre affection.

La transmission a lieu de trois manières différentes :

1° *Transmission d'animal à l'homme :* c'est le mode le plus fréquent. En effet, pour obliger l'animal à manger, on le gave de bouche à bec. Ce contact est particulièrement dangereux, et il est à remarquer que les personnes qui ont été le plus gravement atteintes ont été précisément celles qui l'ont pratiqué. Souvent, dans ces cas, le début

de la maladie a été marqué par un œdème fugace limité à la face, plus rarement par des plaques diphthéroïdes, tapissant la bouche et le pharynx, ou encore par une angine.

En outre, les plumes des oiseaux malades sont souillées par leurs déjections et le fait de réchauffer ces animaux en les mettant sous les vêtements ou directement sur la poitrine, explique certains cas de contagion.

2° *Transmission par l'intermédiaire d'objets (cages, perchoirs)*. Ces objets souillés par les déjections deviennent ainsi éminemment contagieux et peuvent infecter les personnes qui les nettoient sans prendre les précautions nécessaires.

3° *Transmission d'homme à homme*. Ce mode de diffusion est rare, mais cependant indiscutable. M. Dujardin-Beaumetz en cite plusieurs cas.

Symptomatologie. — Le tableau symptomatique de la psittacose peut, comme celui de toute les maladies infectieuses, être divisé en plusieurs périodes : 1° période d'incubation; 2° période de début; 3° période d'état; 4° période de déclin et de convalescence.

Mais cet ensemble symptomatique présente parfois des variations, par suite de la prédominance de tel ou tel des éléments qui le composent et l'on a pu ainsi décrire des formes cliniques diverses, que nous étudierons ensuite.

1° *Période d'incubation*. — Il est difficile d'évaluer exactement la durée de l'incubation, car le moment précis où la contamination a lieu passe le plus souvent inaperçu. C'est en nous appuyant sur l'ensemble des observations que nous essaierons de fixer les limites de cette période. Dans une observation de M. Dubief, qui paraît concluante, parce que la malade fut seulement en contact avec l'agent infectieux pendant quelques heures et que le moment de la contamination peut être précisé, la période d'incubation paraît avoir été de 9 jours. Mais, à côté de ce fait, on constate dans plusieurs observations rapportées par M. Dubief que cette période dura 7,8, 10 jours. De sorte qu'il nous est permis de dire que, en général, l'incubation de la psittacose varie de 7 à 12 jours.

2° *Période de début*. — Ce n'est pour ainsi dire jamais par des troubles nettement accusée que débute la maladie, mais bien plutôt d'une façon vague, peu bruyante, par une sorte de malaise, par de l'abattement, de la prostration; la tristesse fait place à la gaieté; la céphalalgie apparaît et avec elle des douleurs vagues dans les reins, le tronc, les membres. Le malade ressent une courbature plus ou moins pénible.

A côté de ces phénomènes, on a signalé des épistaxis et des troubles digestifs. L'anorexie absolue semble exister le plus souvent, de même que les nausées et les vomissements. Enfin la constipation opiniâtre vient encore s'ajouter à ces différents symptômes. Notons, toutefois, que la diarrhée a été signalée dans quelques cas, et, pour M. Dubief, elle est un des éléments de cette période de l'infection.

Du côté du poumon, on constate presque toujours tantôt des signes de bronchite, de congestion pulmonaire, tantôt ceux d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie au début. De plus, une toux quelquefois opiniâtre se montre et augmente la dyspnée qui a été signalée quelquefois. On comprend que dans les formes pulmonaires, les lésions du poumon accompagnées de la toux amènent une dyspnée parfois intense.

Comme dans presque toutes les maladies infectieuses, le rein est plus ou moins touché et cette atteinte se révèle par de l'albuminerie, qui est ordinairement légère, et disparaît le plus souvent sans laisser de traces.

Enfin, des frissons plus ou moins intenses accompagnés de poussées fébriles, allant jusqu'à 39°, 39°5, achèvent de marquer la période de début.

3° *Période d'état*. — Bientôt ces différents symptômes s'aggravent peu à peu et la maladie entre dans sa période d'état. C'est généralement au bout de 5 à 7 jours que commence cette troisième période.

Phénomènes généraux. — Comme nous l'avons vu, la fièvre apparaît franchement et rapidement. C'est ainsi que, dans plusieurs observations, on note 39°,8 et même 40° dès le deuxième jour de l'affection. Ceci est important, car, en se basant sur une des lois de Wunderlich, on peut, dès ce moment, éliminer la fièvre typhoïde. De plus, le thermomètre, durant toute cette période, montre que la température reste très élevée et ne s'abaisse le matin que faiblement. De sorte que l'ensemble de la courbe thermique se rapproche de celle de la pneumonie. Il serait intéressant de savoir si cette température est bien celle de la psittacose elle-même ou si elle n'est pas symptomatique d'une pneumonie en pleine évolution et compliquant la maladie initiale.

Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres dans lesquels, après 3 eu 4 jours de fièvre vive, survient une défervescence brusque suivie d'une période d'apyrexie; puis une nouvelle ascension thermique se fait, qui dure un temps variable et à laquelle succède une nouvelle période d'apyrexie. C'est sur cette évolution que Peter se fondait pour assimiler la psittacose au typhus récurrent Mais il faut attribuer simplement ces différentes élévations de température à des infections secondaires et principalement à la formation de nouveaux foyers d'hépatisation dans le poumon.

Enfin, lorsque la convalescence approche, on voit la défervescence se faire en 2 ou 3 jours. Les maxima baissent en même temps que les minima et souvent même les écarts entre les températures du matin et celles du soir deviennent de plus en plus faibles, tendent à se rapprocher à mesure que la guérison s'affirme. Si donc l'on veut embrasser la courbe générale de la température en une vue d'ensemble, on voit combien elle s'éloigne de celle de la fièvre typhoïde, qui présente 3 stades classiques d'oscillations ascendantes, stationnaires et descendantes. Ce cycle thermique si net ne se voit jamais dans la psittacose, ce qui suffit, avec l'ascension brusque de la température, à différencier ces deux maladies. Il serait important, pour bien fixer la marche générale de la psittacose, de distinguer les ascensions qui relèvent de l'infection par le bacille de Nocard de celles qui paraissent dues aux infections secondaires.

Pendant la période fébrile le pouls bat 110, 120 fois à la minute, et là encore nous trouvons un signe différentiel avec la dothiénenterie où la dissociation du pouls et de la température avait été signalée depuis longtemps.

En examinant le malade, on constate qu'il est pâle, abattu, parfois plongé dans la prostration, en proie à une sorte de subdélirium; il marmotte d'une façon continue, et les caractères de ces troubles cérébraux semblent se rapprocher de ce que l'on a décrit sous le nom de typhomanie. Notons cependant que parfois c'est un délire violent qui existe, avec agitation, mouvements désordonnés; Dujardin-Baumetz, Descazals ont rapporté le premier un cas de délire furieux qui poussa le malade au suicide, le second une observation où une malade se jetait hors de son lit et dut être surveillée très attentivement. Toutefois, le délire violent ne semble pas faire partie du tableau clinique de la psittacose et l'on peut se demander si, dans les cas où il a été observé, il ne faudrait pas

l'attribuer à l'alcoolisme. En effet, la plupart des faits rapportés signalent un délire doux qui n'empêchait pas le malade de conserver une lucidité d'esprit remarquable contrastant bien avec son aspect extérieur et son air d'hébétude.

La langue est pâteuse, visqueuse, recouverte d'un enduit épais, très blanche au centre et souvent rouge sur les bords. Large, étalée, elle rappelle la langue des grippés, et, bien que M. Dubief l'ait vue rôtie, fendillée, fuligineuse, elle ne semble pas, le plus souvent, présenter l'aspect de la langue des typhiques. Rarement on a constaté l'enduit croûteux des lèvres et le liséré des dents si fréquent dans la dothiénentérie.

L'anorexie, comme nous l'avons déjà dit, s'installe d'une façon absolue en même temps que la fièvre et semble persister jusqu'au retour de la température à 37°. Ce fait est constant dans toutes les observations.

L'estomac semble rarement participer au cortège symptomatique et les vomissements ont été assez rarement signalés. Quand ils existent, ils sont alimentaires ou bilieux, et précédés de nausées qui ne présentent aucun caractère particulier. Certains auteurs (Dubief) considèrent la diarrhée comme constante. D'autres, au contraire (Rendu, Descazals), ayant constaté une constipation opiniâtre, font de ce symptôme un des caractères de la psittacose.

La palpation de l'abdomen ne donne aucun renseignement. Parfois il existe un peu de douleur, un empâtement variable de la fosse iliaque que l'on doit rapporter à la formation d'un boudin cæcal dû à la constipation. Enfin le ventre est parfois ballonné et offre du tympanisme plus ou moins prononcé.

L'examen du foie n'offre rien de particulier, et il n'y a pas d'ictère.

Quant à la rate, elle est, comme dans toute maladie infectieuse, hypertrophiée. D'après Descazals, elle donnerait à la percussion rarement plus de 12 à 15 centimètres de matité. On a signalé une légère douleur au niveau de la région splénique. Certains auteurs ont constaté que la rate diminuait de volume à mesure que la défervescence se produisait.

Les troubles pulmonaires doivent attirer l'attention. Souvent en effet ils prennent dans la psittacose une très grande importance, et, bien qu'ils ne soient dus qu'à des infections secondaires, ils apparaissent au premier plan du tableau clinique et ont pu ainsi faire confondre la psittacose, entité morbide particulière, avec les pneumonies infectieuses qui ne sont que des complications surajoutées. Toutefois, dès le début, il existe de la toux quinteuse, et dans le cas où le poumon est touché d'une façon sérieuse, on voit apparaître une dyspnée parfois très intense, augmentant avec les mouvements du malade et surtout au moment des accès de toux.

L'examen du thorax permet de constater des points névralgiques comparables au premier abord aux points de côté de la pneumonie et variables dans leur intensité, leur durée et leurs localisations. Mais ils offrent ce caractère d'apparaître et de disparaître rapidement, ce qui permet de les différencier des points de côté de la pneumonie.

D'après ce que nous avons dit plus haut, l'on conçoit que les signes de l'auscultation varieront avec les états pathologiques du poumon. Le plus souvent on n'a que les signes de l'hyperémie bronchique, c'est-à-dire des râles sous-crépitants fins, mais quelquefois il existe une bronchite franchement inflammatoire et les râles ronflants et sibilants apparaissent. On trouve aussi de la congestion révélée par des râles fins variables dans leur intensité et dans leur siège. Il semble que ce soient là les seules lésions relevant véritablement de la psittacose : elles ressemblent à celles qui apparaissent au début de la dothiénentérie et peut-être dans ces deux maladies faut-il les rapporter à l'infection générale.

Il est en effet prouvé que lorsqu'il existe une pneumonie, c'est le pneumocoque qui a été l'agent causal. On sait que le pneumocoque est un hôte habituel de la bouche et on comprend qu'il pénètre facilement dans les voies respiratoires éprouvées plus ou moins par l'infection générale.

L'appareil circulatoire, chez un sujet jeune, n'offre rien de particulier.

Les troubles cérébraux sont, comme nous l'avons vu, variables. Ils consistent en céphalée, en subdélire, mais toujours le malade garde la lucidité de son esprit. Toutefois, de même qu'on a signalé des formes où un délire très violent s'était montré, de même l'on a vu parfois la céphalalgie être le symptôme dominant, et le malade se plaindre constamment de sa tête.

L'urine est généralement albumineuse comme dans toutes les pyrexies infectieuses. Sa quantité diminuant, sa densité augmente, de même que la quantité d'urée et de matières extractives. Sa coloration devient foncée.

Nous passerions sous silence l'état de la peau, qui, comme celle de tout malade atteint de fièvre, est chaude et sèche, si l'on n'avait signalé l'existence d'une éruption spéciale. M. Rendu a vu, dans un cas, de petites élevures rougeâtres apparaître sur les côtés de l'abdomen, sur la paroi antérieure des aisselles, sur la face externe des membres supérieurs et aux membres inférieurs. Cette éruption était caractérisée par des taches isolées, légèrement saillantes, disparaissant à la pression au début; plus tard elles prirent l'aspect de pétéchies et s'effacèrent en 3 ou 4 jours. On ne saurait s'empêcher de rapprocher cette éruption de celle du typhus exanthématique, et l'erreur serait facile à commettre si les symptômes concomitants ne venaient éclairer le diagnostic.

Période de déclin. — Le plus souvent c'est 15 à 20 jours après le début de la maladie que la défervescence commence à se faire. En même temps que la fièvre diminue, on voit les autres symptômes s'amender et disparaître. Le sommeil revient, la céphalalgie s'efface de plus en plus, le malade sort peu à peu de l'abattement et de la stupeur dans laquelle il était plongé, le délire disparaît à son tour. L'état du tube digestif s'améliore de plus en plus, la langue reprend son aspect normal, et parfois une diurèse abondante, véritable crise urinaire, termine l'acmé de la maladie. Le malade entre en convalescence.

A cette période, tout n'est cependant pas encore fini, car la convalescence est longue et difficile et peut être traversée par des complications.

Telle est la marche générale de la psittacose, mais souvent cette maladie s'éloigne du tableau que nous venons d'en tracer, tantôt par l'allure spéciale qu'elle revêt, d'où la réalisation de formes cliniques diverses, tantôt par les complications qui viennent l'aggraver.

Formes cliniques de la psittacose. — L'évolution de la psittacose peut varier par le mode de début, par l'intensité de l'infection, par ses localisations, par l'état du sujet sur lequel elle évolue.

Le début peut, en effet, être marqué par des phénomènes locaux ou des phénomènes généraux. Nous avons suffisamment insisté sur les phénomènes généraux qui marquent le début le plus habituel de la psittacose, mais nous avons, à dessein, laissé de côté les signes locaux qui peuvent se montrer.

En traitant de l'étiologie, nous avons signalé les traumatismes que le bec de l'oiseau infecté crée quelquefois au niveau de la bouche des personnes qui le nourrissent. On conçoit aisément que chacun de ces traumatismes puisse servir de porte d'entrée et que ce soit là que se manifestent les premiers symptômes de l'infection. M. Dubief rapporte deux faits dans lesquels, chez des personnes ayant l'habitude de nourrir leurs perruches de bouche à bec, la maladie débuta par un œdème de la face, peu intense, siégeant surtout au pourtour de la bouche.

Dans d'autres cas, on a noté l'existence de plaques diphthéroïdes tapissant la bouche et le pharynx. Telle est une observation de M. Dujardin-Baumetz.

De l'intensité de l'infection et des qualités particulières du sujet atteint peuvent résulter des *formes légère, ordinaire* ou *nerveuse*.

Dans la *forme légère*, le malade éprouve de la lassitude, des douleurs vagues, de l'inaptitude au travail, une céphalalgie variable comme intensité et parfois une élévation de température accompagnée de quelques troubles digestifs légers. Tout se borne là et, sans la notion d'épidémicité, on croirait à un embarras gastrique ou à une grippe peu intense.

D'autres fois, les symptômes sont un peu plus marqués. L'affaissement, la céphalalgie sont plus vifs, un léger état typhoïde peut même apparaître, avec un peu de bronchite et le malade s'alite. Mais l'affection ne tarde pas à rétrocéder et se termine rapidement.

Cette forme semble atteindre surtout les personnes qui n'ont pas été en contact direct avec l'animal infecté ou qui n'ont été soumises que pendant fort peu de temps au contact infectant.

La *forme ordinaire* est celle qui nous a servi de type pour décrire la symptomatologie de la psittacose.

La *forme nerveuse* serait peut-être moins fréquente. Elle est caractérisée par une agitation extrême. Le malade ne peut se tenir immobile dans son lit. Sans cesse il veut se lever, et nous avons déjà vu que le délire qui s'installe avec rapidité est d'une intensité remarquable, et a pu même provoquer le suicide. Cependant, le plus souvent, il suffit de surveiller le malade attentivement et de l'attacher s'il est besoin.

La température est élevée. Une céphalalgie très intense oblige le malade à porter constamment la main à la tête. Enfin, on a signalé des douleurs musculaires très accusées. Peu à peu les symptômes d'infection s'aggravent, l'agitation et le délire se calment et à cette forme véritablement *ataxique* succède la forme adynamique. Mais la mort peut arriver avant et, au point de vue du pronostic, la forme ataxique est des plus graves.

Quant à la *forme adynamique*, elle est caractérisée par un affaissement et un abattement des plus nets. La prostration et la stupeur sont non seulement profondes, mais persistantes et s'accompagnent d'un délire doux et tranquille. On a vu la mort survenir sans qu'il soit possible de tirer le malade de cet état.

Enfin, dans certains cas, les symptômes ataxiques s'entremêlent aux phénomènes adynamiques, réalisant ainsi une *forme ataxo-adynamique*.

La localisation de l'infection peut quelquefois dès le début se faire au niveau des poumons et peut-être pourrait-on attribuer à la pénétration dans les voies respiratoires des germes infectieux cette localisation primitive, car elle s'installe le plus souvent d'emblée. Cependant les symptômes pulmonaires sont ordinairement dus à une infection secondaire : nous étudierons ces faits avec les complications.

Quand les poumons sont atteints d'emblée, on note, en même temps que les signes généraux du début, une toux opiniâtre, quinteuse et des troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à l'orthopnée. Enfin, nous avons signalé déjà les points de côté, si variables comme intensité et comme siège. Puis, lorsque la maladie est à sa période d'état, ce sont les phénomènes pulmonaires qui occupent la première place, et à l'auscultation l'on trouve des signes révélant des foyers disséminés de broncho-pneumonie ou de congestion pulmonaire intense. On comprend toute la gravité de cette forme, mais la guérison n'est cependant pas rare.

Enfin il nous reste à signaler l'allure que peut prendre la psittacose suivant le terrain. Chez le vieillard, une gravité particulière résultera du mauvais état du cœur et des vaisseaux. Des cas d'une gravité exceptionnelle ont été observés chez des malades atteints de diabète. La grossesse peut aussi influencer l'évolution de la psittacose (Dubief).

Peut-être doit-on faire entrer en ligne de compte la concomitance d'autres épidémies (influenza, grippe) qui pourraient donner à l'évolution de la psittacose une allure particulière caractérisée tantôt par la prédominance de troubles pulmonaires, tantôt par la prédominance de troubles nerveux.

Durée; terminaison; complications. — La durée est assez variable. Elle varie avec la résistance du malade et la virulence du microbe pathogène. Nous avons cependant vu que la période d'incubation durait de 7 jours, minimum observé, à 12 jours, maximum. La période de début dure de 5 à 7 jours en moyenne, tandis que la période d'état est de 15 à 20 jours. Quant à la convalescence, elle est, on le comprend, en rapport avec le degré de gravité de la maladie.

Lorsque la psittacose reste dégagée de toute complication, de toute infection secondaire, la guérison sera la règle, quoique, même quand la maladie a été grave, elle ne soit pas non plus rare.

Mais la mortalité est encore trop élevée (37, 28 p. 100). Parfois elle résulte de l'intensité de l'infection ; le malade tombe dès le début dans une stupeur profonde et meurt en quelques jours sans avoir repris connaissance.

Dans la très grande majorité des cas, la mort est le fait de *complications pulmonaires*.

Le malade peut être emporté par une *congestion pulmonaire double*.

Mais il est de règle que la mort soit due à une *pneumonie*.

Cette redoutable complication apparaît au bout d'un temps plus ou moins long de la maladie. Dans un cas de M. Dubief, son apparition a été remarquablement tardive (16 jours).

Ce n'est pas une pneumonie franche. Le grand frisson initial manque souvent ou bien est remplacé par une série de frissons moins intenses, se renouvelant plusieurs fois. Le point de côté manque souvent aussi. Rarement la matité est absolue comme dans la pneumonie franche; elle est remplacée par une submatité plus ou moins étendue, en plusieurs foyers simultanés soit dans un seul, soit dans les deux poumons.

Les crachats rouillés ne sont pas constants. Les râles crépitants et le souffle le sont davantage. Parfois cependant la lésion évolue à la façon d'une broncho-pneumonie. On entend alors des râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue du noyau induré. Ces râles sont de grosseur variable et sont parfois couverts par de gros ronchus répandus dans tout le poumon. Plusieurs foyers distincts

de broncho-pneumonie évoluent souvent en même temps; ils se modifient avec une grande rapidité et donnent immédiatement une allure des plus graves à la maladie.

L'état général est sensiblement modifié par l'apparition de la complication pulmonaire. Il se fait à ce moment une élévation thermique plus ou moins considérable; la dyspnée est plus ou moins intense, et, le plus souvent, le malade succombe par le fait de l'adynamie cardiaque et de l'asphyxie due à l'étendue des lésions pulmonaires.

Quelquefois ces lésions se compliquent de l'existence d'un épanchement pleural. Descazals en a rapporté deux observations.

Bactériologie. — Les premières recherches sur ce sujet furent d'abord infructueuses.

M. P. Gastou rapporte que, d'après les cultures et les inoculations aux souris faites avec le suc des poumons, M. Netter trouva, en dehors du pneumocoque et du pneumobacille, de nombreux microbes. M. Gastou examina les excréments des perruches : il y trouva des bâtonnets et surtout des diplocoques, mais pas de microbes spécifiques; il en fut de même pour les ailes, le gésier et l'intestin.

Le 24 mars 1893, M. Nocard donnait au Conseil d'hygiène publique et de salubrité la description du microbe qu'il avait découvert en cultures pures dans la moelle osseuse desséchée de perruches mortes pendant la traversée d'Amérique en France. Ce bacille, dont nous verrons plus loin les caractères, tuait les perruches et était pathogène aussi pour diverses autres animaux.

L'année suivante, chez une malade de M. Rendu, M. Triboulet trouvait seulement, dans les crachats, des staphylocoques et du pneumocoque. Du sang inoculé à deux souris blanches les fit périr, mais on ne trouva chez ces animaux aucun microbe spécifique.

En 1895, un auteur italien, Palamidessi (*Il Policlinico*), observant une épidémie de psittacose, trouva dans le sang et l'urine de quelques-uns de ses malades un micro-organisme qu'il considéra tout d'abord comme un pneumocoque, puis qu'il chercha à identifier avec un coccus rencontré par Eberth et Wolf chez des perroquets, ainsi qu'avec le diplocoque de M. Gastou et le bacille de Nocard. Mais ce microbe s'éloigne notablement du bacille de Nocard par ses caractères de culture (faible développement des colonies et lenteur de leur croissance, absence de développement sur pomme de terre et en milieux acides).

Récemment, MM. Gilbert et Fournier (*Académie de médecine*, 4 août 1896; *Presse médicale*, 16 janvier 1897) ont retrouvé le bacille de Nocard et ont apporté des documents intéressants à son histoire.

Le bacille de la psittacose présente une grande mobilité. Il possède des cils vibratiles, au nombre de 10 à 12, il se cultive sur tous les milieux usuels. A l'étuve, il pousse très vite. Il ne liquéfie pas la gélatine, ne fait pas fermenter le lactose, ni le saccharose, ni coaguler le lait, il ne produit pas d'indol et pousse lentement sur le milieu d'Elsner. Il trouble rapidement le bouillon en produisant une mince pellicule à sa surface. Il pousse dans le bouillon phéniqué comme le colibacille et le bacille d'Eberth, et dans le bouillon franchement acidifié avec l'acide acétique et l'acide lactique.

Le bacille de Nocard est extrêmement virulent pour les perroquets et les perruches, la souris, le pigeon, le lapin. Le cobaye est un peu plus résistant.

On peut infecter les animaux en mélangeant à leurs aliments des cultures du bacille de la psittacose.

Non seulement le bacille de Nocard est virulent, mais encore il conserve son extrême virulence pendant un temps fort remarquablement long.

Beaucoup des caractères reconnus au bacille de Nocard sont communs au colibacille et au bacille d'Eberth. On peut néanmoins le distinguer de ces deux microbes.

1° Le bacille de Nocard diffère du colibacille et ressemble au bacille d'Eberth par les traits suivants : il ne fait pas fermenter le lactose, ne coagule pas le lait, ne donne pas d'indol. Il est doué d'une mobilité bien plus grande et possède de 10 à 12 cils.

De plus le bacille de Nocard possède une virulence bien plus grande que le colibacille.

2° Le bacille de Nocard diffère du bacille d'Eberth et ressemble au colibacille par les caractères suivants : il pousse sur la gélatine et la pomme de terre comme le colibacille; il pousse sur les vieilles cultures de bacille d'Eberth.

Mais on sait que le groupe des colibacilles n'est pas homogène et qu'il comprend des types intermédiaires en quelque sorte au colibacille proprement dit et au bacille d'Eberth, types qui, par exemple, ne font pas d'indol et ne font pas ou font à peine fermenter le lactose. Ces types ont été désignés par M. Gilbert sous le nom de paracolibacilles. Le bacille de Nocard se rapproche plus encore qu'aucun autre du bacille d'Eberth, et c'est pourquoi MM. Achard et Bensaude ont proposé de lui appliquer le terme de paratyphique. Enfin le bacille est agglutiné par le sérum typhique, mais à un degré bien moindre que le bacille d'Eberth (Gilbert et Fournier, Achard et Bensaude), et même cette différence de degré est telle qu'elle peut servir à différencier ces deux microbes (Widal et Sicard).

Le bacille de la psittacose a été rencontré plusieurs fois chez les perruches malades par MM. Nocard, Gilbert et Fournier. En outre, MM. Gilbert et Fournier ont pu isoler, dans le contenu intestinal de psittacés parfaitement sains, un bacille qui s'en rapproche, ce qui les amène à formuler les deux hypothèses suivantes : ou bien ce bacille des animaux sains peut acquérir, dans certaines conditions, une virulence particulière et engendrer la psittacose, ou bien ce bacille et celui de la psittacose sont tous les deux distincts. On sait que les rapports réciproques du bacille de Löffler et du pseudo-bacille diphthéritique et ceux du colibacille et du bacille d'Eberth ont donné lieu à des hypothèses semblables.

Chez l'homme, le bacille de Nocard n'a été rencontré qu'une seule fois dans la psittacose. Il a été recueilli à l'autopsie, dans le sang du cœur, par MM. Gilbert et Fournier, chez un malade de M. Mathieu; jamais il n'a été rencontré encore dans les crachats, l'urine, le sang, les sérosités de sujets vivants. D'autre part, il a été trouvé pendant la vie, par MM. Achard et Bensaude (*Soc. médic. des hôpit.*, 27 nov. 1896), chez deux sujets ayant d'autres maladies que la psittacose, une fois dans une suppuration sterno-claviculaire, une autre fois dans une urine purulente. Si donc le bacille de Nocard est la cause de la maladie appelée psittacose, il faut admettre qu'il peut produire encore d'autres états morbides, différents par les conditions étiologiques et les symptômes. La psittacose ne serait alors qu'une partie des infections produites par ce bacille, et ces infections formeraient un groupe comparable à celui des streptococcies qui comprennent, à côté d'une maladie bien définie comme l'érysipèle, toute une longue série de manifestations très différentes.

Diagnostic. — Il résulte de ce qui précède que le diagnostic bactériologique de la psittacose chez l'homme ne

présente encore aucune sécurité. Aussi serait-il d'un très haut intérêt de trouver une réaction du sérum qui permît, en l'absence de la constatation du microbe, de faire le diagnostic de la maladie avec autant de certitude que celui de la fièvre typhoïde. Ce sérodiagnostic a été tenté, mais sans succès jusqu'à ce jour. MM. Gilbert et Fournier, chez deux malades, n'ont eu avec le sérum aucune agglutination du bacille de Nocard, au 4e et au 5e jour de l'affection. MM. Achard et Bensaude ont enregistré le même résultat négatif chez 3 malades aux 30e, 40e et 50e jours.

Cet insuccès du sérodiagnostic est d'autant plus singulier que chez un des malades infectés par le bacille de Nocard, mais ayant une affection différente de la psittacose, MM. Achard et Bensaude ont obtenu très nettement avec le sérum l'agglutination du bacille pathogène.

C'est donc sur l'évolution clinique de la maladie et sur les renseignements étiologiques que se fonde le diagnostic.

L'étude des symptômes offre un certain nombre de caractères qui permettent de distinguer la psittacose de quelques états morbides offrant avec elle des analogies.

Dans la *fièvre typhoïde,* les troubles abdominaux sont prédominants, la température présente plus nettement les trois stades d'oscillations ascendantes, stationnaires et descendantes, les troubles respiratoires sont moins accusés dès le début, les taches rosées sont habituelles tandis que l'éruption n'a été signalée que dans un seul cas de psittacose. Enfin, le sérodiagnostic permettra toujours, dans les cas douteux, d'affirmer le diagnostic.

Il est plus facile de confondre la psittacose avec la *grippe :* même début, même importance des troubles respiratoires. Mais le catarrhe oculo-nasal, si constant dans la grippe, manque le plus souvent dans la psittacose. C'est surtout quand la grippe se complique d'accidents broncho-pulmonaires, que le diagnostic devient impossible; seule, l'enquête étiologique tranchera la question.

Certaines formes de pneumonies congestives, rangées souvent sous la dénomination de *congestions actives,* peuvent quelquefois en imposer pour la psittacose. Dans ces cas, c'est encore la notion étiologique qui permettra de poser le diagnostic.

Enfin, le début de la psittacose par des plaques diphthéroïdes de la bouche et du pharynx a pu, dans quelques cas, faire penser à la *diphthérie :* l'examen bactériologique pourra trancher la question. Dans une observation du Dr Arrivot, que rapporte M. Millienne, les fausses membranes ont été remarquablement abondantes, mais le sérum de Roux ne les a pas fait disparaître et elles ont persisté pendant plus d'un mois.

En somme, il peut arriver que le diagnostic de la psittacose soit rendu fort difficile, soit par la coïncidence d'une autre affection épidémique, soit parce que la maladie revêt une forme anormale.

La notion étiologique prend alors une importance de premier ordre. Toutefois, deux difficultés se présentent. D'une part, s'il est vrai que le plus souvent les malades ont été en rapport immédiat avec une perruche infectée, il existe des cas où la contagion a eu lieu indirectement par un objet contaminé ou encore par une autre personne, de sorte que l'origine réelle de la contagion est facilement méconnue.

D'autre part, il ne suffit pas que dans une même maison se trouvent une perruche et plusieurs personnes malades pour que l'on soit en droit de conclure à la psittacose. La *Gazette* a publié, il y a quelque temps, un fait de M. Blanquinque, qui a observé 2 cas de fièvre typhoïde authentique, vérifiée par le sérodiagnostic, chez deux frère et sœur dont la mère était atteinte en même temps d'une bronchopneumonie de nature indéterminée. Il y avait dans la maison plusieurs oiseaux qui moururent d'affections également indéterminées et chez lesquels on ne trouva pas le bacille de Nocard. Il ressort de ce fait qu'au moins chez les 2 jeunes gens l'on n'avait pas affaire à la psittacose, mais à la fièvre typhoïde.

Pour lever tous les doutes, il faudrait donc constater le même agent pathogène chez les oiseaux et chez les sujets atteints, mais on doit avouer que cette double preuve n'a pas été faite dans la très grande majorité des cas sur lesquels est actuellement fondée l'histoire de la psittacose.

Traitement. — La *prophylaxie* de la psittacose a été ainsi résumée par Dujardin-Beaumetz en 1893.

a. Prévenir les marchands d'oiseaux des dangers que fait courir, tant à eux-mêmes qu'au public, le contact des perruches malades et les avertir de la responsabilité qui leur incombe du seul fait de la vente des oiseaux suspects.

b. Appeler l'attention du public sur les deux points suivants :

1° Danger d'acheter des perroquets ou des perruches à des marchands ambulants, car, en général, lorsque ces oiseaux deviennent malades, les marchands s'empressent de les céder à des marchands ambulants qui les revendent à vil prix;

2° Ne jamais donner à manger à ces oiseaux de bouche à bec.

Quand la psittacose est déclarée dans une famille, il faut commencer par prescrire les règles d'une hygiène aussi parfaite que possible : aération, propreté, désinfection de tout ce qui a pu toucher le malade. On préviendra les diverses personnes de l'entourage du danger de la contagion, on insistera sur la nécessité d'un isolement aussi complet que possible.

Contre la maladie même : régime lacté absolu pendant la période de pyrexie. Surveiller soigneusement l'intégrité des émonctoires, le rein en particulier. Faciliter les éliminations intestinales par les purgatifs salins. Faire une antisepsie soignée de la bouche et de la gorge.

Si la température est très élevée, il ne faut pas hésiter à recourir à l'emploi des bains froids ou tout au moins des enveloppements froids. Les bains sont particulièrement indiqués s'il existe des complications pulmonaires.

On relèvera les forces du malade au moyen de l'alcool; si le cœur faiblissait, on aurait recours à la caféine et même à la digitale.

Enfin, dans les cas inquiétants marqués par de l'adynamie, une prostration extrême et une insuffisance marquée de la fibre cardiaque, on pourra employer les injections de sérum artificiel.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Legrand (Charles-Louis). *Des imperforations de l'œsophage.* N° 234. (H. Jouve.)

M. Sicard (J.). *Des tumeurs cartilagineuses (enchondromes) des fosses nasales.* N° 235. (H. Jouve.)

M. Mermet (Pierre). *Étude expérimentale sur l'absorption et la diffusion cornéennes.* N° 236. (J. Steinheil.)

M. Dubos (Albert Jules). *Contribution à l'étude des tumeurs*

primitives multiples des os : sarcomes, lymphosarcomes, lymphomes myélomes. N° 238.

M. Baudrand (Georges). *Contribution à l'étude des ulcérations laryngées consécutives au tubage.* N° 217. (H. Jouve.)

M. Hazemann (Robert). *Les homicides chez les absinthiques. Essai clinique et médico-légal.* N° 228. (H. Jouve.)

M. Chenu (Edgard). *Quelques considérations sur les sérums lactescents.* N° 215. (H. Jouve.)

M. Vagniot (Charles). *Le croup fruste.* N° 209. (H. Jouve.)

M. Plesoienu (Constantin). *Contribution à l'étude de l'hyperchlorhydrie et de son traitement.* N° 213. (H. Jouve.)

M. Diriart. *Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale.* N° 226. (Steinheil.)

L'imperforation de l'œsophage semble être plus fréquente que ne l'indiquent les observations, et devrait être recherchée systématiquement dans toute autopsie de nouveau-né.

M. Legrand en rapporte 3 cas inédits (Broussin, Ott, Tarnier) et réunit un tableau de 63 observations. Il pense que le diagnostic peut et doit en être fait pendant la vie, si on tient compte des deux principaux symptômes : vomissements et accès de suffocation se reproduisant à chaque tentative d'allaitement. On doit compléter ces indications par la pratique du cathétérisme œsophagien. Enfin, en cas de rejet de glaires provoquant des crises de dyspnée, on pensera à la communication du bout inférieur avec la trachée. La seule intervention rationnelle est la gastrostomie. Elle seule peut donner des renseignements suffisants pour une opération ultérieure en cas de simple diaphragme œsophagien : enfin elle seule peut permettre de tenter l'alimentation de l'enfant. Elle doit être tentée, car les difficultés opératoires signalées en 1866 sont largement compensées par la sécurité avec laquelle on opère aujourd'hui grâce à l'asepsie.

De l'étude attentive des symptômes résulte aux yeux de M. Sicard la possibilité du diagnostic clinique des tumeurs cartilagineuses des fosses nasales. Ces tumeurs, quoiqu'elles ne possèdent pas les vrais attributs de la malignité, constituent une affection extrêmement grave ; leur évolution naturelle produit des lésions irréparables, et peut se terminer par la mort. Les récidives sont fréquentes pour les chondromes proprement dits comme pour les chondromes mixtes. Les premiers ne paraissent pas se reproduire quand l'extirpation en a été faite d'une manière complète. Les chondromes mixtes ont une tendance beaucoup plus grande à la récidive, même après les opérations très largement conduites. Une intervention chirurgicale précoce ayant pour résultat *l'ablation totale* de la tumeur peut seule assurer la guérison.

Les physiologistes et les cliniciens ne nous ont décrit jusqu'ici que l'osmose cornéenne (exosmose et endosmose). M. Mermet pense qu'il y a pourtant plus que cela dans la cornée ; que cette membrane est le siège à la fois de phénomènes d'absorption (résorption générale) et de diffusion (pénétration oculaire). Les premiers coexistent avec la vie de l'individu (acte physiologique), les seconds prédominent après la mort (acte physique). Les uns et les autres varient d'intensité suivant l'état de la cornée, le temps et l'étendue d'application du médicament, son titrage, sa composition, sa température, etc. La tension oculaire et le système nerveux jouent un grand rôle dans l'exercice de ces phénomènes, pouvant faire varier dans des limites énormes le coefficient de diffusion de la cornée. L'endothélium mésodermique de Descemet et l'épithélium ectodermique constituent une double barrière à l'exosmose oculaire cornéenne, et l'excrétion des liquides du globe ne peut se faire que latéralement au niveau de l'angle scléral. L'endosmose est plus faiblement arrêtée par l'épithélium antérieur doué d'un grand pouvoir absorbant. Il existe trois phases dans ces phénomènes cornéens : 1° imbition, 2° absorption, 3° diffusion.

Certaines tumeurs multiples primitives du squelette, étudiées par M. Dubos, débutent par la moelle des os et se généralisent très rapidement, tout en ayant une prédilection marquée pour les os du tronc (côtes et sternum), pour les vertèbres, le sacrum et les os iliaques. Au point de vue anatomo-pathologique, ces tumeurs sont des sarcomes, des lymphosarcomes ou même des lymphadénomes purs, mais elles peuvent être groupées sous le titre commun de myélomes. Cliniquement, affection essentiellement maligne et Zahn voudrait en faire une forme myélogène de la pseudo-leucémie. C'est surtout avec le rhumatisme chronique et avec l'ostéomalacie que les tumeurs primitives multiples de la moelle osseuse ont été confondues ; le diagnostic ne sera possible qu'en insistant particulièrement sur les caractères et la localisation des douleurs, sur la cachexie rapide et peut-être sur la marche de la température.

Les ulcérations laryngées consécutives au tubage ont été signalées par la majorité des auteurs qui, en France et à l'étranger, ont pratiqué cette opération. D'après M. Baudrand, le siège le plus constant des ulcérations se trouve au niveau de l'anneau cricoïdien, à la partie antérieure, et en second lieu immédiatement au-dessous de la base des cartilages aryténoïdes. Leur étendue en profondeur varie, en général, proportionnellement à la durée du séjour du tube dans le larynx. La cause principale des ulcérations réside dans la pression exercée sur la muqueuse laryngée par le tube qui joue le rôle d'un véritable corps étranger. A cette cause se joignent certaines causes adjuvantes telles que le frottement du tube, la nature et l'intensité du processus laryngé. Les suites des ulcérations sont : l'aphonie, le spasme tardif de la glotte et surtout le rétrécissement du larynx.

La prophylaxie de ces accidents consiste à écourter le plus possible le séjour du tube dans le larynx. Il paraît établi que les introductions, même répétées, du tube dans le larynx par une main exercée, ne peuvent blesser la région cricoïdienne et que les interventions multiples par le tubage n'ont peut-être pas autant d'inconvénients qu'on a pu le croire. La trachéotomie chez un enfant tubé présentant des ulcérations laryngées est la ressource ultime et parfois nécessaire.

L'homicide est fréquent au cours de l'absinthisme aigu ou chronique. Pour M. Hazemann, il faut tenir compte, dans la fréquence de l'homicide chez les absinthiques : 1° de l'intoxication spéciale par les essences contenues dans la liqueur d'absinthe, essences naturellement épileptogènes ; 2° de l'état de dégénérescence mentale héréditaire ou acquise d'un grand nombre d'absinthiques.

L'homicide absinthique se distingue par une violence, une brutalité étranges, la rapidité de l'exécution. Il est sans cause ou celle-ci est absolument futile. Le crime accompli, le criminel ne conserve plus aucun souvenir de son acte, ou bien il en parle avec une indifférence, un manque total de sensibilité. L'absinthique tue : 1° en obéissant à une impulsion soudaine, irrésistible, inconsciente, automatique, semblable à l'impulsion du vertige épileptique ; 2° sous l'influence d'hallucinations terrifiantes ; l'absinthe donne au délire de l'alcoolique ce caractère spécial, c'est qu'au lieu de fuir ou de chercher à se suicider, comme le fait d'ordinaire l'alcoolique halluciné, l'absinthique réagit brutalement, férocement, et tue le premier homme que ses interprétations délirantes lui montrent comme l'agresseur ; 3° parce que l'absinthique comme l'épileptique est souvent un déséquilibré moral. Tous ses actes témoignent d'un caractère agressif, vindicatif, jaloux, brutal à l'excès. La sensibilité affective a disparu chez lui.

C'est seulement les absinthiques criminels du second mode qui sont actuellement déclarés irresponsables. Pour M. Hazemann, dans les 3 modes, les criminels sont des irresponsables. La société doit prendre contre eux des mesures de défense, non en les enfermant dans les prisons ordinaires, mais dans des quartiers ou dans des asiles spéciaux d'aliénés criminels.

Les conséquences de l'intoxication par l'absinthe sont suffisamment funestes pour que le remède soit radical : interdiction de la fabrication et de la vente en France des liqueurs d'absinthe et liqueurs similaires.

M. Chenu conclut de son étude que le sérum opalescent se rencontre fréquemment chez les animaux ; l'opalescence est transmissible de la mère au fœtus. Chez l'homme la lactescence est moins fréquente : dans la grande majorité des cas elle est pathologique.

Ce phénomène reconnaît deux causes : soit la présence en suspension dans le liquide de granulations très fines, vraisemblablement de nature abdominale ; soit la présence dans le sérum de matières grasses. Les individus qui ont le plus souvent du sérum laiteux sont les albuminuriques; il n'y a pas relation constante entre la lactescence du sérum et la présence de l'albumine dans l'urine. Les albuminuriques ayant une grande quantité d'albumine et chez lesquels il existe un œdème assez marqué ont le plus souvent le sérum laiteux; dans les formes où la teneur de l'urine en albumine est faible et où l'œdème est peu marqué, le sérum ne présente généralement pas le phénomène de l'opalescence.

On rencontre assez fréquemment chez l'enfant comme chez l'adulte une forme de diphthérie laryngée dans laquelle on n'observe à aucun moment de gêne respiratoire ou d'accès de suffocation, il n'existe que des modifications de la toux et de la voix. C'est le croup fruste étudié par M. Vagniot. Si dans un bon nombre de ces croups frustes les fausses membranes n'ont probablement pas dépassé le vestibule laryngé, il en est d'autres, incontestables, où le larynx est entièrement tapissé d'exsudats qui descendent parfois même dans la trachée.

En l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante l'absence du spasme phréno-glottique dans ces cas; cette absence est d'autant plus fréquente que le malade est plus âgé, comme si l'excitabilité du larynx diminuait avec les progrès de l'âge. Le diagnostic, quelquefois difficile, repose sur les troubles de la voix, la présence constatée du bacille de la diphthérie dans le pharynx et sur l'examen de l'épiglotte qu'on voit parfois couverte de fausses membranes.

De pronostic bénin, le croup fruste guérit presque toujours et rapidement, sauf le cas de complications pulmonaires; mais il faut se garder d'en affirmer la bénignité avant la guérison complète, car on ne sait jamais si un accès de suffocation ne surviendra pas inopinément.

Il faut tout mettre en œuvre pour prévenir le spasme phréno-glottique et ne négliger aucun des moyens connus, en tête desquels doit être placée comme réellement efficace l'action de la vapeur d'eau et parfois celle de certaines substances médicamenteuses.

Pour M. Plesoianu il est possible d'améliorer considérablement sinon de guérir l'hyperchlorhydrie. Le régime alimentaire, même dans les cas graves, est l'élément le plus important de ce traitement. Il est non seulement curatif mais encore préventif. Le bicarbonate de soude, et d'une manière plus générale, les alcalins représentent une médication qu'on peut qualifier de « médication d'urgence ». Le bicarbonate de soude est un calmant précieux de la douleur; il doit être employé au moment même où celle-ci va survenir. Il ne paraît pas influencer notablement la marche de la maladie, du moins pour ce qui est des troubles du chimisme, mais il ne nuit pas au traitement curatif et ne favorise pas l'hypersécrétion lorsqu'il est administré à des heures et à des doses convenables. L'atropine sans être le véritable médicament spécifique de l'hyperchlorhydrie peut être très utile dans le traitement de cette maladie. Elle calme le plus souvent la douleur, elle calme le spasme, elle diminue parfois l'hypersécrétion, elle paraît augmenter la motricité. C'est donc un médicament de choix, qui n'a d'autre contre-indication que l'intolérance du sujet.

M. Diriart donne dans sa thèse la technique adoptée par M. Routier dans le traitement des fibromes par l'hystérectomie abdominale totale.

Dans un premier temps, M. Routier, par le vagin, fait une ouverture complète ou incomplète des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin. Pour cela, le col est attiré aussi bas que possible à la vulve avec une pince de Museux.

Dans un second temps, ouverture du ventre et traitement des annexes, sur lesquels on place une ligature double à la soie, en dehors de l'ovaire sur la partie supérieure du ligament large. Entre les deux ligatures, incision du pont ligamentaire qui les réunit, et attouchement des deux bouts au thermocautère.

Dans un troisième temps, extériorisation et énucléation des fibromes, que la tumeur soit dans le grand bassin, ce qui est alors facile, ou bien dans le petit bassin, cas dans lequel il faut l'énucléer soit après morcellement, soit à l'aide d'un tire-bouchon enfoncé dans le tissu fibreux.

Dans un quatrième temps, on ouvre les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Dans un cinquième temps, on pratique l'hémostase des ligaments larges à l'aide de liens élastiques qui sont glissés par l'opérateur dans le cul-de-sac postérieur pour remonter dans le cul-de-sac antérieur. Le nœud de ces liens élastiques est fixé par des ligatures de soie. Alors on sectionne ces pédicules ainsi liés, on les sectionne plutôt aux dépens du tissu usérin, et la tumeur utérine est libérée de toute connexion. Il ne reste plus qu'à faire passer les liens élastiques dans le vagin, un aide les y attire à l'aide d'une pince. On ferme alors la paroi abdominale aprèe toilette du péritoine.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Duffau (Emile). *Le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. Influence de la splénectomie sur la marche des infections expérimentales*. N° 62.

M. Faideau (Adolphe). *De la mise en évidence du bacille d'Eberth dans les selles typhiques par la méthode d'Elsner*. N° 45.

M. Brisard (Charles). *L'éternuement*. N° 13.

Des expériences qu'il a faites avec M. Courmont, M. Duffau conclut que le lapin splénectomisé récemment ou depuis 25 jours succombe avant l'animal témoin à l'inoculation de B. pyocyanique peu ou très virulent.

Le lapin splénectomisé récemment succombe plus rapidement que le témoin à une inoculation de staph. aureus peu virulent; — splénectomisé depuis 25 jours, il résiste plus que le témoin à une inoculation virulente de staphylocoque. Le lapin splénectomisé depuis 1 à 8 jours résiste plus que le témoin à une inoculation de streptocoque virulent ou atténué par la chaleur; splénectomisé depuis 27 à 48 jours, il résiste moins que l'animal témoin. Le staphylocoque semble pousser un peu moins dans le sérum de lapin dératé depuis 8 jours que dans le sérum de lapin normal; le dépôt tombe au fond du tube dans le premier sérum, comme si ce dernier était doué de propriétés agglutinantes; le sérum normal, au contraire, reste trouble dans toute sa hauteur. Le streptocoque paraît pousser d'une façon variable dans les deux sortes de sérums; il se forme un dépôt au fond dans les 2 cas, en même temps qu'il existe des grumeaux sur toute la hauteur du liquide dans chaque tube.

L'inoculation à des lapins, des cultures de staphylocoque ayant poussé en sérum de dératé, amène la mort de ces animaux plus rapidement que les cultures ayant poussé en sérum normal.

Pour le streptocoque il n'en est pas de même : cependant le streptocoque cultivé en sérum normal a paru plus virulent deux fois sur trois.

Le lapin récemment splénectomisé résiste donc moins ou plus que le témoin à une infection suivant le microbe inoculé.

Si la splénectomie est ancienne, ses effets sont exactement inverses pour le même microbe. La rate paraît donc présider à la fabrication de substances qui sont bactéricides pour certains microbes et microbiophiles pour d'autres.

De son étude sur la valeur du procédé d'Elsner (dissociation des bactéries des selles typhiques dans la gélatine solano-iodurée) M. Faideau conclut que ce procédé, tout en constituant un léger progrès dans la voie de la découverte des milieux *sélectifs* applicables à la dissociation (si possible) du B. coli et du B. d'Eberth et pouvant, à ce titre, rendre quelques services au bactériologue analyste, ne doit être utilisé par le clinicien qu'avec beaucoup de réserves et de prudence, de même qu'il ne peut être vraiment invoqué par les théoriciens pour trancher dans l'un ou l'autre sens la question doctrinale controversée de l'unité spécifique ou de la dualité de ces deux bacilles.

Pour M. Brisard, l'éternuement est un réflexe respiratoire dont la voie centripète est le rameau ethmoïdal du nerf nasal de la branche ophthalmique du trijumeau.

L'éternuement d'origine oculaire est dû à l'excitation des nerfs ciliaires. L'éternuement est un symptôme du coryza, de la coqueluche, de la fièvre de foin, de l'asthme. Les éternuements spasmodiques peuvent être causés par des lésions nasales (névroses réflexes d'origine nasale) ou être purement névropathiques. L'auteur étudie les superstitions et les usages qu'a engendrés l'éternuement et dont l'explication doit être cherchée dans l'analyse du phénomène lui même.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Maladie de Little (Studio clinico ed anatomico relativo ad un caso di diplegia spastica congenita. Morbo di Little), par Myer et G. Levi (*Riv. di Patologia nervose e mentale*, vol. I, fasc. 11, 1896). — Le cas étudié par les auteurs présente un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de la maladie de Little. Il s'agit d'un enfant âgé de 20 mois, né à terme, mais après un accouchement laborieux. Le tableau symptomatique présenté par le petit malade consiste dans la contraction généralisée de presque tous les muscles du corps y compris ceux des yeux et du pharynx.

L'enfant étant mort, on a relevé le système nerveux central pour en faire l'étude détaillée. Macroscopiquement il n'y avait pas de lésions; l'étude histologique des circonvolutions de la zone de Rolando, pratiquée à l'aide des méthodes les plus récentes, a permis aux auteurs de constater une aplasie des cellules pyramidales. Ces éléments, comparés à ceux d'un autre enfant du même âge, présentaient des dendrites beaucoup plus courtes et moins ramifiées.

Dans la moelle épinière, à l'aide de la méthode de Pal, les auteurs ont vu que le faisceau pyramidal se colorait moins bien que les autres parties de la moelle; en employant un grossissement plus fort, ils se sont rendu compte de l'état des fibres qui constituent ces faisceaux : la myéline et le cylindre-axe des fibres pyramidales sont beaucoup plus minces que ceux du faisceau pyramidal de l'enfant du même âge.

Les auteurs concluent que cette aplasie des neurones psychomoteurs remontait à la vie intra-utérine et ne serait pas due à l'accouchement laborieux. Ils croient pouvoir conclure de leurs examens histologiques que les cas de diplégie infantile ont toujours une origine cérébrale, soit qu'ils soient dus à des lésions grossières (hémorrhagie), soit qu'ils consistent dans un défaut de développement de l'écorce cérébrale, comme il est arrivé dans leur cas.

Les auteurs n'acceptent pas la théorie de Van Gehuchten, suivant lequel la maladie de Little serait sous la dépendance d'un arrêt de développement du trajet spinal du faisceau pyramidal, car leur cas prouverait qu'il s'agit d'une aplasie de tout le neurone.

Altérations des éléments nerveux dans l'intoxication par l'arsenic et le plomb, par Lugaro (*Rivista di Patologia nervose e mentale*, février 1897, p. 49). — Lugaro a repris les anciennes expériences de Nissl et de Schaeffer et apporte à l'étude de l'intoxication expérimentale par l'arsenic et le plomb des documents nouveaux et intéressants; il confirme les recherches de Flemming à propos de la structure de la substance achromatique. Dans les intoxications dont il s'agit, la lésion débute toujours par la substance chromatique, et ce n'est qu'après que survient l'altération de la substance achromatique, cette dernière lésion dépend en grande partie de la nature de la substance toxique et de l'espèce de la cellule affectée.

Lugaro est arrivé à la conclusion que les substances toxiques agissent d'une manière variable sur les diverses espèces de cellules nerveuses; d'autre part la même substance toxique produit des lésions différentes dans les divers types de cellules nerveuses.

Les altérations de la partie chromatique sont réparables; il est douteux qu'il en soit de même pour les lésions de la substance achromatique; le noyau n'est pris qu'en dernière ligne, et cette lésion ne survient que dans des cas d'altération profonde du protoplasma de la cellule nerveuse; dans les dendrites les altérations seraient plus tardives que dans l'écorce cellulaire.

Lugaro s'inscrit en faux contre l'opinion des auteurs qui ont admis que les altérations des cellules nerveuses débutent par les extrémités dendritées, les méthodes d'imprégnation métallique ne permettent de vérifier les altérations que dans les périodes les plus avancées, tandis que la méthode de Nissl nous renseigne sur les lésions fines de la substance chromatique, et la coloration à l'hématoxiline permet de suivre les altérations de la partie achromatique.

Un cas de maladie de Friedreich, par R. Dreyer-Dufer. — L'auteur a publié (décembre 1895) à la *Société de dermatologie* une observation de syphilis cérébro-spinale héréditaire simulant la maladie de Friedreich. L'affection débute chez un garçon de 14 ans par un abaissement progressif de la vue; environ 1 mois après, l'ataxie se déclare, elle se complète en 15 jours. A ce moment le tableau clinique est le suivant : 1º *Ataxie inférieure et supérieure :* ballottement des jambes à droite et à gauche pendant la marche, qui n'a pas lieu en ligne droite. Instabilité au repos dans la station assise. Incoordination motrice des membres supérieurs. 2º *Sensibilité* normale. 3º *Réflexes* disparus tant aux membres supérieurs qu'inférieurs. 4º *Intelligence* conservée, mais le malade paraît hébété. 5º *Appareil oculaire :* léger degré de nystagmus dans les regards extrêmes, atrophie blanche des nerfs optiques en voie d'évolution. Choriorétinite spécifique héréditaire. Paralysie essentielle de la convergence. Cécité presque complète. C'est l'examen du fond de l'œil qui a permis à l'auteur, malgré les antécédents favorables, de regarder le syndrome clinique qu'il avait devant les yeux comme d'origine spécifique héréditaire et d'appliquer un traitement intensif par injection mercurielles sous-cutanées et iodure.

Sous son influence tous les phénomènes généraux disparaissent en 20 jours. L'acuité visuelle redevint normale au bout de 2 mois et il ne persista qu'une certaine paresse du réflexe rotulien.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude des corps étrangers fibreux des articulations, par A. Berthier et C. Sieur (*Arch. de méd. expériment.*, janv. 1897, p. 77). — Observation d'un corps étranger de l'articulation tibio-tarsienne, développé à la suite d'un traumatisme ayant provoqué une entorse. Après extraction, l'examen histologique montre que ce corps étranger, bien que d'apparence fibreuse et dépourvu de tissu osseux, présente des myéloplaxes, un tissu épithélioïde et un riche réseau vasculaire. Les auteurs estiment qu'il est d'origine osseuse et qu'il en est ainsi en général des corps étrangers fibreux.

MÉDECINE

De la rate paludéenne par Ferrier (*Arch. de méd. expériment.*, janv. 1897, p. 87). — De l'examen histologique de 6 rates palustres, l'auteur conclut que le paludisme aigu détermine une splénite congestive, puis une hypersplénie, caractérisée par un certain degré de prolifération conjonctive, une hyperplasie des cellules spléniques et l'augmentation de toutes les parties constituantes de la rate (travées parenchymateuses, sinus vasculaires, follicules). A une période plus avancée, la sclérose s'accentue et prédomine, les travées parenchymateuses reviennent sur elles-mêmes par régression fibreuse. La dilatation des sinus vasculaires reste en général très accusée.

Considération sur l'étiologie du goître épidémique, par Ferrier (*Rev. de médecine*, février 1897, p. 94). — Étude d'une petite épidémie de goître aigu qui a sévi sur le 75e régiment d'infanterie de la garnison de Romans. La population civile est restée indemne et l'on n'a pu trouver dans la garnison aucune des causes habituelles d'infection. Il est probable que les troupes ont été contaminées pendant les marches-manœuvres à leur passage dans les foyers de goître qui existent dans le département de la Drôme.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Mercure

I. Accidents des injections mercurielles *(suite)*.

Accidents généraux.

a) *Intoxication aiguë.* — De tous les accidents provoqués par les injections mercurielles, le plus grave est l'intoxication hydrargyrique aiguë qui, dans 14 cas connus, s'est terminée par la mort. En voici le résumé :

Nos	AUTEURS	SEXE	AGE	NATURE DE L'INJECTION	DERNIÈRE DOSE	DOSE TOTALE INJECTÉE	CAUSE DE LA MORT
1	Smirnoff.	F.	20 ans	Calomel.	0 gr. 30	0 gr. 40	Stomatite gangréneuse, intoxication générale.
2	—	H.	?	Calomel.	0 gr 20.	0 gr. 60	Entéro-colite.
3	—	F.	25 ans	Calomel.	0 gr. 20	0 gr. 80	Entérocolite et septicémie.
4	—	F.	27 ans	Calomel.	0 gr. 20	0 gr. 40	Entéro-colite.
5	Runeberg.	F.	34 ans	Calomel.	0 gr. 10	0 gr. 20	Entéro-colite.
6	Krause.	H.	30 ans	Calomel.	0 gr. 10	0 gr. 20	Néphrite.
7	Kaposi.	F.	46 ans	Huile grise à 30 p. 100.	0 gr. 20	0 gr. 95	Entéro-colite.
8	Fournier.	H.	?	—	3 gr. (?)	3 gr.	Intoxication aiguë.
9	Du Castel.	H.	?	Calomel.	0 gr. 05	0 gr. 20	Accidents épileptiformes.
10	—	H.	?	Calomel.	0 gr. 05	0 gr. 30	Néphrite.
11	Hallopeau.	F.	29 ans	Huile grise à 30 p. 100.	0 gr. 30	1 gr. 50	Stomatite gangréneuse et septicémie.
12	Lewin.	?	?	Calomel.	?	?	Intoxication aiguë.
13	—	H.	?	Salicylate Hg.	0 gr. 10	?	Néphrite.
14	Brauer.	H.	24 ans	Salicylate Hg.	0 gr. 02	0 gr. 10	Néphrite.

D'après ce tableau, on voit que les cas de morts doivent être portés exclusivement au passif des injections de préparations insolubles. Et, comme le fait remarquer Lewin, il y a encore bon nombre de cas qui n'ont pas été publiés. Sans doute, on peut incriminer les doses excessives de 10 et 20 centigrammes de calomel; on peut invoquer l'idiocyncrasie, un état rénal antérieur, l'affaiblissement des sujets, etc. Mais, deux fois la mort a été causée par la dose classique de 5 centigrammes (Du Castel) et quant aux autres conditions, elles se retrouvent souvent chez les syphilitiques qu'on soumet au traitement hypodermique. Aussi ces faits doivent-ils donner à réfléchir au praticien et influencer sa détermination dans le choix de la préparation à injecter.

b) *Stomatite.* — Le premier terme de cette intoxication aiguë est la stomatite. Souvent elle demeure la seule manifestation de l'hydrargyrisme. C'est dans tous les cas une contre-indication formelle à la continuation du traitement.

Nous ne referons pas ici le tableau de la stomatite mercurielle : nous l'étudierons seulement dans ses rapports avec le traitement hypodermique.

La stomatite est relativement fréquente, mais cette fréquence est très variable suivant les auteurs. Tandis que Lewin accuse 35 et 21 p. 100 de stomatite avec le calomel, 30 et 20 p. 100 avec le sublimé (statistique personnelle : 3 p. 100 seulement), Böse 25 p. 100 également avec le sublimé, Verchère et Chastanet (calomel) ne comptent que 9 p. 100; Fournier (calomel), 4 p. 100; Portalier (calomel), 3 et 1,2 p. 100; Le Pileur (calomel), 3,5 p. 100; Leloir et Tavernier (calomel, oxyde jaune), 5 p. 100; Besnier (calomel), 4 à 5 p. 100; Neisser (préparations insolubles), 3 p. 100; Strumpell (calomel), 1,25 p. 100. De leur côté, Martineau (huile grise), Raugé (huile grise), Thibierge (huile grise), Van Haren (calomel), De Lavarenne (biiodure), Jullien (calomel), n'en auraient presque jamais ou même jamais observé.

En somme, on peut admettre, avec M. G. Barreyre, que le risque de la stomatite peut être évalué à un chiffre moyen de 3 p. 100. Les préparations solubles paraissent y exposer davantage que les préparations insolubles : nous parlons, bien entendu, de la stomatite *immédiate*, celle qui débute après la 2e ou 3e injection, dans les 8 premiers jours du traitement. Car il est une autre forme de stomatite, dite *tardive* ou à *répétition*, qui est propre aux injections insolubles. Ceci mérite quelques développements.

La stomatite *immédiate*, peut débuter brusquement dès la première injection et affecter une gravité très grande. C'est là un fait exceptionnel; mais lorsqu'il se produit on conçoit que le danger est plus grand avec la préparation insoluble, qui continue à fournir à l'hydrargyrisme de ces prédisposés un aliment constant, qu'avec le sel soluble dont la quantité est toujours plus faible et qui s'élimine plus aisément.

En général les choses ne se passent heureusement pas ainsi : la stomatite débute, comme nous l'avons dit, après la 3e ou la 4e injection. Mais là encore, l'avantage reste aux préparations solubles. En effet, avec elles, le traitement, suspendu dès les premiers signes d'inflammation buccale, l'est bien réellement, tandis qu'avec le calomel, l'huile grise, etc., la mercurialisation se poursuit sans arrêt au détriment du sujet. Et ceci n'est pas une vue de l'esprit : les faits corroborent cette opinion. Certaines stomatites commencent quelquefois longtemps après la cessation des injections insolubles : ce sont les stomatites dites *tardives* auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure. On ne peut expliquer cette apparition inattendue d'hydrargyrisme buccal que par la rupture d'un de ces kystes, d'un de ces nodus que nous avons décrit et dont le contenu formé par le sel mercuriel est brusquement déversé dans la circulation. Rappelons à ce sujet l'observation si suggestive d'Augagneur : elle est relative à un malade qui avait reçu dans la fesse une seule injection d'huile grise et qui, chaque fois qu'il recevait un choc sur cette région, était pris de salivation. On dut, pour faire cesser ces accidents, faire l'extirpation de la nodosité qui recélait le mercure.

On est encore frappé ici de l'amélioration progressive des statistiques fournies par les auteurs au fur et à mesure qu'ils perfectionnent leur technique. Cette amélioration est surtout remarquable dans la clientèle privée, où, en fait, la stomatite peut être aisément prévenue pour les injections solubles, rendue très rare avec les injections insolubles, qui laissent cependant une porte ouverte à toutes les surprises. Ces résultats tiennent, comme nous le verrons, à ce que l'on obtient plus facilement de la clientèle aisée que de la clientèle hospitalière les soins minutieux de la bouche qui sont plus nécessaires avec les injections qu'avec tout autre mode d'administration du mercure.

c) *Entérite.* — La gastro-entérite, l'entérite, l'entéro-côlite, sont des complications relativement assez rares de l'injection mercurielle. Il est cependant constant que la méthode hypodermique ne respecte pas toujours le tube gastro-intestinal (Fournier). En comparant les statistiques de Lesser, Besnier, Rollet, Balzer, Leloir et Tavernier, Portalier, De Lavarenne, Lewin, Thibierge, Burlureaux, Vogeler, Thiry, Martineau, etc., on peut admettre que les manifestations du côté de l'intestin se présentent dans 3 p. 100 des cas. On observe tous les degrés, depuis la simple diarrhée, fréquente avec le sublimé (8 à 10 p. 100) la diarrhée sanguinolente ou verdâtre avec vomissements, côlites hémorrhagiques, jusqu'au sphacèle de la muqueuse, colites gangréneuses, lesquelles n'ont été guère observées qu'avec les injections insolubles. Cinq des cas de mort, les n°s 2, 3 et 4 de Smirnoff, le n° 5 de Runeberg (calomel), le n° 7 de Kaposi (huile grise), se sont produits par entéro-côlite.

Les mêmes remarques que nous avons faites à propos de la stomatite s'appliquent à la gastro-entérite. Même apparition tardive possible, même difficulté d'arrêter l'intoxication, même incertitude de la prophylaxie, avec les préparations insolubles. La résorption en masse est le grand facteur des complications intestinales aiguës : il suffit pour s'en convaincre de parcourir les statistiques des auteurs que nous avons cités. De même, l'absorption continue et prolongée de mercure, seule raison et seul but des injections insolubles, a l'inconvénient d'amener dans certains cas la dégénérescence graisseuse des cellules glandulaires de l'intestin, lésion qui caractérise la gastro-entérite chronique d'origine hydrargyrique.

d) *Néphrite.* — C'est sur l'épithélium des tubuli que portent les altérations causées par le mercure. Elles se traduisent cliniquement par de la polyurie (Lesser) et de l'albuminurie. Cette néphrite hydrargyrique peut affecter les formes les plus graves (Kaposi, Lewin); quatre fois elle a même pu amener la mort (cas n° 6, Krause; cas n° 10, Du Castel; cas n° 13, Lewin; cas n° 14, Brauer).

Cette complication paraît particulière aux injections insolubles (Lesser, Kaposi). C'est le salicylate de mercure, puis le calomel et l'huile grise, qui, par ordre de décroissance, s'accompagnent de manifestations rénales. Au contraire, le sublimé entre les mains de Lewin, les cyanures et cyanates entre celles d'Abadie, le biiodure — qui bien qu'insoluble se comporte, comme nous le verrons, à la manière d'un sel soluble — entre celles de De Lavarenne, n'ont dans aucun cas donné lieu à de l'albuminurie, même passagère. Cette simple constatation réduit à néant les craintes de ceux qui regardent les injections comme contre-indiquées d'une façon générale en raison de la néphrite qu'elles amèneraient d'autant plus facilement que le rein est seul chargé d'en assurer l'élimination. Encore une fois, ce qui est vrai pour la préparation insoluble est démenti par les faits pour la préparation soluble.

e) *Fièvre calomélique.* — Ce nom suggestif a été donné par M. le professeur Fournier aux accidents fébriles qui accompagnent les injections de calomel.

Cette élévation de température — nous ne visons bien entendu que celle qui se produit en dehors de toute erreur technique, spécialement d'asepsie — est le résultat de la violente inflammation locale causée par l'introduction dans les tissus d'un sel de mercure non résorbable. Il suffit de se reporter à la description du nodus et de l'abcès aseptique que nous avons donnée précédemment pour en comprendre la pathogénie.

Il ne faudrait pas croire en effet, malgré son nom, que cette fièvre ne se montre qu'après les injections de calomel. Elle est la règle avec le salicylate (Petersen), elle est fréquente avec l'huile grise. Elle s'accompagne d'un syndrome *grippal :* courbature, céphalée, inappétence, état gastrique. Elle peut se présenter sous une forme fruste, avec un seul des symptômes énumérés. Sa durée est de 3 à 4 jours, mais peut atteindre 8 jours. Elle peut se manifester à la suite d'un traumatisme de la région piquée, ou même tardivement, sans cause apparente.

Avec les injections solubles, la fièvre est exceptionnelle : plusieurs statistiques (Lewin, De Lavarenne) sont même muettes sur ce point. On ne l'observe en effet que lorsqu'il y a eu un début d'accidents toxiques. Quant à l'accès tardif, il est inconnu avec ce dernier mode de traitement.

b) *Accidents divers.* — En dehors des complications que nous venons d'énumérer, les préparations insolubles ont encore à leur passif des troubles nerveux, que l'on ne peut mettre à la charge de la syphilis, puisqu'ils ne se produisent qu'avec cette thérapeutique. Les injections de calomel et spécialement celles de salicylate de mercure sont fréquemment suivies de bourdonnements d'oreille, de vertiges, de contracture des extrémités, d'accidents épileptiformes (ayant même entraîné la mort : cas n° 9 de Du Castel), de tremblement des mains et de la langue, d'incertitude de la marche, de lipothymies, etc. — tous phénomènes qui n'ont jamais été observés ou redoutés par ceux qui se servent des injections solubles. D'après Lewin, ils seraient imputables à des petites embolies partant à intervalles irréguliers du foyer mercuriel dont nous avons décrit la formation au lieu de la piqûre.

Tels sont, rapidement énumérés, les principaux accidents causés par l'emploi hypodermique du mercure : nous avons vu qu'ils tiennent pour une large part au choix de la préparation, ou à une erreur de technique. Nous pouvons donc immédiatement aborder l'étude des indications d'une méthode dont nous savons dès maintenant que les dangers peuvent être réduits au minimum par l'exacte observation des règles que nous formulerons dans les chapitres subséquents.

(*A suivre.*) G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association des médecins de la Seine.

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche dernier sa 64e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Notre éminent doyen a saisi cette occasion pour exposer l'état actuel de la profession médicale en France. Nos lecteurs liront avec intérêt ce discours, que nous reproduisons *in extenso :*

Discours de M. le Président Brouardel.

Messieurs et chers Confrères,

Notre dévoué secrétaire général vous exposera, dans un instant, les résultats de l'exercice 1896-1897. Il ressort des faits que le malaise dont souffre le corps médical augmente tous les ans.

La fortune de l'Association semble prospère, les capitaux sont alimentés par de généreux donateurs. Les revenus s'accroissent, mais les besoins de nos confrères, de leurs veuves et de leurs enfants ne se sont jamais caractérisés par des demandes aussi nombreuses, et, malheureusement, aussi justifiées.

Je voudrais chercher avec vous quelles sont les causes de cette situation, je voudrais les croire temporaires.

Dans une de nos dernières assemblées, je vous signalais avec quelle rapidité croissait, dans les diverses Facultés de Paris et de la province, le nombre des étudiants en médecine. Le ministre de l'Instruction publique, sur l'avis du Comité de l'enseignement supérieur, a pris des mesures pour empêcher l'envahissement de la profession médicale par les étrangers.

Un nouveau diplôme, un diplôme universitaire, est en voie de création. Il sera donné aux docteurs et étudiants étrangers qui viennent, au grand profit national, chercher dans nos Facultés un complément de leur instruction médicale, à ceux qui veulent s'initier aux méthodes scientifiques françaises.

Pour lui conserver une valeur égale, il sera obtenu devant les mêmes juges, par les mêmes examens que ceux que conquièrent tous les étudiants, quelle que soit leur origine ; mais il ne donnera pas le droit d'exercer la médecine en France : en aucun cas, il ne pourra subir une transformation qui conférerait ce droit.

Pour les étudiants qui demandent, au contraire, à obtenir

un diplôme donnant le droit d'exercer, il ne sera pas accordé de dispense, ils passeront leurs baccalauréats et tous les examens. Ils seront traités comme des Français. A un régime de faveur, de pénétration, a donc succédé celui de l'égalité dans les épreuves exigées.

Bien que cette nouvelle réglementation ait écarté des Facultés de médecine un certain nombre d'étudiants étrangers, le vide a été vite comblé par l'affluence des étudiants français. A Paris, depuis 3 ans, ils dépassent 5 000, représentant le double de ceux qui étudiaient il y a 20 ans.

Remarquez que la progression est la même dans les Facultés de province. Il y a 15 ans, les statistiques estimaient que, dans toute la France, il y avait 11 000 à 12 000 docteurs en médecine, il y a depuis 5 ans, dans les Facultés, plus de 8 000 étudiants en médecine. Le nombre des praticiens aura triplé dans 15 ans, si quelque circonstance imprévue ne vient mettre un frein à cette surabondance.

Pouvons-nous analyser les causes de cette attraction produite sur les élèves et les familles par la profession médicale? On a invoqué la situation faite aux étudiants par la loi militaire.

Peut-être celle-ci a-t-elle une influence. Je la crois très faible, car le nombre des candidats sages-femmes a subi la même progression, et pour les étudiants en médecine, à l'étranger, dans les pays où la loi militaire n'a pas été modifiée, les étudiants en médecine croissent avec la même rapidité. Le mouvement est donc général.

J'estime que les conquêtes chirurgicales et médicales de ces dernières années ont une influence bien plus certaine. Il n'est pas de jour où, dans un journal, le père de famille ne lise un article d'hygiène ou de thérapeutique proclamant, parfois avec raison, les progrès accomplis dans telle ou telle branche de la science médicale. Ce père de famille s'imagine que, dans une carrière aussi prospère scientifiquement, son fils trouvera honneur et profit. Il ne comprend pas que tout ce qui diminue le nombre des malades ou assure leur rapide guérison, restreint le rôle du médecin; tous nous nous réjouissons de ces triomphes, nous souhaitons qu'ils se confirment et que d'autres leur succèdent, mais leur répercussion sur la situation des médecins n'en est pas moins réelle et parfois cruelle.

Cette multiplication du nombre des médecins les oblige pour vivre à se faire une concurrence acharnée, dans laquelle les règles de la loyauté se trouvent souvent en conflit avec les suggestions de la misère menaçante.

Vos anciens, comme moi, n'ont pas oublié qu'à l'époque où sur les bancs du collège ils cultivaient les vers latins, ils terminaient volontiers, lorsque le souffle poétique venait à languir, un vers incomplet par un

... malesuada fames.

Cette augmentation du nombre des docteurs n'est pas la seule cause de la crise que traverse le corps médical.

Les mœurs du public se sont transformées. Autrefois le médecin était avant tout l'ami de la famille, il était le *medicus familiaris*, aujourd'hui son rôle se transforme, on ne vient pas lui demander : Docteur que dois-je faire? j'ai mal aux yeux, aux oreilles, je tousse, j'ai des coliques hépatiques, etc., mais on lui dit : Donnez-moi donc l'adresse d'un spécialiste?

Trop heureux encore le client qui pose cette question à son médecin, car en général il reçoit l'indication de son fournisseur, de son concierge, de quelque personne rencontrée au hasard, ou pis encore de son journal qui proclame la valeur de tel ou tel praticien, de tel ou tel remède, de telle formule parfois d'ailleurs absolument toxique.

Il n'est pas rare de voir un malheureux qui, sous l'influence d'une cause morbide unique, a une maladie de la peau, une affection des yeux, des troubles cardiaques ou stomacaux, être guidé simultanément mais contradictoirement par cinq ou six spécialistes.

Que se dira le jeune docteur : On ne le dérange que pour lui demander l'adresse de spécialistes, il se fera lui-même spécialiste.

Qu'on ne s'y trompe pas, je ne suis pas l'ennemi des spécialistes, et je n'aurais qu'à regarder à côté de moi et devant moi pour savoir quelle part ils peuvent revendiquer dans l'histoire glorieuse de la médecine française, mais ce qui caractérise cette période au point de vue de la pratique médicale, c'est l'abus par le client de toutes les bonnes choses, de toutes les facilités que les progrès de la médecine et la bonne volonté des médecins lui ont données pour se soigner.

Abus par certaines personnes aisées des soins presque gratuits donnés aux membres des sociétés de secours mutuels; abus de l'hospitalisation depuis que l'on sait que la chirurgie et l'obstétrique ont transformé les services hospitaliers et, par suite, détournement en leur faveur, par les personnes qui se font ainsi soigner, des sommes léguées aux pauvres.

Mes chers confrères,

Je m'excuse d'avoir ainsi assombri cette réunion, mais nous nous nous trouvons reliés par une idée supérieure, nous voulons tendre une main secourable à ceux qui ont échoué dans leurs efforts, à leurs veuves et à leurs enfants. Est-ce sortir de notre rôle que de signaler les dangers qui les menacent? N'est-ce pas notre devoir de signaler ces abus et de nous réunir pour tâcher de limiter leurs effets?

Aucun de ces problèmes ne nous laisse indifférents et, partout où votre président a l'espoir d'être écouté, il dit et il répète, avec des succès divers : La profession médicale souffre de la pléthore de ses membres, elle se trouve en présence de mœurs nouvelles, les victimes de la profession augmentent de nombre, la lutte devient chaque jour plus acharnée, elle inspire mal quelques-uns des combattants; notre devoir à nous, représentants de l'Association des médecins de la Seine, à qui on a légué une tradition de près de 70 ans d'honorabilité et de dignité, est d'avertir les pouvoirs publics, de leur démontrer qu'il faut nous aider à assurer au médecin la possibilité d'exercer sa profession dans les conditions qui, depuis des siècles, lui ont valu le respect de tous les membres de la Société.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné ensuite lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 58 078 francs, dont 16 365 francs fournis par les cotisations, 2 765 francs par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 3 sociétaires, 61 veuves ou familles de sociétaires, enfin 30 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 3 pensions viagères de 1 200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 53 000 francs. Une somme de 3 000 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été élus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet; trésorier, M. Genouville.

Œuvre des hôpitaux marins. — Nous avons annoncé la constitution d'un Comité de dames présidé par Mme Félix Guyon et ayant pour objet d'assurer, par un appel adressé à tous les médecins de France, le succès de l'*Œuvre des hôpitaux marins*.

Nous apprenons que la souscription à laquelle sont conviés à participer tous ceux qui s'intéressent à cette œuvre si utile sera close le 10 mai et nous ne saurions trop vivement engager nos confrères à adresser leurs offrandes à Mme Guyon.

Un faux docteur. — On télégraphie de Marseille au *Temps* que le tribunal correctionnel a condamné à 2 ans de prison et 1 000 francs d'amende le nommé Gouneau, qui avait trouvé le moyen de se faire accepter comme docteur-médecin à bord du grand paquebot *les Andes*, bien qu'il n'eût jamais étudié la médecine. Il occupa 2 ans ces fonctions et même il amputa une jambe et fit l'ablation d'un sein sans conséquences fâcheuses pour les malades. Ces 2 opérations réussirent parfaitement, mais Gouneau finit par commettre une escroquerie de 16 000 francs au préjudice d'une passagère qui s'était éprise de lui. Poursuivi par le parquet de Marseille, on découvrit toute son histoire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE. — Tremblement héréditaire et tremblement sénile (p. 373).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Colite muco-membraneuse. — Appendicite (p. 375). — *Société d'ophthalmologie* : Hémorrhagies rétiniennes. — Hémorrhagies du fond de l'œil. — Déformation globuleuse des cornées. — Luxation en haut du cristallin. Cataracte. — *Société de médecine légale* : Tentative d'homicide volontaire par un aliéné persécuté (p. 376). — Hypnotisme. — *Société obstétricale et gynécologique* : Salpingite et appendicite. — Hydrorrhée déciduale. — Perforation recto-vaginale. — Colpocœliotomie (p. 377). — *Société de thérapeutique* : Action thérapeutique de l'europhène dans les maladies de la peau. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Phlegmon de l'orbite (p. 378). — Kyste épidermique du médius. — Gangrène par endartérite. — Injections sous-conjonctivales. — *Société nationale de médecine de Lyon* : Pneumococcie. — Cécité psychique (p. 379). — Régénérations osseuses. — Angines à strepto-bacilles. — *Société des sciences médicales de Lyon* : Troubles trophiques post-opératoires. — *Société de médecine de Nancy* : Fracture du maxillaire inférieur. — Tuberculose cæcale. — Corps étranger du poumon. — Fistule recto-vaginale (p. 380). — Endocardite des tuberculeux (p. 381).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Réunion libre des chirurgiens de Berlin* : Maladie de Basedow. — Hypertrophie du thymus. — Sarcome congénital. — Carcinome de la vessie et kyste de l'ouraque (p. 381). — *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin* : Aphasie hystérique. — Tumeur de la capsule interne. — Angleterre. *Clinical society of London* : Kyste hydatique de la plèvre gauche, du foie et du mésentère. — Sarcome de la prostate (p. 382). — *Royal medical and chirurgical Society* : Chirurgie du cerveau. — Méningite circonscrite. — Belgique. *Société belge d'anatomie pathologique* : Régénération des côtes après résection. — Thrombus abcédé du cœur. — Conservation par le formol. — Fibrome utérin. — Salpingo-péritonite (p. 383). — Vésicule biliaire. — *Société belge de gynécologie et d'obstétrique* : Grossesse extra-utérine. — Occlusion intestinale (p. 384).

NEUROPATHOLOGIE

Tremblement héréditaire et tremblement sénile,

Par MM. Ch. Achard et M. Soupault.

Parmi les tremblements, l'un des plus curieux et des moins fréquents est celui qui a été désigné sous le nom du *tremblement essentiel héréditaire ou congénital*. Quelques cas en avaient été rapportés à l'étranger, lorsqu'une observation publiée en France par MM. Debove et Jules Renault est venue rappeler sur lui l'attention (1). Quelque temps après, M. Raymond a montré qu'il ne représentait pas un type clinique constamment le même et qu'il était susceptible de quelques variantes (2).

L'un de nous s'est attaché à établir que, suivant une conception formulée déjà, avec réserve, par Charcot (3), il offre avec le tremblement dit sénile les rapports les plus étroits, à tel point qu'on pourrait les fondre tous deux en un seul et même type nosologique (4). Cette manière de voir a été développée dans la thèse de L. Raynaud, inspirée par ce dernier travail (5).

Voici un nouveau cas de tremblement héréditaire qui montre d'une façon bien nette ses analogies avec le tremblement sénile.

S... (Laure), âgée de 70 ans, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Axenfeld, n° 8, le 1er juillet 1896.

Jusqu'à l'âge de 14 à 15 ans, cette femme avait toujours été d'une bonne santé. A ce moment apparut un tremblement très léger, qui persista sans s'aggraver et sans gêner en aucune façon la malade jusqu'à l'âge de 30 ans. Il ne l'empêchait pas de coudre, d'écrire, d'exécuter des mouvements exigeant de l'adresse et de la précision. Par moments, sous l'influence d'un effort ou d'une émotion, il augmentait un peu, sans devenir jamais très intense. Vers l'âge de 30 ans, la malade perdit presque coup sur coup son père et sa mère. Sous l'influence du violent chagrin qu'elle ressentit, le tremblement subit une recrudescence telle qu'il la rendit presque impotente, l'obligeant, par moments, à garder le lit et à se faire nourrir.

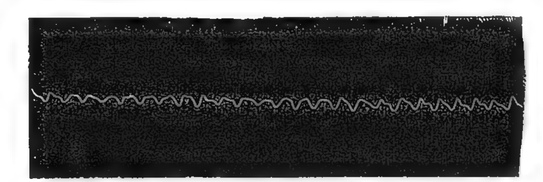


Fig. 1. — Tremblement héréditaire, tracé de la tête.

A l'âge de 44 ans, la malade, se trouvant à Nancy, consulta le Dr Spillmann; à la suite d'un traitement hydrothérapique se produisit une accalmie très grande qui persista pendant 14 ans. Le tremblement redevint assez léger pour permettre à la malade de reprendre sa vie d'autrefois.

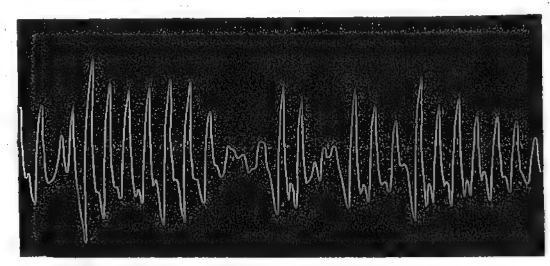
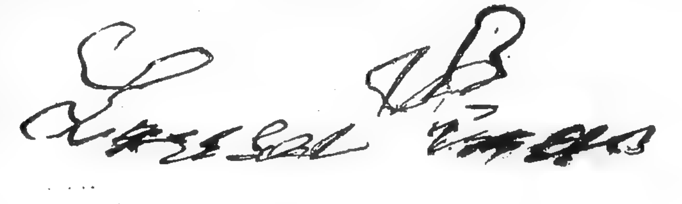


Fig. 2. — Tremblement héréditaire, tracé de la main.

Enfin, il y a 12 ans, à la suite de revers de fortune, le tremblement subit une nouvelle recrudescence et resta depuis tel qu'il se présente à nous aujourd'hui.

Ce tremblement est généralisé. Il est moins prononcé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs et à la tête. C'est aux membres supérieurs qu'il prédomine. Il est constitué



Laure Simon
Clichy, 6, rue d'Alsace.

Fig. 3. — Fac-similé de l'écriture de la malade atteinte de tremblement héréditaire.

1. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 3 juill. 1891, p. 355.
2. *Bull. médical*, 2 mars 1892, p. 205.
3. *Leçons du mardi*, 24 juill. 1888, t. I, p. 565.
4. Achard, *Médecine moderne*, 24 juin 1894, p. 801.
5. Rapports du tremblement sénile et du tremblement héréditaire (*thèse de Paris*, 1894).

par des oscillations peu rapides (environ 3 par seconde), d'une amplitude assez grande.

A la tête, les mouvements se font dans le sens vertical (tremblement affirmatif). En outre le tremblement affecte la mâchoire, les lèvres, les paupières, la langue. Les globes oculaires ne tremblent pas.

Aux membres supérieurs, les doigts sont agités de petites secousses, la main oscille autour du poignet, l'avant-bras se rapproche et s'éloigne alternativement du bras.

Aux membres inférieurs également, le tremblement porte à la fois sur les mouvements de totalité du membre et sur ceux de ses divers segments.

Le tronc est agité aussi de secousses de tremblement.

Le tremblement est constant. Quand la malade est couchée dans son lit et parfaitement calme, il est seulement très léger, mais il augmente sous l'empire de la moindre préoccupation, dès que la malade se sent regardée. Il diminue sensiblement pendant la marche. Par contre il est impossible à la malade de garder la position agenouillée.

Aux membres supérieurs, le tremblement augmente dans l'attitude du serment et dans les mouvements volontaires. Il s'exagère à mesure que la main se rapproche du but à atteindre. La malade a la plus grande difficulté à porter son verre à sa bouche, même lorsqu'elle est seule et parfaitement calme; elle est obligée de ne remplir le verre qu'à moitié et de le saisir à deux mains. Elle a dû renoncer à se servir de cuillères et de fourchettes, et mange avec ses doigts. Elle n'a plus qu'une incisive intacte, les autres ayant été brisées par les chocs qui se produisaient pendant qu'elle mangeait et buvait. L'écriture est à peu près illisible.

Le tremblement diminue en général le soir. Il augmente sous l'influence de la fatigue et par les temps d'orage.

Les réflexes sont normaux. Il n'y a aucune rigidité des membres. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité. L'intelligence est intacte. Pas de stigmates d'hystérie ou de neurasthénie. L'état général est bon. On note seulement une tachycardie assez marquée (110 pulsations). La malade éprouve quelques douleurs rhumatismales dans les articulations, où l'on observe aussi des craquements; les doigts présentent de légères déformations de rhumatisme chronique. Pas de signes d'alcoolisme ni de syphilis.

Antécédents héréditaires. — La malade raconte que sa mère était atteinte d'un tremblement qui avait débuté de bonne heure, avant son mariage et qui était assez intense pour la confiner au lit pendant les dernières années de sa vie. Son père est mort, dit-elle, d'une maladie de la moelle épinière, mais il ne tremblait pas. Les enfants étaient au nombre de 9; 6 d'entre eux tremblaient. La malade ne peut donner de renseignements très précis sur ses frères et sœurs dont elle n'a pas eu de nouvelles depuis des années. Elle vivait depuis longtemps à Paris avec une nièce qui est devenue folle récemment et qui tremblait légèrement depuis son enfance (internée actuellement à l'asile de Vaucluse).

Les renseignements qu'elle donne sur sa famille sont résumés dans le tableau suivant :

MÈRE *Tremblement* intense. — PÈRE Mort d'une maladie de la moelle épinière.	— 1° Fils, mort à 85 ans. — *Tremblement* ayant débuté de bonne heure. — 2° Fille, morte à 64 ans. — *Tremblement* très prononcé, ayant débuté de bonne heure. — 3° Fils. — Pas de tremblement. — 4° Fille. — Pas de tremblement. — 5° Fils. — *Tremblement* très prononcé. — 6° Fils. — *Tremblement*. Aliénation mentale. — 7° Fille. — *Tremblement* très marqué. Fille. — *Tremblement* léger. Epilepsie. Aliénation mentale. — 8° Fille. — Pas de tremblement. — 9° Fille (notre malade). — *Tremblement* très prononcé.

Dans ce cas, le caractère familial et héréditaire apparaît d'une façon éclatante. De plus, le tremblement est bien un tremblement essentiel ou idiopathique, puisqu'il constitue à lui seul toute la maladie. Enfin, s'il n'est pas strictement congénital, il est apparu dans le jeune âge, et c'est là une circonstance fréquente pour le tremblement héréditaire, qui ne se manifeste souvent qu'à un âge plus ou moins éloigné de la naissance. Nous trouvons donc réunis les éléments étiologiques qui caractérisent le tremblement héréditaire.

Quant aux caractères symptomatiques du tremblement, ce sont bien ceux du tremblement sénile, à tel point qu'on n'hésiterait pas sur ce diagnostic si l'on négligeait d'interroger la malade sur l'origine du tremblement et sur ses antécédents de famille. La tête participe au tremblement; les oscillations sont lentes. Comme on l'observe souvent dans le tremblement sénile, il existe au repos et s'exagère par les mouvements. Enfin le rythme et l'amplitude sont tout à fait semblables à ceux du tremblement sénile, comme on en peut juger en comparant les tracés avec ceux d'une malade qui est atteinte de cette dernière affection et dont voici l'observation résumée.

Veuve L..., âgée de 66 ans. Tremblement sénile localisé à la tête et aux membres supérieurs. A la tête, le tremblement cesse quand la malade est couchée; il est très prononcé quand la malade marche. Aux membres supérieurs, il disparaît également quand la malade est couchée; il est peu prononcé au repos, mais s'exagère sous l'influence de l'attention, de l'émotion, du mouvement. Les oscillations sont assez lentes et d'assez grande amplitude. Dans les mouvements intentionnels, cette amplitude augmente notablement à mesure que la main se rapproche du but à atteindre. L'écriture est impossible, ainsi que les actes exigeant un peu de précision dans les mouvements des mains. La parole est un peu scandée, la langue tremble assez fortement. Pas de tremblement des paupières.

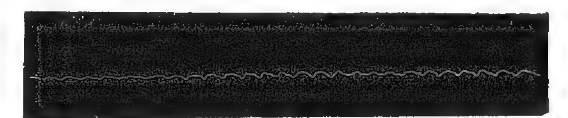


FIG. 4. — Tremblement sénile, tracé de la tête.

Pas d'autre trouble apparent du système nerveux.

Le tremblement remonte à l'année 1873. Peu de temps avant, la malade avait eu une fièvre typhoïde ataxo-adynamique. Puis elle éprouva des pertes d'argent et 6 mois après environ, elle se mit à trembler. Ce tremblement, d'abord léger, augmenta par la suite, en subissant cependant des périodes de rémission et d'aggravation.

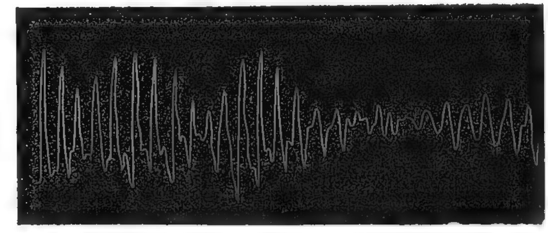


FIG. 5. — Tremblement sénile, tracé de la main.

Les père, mère, frères et sœurs de la malade ne tremblaient point. Elle ne donne pas de renseignements sur ses grands-parents qu'elle n'a pas connus.

A vrai dire, il n'y a pas de caractère pathognomonique du tremblement sénile. La participation de la tête, donnée comme l'un de ses principaux attributs, fait quelquefois défaut, et elle peut, d'ailleurs, exister

dans d'autres tremblements, comme celui de la paralysie agitante et ceux de l'hystérie. Le tremblement sénile existe souvent au repos, mais il peut subir l'influence des mouvements voulus, qui tantôt l'exagèrent, tantôt le diminuent. D'autre part, le tremblement héréditaire n'est pas mieux défini par ses caractères objectifs : son rythme et son amplitude varient; souvent lent, il peut être rapide (Debove et Renault); tantôt il atteint la tête, tantôt il la respecte. Il peut exister au repos et être accru ou atténué par les mouvements (1).

Trouvons-nous au moins dans les conditions étiologiques des éléments plus précis permettant une distinction? Il n'en est rien. Dans l'un comme dans l'autre, le tremblement est le symptôme à peu près unique. Tous deux sont influencés par la fatigue, les émotions, et tous deux peuvent survenir à la suite des mêmes circonstances provocatrices : traumatismes, secousses morales. L'âge, si l'on s'en rapporte aux noms qui les désignent, semblerait, à la vérité, établir entre eux une différence radicale. Mais si l'on examine les faits de plus près, on voit que le tremblement dit sénile n'est nullement une maladie de vieillesse, qu'il se développe à tout âge, souvent dans la jeunesse, voire même dans l'enfance, comme l'ont bien montré Charcot, M. Joffroy et son élève Bourgarel. Quant au tremblement héréditaire, appelé encore congénital, il attend souvent pour apparaître une cause occasionnelle; on l'a vu se manifester seulement dans la vieillesse, en sorte qu'il n'est congénital que par la disposition héréditaire que le sujet porte en lui et qui reste souvent latente pendant de longues années. Ajoutons que tous deux se développent chez des sujets présentant une hérédité générale névropathique dont fait foi, en ce qui concerne le tremblement héréditaire, le tableau généalogique de notre première observation.

Il ne subsiste donc, pour les distinguer l'un de l'autre, que l'hérédité similaire : dans le tremblement héréditaire, on observe la répétition de la maladie, encore qu'à des degrés très variables, sur différents membres d'une même famille, au lieu que ce caractère familial fait défaut dans le tremblement sénile. Mais, comme l'a fait judicieusement remarquer Charcot, l'hérédité similaire ne saurait aucunement caractériser à elle seule une maladie. Ne voit-on pas dans nombre d'affections nerveuses la transmission héréditaire exister dans quelques cas, manquer dans d'autres, sans qu'il vienne jamais à l'idée de démembrer ces maladies? Distinguera-t-on deux groupes nosologiques dans l'hystérie, suivant que la névrose se transmet ou non par hérédité directe? D'autre part, comme dans le tremblement héréditaire cette transmission n'est pas fatale et peut épargner plusieurs descendants d'une même famille, comme chez ceux qu'elle frappe elle peut ne se révéler qu'à un âge avancé, il serait tout à fait impossible de discerner les sujets qui portent en eux, encore latente, la disposition héréditaire au tremblement de ceux qui ne la possèdent pas.

Aussi ne faut-il point s'étonner qu'à une époque où le tremblement héréditaire était presque inconnu, des auteurs écrivant sur le tremblement sénile n'aient pas hésité à lui rattacher des cas où l'hérédité similaire était manifeste (Thébault, Demange, Bourgarel).

Toute distinction entre le tremblement héréditaire et le tremblement sénile nous paraît donc injustifiée, et nous estimons qu'il y aurait tout avantage à supprimer ces dénominations inexactes et à réunir ces deux affections en une seule, sous le nom du *tremblement essentiel* ou de *névrose trémulante*.

1. M. Lamacq a bien montré cette absence du caractère absolu dans ces deux sortes de tremblement. Voir son rapport sur la *Séméiologie des tremblements* au Congrès des aliénistes (Nancy, 1896; *Gazette hebdomad.*, 6 août 1896).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Avril 1897.

Colite muco-membraneuse.

M. Glénard insiste sur les relations qui existent entre les ptoses viscérales et l'appendicite. Pour lui, la colite muco-membraneuse est une modalité symptomatique d'une maladie de la nutrition à la phase de ptose viscérale; cette maladie de la nutrition est entretenue par une viciation fonctionnelle de l'appareil digestif et en particulier du foie. L'origine de la maladie de nutrition reconnaît pour cause une des causes communes à toutes ces maladies. Parmi ces causes doit être comprise la ptose primitive par effort ou traumatisme. La ptose primitive revêt l'allure de ptose symptomatique lorsque par son évolution elle a provoqué une maladie générale de la nutrition.

De ce que la colite membraneuse s'accompagne parfois soit de sable intestinal, soit de crises d'appendicite, il ne semble pourtant pas qu'on soit autorisé à admettre une relation de cause à effet, en raison de la fréquence beaucoup plus grande des cas dans lesquels l'appendicite éclate sans avoir été précédée de colite, en raison des cas dans lesquels, pour la moitié environ, le sable intestinal est excrété sans mucosités ni membranes.

Le traitement le plus efficace de l'entéro-colite véritable et ce qui peut le plus sûrement écarter les crises, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, est celui qui répond à la quadruple indication de combattre la ptose viscérale et la diminution de tension de l'abdomen, d'activer les sécrétions hépatiques et intestinales, d'adapter l'alimentation à l'état fonctionnel des organes et de combattre l'acidité des humeurs.

Un tel traitement, d'abord palliatif, peut, avec le temps, devenir curatif. Il est certainement, dans tous les cas, prophylactique.

Appendicite.

M. Labbé rappelle qu'avant la dénomination d'appendicite, les chirurgiens opéraient les typhlites et les pérityphlites. Il résume les appendicites à 4 types : les appendicites perforantes d'emblée, les appendicites à foyer limité, les appendicites plastiques et les appendicites chroniques à répétition. Il trouve que tous les cas ne doivent pas être opérés et craint que les chirurgiens n'aient tendance aujourd'hui à intervenir trop souvent.

M. Dieulafoy a réuni, depuis la dernière séance, plusieurs nouvelles observations de sujets atteints de colite muco-membraneuse qui n'ont jamais présenté d'appendicites.

Il donne connaissance de plusieurs lettres qui lui ont été adressées par divers médecins, entre autres des documents dus à M. Hutinel, qui n'a jamais trouvé que l'appendicite fût la conséquence ou l'aboutissant de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. Cornil lit une note de MM. V. Babès et C. Levadite sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberculose.

M. Doyen présente 2 enfants auxquels il a pratiqué l'ablation de polypes naso-pharyngiens.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 9 Avril 1897.

Hémorrhagies rétiniennes chez une hystérique.

M. Sauvineau communique une observation envoyée par M. Valois (de Moulins), où il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, soignée depuis plusieurs années pour des troubles hystériques nettement caractérisés, qui fut prise subitement, à la suite d'une attaque convulsive, d'amblyopie, surtout marquée à l'œil gauche. Les réflexes pupillaires restaient normaux, ainsi que l'accommodation. La cornée et les milieux oculaires ne présentaient rien de particulier, mais, en revanche, le fond de l'œil offrait les altérations suivantes :

1° Sur tout le trajet des vaisseaux, la teinte rouge de la rétine est remplacée par des zones grisâtres donnant l'aspect d'exsudats très transparents; ces zones s'étendaient de chaque côté du vaisseau sur une largeur d'un demi-diamètre à un diamètre papillaire, n'étant pas en saillie apparente, et leur couleur arrivait à se fondre complètement avec celle du fond de l'œil. Ces sortes de sillons se prolongeaient même le long des dernières divisions des vaisseaux.

2° En suivant le trajet des vaisseaux, on pouvait observer 4 hémorrhagies, dont une assez grosse, du volume d'une petite lentille, et toutes en communication directe avec une artère.

De l'autre côté, il n'y avait rien d'anormal.

Cette malade n'avait pas d'affection cardiaque et il n'existait dans ses urines ni albumine, ni sucre; mais elle était chlorotique.

S'agit-il, comme le pense M. Valois, de lésions dues à l'hystérie? Si la malade ne présentait pas les causes habituelles des hémorrhagies rétiniennes, elle était, du moins, atteinte de chlorose, et l'on sait que les œdèmes et les hémorrhagies ne sont pas rares au cours de cette affection. La chlorose pourrait donc être incriminée. Mais, d'un autre côté, la malade était incontestablement atteinte d'hystérie. De plus, l'amblyopie présentait bien les caractères de l'amblyopie hystérique, et elle existait aussi à l'œil droit, dans lequel aucune lésion ophthalmoscopique n'a été constatée. Il n'est donc pas impossible d'admettre qu'il s'agissait d'hémorrhagie et d'œdème accompagnant une amblyopie hystérique, de même que l'on voit l'œdème des membres, dans l'hystérie, coexister avec une arthralgie, une contracture ou une paralysie.

Il serait, par suite, intéressant de rechercher l'existence de l'hystérie dans tous les cas d'hémorrhagies rétiniennes qui ne sont pas explicables par les causes ordinaires et bien connues.

Des hémorrhagies du fond de l'œil chez les jeunes sujets et les adultes.

M. Abadie j'ai déjà cherché à différencier ces hémorrhagies de celles qu'on observe chez les gens âgés, comme dans l'albuminurie et le diabète.

Ces hémorrhagies s'observent chez les enfants et adolescents.

L'étiologie de ces hémorrhagies est obscure; elles se présentent chez des individus bien portants, sans tare héréditaire aucune. Je veux signaler deux symptômes qui m'ont mis sur la voie du traitement. Ces hémorrhagies rétiniennes sont précédées d'épistaxis plus ou moins fréquents. Chez un de mes malades, l'examen du sang fait par M. Malassez a montré une diminution des globules rouges. Donc les épistaxis précédant ou accompagnant ces hémorrhagies, et la diminution du nombre des globules rouges ont fait penser à des altérations dyscrasiques, et M. Abadie leur a opposé un traitement approprié : limonade sulfurique, perchlorure de fer, ergotine. Il a obtenu des succès avec cette façon de procéder, tandis qu'il a pu observer des résultats désastreux lorsque cette méthode n'avait pas été appliquée, entre autres, un étudiant soigné par le sulfate de quinine, les iodures et dont la vision diminuait de plus en plus. Après le traitement dont il vient d'être question, le corps vitré s'éclaircit, mais la papille était atrophiée et l'autre œil atteint en second lieu fut complètement guéri.

En dehors de ces hémorrhagies, on en observe d'autres qui se produisent chez les adultes sans aucun autre symptôme morbide. Les injections sous-cutanées mercurielles les améliorent sensiblement.

Déformation globuleuse des cornées.

M. Despagnet présente une femme, âgée de 72 ans, atteinte de troubles de la vue depuis six mois. La malade offre une ectasie globulaire des deux cornées. Le kératoglobe offre une sphéricité régulière sur toute la surface de la cornée, excepté à la partie supérieure où il y a comme un angle obtus. La chambre antérieure est agrandie ; la pupille légèrement dilatée et l'iris réagit bien. A l'ophthalmoscope, on constate un staphylome postérieur et une choroïdite atrophique des deux macula ; hypotonie ; astigmatisme myopique de 14 à 16 dioptries ; acuité de 1/12.

L'ectasie globulaire est, en général, en rapport avec la buphthalmie qui fait défaut ici. De plus, les ectasies globulaires sont l'apanage des adultes et la malade présentée a 72 ans.

Luxation en haut du cristallin.

M. Piton (Brest) a observé un soldat présentant une luxation du cristallin, qui était comme suspendu par son bord supérieur et basculé d'avant en arrière. Cette luxation remonte à l'enfance ; mais elle n'est pas congénitale et paraît avoir été produite par un traumatisme.

Guérison spontanée de la cataracte.

M. Kœnig a observé deux malades : l'un atteint de diathèse urique, chez qui les opacités cristalliniennes disparurent spontanément pour se reproduire ensuite ; l'autre, âgée de 70 ans, diabétique, dont les opacités du cristallin disparurent complètement deux ans après le premier examen, cette disparition coïncidant avec celle du sucre.

Des cas analogues ont été observés également par plusieurs praticiens.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 22 Février 1897.

Tentative d'homicide volontaire par un aliéné persécuté.

M. Vallon rapporte l'observation d'un boucher, qui devient sans motifs, au bout de seize ans de ménage, subitement très jaloux de sa femme, qu'il accusa avoir pour amant le nommé D... L'idée ne tarde pas à se transformer en délire de persécution, dans lequel il est entretenu par des somnambules. Après avoir écrit à différents commissaires de nombreuses lettres, où son délire éclate, il tente de réaliser son dessein, et tire deux coups de revolver sur D...

En citant ce fait banal, M. Vallon désire attirer l'attention ses deux points spéciaux.

Le premier, c'est que le délire de ce malade a été entretenu, augmenté, excité par des somnambules, qui ont profité de sa situation pour lui extorquer plusieurs milliers de francs. Il est certain qu'à Paris l'industrie des somnambules n'est pas suffisamment surveillée.

En second lieu, il est acquis que pendant des années un aliéné a non seulement adressé à différents commissaires de police des lettres où la folie est manifeste, et où des menaces de mort sont exposées tout au long, mais encore qu'il est allé lui-même dire dans les commissariats qu'il tuerait un homme, et on n'a pris aucune mesure préventive. C'est d'autant plus étrange qu'à Paris l'infirmerie spéciale de la préfecture de police est destinée à permettre une solution immédiate de ces questions.

La pratique qui règne dans les commissariats c'est d'attendre, pour enfermer un aliéné, qu'il ait commis un acte dangereux ; tant qu'il n'a ni tué, ni blessé, ni incendié, on le laisse en liberté. Cette manière de faire est désastreuse.

M. Descoust cite le cas suivant. Un jour on vient le cher-

cher pour examiner un homme qui s'était enfermé dans sa salle à manger avec des armes à feu et ne voulait ni en sortir ni ouvrir. A l'annonce de la visite de M. Descoust, il répondit qu'il allait tirer un coup de fusil à travers la porte. M. Descoust se rendit chez le commissaire de police qui demeurait en face, et il lui exposa la situation. Il lui répondit qu'il n'y pouvait rien, et ne se décida d'emmener l'individu que lorsqu'on lui fit remarquer que cet homme pouvait lui tirer des coups de fusil quand il sortirait de son commissariat. Donc, quand ils le veulent, les commissaires de police peuvent agir dans ces cas.

M. Vallon. — La vérité, c'est qu'ils sont terrorisés par la crainte d'être accusés par les journaux d'avoir commis une séquestration arbitraire.

Mort par diabète d'un individu soumis à des manœuvres répétées d'hypnotisation exécutées par des personnes ignorantes.

M. Motet résume une note envoyée par **M. Clark Bell**. Des personnes ignorantes et inexpérimentées avaient trouvé, dans un jeune nègre, un sujet merveilleux au point de vue de l'hypnotisation, et en abusaient ; les séances étaient répétées et particulièrement fatigantes. Aussi, comme ce nègre mourut rapidement, l'opinion publique s'émeut et l'autopsie fut réclamée. Elle montra que la mort était due au diabète ; il n'y avait pas de lésions cérébrales.

M. Clark Bell était invité par le coroner à dire si, dans ces conditions, la mort était imputable aux manœuvres auxquelles ce jeune homme avait été soumis. Ni lui, ni les nombreux confrères qu'il consulta ne purent répondre affirmativement, tout en reconnaissant ce que de telles fatigues avaient de grave.

Aussi le jury, en acquittant les prévenus, demanda à l'Etat de promulguer une loi défendant l'hypnotisation aux ignorants.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 7 Avril 1897.

Diagnostic différentiel de la salpingite et de l'appendicite.

M. Richelot fait remarquer que si aujourd'hui, depuis qu'on connaît bien l'appendicite, le diagnostic est généralement facile, il est cependant des cas dans lesquels le chirurgien peut hésiter beaucoup. Si, par exemple, la tumeur est située dans le voisinage du détroit supérieur, on pourra penser à une appendicite siégeant haut. Dans d'autres cas, où l'on ne constate pas de tumeur, les douleurs viscérales, que l'on rencontre souvent chez les arthritiques, peuvent faire penser à une affection génitale alors qu'il n'existe que des douleurs appendiculaires. M. Richelot a observé six cas dans lesquels le diagnostic était particulièrement difficile, d'autant que plusieurs des malades étaient vierges, ce qui permettait plutôt de penser à une appendicite. La laparotomie a démontré qu'il s'agissait de tumeurs annexielles.

M. Doléris croit ainsi que dans le diagnostic la question du siège joue un grand rôle. L'appendicite est une affection du flanc, tandis que la salpingite est une tumeur du petit bassin. Quand les tumeurs péri-utérines siègent haut, on retrouve toujours dans les antécédents une grossesse ou un avortement ayant forcé les trompes à s'élever en même temps que l'utérus. Si la douleur existe seule, il est bien difficile d'appuyer son diagnostic sur le siège seul de cette douleur. Charcot et Duthil ont bien montré que, chez les nerveux et les arthritiques, la douleur pouvait siéger plus ou moins profondément. C'est quelquefois la peau, d'autres fois les muscles ou les viscères qui sont douloureux, même quand il y a lésion localisée. On ne doit jamais négliger les antécédents, car il est bien rare de rencontrer des affections annexielles sans passé génital.

Sur un cas d'hydrorrhée déciduale.

M. Bonnet rapporte une observation de **M. Grimodie** où il s'agit d'une femme ayant eu du rhumatisme articulaire et enceinte pour la troisième fois. Le premier accouchement a été normal. La seconde grossesse s'est terminée par la naissance, à huit mois, d'un enfant mort. Les suites de couches ont été pénibles. Cette femme redevint enceinte en mai 1894 et c'est pour cette grossesse qu'elle a été examinée. Elle est atteinte d'une lésion mitrale très prononcée. Elle souffre de dyspnée, de palpitations, d'œdème des membres, etc. Au cinquième mois de sa grossesse, elle perd environ un demi-litre d'eau, puis la perte s'arrête et recommence quelques jours après. Elle continue sa grossesse pendant trente-cinq jours et finit par accoucher à six mois d'un enfant mort. Ces pertes successives, discontinues, survenant sans cause et durant si longtemps, doivent être rattachées à l'hydrorrhée déciduale, c'est-à-dire à un écoulement de liquide provenant de la caduque utérine. M. Grimodie a pensé que l'hydrorrhée devait être causée par la maladie du cœur qui prédispose aux hydropisies.

M. Porak ne croit pas que les maladies du cœur puissent amener de l'hydrorrhée déciduale. Cet écoulement de liquide provient, en effet, non pas d'une hydropisie, mais d'une maladie de la caduque. Cependant le placenta est malade chez les cardiaques et il est possible que la caduque, qui participe à ces altérations, produise plus facilement de l'hydrorrhée.

M. Bar pense aussi qu'il ne faut pas confondre l'hydropisie avec l'hypersécrétion. L'hydropisie ne se voit que chez les cardiaques, à une époque avancée de la maladie. Ces œdèmes ne se produisent que lorsque le sang, par sa toxicité, altère les vaisseaux sanguins. On peut rencontrer de l'endométrite déciduale chez des cardiaques, mais la maladie du cœur ne doit pas être considérée comme cause de cette inflammation.

Perforation recto-vaginale chez une accouchée.

M. Lenoble rapporte une observation prise dans le service de M. Doléris et où il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, primipare, ayant toujours été mal portante. Elle est tuberculeuse et présente tous les signes de la fausse chlorose. Elle est, de plus, très nerveuse et atteinte de vaginisme très prononcé.

Elle entra en travail le 15 mars dernier et comme la tête ne progressait pas, étant donnée la contracture du périnée, on termina l'accouchement par une application de forceps qui fut des plus faciles; légère déchirure du périnée qui fut suturée immédiatement. Le surlendemain, il s'écoule des matières par le vagin. Les fils sont retirés et l'on constate qu'il existe une perforation de la cloison recto-vaginale sur une étendue de 2 centimètres environ. Le 29 mars, M. Doléris restaura le périnée et la malade est actuellement guérie de sa fistule.

M. Lenoble ne pensa pas que dans cette perforation il faille incriminer le forceps. C'est plutôt le vaginisme qui en est la cause. La tête, poussée énergiquement contre le périnée et ne pouvant se dégager au niveau de la vulve, est venue déprimer le sinus rétropérinéal, région qui ne contient pas de muscles. La cloison recto-vaginale a cédé et si l'on n'avait pas terminé l'accouchement la tête aurait pu sortir par le rectum, comme cela a été observé plusieurs fois.

M. Maygrier pense qu'à côté de cette contracture musculaire, il faut placer la résistance des tissus. M. Budin a beaucoup insisté sur le rôle que joue l'orifice vaginal dans le mécanisme des déchirures périnéales.

M. Bar fait remarquer qu'on ne fait jamais d'application de forceps sans déchirer la paroi vaginale, et, comme il l'a montré, ces déchirures siègent toujours sur la paroi postérieure, de chaque côté de la colonne du vagin. Cette déchirure habituelle n'est peut-être que le premier degré des déchirures complètes. Quand les femmes ont de la vaginite chronique, il se forme des adhérences entre le rectum et le vagin, et il est possible que, ces deux organes ne glissant plus l'un sur l'autre pendant la période de distension périnéale, la déchirure s'étende à toute l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

Colpocœliotomie pour lésions des annexes.

M. Pichevin présente une trompe malade qu'il a enlevée par le procédé qui consiste à inciser l'un des culs-de-sac du vagin. On peut ainsi explorer les organes pelviens et réséquer

ensuite les trompes et les ovaires s'ils sont malades. Quand la tumeur bombe dans le cul-de-sac postérieur, il faut avoir recours à la colpotomie postérieure. Si l'utérus est en position normale on pourra, au contraire, inciser le cul-de-sac antérieur. C'est ce procédé que j'ai employé dans ce cas.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 7 Avril 1897.

L'action thérapeutique de l'europhène dans les maladies de la peau.

M. Paul de Molènes. — L'europhène, d'après les nombreux travaux publiés en Allemagne, particulièrement dans ces dernières années, serait un succédané de l'iodoforme, en ayant tous les avantages et aucun des inconvénients. Depuis huit mois nous l'avons expérimenté, et c'est le résultat de ces expériences qui fait l'objet de cette note.

L'europhène (iodure d'isobutylorthocrésol ou crésoliodide) résulte de l'action d'une solution d'iode et d'iodure de potassium sur une solution aqueuse d'isobutylorthocrésol. L'europhène, qui, en termes moyens, renferme 27,6 p. 100 d'iode, est très stable dans l'air sec; chauffé à 70°, il laisse échapper de l'iode; enfin, propriété des plus intéressantes, il donne comme l'iodoforme, au contact de l'humidité à la température ordinaire, de petites quantités d'iode à l'état continu.

C'est une poudre très fine, jaunâtre, ayant une légère odeur de safran, qui disparaît quand elle est incorporée aux corps gras, insoluble dans l'eau et la glycérine, mais très soluble dans l'éther, le chloroforme, le collodion et les huiles fixes. L'europhène s'épaissit à la chaleur de 70°. Aussi convient-il d'en préparer à froid les pommades et solutions : ces dernières sont, d'ailleurs, très stables, et, à la dose de 10 à 20 p. 100, donnent à peine un dépôt après trois mois de préparation. Son poids spécifique étant beaucoup plus faible que celui de l'iodoforme, on peut voir une partie d'europhène couvrir une surface 5 fois plus étendue qu'avec une partie d'iodoforme; il est résineux au toucher et adhère à la peau et aux muqueuses plus facilement que l'iodoforme.

L'action thérapeutique de l'europhène provient de ce qu'il se produit à l'état continu un dégagement d'iode, dès que ce corps est en contact avec une surface humide, dégagement d'autant plus accentué que le milieu est plus alcalin; cet iode est absorbé et éliminé en très faible partie par l'urine (4 p. 100 environ), et en presque totalité et inaltéré par les matières fécales, ce qui explique la non-toxicité de l'europhène; on n'a jusqu'à ce jour, en effet, signalé aucun cas d'intoxication; seuls, Truka et R.-W. Taylor ont relaté deux observations d'érythème léger, diffus, consécutif à une large application d'europhène.

Quant à son action antibactérienne, les expériences de laboratoire démontrent qu'elle est sensiblement égale à celle de l'iodoforme, c'est-à-dire que l'un et l'autre ne détruisent pas les bactéries, mais en ralentissent et modifient très notablement la vitalité et les germinations.

L'europhène a, depuis quelques années, été fréquemment utilisé à l'étranger, aussi bien par les chirurgiens que dans la pratique gynécologique, otologique, rhinologique, ophthalmologique, etc. Il a rendu des services particulièrement signalés dans le traitement des brûlures, de la lèpre, du chancre mou, et même de la syphilis, où certains expérimentateurs auraient eu recours à la méthode hypodermique pour utiliser son action antisyphilitique.

Nous ne l'avons jusqu'ici expérimenté que sur le terrain de la dermatologie pure, et l'avons employé sous différentes formes: *poudre* pure ou coupée de parties égales d'acide borique ou même de borax, *pommades* à 5 à 15 p. 100, ayant, de préférence, la lanoline comme excipient, et ne renfermant, autant que possible, pas d'amidon, d'oxyde métallique ni de sels de mercure; *huiles* à 5 à 20 p. 100, *collodions* et *traumaticines* à 10 p. 100, et, en injections d'éther saturé d'europhène, cet agent médicamenteux n'étant pas toxique, ainsi qu'il a été déjà dit.

C'est surtout dans toutes les ulcérations étendues des membres inférieurs et, particulièrement, dans les ulcères dits variqueux, que les préparations à base d'europhène nous ont donné les succès les plus éclatants, supérieurs à ceux obtenus soit avec l'iodoforme, soit avec l'aristol, le dermatol ou le salol.

La plaie, une fois lavée avec une solution chaude de sublimé à 1 p. 2000, et desséchée avec un tampon d'ouate hydrophile, était saupoudrée largement avec de la poudre d'europhène, d'abord coupée de parties égales d'acide borique, puis, au bout de quelques jours, pure. La peau, généralement très irritée, qui entourait l'ulcération, était pansée avec de la pommade à la lanoline et à l'europhène (5 à 10 p. 100), et le tout convenablement fixé avec une bande de tarlatane bien souple. Le pansement était renouvelé toutes les 24 heures. Dans plusieurs cas, où il existait plusieurs ulcérations variqueuses, j'ai traité une des ulcérations avec l'iodoforme, et une autre avec l'europhène, et toujours, celle pansée à l'europhène présentait rapidement un aspect meilleur. Si le pansement était appliqué convenablement et si le repos absolu du membre pouvait être obtenu, la guérison était en général rapide, et survenait après trois à cinq semaines.

Dans un cas de gommes multiples syphilitiques suppurées du membre inférieur, et un cas de gomme également syphilitique de l'avant-bras, les applications d'europhène jointes, bien entendu, au traitement interne ont provoqué une guérison rapide. Chez une jeune femme de 21 ans, atteinte de gommes multiples tuberculeuses des régions sous-maxillaire et sterno-mastoïdienne droites, non ulcérées mais prêtes à s'ouvrir et qui présentait, en outre, des cicatrices multiples et chéloïdiennes cervicales tenant à d'anciennes gommes suppurées et guéries, 5 injections d'éther saturé d'europhène ont été pratiquées dans chaque tumeur gommeuse; celles-ci se sont affaissées et ont disparu sans laisser aucune cicatrice. Chez une autre femme de 50 ans, atteinte de lupus tuberculeux ancien ulcéré du lobule nasal, des applications d'huile et de poudre à l'europhène, jointes aux ponctions électro-caustiques, ont produit une belle cicatrisation lisse et régulière en l'espace de deux mois et demi.

Dans un cas de furoncles multiples et dans un autre d'engelures ulcérées des mains, j'ai appliqué d'abord un pansement avec la poudre et l'huile à l'europhène, puis j'ai achevé la guérison, qui a été très rapide, avec le collodion à l'europhène. Dans 2 cas de favus ancien et étendu, et dans plusieurs cas de trichophytie du cuir chevelu, les applications de traumaticine à l'europhène, qui avaient pour but d'agir par le contact permanent de l'agent parasitaire, et par l'épilation consécutive à l'avulsion brusque et réitérée de la traumaticine, n'ont pas donné de résultats sensiblement supérieurs à ceux produits par les traitements antérieurs. L'europhène, ainsi du reste que les agents médicamenteux de la même série, ne semble donc pas avoir une action très efficace, en présence des dermatoses sèches (eczéma sec, prurigo, pityriasis versicolore, lichen de Wilson, psoriasis) bien que Kopp ait prétendu que la pommade à l'europhène agissait aussi bien dans le psoriasis que la pommade à l'acide chrysophanique, ce que nous n'avons pas constaté; mais il doit donner de bons résultats dans la série des dermatoses humides, suppurantes (ulcères, gommes suppurées, impétigo, furoncles, eczéma humide, brûlures, engelures, lupus, affections pemphigoïdes, etc.).

Ainsi limité, le champ d'expérimentation demeure encore assez vaste, et les résultats obtenus jusqu'à ce jour semblent assez satisfaisants, pour autoriser à poursuivre les expériences avec ce médicament sinon nouveau, du moins peu connu, non toxique et digne d'intérêt.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Mars 1897.

Phlegmon de l'orbite; névrite étranglée; kératite neuro-paralytique; anesthésie douloureuse de l'œil.

MM. Cabannes et Ubry. — F. G., âgée de 56 ans, cultivatrice, atteinte de larmoiement chronique double, à la suite d'une injection maladroite pratiqué à l'aide de la seringue Anel

offre tous les symptômes d'un phlegmon de l'orbite du côté gauche. La seule particularité à signaler est la diminution considérable de la sensibilité de la cornée. A l'examen ophthalmologique, l'aspect du fond de l'œil est tout à fait comparable à celui de la névrite étranglée des tumeurs cérébrales.

La névrite étranglée reconnaît-elle pour cause :

A. La compression simple du nerf optique par le tissu cellulaire induré de l'orbite agissant sur lui comme aurait pu le faire une véritable ligature ?

Cette compression aurait plutôt à notre avis déterminé de l'atrophie.

B. Il est plus vraisemblable qu'il y a eu propagation du processus inflammatoire de l'orbite du tronc du nerf et névrite optique consécutive

La kératite neuro-paralytique qui a fait son apparition au cours du phlegmon est un trouble d'ordre trophique : elle est due à la compression et à l'inflammation consécutive des nerfs ciliaires, elle est la conséquence d'une véritable névrite périphérique.

M. Lagrange. — Pour expliquer la papille étranglée, il suffit d'admettre la compression du nerf optique par l'œdème du tissu cellulaire, et comme preuve à l'appui, il existe de l'anesthésie de la cornée par compression de ses nerfs. Les douleurs et l'anesthésie se voient dans le glaucome suraigu où la cornée est insensible et le globe de l'œil douloureux.

M. Cabannes tend plutôt à admettre une névrite par propagation.

M. Lagrange. — Il faudra suivre ce malade; s'il s'agit d'une névrite, la papille étranglée persistera; s'il s'agit d'œdème du tissu cellulaire, la malade guérira.

Kyste épidermique de la première phalange du médius droit; extirpation, examen microscopique de la paroi kystique.

M. Chavannaz. — La nommée D..., âgée de 57 ans, est atteinte depuis 14 ans d'une petite tumeur mobile du volume et de la forme d'une olive, qui siège au niveau de la face palmaire de la première phalange du médius droit. L'extirpation de la tumeur est pratiquée. C'est un kyste contenant quelques gouttes d'un liquide blanchâtre et visqueux à paroi épaisse, à face interne unie, d'un blanc éclatant.

A l'examen microscopique, la paroi kystique se montre formée de deux portions l'une épidémique, l'autre conjonctive. Sa structure est des plus classiques : c'est celle qu'on rencontre le plus souvent, 15 fois sur 24, d'après le travail de Labougle.

M. Lagrange. — Les tumeurs perlées de l'iris ont une pathogénie analogue.

Gangrène du membre inférieur droit par endartérite oblitérante.

M. Ginestous. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie les artères iliaques et fémorales droites d'un malade mort dans le service de M. Rondet à la suite de la gangrène du membre inférieur droit par endartérite oblitérante.

Ces artères sont noirâtres jusqu'au niveau de la bifurcation de l'aorte. Elles sont oblitérées par un caillot noirâtre, de consistance assez dure. Dans l'iliaque externe, ce caillot est transformé en une bouillie mollasse qui oblitère également la lumière de cette artère, bouillie qui se continue dans la fémorale.

En arrivant au milieu de l'artère fémorale, les ciseaux s'engagent entre les tuniques artérielles qu'on pourrait ainsi disséquer couche par couche. Au niveau de l'artère fémorale profonde, la lumière de cette artère est considérablement diminuée et de plus on y remarque un caillot de consistance assez dure qui l'oblitère.

Du côté des veines rien de particulier. Pas de caillots.

M. Bégouin a vu 4 cas d'endartérite remontant très haut et traitées par l'amputation élevée. Sur ces 4 cas, il y a eu 3 succès qui persistent encore. Dans un cas, une malade atteinte de cancer de l'utérus eut une gangrène du membre supérieur. On désarticula l'épaule et comme l'axillaire était oblitérée, on en fit le curage. Le résultat opératoire fut excellent.

Recherches expérimentales sur les injections sous-conjonctivales.

M. Fromaget et **Laffay** — Des expériences que nous avons poursuivies sur ce sujet nous pouvons conclure que :

1° Les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure arrêtent ou retardent les infections de globe de l'œil.

2° Les sels solubles injectés sous la conjonctive pénètrent dans le globe de l'œil et on peut déceler leur présence dans l'humeur aqueuse.

3° Ces injections peuvent être considérées comme ayant un rôle antiseptique vis-à-vis de l'infection oculaire.

4° Les solutions irritantes s'accompagnent d'une réaction inflammatoire, qui lorsqu'elle est trop intense peut amener des troubles trophiques graves du côté de la conjonctive et de la cornée.

5° Les sels solubles non irritants sont absorbés très rapidement sous la conjonctive.

6° Ils sont absorbés beaucoup plus rapidement dans les yeux malades.

7° L'idéal à attendre serait l'emploi antiseptique énergique et ne déterminant aucune irritation. Grâce à lui on pourrait à volonté pratiquer des injections répétées pour lutter victorieusement contre l'infection.

M. Lagrange. — Gosselin avait déjà démontré que l'atropine passe du cul-de-sac conjonctival à la chambre antérieure. Il était donc démontré que ce tissu était absorbant. On peut, à plus forte raison, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival faire pénétrer des liquides dans la chambre antérieure. D'ailleurs les expériences confirmatives de Pflüger, relatives à la fluorescéine sont en faveur de ce fait. La pratique, montrant l'efficacité des injections sous-conjonctivales de sublimé confirme aussi ces théories quoique l'on dise que la quantité de sublimé ainsi absorbée est très minime.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 12 Avril 1897.

Pneumococcie.

M. Vinay rapporte un cas de pneumococcie survenue pendant la grossesse et ayant entraîné la mort après l'accouchement. Il s'agit d'une femme de 22 ans, primipare, mariée pendant une période d'anémie intense. Au 6e et 7e mois de la grossesse, apparurent successivement une otite, une pleurésie droite, puis une angine et une irido-choroïdite de l'œil droit qui aboutit à la fonte de l'œil. L'accouchement eut lieu à terme et ne présenta aucune complication mécanique. L'enfant, qui pesait 3 kilogs, mourut le lendemain. A ce moment, la température s'éleva à 40°, sans qu'aucun mode de traitement pût la ramener à la normale. Au bout de quelques jours, un volumineux abcès se forma à la nuque, où M. Lyonnet constata la présence du pneumocoque à l'état de pureté. La malade mourut le 19e jour. A l'autopsie, points disséminés dans les deux poumons, surtout dans le droit, quelques abcès dans la substance corticale des reins. Utérus et ovaire normaux. Le sang, examiné pendant la vie ne contenait pas le pneumocoque.

Ce cas présente un certain intérêt par le fait que la grossesse semble avoir créé des circonstances favorables à l'exaltation de virulence et à la généralisation du pneumocoque.

Cécité psychique.

M. Lépine fait connaître quelques nouvelles particularités de l'état du sujet atteint de cécité psychique dont il a déjà entretenu la Société.

Il insiste 1° sur l'absence absolue d'aphasie chez cet homme, 2° sur le fait qu'il reconnaît parfaitement les figures géométriques, probablement parce qu'il est aidé par le raisonnement, tandis qu'il ne distingue pas les uns des autres les visages des diverses personnes qui l'entourent ; 3° sur la possibilité où il est de dessiner quoi que ce soit, si ce n'est les figures géométriques; 4° sur le fait que lorsqu'on lui commande de des-

siner un objet simple, et qu'il connaît bien : par exemple le cadran d'une montre, il *écrit* le nom de l'objet, d'ailleurs très correctement ; 5° que, toutes choses égales, il reconnaît mieux les objets eux-mêmes que les dessins ; 6° que pour la reconnaissance d'un certain nombre d'objets, il est beaucoup aidé par le sens du toucher.

Régénérations osseuses.

M. Ollier présente une série de radiographies montrant la régénération possible d'une grande longueur d'os.

Deux d'entre elles, concernant des jeunes filles à qui M. Ollier a enlevé il y a 5 ans l'astragale et la presque totalité du tibia, sont particulièrement intéressantes. Ces deux malades, après avoir gardé un appareil (l'une pendant ces 5 ans) peuvent aujourd'hui marcher sans boiter. L'une peut même danser une nuit entière.

Les 23 à 25 centimètres du tibia enlevés ont été remplacés par une masse presque aussi volumineuse que l'os primitif. L'absence du cartilage de conjugaison inférieur, qui aurait dû produire un notable raccourcissement, est compensée, comme M. Ollier l'avait depuis longtemps observé, par l'hyperplasie du cartilage de conjugaison supérieure.

D'autres photographies ont trait à des désarticulations tibiotarsiennes avec lambeau talonnier et conservation du périoste. Ce procédé permet de récupérer deux ou trois centimètres d'os nouveau, ce qui n'est pas inutile pour la facilité de la marche.

Angines à strepto-bacilles.

M. Carré rapporte que sur 140 cas d'angines suspectes qu'il a eu à examiner au point de vue bactériologique depuis quelques semaines, il a constaté 4 fois la présence du streptobacille de la tuberculose zoogléique de Malassez et Vignal. Deux fois ce microbe était seul, et deux fois associé au bacille de Lœffler. Cliniquement, l'un des cas où il était seul a présenté une extrême gravité. L'enfant a eu une angine avec des symptômes très alarmants. Une injection de sérum antidiphthérique, faite avant le résultat de l'examen bactériologique, n'amena aucune amélioration. Une bronchopneumonie survint, mais l'enfant guérit néanmoins après avoir été considéré comme perdu pendant 15 jours.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 14 Avril 1897.

Troubles trophiques post-opératoires.

M. Loison signale le cas d'une malade opérée d'un goitre kystique, et ayant présenté, 15 jours après l'opération, du gonflement des mains et des pieds, accompagné d'anesthésie. Au bout de quelques jours, les parties atteintes desquamèrent et la sensibilité revint. L'auteur serait disposé à incriminer le thyroïdisme.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 10 Mars 1897.

Fracture du maxillaire inférieur.

M. Heydenreich présente un homme atteint de fracture du maxillaire inférieur, à qui M. le Dr Rosenthal a appliqué un appareil immobilisateur consistant en un moule en or. — Le maxillaire inférieur présentait deux traits de fracture du côté gauche ; de plus, un fragment comprenant les deux incisives gauches avec leur bord alvéolaire était presque complètement détaché. Le moule en or recouvre toutes les dents depuis la première grosse molaire droite jusqu'à la première grosse molaire gauche inclusivement. Il s'arrête avant la gencive. La propreté de la bouche est facile à entretenir et le malade, aussitôt muni de son appareil, a pu mordre sans ressentir de douleur. Cet appareil maintient parfaitement en place les fragments, il n'occasionne aucune gêne au malade et il n'est même pas aperçu quand ce dernier tient la bouche fermée.

Tuberculose cæcale.

M. Vautrin a eu l'occasion d'opérer il y a six jours un malade porteur d'une tumeur du cæcum qu'il présente à la Société.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, très amaigri, émacié, qui lui avait été adressé pour une affection du cæcum provoquant des hémorragies intestinale et une diarrhée fréquente. Ce malade présentait depuis 4 ans des signes d'une affection intestinale pour laquelle il avait été traité plusieurs fois à l'hôpital sous le diagnostic d'entéro-colite, de gastro-entérite, etc. La constipation alternait avec des crises diarrhéiques intenses. Les selles étaient fréquemment accompagnées de l'émission d'un sang rouge abondant. Ces troubles avaient amené un amaigrissement intense, une sorte de cachexie exagérée encore par le régime auquel ce malade était soumis.

Dans la fosse iliaque droite on sentait, en déprimant la paroi abdominale, une tumeur du volume d'une mandarine, mobile dans le sens vertical sur une étendue de 6 centimètres environ, peu mobile transversalement. Cette tumeur était assez dure et peu douloureuse. Comme le malade portait sur le côté gauche du cou une cicatrice de suppuration ganglionnaire ancienne et qu'il avait été traité pour une carie costale, M. Vautrin supposa que la tumeur pouvait bien n'être qu'une tuberculome, sans exclure cependant l'idée d'une tumeur maligne.

La laparotomie faite au lieu d'élection lui permit d'enlever cette tumeur, c'est-à-dire le cæcum avec 4 centimètres d'intestin grêle. La suture intestinale fut pratiquée et l'intestin anastomosé réduit dans le ventre. Les suites ont été apyrétiques et simples. Le malade rendait des gaz le deuxième jour et avait des selles spontanées le quatrième. Depuis, l'état est des plus satisfaisant.

La tumeur est dure et semble consister en un épaississement des parois cæcales. La muqueuse porte des ulcérations larges et nombreuses. Rien d'étonnant qu'il s'agisse d'un tuberculome simple. Le microscope le démontrera. De plus l'appendice a une longueur démesurée (8 centimètres). Il est volumineux et contient deux concrétions formant véritables calculs. Cependant le malade n'a jamais eu d'attaques d'appendicite.

Corps étranger du poumon.

M. Haushalter présente le poumon droit et le foie d'un enfant de 9 mois, chez lequel on trouva à l'autopsie une longue aiguille de 5 centimètres, qui, après avoir traversé la peau entre la 8e et la 9e côte droite, pénétra dans ces deux organes. On voit le foie adhérent au diaphragme et celui-ci adhérent à la face inférieure du poumon ; l'aiguille, fixée dans le foie par son tiers inférieur, occupe par ses 2/3 supérieurs un foyer de gangrène pulmonaire qu'elle s'est creusé dans le poumon. A la paroi thoracique, au point où avait pénétré l'aiguille, existait une ulcération cutanée de mauvais aspect. La mort était survenue par broncho-pneumonie ; la découverte de l'aiguille fut une trouvaille d'autopsie. Durant la vie, l'enfant avait présenté à plusieurs reprises d'abondantes hémoptysies qui s'expliquent par ce fait que la pointe de l'aiguille, durant les secousses de la toux, blessait une branche volumineuse de l'artère pulmonaire qui se trouvait immédiatement au-dessus d'elle. Ces blessures de l'artère avaient fini par infecter la paroi artérielle et, à l'autopsie, on trouva au niveau de la caverne le vaisseau rempli par un thrombus blanc. La tunique interne était bourgeonnante ; dans ces bourgeons et dans le thrombus, M. Thiry, interne du service, a décelé sur les coupes colorées à la méthode Gram, de nombreux microbes polymorphes semblables à ceux qui fourmillaient, comme c'est le cas habituel, dans le foyer de gangrène pulmonaire.

Fistule recto-vaginale.

M. Frœlich fait une communication sur un cas de fistule recto-vaginale chez une petite fille de 6 ans.

A l'âge de 3 ans, la petite malade était tombée sur une cuiller à café qu'elle tenait à la main. La cuiller pénétra dans le vagin et, perforant la cloison recto-vaginale, pénétra dans le rectum. Il en résulta une fistule perméable pour l'index. Deux opérations destinées à la combler échouèrent; une troisième intervention réussit. M. Frœlich insiste sur l'excessive rareté de ces fistules chez la petite fille, sur les énormes difficultés de leur guérison.

Les précautions qui lui ont semblé capitales dans la réussite de son intervention furent :

1) Un large avivement des bords de la fistule par dédoublement de la cloison recto-vaginale et suture des lambeaux vaginaux sans toucher au rectum que l'on repousse.

2) Fils de soutien placés à distance de la ligne de suture, pour empêcher tout tiraillement à son niveau.

3) Drain dans le rectum pour empêcher la stagnation des matières liquides et des gaz dans l'intestin.

Endocardite des tuberculeux.

M. G. Etienne a eu l'occasion, depuis un an, de recueillir à la clinique de M. le professeur Spillmann quatre cas nets d'endocardite végétante chez des tuberculeux. Deux fois au moins il s'agissait d'endocardites tuberculeuses où les inoculations au cobaye furent positives.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 8 Mars 1897.

Strumectomie unilatérale dans la maladie de Basedow.

M. Wolff rapporte l'observation d'une femme de 20 ans qui, à l'âge de 20 ans, présenta des phénomènes de chlorose auxquels s'ajoutèrent ceux d'excitations nerveuses. Six mois après elle présentait au complet le tableau de la maladie de Basedow. Le traitement interne n'ayant donné aucun résultat et l'affection s'aggravant tous les jours, la malade entra en 1892 à la clinique de M. Wolff qui, quelques jours après, pratiqua la strumectomie unilatérale et enleva la moitié gauche de la tumeur, qui pesait 86 grammes. La trachée, comme chez tous les basedowiens qui ont de la dyspnée, était déformée en sablier.

Le résultat immédiat de l'opération a été de faire disparaître la dyspnée. Pendant 3 mois, il n'y eut aucune modification du côté d'autres symptômes, mais au bout de ce temps la malade commença à engraisser et les autres symptômes à s'effacer progressivement. Depuis 4 ans la malade est complètement débarrassée de tous les symptômes subjectifs. Son humeur est égale, elle n'a pas de palpitations ni de transpiration et se sent très bien; elle s'est mariée et a eu 2 enfants. En fait de symptômes objectifs, on trouve encore une légère exophthalmie et une légère hypertrophie de la moitié droite de la glande thyroïde. Le signe de Graefe est peu net, de même que ceux de Stellwag et de Möbius. Le cœur et le pouls sont normaux; le tremblement quand il survient est minime et la résistance électrique de la peau est redevenue normale.

Hypertrophie du thymus.

M. König rapporte l'observation d'un nourrisson de 2 mois qui depuis sa naissance présentait des accès de dyspnée qui sont progressivement devenus de plus en plus intenses. Comme cause de cette dyspnée on avait admis la compression de l'épiglotte par un petit kyste de la langue. Pourtant la ponction du kyste n'avait amené aucun soulagement.

L'enfant a été apporté à l'hôpital avec une dyspnée telle que la trachéotomie paraissait urgente. L'état des voies respiratoires n'expliquait nullement la dyspnée; d'un autre côté, pendant les inspirations profondes on sentait en avant de la trachée une tumeur qu'il était impossible de délimiter.

M. König admit donc l'existence d'une hypertrophie du thymus, et en effet, après incision il trouva un thymus hypertrophié qui comprimait la trachée dans une étendue de 3 à 4 centim. et qui s'étendait de la fosse sus-sternale jusqu'à la glande thyroïde. Quand on soulevait le thymus, la respiration devenait régulière. M. König réséqua alors une partie du thymus et ferma la plaie. L'enfant guérit et la dyspnée disparut progressivement bien que le kyste de la base de la langue ponctionné auparavant eût peu à peu repris ses dimensions normales. La dyspnée était donc réellement provoquée par le thymus et non pas par le kyste de la langue.

Cette observation montre, d'après M. König, que l'asthme thymique existe. Il est vrai que le thymus est tellement mou qu'il ne peut donner lieu à une compression de la trachée.

La dyspnée peut, par conséquent, être d'origine réflexe, provoquée par l'irritation des vaisseaux et des nerfs du cou, par les mouvements d'ascension et de descente du thymus.

Sarcome congénital de la cuisse.

M. König rapporte l'observation d'un nouveau-né apporté à la clinique pour un bec-de-lièvre, une gueule-de-loup et une tumeur de la cuisse. Pendant son séjour à la clinique il se produisit une fracture spontanée du fémur malade et la tumeur se pencha vers la face antérieure de la cuisse. L'enfant ayant succombé au bout de quelques jours, on trouva à l'autopsie comme malformation viscérale, un diverticule de Meckel. La tumeur de la cuisse avait détruit la cavité médullaire, s'était portée vers la face antérieure de l'os et contenait un kyste volumineux. L'examen microscopique montra que le kyste était un sarcome fusiforme.

M. Maas a observé un cas analogue chez un enfant de 2 mois chez lequel, peu de jours après sa naissance, la mère a constaté l'existence d'une tache bleue au niveau de la cuisse. La tache augmenta de volume les jours suivants. Lorsque M. Maas vit le malade, il trouva au niveau de la tache une tumeur des dimensions d'une orange. Bien que l'enfant fût dans un état misérable, M. Maas dut céder aux instances des parents et enleva la tumeur. Au cours de l'opération il a fallu réséquer une partie de la veine fémorale. L'enfant succomba peu de temps après l'opération. La tumeur, qui s'était probablement développée aux dépens de la gaine des vaisseaux, était composée de cellules rondes et fusiformes, était très vasculaire et renfermait des cavités hématiques qui ne présentaient pas d'endothélium vasculaire. Il s'agissait dans ce cas d'un sarcome télangiectasique.

Carcinome de la vessie et kyste de l'ouraque.

M. Rotter. — Il s'agit d'un homme de 43 ans qui, depuis 9 mois, présentait une série de troubles de la miction et chez lequel l'examen cystoscopique montra l'existence d'une tumeur de la paroi antérieure de la vessie. Un second examen cystoscopique fait 6 mois plus tard montra que la tumeur n'avait pas augmenté de volume. Il présentait en même temps au-dessus du pubis une tumeur kystique dont la ponction donna issue à un liquide contenant des cellules épithéliales et des cristaux de cholestérine, ce qui montrait que la tumeur était un kyste de l'ouraque.

M. Rotter fit la laparotomie et trouva le kyste entre le péritoine et les muscles de la paroi abdominale. Il ouvrit ensuite la veine et tomba sur la tumeur pédiculée qui s'attachait à l'extrémité inférieure du kyste. Le kyste et la tumeur furent alors extirpés et la vessie fermée. Le soir même le malade a pu uriner spontanément. Guérison sans complications.

L'examen microscopique de la tumeur pédiculée montra qu'il s'agissait d'un carcinome. La paroi interne du kyste n'était pas tapissée de cellules épithéliales dont la plus grande partie avait subi la dégénérescence graisseuse et a desquamé. En effet, le liquide du kyste contenait de nombreuses cellules épithéliales polymorphes ayant les caractères de l'épithélium vésical.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 9 Mars 1897.

Aphasie hystérique.

M. Remak a présenté une malade de 32 ans qui est entrée à sa clinique le 4 février 1897 pour une paralysie du bras et une aphasie en train de disparaître, survenues à la suite d'une attaque d'apoplexie qui se produisit le 3 novembre 1896. Cette attaque était la troisième en date. La première eut lieu il y a huit ans, elle fut suivie d'une hémiplégie gauche avec paralysie du facial; elle guérit assez rapidement. La seconde attaque eut lieu il y a deux ans : elle ne fut accompagnée d'aucun phénomène paralytique.

A l'examen de la malade on ne trouvait rien d'anormal du côté du cœur ou des poumons. Le bras droit était paralysé mais les réflexes tendineux étaient égaux des deux côtés. Du côté du facial on trouvait un très léger abaissement de la commissure latérale ; le sillon naso-labial paraissait plus accentué à droite. Quand la malade soufflait, la joue droite devenait plus saillante que la joue gauche; elle fermait plus difficilement l'œil droit et quand elle tirait la langue celle-ci paraissait déviée un peu à droite. Il existait donc une paralysie du facial droit. L'aphasie était presque complète : la malade comprenait tout, mais ne pouvait prononcer que les mots: bonjour, bonsoir, adieu. Il n'y avait pas d'agraphie et la malade écrivait bien spontanément ou sous la dictée.

Cet état a persisté sans se modifier pendant quelque temps puis disparut brusquement au milieu de la nuit. On pouvait donc se demander s'il s'agissait d'une aphasie motrice ou d'une aphasie fonctionnelle d'origine hystérique. Dans les antécédents de la malade, à côté des attaques d'apoplexie, on relève en 1889 une paralysie faciale gauche, par refroidissement, accompagnée de troubles du goût, et en 1893 une céphalalgie nerveuse qui a duré plusieurs mois.

Bien que la malade n'ait pas d'hérédité nerveuse et ne présente pas de stigmates hystériques, M. Remak pense néanmoins qu'il s'agissait chez elle d'une aphasie hystérique.

Tumeur de la capsule interne.

M. Jacobsohn rapporte l'observation d'une fille de 5 ans qui à l'âge de 3 ans a eu la coqueluche compliquée de péritonite avec ascite, puis une rougeole au cours de laquelle il y a eu des complications broncho-pulmonaires. A cette époque la malade resta au lit plus de trois mois, et lorsqu'elle se leva sa mère constata qu'elle présentait une faiblesse du bras gauche suivie à quelque temps de là d'une faiblesse de la jambe du même côté. Six mois plus tard on constata encore une déviation de la face. A aucun moment il n'y a eu de convulsions ni de perte de connaissance et l'enfant ne se plaignait de rien. Plus tard il y a pendant un moment des céphalalgies, une fois des vomissements.

Lorsque M. Jacobsohn vit la malade il trouva tout d'abord que la tête de l'enfant était très grosse; il existait notamment un aplatissement de l'occiput en même temps que le front était saillant. Les sutures étaient fermées, la percussion de la tête nullement douloureuse. Du côté des yeux on ne trouvait aucune anomalie sauf que la fente palpébrale gauche était plus large que la droite. En outre quand la malade riait, fronçait les sourcils, etc., on pouvait trouver une légère déviation de la face à droite. Du côté gauche du corps il existait, à côté d'une hypoesthésie, une légère parésie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux plus accusés du côté du membre supérieur que du côté du membre inférieur. Du côté des viscères; pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.

L'ensemble de symptômes pouvait donc relever ou d'une lésion de l'écorce ou d'une lésion de la capsule interne. L'absence de convulsions et de perte de connaissance permettait d'exclure une lésion de l'écorce. Il s'agissait donc d'une lésion de la capsule interne, laquelle lésion pouvait, d'après la marche des symptômes, être une tumeur.

C'est à ce diagnostic qu'on s'arrêta en dernier lieu. L'état de l'enfant ne changea pas pendant trois semaines ; puis brusquement la malade fut prise de vertiges, de vomissements de perte de connaissance, de fièvre et succomba en 24 heures.

A l'autopsie la dure-mère et la pie-mère présentaient des lésions de minime importance. L'examen du cerveau montra déjà à l'inspection une tumeur qui faisait saillie à la face postérieure du cervelet, pénétrait dans la substance blanche et avait les dimensions d'un pouce. Le cerveau paraissait augmenté de volume, la circonvolution postérieure du côté droit était très rétrécie. Au toucher l'hémisphère droit donnait la sensation d'une résistance profonde qui pouvait être délimitée au niveau du lobe pariétal et des circonvolutions centrales. Sur une coupe qui a mis à nu la capsule interne, on voyait celle-ci occupée par une tumeur qui avait en même temps envahi le noyau lenticulaire, les pieds antérieur et postérieur, une portion de la partie antérieure de la capsule externe et le thalamus opticus. Il existait en outre une dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux.

Les tumeurs étaient composées de tubercules solitaires.

Les symptômes qui ont été observés pendant la vie s'expliquent donc par la tumeur de la capsule interne. Mais ce qui est remarquable c'est que la tumeur du cervelet n'a provoqué aucun symptôme, et notamment n'a pas produit l'étranglement de la papille. Peut-être l'absence des symptômes cérébelleux s'explique-t-elle par la dilatation des cavités du cerveau, ce qui a pu parer aux phénomènes de compression.

M. Schuster a observé un cas analogue chez une jeune femme qui avait les symptômes de tumeur cérébrale mais sans phénomènes locaux. Les accidents qu'elle présentait cédèrent à l'iodure de potassium à haute dose. Quelques mois après, l'étranglement de la papille qui avait disparu, reparut accompagné des céphalalgies. La malade succomba au bout de quelque temps, on trouva un gliome du cervelet au niveau de la fosse cérébrale postérieure. Le gliome, des dimensions d'un œuf de poule, siégeait au niveau de l'embouchure du sinus droit dans le sinus transverse, ce qui expliquait peut-être l'étranglement de la papille.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 26 Mars 1897.

Kyste hydatique de la plèvre gauche. du foie et du mésentère.

M. W. G. Spencer rapporte l'observation d'une femme de 20 ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une pleurésie du côté gauche. L'incision montra à la place de la pleurésie un kyste hydatique qui occupait la moitié gauche de la plèvre. Après évacuation de son contenu, le kyste a été enlevé en faisant passer le jet d'eau d'un irrigateur entre le kyste et la membrane adventice. Le poumon reprit sa place au bout de quelque temps et la malade guérit complètement.

Deux mois après, elle revint pour une tumeur occupant l'hypochondre droit. La laparotomie montra l'existence d'un kyste hydatique derrière le mésentère, qui fut extirpé, et d'un autre qui se trouvait dans le foie. Pour aborder le kyste du foie, on ferma la plaie abdominale et après avoir incisé le dixième espace intercostal droit, la plèvre et le diaphragme, on aborda le kyste dont la face supérieure était recouverte par du parenchyme hépatique d'une épaisseur d'un pouce et demi. Suture des parois du kyste aux lèvres de la plaie, lavage et drainage. La malade guérit sans complications.

M. Howard Marsh fait observer que l'oblitération de la poche exige souvent beaucoup de temps, et dans 2 cas qu'il a observés, cette oblitération ne fut complète qu'au bout de 9 et 12 mois.

M. Makins a observé un cas où, après ablation d'un kyste du foie, la fistule a persisté jusqu'à la mort du malade survenue 5 ans après l'opération.

Sarcome de la prostate.

M. Howard Marsh rapporte l'observation d'un homme de 57 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur de la fosse iliaque qui, après laparatomie, fut reconnue pour un sarcome inopérable de l'os iliaque. Deux ans et demi après, la tumeur avait envahi la prostate et amené la compression du rectum et de l'S iliaque. Pour remédier aux phénomènes d'obstruction intestinale, on établit un anus iliaque, mais le malade succomba quelques jours après l'opération. La tumeur de la prostate qui mesurait 7 pouces 1/2 de longueur sur 4 1/2 de largeur était un sarcome de la prostate.

M. Howard Marsh fait remarquer que le sarcome de la prostate se rencontre assez souvent chez les enfants et donne ordinairement une survie de 3 à 4 ans.

M. Bland Sutton a observé un cas de sarcome de la prostate chez un garçon de 7 ans qui est entré à l'hôpital avec une rétention d'urine et une tumeur qui bombait sous le périnée tout à fait comme un abcès. La tumeur prise pour un abcès fut même incisée et il se déclara une hémorrhagie qui ne fut pas arrêtée sans difficulté. La tumeur était un sarcome et à l'autopsie, on trouva des noyaux métastatiques dans les poumons.

M. Griffiths montre les pièces relatives à un cas de sarcome de la prostate chez un enfant. On voit sur cette pièce que la tumeur se trouve derrière l'urèthre qui est repoussé en avant.

M. Targett pense que le développement considérable que le sarcome de la prostate prend chez les enfants, tient peut être à ce que le sarcome se développe dans le tissu cellulaire recto-vésical.

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 13 avril 1897.

Chirurgie du cerveau.

M. Lawford Knaggs a eu l'occasion d'opérer un homme pour une fracture comminutive du pariétal gauche avec déchirure de la dure-mère et dilacération du tissu cérébral. Bien que la plaie ait suppuré, la guérison ne s'en fit pas moins assez vite. Le malade a donc pu quitter l'hôpital au bout de six semaines dans un état très satisfaisant.

Trois mois après il a été amené à l'hôpital avec des accidents cérébraux graves et une hernie du cerveau à travers l'ancien orifice de trépanation. Les symptômes s'aggravant tous les jours, on incisa la cicatrice et on trouva un abcès cérébral qui fut ouvert et drainé. Les symptômes de compression disparurent, mais il resta une parésie du bras droit et une légère aphasie. La hernie du cerveau s'affaisse progressivement, et le malade peut quitter l'hôpital. La parésie du bras et un léger embarras de la parole persistaient encore un an après sa sortie.

Méningite circonscrite de la partie postérieure de la base d'origine non tuberculeuse.

M. Walter Carr a observé onze cas de cette forme particulière de méningite décrite il y a une vingtaine d'années par Gee Barlow, et mais qui jusqu'à présent, n'a pas suffisamment arrêtée l'attention des médecins.

Dans les 11 cas observés par M. Carr il s'agissait de nourrissons au-dessous d'un an qui jusqu'alors étaient bien portants. Le début de la méningite était brusque dans certains cas, traînant dans d'autres. Chez tous les symptômes caractéristiques étaient les vomissements et la raideur de la nuque avec blessures de la tête en arrière. La marche de cette méningite était essentiellement chronique; l'affection durait ordinairement plusieurs semaines et se terminait régulièrement par la mort au bout de 5 semaines à 3 mois. La rétraction de la tête existait jusqu'au dernier moment.

Sur les 11 enfants qui ont succombés, 10 ont été autopsiés. A l'autopsie on trouvait une inflammation de la pie-mère localisée à la partie postérieure de la base; dans tous les cas il existait un degré plus ou moins prononcé d'hydrocéphalie et dans plusieurs cas l'orifice de communication entre l'espace sous-arachnoïdien et le quatrième ventricule était oblitéré. Dans aucun cas on ne trouva de lésions tuberculeuses dans le cerveau ni dans les autres viscères ou organes.

Au point de vue étiologique on n'a pu rattacher cette méningite ni à la syphilis congénitale, ni à l'otite moyenne, ni au traumatisme. Pour ce qui est du rôle possible de la méningite cérébro-spinale épidémique, on aurait pu l'établir par l'examen bactériologique, malheureusement cet examen n'a pu être fait.

Bien que le pronostic soit très sombre, la guérison n'est pas impossible; quelquefois cette méningite se termine par l'hydrocéphalie chronique. Le traitement médical ne donne pas grand'chose; peut-être obtiendrait-on davantage par la ponction du ventricule latéral ou la trépanation. La ponction a été faite chez 3 malades de M. Carr: dans 2 cas elle ne produisit aucun effet; chez le troisième elle fit disparaître les symptômes aigus et l'enfant vécut pendant plusieurs mois.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Régénération des côtes après résection.

M. Depage. — J'ai pratiqué, il y a un an, une résection de côte, sur une étendue de 10 centimètres. Je vous présente aujourd'hui l'os complètement régénéré, et, fait intéressant, la côte s'est reformée autour du drain que j'avais placé dans la plaie au moment de l'opération.

Thrombus abcédé du cœur.

MM. Dekeyser et **Gallet.** — Il y a quelques jours est entrée dans le service de M. Stiénon une femme atteinte d'insuffisance mitrale non compensée. Cette femme s'est accouchée quelques jours auparavant d'un enfant mort. L'accouchement avait été suivi d'accidents pyohémiques. La malade a succombé quelques heures après son entrée dans le service.

A l'autopsie, on trouva dans le ventricule gauche un volumineux caillot thrombosique laissant sourdre à la pression une quantité de pus assez considérable. Il existait un abcès souspleural du volume d'une noix dans le poumon gauche.

Conservation par le formol.

M. Verneuil montre un fœtus parfaitement conservé à sec depuis plus d'un an, grâce à des injections de formaline pure dans tous les tissus et toutes les cavités de l'économie. Cette méthode mériterait peut-être d'être utilisée pour les embaumements.

Fibrome utérin avec épithélioma du col.

M. Rouffart a pratiqué l'hystérectomie vaginale chez une malade portant un volumineux fibrome utérin, dégénéré et crétifié. Il existait en même temps un épithélioma du col qui laissait intact l'orifice externe du col.

M. Jacobs. — La coexistence du fibrome et du cancer est un fait rare. Certains auteurs la nient même.

M. Depage. — J'ai déjà observé la coexistence du cancer et du fibrome. Ce sont du reste deux maladies tout à fait distinctes, sans aucune relation directe. Quant au terme de *dégénérescence cancéreuse* employé par certains gynécologues, il est contraire à toute donnée scientifique et doit être banni du langage anatomo-pathologique.

M. Rouffart a pratiqué l'hystérectomie chez une malade atteinte d'adénome utérin; cette malade avait subi trois fois le raclage, mais sans succès. L'hystérectomie se trouvait indiquée par suite de ménorrhagies persistantes.

Salpingo-péritonite tuberculeuse.

M. Rouffart a enlevé par laparotomie, chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire, les trompes renfermant

toutes deux une quantité considérable de matière caséeuse. Le Dr Pechère a recherché le bacille de Koch dans la trompe, mais sans le trouver. Tous les organes du petit bassin présentaient des adhérences. Le péritoine renfermait un exsudat gélatiniforme abondant, mais pas de granulations tuberculeuses distinctes.

Vésicule biliaire atrophiée ou rudimentaire

M. Brunin. — Un foie pesant 1 235 grammes portait une vésicule biliaire de la grosseur d'un pois. La face inférieure du foie ne portait pas de loge pour contenir la vésicule. Les canaux hépatique, cystique et cholédoque paraissaient normaux, mais on ne pouvait trouver d'orifice entre les voies biliaires et la vésicule. Cependant on pouvait faire sortir la bile de la vésicule par compression.

Pendant la vie du malade, il ne s'est pas manifesté de symptômes appelant l'attention sur l'état de la vésicule.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 21 mars 1897.

Grossesse extra-utérine.

M. Henrotay. — Une jeune femme sans passé gynécologique, mariée depuis 18 mois, après un retard menstruel insignifiant éprouva brusquement de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. En même temps s'installaient avec rapidité les symptômes d'une anémie suraiguë avec tendance au collapsus. A 2 heures du matin, l'état était des plus graves; le pouls à l'axillaire par disparition des battements radiaux, 12 respirations par minute. Injections de sérum artificiel, la malade mise en position inclinée. Le toucher révéla dans le cul-de-sac droit une tumeur dure, arrondie, de la grosseur d'une noix, qui fut prise pour le point de départ de cette hémorrhagie cataclysmique (poche tubaire ou ovaro-tubaire). Laparotomie dès 7 heures 1/2 du matin, sitôt la malade un peu remontée.

Dès l'ouverture du péritoine, on vit la masse intestinale nageant dans du sang liquide qui fut soigneusement épongé et dont la quantité parut pouvoir être évaluée à 3 litres. Sitôt la cavité détergée, il fut procédé à l'examen minutieux des annexes des deux côtés. Celles de gauche étaient absolument saines. L'ovaire droit était kystique et volumineux; la trompe, dans ses deux tiers externes, lieu d'élection de la rupture ordinaire, était absolument intacte, et il fallut la plus grande minutie de recherches pour trouver, au niveau de la racine de la trompe, à l'angle utéro-tubaire, une petite fissure donnant accès au lieu d'implantation de l'œuf, qui ne paraissait pas avoir plus de 15 jours à 3 semaines. La pédiculisation de la trompe et sa ligature portèrent donc en plein tissu utérin. Nouvelles injections de sérum artificiel. Suites opératoires normales.

Il semble extraordinaire qu'une grossesse aussi peu développée et un traumatisme aussi minime puissent produire des symptômes aussi marqués, compromettant l'existence dans un délai de quelques heures.

M. Rouffart demande si les annexes du côté opposé étaient tout à fait saines.

M. Henrotay. — Parfaitement saines, au point que, la lésion de la trompe droite se dérobant à mes premières investigations en raison de son siège anormal, je crus tout d'abord avoir affaire à une rupture de varicocèle pelvien.

Occlusion intestinale post-partum.

M. Tournay. — Une malade primipare, accouchée en OIDP, le périnée déchiré, présenta le soir du troisième jour les symptômes d'une occlusion intestinale. J'avais pratiqué le matin même de cet accouchement un curettage pour septicémie et j'avais quelque inquiétude qu'il pût s'agir, malgré ma désinfection minutieuse, de septicémie péritonéo-intestinale. Après 24 heures, les vomissements étaient devenus brunâtres, et après 48 heures ils renfermaient très nettement des grumeaux fécaloïdes. Je pensai à mettre la femme en position génu-pectorale. Une débâcle immédiate se produisit.

Je ne puis m'expliquer ce cas que par un pincement de l'intestin entre le globe utérin rétracté et les parois du bassin, amenant une occlusion mécanique. Chez cette femme, l'utérus, à l'inverse de ce qui se produit d'ordinaire, était en obliquité latérale gauche. Le changement de position amena la bascule de l'utérus et le dégagement de l'anse comprimée.

M. Rouffart. — Je rappellerai que c'est précisément pour des accidents d'occlusion reconnaissant le même mécanisme que Kœberlé fit la première hystéropexie après redressement de l'utérus rétrodévié.

M. Stouffs. — Je ne puis admettre cette explication. L'utérus vide ne peut produire cette énergique compression, qui empêcherait le passage des matières dans l'anse engagée. Je crois plutôt à un volvulus.

M. Tournay. — La levée brusque de l'occusion par le changement de position de la malade et le balancement de l'utérus qui le suivit est bien plus admissible que la détorsion d'un volvulus, en général plus rebelle.

M. Henrotay. — Cette femme n'a-t-elle jamais eu d'accident de pelvi-péritonite?

M. Tournay. — Rien n'est à signaler dans les antécédents de cette accouchée, qui était primipare.

M. Keiffer. — La manœuvre de M. Tournay rappelle et légitime le traitement de la constipation par les manœuvres passives de flexion des cuisses sur le bassin.

M. Rouffart. — Quels caractères avaient les selles?

M. Tournay. — Aucun bouchon dur; les selles étaient liquides et très abondantes. Il ne s'est pas agi d'une obstruction fécale simple.

VARIÉTÉS

Le commerce et les médecins. — Nous avons reçu comme tous nos confrères, sans doute, un journal, *le Messager médical*, qui s'intitule l'organe officiel des membres de la mutualité médicale.

Cette mutualité médicale se propose d'améliorer le sort des médecins, ce qui est un but éminemment louable.

Elle a en outre la prétention — nous citons textuellement — de tirer parti du concours qu'elle peut apporter à la prospérité et à l'exploitation des établissements médicaux destinés au traitement des malades.

Et à l'appui de cette prétention elle invoque l'exemple de la *Société anonyme des Instituts marins*, en citant les noms des membres du Comité de patronage de cette société. « Nos plus illustres maîtres, dit-elle, nous montrent le chemin. »

Nous nous faisons un devoir d'apprendre à la « Mutualité médicale » et à ses membres donateurs et fondateurs qu'ils ont eu la main bien malheureuse en choisissant l'exemple de l'Institut Verneuil.

Les membres du Comité de patronage, au nombre d'une quarantaine, appartiennent tous à l'élite du monde médical de Paris, et, en acceptant de faire partie de ce Comité, ils n'ont voulu que prêter leur appui moral à la création d'une institution philanthropique, sans aucune pensée de lucre ou de bénéfice pécuniaire.

Quant aux membres du Comité consultatif choisis parmi les membres du Comité de patronage, ils avaient un rôle bien défini. Ils n'étaient convoqués que pour étudier le côté scientifique de l'institution nouvelle et la mettre en harmonie avec les progrès de l'hygiène. L'établissement créé, ce Comité consultatif disparaissait de lui-même, sans avoir retiré le moindre profit d'argent de son œuvre, pas même des jetons de présence pour les séances qui ont eu lieu, mais avec la satisfaction d'avoir contribué, à l'instigation de Verneuil, à la création d'un Institut marin modèle.

Nous ne discutons pas les idées de la « Mutualité médicale »; mais nous l'engageons vivement à chercher pour les appuyer un exemple plus démonstratif.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — La stupidité de Georget (p. 385).

PATHOLOGIE MÉDICALE. — De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac (p. 388).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Endocardites infectieuses. — Néphrites catarrhales à la suite de troubles dyspeptiques. — Rhumatisme articulaire aigu (p. 388). — Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme. — La perlèche. — Trachéotomie dans le croup. — La rate du nouveau-né au point de vue clinique. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Contagion de la coqueluche. — Flore bactérienne du vaccin. — Instituts vaccinogènes et variole (p. 389). — Psoriasis vaccinal. — Transmission de la diphthérie (p. 390).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Désarticulation de l'os iliaque dans la coxite étendue. — Maladie épidémique, appendicite. — Modification du procédé de réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. — Myosarcome de l'intestin grêle. — Méningite circonscrite. — Nouveau procédé de cathétérisme des uretères chez la femme. — Traitement de la métrite infectieuse consécutive à l'avortement par la vapeur d'eau chaude. — *Neuropathologie :* Un cas d'abcès cérébral. — Epilepsie jacksonienne. — *Médecine :* Urémie réflexe du torticolis spasmodique. — Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire (p. 391). — De la possibilité de la transmission de la morve par le sérum antidiphthérique.

MÉDECINE PRATIQUE. — Mercure (p. 392).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Association générale des médecins de France. Séance annuelle (p. 393).

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

La stupidité de Georget,

Par M. le Dr E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Après un abandon de plus de 50 ans, la stupidité ou confusion mentale revient en honneur; elle est une des grandes questions psychiatriques à l'ordre du jour et peut-être celle dont on s'occupe le plus en ce moment. C'est grâce aux efforts de M. Chaslin que ce revirement s'est produit. M. Séglas l'a suivi dans cette voie de vérité et depuis ces temps derniers les travaux sur ce vieux thème, si dédaigné il y a encore quelques années, se multiplient : nous en avons eu de M. Ballet, de M. Toulouse, de M. Régis, de M. Hannion, de M. Chevalier-Lavaure, de M. Legrain.

Je me propose, dans un autre travail, d'exposer et d'apprécier tout ce qui a été fait pour rendre à la confusion mentale la place qu'elle n'aurait jamais dû perdre, depuis la communication de M. Chaslin au Congrès de Blois en 1892. Je désire seulement aujourd'hui appeler l'attention sur une variété de confusion mentale un peu trop laissée dans l'ombre par ceux qui jusqu'ici ont repris cette question, je veux parler de la *confusion mentale simple, ni hallucinatoire, ni délirante,* celle qu'Esquirol à tort assimila aux affaiblissements intellectuels consécutifs aux vésanies sous le nom de *démence aiguë* et que Georget avec raison isola sous la dénomination de *stupidité*. Elle mérite, à mon avis, d'être traitée à part, car son existence est incontestable et elle diffère radicalement des confusions mentales associées à des troubles sensoriels et à des délires.

M. Chaslin et M. Séglas, les deux aliénistes qui se sont le plus occupés, ces temps derniers, de la confusion mentale, semblent en accepter l'existence. M. Séglas ne traite pas d'elle, mais au paragraphe du diagnostic il dit que dans les cas de *démence aiguë,* celui-ci devra surtout être fait avec les affaiblissements congénitaux, imbécillité, idiotie et les états démentiels, démence précoce, démence paralytique, démences suraiguës. M. Chaslin consacre, lui, 7 pages de son livre à cette *démence aiguë,* qu'il décrit en détail mais il n'est pas absolument sûr qu'il n'y ait pas quelques hallucinations et un léger délire derrière la stupeur. « Ici, écrit-il, les idées délirantes, les hallucinations ou les illusions semblent très fugitives » ; et plus loin : Parfois il semble se produire des hallucinations et des idées délirantes de nature triste; la mort, les tortures reviennent souvent dans les rares propos que tiennent les malades et on peut leur arracher parfois l'expression d'idées hypochondriaques, de négation ou de transformation corporelle. M. Chaslin se sert des expressions *semble* et *parfois*; il a donc observé des cas où il n'y avait que de la confusion mentale.

Pour les aliénistes de la première moitié de ce siècle, cet état d'exclusive confusion ne faisait l'objet d'aucun doute. D'après Georget, qui, avons-nous dit, l'isola et lui donna son nom, la *stupidité* est caractérisée par l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer. La suspension de l'intelligence ou bien l'embarras, la confusion dans les idées, une sorte de faiblesse d'esprit qui empêche de les rassembler, tels sont les symptômes par lesquels il caractérise ce genre particulier de folie. Eloc-Demasy insiste plus encore : « Les facultés intellectuelles, dit-il, sont affaiblies ou même entièrement suspendues; les impressions sont rarement perçues distinctement. La plupart des malades voient confusément les objets qui les entourent, l'ouïe est faible; les excitants les plus actifs appliqués sur la peau et portés sur les narines ne sont pas sentis ou causent à peine une légère sensation de chatouillement qui n'a rien de douloureux, quelques-uns n'ont plus d'idées; chez d'autres elles arrivent en foule, mais vagues, confuses, conservées à travers un nuage. Ils ne souffrent pas. La faculté de comparer les perceptions, le jugement est languissant ou aboli comme elles. Les uns ne se rendent pas compte de ce qui se passe autour d'eux; ils ne peuvent débrouiller leurs idées pour parler, d'autres ne pensent plus. La mémoire qui reçoit aussi ces matériaux des perceptions est obscure et affaiblie. » Je rapporte cette description complète car, bien qu'elle date de 1833, elle est une des meilleures et des mieux détaillées qui aient été données de la confusion mentale simple, ni hallucinatoire, ni délirante. Ferrus aussi a vu des confus exclusivement confus, et en 1838 il définit leur mal « : l'abolition ou plutôt la suspension rapide, apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales ». On voit que nulle part il n'est question d'hallucinations, d'illusions ni de conceptions délirantes.

Pour ma part, l'existence d'une confusion mentale simple, ni hallucinatoire ni délirante, est réelle. Certes les confus exclusivement confus sont rares, surtout chez l'homme, ainsi que le remarquait Brierre de Boismont; ils sont l'exception, comparés aux confus hallucinés et délirants. Mais je crois avec cet aliéniste, qui en a publié 2 cas très probants relatifs à des femmes, suivis du début

à la terminaison, que cette rareté ne saurait impliquer sa non-existence. Parmi les faits de ce genre qu'il m'a été donné d'observer au cours de ma pratique, il en est deux qui, surtout, m'ont apporté une certitude absolue. Le premier est relatif à un homme de 33 ans qui tenait mon ménage de garçon quand j'étais médecin adjoint de l'asile d'Evreux, que je voyais par conséquent de très près tous les jours, avec lequel je vivais même dans une intimité étroite, que je pouvais observer nuit et jour puisqu'il couchait non au quartier, mais dans mon appartement. Très causeur, à l'esprit naturel très vif, intelligent et dégourdi, il me causait tout en me servant à table, de ses malheurs tout en me les racontant. Etabli et marié à 28 ans avec une jeune personne de 16 ans, plus jeune que lui par conséquent de 12 ans, belle et jolie, dont il s'était follement épris et qu'il épousa par amour bien qu'elle n'eût pas un sou, il avait fait de mauvaises affaires à cause d'elle, car elle était aussi désordonnée, aussi coquette et encore plus dépensière que charmante. Un enfant, arrivé après 2 ans de mariage, ne la rendit ni plus rangée ni plus économe. Les affaires périclitèrent davantage encore; la faillite survint et avec elle la gêne et puis la misère. Au bout d'un an de cette vie précaire, sa femme l'abandonna lui et l'enfant pour suivre un amant riche; elle avait alors 20 ans et lui 32. En quelques jours, me dit-il, il devint comme idiot; il perdit complètement la tête, sentit ses idées s'embrouiller, sa mémoire se perdre, eut d'abord conscience de cette obtusion rapidement progressive, puis très vite devint inconscient de tout, du temps, des heures, des personnes. Seulement 5 mois après, il commença à revenir à lui, sortant comme d'une nuit noire; il avait sur l'esprit comme un brouillard d'abord très épais, qui petit à petit se dissipa, lui permettant ainsi peu à peu de rentrer en possession de lui-même et du monde extérieur. Au bout d'un mois de ce retour progressif il était devenu absolument normal et apprenait où il se trouvait, depuis combien il y était, et la stupeur profonde dans laquelle il avait été plongé avec insensibilité absolue, gâtisme, écoulement des larmes et de la salive, insensibilité complète, alimentation à la sonde.

Depuis plus d'un trimestre il était guéri, mais il hésitait à sortir, car sa maladie n'avait pas précisément amélioré ses affaires. D'un autre côté il était plus amoureux que jamais de la jeune et jolie infidèle qu'il recevrait à bras ouverts, avouait-il, si elle voulait lui revenir, trop heureux encore qu'elle lui permît, pour prix de son pardon, de déchausser et d'embrasser avec amour ses pieds mignons, et il redoutait de ne pouvoir dehors supporter son absence, d'autant qu'il n'avait pas la tête solide, de tout temps et la perdant au moindre embarras et devenait aussi inepte dans l'adversité qu'il était intelligent et lucide d'ordinaire, ce qu'il expliquait par l'influence maternelle, tous de ce côté ayant le cerveau plus ou moins fêlé.

Fraîchement sorti de l'école et fortement imbu des idées régnantes, je voulus tirer de mon malade l'aveu qu'il avait eu des hallucinations plus ou moins terrifiantes et un délire hypermaniaque. Il m'affirma n'en avoir aucun souvenir. L'obscurité s'était faite peu à peu dans son esprit, comme tombe le crépuscule par un beau soir d'été, mettant une ombre sur le monde, avec vision moins claire, puis confuse, puis nulle, des objets qui, par un retour curieux, lui étaient de nouveau apparus comme à l'aurore d'une nuit et d'un sommeil de cinq mois. Il n'en a pas gardé le souvenir, me suis-je dit. Il m'était réservé d'être avant peu édifié sur ce point.

Un mois à peine écoulé, et mon malade apprenait brusquement que son enfant qu'il adorait, sa seule consolation dans son infortune, avait été emporté d'une façon presque foudroyante par le croup. Il n'avait même pas eu le temps d'apprendre qu'il fût malade. Cette subite et violente secousse détermina une rechute qu'il me fut permis de suivre dans ses moindres détails puisqu'elle débuta et évolua chez moi jusqu'au moment où je dus réintégrer le malade dans son quartier.

Le mal débuta par des troubles gastro-intestinaux très marqués avec céphalée et fièvre légère qu'une médication purgative et tonique amenda sans les supprimer. En partie la langue resta saburrale, l'appétit faible, les digestions mauvaises. La lassitude était extrême; toutes les fonctions semblaient affaiblies; le cœur et la respiration ralentis malgré l'élévation de la température; le sommeil irrégulier, souvent interrompu. Le malade n'eut plus aucun goût au travail, devint en quelques jours incapable de tenir mon ménage, non pas seulement à cause de son état de faiblesse physique, mais encore et surtout parce que parallèlement aux troubles du corps se développa une obtusion mentale progressive avec confusion et ralentissement des idées, perte de la mémoire, perte de la notion du temps, des lieux, des personnes. Je pus suivre pas à pas cette obnubilation qui, rapidement, aboutit à une stupidité complète. Au début, le sujet eut pleine conscience des modifications de son psychique. « Je redeviens idiot », disait-il, et il manifestait le désir ou de mourir ou de rester tel le restant de sa vie afin de ne plus penser ni à sa femme qui l'avait quitté, ni à son enfant qui était mort. Puis survint l'insouciance complète avec gâtisme. La stupeur fut profonde durant quatre mois environ, et on assista une seconde fois à la résurrection de son intelligence. Nommé, sur ma demande, à l'asile de Toulouse, je quittai Evreux avant qu'il fût complètement rentré dans son état normal, mais il n'était plus gâteux, et si le fonctionnement intellectuel était toujours lent et embarrassé, le malade avait recouvré les diverses consciences et se sentait renaître à la vie intellectuelle. Il entrait donc dans la guérison et à ce moment aucun symptôme nouveau n'était à prévoir.

Or, à aucun instant je n'ai constaté chez ce confus stupide ni hallucinations ni conceptions délirantes. Je serais moins affirmatif en ce qui concerne les illusions. Toutefois, il était évident que celles-ci étaient non la manifestation d'un trouble sensoriel mais bien la conséquence de l'état de confusion mentale. Les impressions venues du dehors étaient mal reconnues et mal classées par l'esprit obtus du sujet, voilà tout. Je suis d'autant plus certain de cette absence de tout délire et de tout trouble des sens que j'en fus très surpris, convaincu que j'étais à cette époque de la non-existence de la stupidité de Georget et que je les ai recherchés avec soin; c'était la première fois que je trouvais en défaut la doctrine de la lypémanie stupide de Baillarger.

Je puis encore rapporter un autre fait tout aussi probant. Il concerne une jeune fille qui me fut amenée, dans une stupeur complète, au pensionnat de Dijon alors que j'avais la direction médicale et administrative de la Chartreuse. Elle resta environ huit mois dans cet état sans que jamais ni hallucinations ni délire aient été constatés chez elle. Quand elle sortit de cette confusion mentale complète, qui s'était accompagnée de gâtisme, d'immobilité, d'écoulement des larmes et de la salive, d'insensibilité, de refroidissement et d'œdème des extrémités, elle eut certes de nombreuses illusions, mais dues toutes, comme dans le cas précédent, à la confusion des idées et

à l'inconscience du temps, des milieux et des personnes. Jamais on n'observa chez elle soit au cours de la maladie, soit au retour de la raison de voix, de visions ni de conceptions délirantes. Or les renseignements fournis par la famille établissaient nettement qu'il en avait été de même au dehors avant l'entrée à l'asile. Cette jeune fille, névropathe héréditaire, qui de tout temps avait joui d'une bonne santé, mais aussi d'une impressionnabilité excessive et d'une tête peu solide, était devenue stupide en vingt-quatre heures, à la suite d'une tentative de viol commise sur elle par un cousin moins âgé qu'elle et qu'elle avait toujours considéré et aimé comme un jeune frère. En un jour elle aussi devint idiote, racontait la famille. Quand on accourut à ses cris, mettant en fuite le séducteur, on la trouva déjà tout égarée, à peine capable d'expliquer l'outrage dont elle venait d'être vicime. C'était le matin. Au déjeuner, elle mangea à peine, de plus en plus égarée, gênée pour trouver ses idées et les exprimer, commettant d'étranges méprises; le soir elle était déjà inconsciente de tout et le lendemain elle se levait avec l'état de stupeur dans lequel on la conduisit à la Chartreuse.

Je veux bien que ces cas soient rares, ainsi que le disait Brierre de Boismont, mais ils existent. Il y a donc des aliénés qui sont confus, rien que confus, qui, du début à la terminaison de leur maladie, n'ont ni hallucinations ni conceptions délirantes, dont les seuls troubles intellectuels sont ceux découlant directement ou indirectement de leur obtusion mentale. Directement ou indirectement : en effet, déjà nous avons vu que ces malades, sans avoir aucun désordre sensoriel, sont passibles d'illusions résultant de leur état de confusion mentale qui ne leur permet pas de percevoir les impressions telles qu'elles sont en réalité et les trompe sur les personnes, les choses, les temps et les lieux : mais c'est là une perturbation indirecte qui n'a rien de délirant. Egalement au début, quand la confusion mentale n'est pas encore profonde, ou même encore au cours de la maladie quand elle se maintient à un degré modéré, il arrive que les malades restent conscients de leur mal, se rendent compte qu'ils sont confus, qu'ils ont perdu leur mémoire et leur lucidité d'esprit d'autrefois, qu'ils ne savent plus enchaîner leurs idées ni raisonner et parfois alors ils s'étonnent d'une telle obnubilation intellectuelle dont ils ont conservé le pouvoir d'apprécier l'existence et l'étendue, en cherchent le pourquoi et arrivent à des explications qui, au premier abord, peuvent paraître des conceptions délirantes, mais qui, en réalité, ne sont que des *interprétations découlant de l'état conscient*. Les idées de persécution, de magnétisme, d'empoisonnement ou de possession diabolique qu'on retrouve dans ces cas ont ce caractère de n'être pas acceptées; les malades restent à leurs propres yeux d'innocentes victimes qui s'expliquent seulement ainsi les désordres de leur esprit que rien ne justifie et par là ils se séparent radicalement des lypémaniaques qui subissent leur état sans protester ni expliquer, convaincus qu'ils sont d'être des indignes et d'avoir mérité leur malheur. Il est toujours facile d'ailleurs de constater la filiation que je signale, car la conscience de la confusion mentale ne se maintient qu'à la condition que celle-ci soit modérée, ce qui laisse aux sujets assez de lucidité pour vous édifier sur ce qui se passe en eux. En outre, on voit ces fausses interprétations suivre une marche parallèle à l'état conscient et disparaître petit à petit avec lui, au fur et à mesure que, la confusion mentale s'accroissant, les malades cessent d'être à même d'apprécier ce qui se passe dans leur esprit. Le cas suivant, que j'ai observé à l'asile de Marseille est très net à cet égard.

On conduisit un matin dans mon service une jeune femme de 25 ans dont la mère était morte à l'asile l'année précédente. A première vue elle semblait atteinte de lypémanie religieuse, avec conceptions délirantes de possession diabolique; en réalité, il n'en était rien. On ne tardait pas, en effet, à s'apercevoir qu'elle n'était pas bien certaine d'être possédée du diable, que c'était là chez elle une façon comme une autre de s'expliquer ce qui se passait dans son esprit et dont elle avait une conscience assez nette. Héréditaire vésanique par la ligne maternelle, cette jeune femme était d'une bigoterie excessive et, ainsi qu'il arrive souvent, d'une sensualité grande. Même jeune fille, elle était tourmentée d'un appétit sexuel tyrannique et elle n'avait conservé sa virginité jusqu'à son mariage qu'au prix d'un onanisme quotidien sinon bi-quotidien associé à d'ardentes prières et à des pratiques religieuses exagérées. Le mariage avait plutôt développé qu'apaisé cette ardeur génitale vraiment insolite. J'avais été mis au courant de cette situation par le mari, l'année précédente, tandis que je soignais sa belle-mère. Il m'avait consulté sur cet état qui l'inquiétait pour l'avenir, malgré sa vigueur qui heureusement était belle, sa jeunesse ainsi que les sentiments honnêtes et religieux de sa femme. Celle-ci, malgré cet abus du plaisir vénérien, jouissait d'une excellente santé et semblait se porter d'autant mieux qu'elle en abusait davantage.

Sur ces entrefaites le mari, employé bien rétribué d'une grande maison, perdit sa place par suite de la faillite de l'établissement. Comme il était très intelligent et très apprécié dans Marseille, il avait toutes chances de retrouver assez vite une bonne situation, il fallait seulement un peu de temps pour la chercher et la trouver. Mais sa femme se frappa fortement de ce qui n'était en somme qu'un accident. Bien qu'ils eussent devant eux des économies et peu de charge, leur union étant depuis 7 ans restée stérile, elle crut tout perdu et se désola. Son mari n'ayant pas mis la main tout de suite sur ce qu'il cherchait, elle se désespéra et sa belle santé s'altéra. Elle perdit le sommeil et l'appétit, ses digestions comme ses nuits furent très mauvaises. elle pâlit et maigrit et se trouva en proie à une grande lassitude physique et morale. En même temps, ses idées s'embrouillèrent. Elle eut conscience d'un amoindrissement de son intellect, se rendit compte qu'elle oubliait tout, qu'elle avait une peine extrême à suivre sa pensée, qu'elle perdait la notion du temps, des choses et des personnes. Elle en chercha le pourquoi et arriva à se demander si ce n'était pas le diable qui se vengeait de ce qu'elle était restée honnête femme en dépit des violentes tentations charnelles dont il l'assaillait. La situation était telle lors de l'entrée à l'asile, mais elle empira rapidement et, au bout de quelques jours à peine, la malade était dans une profonde stupeur. Nous pûmes suivre chez elle la disparition progressive de son interprétation délirante au fur et à mesure que, par les progrès du mal, la conscience de ses troubles psychiques s'obscurcissait, puis disparaissait. Elle resta 10 mois en stupidité et nous commencions à nous inquiéter de la persistance de cet état quand brusquement elle revint à elle et recouvra toute sa raison en moins d'une semaine. Jamais elle n'eut d'hallucinations ni de conceptions délirantes véritables; sa tentative d'explication au début de ses troubles intellectuels, dont elle était à ce moment consciente, par une intervention diabolique fut seule constatée.

Il n'est donc pas douteux que dans certains cas la con-

fusion mentale constitue toute la maladie; les malades ne sont ni alarmés, ni hallucinés, ni délirants proprement dits; ils sont confus, rien que confus. A ces cas, il convient je crois de donner, pour les distinguer de ceux qui se compliquent d'hallucinations et de conceptions délirantes, le nom de *confusion mentale* ou, ce qui serait plus juste, de leur consacrer le nom de *stupidité de Georget*. Je ne rechercherai pas pour le moment ni la pathogénie de cette variété de confusion mentale, ni la place qui lui revient dans le cadre des maladies mentales; j'ai voulu seulement bien établir son existence et je m'estimerais heureux si j'avais atteint ce but à l'aide des trois faits personnels que j'ai rapportés, faits d'autant plus probants qu'ils ont été observés et recueillis il y a de nombreuses années déjà et à une époque où j'étais loin de me douter qu'un jour viendrait où M. Chaslin remettrait en honneur la vieille stupidité de nos pères et que j'interviendrais dans le débat. J'ai toujours plus de confiance dans les constatations que j'ai faites autrefois, alors que mon esprit était libre de toute préoccupation doctrinale, que dans celles réalisées sous l'empire d'une idée préconçue. Les plus mauvaises observations sont celles prises pour contrôler une assertion d'autrui ou surtout pour vérifier une conception à soi. Avec la meilleure bonne foi du monde on est dupe de son inconscience qui vous fait voir à votre insu ce que vous désirez trouver. Nos 3 observations échappent à ce danger et par là peut-être seront-elles de quelque utilité.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac,

Par le Dr Georges Gauthier.

L'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac est le suivant, d'après cinquante et une observations avec autopsie recueillis par M. Bard de 1885 à 1896 :

Cœur atrophié, plus de la moitié des cas; cœur normal un sixième des cas; cœur hypertrophié plus du quart des cas.

L'atrophie est le plus souvent extrême; l'hypertrophie, au contraire, le plus souvent moyenne.

La cause de l'atrophie du cœur est généralement la cachexie néoplasique; l'hypertrophie est due à des lésions valvulaires, vasculaires et surtout rénales.

L'atrophie du cœur prédomine chez les jeunes; l'hypertrophie chez les vieillards, ce qui tient à la plus grande fréquence des lésions rénales chez ces derniers.

La durée moyenne du cancer et l'état du cœur paraissent évoluer parallèlement dans leurs variations avec l'âge. En analysant les faits, il semble bien qu'après avoir éliminé les principales causes capables d'influer sur la durée (âge, malignité du néoplasme, maladies intercurrentes) il existe encore une corrélation manifeste entre la durée du cancer et l'état du cœur.

Deux hypothèses peuvent être émises pour expliquer cette relation :

1° *Hypothèse de l'influence cardiaque.* — Meilleur est l'état fonctionnel du cœur, plus grande sera la résistance de l'organisme au néoplasme et plus grande la survie.

2° *Hypothèse de l'influence rénale*, qui se rattache à l'hypothèse générale émise par M. le professeur Bard sur le mode d'évolution du cancer.

Le cancer a besoin, pour se développer dans de bonnes conditions d'un organisme sain dont les éléments cellulaires soient vigoureux; toute cause de débilitation de l'organisme rendant le terrain moins riche, retentissant sur le mode de nutrition des cellules semble ralentir l'évolution du néoplasme. C'est ce qui expliquerait l'influence de l'âge, la coexistence rare d'autres maladies avec le cancer... le rôle des lésions rénales et, en général, de la diathèse arthritique à laquelle elles sont intimement liées.

Pour nous l'hypertrophie du cœur et les lésions des reins agiraient dans le même sens pour élever sensiblement la durée de survie du cancéreux : le premier facteur, direct, augmenterait la résistance de l'organisme à la débilitation; le second, indirect et plus important, rendrait le terrain moins favorable, sinon à l'apparition, du moins au développement du néoplasme. Il ne faut rien exagérer toutefois ; si les lésions des reins sont très avancées, il est évident que le pronostic en sera aggravé, car le malade pourra mourir du fait des complications de son insuffisance urinaire, mais il n'en reste pas moins vrai que l'évolution du néoplasme en aura été retardée.

Ces conclusions (1) ne présentant rien de particulier au siège stomacal du carcinome, nous croyons qu'elles sont applicables au cancer en général.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Godonnèche (Pierre). *Contribution à l'étude des endocardites infectieuses (des endocardites infectieuses à marche lente).* N° 249. (H. Jouve.)

M. Capmarty (Ernest-Jules-Maximillien). *Dilatation du cœur droit dans le cours des néphrites catarrhales à la suite de troubles dyspeptiques.* N° 247. (H. Jouve.)

M. Harispe (Pierre). *Rhumatisme articulaire aigu, pathogénies multiples, essai d'une pathogénie mixte.* N° 216. (H. Jouve.)

M. Vidal (E.-Etienne). *Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme.* N° 221. (H.-C. Lavauzelle.)

M. Planche (René). *La perlèche.* N° 246. (H. Jouve.)

M. Heyman (Gustave). *Des indications actuelles de la trachéotomie dans le croup de l'enfant, contre-indications du tubage.* N° 210. (H. Jouve.)

M. Macé (Olivier). *La rate du nouveau-né au point de vue clinique.* N° 245. (Soc. d'édit. scient.).

Les endocardites infectieuses ne présentent pas toujours une évolution aiguë, classique d'après M. Godonnèche. Cette dernière peut être lente, traînante, et durer plusieurs mois; parmi ces endocardites particulières, les unes sont complètement apyrétiques, les autres présentent des accès de fièvre intermittente. Le signe clinique le plus important et véritablement capital de ces endocardites est un état de cachexie et de marasme profond, dont on ne trouve aucune cause dans l'examen des viscères, sauf dans celui du cœur.

Cette maladie ne présente pas un pronostic fatal, comme dans les cas d'endocardite infectieuse aiguë, et le malade peut guérir, mais l'affection laisse généralement comme trace de son passage une lésion organique du cœur.

Pour M. Capmarty la dilatation du cœur droit se produit dans le cours des néphrites catharrales à la suite des troubles dyspeptiques que ces néphrites déterminent. Cette dilatation est passagère et légère, mais elle peut devenir chronique et grave. La cause est d'origine nerveuse et réflexe.

Elle est transmise par la voie des filets nerveux du pneumogastrique ou du sympathique. Le régime lacté, sévère, exclusif, est le remède qui agit le mieux et à la fois sur le rein et sur l'estomac.

M. Pierre Harispe admet dans le rhumatisme articulaire aigu une pathogénie mixte qui reconnaît l'altération du milieu intérieur par diminution d'alcalinité : altération dépendant d'un

1. Conclusions de la thèse de M. Gauthier (*thèse de Lyon*, série 2. N° 51).

trouble dans le rôle trophique du système nerveux; altération mettant l'organisme en état de moindre résistance vis-à-vis des agents infectieux vulgaires (staphylocoques et autres bactéries) les seuls décelés jusqu'ici dans le rhumatisme articulaire aigu.

De ses nombreuses et précises recherches expérimentales M. Vidal conclut qu'au cours de l'anesthésie l'intensité totale des processus chimiques est notablement accrue, puisque croissent les déchets azotés, la thermogénèse et les combustions respiratoires; il se produit au détriment de l'organisme un véritable gaspillage de ses tensions chimiques sous l'influence de l'anesthésie.

La perlèche étudiée par M. Planche est une lésion fissuraire de la commissure des lèvres, à caractères spéciaux, ayant des points de ressemblance avec d'autres fissures liées à certaines affections (eczéma, impétigo, etc.).

C'est une affection que l'on rencontre surtout chez les enfants; mais qui évolue aussi chez l'adulte. La contagiosité est extrême. Elle est épidémique, endémique dans certains milieux. Elle est d'origine microbienne et peut être produite par divers microbes habitant la cavité buccale streptocoques ou staphylocoques. Elle présente des relations étroites avec différentes affections de la bouche, notamment avec la stomatite diphthéroïde. Sa ressemblance avec les plaques muqueuses est extrême, et elle acquiert de ce fait la plus grande importance en médecine légale. Pour en faire le diagnostic, on se basera surtout sur la présence ou l'absence d'autres signes de syphilis, plaques muqueuses en d'autres régions, traces de l'accident initial, ganglions, etc.

Pour M. Heyman si depuis l'emploi du sérum antidiphthérique, le tubage est devenu l'opération de choix pour combattre les accidents d'asphyxie qui viennent si souvent compliquer le croup de l'enfant, il est des cas où il est formellement contre indiqué et devient même dangereux.

Les contre-indications du tubage sont précisément les indications actuelles de la trachéotomie dans le croup. Elles sont de divers ordres :

Elles tiennent : 1° tantôt au milieu où on se trouve (absence de surveillance).

2° Tantôt à l'opérateur (difficultés opératoires ou accidents).

3° Tantôt à l'état même de l'enfant.

4° Tantôt à l'impossibilité de reconnaître si l'on n'est pas en présence de maladies autres que le croup et dans lesquelles le tubage a donné de mauvais résultats.

5° Tantôt à la question d'âge si importante lorsqu'il s'agit de trachéotomie (au-dessous de deux ans préférer le tubage).

Quant au manuel opératoire, le procédé en un temps est préférable dans les cas de mort apparente et la crico-trachéotomie au septième jour est le procédé de choix pour tous les cas où l'on soupçonne une ulcération cricoïdienne.

Pour l'époque de l'intervention, c'est surtout sur l'état général de l'enfant, l'état du cœur et du pouls que l'on doit se baser, tous les autres signes n'ayant qu'une valeur relative et étant infidèles.

M. Heyman fait remarquer que la trachéotomie a bénéficié aussi bien que le tubage de l'emploi de la sérumthérapie antidiphthérique. La mortalité est devenue bien moindre et si en France elle reste plus élevée que celle du tubage, c'est qu'on n'y a plus guère recours que dans les cas absolument désespérés.

D'après M. Macé le rapport du poids de la rate d'un enfant sain au poids total est de 1/322. La rate peut être palpée, et cette palpation est aisée. Il est possible de sentir la rate par la palpation chez des enfants issus de mères malades et de mères saines dans des proportions variables. Mais lorsque la rate est sentie, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'enfant soit syphilitique.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Biérer (Paul). *Contagion de la coqueluche.* N° 29.

M. Sacquépée (Ernest). *Etudes sur la flore bactérienne du vaccin (mixture vaccinale glycérinée).* N° 20.

M. Drouet (Antoine). *Instituts vaccinogènes et variole.* N° 88.

M. Vignal (Pierre). *Psoriasis vaccinal.* N° 60.

M. Camus (Edmond). *Du rôle de la persistance des germes dans la transmission de la diphthérie (étude critique).* N° 14.

La contagion de la coqueluche est un fait indiscutable aujourd'hui.

D'après ses observations sur le pouvoir transmissible de la maladie, M. Biérer la divise en deux périodes : l'une *infectieuse* et transmissible, l'autre *toxique*, dangereuse pour l'enfant qui en est atteint mais absolument inoffensive pour les autres. La première est constituée par le *stade de bronchite*, la seconde par *les quintes.*

D'où pour l'auteur l'inutilité, pendant la *période des quintes*, de combattre une contagion qui n'existe pas.

Au contraire, un isolement immédiat et rigoureux s'impose au stade de bronchite, quand celle-ci est soupçonnée *avec raison.* Elle le sera d'une façon assez *évidente* et suffisamment *justifiée* quand le médecin aura observé à ce moment autour du malade des cas non douteux de coqueluche.

Dans la *famille* comme à *l'école*, il sera de toute importance d'appliquer les mêmes mesures aux frères et sœurs du malade atteint des quintes de coqueluche, et d'une façon générale, à tous les enfants qui l'ont approché avant cette période de l'affection. Ils devront être tenus en observation *minutieuse* et ce n'est qu'après 6 à 7 jours qu'on devra les considérer comme indemnes et non dangereux s'ils n'ont présenté aucun symptôme alarmant.

En toute circonstance, la personne chargée de la surveillance du coquelucheux devra, pendant la période contagieuse, s'interdire tout rapport avec d'autres enfants, surtout avec ceux qui sont très jeunes ou d'une santé débile, car la maladie pour eux est souvent mortelle.

Pour M. Sacquépée le nombre des bactéries qui constituent la flore microbienne habituelle de la mixture vaccinale glycérinée va en diminuant progressivement avec l'âge de cette mixture. C'est pendant les premières 24 heures de contact entre la pulpe vaccinale (à proprement parler) et la glycérine que s'opère la destruction du plus grand nombre des cellules microbiennes dont, en effet, les 9/10 environ disparaissent dans ce très court laps du temps. La richesse de la flore bactérienne, tombée ainsi à 1/10 de ce qu'elle était à l'origine, reste sensiblement la même pendant les 15 premiers jours, et il faut plusieurs mois de conservation pour obtenir une mixture vaccinale très pauvre en microbes, et qui en soit même presque entièrement dépourvue.

Il y a une assez grande irrégularité dans le degré de richesse bactérienne des divers vaccins âgés de plusieurs mois (4 à 20 mois.

Indépendamment des bactéries qui proviennent du dehors et qui sont probablement apportées, au moment de la préparation de la mixture vaccinale, par les diverses substances (glycérine, eau, sucre) employées, il en existe qui appartiennent en propre, dès sa cueillette, au produit de raclage de la pustule vaccinale (cocci). Ces bactéries sont, quantitativement, très inégalement réparties dans les diverses portions de ce produit, le caillot et la pulpe dermique en étant très riches, les croûtes superficielles pauvres et la lymphe liquide très pauvre.

De cette mixture vaccinale glycérinée M. Sacquépée n'a pu isoler qu'un nombre très restreint d'espèces microbiennes saprophytes et jamais de microbes franchement pathogènes : staphylocoques ou streptocoques. Quant à la purulence des bœufs vaccinifères, elle paraît bien due aux microcoques. Ces derniers sont particulièrement abondants au début, et leur nombre décroît, jusqu'à ce qu'ils disparaissent en général au 4e mois. C'est donc seulement à cet âge que le vaccin présenterait le minimum de chances de provoquer la purulence bovine. Mais, parfois, les microcoques existent encore après une année : aussi cette condition d'âge ne peut jamais constituer une garantie absolue.

Des divers documents statistiques qu'il a recueillis M. Drouet conclut qu'il est hors de doute que l'introduction de la vaccine dans les différents pays d'Europe a fait baisser la mortalité par

variole d'une façon très sensible et que, vraisemblablement, la morbidité du fait de cette maladie a subi un abaissement parallèle. La mortalité par variole a baissé plus considérablement dans les contrées à vaccination et à revaccination obligatoires, ou du moins ayant une législation qui leur permet de faire entrer dans les mœurs les habitudes de vaccination et de revaccination. Les résultats apparaissent plus remarquables encore chez les peuples qui possèdent dans leurs principales villes des Instituts vaccinogènes fonctionnant d'une façon régulière et usant de la méthode de vaccination animale.

Il serait donc à désirer que la France mît en vigueur une législation beaucoup plus sévère contre les maladies contagieuses et notamment contre la variole; qu'il fût fondé partout dans les grands centres des Instituts vaccinogènes permettant d'atteindre les merveilleux résultats constatés par M. Drouet dans let statistiques de la ville de Lyon.

Pour M. Vignal le nom de psoriasis vaccinal doit être réservé aux cas où le psoriasis apparaît au point d'inoculation du vaccin et se généralise ensuite. Il faut en exclure les cas où, chez un psoriasique, des placards nouveaux se montrent sur les pustules, car ces derniers faits sont de connaissance banale et ne viennent poser devant le clinicien aucun problème pathogénétique important. Le *psoriasis vaccinal* ne saurait être considéré comme un argument en faveur de la théorie parasitaire du psoriasis. Dans les quelques observations complètes que nous possédions, l'hypothèse d'une transmission parasitaire est absolument inadmissible; elle est des plus improbables dans les autres.

La vaccine ne joue, dans l'apparition de la dermatose, qu'un rôle d'agent provocateur. Elle évoque un psoriasis en puissance, chez un sujet prédisposé, comme dans les expériences de Köbner le font les piqûres d'aiguilles, et dans les cas de Neumann, les traumatismes accidentels ou les irritations localisées de la peau. Quant à la nature de la prédisposition, elle semble consister en un trouble trophique, une altération de la sécrétion de l'éléidine, développée soit sous l'influence de l'arthritisme. Cette hypothèse, qui réunit en un mécanisme unique l'action des deux terrains, arthritique et nerveux, explique que chez les sujets prédisposés toute cause occasionnelle, la vaccination par exemple, susceptible de troubler encore sur quelques points les fonctions de l'épiderme, puisse mettre obstacle à la kératinisation, faire apparaître le psoriasis et créer peut-être un milieu de culture à certains microorganismes, dont le développement apparaîtrait ainsi comme une infection secondaire.

Le bacille de Lœffler, placé dans les conditions expérimentales les plus favorables, c'est-à-dire sur cultures en bouillon, enfermées en tubes clos, mis à l'abri de la lumière, peut conserver sa vitalité, pendant un espace de temps variable, pouvant aller jusqu'à 13 mois. Sa persistance est beaucoup moindre lorsqu'il est exposé à l'action de l'air et de la lumière.

Pour M. Camus l'observation des faits cliniques et épidémiologiques ne démontre pas la réalité du rôle de la longue persistance du virus diphthérique en dehors de l'organisme dans la genèse de la diphthérie humaine. Les faits cliniques isolés invoqués à l'appui de cette persistance ne sont pas de nature à entraîner la conviction tant par l'absence de détails précis que par l'impossibilité d'éliminer avec certitude les autres causes d'infection. La réapparition de la diphthérie dans les écoles ou les locaux temporairement évacués lors du retour des occupants est fréquente. Mais cette fréquence n'a pas la signification qu'on lui attribue d'ordinaire à ce point de vue : la réapparition est due à la reconstitution du groupe humain dans lesquels sévissait l'épidémie, la maladie se perpétuant dans ce groupe par les convalescents et les angines frustes. La fréquence de la réapparition ne paraît pas influencée par les mesures de désinfection. Les statistiques urbaines montrent que la réapparition de la diphthérie dans les mêmes maisons est très rare, si l'on fait abstraction des cas successifs rapprochés.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Désarticulation de l'os iliaque dans la coxite étendue (Ein Operationsverfahren bei ausgedehnter Beckencaries nach Coxitis), par O. Wolff (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 7, p. 185). — Dans un cas de coxalgie ancienne avec carie du bassin, fistules multiples et dégénérescence amyloïde des reins chez une femme de 36 ans, le professeur Bardenheuer a tenté comme ressource ultime la désarticulation de l'os iliaque avec le fémur correspondant.

Dans le but de réduire l'hémorrhagie au minimum, on a commencé par faire la ligature de l'iliaque externe et celle de l'hypogastrique, en ayant recours à une incision partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et aboutissant à la branche horizontale du pubis, en passant au-dessus du ligament de Poupart. Ce premier temps exécuté, on procéda à la désarticulation du fémur, par le procédé classique à lambeau, ce qui put être exécuté avec une perte de sang tout à fait insignifiante. Ceci étant fait, on procéda à la désarticulation de la moitié correspondante (droite) du bassin. A cet effet, on sectionna avec la scie de Gigli la branche horizontale du pubis, tout près du trou ovale, et la branche descendante de l'ischion, tout près du bord inférieur et externe du même orifice. Le muscle psoas iliaque fut ensuite décollé de la face interne de l'os iliaque, et les muscles de l'abdomen qui s'attachent à la crête iliaque furent sectionnés d'un seul coup de bistouri. L'os iliaque ne tenant plus à la ceinture pelvienne qu'au niveau de son articulation avec le sacrum, un aide le saisit entre les deux épines iliaques et l'arracha de la jointure sacro-iliaque. L'hémostase étant bien assurée, la cavité qui résulta de l'extirpation de l'os iliaque fut partiellement fermée par une série de sutures musculaires et cutanées, et ensuite drainée.

Pour éviter la production d'une hernie ultérieure, on eut soin de suturer le bout périphérique du psoas avec les moignons des adducteurs de la cuisse qui avaient été conservés.

Les suites opératoires furent des plus simples; l'albuminurie disparut quelques jours après l'opération, et actuellement, c'est-à-dire un mois après l'opération, il ne reste de la plaie qu'une surface bourgeonnante de la dimension de deux pièces de cinq francs. La malade se sent aussi bien que possible.

L'os iliaque extirpé était farci de foyers tuberculeux.

Appendicite, maladie épidémique (Die Appendicitis als eine epidemische infectiöse Erkrankung), par Goluboff (*Berlin klin. Wochenschr.*, 1897, n° 1, p. 9). — Pendant le printemps, l'été et l'automne de l'année passée, l'autour a observé un nombre d'appendicites dix fois supérieur à celui qu'il a constaté à la même époque, pendant les dix dernières années. Un chirurgien de Moscou a vu, en février et en mars, dix cas d'appendicite, chiffre qu'il ne voit ordinairement que dans le courant de toute une année. Un autre médecin de Moscou a fait la même constatation avec cette particularité que les malades qu'il a soignés se trouvaient tous deux dans la même rue. Un troisième médecin a eu encore à soigner 7 cas d'appendicite parmi les élèves d'un pensionnat. Enfin, il y a quelques années, l'auteur a soigné deux frères atteints simultanément d'appendicite.

Tels sont ces faits qui, d'après l'auteur, doivent faire envisager l'appendicite comme une maladie infectieuse essentielle, analogue à la dysenterie et à l'angine folliculaire, et revêtant parfois un caractère épidémique.

Modification du procédé de réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche (Vorschlag zu einer modification des Lorenzschen Verfahren u. s. w.), par E. Senger (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 3, p. 50). — D'après l'auteur, quand par le procédé de Lorenz on n'arrive pas à déplacer la tête du fémur luxé, cela tient à la résistance opposée par la paroi antérieure de la capsule rétractée. Il propose donc d'inciser cette capsule avant de tenter la réduction. L'incision à ciel ouvert faite, on peut agir de deux façons : ou

bien tamponner temporairement la plaie et procéder à la réduction au bout de 4 jours; ou bien mettre le membre en extension et en abduction, et attendre la guérison de la plaie avant de procéder à la réduction. Le premier procédé semble à l'auteur préférable.

Myosarcome de l'intestin grêle (Ein Fall von Myosarkom des Dunndarms), par Babes et Nanu (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 7, p. 138). — L'opération faite chez un homme entré à l'hôpital pour des phénomènes d'obstruction intestinale progressive datant seulement de 2 mois montra l'existence d'une tumeur occupant une anse de l'intestin grêle. L'examen microscopique de la tumeur extirpée montra qu'il s'agissait d'un myosarcome. Le malade guérit.

Il n'existe dans la littérature que 15 cas de myosarcome de l'intestin.

Méningite circonscrite (Ein Beitrag zur Aetiologie der circonscripten Meningitis), par S. Wolf (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 10, p. 200). — Un homme de 34 ans atteint d'otorrhée chronique du côté droit et sujet depuis quelque temps à des maux de tête tellement violents qu'en l'absence de toute indication précise on le traite par la morphine, est pris de fièvre, de frissons, de ralentissement du pouls et d'ictus apoplectiforme, avec hémiplégie gauche et troubles de la parole. On fait la trépanation au niveau du lobe temporal droit et audessous de la dure-mère tendue on trouve une cuillerée à café de pus. Plusieurs ponctions exploratrices du cerveau restent négatives. Le malade succombe le lendemain.

A l'autopsie on trouve une thrombose du sinus droit et d'une veine de la pie-mère qui y aboutissait; au niveau de la région thrombosée existait une plaque de lepto- et de pachyméningite suppurée.

A l'examen bactériologique du pus on trouva le pneumocoque de Fraenkel peu virulent. C'est par cette virulence atténuée que l'auteur explique la localisation très limitée de la méningite.

Nouveau procédé de cathétérisme des uretères chez la femme (Ein neues Verfahren bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen), par H. Rosc. — Le procédé que préconise l'auteur consiste à introduire dans l'urèthre préalablement cocaïnisé un spéculum étroit de son invention qu'avec un peu d'habitude on fait facilement pénétrer dans l'orifice uréthral.

Traitement de la métrite infectieuse consécutive à l'avortement par la vapeur d'eau chaude (Die Vaporisation in der Therapie der putriden Abortus), par L. Pincus (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 7, p. 190). — L'auteur a essayé dans 11 cas d'avortement suivi d'endométrite infectieuse, mais sans complications annexielles, la vaporisation de la muqueuse utérine, telle qu'elle a été préconisée par Sneguireff (de Moscou) il y a 2 ou 3 ans. Les 11 malades ont toutes guéri. Aussi l'auteur considère-t-il ces vaporisations comme un traitement presque spécifique de la métrite infectieuse consécutive à l'avortement.

NEUROPATHOLOGIE

Un cas d'abcès cérébral situé à la partie postérieure de la capsule externe avec considérations sur la constitution du faisceau externe du pédoncule (faisceau de Türck), par Mills et Spiller (*Journal of nervous and mental Disease*, 1896, n° 9, p. 622). — Boulanger âgé de 48 ans, qui, au mois de décembre 1895, a eu un ictus avec perte de connaissance et des convulsions simulant celles de l'épilepsie. Il est resté sans connaissance pendant 2 jours, et quand il est revenu à lui on a remarqué une hémiplégie droite avec des troubles de la parole. Le 29 janvier 1896, il est survenu une deuxième attaque sans convulsions, mais cette fois, accompagnée d'aphasie et d'hémiplégie complète. C'est dans cet état qu'il a été amené à l'hôpital. On constate une hémiplégie totale du côté droit avec abolition de la sensibilité tactile du même côté et hémianopsie droite homonyme, paralysie des sphincters. L'examen du fond de l'œil a fait voir une double lésion de la papille plus accentuée à gauche. En février 1896, il perd de nouveau connaissance, tombe dans le coma et meurt. On n'avait trouvé aucune lésion de l'oreille moyenne.

L'autopsie a montré un abcès dans le centre ovale du côté gauche et qui avait envahi la capsule interne, et une partie du noyau lenticulaire. Il n'y avait pas de lésions du tympan, et nulle part de suppuration. Dans l'abcès on a trouvé le staphylococcus pyogenes aureus. Un examen plus attentif a révélé que l'abcès occupait la partie postérieure de la capsule externe, une partie du noyau lenticulaire, et particulièrement le putamen avec envahissement de la 2e circonvolution temporale; mais les radiations optiques de la capsule interne étaient intactes. Il est possible que quelques rares fibres motrices aient été détruites mais pas en quantité suffisante pour produire la dégénérescence descendante. Les troubles paralytiques et visuels étaient dus à la compression de la substance blanche de la 1re temporale.

Comme la mort est survenu 68 jours après la 1re attaque et 28 jours après la 2e, les auteurs ont voulu savoir si la destruction de la 1re et de la 2e temporales est suivie d'une dégénérescence ascendante dans le pied du pédoncule cérébrale et notamment dans le faisceau de Türck. On n'a pas constaté une pareille dégénérescence.

Epilepsie jacksonienne (A contribution to the pathology of epilepsy, a report of two cases in wich a portion of the cortex was excised and examinated), par Colms (*Journal of nervous and mental Disease*, octobre 1896, n° 10, p. 655). — Le malade est un garçon de 20 ans qui a eu des attaques classiques d'épilepsie précédées par des convulsions du pouce et de l'index. Deux ou trois fois par semaine il avait des convulsions ainsi limitées. L'examen du malade a montré l'exagératiou du réflexe patellaire avec un certain degré de faiblesse de la main droite avec trouble de la marche. La sensibilité du côté droit était altérée. En raison de ces symptômes on se décida à pratiquer l'ablation du centre de la main droite. Le malade, qui a eu peu de temps après un attaque de paralysie transitoire, est sorti de l'hôpital et la guérison s'est maintenue jusqu'au moment de l'observation. L'examen de la région extirpée a montré des lésions très intenses qui peuvent être ainsi résumées : méningo-encéphalite chronique, oblitération des vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale et néformation des capillaires; légère dégénérescence des cellules nerveuses. Hyperplasie modérée de la névroglie; foyers de ramollissement. Le 2e cas se rapporte à une femme de 30 ans, qui souffre depuis 6 ans de convulsions sous forme de crampes dans les jambes et accompagnées d'attaques classiques d'épilepsie. On a ici encore excisé le centre de la jambe gauche et on constate sur le fragment enlevé la présence d'hémorrhagies multiples avec lésions fines des cellules nerveuses, dont les prolongements protoplasmiques sont atrophiés ou ratatinés. Certaines cellules ont disparu.

MÉDECINE

Théorie réflexe du torticolis spasmodique, par R. Pauly (*Rev. de médecine*, fév. 1897, p. 130). — L'auteur estime que le torticolis spasmodique est dû à un réflexe ayant pour point de départ un des nerfs sensitifs du plexus cervical, et il le compare au tic douloureux de la face où le réflexe a son origine dans les filets périphériques du trijumeau.

Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire, par A. Chauffard (*Rev. de médecine*, fév. 1897, p. 81). — On sait quelle importance a prise récemment l'origine microbienne de la lithiase biliaire. C'est la fièvre typhoïde qui a été considérée comme provoquant surtout l'inflammation lithogène. Or, M. Chauffard combat cette théorie en invoquant deux ordres de preuves :

1° *Arguments bactériologiques* : La présence de microbes au centre des calculs ne prouve pas que ces microbes aient été la cause de ces concrétions, car les calculs peuvent se laisser pénétrer secondairement par les microbes, lorsque l'infection vient compliquer, à une période plus ou moins avancée, la lithiase biliaire. Il y a d'ailleurs des calculs qui ne contiennent pas de microbes et il y a des infections biliaires qui ne sont pas litho gènes.

2° *Arguments cliniques* : On a cité des cas de lithiase biliaire apparaissant très peu de temps après une fièvre typhoïde; mais les faits sont extrêmement rares eu égard à la grande fréquence de la lithiase et la discussion des observations laisse à penser que la lithiase pouvait bien avoir précédé la fièvre typhoïde. En outre, si la fréquence de la fièvre typhoïde est assez grande dans les antécédents des lithiasiques, elle est à peu près aussi grande dans les antécédents des sujets non lithiasiques. Sur 171 anciens typhiques, 5 ont eu des coliques hépatiques avant leur fièvre typhoïde, 18 après (proportion 10,5 p. 100); dans un seul cas la lithiase paraît avoir succédé directement à la fièvre typhoïde. Sur 86 cas de lithiase biliaire, la fièvre typhoïde existait 8 fois dans les antécédents, soit une proportion de 20,9 p. 100. Sur 86 malades non lithiasiques, 15 avaient eu la fièvre typhoïde, soit une proportion de 17,4 p. 100.

De la possibilité de la transmission de la morve par le sérum antidiphthérique (Versuche über die Moglichkeit der Uebertragung der Rotzcontagiums mittelst Diphtherie-Heilserum), par Bonhoff (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 5, p. 89). — Les recherches expérimentales de l'auteur ont montré :

1° Que le sérum de 2 chevaux atteints de morve, inoculé à des cobayes sous la peau et dans le péritoine, n'a pas provoqué chez eux de morve;

2° Que l'addition de 0,05 p. 100 d'acide phénique au sérum antidiphthérique modifie tellement au bout de 2 à 4 heures la vitalité des bacilles de la morve qui y sont introduits, que ces bacilles ne se développent plus quans on les transporte sur un milieu de culture favorable.

3° Que l'inoculation aux cobayes des cultures de morve ayant séjourné pendant 24 heures dans du sérum antidiphthérique additionné d-acide phénique en proportion de 0,5 p. 100 ne provoque pas de morve chez les animaux inoculés.

Il n'y a donc pas à craindre le transport de la morve par le sérum antidiphthérique quand celui-ci est additionné d'acide phénique en proportion de 0,5 p. 100.

MÉDECINE PRATIQUE

Mercure (*suite*).

III. Indications et contre-indications des injections mercurielles.

On a répété à l'envie que le traitement de la syphilis par les injections mercurielles était un traitement d'exception. Besnier considère qu'elles doivent être réservées aux cas graves et être proscrites dans les cas moyens ou bénins. Thibierge les trouve trop douloureuses pour qu'elles puissent devenir la base unique d'une méthode curative de la syphilis. M. le professeur Fournier en limite les indications aux manifestations tertiaires ou aux cas rebelles à toute autre médication. Mauriac, Barthélemy, Feulard ont été découragés par les difficultés pratiques qu'ils ont rencontrées. Bref, il a fallu la ténacité de certains syphiligraphes au premier rang desquels il faut placer Balzer, Jullien et Abadie en France, Lewin et Hebra en Allemagne, Scarenzio et Bacelli en Italie, pour que les injections mercurielles ne fussent pas définitivement rejetées de la thérapeutique. A la Société de Dermatologie de Paris, ce n'est qu'en décembre 1895, janvier et février 1896, que la question a été pour la première fois, posée avec précision et discutée sans passion. Quelles conclusions le praticien peut-il tirer de ces opinions contradictoires, de ces débats confus? C'est ce que nous allons nous efforcer de dégager.

Un premier fait est actuellement admis par tous les syphiligraphes : les injections mercurielles sont, par leur rapidité d'action, le traitement de choix de toutes les manifestations syphilitiques graves menaçant la vie des sujets. Aucune autre médication ne peut leur être comparée, même la friction, dont on connaît pourtant l'efficacité. Voilà donc une première indication des plus nettes et des plus faciles à saisir.

De mêmes toutes les lésions syphilitiques, a quelque période que ce soit, qui par leur *localisation* (larynx), leur *allure* (syphilis maligne) impriment à la maladie un caractère de gravité exceptionnelle, doivent être pour la même raison traitées par les injections.

Viennent ensuite les cas rebelles à toute autre médication. L'hypodermie réussit souvent où la voie gastrique ou cutanée échouent. Ce sont spécialement les glossites tertiaires (Irsai, Lukasiewicz, Fournier), la laryngite déjà désignée, les syphilides hypertrophiques ou lupiformes (Fournier), la syphilis pigmentaire (Le Pileur), la syphilis oculaire (Abadie, Darier), le psoriasis, palmaire qui ont fourni les plus beaux succès à la méthode.

Enfin, toutes les fois qu'il y a un intérêt pressant à établir un diagnostic, sur des bases indiscutables, lorsqu'il s'agit par exemple de fixer la nature d'une tumeur douteuse (gomme ou cancer), ou l'origine de certaines manifestations spéciales ou cérébrales, c'est encore aux injections que l'on devra s'adresser : car seules elles permettront en quelques jours de dissiper toute ambiguïté (Jullien, Besnier).

Jusqu'ici tous les auteurs sont d'accord : les divergences commencent lorsqu'il s'agit d'étendre ces indications. Néanmoins il faut convenir que la dernière discussion de la Société de dermatologie, celle plus récente de la Société de thérapeutique, marquent les progrès faits par les partisans du traitement hypodermique de la syphilis sur ceux qui encore aujourd'hui lui préfèrent, dans tous les autres cas que ceux que nous venons d'énumérer, les pilules, potions et frictions. M. Thibierge, partisan déterminé des injections insolubles a pu même, dans un travail récent (1) formuler cette proposition :

« Les injections insolubles peuvent être employées dans le « traitement de la syphilis chez les malades qui dûment avertis « de leurs inconvénients (douleur, à la rigueur possibilité « d'abcès), consentent à se soumettre à un traitement dont « l'activité a fait ses preuves et qui leur offre l'avantage de faire « disparaître toute trace du médicament, à la condition qu'il « n'existe pas de contre-indication à leur emploi. »

Et plus loin il ajoute : « ... Elles ne sont donc plus une mé- « thode de rarissime exception... elles peuvent entrer dans la « pratique courante... »

A cette généralisation du mercure hypodermique que pour notre part nous voudrions plus large encore, d'autres syphiligraphes tels que Besnier, Verchère, Portalier, Fournier opposent deux ordres d'objections. Les premières sont tirées des inconvénients inhérents aux injections (douleur, abcès, etc.) Les secondes relèvent de cette affirmation que dans les syphilis banales, les piqûres ne sont pas plus actives que les autres modes de traitement.

Nous avons si longuement parlé dans le précédent chapitre des accidents liés aux injections et montré avec quelle facilité ils peuvent être prévenus tant par une technique rigoureuse que par le choix éclairé de la préparation à injecter, que nous n'avons pas besoin d'insister à nouveau sur le premier point.

Quant au second point il ne nous paraît pas devoir être l'objet d'une longue réfutation. Il nous suffira de remarquer que ces mêmes auteurs qui contestent en syphilis vulgaire l'activité des injections, reconnaissent à l'envi leur supériorité, en syphilis grave, sur les autres moyens habituels! Au surplus, pour entrer plus avant dans la question, pour la discuter au fond, comparons les résultats de la mercuralisation pour l'injection et la friction avec ceux obtenus par la voie sous-cutanée. Nous verrons que les statistiques de Fournier, Portalier, Le Pileur, Thibierge, Jullien, etc., tous partisans des préparations insolubles, accusent une moyenne de 6 injections par malade traité que Lewin, Abadie, Bacelli, De Lavarrenne qui emploient exclusivement les sels solubles, font en moyenne de 20 à 30 piqûres par sujet. En définitive, la dose totale moyenne de mercure injecté évolue entre 30 et 50 centigrammes!

Mettez en balance les 5 et 6 semaines de frictions à 4 grammes par jour, les 20 et 30 jours consécutifs de pilules de protoiodure

(1) *Presse médicale*, 1896 p. 545.

à 5 centigrammes, en périodes renouvelées jusqu'à cinq et dix fois, cela pour arriver à des résultats égaux, sinon inférieurs à ceux obtenus par les injections — et vous pourrez vous faire une juste idée de la différence d'activité de ces divers modes d'administration du mercure.

En somme, ce n'est pas là l'obstacle le plus grand à la généralisation des injections : il est tout entier — il faut avoir le courage de le dire avec Lewin, Abadie, De Beurmann contre la majorité des syphiligraphes — dans la persistance à l'emploi des préparations insolubles. Si les accidents sont moins nombreux, grâce à l'amélioration de la technique, ils n'en existent pas moins et ils seront, quoiqu'on fasse, toujours redoutés du praticien qui exerçant dans un cercle relativement restreint, voit ses actions et ses résultats soumis au contrôle permanent du succès. Les pourcentages d'insuccès ou d'accidents admis comme possibles par les plus déterminés partisans des injections insolubles sont encore trop lourds pour la responsabilité que peut prendre, en ville ou à la campagne, le médecin qui a affaire à une clientèle qu'il doit conserver. Et tel syphiligraphe qui aujourd'hui préconise l'injection d'huile grise ou d'oxyde jaune, modifierait rapidement son opinion s'il se trouvait brusquement placé en dehors du milieu scientifique, hospitalier et parisien où il la professe avec conviction. Ces considérations n'ont pas le caractère extra-scientifique qu'elles paraissent avoir : car une méthode de thérapeutique vaut par ses résultats, la simplicité et le côté pratique de ses applications.

C'est également à ce point de vue qu'il faut envisager la question des récidives. En l'absence de statistiques intégrales qui permettraient de comparer les rechutes dans les différents modes de traitement, il est difficile de poser des conclusions certaines. Néanmoins si l'on s'en rapporte à l'opinion de Lewin qui repose sur une pratique de 32 ans et l'examen de plus de 80 000 malades, les récidives d'accidents secondaires et cutanés sont sensiblement aussi fréquentes avec les injections qu'avec les pilules ou les frictions : au contraire les accidents tertiaires graves, les formes malignes, réapparaissent plus rarement, lorsqu'ils ont été traités hypodermiquement. Abadie professe une opinion analogue.

Mais il est une forme particulière de récidive sur laquelle nous devons attirer l'attention : c'est celle qui se produit au lieu même de la piqûre. Il va sans dire qu'il s'agit encore ici exclusivement de sels insolubles. Au niveau du nodus, persistant ou incomplètement résorbé, se produit une gomme syphilitique. Deux de ces cas ont été publiés par M. E. Barreyre dans sa thèse (1) et observés, l'un dans le service de M. Hallopeau, l'autre dans le service de M. le professeur Fournier. Le malade de M. Hallopeau a été présenté à la Société de dermatologie : il était particulièrement intéressant en ce sens qu'il avait depuis 2 ans des gommes récidivantes dans tous les foyers caloméliques. Il est vraisemblable que c'est l'action irritante, phlogogène du calomel qui ici a servi d'appel à la localisation de l'infection. C'est une pièce de plus à ajouter au procès des injections insolubles.

La voie hypodermique a-t-elle marqué quelque progrès dans la question du traitement abortif de la syphilis? Ce que nous venons de dire des récidives prouve que l'espoir de Scarenzio, qui pensait avoir trouvé dans les injections le calomel un procédé sûr pour débarrasser l'organisme du virus qui s'y était introduit, ne s'est malheureusement pas réalisé. Il est certain que l'action si décisive, si énergique d'un petit nombre de doses avait dû frapper les promoteurs de cette méthode en donnant quelques bases à des espérances dont seule une observation attentive devait démontrer l'inanité. M. Fournier, et avec lui bon nombre d'auteurs, ont vu des accidents secondaires se développer au cours du traitement par les piqûres, même lorsque ce traitement avait été commencé immédiatement après l'apparition de l'accident primitif. L'avenir ne paraît donc pas dans cet ordre d'idées aux injections hydrargyriques : il est vraisemblable que seule la sérothérapie est capable de donner dans un temps plus ou moins éloignée la solution désirée.

D'autres indications sont tirées d'un état particulier physique ou psychique des malades : elles ont été heureusement résumées par Thibierge (2). « Les dyspeptiques, tous ceux dont l'estomac et l'intestin supportent mal le mercure ou ne le supportent pas, dyspeptiques par troubles nervo-moteurs, anciens diarrhéiques etc. sont les tributaires naturels des injections. De même les sujets qui par tendance naturelle ou par insouciance sont susceptibles de se soustraire au traitement. Il n'est pas enfin jusqu'aux convenances personnelles des malades qui ne puissent et ne doivent dans certains cas, forcer la main au médecin; sans parler de ces syphilitiques qui à la veille de leur mariage viennent demander au praticien d'obvier par une médication énergique à un accident secondaire ou tertiaire de récente apparition, il est des malades qui, redoutant d'égarer leur boîte de pilules ou leur flacon de Van Swieten, préfèrent se faire injecter régulièrement. » Rien n'est plus exact et on prévoit combien le champ de la mercurialisation hypodermique est capable de s'élargir.

Existe-t-il, en dehors de la syphilis, d'autres maladies justiciables des injections hydrargyriques? De nombreuses tentatives ont été faites en des sens différents, mais jusqu'ici les résultats ne sont pas suffisamment concordants, pour être le point de départ de préceptes certains. Rappelons cependant que le mercure a été injecté avec succès dans certaines choroïdites ou rétinites non spécifiques (Abadie, Despagnet, Galezowski), dans la myopie (Pacounoff), les paralysies rhumatismales du muscle droit externe de l'œil (Martin); qu'à petites doses, par milligrammes, il semble agir comme antianémique (Queirolo, Ranieri). La méningite cérébro-spinale épidémique (8 succès dans 9 cas : G. Consalvi, F. Dagio), la lèpre (2 succès : R. Crocker), le rhumatisme blennorrhagique (Arnaud), la pyémie puerpérale (1 succès : Von Kézmarsky), la tuberculose pulmonaire ont été également traitées par les injections hydrargyriques : mais ce ne sont là que des essais isolés qui, malgré l'intérêt qu'ils présentent, ne sont assez nombreux pour permettre au praticien d'y trouver le point de départ d'une thérapeutique de ces affections.

Il nous reste à dire un mot des contre-indications. Il en es une première qui est commune à la plupart des substances si diverses qu'emploie l'hypodermie et à laquelle les préparations hydrargyriques sont naturellement soumises, c'est l'intégrité de l'émonctoire rénal. C'est en effet par cette voie que s'élimine en grande partie le mercure injecté; aussi l'albuminurie est-elle une contre-indication aux injections (Jullien). Exception cependant doit être faite pour l'albuminurie liée à une lésion syphilitique du rein (Gastou).

D'autres contre-indications, d'ordre général également, tiennent à l'insuffisance hépatique (Jullien, Fournier), au diabète, à l'hémophilie, à la cachexie générale, aux lésions cardiaques. Les varices sont, d'après Le Pileur, un obstacle plus spécial à la médication, en ce sens qu'elles exposent des sujets aux dangers de la pénétration en masse du liquide de l'injection.

Mais la contre-indication particulière à la mercurialisation hypodermique est le mauvais état de la bouche (gingivites) dents cariées, etc.). Il faut même, comme nous le verrons exercer une surveillance particulière sur les gencives et les dents pour entreprendre le traitement avec sécurité. Faute de cette précaution, on va au devant d'un échec certain dont le médecin, dûment prévenu, ne saurait charger la méthode.

(*A suivre.*) G. Maurange.

1. G. Barreyre, Des accidents consécutifs aux injections mercurielles dans le traitement de la syphilis (*thèse de Paris*, 1896, n° 25).

1. *Loc. cit.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des médecins de France. — Séance annuelle.

La prochaine assemblée générale de l'Association se tiendra les 25 et 26 avril prochains. Comme les années précédentes nous croyons devoir résumer les rapports envoyés à l'avance aux délégués des Sociétés locales.

Du rapport de M. le Dr Richelot sur les pensions nouvelles nous relèverons les chiffres suivants :

Nous avons actuellement 77 pensionnés : 48 à 600 francs qui absorbent un capital de 724 941 francs et 29 à 800 francs qui absorbent un capital de 662 824 francs. Le total de 77 pensions représente donc la somme de 1 387 765 francs.

Il y a eu en 1896-97 trois extinctions de 800 francs qui ont fait réintégrer une somme de 68 568 francs et dix de 600 francs qui ont fait réintégrer 145 788 francs. Total : 214 356 francs.

Les pensions de 600 francs ont coûté, selon le revenu donné par la caisse de la vieillesse, de 12 191 francs à 17 142 francs. Chaque pension de 800 francs nous coûte aujourd'hui c'est-à-dire immobilise un capital de 22 856 francs.

M. le Dr A. J. Martin, rapporteur de la Commission des vœux a très consciencieusement étudié et très longuement discuté un certain nombre de questions qui intéressent trop directement le corps médical pour qu'il nous soit possible de les passer sous silence. Nous reproduisons donc presque textuellement les paroles si autorisées de notre collègue.

— La Société de Melun, Fontainebleau et Provins demande : « Que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux ».

Des renseignements que nous avons pu recueillir il résulte que, sauf dans les départements frontières où cette question ne peut être résolue que par des conventions internationales, qui fixent la réciprocité, la règle est de n'admettre dans les services publics que des médecins français ou naturalisés français.

Le nombre des fonctions médicales officielles donnant lieu à des traitements ou le plus souvent à des indemnités sur les budgets des départements et des communes est assez considérable. Les administrations ne se refuseront certainement pas à faire appel pour les remplir à des médecins français. Aucune interdiction absolue n'existe à cet égard ; mais le gouvernement n'a jamais manqué de signaler les motifs qui devaient faire choisir ceux-ci de préférence.

La question ne pourrait donc être utilement examinée que pour des cas d'espèces qui doivent être des plus rares et il y aurait intérêt pour les Sociétés locales à les signaler, chaque fois qu'ils se présentent, au Conseil général. Celui-ci ne manquerait pas de les examiner avec le ferme dessein de faire rendre justice aux intérêts légtimes du corps médical français.

C'est dans cet esprit que nous proposons la prise en considération du vœu de la Société de Melun, Fontainebleau et Provins.

— La Société des Hautes-Pyrénées renouvelle le vœu suivant : « Un médecin exerçant dans plusieurs localités ne sera astreint au droit proportionnel que dans la commune où il a son principal établissement au sens professionnel du mot. Subsidiairement, la Société renouvelle aussi le vœu que les médecins des villes d'eaux qui n'exercent nulle part l'hiver, ne soient astreints au droit proportionnel que dans les stations thermales où ils exercent, s'ils n'ont pas fait enregistrer leur diplôme ailleurs ».

Le premier de ces vœux ne saurait être pris en considération, par les motifs qui ont déjà été approuvés en 1895 sur notre rapport : la loi du 30 novembre 1892 comme la loi du 19 ventôse an XI impliquent forcément que le médecin doit être assujetti à une patente dans tous les domiciles où il exerce la médecine, dans les conditions et les délais fixés par la loi. Il ne serait pas d'ailleurs sans inconvénients graves, comme nous le verrons plus loin, de distinguer, pour l'établissement des droits de patente, entre les diverses localités où l'art médical est exercé habituellement par un même médecin ; la loi de 1880 s'exprime en termes explicites à ce sujet.

Par contre, nous proposons d'approuver le vœu subsidiaire de la Société des Hautes-Pyrénées. La question qu'il soulève n'est malheureusement pas nouvelle ; elle a été maintes fois examinée par l'assemblée générale et nous l'avons déjà traitée en 1895. Qu'on nous permette d'ajouter que sa solution rationnelle est d'une telle évidence, et toute de bonne foi, pour ainsi dire, si bien qu'on reste vraiment confondu de voir combien il faut torturer les textes pour la résoudre contre les intérêts du corps médical.

Aucune des catégories sociales assujetties au droit de patente, soit fixe, soit proportionnel ou les deux à la fois, ne paie cet impôt que dans les locaux où la profession est réellement exercée. Qu'un industriel, un commerçant habite, tout ou partie de l'année, une maison plus ou moins éloignée de ses locaux industriels ou de son commerce, qu'un avocat ait un cabinet d'affaires dans une autre commune que son habitation proprement dite, dans tous ces cas la patente n'est exigible que pour le local où la profession est exercée. Il n'en pourrait pas être de même pour les médecins seuls, si l'on s'en tenait à des arrêts récents, sur lesquels il nous faut bien revenir encore, bien que l'Assemblée générale ait déjà, sur notre rapport, exprimé son avis unanime à ce sujet !

Rappelons donc les faits, tels que notre collègue M. le Dr Philbert s'est vu obligé de les exposer, le 19 novembre dernier, devant le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France.

Le 28 juin 1870 le Conseil d'Etat, statuant dans l'affaire du Dr Pupier, avait décidé que le médecin d'eaux n'a pas à payer le droit proportionnel de patente au lieu de résidence où il n'exerce pas la médecine. Cette jurisprudence avait été suivie par le Conseil de préfecture de la Savoie, le 17 avril 1894, dans une instance du Dr Sénac-Lagrange ; mais ce dernier arrêt fut cassé le 3 mars 1895 par le Conseil d'Etat sous le prétexte que « la résidence habituelle et principale d'un docteur en médecine, est celle où il habite pendant la plus grande partie de l'année, et que c'est à bon droit que le docteur y est imposé au droit proportionnel de patente, bien qu'il n'y exerce pas la médecine ».

M. le Dr Philbert adressa néanmoins des réclamations au Conseil de préfecture le 15 octobre 1894 et le 9 mai 1895, contre l'administration des contributions directes, qui lui avait imposé une double patente, à Brides-les-Bains (Savoie) où il exerce la médecine et à Paris où il a son domicile principal mais sans y exercer la médecine. Le Conseil de préfecture rejeta sa requête pour les motifs ci-après :

« Considérant qu'aux termes de la loi du 15 juillet 1880, le droit proportionnel est établi sur la valeur locative, tant à la maison d'habitation où le patentable a sa résidence habituelle et principale que dans les autres locaux servant à l'exercice de la profession imposable.

« Considérant que le sieur Philbert habite durant la saison des eaux la ville de Brides-les-Bains (Savoie), où il est imposé à la contribution des patentes en qualité de médecin.

« Il résulte, de l'instruction, qu'il occupe à Paris, boulevard Beaumarchais, 34, un appartement où il passe la plus grande partie de l'année ; que dans ces conditions il doit être considéré comme ayant à Paris sa résidence habituelle et principale.

« Et qu'ainsi, c'est en cette raison qu'il a été imposé pour 1894 et 1895, en qualité de médecin, au droit proportionnel de patente.

Arrête :

« Les requêtes du sieur Philbert sont rejetées. »

L'administration des contributions directes, en notifiant cet arrêt, s'exprime seulement en ces termes : « La demande est rejetée, parce que le droit proportionnel est dû sur la valeur locative de tous les locaux occupés. » Or, le conseil de préfecture ne parlait que de la résidence habituelle et principale. D'après la doctrine des contributions directes, le médecin devrait donc une patente partout où il habite, de sorte que s'il envoie sa famille à la campagne l'été, quand bien même il n'y ferait pas une seule visite, il n'en serait pas moins obligé de payer une seconde patente !

Or, la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes établit en principe (article 145) que « le droit proportionnel est payé dans toutes les communes où sont situés les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux *servant à l'exercice des professions imposables*. » Faisons-en l'application au corps médical : un médecin ne pourra être assujetti à la patente que pour les locaux qui servent à l'exercice de sa profession.

Mais il pourrait arriver que le patentable occupât plusieurs locaux : devra-t-il être imposé pour tous ou pour une partie d'entre eux. Le même article de la loi s'exprime comme suit à cet égard :

« Si, indépendamment de la maison où il fait sa résidence habituelle et principale et qui, dans tous les cas, sauf l'exception

ci-après (1), doit être soumise au droit proportionnel, le patentable possède, soit dans la même commune, soit dans des communes différentes, une ou plusieurs maisons d'habitation, il ne paie le droit proportionnel que pour *celles des maisons qui servent à l'exercice de sa profession* ».

Et l'article 15 est plus explicite encore : «... Dans le cas où les locaux sont distincts, il paie pour chaque local le droit proportionnel attribué à l'industrie ou à la profession qui y est spécialement exercée. »

Qu'on relise toute cette loi et il est impossible de ne pas reconnaître que, dans tous ses articles, elle n'a visé, pour le droit de patente, que les locaux où la profession est *réellement* exercée. Vouloir imposer une patente pour un local dans lequel aucune profession ne s'exerce, c'est donc aller absolument à l'encontre de la loi elle-même. Et l'on sait, d'autre part, que, d'après l'article 1er de la loi du 25 avril 1844, c'est la profession seule qui est astreinte au droit proportionnel.

Nous avons tenu à nous en assurer d'une manière qui ne puisse nous laisser place à aucun doute. Ayant posé à des représentants des administrations et des tribunaux intéressés la question suivante : « M. S., grand industriel, habite plus de 6 mois chaque année un château éloigné, dont la valeur locative dépasse de beaucoup celle de ses usines ; doit-il payer patente d'après la valeur imposable de cette habitation, qui constitue sa résidence habituelle et principale, et d'où il administre ses usines ? » Il nous a été unanimement répondu que le droit de patente ne pouvait être établi que sur ses usines, et non sur son château où aucune industrie n'était réellement exercée.

Pourquoi donc ne pas traiter de même manière le corps médical ! Comme l'a dit M. Rocher dans une consultation récente, « cette théorie ne pourrait se soutenir. L'habitation principale est au lieu où le citoyen exerce ses droits civils et où il a son principal établissement (art. 102, Code civil). Pour le docteur en médecine, son principal établissement est au lieu où il exerce sa profession; alors surtout qu'il y exerce également ses droits civils, sans que la durée du séjour puisse avoir une influence quelconque, pas plus que l'importance de l'habitation, résultant presque toujours de circonstances diverses (fortune, famille, nombre d'enfants, etc.).

« Du reste, comment admettre avec le Conseil d'Etat que le seul fait de résider *la plus grande partie de l'année* dans un endroit constitue l'habitation principale au point de vue de l'exercice de la profession, alors même que le docteur en médecine n'exerce ni la médecine ni ses droits civils dans le lieu où il réside le plus longtemps et alors que la loi porte que le droit proportionnel ne doit être payé que pour celles des habitations qui servent à l'exercice de la profession ? »

Il y a 2 ans, nous faisions enfin remarquer, et vous vouliez bien adopter cette manière de voir, que les déclarations d'exercice et l'enregistrement du diplôme étant, par la loi du 30 novembre 1892, obligatoires pour les médecins partout où ils exercent, le médecin doit, pour plus de sécurité à l'égard des prétentions du fisc, prendre la précaution de ne faire enregistrer son diplôme que là où il exerce, et s'en dispenser partout ailleurs; même s'il n'a qu'un domicile toute l'année et qu'il n'y exerce pas, il doit se refuser à cet enregistrement, afin de ne pas être inscrit sur la liste officiellement publiée par l'Administration préfectorale et qui fait foi, en cas de contestation devant le Conseil de Préfecture, contre toute prétention abusive des agents du Ministère des finances.

Ainsi, la profession médicale est précisément l'une de celles pour lesquelles, par l'enregistrement du diplôme, il ne peut y avoir aucun doute sur les « locaux » où elle est exercée et l'on ne peut que s'étonner que, le Conseil de préfecture de la Seine et le Conseil d'Etat, par les arrêts susvisés, considèrent comme imposables au droit proportionnel des patentes, des locaux où il peut s'assurer, où il reconnaît lui-même, que l'exercice de la médecine ne s'exerce pas. Et la loi de 1880, en distinguant entre les diverses résidence des patentables, n'assujettit à la patente que celles qui servent à la profession. Dire que « la résidence habituelle et principale d'un docteur en médecine est celle où il habite pendant la plus grande partie de l'année » n'implique pas forcément que la profession soit habituellement exercée là où la résidence est habituelle; et c'est cet exercice habituel de la médecine, certifié par l'enregistrement du diplôme, qui doit compter uniquement pour l'assiette de l'impôt.

1. L'exception visée ici se rapporte au troisième paragraphe du même article; « Si l'industrie pour laquelle il est assujetti à la patente ne constitue pas sa profession principale, et s'il ne l'exerce pas lui-même, il ne paye le droit proportionnel que sur la maison d'habitation de l'agent préposé à l'exploitation. »

Néanmoins M. Philbert, en présence des interprétations diverses données à l'application de la loi de 1880, a estimé qu'il y avait lieu d'en saisir le Parlement. Il a fait adopter par le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France, par le Syndicat des médecins de la Seine, et par l'Union des Syndicats médicaux de France, la proposition suivante :

« En ce qui concerne les médecins, ils ne pourront être assujettis au paiement du droit proportionnel des patentes que dans l'arrondissement où ils auront fait enregistrer leur diplôme, conformément à la loi du 30 novembre 1892. »

Cette proposition est actuellement soumise à la commission de la Chambre des députés qui examine la loi sur les patentes. En prenant une seconde fois en considération le vœu de la Société des Hautes-Pyrénées, qui reproduit cette proposition, nous souhaitons que l'appui unanime de l'Assemblée générale fasse au plus tôt attribuer au corps médical, en matière de législation financière, les garanties et les avantages de droit commun.

Nous proposons en conséquence de rejeter le premier vœu de la Société des Hautes-Pyrénées et de prendre le second en très sérieuse considération.

— La Société de l'Allier émet le vœu que « les mesures nécessaires soient prises pour qu'à l'avenir les sérums thérapeutiques déposés dans les mairies y soient renouvelés d'une façon régulière et avec la fréquence jugée nécessaire pour que leur fraîcheur et leur efficacité soient toujours assurées ». La Société de l'Allier estime « qu'il serait facile, au moyen d'une sorte d'abonnement minime payé par les municipalités, d'assurer ce service et d'en couvrir les frais ».

L'importance, si justifiée, prise aujourd'hui par les sérums dans la thérapeutique et les modifications si profondes qu'ils impriment à la pratique médicale et pharmaceutique, donnent une grande importance à la question soulevée par la Société de l'Allier. Aussi nous pardonnera-t-on de l'exposer avec quelques détails et de nous efforcer de donner à ce sujet des explications aussi complètes que possible.

C'est par une loi, en date du 25 avril 1895, que la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques ont été réglementées en France.

Avant la promulgation de la loi, jusqu'au moment ou l'Institut Pasteur a été en mesure de répondre à toutes les demandes, on a laissé entrer en France du sérum allemand. Cette tolérance a pris fin au mois de janvier 1895, sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène.

L'inspection, prescrite par l'article premier de la loi à l'égard de la préparation de la vente et de la distribution des sérums, n'a point encore été organisée à titre spécial ; mais en attendant elle a été confiée, par une circulaire ministérielle du 23 novembre 1896, aux commissions départementales d'inspection des pharmacies qui ont été invitées à « veiller à ce qu'aucun produit autre que ceux autorisés ne soit mis en vente ».

Le vœu de la Société de l'Allier vise les dépôts de sérums pour l'usage des malades privés de ressources, et plus particulièrement les dépôts de sérum antidiphtérique. En effet, dès le 14 janvier 1895, le gouvernement s'était préoccupé d'assurer, en faveur des malades assistés, la distribution de ce sérum par l'Institut Pasteur; le ministre de l'Intérieur demanda aux préfets de désigner des établissements, situés sur des points différents des départements et dans lesquels les médecins et les hôpitaux trouveraient en cas de besoin, et seulement en cas de besoin, le sérum nécessaire aux indigents.

Ces dépôts devaient être placés sous la surveillance d'un médecin présidant à la délivrance des médicaments. De son côté, l'administration veillerait à ce que le sérum destiné aux malades assistés ne soit point détourné de son affectation et employé en faveur de malades payants.

En temps d'épidémie, pour éviter tout retard, les bureaux d'assistance, même s'ils ne sont pas des dépôts, peuvent s'adresser directement à l'institut. Ce dernier établissement, par l'in-

termédiaire d'un pharmacien attaché au service de sérumthérapie, répond et fait les envois.

En dehors des cas d'épidémie, si l'on juge utile d'approvisionner le ou les dépôts, les demandes adressées aux préfets peuvent être transmises directement à l'institut Pasteur.

Des dépôts existent aujourd'hui dans tous les départements, d'ordinaire dans les hôpitaux, plus rarement dans les bureaux d'assistance, les préfectures, les sous-préfectures ou les mairies. L'organisation de ces dépôts, au nombre 520 environ, dépend en effet des convenances locales et tient le plus souvent compte des dispositions prises en vue de l'assistance médicale. L'une des plus complètes et des plus remarquables est assurément celle qui a été établie dans la Loire-Inférieure, par M. Cleiftie, préfet, sur les conseils dévoués de M. le Dr Porson; elle comprend un dépôt central, confié au président du Syndicat des médecins du département, assisté d'un pharmacien chargé de l'expédition des tubes et s'approvisionnant à l'Institut Pasteur; tous les pharmaciens reçoivent deux tubes, ainsi que les médecins du service d'assistance qui fournissent des médicaments. Les tubes sont renouvelés tous les ans ou plus souvent, s'il est nécessaire. Les dépôts sont soumis au contrôle de la commission d'inspection des pharmacies. Ces mesures sont complétées par l'organisation d'un service d'examens bactériologiques et elles auront leur développement définitif lorsque l'Institut bactériologique, en cours de construction, sera achevé.

Les nations voisines nous avaient devancés dans la réglementation de la vente des sérums.

Deux systèmes résument les législations étrangères sur la matière: ou bien, comme en France (loi du 25 avril 1895 et décret au 26 janvier 1876, les fabriques de sérums thérapeutiques sont soumises à une inspection exercée par une commission nommée par le Ministre compétent, à la suite d'une autorisation préalable rendue après avis du comité consultatif d'hygiène et de l'Académie de médecine, ou bien, comme en Allemagne (circulaire ministérielle du 4 avril 1895), la liberté la plus grande est laissée aux instituts sérothérapiques, qui peuvent préparer des sérums plus ou moins actifs et suivant les procédés de leur choix; seulement le Gouvernement prescrit la façon dont le sérum doit être présenté au public, les qualités auxquelles il doit répondre, et dans le but de protéger les pharmaciens et le public, le sérum est soumis à un contrôle d'Etat confié à des bactériologistes de Berlin, qui vérifient les assertions des fabricants et apposent sur les flacons une marque de contrôle d'Etat.

En Belgique la commission nommée à cet effet par le Conseil supérieur d'hygiène a rejeté le système français. Malgré la préférence de ses membres pour le système allemand qui, disait-elle, donne beaucoup plus de garanties et laisse beaucoup plus de liberté aux instituts fabriquant le sérum, il lui parut qu'il serait fort malaisé de l'organiser à cause de très grandes difficultés d'application.

Il fut décidé, sur un rapport de M. Malvoz, auquel nous empruntons ces renseignements, que le sérum serait inscrit dans la pharmacopée et qu'il devrait répondre à un ensemble de qualités prescrites dans un arrêté en date du 22 juin 1896, obligeant tous ceux qui sont autorisés à délivrer en Belgique des médicaments, à avoir dans leur officine ou leur dépôt ou magasin le supplément spécial de la pharmacopée de 1885, relatif au sérum antidiphthérique dont voici le texte:

« Le sérum antidiphthérique est du sérum de sang de cheval mmunisé contre la diphthérie.

« Ce sérum est recueilli d'une façon aseptique, il est conservé tel quel et dans ce cas il forme un liquide jaune clair, limpide; ou bien il est additionné de petites quantités d'antiseptique; dans ces conditions, il présente parfois un léger trouble après agitation.

« Le sérum doit être absolument exempt de germes microbiens et de substances nuisibles à doses toxiques. L'activité du sérum se chiffre au moyen de deux notations différentes. Ou bien, on l'apprécie, par la quantité nécessaire pour immuniser un poids donné d'animal contre une toxine ou un virus sûrement mortels, injectés douze heures après le sérum.

« C'est ainsi qu'un sérum du pouvoir préventif de 50000 est celui qui, injecté à un cobaye à la dose de 1/50000 de son poids, fera supporter à l'animal sans qu'il soit malade, une dose de culture virulente ou de toxine injectée douze heures après et capable de faire périr les témoins en quarante-huit heures. Ou bien on apprécie la valeur du sérum d'après l'activité de ce dernier exprimée en unités.

« On appelle normal le sérum qui, à la dose de 1 centim. cube, neutralise une dose de toxine dix fois supérieure à la dose mortelle: 1 centim. cube de sérum normal contient une unité immunisante. Par conséquent, ce sérum dont 1 milligramme, par exemple, suffirait pour neutraliser 1 centim. cube de toxine, c'est-à-dire dix fois la dose mortelle, aurait une valeur de 100 unités par centim. cube, c'est-à-dire cent fois supérieure au sérum normal.

« D'après cette notation, on prépare des sérums appropriés à divers usages et dont l'activité varie depuis 30 unités jusqu'à 500 unités par centim. cube et plus. La dose thérapeutique est d'après cette notation de 600 unités au moins et d'après la première notation, elle est de 10 centim. cubes d'un sérum au 50 000.

« Le sérum antidiphthérique mis en vente dans les pharmacies doit être clair: tout au plus pourra-t-il présenter un léger dépôt. Il doit être exempt de microbes, de toxines microbiennes ou de substances conservatrices à doses toxiques. Il doit être renfermé en flacon bien bouché; le bouchon sera recouvert d'une coiffe serrée au goulot par une ficelle scellée par un plomb. Le flacon sera pourvu des indications relatives à l'activité du sérum, à son origine et à la date de la fabrication.

« Les flacons doivent être conservés dans un endroit frais, à l'abri de la lumière; l'influence des gelées doit être évitée, car le sérum peut se troubler à la suite de la congélation.

« Tout sérum présentant un trouble persistant doit être rejeté. »

Des inquiétudes s'étant manifestées en France sur la durée de conservation du sérum antidiphthérique, le gouvernement consulta le Comité de direction des services de l'hygiène. Celui-ci, sur un rapport de M. Chantemesse, émit l'avis suivant:

« L'Institut Pasteur a toujours échangé, par retour du courrier, tous les flacons non ouverts qui lui ont été envoyés et il continuera à faire cet échange. Le trouble qui apparaît dans les flacons de sérum antidiphthérique n'est pas un indice d'altération, il se produit à la longue dans tous les liquides albumineux conservés et il ne modifie en rien la valeur thérapeutique du sérum. Ainsi, des flacons de sérum antidiphthérique préparés depuis 1894 et devenus troubles se sont montrés très efficaces dans des expériences faites au commencement de 1896.

« Du sérum expédié dans l'Inde et en Australie et revenu en Europe après dix mois de voyage était encore très actif. Il a été employé à l'hôpital avec plein succès. »

Le ministre de l'Intérieur transmit cet avis le 3 décembre 1896, en ajoutant que le sérum antidiphthérique, pour se trouver dans les meilleures conditions de conservation, doit être placé dans un endroit frais et obscur.

En résumé, le sérum antidiphthérique mis en dépôt pour le service de la médecine gratuite peut être conservé facilement et son efficacité subsiste pendant un temps fort long; tout flacon qui paraîtrait suspect est immédiatement échangé par l'Institut Pasteur.

Il est désirable que de semblables précautions puissent être prises à l'égard de tous autres sérums.

Les pharmacies sont surveillées par les commissions départementales d'inspection et celles-ci ont à se préoccuper des conditions dans lesquelles s'y conservent et s'y débitent les sérums. Il est opportun de demander que ces commissions comprennent dans leurs visites les dépôts de sérum pour les indigents institués dans tous autres locaux que des pharmacies, tels que des mairies, des hôpitaux, des bureaux d'assistance, etc., et que des instructions soient envoyées à cet effet aux conseils d'hygiène dont ces commissions sont une émanation.

Ainsi le vœu de la Société de l'Allier aura satisfaction; l'Assemblée générale ne peut que le prendre en très sérieuse considération.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Note sur un cas de malformations multiples chez un nouveau-né (p. 397).

REVUE DES CONGRÈS. — *Société obstétricale de France* : Utérus double (cinq grossesses) (p. 397). — Symphyséotomie.— Accouchement prématuré provoqué. — Tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement (p. 398).— Avortement habituel.— *XXVI° Congrès de la Société allemande de chirurgie* : Ulcère de l'estomac (p. 400).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Élongation vraie de la moelle épinière. — Œdème aigu du poumon (p. 401). — *Académie des sciences* : Inflammation de la peau par les rayons Röntgen (p. 402). — *Société de chirurgie* : Tarsectomie pour pied bot. — Angiocholite infectieuse. — Électrolyse dans les métrites.— *Société médicale des hôpitaux* : Infection blennorrhagique grave avec production cornée de la peau (p. 403). — Séro-diagnostic du choléra (p. 404). — Arthrites pneumococciques. — Pigment ocre.— Pneumothorax chez un emphysémateux (p. 405). — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Astasie-abasie choréiforme. — Ostéosarcome de l'os coxal. — Corps étrangers du conduit auditif. — Contusion de l'abdomen. — Carcinome encéphaloïde du testicule gauche en ectopie inguinale (p. 406). — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux* : Fibrome de l'utérus et épithélioma. — Hystérectomie abdominale totale. — Infection puerpérale. Abcès au poumon. — Ostéomyélite du fémur. — Névralgie de Morton (p. 407).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Angleterre. *Medical Society of London* : Exstrophie de la vessie. — Fractures spontanées (p. 407). — Acromégalie. — Autriche. *Société de dermatologie de Vienne* : Nævus pileux traité par les rayons de Röntgen. — Névrite syphilitique multiple. — Ulcération aphteuses du pénis et du scrotum. — Belgique. *Société médico-chirurgicale du Brabant* : Tuberculose du larynx (p. 408).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Note sur un cas de malformations multiples chez un nouveau-né,

Par M. E. Delanglade (de Marseille).

Rapport à la *Société de chirurgie* par M. Broca.

Je m'excuse, messieurs, de vous entretenir d'un sujet où il n'est question ni de thérapeutique, ni de médecine opératoire, mais seulement de pathologie, et même d'une pathologie très spéciale. L'observation que nous a adressée M. Delanglade me paraît cependant mériter une brève analyse.

Un garçon de 7 jours fut amené le 8 mars 1897 à la consultation du dispensaire des enfants malades de Marseille, pour des malformations multiples de la face et d'une hanche. Son hérédité est nulle, sauf que le père présente à gauche une bifidité du tragus ; grossesse et accouchement normaux.

La première malformation, immédiatement visible, consiste en une *macrostomie* bilatérale, d'autant plus nette qu'à la commissure fait suite un sillon enfoncé dans la joue. La commissure est à gauche sur la verticale qui passe par l'angle externe de l'œil ; à droite, elle est un peu moins en dehors. Des deux côtés, la profondeur du sillon gingivo-labial diminue à mesure qu'on s'en approche, et au niveau de la commissure même la muqueuse gingivale se continue directement avec la peau. Le sillon qui prolonge la commissure est transversal, se dirige vers le conduit auditif et ne s'incurve pas, comme cela est fréquent dans les cas de ce genre, vers la fosse temporale, en passant en avant du tragus. A gauche, le sillon se continue jusqu'au conduit.

Des deux côtés, le pavillon de l'oreille est petit, mal formé, rabattu en avant. De plus, à droite on voit, entre le tragus et l'extrémité du sillon, trois petites tumeurs saillantes, constituées par des *appendices préauriculaires* de forme classique, à cela près que, par une palpation attentive, M. Delanglade n'a pu y déceler de tigelles cartilagineuses centrales.

Ces lésions auriculaires et préauriculaires, certainement dues à un trouble du développement des arcs maxillaires et de la rainure intermandibulaire, sont souvent associés à la macrostomie. Le cas de M. Delanglade est plus accentué que beaucoup de ceux déjà connus, en ce qu'aux lésions précédentes s'associe déjà une atrophie notable du maxillaire inférieur, sans malformation cliniquement appréciable, il est vrai, de la jointure temporo-maxillaire. Il devient tout à fait rare en ce qu'à tout cela est jointe une *fistule congénitale de la joue*, lésion qui déjà à elle seule est exceptionnelle.

Cette fistule s'ouvre à droite au-dessus du sillon qui prolonge la commissure, en avant de l'oreille et au niveau de l'arcade zygomatique. Un fin stylet s'y engage, jusqu'à 12 millimètres de profondeur, en se dirigeant en bas et en arrière.

Je ne veux pas, à ce propos, reprendre la description et la théorie des malformations des arcs mandibulaires et des amputations congénitales de la face par brides amniotiques : dans le cas actuel, je crois qu'il s'agit, sans contestation possible, d'un vice de développement, et cela a de l'intérêt pour expliquer par le même mécanisme une *luxation concomitante de la hanche droite*.

Chez cet enfant, en effet, par la palpation du grand trochanter et de la tête fémorale, par la limitation de l'abduction et de l'extension, une luxation congénitale, variété postérieure, est évidente à la hanche droite.

Cette observation prouve, sans ambiguïté, que la luxation est réellement congénitale, constatée cliniquement dès la naissance ; elle nous montre une fois de plus l'inanité de la théorie de Verneuil assimilant les luxations dites congénitales aux luxations paralytiques. Avec tout ce que nous savons sur les malformations multiples, nous devons admettre une malformation de la hanche, malformation ici assez prononcée pour que d'emblée la tête soit nettement luxée en arrière. Je crois, d'ailleurs, que si on sait examiner bien la hanche on peut assez souvent, malgré l'assertion de Verneuil, démontrer, bien avant l'aggravation par la marche, l'existence d'une luxation congénitale de la hanche.

M. Delanglade se propose de restaurer les commissures labiales vers l'âge d'un an ; je crois qu'il pourra, si l'enfant s'élève bien, faire cette petite anaplastie à partir de l'âge de 3 mois, en deux séances, une pour chaque côté. Pour l'oreille, il n'obtiendra probablement pas un résultat bien beau.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIETÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

v° session.

Séance du 22 avril 1897.

Un cas d'utérus double (cinq grossesses).

M. Pruvost (Raismes), a observé un cas d'utérus double. Dès la première grossesse qui s'est produite à 23 ans, il a constaté, par le toucher, un double orifice du col, mais le palper n'a rien décelé de particulier. La deuxième grossesse se termine spontanément au début du huitième mois. Mais, le soir de la délivrance, des contractions douloureuses se produisirent au niveau du second utérus, et des lambeaux de caduque furent expulsés. L'alternance dans la gravidité des deux utérus a été constante et toujours l'utérus non gravide a présenté des phénomènes de congestion se terminant par l'expulsion de la muqueuse. En dehors des grossesses, les règles ont été normales, mais leur durée de cinq jours était toujours coupée d'un arrêt de un jour.

M. Patay rapporte qu'il a eu l'occasion d'observer un utérus et un vagin doubles. La femme arriva en travail et l'accouchement fut normal. L'hystérométrie pratiquée ensuite montra

qu'un des utérus mesurait 12 centimètres, et l'autre 8; la cloison complète qui les séparait était beaucoup plus épaisse que la cloison vaginale.

Un cas de symphyséotomie.

M. Pruvost (Raismes), a pratiqué la symphyséotomie chez une femme ayant un bassin rachitique mesurant 9 centimètres. Un accouchement antérieur s'était terminé par une application de forceps très pénible, et l'enfant était mort. Après la symphyséotomie qui avait été précédée d'une application de forceps sans résultat, les suites furent normales et la femme marcha le 25e jour. Depuis, la femme est devenue enceinte, une grossesse gémellaire fut constatée au 7e mois, et à 8 mois 1/2 s'est produit l'accouchement naturel de 2 garçons petits mais bien portants. L'auteur considère comme favorable cette gémelléité puisqu'elle a déterminé l'accouchement prématuré.

Accouchement prématuré provoqué dans un cas de rétrécissement du bassin.

M. Stieber (Toulouse) rapporte l'observation d'une femme qui, après avoir marché normalement à 10 mois, fut frappée de paralysie infantile. Mesurant 1m36 de hauteur, elle a le membre inférieur droit très atrophié, demi-fléchi, en adduction avec un pied bot varus équin : l'impotence fonctionnelle est complète.

Une scoliose gauche se prolonge dans la région lombaire fortement ensellée, et le sacrum est déjeté à droite. Le bassin est en antéversion, la symphyse déviée à droite lui donne un aspect oblique ovalaire. Le diamètre promontopubien minimum mesure 7 cm. 5.

L'accouchement prématuré est provoqué, et la tête doit être dégagée par une incision latérale de 1 cm. 5 des parties molles maternelles : l'enfant, pesant 1 860 gr., naît en état de mort apparente; il peut être ranimé, mais succombe ensuite.

Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement.

M. Keiffer (Bruxelles) envisage dans son rapport les trois points suivants :

1° Quelle est l'évolution habituelle de la grossesse et de l'accouchement lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses de l'utérus?

2° Quels sont les principes qui doivent guider notre conduite thérapeutique?

3° Quelles sont les indications des différents moyens dont nous disposons aujourd'hui dans les cas de grossesse compliquée de fibromes?

Les fibromes, quelle que soit la densité de leur texture, l'abondance des cellules musculaires ou fibreuses qui les constituent, participent presque toujours aux modifications que la grossesse amène dans la nutrition et les qualités physiologiques du tissu utérin.

Grâce au ramollissement dont ils sont le siège, aux caractères de fibres lisses qu'ils affectent, les fibromes laissent fréquemment aboutir la grossesse en dépit des lois de la statique utérine. Dans les circonstances les plus favorables, les fibromes que l'on pouvait sentir à la palpation abdominale peuvent s'effacer complètement, faire corps presque homogène avec la paroi utérine, et ce n'est qu'au moment d'une contraction utérine qu'on retrouve leurs contours saillants.

Dans des cas plus accentués on peut apprécier leur résistance plus grande et leur influence funeste sur la forme de la contraction. Une tumeur fibreuse, située, par exemple, au niveau de la face postérieure de l'utérus, a créé à 3 mois 1/2 une rétroversion et l'incarcération de l'utérus gravide dans le petit bassin. D'un autre côté, si on a pu remarquer la tendance des fibromes du segment inférieur à se ramollir comme les autres, et à émigrer vers le fond de l'organe, pendant le cours, et surtout la fin de la grossesse, cette terminaison favorable peut ne pas se produire, ce fibrome sera alors une cause de dystocie plus ou moins accusée.

Enfin, l'évolution des fibromes, au cours de la grossesse, peut être telle que, dès le 3e ou 4e mois, il s'est produit une fausse couche; mais l'utérus fibromateux est si volumineux, la cavité utérine est si éloignée de sa situation normale, qu'il n'est pas possible d'abaisser l'organe et de le curetter. Ce sera ici une tumeur grave, compliquée de tous les phénomènes septiques de la rétention placentaire, du ramollissement pathologique de la tumeur, voire même de sa gangrène.

Si la grossesse peut modifier utilement les éléments anatomiques du fibrome, et donner à ce tissu anormalement développé une certaine valeur physiologique, elle peut aussi déterminer en lui les mêmes phénomènes de régression se passant dans le tissu utérin normal, au cours des suites de couches, à savoir la dégénérescence graisseuse physiologique. Cette régression peut aller jusqu'à la disparition presque complète de la tumeur, et c'est la grossesse seule qui aura produit le phénomène. Malheureusement, ce n'est pas toujours à ce résultat qu'elle aboutit, il arrive que la régression ne se produit pas au moment voulu, mais trop tôt, trop rapidement, prend même les caractères d'une dégénérescence pathologique, et c'est à la dégénérescence cartilagineuse, amyloïde, calcaire, sarcomateuse, ou au ramollissement, à la suppuration, à la nécrose que l'on a affaire, avant même que le fœtus ne soit viable. Une telle évolution du fibrome est relativement rare, mais, comme dans les conditions où elle se produit, les chances d'une extirpation totale de l'utérus se trouvent diminuées; comme, d'autre part, si l'accouchement a lieu, même dans de bonnes conditions pour la mère et l'enfant, il subsiste quand même un utérus fibromateux pouvant déterminer plus tard des accidents graves, l'accoucheur se pose la question de savoir s'il n'est pas préférable, en principe, de pratiquer l'hystérectomie chaque fois qu'une grossesse se produit dans un utérus fibromateux.

Pour répondre à cette question, il faut délimiter le sujet et dire de suite que nous n'avons pas en vue les utérus très volumineux, provoquant des accidents de compression, et remontant, par leur seule présence, bien au-dessus du détroit supérieur, et justiciables ceux-là d'une opération sans discussion, mais que nous parlons de ces utérus qui ne gênent en aucune façon le fonctionnement des organes pelviens, et ne provoquent aucune douleur.

Lorsqu'une grossesse survient dans un utérus fibromateux de ce genre, qui jusqu'ici n'a pas provoqué d'accidents bien appréciables, quels risques courons-nous, et quelles chances de succès avons-nous?

Si on pose ainsi la question de principe, à propos de fibromes utérins qui n'appellent pas d'emblée une intervention absolument nécessaire, nous avons, d'un côté, toute une série de chances d'obtenir une grossesse favorable à terme ou à peu près; nous conservons nos moyens d'action pour enrayer facilement les accidents qui interrompent cette grossesse ou qui accompagnent l'avortement, et nous gardons, comme dernière ressource, l'extirpation totale qui semble n'être pas plus grave parce qu'elle est compliquée de gravidité.

Si nous opérons d'emblée, au contraire, nous évitons les accidents ultérieurs, mais au prix d'une mutilation qu'il n'est pas possible de considérer *a priori* comme justifiée.

Quel que soit donc le pourcentage des avortements, dans les cas de fibrome, quel que soit celui des accidents qui surviennent au cours de la gestation, s'il est démontré que l'accouchement peut se produire et donner naissance à un enfant vivant, il faut répondre « non » à la question posée. A moins de circonstances spéciales et qui d'avance font pronostiquer l'impossibilité de la gestation ou de l'accouchement, l'expectation armée semble être la règle de conduite à conseiller, d'autant qu'aujourd'hui la vie de la mère, grâce aux progrès de la chirurgie, est, à peu d'exception près, assurée, celle du fœtus, bien qu'encore aléatoire, bénéficie cependant des connaissances nouvelles acquises en physiologie pathologique de l'utérus, et surtout de la technique instrumentale de l'accouchement dystocique.

Le curettage de la matrice, opération à la portée de tous les chirurgiens, les nouveaux traitements de l'hémorrhagie grave, la conduite à tenir, bien réglée aujourd'hui dans les cas de placenta prævia, ont enlevé aux fibromes utérins compliqués de grossesse la plus grande partie de leur gravité. Les manœuvres externes et internes de réduction de l'utérus sont devenues plus précises, et mieux connues de la généralité des accoucheurs, ainsi que celle de l'expression manuelle du placenta, de la dila-

tation forcée du col, de la périnéotomie, de l'épistotomie, les moyens d'extraction difficiles du fœtus se sont également améliorés par l'emploi de forceps appropriés, la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie de leur côté trouvent une heureuse application pour agrandir les diamètres altérés par un fibrome. Enfin, l'éducation récemment acquise des opérations de myomotomie abdominale et vaginale, et les beaux résultats obtenus viennent renforcer encore cette idée que, dans l'état actuel de la gynécologie et de l'obstétrique, il n'est pas permis de considérer les fibromyomes compliquées de grossesse comme des tumeurs à extirper toujours et quand même, puisque nous possédons de nombreux moyens de solliciter une évolution relativement normale de cette gestation pathologique et de parer à presque tous les accidents qu'elle peut engendrer.

Il reste à préciser les indications des divers moyens thérapeutiques. Si on examine les statistiques dressées par Lefour, on voit que, sur 227 cas de grossesse avec fibromes on a pu observer 39 avortements, soit 1 avortement sur 5,8 grossesses.

Ceci suppose certainement un grand nombre de rétentions placentaires. Cette complication est déjà si fréquente, l'utérus étant normal : *a priori* l'est-elle lorsque les parois utérines n'offrent pas l'intégrité anatomique requise.

Or, si la rétention placentaire ordinaire est une indication du curettage aujourd'hui admise par presque tous, elle doit rallier tous les chirurgiens, lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses de la paroi utérine, parce que l'endométrite chronique accompagne fréquemment les fibromes utérins; parce qu'elle seule peut avoir été la cause de l'avortement; parce que le curettage a une influence souvent des plus heureuses sur la tendance aux hémorrhagies; enfin, parce qu'il met l'utérus à l'abri d'une infection saprophytique ou microbienne, d'autant plus à craindre qu'on se trouve en présence de néoplasmes plus ou moins bien vasculaires, à tendance dégénérative, à résistance faible ou nulle.

Les résultats pratiques immédiats de cette conduite, dans tous les cas d'avortements suivis de rétention placentaire, seront : l'absence de toute infection, la possibilité d'une participation régressive physiologique de la part de tout l'utérus, fibrome et tissu utérin normal, et la meilleure garantie contre les hémorrhagies.

La curette reprend ses droits dès que la situation du fœtus semble perdue, c'est-à-dire dès que l'hémorrhagie est devenue abondante; il ne s'agit pas de tenter alors l'hypodermoclyse ou l'injection intraveineuse de sérum artificiel, cette manœuvre n'est indiquée que lorsque l'utérus est complétement vidé, et qu'il n'a pu récupérer, sous la curette et le tamponnement, ses propres moyens de contraction musculaire et vasculaire. Il ne faut pas perdre de vue que la transfusion veineuse agit sur les centres médullaires de contraction.

Les indications de l'accouchement prématuré dans les grossesses fibromateuses sont les mêmes que dans les cas de bassin vicié. Rien de bien précis donc à cet égard; mais s'il existe vers 7 mois 1/2 et 8 mois un fibrome mural ou vers le Douglas, et si l'on pressent par le toucher une sérieuse diminution des diamètres, il faut songer, suivant l'importance du rétrécissement, à l'accouchement prématuré, avec ou sans application de forceps, à la symphyséotomie, voir même à l'embryotomie si le fœtus a succombé. S'il arrive que la femme est presque à terme au moment du premier examen, et qu'au toucher on reconnaisse l'absolue impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, il faut attendre que le travaille s'établisse et faire l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Les indications de l'application de forceps et celles de la version podalique, dans les rétrécissements dus aux fibromes, sont imposées lorsque leur emploi est justifié par la présentation fœtale d'abord, et surtout par l'état de la dilatation du col. Il se fait précisément que la dystocie empêche le travail de dilatation cervicale régulière et progressive de se produire, ce qui appelle plutôt la version que tout autre procédé d'extraction, puisqu'elle utilise, somme toute, un moyen direct de dilatation. L'application de forceps sur la tête dernière sera sans doute nécessaire dans ces conditions, les fibromes utérins du fond ou des parois s'opposant à l'exécution heureuse de la manœuvre de Mauriceau.

L'extirpation d'un fibrome par laparotomie ou opération vaginale paraît bien indiquée lorsque la tumeur est sous-péritonéale, suffisamment accessible et pédiculée pour ne pas compromettre de suite la valeur des tuniques musculaires de l'utérus, et lorsque cette tumeur est considérée comme devant former le seul obstacle à l'accouchement.

L'épisiotomie trouvera sa place lorsque le col utérin sera le siège d'une transformation fibreuse locale ou diffuse de ses éléments musculaires circulaires ou radiés. La périnéotomie, plus rarement applicable, trouvera cependant une indication utile lorsque le vagin ou le périnée eux-mêmes opposeront à l'extraction fœtale des néoplasies fibreuses.

Les pelvitomies pubiennes ou ischio-pubiennes me paraissent surtout indiquées lorsque le siège de la tumeur ou des tumeurs est au segment inférieur de l'utérus. En ce point, les diamètres osseux pourront être suffisamment réduits par l'épaisseur des parois utérines pour réaliser les conditions favorables d'une intervention sur le bassin et trop peu altérés pour qu'on songe à faire prévaloir l'opération césarienne.

Enfin, l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes, pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarique de Porro ou, suivant des procédés plus radicaux, par les voies abdomino-vaginales ou inversement, sont nettement indiquées : 1° lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà dignes de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse; 2° lorsque, la grossesse s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rende tout accouchement impossible; 3° lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence des tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infection consécutives à une rétention placentaire; 4° enfin, après l'opération césarienne légitimée par des tumeurs fibreuses.

M. Guéniot (Paris) qui accepte les conclusions de M. Keiffer, fait observer qu'au cours de la grossesse les fibromes subissent certaines altérations les unes favorables, les autres défavorables. Si l'augmentation de volume est fâcheuse, le ramollissement de la tumeur, sa régression graisseuse ou calcaire lui paraissent améliorer le pronostic au point de vue de l'accouchement.

M. Grynfelh (Montpellier) ne croit pas que la pubiotomie puisse être appliquée à certains cas de fibrome. La tumeur fibreuse, étant prævia, siège sur le segment inférieur de l'utérus et n'y est pas nettement localisée. En outre du rétrécissement, elle produit une rigidité de l'utérus contre laquelle échouera la pubiotomie.

M. Maygrier (Paris) a pratiqué la symphyséotomie pour un fibrome de l'excavation; mais l'agrandissement du bassin obtenu n'a pas été suffisant et il a dû faire la basiotropsie. En dépit de ce résultat peu encourageant, il ne croit pas qu'il faille bannir aussi rigoureusement la symphyséotomie, qui pourra trouver son indication dans un fibrome localisé.

M. Budin (Paris) se rallie à l'opinion de M. Keiffer, qui conseille l'expectation dans les cas de grossesse compliquée de fibrome. Dans tous les cas qu'il a observés, il ne se souvient que d'un seul dans lequel l'opération césarienne ait été nécessaire.

Le diagnostic entre le fibrome et les tumeurs liquides est parfois très difficile. Ainsi M. Budin a observé une femme qui avait une tumeur manifestement fluctuante remplissant l'excavation pelvienne. Le diagnostic de kyste de l'ovaire fut porté par plusieurs chirurgiens. En réalité, il s'agissait d'un fibrome qui remonta spontanément dans la cavité abdominale lors de l'accouchement. L'examen de la malade montra plus tard que le fibrome n'avait plus que le volume d'une mandarine et était implanté sur la paroi antérieure de l'utérus.

M. Charpentier (Paris) se demande si dans certains cas et plus particulièrement lors de fibromes méconnus, la symphyséotomie n'eût pas donné de bons résultats. A l'autopsie, il a trouvé, dans 2 cas différents, un fibrome placé, le premier immédiatement en arrière de la symphyse pubienne, le second le long de la paroi ischiatique. La pubiotomie, dans ces cas où la tumeur était inaccessible à l'exploration, aurait sans doute permis de terminer heureusement l'accouchement.

M. Boissard (Paris) rapporte l'observation d'une femme enceinte de 4 mois et présentant un fibrome enclavé, chez laquelle la question se posa pour savoir s'il fallait pratiquer l'a-

vortement immédiat ou laisser évoluer la grossesse, l'opération césarienne restant probable. Le mari, médecin, inclina vers l'avortement. La malade étant sous le chloroforme, la main introduite entière dans le vagin put rétropulser le fibrome et l'accouchement se fit à terme par une application de forceps.

M. Guéniot (Paris) a vu la rétropulsion spontanée d'un fibrome se faire au moment de l'accouchement, chez une femme à laquelle il devait faire une opération césarienne. Il se déclare donc partisan de l'expectation, mais de l'expectation armée qui permet de recourir aux grandes opérations quand elles deviennent nécessaires.

De l'avortement habituel.

M. Charpentier ne veut pas étudier ces faits si connus de répétition de l'avortement dans les cas de syphilis, d'intoxication par le plomb, par le tabac, etc. Ces faits aujourd'hui sont classiques. Les malades auxquelles il fait allusion sont des femmes chez lesquelles l'avortement se fait sans cause connue, sans traumatisme, sans maladie apparente. On ne trouve rien dans les antécédents chez la malade qui puisse faire redouter l'avortement. Quand on examine ces femmes, on ne découvre aucune tare sérieuse dans leur santé et les lésions que l'on trouve sont parfois si peu notables que l'on se demande si elles sont la cause des avortements à répétition.

On peut ranger cependant dans 4 catégories ces femmes présentant des avortements habituels :

1° Malformations utérines;
2° Déviations utérines;
3° Congestions actives de la matrice et en particulier du col;
4° Lésions du col ou du corps de l'utérus.

1° *Malformations utérines.* — Chez quelques femmes, l'utérus peut avoir conservé quelques-uns des caractères de l'utérus infantile. Le corps est plus petit, le col plus développé que chez la femme normale. Chez elles, le tissu utérin se laisse peu ramollir et distendre au delà d'un certain degré. Dès le début de la grossesse, les troubles sympathiques sont très marqués. Ces femmes ont des contractions utérines fréquentes et répétées, et de 2 mois 1/2 à 3 mois 1/2 on voit presque fatalement se produire l'avortement.

2° *Déviations utérines.* — Les déviations, rétrodéviations ou rétroversions et antéversions ne m'ont pas semblé avoir d'importance. Il en est de même du prolapsus utérin.

Au point de vue de l'avortement, il me semble que les flexions jouent un rôle plus considérable que les déviations vraies. Il suffit souvent de redresser l'utérus et la grossesse continue son terme sans accident. Il n'en est pas de même de l'antéflexion et surtout de la rétroflexion. Au niveau du point de la flexion, il se produit un épaississement du tissu utérin, une sorte d'éperon qui gêne considérablement le développement de la grossesse; et quoique l'œuf se développe exclusivement dans le corps utérin, l'épaississement au niveau de la jonction du col et du corps empêche le ramollissement du col, amenant souvent l'interruption de la grossesse.

On voit dans ces conditions, les avortements se répéter chez la même femme vers 5 mois, ou 5 mois 1/2, et sans que nous puissions rien faire pour les empêcher.

3° *Congestion du col et du corps de l'utérus.* — Il y a des femmes de nature très congestive; chez elles, les règles sont très abondantes. Quand ces femmes deviennent enceintes, il n'est pas rare de les voir perdre un peu de sang au moment correspondant aux époques, au moins pendant les deux derniers mois de la grossesse. A ce moment, elles ont des douleurs de rein et du ventre.

Chez certaines femmes atteintes d'hémorrhoïdes, ces hémorrhoïdes gonflent et se tuméfient. C'est à ce moment qu'on les voit souvent faire une fausse couche qui se répète souvent dans les grossesses suivantes.

Les femmes pléthoriques rentrent dans cette catégorie.

Les émissions sanguines sont, en effet, le meilleur moyen d'empêcher la fausse couche.

4° *Enfin les lésions du col et les lésions du corps.* — Quand il s'agit d'un néoplasme, d'une tumeur fibreuse, d'affection sarcomateuse, l'avortement est d'autant moins fréquent que les lésions sont moins graves.

La métrite prédispose particulièrement à l'avortement (Schrœder, Spiegelberg).

Les femmes avortent parce que l'organe est malade; quand la métrite a été traitée, les femmes conduisent à terme leur grossesse. C'est ici le triomphe du curettage qui est souvent suivi d'une grossesse normale.

Mais, quand dans l'avortement habituel on trouve des lésions du col, que faire? Doit-on faire un traitement palliatif ou un traitement opératoire?

On peut, dans ces cas, faire des opérations assez larges (cautérisations), etc., sans interrompre la grossesse; au contraire, on peut de la sorte en guérissant les lésions du col permettre à la grossesse d'aller à terme.

Enfin, quelquefois on voit des femmes qui avortent régulièrement à chaque grossesse sans que rien dans leur santé générale permette d'expliquer ces fausses couches.

XXVI° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE,

Tenu à Berlin du 21 au 24 avril.

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. von Leube (rapporteur) croit que le rôle du médecin dans l'ulcère de l'estomac est double. D'abord c'est à lui que le malade s'adresse en premier lieu et c'est lui qui soigne le malade; en second lieu, c'est lui qui doit juger de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Dans les 10 dernières années M. Leube a observé 1 000 cas d'ulcère de l'estomac dont 500 à l'hôpital. Dans tous ces cas il emploie toujours le même traitement que voici :

Le malade garde pendant 10 jours le lit et pendant ce temps on lui met sur la région épigastrique des cataplasmes aussi chauds que possible, qu'on change toutes les 10 ou 15 minutes dans la journée et qu'on remplace pour la nuit par les compresses de Preissnitz. Pour éviter la suppuration des cloches qui se produisent sous le cataplasme, on commence par nettoyer la peau au sublimé et on place sous le cataplasme un linge enduit de pommade boriquée. Sous l'influence de ces cataplasmes, la douleur disparaît ordinairement au bout de 5 jours; si la douleur persistait de même que la sensibilité au toucher, il faut prolonger l'emploi des cataplasmes.

Au bout de 10 jours le malade se lève, on lui donne alors une ceinture de flanelle et il doit éviter pendant 3 semaines toute compression de la région stomacale, soit quand il met ses vêtements, soit quand il travaille assis. Après chaque repas il doit rester couché pendant 1 ou 2 heures. La nuit on met les compresses de Priessnitz.

Comme boisson on donne au malade de l'eau de Carlsbad tiède, 1/4 de litre par jour et de l'eau de Seltz ou une autre boisson analogue, cela pendant 4 semaines. En fait de médicaments on donne au début un peu de bicarbonate de soude et, si les douleurs sont vives, un peu d'opium. La constipation est combattue par le sel de Carlsbad.

Le régime est celui que M. Leube a décrit déjà plusieurs fois. Pendant les 10 premiers jours, le malade ne reçoit qu'une alimentation liquide, du lait, du bouillon, de l'eau de Seltz. Pendant les 8 jours suivants on ajoute quelques aliments plus consistants, des bouillies par exemple, et ainsi de suite jusqu'à ce que le malade en revienne à son régime ordinaire au bout de 2 mois.

Le diagnostic est quelquefois difficile, surtout en absence des hématémèses qui ont existé dans 46 p. 100 des cas observés par M. Leube.

Sur 556 malades qui ont été soigneusement suivis, 12 (soit 2,2 p. 100) ont succombé, 6 de péritonite par perforation, 6 d'hémorrhagie incoercible; 74,1 p. 100 ont guéri, 21,9 p. 100 ont été améliorés, 1,8 p. 100 n'ont pas guéri. Le traitement a donc échoué seulement dans 4 p. 100 des cas et a complètement réussi dans 75 p. 100 des cas. Ainsi donc, dans 75 p. 100 des cas l'intervention chirurgicale peut être évitée et se pose seu-

lement dans 21 p. 100 des cas si un nouveau traitement venait à échouer.

Les indications du traitement chirurgical sont fournies, en premier lieu, par l'hémorrhagie. Sous ce rapport, les petites hémorrhagies à répétition constituent une indication absolue. Mais la valeur de l'intervention est limitée parce que c'est justement dans ces cas qu'on trouve des hémorrhagies multiples. Dans les cas d'hémorrhagies profuses par ulcération d'un gros vaisseau, le malade peut être emporté en quelques minutes; ou bien l'hémorrhagie s'arrête et le malade peut guérir par un traitement médical. Mais si la même hémorrhagie revenait, il faut recourir à l'opération.

Une seconde indication de l'intervention chirurgicale, est fournie par les douleurs violentes et les vomissements habituels que l'on considère comme une indication du siège pylorique de l'ulcération. Mais cette indication ne se présente que lorsque les douleurs résistent au traitement médical esquissé plus haut et si les vomissements persistent même après un essai d'alimentation par la voie rectale qu'il faut instituer chaque fois qu'au cours du traitement médical les aliments liquides ne sont pas tolérés.

L'indication d'une intervention chirurgicale se pose encore quand l'ulcère amène de la périgastrite, des adhérences entre l'estomac et les organes voisins, la formation des abcès. La périgastrite, dont le diagnostic est souvent difficile à établir, guérit quelquefois par le traitement interne. Il en est de même des adhérences, et dans ces cas encore il faudra revenir une seconde et une troisième fois au traitement interne avant de se décider pour l'opération.

La quatrième indication de l'intervention chirurgicale est la perforation de l'ulcère avec péritonite. Cette perforation est rare et dans les cas de M. Leube elle n'a été notée que dans 1 ou 2 p. 100 des cas. Les chances de guérison par le traitement médical sont rares dans ces cas, et n'existent que lorsque la perforation se produit dans un estomac vide. M. Leube a vu deux fois la guérison spontanée se produire dans ces cas. L'opération donne dans ces cas 25 p. 100 de guérisons lorsque l'opération n'est pas faite plus de 10 heures après l'accident, et que les forces du malade sont encore relativement conservées. En tout cas l'indication d'intervention est formelle dans ces cas.

Les signes qu'on a donnés comme permettant de prévoir la perforation (douleur vive au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, bruit de frottement à l'auscultation), n'existent pas et la perforation surprend ordinairement le malade aussi bien que son médecin. Mais si certains symptômes faisaient craindre la perforation, il faudra mettre la malade au lit et à la diète absolue, et donner de l'opium.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Avril 1897.

L'élongation vraie de la moelle épinière et son application au traitement de l'ataxie locomotrice; recherches expérimentales et thérapeutiques.

MM. Gilles de la Tourette et **A. Chipault.** — Au cours de recherches sur l'anatomie topographique du rachis et de la moelle épinière, nous avons été frappés de ce que l'on pouvait, à l'aide de certaines manœuvres bien définies, faire subir à la moelle une élongation manifeste, et nous avons cru devoir transporter cette donnée dans le domaine thérapeutique.

Nous avons d'abord constaté expérimentalement que, tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insignifiante de la moelle, sa flexion sur un sujet assis les jambes étendues produit une élongation de cet organe de près de un centimètre, portant presque toute son action sur ses parties postérieures, au niveau des premières paires lombaires.

Ces faits constatés, nous pensâmes d'emblée à en tenter l'application à la thérapeutique de l'ataxie locomotrice. Nous y étions encouragés par ce fait que, pendant ces 20 dernières années, le traitement de cette affection a été dominé presque complètement par cet objectif : agir mécaniquement sur les organes nerveux malades. Nous sommes restés constamment fidèles au principe de l'élongation médullaire, mais nos idées sur la meilleure manière de l'obtenir en pratique se sont tranformées, à la suite des recherches anatomiques que nous avons tout à l'heure rapportées : et nous avons fait construire un appareil spécial ayant pour but de fléchir le rachis; avec certaines précautions, aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension.

Nos recherches ont porté sur deux groupes de sujets.

Nous avons d'abord expérimenté sur 10 individus valides, qui ont bien voulu se prêter à nos investigations, de façon à nous permettre de nous rendre un compte exact des sensations éprouvées et de préciser ainsi la technique de l'intervention. Nous avons ensuite opéré sur 47 ataxiques : 39 hommes et 8 femmes. Disons, dès l'abord, que nous n'avons pas soumis indistinctement tous les ataxiques qui se présentaient à la flexion rachidienne, mais seulement les ataxiques à la 2e période.

Or, chez ces ataxiques, de tous les plus nombreux, la flexion du rachis constitue, à n'en pas douter, la méthode thérapeutique la meilleure, bien supérieure, en particulier, à toutes les autres méthodes mécaniques.

A côté de ces 22 cas, où le résultat a porté d'une façon générale sur la totalité des symptômes de l'affection, 15 autres en ont retiré des bénéfices analogues, mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement de ces symptômes.

Dix de nos malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration.

Œdème aigu du poumon.

M. Huchard attire l'attention sur cet accident foudroyant, si important à connaître et cependant souvent assez peu étudié. Après avoir rappelé sa symptomatologie, son diagnostic avec l'angine de poitrine qui produit la syncope, il s'attache surtout à élucider sa pathogénie. Il pense que, dans l'insuffisance aortique artérielle, dans l'angine coronarienne, dans la néphrite interstitielle artérielle, dans cette forme de rétrécissement mitral des artério-scléreux dont il a donné la description clinique au Congrès de médecine de Lyon (1894), il y a toujours, entre ces diverses maladies et l'œdème pulmonaire aigu un intermédiaire obligé : c'est l'aortite, c'est surtout la péri-aortite, avec son retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires. Ce fait est confirmé par les recherches de Ranvier qui a si bien démontré le rôle des troubles nerveux et vaso-moteurs dans la production des œdèmes.

La filiation pathogénique est celle-ci : troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par péri-aortite; augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation; insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit.

Cette pathogénie très complexe sert pour les indications thérapeutiques et pour le traitement.

Les indications thérapeutiques s'inspirent des trois faits suivants :

1° Enorme hypertension pulmonaire, affaiblissement subit ou rapide de l'organe compensateur, du ventricule droit, vaincu par cette hypertension (élément *mécanique*);

2° Troubles de l'innervation cardio-pulmonaire (élément *nerveux*);

3° Imperméabilité rénale très fréquente, avec intoxication consécutive de l'organisme (élément *toxique*);

a) La meilleure manière de fortifier le cœur, c'est d'abord de diminuer son travail. Pour remplir cette dernière indication, une médication d'urgence s'impose aussitôt : une large saignée générale de 300 à 400 grammes, avec des saignées locales, ventouses scarifiées sur la paroi thoracique et sur la région du foie, avec applications répétées de ventouses sèches dont on couvre le thorax, le tronc et les membres.

Pour combattre le collapsus cardiaque, M. Hucharrecommande les injections de caféine et surtout celles d'huile camphrée qui

remplacent si avantageusement celles d'éther et que M. Huchard voudrait voir plus souvent employées (1).

b) Pour combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire, on peut avoir recours aux préparations de strychnine, surtout en injections hypodermiques, car il faut agir résolument et rapidement.

Dans ma première observation, que j'ai rapportée en 1879, l'électrisation du nerf vague (que l'on devra toujours faire avec prudence) a produit, pendant plusieurs jours, d'assez bons effets; c'est là une indication à laquelle on peut songer dans les cas graves et à répétition. Mais pour prévenir ces troubles d'innervation, il faut combattre la péri-aortite par des cautérisations à la région sternale et aussi par l'application de cautères et de ventouses scarifiées à ce niveau.

c) En Allemagne on a une tendance à employer l'atropine. Pour ma part, je suis arrivé à des résultats presque négatifs et même défavorables, puisque j'aboutissais à supprimer ou à diminuer les urines dans une maladie où la diurèse s'abaisse si rapidement et doit être maintenue à son taux normal. Le maintien de la diurèse par le régime lacté exclusif, par la théobromine à la dose de 1gr50 à 3 grammes par jour, est une indication thérapeutique des plus importantes contre une complication redoutable provoquée souvent par l'intoxication de l'organisme. C'est pour cela que les vésicatoires sont absolument contre-indiqués, parce qu'ils pourraient contribuer, pour leur part, à augmenter l'insuffisance rénale.

L'œdème aigu du poumon survient, le plus souvent, chez des artério-scléreux aortiques, des cardio-artériels, c'est-à-dire chez des malades auxquels on prescrit — parfois avec abus, il faut bien le dire — la médication iodurée. Or, celle-ci est capable, à elle seule, de déterminer des œdèmes. Par conséquent, dans toutes les maladies que je viens d'énumérer, lorsqu'on voit survenir des poussées œdémateuses aiguës ou subaiguës dans un point de la poitrine, ce sont là autant d'avertissements pour instituer une thérapeutique prompte et énergique et pour cesser immédiatement les médications contraires.

M. Debove. — L'œdème aigu du poumon était observé souvent autrefois, quand on faisait la thoracentèse avec évacuation trop brusque et trop complète de la plèvre; de là suffocation, expectoration, albuminurie, etc. Cet œdème se produit souvent, en effet, dans les affections cardiaques, comme l'a dit M. Huchard; M. Debove l'a observé avec grande netteté chez un savant illustre, atteint d'une lésion aortique, et qui succomba brusquement à un œdème aigu du poumon, avec expectoration albumineuse et sanguinolente, gargouillement dans toute la poitrine à l'auscultation.

Dans les cas qu'il a observés, M. Debove n'a jamais vu d'angine de poitrine préalable. Ces grands accès mortels sont toujours précédés de petites crises que d'ordinaire on diagnostique à tort comme angine de poitrine.

M. Brouardel dit que parfois on appelle, dans des cas de ce genre, un médecin de nuit qui fait une piqûre de morphine, et la famille, en présence d'un praticien qui n'avait pas sa confiance antérieure, attribue la mort à l'intervention du médecin d'occasion : et l'affaire devient médico-légale. Dans les cas de ce genre, M. Brouardel a toujours vu des lésions de sclérose rénale.

M. Huchard a précisément voulu démontrer que ces accidents n'ont rien de commun avec l'angine de poitrine, mais que souvent on les confond avec elle: et que l'angine de poitrine dite dyspnéique est en réalité de l'œdème aigu du poumon. Il faut, pour que l'accident se produise, qu'il y ait, en effet, comme l'a dit M. Brouardel, de l'artériosclérose généralisée et en particulier de la sclérose rénale. Le fait important est que chez les aortiques atteints de ces petites crises préalable sur lesquelles insiste M. Debove, il faut suspendre toute médication iodurée.

M. Dieulafoy pense que ces cardiaques atteints d'œdème aigu des poumons sont toujours doublés de brightiques. Dans un cas récent, M. Dieulafoy a vu un malade qui traînait depuis plusieurs mois des accidents de petit brightisme et qui brusquement eut des accidents que put heureusement juguler une saignée. De même chez un malade dont le poumon fut atteint brusquement d'œdème aigu sous l'oreille même de M. Dieulafoy qui vit monter brusquement le flot des râles sous-crépitants fins, si bien que le malade tomba à terre, atteint d'asphyxie blanche. M. Dieulafoy a une douzaine d'observations analogues, et d'après ce qu'il a vu il croit que d'ordinaire ces malades débutent par là dans les accidents graves du brightisme. Il ne faut pas dire, évidemment, que les aortiques ne peuvent pas être ainsi atteints et que la pathogénie de M. Huchard est erronée, mais, pour avoir le grand œdème, justiciable de la grande saignée, M. Dieulafoy croit que le brightisme est l'intermédiaire obligé.

M. Debove n'est pas de cette opinion. L'œdème aigu du poumon le plus net est celui de la thoracentèse. Pour le mal de Bright, la question est très complexe, car dans les cas de néphrite avancée, toujours le cœur est malade : et alors lequel cause les accidents pulmonaires ?

M. Brouardel a vu des malades mourir ainsi sans aucune lésion cardiaque ou aortique. D'autre part, chez tous les malades il a trouvé à l'autopsie, avec ou sans lésion cardiaque, une lésion rénale. Ces autopsies médico-légales pour mort subite se font presque toujours en hiver, sur des brightiques qui après avoir trop bu prennent un coup de froid. Pendant le siège de Paris, M. Brouardel a vu mourir ainsi bon nombre de gardes mobiles. Il y a au total des causes multiples; une lésion aortique à elle seule peut-elle suffire ? M. Brouardel n'en a jamais vu d'exemple.

M. Huchard. — La néphrite interstitielle est toujours associée à l'artério-sclérose, à l'aortite. Et, d'autre part, on ne voit jamais l'œdème aigu du poumon dans le cours du gros rein blanc. M. Brouardel a parfaitement raison de dire que les causes sont multiples; en particulier le système nerveux a un rôle important, et souvent on peut dire que c'est le nerf vague qui divague.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 Avril 1897.

Inflammation de la peau par les rayons Röntgen.

M. Lannelongue relate, au nom de **M. Sorel** (du Havre), deux cas dans lesquels les rayons de Röntgen ont produit des inflammations profondes de la peau. Dans un cas, il y a eu abcès, dans l'autre eschare. Dans les deux cas, le tube de Crookes qui servait à produire ces rayons était distant d'au moins 20 centimètres des sujets. Il est possible que ce soit là des cas d'inflammations purement chimiques, sans intervention aucune des bactéries; malheureusement l'examen bactériologique n'a pas été fait.

M. Lannelongue a vu, il y a près de 20 ans, à l'hôpital Trousseau, des inflammations de la peau dues aux rayons solaires dans des circonstances très curieuses. On sortait les tout petits enfants dans une cour remplie de sable et où le soleil pénétrait par en haut. Les enfants étaient tenus à l'ombre. On observa sur la plupart d'entre eux des brûlures à tous les degrés, depuis la simple rougeur jusqu'à la gangrène; quelques-uns moururent. Aucune cause autre que les rayons solaires ne put être invoquée, malgré l'enquête la plus minutieuse.

M. Lannelongue en référa au physicien Foucault qui lui conseilla d'exposer d'autres enfants en les recouvrant de verres jaunes (verres de strontiane), pour arrêter ler rayons chimiques. L'expérience réussit très bien; aucun de ces enfants n'eut la moindre rougeur sur la peau.

Il est fort possible que les rayons de Röntgen agissent d'une façon analogue.

M. Crookes, présent à la séance, fait remarquer que l'action des rayons de Röntgen est très variable suivant les individus. Lui-même a pu y exposer ses mains pendant des heures sans inconvénients, tandis que d'autres personnes ne peuvent les y exposer pendant quelques minutes sans ressentir des phénomènes de brûlure.

1. Voici la formule de ces injections hypodermiques :
Huile d'olives stérilisée . . . . 50 gr.
Camphre . . . . 10 gr.
Injecter 3 ou 4 seringues de Pravaz par jour; ces injections, qui produisent les mêmes effets que les injections d'éther, ne sont pas douloureuses.

Tout est encore confus dans ce qui regarde l'action des rayons X sur nos organes sains ou malades, il faut attendre de plus nombreuses observations par des expérimentateurs *désintéressés* pour savoir à quoi nous en tenir sur cette question.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 Avril 1897.

Tarsectomie pour pied bot.

M. Kirmisson revient sur la malade présentée à la dernière séance par M. Jalaguier pour dire que même dans un cas de pied bot aussi accentué que chez la malade de M. Jalaguier il aurait commencé par faire une arthrotomie interne avant de faire la tarsectomie. Du reste l'arthrotomie interne a réussi à M. Kirmisson dans des cas qui n'étaient pas moins graves que celui de M. Jalaguier.

A cette occasion M. Kirmisson fait observer que tandis qu'à l'étranger on se montre de plus en plus conservateur dans le traitement des pieds bots, en France on a de plus en plus la tendance à opérer, tendance que, d'après M. Kirmisson, rien ne justifie.

M. Nélaton demande si M. Kirmisson serait encore partisan de l'arthrotomie interne dans des cas où il existe une luxation du calcanéum sur l'avant-pied.

M. Kirmisson dit que dans ces cas il ferait en même temps que l'arthrotomie interne, quelques résections osseuses du bord externe du pied.

Traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse.

M. Michaux est intervenu deux fois chez des malades qui présentaient des symptômes d'infection biliaire.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme qui, à la suite de son dernier accouchement, a présenté pendant un mois des poussées de mastite inflammatoire qui n'a pourtant pas suppuré. Un mois après elle fut prise brusquement de fièvre avec douleurs hépatiques, vomissements, augmentation de volume du foie. L'examen des matières fécales montra la présence de concrétions biliaires très fines. Comme l'état fébrile et tous les symptômes persistaient sans s'atténuer, M. Michaux se décida à faire simultanément une laparotomie latérale pour explorer la vésicule qui était augmenté de volume, et une laparotomie médiane pour aborder une tumeur qui semblait exister au niveau du lobe gauche du foie.

La laparotomie latérale montra une vésicule distendue, entourée d'adhérences et sur le foie même plusieurs abcès. M. Michaux incisa la vésicule qui renfermait une notable quantité de pus et la fistulisa après avoir constaté que les voies biliaires ne renfermaient pas de calculs. Il fit ensuite la laparotomie médiane et trouve dans le lobe gauche un petit kyste hydatique suppuré du foie. Le pus a été évacué et la poche drainée.

L'écoulement de bile fut bien plus abondant au niveau du kyste qu'à travers la vésicule fistulisée. Il diminua ensuite progressivement et le malade guérit rapidement.

Le pus de la vésicule et des abcès du foie renfermait des pneumocoques; celui du kyste hydatique était stérile.

Dans le second cas opéré par M. Michaux il s'agissait d'un homme de 50 ans, atteint depuis 20 ans de coliques hépatiques et qui depuis 4 mois présentait de la fièvre avec ictère, ascite, hypertrophie du foie. Pensant à une infection des voies biliaires, M. Michaux fit la laparotomie et après évacuation de 5 litres de liquide qui se trouvaient dans l'abdomen trouva un foie gros, verdâtre. Nulle part il n'y avait de calculs. M. Michaux pratiqua alors la cholécystostomie, qui améliora la situation mais qui n'amena pas la guérison.

La bile examinée bactériologiquement renfermait des streptocoques et des colibacilles.

M. Gérard Marchand rapporte une observation de cholécystite calculeuse qni a évolué comme une péritonite suraiguë.

Il s'agit d'une femme qui était soignée depuis quelque temps pour un embarras gastrique et qui fut prise brusquement d'accidents de péritonite aiguë. On pensa que la cause des accidents survenus brusquement pouvait être un ulcère perforé de l'estomac ou une appendicite. La laparotomie médiane montra qu'il n'y avait pas trace de péritonite et que l'estomac comme l'appendice étaient absolument sains. Par contre, la vésicule biliaire était distendue et entourée d'adhérences récentes. M. Marchand la ponctionna et après avoir retiré 250 grammes de pus, laissa le trocart en place et entoura la région de gaze aseptique. 48 heures après il fit la cholécystostomie et trouva dans la vésicule un gros calcul.

La malade succomba au bout de 15 jours avec des symptômes de septicémie. A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite, ni d'autres lésions de suppuration. Le foie était cirrhotique et les reins gros et blancs.

Electrolyse dans les métrites.

M. Reynier fait un rapport sur le travail de **M. Boisseau du Rocher** relativement au traitement des métrites par l'électrolyse à l'argent. En analysant les observations prises dans son service, M. Reynier conclut que l'électrolyse peut rendre des services dans les métrites congestives, dans les hémorrhagies par petits fibromes chez des malades qu'on ne peut opérer et à la fin des métrites catarrhales.

M. Broca. — Voir p. 397.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 Avril 1897.

Infection blennorrhagique grave avec production cornée de la peau.

M. Chauffard rapporte l'observation d'un homme jeune et vigoureux qui contracta deux fois la blennorrhagie, et chaque fois les accidents infectieux les plus graves apparurent : ophthalmies aiguës, semblant bien plus de cause interne que produites par inoculation : arthropathies multiples; orchites; néphrite; aortite probablement. C'est au cours de cette infection si massive que se sont produites les lésions cutanées.

Ces lésions cutanées consistent en une épaisse semelle cornée, lamellaire et craquelée à la plante des pieds, en une coque talonnière, en cônes cornés apparaissant tout d'abord sur le gland, presque en même temps sur la partie interne des cuisses, et, très peu de temps après, sur le dos et aux pieds.

Pendant toute la période aiguë et fébrile de l'infection, le malade est resté prostré, profondément adynamié et émacié à tel point qu'on pouvait se demander à un moment si sa vie n'allait pas être en danger. Cette dénutrition cachectisante était causée par d'énormes paroxysmes azoturiques. Les arthropathies du malade ont été singulièrement nombreuses et graves; dans les articulations du genou, l'épanchement fut tel qu'une ponction fut pratiquée et amena, d'ailleurs, un soulagement instantané; pas de gonocoques dans le liquide épanché. Ces arthrites ne présentèrent aucune tendance à l'ankylose.

Les déterminations articulaires ont-elles joué, par rapport aux lésions cutanées, un rôle particulier et prédominant?

M. Chauffard se demande si, pour expliquer la kératose cutanée, ce n'est pas l'intensité même de la virulence blennorrhagique qu'il faut incriminer plutôt encore que la localisation articulaire des complications : la lésion cutanée lui semble donc moins liée, cliniquement, à une « variété d'arthro-blennorrhagisme » qu'à une virulence exaltée et cachectisante de l'infection gonoccique.

Au point de vue dermatologique des lésions, je prends, comme dans le cas de M. Jacquet, pour type le cône corné creux emboîtant un cône d'hypertrophie dermo-papillaire, qui, il est vrai, était, dans ce cas, non pas villeux, mais acuminé, humide, lisse et miroitant.

Une biopsie me permet même d'apporter la démonstration histologique de la réalité de ces petits foyers de dermite papillaire hyperkératosante.

Après détachement d'un cône corné, l'éminence charnue sous-jacente a été rapidement excisée, fixée et durcie par le liquide de Flemming. Une partie des coupes a été consacrée à la recherche des microbes après coloration par la méthode de Kühne. Le résultat a été entièrement négatif, ni gonocoques, ni autres germes n'ont pu être décelés sur les coupes.

Sur des coupes colorées par l'éosine et la thionine, et passant par le grand axe vertical du petit cône dermo-épidermique, voici ce que l'on constate :

La coupe présente dans son ensemble l'aspect d'un petit papillome à surface lisse et cornée et formé par l'intrication et l'emboîtement réciproque de papilles dermiques et de prolongements malpighiens.

Le derme lui-même paraît sain, formé par l'entrelacement de faisceaux conjonctifs normaux. Les vaisseaux dermiques semblent légèrement dilatés et autour d'eux, formant gaine ou collerette, on constate la présence d'assez nombreux leucocytes, surtout vers les extrémités papillaires des anses capillaires. Les lymphatiques sont normaux et également un peu dilatés. Les papilles dermiques sont très allongées, sinueuses, renflées ou bifurquées à leurs sommets.

L'épiderme se limite supérieurement par une couche superficielle cornée, lamellaire et stratifiée, correspondant à la face profonde et adhérente de la production kératosique. Cette couche est infiltrée d'une grande quantité d'éléidine. Au-dessous de ces stratifications cornées, on trouve une couche continue d'épithélium malpighien formant quatre à six couches de cellules au-dessus du sommet des papilles dermiques et envoyant dans les interstices de celles-ci des prolongements villeux et allongés.

Les cellules malpighiennes ont conservé leur volume normal, la fine dentelure de leurs filaments d'union, l'aspect physiologique de leur protoplasma. Mais leurs noyaux sont nettement en voie de prolifération, et cela surtout au voisinage du derme muqueux. Dans cette même région profonde de l'épiderme, d'assez nombreux leucocytes semblent avoir émigré des papilles dermiques pour venir se loger dans les interstices épithéliaux.

Rien, en somme, de caractéristique ni de profond dans ces lésions de la peau : une dermite papillaire superficielle, résolutive, accompagnée surtout d'hyperactivité formatrice et kératinisante de l'épithélium malpighien.

M. Duflocq communique l'observation d'un blennorrhagique qui, par trois fois, eut des manifestations articulaires graves, avec déformations osseuses, et qui cependant guérit sans ankylose.

M. Debove fait remarquer que l'évacuation du liquide contenu dans une articulation est le meilleur moyen thérapeutique à employer ; depuis longtemps déjà M. Debove pratique cette ponction et toujours avec succès.

M. Siredey fit, dans un cas, non seulement une simple ponction, mais injecta de plus 2 centimètres cubes de liqueur de Van Swieten dans la cavité articulaire ; la guérison fut le résultat rapide de cette intervention.

M. Béclère croit cette ponction utile dans tous les cas d'épanchement abondant, quelle que soit la cause de cet épanchement ; M. Béclère n'eut qu'à se louer de cette intervention dans un cas de rhumatisme scarlatin.

Séro-diagnostic du choléra.

MM. Ch. Achard et **R. Bensaude.** — Le phénomène de l'agglutination des microbes du choléra par le sérum a été surtout étudié chez les animaux dans l'infection cholérique. L'idée de le rechercher chez l'homme était donc toute naturelle, depuis que M. Widal a fondé sur ce phénomène la méthode du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Nos recherches, dont les premiers résultats ont été publiés au mois de septembre 1896, ont porté sur 14 malades atteints de choléra au cours de l'épidémie, qui a régné l'été dernier en Egypte. Le sang nous a été très obligeamment envoyé par M. Comanos Pacha (du Caire) et M. Trekaki (d'Alexandrie). Sur ces 14 cas examinés, 13 fois le sérum nous a montré l'agglutination des cultures du vibrion cholérique. Le cas négatif concerne un sujet dont le sang a été pris au troisième jour et qui est mort le jour même. La réaction était particulièrement nette et prompte à apparaître chez des sujets qui se trouvaient aux 3e, 4e, 6e jour de la maladie et au 28e jour de la convalescence. Elle existait aussi au 2e jour, et même, chez deux sujets au 1er jour. Ce fait, s'il était confirmé, aurait une grande portée pratique ; toutefois, nous estimons qu'il y a lieu de faire quelques réserves à ce sujet, car nous ne possédons pas les détails chimiques de ces observations et nous ne savons pas comment la maladie a débuté d'une façon précise.

Dans plusieurs de ces cas, nous avons pu examiner les selles et y constater la présence du vibrion, de sorte que le diagnostic bactériologique est venu confirmer les indications fournies par le sérum. Nous nous sommes assurés naturellement que le sang de sujets sains ou atteints d'affections autres que le choléra ne produit pas l'agglutination des vibrions.

Ces recherches de contrôle ont porté sur trente sujets ; dans deux cas, chez des urémiques, nous avons eu avec le sang des amas peu nombreux, peu volumineux, qui, en somme, n'étaient point comparables à ceux observés avec le sérum des cholériques. Il faut donc, plus rigoureusement encore que pour la fièvre typhoïde, n'admettre comme réactions positives que celles qui sont absolument démonstratives. D'autres précautions sont nécessaires pour éviter toute erreur. On ne doit introduire dans le mélange où se fait la réaction qu'une proportion assez faible du sérum : 1 goutte pour 10 ou mieux pour 15 ; la plupart de nos échantillons donnaient une réaction nette à 1 goutte pour 20 ; l'un d'eux possède encore, après plus de 5 mois, un pouvoir agglutinatif de 1 pour 120. D'autre part, il faut proscrire l'emploi de cultures vibrioniennes sur bouillon ou ne les employer que dans les cas exceptionnels où elles ne présentent ni dépôt ni voile à la surface. Les débris du voile fragmenté pourraient, en effet, en imposer pour des amas de réaction agglutinante. Les cultures en milieu liquide doivent être remplacées par des émulsions de microbes préparées extemporanément au moyen de cultures sur gélose faciles à désagréger lorsqu'elles n'ont pas plus de 16 à 24 heures d'étuve.

Pour préparer ces émulsions, on délaye une parcelle de la colonie dans environ 1 centimècre cube de bouillon ou d'eau salée à 7 p. 1.000. Si l'on a plusieurs examens à faire, il est plus commode, pour avoir une plus grande quantité d'émulsion, de délayer toute une culture sur gélose dans environ 6 centimètres cubes de liquide servant de véhicule. Quelle que soit la manière dont on ait préparé l'émulsion, on doit toujours s'assurer, par l'examen microscopique, qu'elle est exempte d'amas microbiens. L'émulsion préparée, on la mélange au sérum et on examine au microscope une goutte du mélange entre lame et lamelle, ou sur une lame à godet, en goutte suspendue. La réaction est produite habituellement en 5 à 20 minutes ; si, au bout d'une heure, elle n'est pas nette, il faudrait la considérer comme négative. Au lieu de ce procédé rapide, il est préférable d'employer le procédé à l'étuve à 37° à condition de n'y laisser le mélange (en goutte suspendue ou dans l'éprouvette qui a servi à le faire), qu'une heure ou deux heures au plus. La réaction caractérisée par l'immobilisation des vibrions et par leur agglomération est aussi nette que pour le bacille d'Eberth.

L'agglutination se produit encore sur les vibrions morts. Nous avons employé alors comme véhicule, dans la préparation des émulsions, une solution de fluorure de sodium à 3 p. 100, qui empêche le développement des vibrions et a l'avantage de ne pas exercer d'action coagulante sur les albuminoïdes du sérum.

Le sang desséché conserve la propriété agglutinante, ainsi que MM. Johnston et Hammond l'ont vu en expérimentant, à la suite de notre première note, le sang desséché d'animaux infectés par le bacille-virgule. Un de nos échantillons de sang desséché sur verre, depuis environ 5 mois, donne encore la réaction à 1 goutte p. 10.

En étudiant l'action du sérum de nos malades sur un certain nombre d'échantillons du bacille virgule et sur des espèces très voisines, nous avons obtenu des résultats tout à fait superposables à ceux constatés avec du sérum d'animaux vaccinés ou avec la chrysoïdine (Blachstein). Tous les échantillons appartenant au type ordinaire du vibrion de Koch, tel que Pfeiffer l'a défini à l'aide de son phénomène, se sont laissés agglutiner par le sérum des malades (vibrion indien, de Sanghaï, de Prusse orientale, de Paris (1892), de Brest (1893), de Guilvinec (1893), d'Alexandrie (1896), de Constantinople, d'Ivanow

Il existe toutefois des différences d'intensité suivant les échantillons employés. L'agglutination était plus marquée avec le vibrion d'Alexandrie (1896) qu'avec le vibrion de la Prusse orientale. Les vibrions de Massaouah, de Metchnikoff, de Finkler sont restés insensibles à l'action du sérum.

La méthode des réensemencements sur des milieux ayant déjà servi à d'autres microbes, nous a également permis de distinguer les vibrions de Finkler et de Massaouah des échantillons de vibrions ordinaires. Le vibrion de Finkler et celui de Massaouah, ce dernier à un très faible degré et d'une façon inconstante, se développent sur des cultures préalablement grattées des échantillons de vibrion ordinaire, tandis que ceux-ci réensemencés les uns sur les autres ne fournissent que des résultats négatifs.

Nous n'avons pu étudier chez l'homme la répartition de la propriété agglutinante dans les diverses humeurs : outre le sang, nous n'avons eu à notre disposition que les déjections intestinales de six malades; dans aucun de ces cas elles ne donnaient la réaction. Chez les animaux la propriété agglutinante est faible dans la bile et l'humeur aqueuse; elle passe dans le lait; elle peut traverser le placenta et persister même chez le nouveau-né quelque temps après la naissance.

En résumé, ces recherches établissent que la réaction agglutinante existe chez l'homme dans la période d'état et dans la convalescence du choléra. Elles montrent aussi que la réaction agglutinante peut rendre des services au diagnostic du choléra; mais, n'ayant pas observé les malades sur place, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer l'étendue de ces services. Il y a cependant tout lieu d'espérer qu'elle pourra être substituée avec avantage à l'examen bactériologique des selles pour déterminer promptement la nature d'une épidémie suspecte et qu'elle pourra servir à éclairer la question si épineuse des rapports du choléra nostras et du choléra indien. Nous ne considérons donc ces premiers résultats que comme un préambule à l'histoire du séro-diagnostic du choléra.

Arthrites pneumococciques développées au cours d'une pneumonie.

MM. P. Duflocq et **Ledamany** communiquent l'observation d'un malade âgé de 32 ans, entré à l'hôpital pour un rhumatisme chronique déformant très accusé, consécutif à du rhumatisme articulaire aigu. Au cours d'une pneumonie grave survenue à l'hôpital, ce malade présenta des arthrites suppurées aiguës d'origine pneumococcique, qui frappèrent des articulations profondément lésées par le rhumatisme chronique déformant. On peut admettre que ces articulations constituaient, de ce fait, un *locus minoris resistentiæ* favorable à une infection microbienne.

MM. Duflocq et Ledamany font remarquer que si les arthrites à pneumocoques sont aujourd'hui bien connues, le nombre des cas publiés n'est cependant pas très considérable. Dans tous les faits publiés — sauf un, rapporté par M. Boulloche — l'arthropathie est survenue dans le cours de la pneumonie (elle la précéda dans le cas de M. Boulloche). L'observation de MM. Duflocq et Ledamany rentre donc, à ce point de vue, dans la règle générale, mais elle s'en écarte en ce que plusieurs articulations furent prises (quatre), tandis que dans la grande majorité des faits la localisation de l'arthrite pneumococcique a été unique.

Sur la signification du pigment ocre.

MM. Jeanselme et **Papillon.** — Au cours d'une récente discussion qui a eu lieu ici même, touchant la pathogénie du diabète bronzé et la genèse du pigment ocre en général, l'un de nous a soutenu que la présence de ce pigment suppose une destruction globulaire très active.

A l'appui de cette hypothèse, on peut fournir deux arguments : 1° l'accumulation de grains pigmentaires dans les petits vaisseaux des parenchymes est un fait indéniable, qu'on ne peut guère interpréter que dans le sens d'une hématolyse intravasculaire massive; 2° la condensation du pigment dans certains organes est telle qu'elle ne saurait s'expliquer sans une destruction globulaire réellement colossale. Le calcul le démontre avec évidence, et MM. Auscher et Lapicque estiment que la quantité de pigment contenu dans le foie d'un individu qui succombe au diabète bronzé correspond à plus de 30 litres de sang, c'est-à-dire à plus de 5 fois la totalité de la masse sanguine.

Plusieurs objections ont cependant été formulées contre cette théorie. Il y a désaccord, a-t-on dit, entre les recherches faites pendant la vie — qui montrent l'absence de granulations pigmentaires dans le sang des sujets atteints de diabète bronzé — et l'hypothèse d'une destruction exagérée des hématies. Nous ferons remarquer que, dans le diabète bronzé comme dans l'impaludisme chronique, le pigment ocre séjourne dans les petits vaisseaux des organes, où il est pour ainsi dire immobilisé. Sauf exception rare, il ne sort pas du réseau des circulations locales pour entrer dans la circulation générale. On a aussi objecté que dans le diabète bronzé l'anémie globulaire est peu intense. Mais dans l'unique cas où un examen hématologique complet fut pratiqué, la rénovation sanguine n'était pas amoindrie; on peut donc supposer que dans le diabète pigmentaire, le sang répare au fur et à mesure ses pertes en éléments figurés.

Que si l'on envisage, au contraire, d'autres affections hématiques, également caractérisées par la surcharge des organes en pigment ocre, mais dans lesquelles l'évolution est rapide et la suspension de l'hématopoièse pour ainsi dire initiale, l'anémie globulaire se démasque dès les premières phases de la maladie. Nous venons d'en observer un remarquable exemple ayant pour traits principaux : une évolution rapide (moins de 2 mois), une diminution considérable du nombre des hématies (qui s'abaissa à 920 000 peu de temps avant la mort), un ictère léger, une hypertrophie spléno-hépatique sans leucémie, une surcharge de pigment ocre encombrant les cellules et les petits vaisseaux du foie, de la rate et des reins. Notre théorie trouve dans ce fait, qu'il n'est pas possible de faire rentrer dans l'un des cadres de la nosologie classique, tous les éléments d'une démonstration rigoureuse : la déglobulisation excessive comme point de départ, le dépôt de pigment ferrugineux dans les parenchymes comme aboutissant, et, comme intermédiaire, l'accumulation de granulations pigmentaires dans les capillaires des organes.

Au surplus, cet exemple n'est pas isolé, et nous avons pu réunir sans peine de nombreuses observations, appartenant aux états pathologiques les plus divers, mais toutes caractérisées par ces deux ordres de lésions : une anémie globulaire excessive et une surcharge pigmentaire des organes.

Tout ce qui précède — considérations théoriques et constatations matérielles — nous dicte en quelque sorte cette conclusion : *la surcharge pigmentaire est consécutive à la destruction exagérée des hématies;* mais il faut un certain temps pour que les déchets globulaires se transforment en pigment ocre. Aussi, dans les états pathologiques à déglobulisation excessive, quand la mort survient prématurément du fait de la lésion sanguine, on ne trouve à l'autopsie qu'une quantité minime de pigment fixe dans les organes. Au contraire, une survie plus considérable permet une condensation plus parfaite du pigment.

Mais, que la marche soit rapide ou lente, la présence du pigment ocre en abondance dans les tissus (abstraction faite du cas où ceux-ci auraient été le siège de suffusions sanguines), signifie presque toujours destruction globulaire. La lésion primordiale porte donc sur le globule sanguin; aussi, les affections dans lesquelles le pigment ocre est abondant peuvent, à bon droit, être considérées comme des maladies hématiques.

Pneumothorax mortel chez un grand emphysémateux.

MM. L. Galliard et **G. Bruneau** (de Bray-sur-Seine). — Un homme âgé de 72 ans, athéromateux et emphysémateux, a été soumis, pendant le mois de décembre 1896, à la médication iodurée. Venant à Paris à la fin de février 1897, il se refroidit et, pendant les premiers jours de mars, il présente des signes de bronchite avec des douleurs localisées à la région antérieure du thorax. Le 24 mars il retourne à la campagne : fatigué par le voyage, il a, dans la nuit, 3 accès de suffocation avec cyanose, sueurs profuses, urination critique.

Le 25 mars, râles sibilants et ronflants des deux côtés et dans

toute l'étendue de la poitrine. Deux crises de dyspnée pendant la journée.

Le 26 mars, les râles n'existent plus qu'à droite. A gauche, signes de pneumothorax total, sans liquide : tympanisme, suppression des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, respiration, toux et voix amphoriques. Pas de point de côté. Dyspnée moins accentuée que la veille.

Le 27, les signes physiques du pneumothorax persistent sans modification ; respiration plus pénible. Mort subite pendant la nuit. Pas d'autopsie.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 15 Mars 1897.

Astasie-abasie choréiforme.

MM. Mongour et **Liaras** présentent un malade atteint d'astasie-abasie choréiforme qui a fait le sujet d'une communication antérieure (16 nov. 1896).

Ce malade est aujourd'hui guéri. Les présentateurs désirent attirer tout spécialement l'attention de la Société sur la phobie qui a été le point de départ de l'astasie-abasie.

Ils estiment que pour les cas d'astasie-abasie, consécutifs à des infections ou à des intoxications, il faut incriminer moins l'agent infectieux ou toxique que l'influence de la phobie consécutive au décubitus dorsal plus ou moins prolongé.

Dans cet état psychique, pour peu qu'intervienne une tare névropathique, l'astasie-abasie se constitue. Il est du reste d'observation courante que la peur paralyse les jambes. Quoi d'étonnant à ce qu'elle soit une cause provocatrice d'astasie-abasie chez les sujets névropathes débilités par une longue maladie et ayant perdu l'habitude de la marche ?

M. Liaras. — Je tiens à faire remarquer que ce cas diffère des autres en ce que la guérison a été le fait d'une auto-suggestion.

Ostéo-sarcome de l'os coxal.

MM. Carrière et Wiehn. — Il y a 3 mois environ, nous avons eu l'honneur de présenter à la Société d'anatomie un malade sur lequel nous avions porté le diagnostic d'ostéo-sarcome de l'os coxal, qui présentait au point de vue clinique de la sciatique double, de la parésie des membres inférieurs et des zones d'anesthésie symétrique au niveau de la face postéro-interne des cuisses et des organes génitaux. Nous venons aujourd'hui montrer le résultat de son autopsie. La masse intestinale une fois enlevée on constate l'existence d'une tumeur volumineuse se continuant directement en arrière avec l'os coxal dont elle a envahi la partie supérieure et ayant refoulé à ce niveau le psoas iliaque droit qui a une teinte noirâtre, ecchymotique très prononcée.

L'uretère gauche passe en avant de la tumeur, il est comprimé au niveau de sa pénétration dans le petit bassin et fortement dilaté au-dessus ; à ce niveau il a de 1 à 2 centimètres 1/2 de diamètre ; il renferme du pus.

L'uretère droit est comprimé et dilaté comme le précédent ; il a de 1 à 3 centimètres et renferme aussi un liquide purulent.

Cette tumeur est kystique, remplie d'un liquide sanglant, noirâtre, renfermant des flocons blanchâtres et des débris d'os réduits en fragments très délicats simulant une dentelle. La néoplasie a envahi complètement l'aileron gauche et le corps de l'os.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs chefs. L'ostéo-sarcome de l'os coxal est loin d'être une affection commune. Ce cas est remarquable par l'étendue des lésions, par la compression des uretères rare dans l'ostéo-sarcome de l'os coxal. Enfin il est intéressant de noter les rapports qui existent entre le tableau clinique observé et le siège de la compression de la queue de cheval. Une lésion siégeant au niveau des 3 premières vertèbres sacrées a produit : une anesthésie de la face postéro-interne des cuisses, descendant jusqu'au creux poplité, une anesthésie des organes génitaux externes, de l'ischurie paradoxale.

M. Arnozan. — J'ai actuellement dans mon service une femme qui est dans les mêmes conditions. Elle souffre à tel point qu'on lui a proposé de faire la section des dernières racines postérieures.

Corps étrangers du conduit auditif.

M. Liaras. — Nous venons d'observer un cas où le corps étranger était formé par deux puces ayant pénétré jusqu'à la membrane du tympan dans laquelle nous les avons trouvées accolées. C'est, croyons-nous, la première fois que ce fait est signalé. On a signalé comme insectes surtout des papillons de nuit. Beausoleil et Nattier ont publié des observations de punaises dans le conduit. La conduite à tenir en face d'un pareil accident est de chercher à transformer le corps vivant en corps inanimé, et pour cela on peut se servir d'un tampon d'ouate imbibé de chloroforme ou d'éther, on obture le conduit et l'insecte est anesthésié à mort. Ce résultat obtenu, il est facile d'enlever le corps étranger par une injection.

Contusion de l'abdomen.

MM. Vitrac Laubié. — Le 12 mars 1897, un charretier était renversé par un tombereau chargé de sable, dont une des roues lui passait sur le ventre. Trois heures après il était amené à l'hôpital dans un état de choc tel que je ne pouvais songer à intervenir. Cet état persista et le malade mourut 19 heures après l'accident.

A *l'autopsie*, en écartant les anses d'intestin grêle vers la gauche, je trouvai une déchirure du mésentère que l'on peut voir sur la pièce présentée et à travers laquelle était venue s'étrangler à moitié une anse intestinale, une perforation intestinale située sur le bord libre de l'intestin au niveau d'une anse voisine de l'étranglement, des déchirures péritonales au niveau de l'iliaque, des épanchements sanguins dans la cavité abdominale et dans le tissu cellulaire.

M. Chavannaz. — Cette déchirure du mésentère à travers laquelle s'est faite une hernie de l'intestin est évidemment intéressante et aurait pu être très importante si le malade avait survécu plus longtemps. La mort n'est sans doute pas le fait de cet étranglement, elle est due à l'hémorrhagie et au shock. Je suis absolument de l'avis de M. Vitrac : en raison de ce shock aucune intervention n'était possible.

Carcinome encéphaloïde du testicule gauche en ectopie inguinale ; descente du testicule ; castration.

MM. Chavannaz et **Michel**. — Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cancer du testicule chez un homme de 31 ans, auquel la castration a dû être pratiquée. Il s'agissait d'un testicule en ectopie dont la descente s'est faite sous l'influence du développement néoplasique, c'est là un phénomène rarement observé. Au point de vue du diagnostic il y avait de petites nodosités siégeant sur le testicule droit et de l'épanchement concomitant qui auraient pu plaider en faveur de la tuberculose et nous faire admettre que nous avions affaire à une tuberculose ayant débuté par le testicule gauche et envahissant ensuite le testicule droit. Notons encore le développement extrêmement rapide de la massse ganglionnaire intra-abdominale qui s'est fait 15 jours après l'opération.

M. Chavannaz. — C'est un fait rare que la descente du testicule due à la néoplasie ; c'est un phénomène très important et nous conseillerions, chez les sujets dépassant la trentaine et ayant un testicule ectopié, une surveillance attentive en songeant au néoplasme possible de cet organe.

M. Lagrange. — Ces cancers, comme tous les cancers, se généralisent par la voie lymphatique, dans le cancer du sein on cure l'aisselle, pourquoi n'agit-on pas ainsi dans le carcinome du testicule ?

M. Pousson. — J'ai eu cette idée, mais je n'ai pas cru devoir la suivre n'ayant pas trouvé de ganglions iliaques. Au surplus, même si on cure la fosse iliaque, la récidive se produit toujours au bout de 3 ou 4 mois dans les cas les plus favorables. Véritablement, pour les carcinomes et pour quelques sarcomes on obtient plus de survie en n'opérant pas.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 23 Mars 1897.

Fibrome de l'utérus et épithélioma.

M. Begouin présente un utérus enlevé par M. Demons par l'hystérectomie vaginale, pour cancer du col, et dans lequel il existait un fibromyome interstitiel du corps, ce qui n'est pas rare; dans la précédente séance, M. Vitrac en a présenté un exemple. Depuis quelque temps M. Begouin en a observé trois dans la clientèle de M. Demons.

Fibromyome utérin enlevé par hystérectomie abdominale totale.

M. Monod. — Je présente ce volumineux utérus comme un type rare de ce qu'on appelle la grossesse fibreuse. En effet l'utérus est distendu par la masse fibromateuse. La malade ainsi atteinte avait eu, il y a trois ans, de violentes hémorrhagies; depuis elles avaient été remplacées par une hydrorrhée abondante au point d'anémier les forces. Je considère ainsi que ce genre d'hydrorrhée peut devenir, dans les fibromes, une indication opératoire.

Infection puerpérale. Abcès au poumon.

M. Chambrelent. — Je présente les pièces provenant d'une femme morte d'un abcès du poumon dans mon service d'isolement de la clinique d'accouchements.

Cette femme de 22 ans, enceinte de huit mois entre à la clinique le 23 février. Depuis la veille, rupture de la poche des eaux. Le soir même, expulsion d'un enfant mort et putréfié pesant 2750 grammes. Le 24, frisson. Température, 39°6; lavage utérin, Le 25, même état; 26 curettage instrumental qui ramène des débris de caduque puétréfiés. Défervescence complète pendant 36 heures, mais au bout de ce temps, la température remonte à 39°. Douleur vive au niveau des sixième, septième, huitième espaces intercostaux gauches, un peu en arrière de la ligne axillaire. Crachats hémoptoïques. Développement successif de matité, souffle tubaire, puis râles. Sept jours après, la matité est remplacée par une sonorité tympanique avec matité à la base. Bruit d'airain, tintement métallique, bruit de flot et de succussion hippocratique. On diagnostique un abcès du poumon. Deux ponctions ramenèrent seulement du sang. Un nouveau curettage ne révèle rien. La malade meurt 26 jours après l'accouchement et dix-neuf jours après le début des accidents pulmonaires.

Autopsie : vaste abcès pulmonaire, rien à l'utérus, rien au péritoine.

La formation de cet abcès me paraît due à une embolie spetique pulmonaire dont le point de départ et la cause ont été le fœtus et le placenta putréfiés.

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur.

M. Chavannaz. — Une fillette de quatre ans et demi, atteinte d'ostéomyélite à staphylocoque de l'extrémité supérieure du fémur avec envahissement de l'articulation coxo-fémorale a été opérée d'urgence alors qu'elle se trouvait dans un état extrêmement grave.

L'intervention a consisté en une arthrotomie avec évidement du col et ouverture de la cavité médullaire de la diaphyse fémorale.

La mort est survenue quatorze heures après l'opération. A l'occasion de ce fait on peut se demander s'il n'y aurait pas un moyen terme entre l'évidement du col avec arthrotomie et la résection d'emblée préconisée par l'école de Lyon. Je serais tout prêt, le cas échéant, à suivre le manuel opératoire récemment préconisé par M. Delagenière pour le traitement de la coxalgie, et je complèterais au besoin l'opération par quelques incisions de décharge pour assurer l'évacuation des collections péri-articulaires. La résection serait reservé aux cas où, dans le cours du Delagenière, on constaterait des lésions très étendues, par exemple si on trouvait un décollement de la tête fémorale.

Un cas de névralgie de Morton consécutif à l'accouchement.

M. Chambrelent. — J'ai eu l'occasion d'observer dernièrement une affection assez rare qui me paraît se rapporter à la maladie étudiée pour la première fois par Morton en 1870.

Il s'agit d'une primipare, sans antécédents pathologiques. Accouchement normal ainsi que les suites. Vingt jours après la malade se lève et dès qu'elle pose les pieds à terre une violente douleur dans la plante des deux pieds l'empêche de marcher.

Rien de particulier à l'examen direct des pieds. Il s'agit d'une affection décrite sous le nom de névralgie métatarsienne de Morton. Dans les osbservations rassemblées par M. Lamacq (*Revue de médecine*, juin 1896), je n'ai jamais vu signaler la perpuéralité comme étiologie. Les massages ont entièrement guéri la malade de ces manifestations douloureuses.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

MÉDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 12 avril 1897.

Néphrectomie gauche et transplantation de l'uretère dans un cas d'exstrophie de la vessie.

M. Reginald Harrison rapporte l'observation d'un garçon de 15 ans entré avec une exstrophie de la vessie compliquée d'épispadias et de fente pubienne. L'état du malade, passablement misérable au moment de son entrée, se compliqua encore d'une scarlatine qu'il contracta à l'hôpital et qui provoqua une albuminurie assez intense.

Lorsque l'albuminurie disparut, M. R. Harrison pratiqua la néphrectomie lombaire du rein gauche et 11 mois plus tard, il aboucha l'uretère droit dans la région inguinale correspondante après l'avoir sectionné à l'endroit où il croise l'artère iliaque primitive. L'opération n'a duré que quelques minutes. Les suites opératoires furent simples pendant les 10 premiers jours, mais après le 10e jour, il est survenu une fièvre élevée qui a duré près de 6 semaines et dont la cause n'a pu être élucidée. Le malade a guéri.

M. Morgan voudrait savoir pour quelle raison M. Harrison a enlevé le rein gauche.

M. Harrison répond qu'il a voulu, par la néphrectomie, parer aux inconvénients de l'écoulement de l'urine au niveau de deux points de l'organisme.

Fractures spontanées multiples chez un enfant.

M. L. Guthrie a montré un enfant de 2 ans qui, depuis 4 mois, présente sur les diverses parties de son corps des tuméfactions recouvertes de plaques ecchymotiques. Les plaques ont paru d'abord au niveau des cuisses, puis au niveau de la clavicule et du bras gauche. Une épreuve aux rayons de Röntgen a montré que ces tuméfactions correspondent à des foyers de fractures.

Ce qui est difficile, c'est de dire si les ecchymoses ont précédé ou suivi les fractures.

Il s'agit probablement dans ce cas de scorbut chez un enfant rachitique, bien que les gencives n'aient jamais été enflammées ni ulcérées.

M. Morgan a vu récemment un enfant qui ne présentait pas moins de 18 fractures. Quant au malade de **M. Guthrie,**

M. Morgan ne pense pas qu'il s'agisse dans ce cas de scorbut, puisque dans cette affection on observe surtout des décollements épiphysaires, tandis que chez le malade de M. Guthrie il existe de véritables fractures diaphysaires.

Acromégalie traitée par les préparations thyroïdiennes et pituitaires.

M. Rolleston montre une femme de 26 ans atteinte depuis 2 ans d'acromégalie. Elle a été considérablement améliorée par un traitement comprenant l'administration simultanée de préparations thyroïdiennes et de préparations pituitaires. L'amélioration persiste depuis que la malade a quitté l'hôpital. Le succès ne peut donc être attribué au repos au lit auquel la malade a été soumise pendant son séjour à l'hôpital.

La ressemblance superficielle entre l'acromégalie et le myxœdème justifie, d'après M. Rolleston, le traitement par les préparations thyroïdiennes, surtout dans les cas où l'administration des préparations pituitaires n'amène pas d'amélioration.

Hémiplégie spasmodique après la coqueluche.

M. Rolleston montre une fille de 13 ans qui présente une hémiplégie spasmodique avec athétose, survenue à la suite de la coqueluche qu'elle a eue à l'âge de 10 mois. On peut admettre que l'hémiplégie a été consécutive à une hémorrhagie qui s'était faite dans la substance corticale pendant un accès de toux.

M. Maguire relève la ressemblance qui existe entre ces cas et les cas d'origine fonctionnelle. Toutefois, chez la malade de M. Rolleston seule, une hémorrhagie cérébrale peut expliquer la paralysie survenue à l'âge de 10 mois.

M. Guthrie a observé un garçon de 7 ans qui, au cours d'une quinte de coqueluche, fut pris d'hémiplégie avec aphasie. Les phénomènes paralytiques se dissipèrent progressivement, lorsque, quelques mois plus tard, ils revinrent avec la même instance. Dans ce cas, l'hémisphère, intact après avoir suppléé pendant quelque temps aux fonctions disparues, a été probablement envahi à son tour par la lésion.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE VIENNE

Séance du 24 Mars 1897.

Nævus pileux traité par les rayons de Röntgen.

M. Kaposi a montré le malade qui a été présenté il y a quelques mois à une société viennoise comme guéri par les rayons de Rœntgen d'un nævus pileux de la nuque et du cuir chevelu. A ce moment M. Kaposi a soutenu que les rayons de Röntgen, comme cela s'observe du reste dans l'insolation, ont dû provoquer une parésie des vaisseaux, ce qui expliquait l'érythème de la peau; et que, lorsque les vaisseaux auront récupéré leur tonicité, probablement les cheveux et les poils qui étaient tombés, repousseront.

Les événements ont donné raison à M. Kaposi; en effet, les cheveux et les poils ont repoussé.

Névrite syphilitique multiple.

M. Grosz présente une malade soignée l'année dernière dans le service de M. Mraçek pour un chancre syphilitique suivi de roséole. En février 1897 la malade revint pour une éruption papuleuse au niveau de l'anus et des organes génitaux accompagnée de douleurs térébrantes générales et d'anesthésie de l'annulaire et du petit doigt de la main gauche.

A l'examen, on ne trouva aucune trouble moteur ni d'atrophie musculaire. Par contre il existait une diminution de la sensibilité. Le nerf cubital gauche était très douloureux spontanément et surtout à la pression. Les réflexes étaient normaux.

Huit jours après, des troubles analogues parurent du côté droit. L'examen électrique montra une insensibilité de l'adducteur du pouce et des muscles de la main aux courants faradiques, de la réaction de dégénérescence aux courants statiques.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une névrite multiple d'origine syphilitique, puisque la malade n'était ni tuberculeuse ni alcoolique.

M. Ehrmann a observé un cas de polynévrite syphilitique qui fut suivie de paralysie progressive avec symptômes tabétiques. Dans d'autres cas, on a encore signalé, à la suite de la polynévrite, l'apparition d'une pachyméningite syphilitique. C'est Charcot qui a particulièrement invité sur ces formes.

Ulcérations aphteuses du pénis et du scrotum.

M. Neumann présente un malade qui est entré à l'hôpital pour des ulcérations du pénis et du scrotum. Les ulcérations, des dimensions d'une lentille ou d'une tête d'épingle, étaient, par places, confluentes, par places, isolées, étaient recouvertes d'un exsudat grisâtre très adhérent et présentaient des bords rouges, mais non décollés. Une ulcération analogue se trouvait sur l'amygdale gauche. Les ulcérations du scrotum et du pénis disparurent en quatre jours sous un pansement phéniqué. Par contre, d'autres ulcération parurent sur l'amygdale.

L'examen bactériologique de ces ulcérations montra la présence des staphylocoques.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 30 Mars 1897.

Note préliminaire concernant le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx au début.

M. Goris. — Dans l'impuissance où l'on se trouve de guérir radicalement la tuberculose laryngée, j'ai pensé à recourir au traitement opératoire chez deux sujets atteints d'ulcération laryngée. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans ayant des antécédents tuberculeux dans la famille. Elle est atteinte de raucité depuis 6 mois avec bacilles dans ses crachats. La poitrine est en bon état et l'on voit au laryngoscope une petite ulcération sur l'arythénoïde gauche.

Après trachéotomie préalable, j'ai pratiqué l'ouverture du larynx par thyrotomie et trouvé, outre l'ulcère diagnostiqué, six tubercules localisés sur la corde vocale gauche. J'ai procédé à un curettage profond, cautérisé au thermocautère et suturé la plaie qui guérit *per primam*. Un peu de dysphagie, disparue après trois jours.

L'expectoration venant par la canule et, plus tard, par les voies naturelles, n'a plus révélé la présence du bacille de la tuberculose.

D'autre part, la voix est meilleure qu'avant l'opération.

Dans le second cas, il s'agit d'un ouvrier présentant une petite ulcération sur la corde vocale droite, celle-ci étant, dans son ensemble, infiltrée par un tissu mou.

Même technique opératoire. Même résultat.

M. Jauquet. — Il aurait été beaucoup plus simple d'enlever par les voies naturelles l'arythénoïde sur lequel se trouve l'ulcère, cette ablation n'entraînant jamais aucune suite fâcheuse.

M. Goris. — Je ferai remarquer l'erreur dans laquelle peut induire l'examen laryngoscopique, puisque, dans les deux cas opérés, la lésion, qui semblait d'abord très limitée, s'est montrée en réalité beaucoup plus importante à l'ouverture du larynx, ce qui a permis de constater et de détruire des tubercules qui eussent passé inaperçus sans cette intervention.

Le traitement que je me propose d'expérimenter n'est encore qu'à l'état d'ébauche, et je n'en tire nécessairement aucune conclusion définitive, au moins pour le moment.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Interprétation nouvelle du goitre exophthalmique (p. 409). — La pourriture d'hôpital (p. 411).
REVUE DES CONGRÈS. — *Société obstétricale de France* : Mort rapide après l'accouchement par méningite infectueuse à pneumocoque (p. 412). — Grossesse compliquée de fibrome. — Opération césarienne. — Traitement de l'avortement. — Rétrécissement du bassin (p. 412).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Histogénèse de l'écorce du cervelet. — Dyspepsie de la seconde enfance. — Rhumatisme articulaire aigu et poussées aiguës du rhumatisme chronique. — Groupe proteus. — *Thèses de la Faculté de Lyon* : Erythème infectieux à Alger. — Pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique (p. 413). — Coagulations intra-vasculaires au cours de la tuberculose. — Suffocations dans un espace clos. — Mort par la foudre (p. 414).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine* : Tabès et rein mobile (p. 414). — Cancer de l'estomac. — Dyspepsie d'origine émotionnelle. — *Chirurgie* : Hématomes de la vulve chez les accouchées. — Splénopexie. — Epilepsie jacksonienne. — Hernies vésicales. — *Neuropathologie* : Myoclonie (p. 415).
MÉDECINE PRATIQUE. — L'ichthyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites. — Mercure (p. 416).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Association générale des Médecins de France (p. 418).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Interprétation nouvelle du goitre exophthalmique,

D'après M. le Dr Paul Riche,

Après une énumération rapide de la symptomatologie du goitre exophthalmique, l'auteur aborde la question si controversée des formes frustes et des faux goitres exophthalmiques.

Il n'y a pas encore bien longtemps, le goitre exophthalmique ressortissait sans discussion à la pathologie interne. Grand fut l'étonnement des médecins lorsqu'ils remarquèrent que le syndrome classique se greffait quelquefois sur un vieux goitre, affection pourtant chirurgicale. Les faits allaient contre la notion classique. « Il n'y a aucun rapport à établir entre les deux maladies, de nature différente. En Suisse, dans le canton de Vaud, où règne à l'état endémique le goitre, la névrose est inconnue. En Irlande, pays de la névrose, il n'y a pas de goitreux. » (Rendu.) Puis vinrent les tentatives chirurgicales faites sur des malades atteints de goitre exophthalmique et suivies de succès et dont la première appartient au professeur Tillaux. Tenus d'abord pour suspects, ces faits se multiplièrent et force fut bien d'en tenir compte. La solution ne tarda pas : on en fit de faux goitres exophthalmiques. Cette solution, acceptée par les chirurgiens eux-mêmes, est en train d'être abandonnée par tout le monde.

M. Joffroy s'exprime ainsi : « Je n'accepte pas davantage la division du goitre chirurgical et du goitre médical. Le goitre médical serait la vraie maladie de Basedow, et le goitre chirurgical ne serait qu'une fausse maladie de Basedow.

« Qu'on dise qu'il y a des maladies de Basedow dans lesquelles le chirurgien peut intervenir, et qu'on appelle ces cas chirurgicaux, tandis que dans d'autres cas le chirurgien ne le peut pas et qu'alors on les appelle médicaux, je le veux bien : mais sachez bien que les goitres médicaux et chirurgicaux ne font qu'une même maladie avec des indications thérapeutiques différentes. »

C'est également l'opinion si bien exposée par Létienne, à laquelle se rattache également Riche et qui paraît en effet très satisfaisante pour l'esprit : « Notre manière de considérer cette maladie est actuellement si singulière que, quand nous saisissons la cause d'une altération du corps thyroïde avec syndrome de Graves, nous nous empressons de ranger le cas parmi les fausses maladies de Basedow. Or, il n'y a pas de pseudo-maladies de Basedow ; il n'y a que des goitres exopthalmiques dont la cause nous paraît connue pour les uns, ignorée pour les autres. Et nous irons ainsi jusqu'au jour où nous nous apercevrons que la vraie maladie de Basedow n'est que la réunion de toutes ces fausses maladies de Basedow. »

Avant d'essayer d'établir une théorie nouvelle, Riche examine les diverses conceptions que l'on a présentées « afin de voir s'il est permis d'en faire table rase ». Et il les examine avec un très fin esprit de critique, servi par un sens très judicieux et une connaissance approfondie de la question.

Les auteurs qui ont édifié des théories sur la maladie de Basedow peuvent être classés en deux grandes catégories : les uns ont cherché l'explication de la maladie en dehors du corps thyroïde, les autres l'ont cherchée dans cet organe lui-même.

Les *théories extra-thyroïdiennes* comportent plusieurs explications.

Pour les uns le point de départ est dans le cœur ou les vaisseaux. Les palpitations, la faiblesse excitable des malades firent admettre au début comme *primum movens* une affection cardiaque ou encore l'anémie. Graves, Basedow, Bouillaud se firent les défenseurs de cette théorie cardio-vasculaire. Ces opinions n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Sauf la tachycardie et un léger degré d'hypertrophie, il n'y a rien de constant dans l'état du cœur chez les basedowiens. Les autopsies ont montré le cœur normal ou atteint de lésions diverses. De sorte que la seule conclusion à tirer est celle-ci : les maladies du cœur ne mettent pas à l'abri du goitre exophthalmique. On peut ajouter : et celui-ci les aggrave par le surmenage qu'il impose à l'organe malade.

D'autres théories mettent dans le système nerveux le point de départ de la maladie.

Les expériences de Cl. Bernard sur le sympathique cervical devaient naturellement faire penser à une altération organique ou fonctionnelle de ce nerf. Mais comme on voulait par cette seule cause expliquer toute la symptomatologie, les difficultés ne tardaient pas à se présenter.

Cl. Bernard obtenait par l'excitation du sympathique cervical l'exophthalmie, la dilatation pupillaire et la tachycardie ; mais il obtenait de la vaso-constriction, ce qui contrastait avec la dilatation des vaisseaux de la base du cou dans la maladie de Basedow.

On pouvait également invoquer une paralysie du vague pour le cœur, une paralysie du sympathique pour les vaisseaux. Il fallait déjà faire intervenir deux nerfs ; comme de plus la paralysie du vague entraîne des troubles de la déglutition et des troubles beaucoup plus graves du côté des poumons, il fallait de toute nécessité remonter au bulbe où centres cardiaque, respiratoire et œsophagien peuvent être isolément atteints.

C'est ce qui fut fait, et Panas et Vulpian admirent une localisation bulbaire. Pour Panas, la dilatation des vaisseaux du cou est due à la paralysie du centre intra-crânien du sympathique, l'exophthalmie à celle du centre

de la cinquième paire, la tachycardie à celle du noyau cardiaque du vague. C'est une névrose bulbo-protubérantielle.

Les partisans de la névrose sont légion, à elle se sont rattachés Charcot, Rendu, Ballet, Marie, Bienfait. Mais se contenter de dire que la maladie de Graves est une névrose, n'est pas une solution. Une névrose est une maladie dont le substratum anatomique ou chimique est encore inconnu. Le cadre des névroses est un cadre commode, mais c'est un cadre d'attente, dans lequel hier encore figuraient en bonne place le tétanos et toutes les épilepsies. De plus toutes les théories qui ne mettent pas l'exophthalmie et la tachycardie sous l'influence de l'excitation du sympathique ne paraissent pas vraies puisque les faits récents de Jaboulay ont montré que la section de ce nerf supprime ces deux symptômes. Enfin les autopsies n'ont pas démontré que le goître exophthalmique fût produit par une lésion anatomique ou dynamique du bulbe.

Restent les *théories thyroïdiennes*. La théorie mécanique, soutenue par Rœben, Boddaert, Bénard est abandonnée aujourd'hui et c'est du côté de la *théorie de l'hyperthyroïdation*, due à Möbius et soutenue en France par Renaut et Joffroy, que se portent de préférence les recherches actuelles.

Depuis les belles recherches sur la sécrétion interne du corps thyroïde, nous savons que cet organe détruit sans doute, dans les tissus, au fur et à mesure un produit toxique qui s'y forme. C'est ce produit toxique non détruit qui occasionne le myxœdème. C'est l'hypothyroïdation de l'organisme qui amène le myxœdème. Mœbius, faisant un parallèle entre la maladie de Graves et le myxœdème, émet l'idée que celle-là pouvait bien être produite par l'hyperthyroïdation comme celui-ci l'était par l'hypothyroïdation.

Et les arguments ne manquèrent pas pour confirmer cette hypothèse séduisante. C'étaient d'abord les rapports de mieux en mieux constatés de la maladie de Graves avec le goître ordinaire: c'étaient ensuite les heureux résultats des interventions chirurgicales; c'étaient enfin quelques faits observés au cours du traitement thyroïdien du myxœdème. Béclère, par exemple, présentait, le 12 octobre 1894, à la Société médicale des hôpitaux, une malade que le traitement thyroïdien avait non seulement guérie du myxœdème, mais encore rendue basedowienne.

D'autre part les expériences de MM. Ballet et Enriquez venaient appuyer la théorie. Ces auteurs pratiquaient l'hyperthyroïdation des chiens et auraient observé à la suite de la tachycardie, de l'excitation, un éclat particulier de l'œil. En somme la théorie de l'hyperthyroïdation peut être ainsi résumée :

1° Lorsque la thyroprotéide et la thyroïdine se neutralisent exactement, c'est l'état de santé;

2° Lorsque la thyroïdine est insuffisante, il reste de la thyroprotéide en excès qui intoxique l'organisme : c'est le myxœdème.

4° Lorsque la thyroïdine est hypersécrétée, la thyroprotéide est neutralisée, mais il reste un excès de thyroïdine : c'est alors la maladie de Basedow.

M. Gley, ne voulant pas tirer des faits plus qu'ils ne contiennent réellement, a montré qu'à l'heure présente toute conclusion était prématurée, tant qu'on ne connaîtrait pas mieux le fonctionnement normal de la glande thyroïde.

Après avoir passé en revue et critiqué ces différentes hypothèses, Riche en émet à son tour une autre, et il prend soin de combattre d'avance les objections qu'on pourrait lui opposer. Ce n'est qu'une hypothèse, « c'est vrai et je le regrette. En tout cas, ce n'est pas une cause d'infériorité pour la théorie que je propose, étant donné que toutes les autres en sont au même point... Remplacer des hypothèses par une autre semble une besogne oiseuse, mais la chose est légitime, utile même, lorsque cette autre explique un plus grand nombre de faits que ses devancières. »

C'est l'examen raisonné des signes cardinaux de la maladie de Basedow qui a conduit l'auteur à la conception de son hypothèse. Pour cela, il n'envisage que les signes cardinaux de la maladie, tachycardie, exophthalmie, dilatation des vaisseaux cervicaux-thyroïdiens.

La tachycardie ouvre d'habitude la scène. La physiologie nous enseigne que plusieurs facteurs entrent dans la constitution du rythme cardiaque : la fibre cardiaque, les ganglions intra-cardiaques, les nerfs modérateurs et accélérateurs.

Les altérations de la fibre cardiaque donnent surtout de l'arhythmie; or celle-ci est exceptionnelle dans la maladie de Graves. Les modifications dans le fonctionnement des ganglions intra-cardiaques sont trop peu connues pour que nous puissions nous y arrêter.

Il ne reste donc pour expliquer la tachycardie que deux hypothèses : la paralysie des modérateurs, c'est-à-dire du pneumogastrique, ou l'excitation des accélérateurs, du grand sympathique. Chez les mammifères la section d'un seul nerf vague ne modifie pas d'une manière sensible le système cardiaque; la section des deux nerfs au contraire accélère sensiblement les contractions cardiaques, mais la paralysie *des deux* pneumogastriques est un accident de la plus haute gravité entraînant la mort. — Il faut alors nous rabattre sur l'excitation du sympathique, qui explique sans difficulté la tachycardie.

L'*exophthalmie* peut être produite par l'excitation du sympathique cervical. Vigouroux, donnant la technique de la faradisation dans la maladie de Basedow, ne recommande-t-il pas d'éviter de placer le bouton sur l'émergence des nerfs et *surtout en un point spécial situé à 1 centimètre en arrière et au-dessous de la queue du sourcil, dont l'excitation amène un mouvement de leur action du globe en avant*. De plus, dans les sections du sympathique cervical qu'a pratiquées Jaboulay, ce chirurgien a observé que c'est surtout l'exophthalmie qui est rapidement et définitivement corrigée.

Quant à la tumeur thyroïdienne, l'auteur croit qu'elle due au développement, dans l'intérieur du corps thyroïde, d'un véritable anévrysme artério-veineux, ou mieux un anévrysme cirsoïde. Et en effet le diagnostic d'anévrysme thyroïdien a été fait dans deux cas dont parle Trousseau, dans un troisième dont parle Rendu, et probablement dans d'autres encore.

En sommes les trois signes cardinaux de la maladie de Basedow peuvent trouver leur explication dans une excitation du sympathique cervical. Il ne reste plus qu'à trouver d'où vient cette excitation. Pour Riche, elle est la conséquence des modifications vasculaires. Il suffit de jeter les yeux sur une figure représentant les vaisseaux de la région et leurs rapports avec la chaîne et les rameaux sympathiques, pour voir que les nerfs, au milieu de ces vaisseaux dilatés, multipliés, frémissants, seraient englobés dans un véritable peloton vasculaire. Quelque chose d'analogue à un anévrysme cirsoïde dilate les vaisseaux thyroïdiens et y modifie la circulation. On conçoit que ces vaisseaux, étant en rapports intimes avec le symphatique cervical, arrivent à l'exciter; le tableau clinique est réalisé.

Le lieu d'excitation du sympathique par les vaisseaux est peut-être au niveau du point où l'artère thyroïdienne inférieure croise le sympathique cervical. Drobnik a décrit une disposition spéciale du sympathique dans laquelle le ganglion cervical moyen est dédoublé et chacune de ses moitiés réunie à l'autre par des fibres nerveuses passant les unes en avant, les autres en arrière de l'artère thyroïdienne : un véritable anneau nerveux dans lequel passe l'artère.

« Le goître s'accompagne de dilatation des vaisseaux thyroïdiens, cette dilatation, lorsqu'elle atteint un certain degré, à plus forte raison lorsqu'elle s'accompagne de frémissement, peut exciter le sympathique cervical, avec lequel l'artère thyroïdienne inférieure a des rapports intimes. Le premier effet de cette excitation est la tachycardie, plus tard seulement se produit l'exophthalmie. »

Telle est l'ingénieuse théorie soutenue avec beaucoup de talent par l'auteur pour expliquer les symptômes du goître exophthalmique. Ce n'est peut-être qu'une hypothèse, que ne viendront pas confirmer les faits; elle sera alors reléguée avec les autres. L'auteur s'en consolera facilement, la sachant comme il le dit lui-même, « en bonne et nombreuse compagnie. »

La pourriture d'hôpital,

D'après M. le Dr H. Vincent

Professeur agrégé à l'École d'application du Service de santé militaire du Val-de-Grâce.

Jusqu'à la période antiseptique, la pourriture d'hôpital a causé des ravages épouvantables dans les salles d'opérés. A l'Hôtel-Dieu, Percy rapporte que 98 p. 100 des blessés en étaient atteints et Guthrie pouvait compter 512 morts sur 1 614 cas! Aujourd'hui elle a à peu près complètement disparu et on ne la rencontre qu'à l'état d'exception. Néanmoins il était intéressant d'essayer de pénétrer, avec nos moyens actuels d'investigation, la nature intime de cette maladie qui faisait l'effroi de nos pères. C'est la tâche qu'a entreprise avec un plein succès M. H. Vincent dans un travail (1) très documenté dont nous résumons ici les grandes lignes.

L'auteur a pu étudier la pourriture d'hôpital sous sa forme la plus grave, chez un certain nombre de convoyeurs kabyles ou arabes rapatriés de Madagascar. Il a pratiqué l'examen bactériologique dans 47 cas.

Le microbe de cette affection n'a pas été, jusqu'ici, signalé. Les recherches de Demme, Hueter, Lebert, n'avaient pas abouti. Rappin, en 1895, avait dans plusieurs cas isolé le bacille pyocyanique, mais ce dernier n'était présent qu'à titre d'agent d'infection surajoutée.

Dans tous les cas dont Vincent a pratiqué l'étude bactériologique, il a rencontré un bacille spécial de 4 à 8 μ en moyenne de longueur, et de 1 μ environ de largeur. Ce bacille est tantôt rectiligne, tantôt sinueux, assez souvent filamenteux et rappelant un peu, pour la forme, le vibrion septique. On observe dans l'exsudat pseudo-membraneux des formes d'involution assez fréquentes. Le bacille se décolore par la méthode de Gram. Il est immobile et ne paraît pas former de spores. Il n'est pas cultivable. On le rencontre en quantité très abondante, parfois exclusive et véritablement extraordinaire dans la pulpe qui recouvre les plaies infectées. Il offre une grande résistance aux antiseptiques et persiste pendant plus de 10 jours, très abondant, à la surface des plaies pansées par l'iodoforme et le sublimé.

Ce microbe est fréquemment associé soit aux microbes vulgaires de la suppuration, soit à un spirille très fin, non cultivable.

L'examen anatomo-pathologique des coupes des tissus envahis par la pourriture d'hôpital montre deux zones distinctes, l'une superficielle, pouvant atteindre plusieurs millimètres, et constituée par l'exsudat diphthéroïde; c'est la *couche active de prolifération microbienne*, remarquablement pauvre en éléments cellulaires, et constituée par une accumulation colossale de bacilles. La couche sous-jacente est formée par les tissus mortifiés, infiltrés de sang, et dont les lésions sont longuement étudiées dans le mémoire original. Le bacille pathogène de la pourriture d'hôpital végète exclusivement à la surface des tissus, de même que le bacille de Löffler dans la diphthérie. Lorsqu'il pénètre plus profondément, ce phénomène est favorisé par la multiplication simultanée des staphylocoques et du spirille qui préparent les tissus à l'envahissement du bacille.

Bien que la pourriture d'hôpital soit une maladie essentiellement contagieuse, l'inoculation pratiquée directement à l'homme par les anciens chirurgiens n'avait pas toujours réussi et, d'autre part, la maladie n'avait jamais pu être reproduite chez les animaux.

Vincent a constaté, effectivement, dans une première série d'essais, que l'inoculation de la pulpe gangréneuse faite à divers sujets et sur lui-même restait sans résultat, de même que l'injection aux animaux faite dans le sang, le péritoine, les muscles, les membres broyés, énervés, etc. En s'efforçant de déterminer quels facteurs adjuvants peuvent permettre à l'affection de se développer, il a vu que l'on peut obtenir la production expérimentale de la pourriture d'hôpital lorsqu'on s'adresse à des animaux soumis à l'influence de l'inanition, ou bien affaiblis par une maladie consomptive antérieure. Dans ces conditions, lorsqu'on insère sous la peau une parcelle de produits infectieux, il se développe un ulcère sanieux, recouvert d'un exsudat pseudo-membraneux fétide, dans lequel on retrouve, en abondance, le bacille spécifique. L'influence du terrain joue donc un rôle capital dans la pathogénie de l'affection.

On peut obtenir le même résultat expérimental lorsqu'au microbe pathogène on *associe* d'autres bactéries telles que le bacterium coli, le bacille pyocyanique, les staphylocoques, etc. L'examen bactériologique et histologique de ces lésions expérimentales montre une abondante prolifération du bacille de la pourriture d'hôpital. Fait remarquable, les microbes adjuvants ont presque entièrement disparu; on ne les retrouve plus, en faible quantité, qu'à la superficie de l'ulcère alors que le bacille est prédominant dans la profondeur de la pseudo-membrane. Ces microbes favorisants agissent donc initialement en désorganisant les tissus « ils labourent le terrain sur lequel le bacille va s'ensemencer ». Leur mission remplie, ils disparaissent presque entièrement.

Le rôle des associations microbiennes, qui a été mis en évidence dans l'étiologie de certaines affections telles que le tétanos (Vaillard et Vincent), le choléra, la septicémie, semble donc s'étendre de plus en plus et gouverner des modalités pathologiques très diverses.

Les recherches de Vincent ont été confirmées récemment par M. R. Coyon (1), chez un palefrenier entré dans le service de M. Ricard, à la Charité, et porteur d'une plaie ulcéreuse grave infectée par la pourriture d'hôpital. L'examen bactériologique a permis à Coyon de trouver dans la sanie putride un nombre infini de bacilles correspondant entièrement à la description donnée par Vincent.

G. M.

1. H. Vincent, Sur l'étiologie et sur les lésions anatomo-pathologiques de la pourriture d'hôpital (*Ann. de l'Institut Pasteur*, sept. 1896, n° 9).

1. *Ann. de l'Institut Pasteur*, X, 1896, p. 660.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

ve session.

Mort rapide après l'accouchement, par méningite infectieuse à pneumocoque.

M. Crozat rapporte l'observation d'une femme de 40 ans, XII-pare qui pendant sa grossesse n'a présenté aucun symptôme

pathologique, accoucha normalement et qui 2 jours après tomba brusquement dans le coma et succomba 24 heures après. A l'autopsie on trouva pour toute lésion une méningite suppurée.

Le pus recueilli en pipette stérilisée, examiné sur lamelles colorées au violet de gentiane phéniqué, contenait des diplocoques lancéolés, entourés d'une capsule, c'est-à-dire présentant les caractères du pneumocoque de Talamon-Fränkel. Ces microbes ne se décoloraient pas par la méthode de Gram.

Une goutte de pus, ensemencée dans des tubes de bouillon et de gélose, a donné des cultures pures du même micro-organisme. L'inoculation sous-cutanée chez une souris et un lapin a amené, en 48 heures, la mort de ces animaux par septicémie, car leurs organes ont également fourni une culture pure de pneumocoques

Le pus examiné contenait donc le *pneumocoque* de Talamon-Fränkel, à l'exclusion de tout autre micro-organisme.

M. Kieffer fait remarquer que toute affection inflammatoire ancienne ou récente peut trouver, au moment de l'accouchement, un état physiologique spécial qui en facilite le réveil.

M. Demelin rappelle le cas d'une malade qu'il a observée dans le service du professeur Tarnier. La femme avait accouchée normalement et était morte 12 heures après. A l'autopsie, on constata une pleurésie diaphragmatique tuberculeuse qui ne s'était manifestée pendant la vie par aucun symptôme. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de M. Keiffer.

Sur le diagnostic de la grossesse compliquée de fibrome dans les premiers mois.

M. Fochier (Lyon) insiste sur les difficultés de diagnostic de la grossesse au début dans un utérus fibromateux. Ainsi chez une jeune fille tuberculeuse, chez laquelle on avait diagnostiqué un double sarcome de l'ovaire avec kyste aberrant, la laparotomie permit l'ablation d'un utérus fibromateux renfermant un fœtus de 4 mois.

M. Fochier n'a eu que 3 fois l'occasion d'intervenir pour des tumeurs fibreuses au cours de la grossesse. Un de ces cas nécessite l'hystérectomie totale, à cause de l'état grave de la mère. Dans un autre cas où la grossesse atteignait 4 mois, il introduisit des éponges préparées pour obtenir l'avortement, en même temps que le cathétérisme vésical était méthodiquement fait, mais la tumeur enclavée remonta au-dessus du détroit supérieur sans que l'avortement se produisît. Le produit de conception put ainsi se développer jusqu'au septième mois.

Opération césarienne.

M. Adenot (Lyon) a pratiqué 3 fois l'opération césarienne.

La première fut pratiquée chez une femme de 37 ans, qui au cours de sa septième grossesse, présenta les signes de l'ostéomalacie. L'opération césarienne avec suture de l'utérus sans ablation des ovaires permit de sauver un enfant vivant pesant 3 kil. 700.

La deuxième fut faite sur une femme de 36 ans, ayant un bassin rachitique. Deux grossesses antérieures s'étaient terminées, l'une par un avortement provoqué, l'autre par une basiotripsie. L'opération fut pratiquée à terme; l'enfant vivant pesait 2 kil. 700.

Enfin, une troisième intervention fut décidée chez une femme de 38 ans, dont le premier accouchement avait dû être terminé par une application de forceps, et le second par une crâniotomie. La malade ne fut examinée qu'au moment où elle entrait en travail pour le troisième accouchement. En outre du fœtus en SIDT, on constata l'existence d'une tumeur élastique logée dans la cavité sacrée. Toute tentative de refoulement restant infructueuse, on pratiqua d'abord l'opération de Porro pour le fibrome sous-péritonal non pédiculé, puis l'extirpation d'un volumineux fibrome ligamenteux.

Dès le neuvième jour, on commença le traitement du pédicule par l'évidement, suivant le procédé de M. Polosson, et la guérison fut complète au bout de 3 semaines.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet.

M. A. Schwab ayant déjà eu l'occasion d'expérimenter la quinine comme agent ocytocique dans l'inertie utérine à terme, a songé à employer ce médicament pour favoriser l'expulsion de l'arrière-faix dans l'avortement, comme il a déjà été du reste employée par M. Cordes (de Genève), avec succès.

Donné à la dose de 1 gramme, en 2 cachets de 50 centigrammes, pris à 10 minutes d'intervalle, le sulfate de quinine a réveillé dans 7 cas de rétention placentaire post-abortive les contractions utérines, même dans un utérus gravide de quelques mois seulement.

Le sulfate de quinine est absolument inoffensif; jamais il ne provoque la tétanisation du muscle utérin. Il ne risque donc pas d'accroître les chances de rétention placentaire.

La quinine dans ces observations, a produit l'expulsion du placenta, en moyenne, en 4 heures 1/2 environ. L'action de la quinine a été manifeste dans ce cas; car souvent elle a provoqué des contractions alors que le travail était arrêté depuis plusieurs jours déjà. Il semble donc, étant donné, d'une part, que la quinine est inoffensive, et, d'autre part, qu'elle agit souvent efficacement pour réveiller la contraction utérine, que l'administration de 1 gramme de quinine pourra toujours être essayée, quand il y a rétention placentaire dans l'avortement, quitte, en cas d'échec, à recourir ultérieurement à une autre thérapeutique, expectation antiseptique ou intervention active.

M. Cordes (Genève) a commencé, dès 1873, à employer le sulfate de quinine comme cubolique. Dans 40 cas, il a obtenu des résultats satisfaisants. Il croit même que ce médicament pourrait donner des succès dans les hémorrhagies sans cause appréciable.

M. Budin (Paris) fait remarquer à M. Schwab qu'en 1877, Veit arrivait à des conclusions diverses pour préconiser le curettage rapide à l'hôpital et à l'expectation un peu plus prolongée à l'hôpital.

M. Maygrier (Paris) a pu suivre les expériences de M. Schawb. Il a vu les contractions utérines se réveiller après l'administration du sulfate de quinine. Dans un cas, cependant, cette méthode thérapeutique a échoué. L'effet n'est donc pas certain, mais l'emploi peut en être conseillé, car l'administration du sulfate de quinine est inoffensive.

Rétrécissement du bassin. Accouchement à terme. Version.

M. Budin (Paris) a observé une femme qui vint le consulter au 7e mois de sa deuxième grossesse, désirant un enfant vivant. La première grossesse s'était terminée par l'extraction d'un enfant mort. La tête occupait une position antérieure directe, et la version, faite sous le chloroforme, après la mort de l'enfant, avait dû être suivie par une application de forceps sur la tête dernière. Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 centim. 2, et, sous le chloroforme, le diamètre promonto-sous-pubien fut évalué à 7 centimètres.

Le mari s'opposant à la symphyséotomie, la version, dans la deuxième grossesse, fut pratiquée à terme, après 45 heures de travail, les membranes étant intactes. La tête fœtale était assez malléable, le corps utérin était exactement appliqué sur le corps de l'enfant et maintenu par un anneau de contraction; l'utérus avait la forme d'un sablier.

La tête ne pouvant remonter, l'auteur dut introduire la main droite pour refouler l'éperon, puis la main gauche pour presser sur la tête, pendant qu'un aide tirait le lacs placé sur les pieds.

Grâce à cette manœuvre, M. Budin put extraire un enfant vivant, pesant 3 200 grammes, dont les diamètres de la tête étaient : bipariétal, 9 cent. 2; bitemporal, 7 cent. 8, alors que le promonto-pubien, mesuré avec l'instrument de M. Crouzat, n'était que de 7 cent. 1.

M. Bué (Lille) a pu pratiquer avec le même succès une version dans un bassin dont le diamètre sous-pubien minimum mesurait 7 cent. 3.

L'enfant fut extrait à terme et vivant, alors que les deux grossesses antérieures avaient dû être terminées l'une par un accouchement prématuré artificiel, l'autre par une basiotripsie

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Marck Athias. *Recherches sur l'histogénèse de l'écorce du cervelet.* N° 220. (Félix Alcan.)

M. Alfred Magnaux. *Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la seconde enfance.* N° 162. (G. Carré et C. Naud.)

M. Gustave Davaine. *Étude comparative du rhumatisme articulaire aigu et des poussées aiguës du rhumatisme chronique.* N° 197. (G. Carré et Naud.)

M. L. Gaillard. *Contribution à l'étude chimique du groupe proteus.* N° 211. (A. Jouve.)

M. Athias, dans ses recherches sur l'histogénèse de l'écorce cérebelleuse faites à l'aide de la méthode rapide de Golgi, montre qu'il existe deux couches germinatives dans cette écorce, l'une interne donnant naissance aux cellules de la zone du manteau de Schaper, aux dépens desquelles se formeront peut-être les cellules de Purkinge, l'autre externe (couche granuleuse superficielle) véritable couche de renfort aux dépens de laquelle se forment les cellules d'association de l'écorce du cervelet, cellules étoilées, grains, et peut-être aussi cellules de Golgi. Mais surtout ces recherches ont permis à l'auteur de vérifier le fait général de la polarité des prolongements protoplasmiques et cylindre-axiles; l'élément épithélioïde adhère primitivement à la surface par un prolongement de nature manifestement protoplasmique, par sa profondeur il émet bientôt un filament cylindre-axile, cette direction relative des deux sortes de prolongements persistant plus ou moins longtemps pendant les stades ultérieurs du développement. Enfin l'auteur montre un exemple remarquable du contact entre les arborisations cylindre-axiles et le corps et les expansions protoplasmiques des cellules, en étudiant le développement des arborisations grimpantes.

Pour M. Magnaux, dans la grande majorité des cas, les enfants dyspeptiques du second âge sont des dilatés. La dilatation de l'estomac remonte à la première enfance. Elle s'observe chez les enfants qui, dès les premières années de la vie, ont reçu une alimentation grossière et trop abondante; généralement, les enfants ont été nourris au biberon ou soumis à l'allaitement mixte. L'hypochlorhydrie est la règle : l'hyperchlorhydie, l'exception. L'anachlorhydrie n'est pas rare. Dans quelques cas, la quantité d'HCl libre est normale. Les altérations du chimisme stomacal sont constantes : l'hyperpepsie et l'hypopepsie se rencontrent indifféremment. Les formes légères de l'hyperpepsie et de l'hypopepsie sont habituelles; les formes graves sont exceptionnelles. Il n'y a pas de relation étroite entre l'intensité des phénomènes dyspeptiques et les variations quantitatives et qualitatives du chimisme stomacal. Dans la plupart des cas, le traitement diététique seul a raison des troubles dyspeptiques. Le bicarbonate de soude, la poudre de noix vomique sont souvent indiqués. L'acide chlorhydrique peut également rendre quelques services.

D'après M. Davaine, pour diagnostiquer le rhumatisme aigu des poussées aiguës de rhumatisme chronique, diagnostic parfois difficile, il faut : 1° Ne pas perdre de vue que la première de ces affections étant une maladie infectieuse, présentera, réunis ou séparés, les symptômes des infections : fièvre élevée précédée de prodromes, fluxions articulaires à caractères particuliers, endocardite, péricardite, pleurésie et surtout splénomégalie, albuminurie, etc.

2° Le rhumatisme chronique n'étant, d'après son maître M. Lancereaux, qu'un syndrome de l'herpétisme, maladie essentiellement nerveuse, ne présente aucun des signes précédemment énumérés ou du moins avec les mêmes caractères; par contre, on y trouvera comme dans la plupart des névropathies, des troubles trophiques et l'influence manifeste de l'hérédité.

De même que le nom de coli-bacille ne s'applique plus à une espèce microbienne unique, mais à tout un groupe, il semble qu'un grand nombre de microbes ont été rattachés au type du proteus vulgaris. Après MM. Lannelongue et Achard, qui ont montré que l'on pourrait peut-être tirer parti pour la classification des types de la propriété agglutinante du sérum, M. Gaillard a entrepris l'étude clinique des différents échantillons de proteus, et avec les sucres et divers autres milieux a trouvé des différences notables sans pouvoir affirmer qu'elles soient suffisantes pour distinguer entre eux ces microbes; pour lui, des recherches nouvelles dans le même sens permettront de trouver des caractères distinctifs précis, comme cela a été fait pour le pneumobacille.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Kent-Monnet (John). *Un érythème infectieux à Alger.* N° 86.

M. Dickson (Georges). *Contribution à l'étude de la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.* N° 4.

M. Brun (Henri). *Des coagulations intra-vasculaires au cours de la tuberculose, particulièrement au point de vue de leur pathogénie,* N° 65.

M. Fadeuilhe (Henri). *De la suffocation et en particulier de la suffocation dans un espace clos.* N° 55.

M. Pélissié (Jean). *De la mort par la foudre.* N° 59.

Les cas d'érythème infectieux qui ont constitué en 1894, 1895, 1896, à Alger une petite épidémie, appartiennent tous à une même entité morbide et font l'objet de l'étude de M. Kent-Monnet.

Les symptômes généraux, tels que l'hypothermie, l'accélération du pouls, les vomissements et l'amaigrissement rapide ont été tout aussi importants que l'éruption cutanée, caractérisée par des taches vermillonnées éparses, siégeant surtout au niveau des jointures, venant par poussées successives dans les cas graves, et suivies d'une desquamation furfuracée. L'éruption intéressait avant tout la muqueuse intestinale, comme le faisait supposer dans certains cas le rejet de longs rubans blanchâtres, tœniformes parfois. Le diagnostic clinique permet d'écarter les infections typhiques et les fièvres éruptives, et de plus d'admettre une infection secondaire plutôt que primitive. Les analyses bactériologiques ont écarté aussi ces infections et surtout la diphthérie que l'on mettait en cause.

Le pronostic a été toujours grave. La maladie a eu une durée moyenne de 15 jours. La convalescence a toujours été longue; l'alimentation intempestive favorisait la rechute. La maladie ne semble pas contagieuse. On la croit d'origine hydrique. Les recherches bactériologiques dans le sang et dans les fèces des malades ont révélé la présence d'un monocoque associé par 2 ou 3, très agile, qui est sans effet sur les animaux. Une autopsie a permis de constater une congestion de tous les organes, et des taches semblables à celles de l'éruption cutanée sur la muqueuse de l'intestin grêle; les ganglions de Peyer ont été trouvés intacts.

L'hémoglobinurie que l'on constate dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique est, d'après M. Dickson, une hémoglobinurie avec hémoglobinhémie préalable. Cette hémoglobinurie résulte à la fois d'une destruction massive des hématies, s'effectuant dans un espace de temps très court, et d'une insuffisance fonctionnelle des organes, qui, à l'état physiologique, ont pour fonction sa destruction et l'élimination des déchets globulaires (rate, moelle osseuse). Il n'y a pas d'hémoglobinurie d'origine quinique.

a) Les accidents hémoglobinuriques graves, qui surviennent parfois dans les fièvres paludéennes pernicieuses, doivent être mis uniquement sur le compte de l'infection palustre dont la lésion primordiale est celle du sang.

b) L'hémoglobinurie des accès pernicieux paludéens ne se présente que chez des sujets en puissance de paludisme, contracté déjà depuis longtemps dans des foyers d'endémicité d'une haute puissance et non comme accident initial de l'infection palustre.

L'accès hémoglobinurique peut se produire sans que le malade ait pris de quinine.

Il ne semble pas que des doses considérables de quinine, même longtemps administrées, puissent déterminer l'hémoglobinurie. Le meilleur moyen de traiter l'accident est la quinine.

c) Dans quelques rares observations, à la suite des doses modérées de sulfate de quinine, il y a eu coloration hémoglobinurique des urines. Dans ces cas, sous l'influence d'une dilatation vaso-motrice d'origine médicamenteuse, les globules rouges pénètrent dans les voies urinaires par diapédèse ou par hémorrhagie glomérulaire; ces globules tombant au niveau de la cavité de Bowman dans un liquide non conservateur sont dissous; de là une apparence d'hémoglobinurie qui n'est en réalité qu'une hématurie déguisée se produisant au niveau des origines des canaux excréteurs de l'urine.

Dans son étude M. Brun conclut que les coagulations intra-vasculaires se rencontrent assez fréquemment dans le cours de la cachexie tuberculeuse, beaucoup plus rarement au début de l'affection. On n'en connaît que deux cas dans la tuberculose aiguë. Elles sont beaucoup plus fréquentes dans les veines que dans les artères, dans les artères que dans le cœur. Les conditions différentes de la circulation en ces divers points expliquent aisément cette particularité. Les modifications du sang, dans le cours de la cachexie tuberculeuse, incapables, par elles seules, de provoquer la coagulation, ont cependant, dans la pathogénie des thromboses, un rôle adjuvant de la plus haute importance. Dans l'immense majorité des cas, les coagulations ont pour cause des lésions de la paroi vasculaire, dues à la localisation à ce niveau de micro-organismes (bacille de Koch ou autres germes) et doivent être rattachées à l'infection. Dans quelques cas exceptionnels, il n'y a pas d'altérations pariétales. La thrombose est alors déterminée par la présence, dans un sang déjà si modifié par la cachexie, de microbes qui, par eux-mêmes et par leurs ferments solubles, facilitent beaucoup la coagulation, encore aidée par le ralentissement du courant sanguin, dû à la compression ou à la stase. Les coagulations intra-vasculaires, dans le cours de la tuberculose, sont donc toujours dues à l'infection notablement aidée par les causes adjuvantes que nous avons exposées, et agissant soit comme cause locale, dans l'immense majorité des cas, soit exceptionnellement comme cause générale.

La suffocation dans un espace confiné est une asphyxie particulière, qui doit être considérée comme une véritable intoxication.

Pour M. Fadeuilhe, la mort n'est pas seulement due au manque d'oxygène ou à l'accumulation de l'acide carbonique, mais encore à une foule d'autres composés toxiques provenant de la peau, des poumons, du tube digestif et des mille foyers de combustions organiques qui nous entourent.

L'agonie s'accompagne d'un dépôt très abondant d'humidité, provenant de la vapeur d'eau contenue dans l'air expiré. La température de l'être soumis à la suffocation est notablement abaissée. Cet abaissement est en relation directe avec la prolongation de la vie, la température étant d'autant plus basse que la mort a mis plus de temps à se produire. Après la mort, la chaleur se conserve pendant très longtemps. La température de l'air contenu dans l'espace clos augmente progressivement pendant toute la durée de la vie de l'être qui y est enfermé, elle redescend ensuite un moment avant la mort.

Il est difficile d'établir rigoureusement un rapport entre la durée de l'asphyxie et le volume de l'espace. Ce rapport varie avec chaque espèce, et dans une même espèce avec chaque être en particulier. Toutefois l'animal résiste d'autant moins que sa chaleur centrale est plus élevée.

La résistance à la suffocation des fakirs et des hystériques est due au ralentissement énorme des actes vitaux, inhérent à cet état et anéantissant à peu près complètement la production du CO^2 et des autres principes toxiques. — Chez les nouveau-nés cette résistance doit être attribuée au faible degré d'excitation dont a encore besoin le système nerveux, état favorisé en partie par la persistance du trou de Botal et du canal artériel.

Les diverses lésions trouvées dans cette sorte de suffocation sont : 1° *Lésions externes.* — Humidité de la victime et des objets qui l'entourent. — Putréfaction rapide. — Persistance de la chaleur. — Pâleur des téguments. — 2° *Lésions internes.* — Taches de Tardieu assez abondantes. Emphysème presque nul. Hypérémie intense du poumon. — Sang moyennement fluide avec de nombreux caillots dans le cœur.

La foudre frappe mortellement ses victimes dans des conditions très variées.

Dans le plus grand nombre des cas, elle ne laisse pas de traces de son passage.

Pour M. Pélissié, la perte de la vie résulte certainement d'une excitation des centres nerveux produisant l'arrêt de la respiration et la syncope. Dans la mort par la foudre, c'est la cellule nerveuse qui est atteinte, c'est son état moléculaire qui est bouleversé par l'influence de l'électricité. Cette altération n'était pas due à une altération du chimisme du corps cellulaire. La mort par la foudre est le résultat d'une asphyxie interne. Les victimes ont pu être souvent ramenées à la vie quand on les a secourues à temps.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Traitement galvano-caustique de l'hypertrophie de la prostate (Die galvano-caustische Diurese zur Radical-Behandlung der Ischurie bie Hypertrophie der Prostates), par E. Bottini (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 98). — Le travail renferme la description des instruments et la façon de s'en servir pour la section de la prostate par la voie uréthrale, laquelle section est considérée par l'auteur comme supérieure à la castration dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Les observations que l'auteur rapporte viennent à l'appui de sa façon de voir.

Tabès et rein mobile (Tabes dorsalis und Wanderniere), par A. Habel (*Centralb f. inn. Medic.*, 1897, p. 161). — Depuis l'année 1885, il est entré à la clinique du professeur Eichhorst (de Zurich) 68 tabétiques, dont 24 femmes et 44 hommes. Sur ces 68 tabétiques, 6 avaient, en même temps, un rein mobile qui, dans un cas, coexistait avec un foie mobile. Ces 6 cas de rein mobile ont été observés exclusivement chez les femmes tabétiques; 4 fois il s'agissait du rein droit, une fois du rein gauche, une fois enfin il existait un déplacement des 2 reins à la fois.

Cette petite statistique montre, par conséquent, que le rein mobile se rencontre dans 14,5 p. 100 des cas de tabès, ou même dans 25,6 p. 100 des cas, si l'on n'envisage que les tabétiques femmes. Cette proportion est donc trop élevée pour qu'il puisse être question d'une simple coïncidence. Ce qui le montre encore davantage, c'est que, sur 5 393 femmes malades soignées depuis la même époque à la clinique, le rein mobile n'a été noté que chez 53, soit dans 1 p. 100 des cas environ.

On peut donc se demander s'il n'existe pas de rapport déterminé entre le tabès et le rein mobile, c'est-à-dire si le tabès n'intervient pas effectivement dans la production du rein mobile? La chose ne semble pas impossible à l'auteur. Il fait notamment observer que le rein mobile se rencontre souvent dans diverses affections du système nerveux, dans la neurasthénie, par exemple; et, sous ce rapport, le tabès qui, d'une façon directe ou indirecte, intéresse tout le système, ne ferait pas exception. Quand au mode d'action du tabès dans la production du rein mobile, on pourrait incriminer l'amaigrissement considérable que présentent ordinairement ces malades ou bien encore le relâchement ou l'affaiblissement des ligaments suspenseurs des viscères abdominaux.

On pourrait invoquer contre cette hypothèse l'absence du rein mobile chez les tabétiques hommes. Mais il ne faut pas, d'après l'auteur, oublier que le rein mobile est extrêmement rare chez l'homme (8 cas sur 16 518 hommes malades de la clinique de Zurich) et que, au point de vue de la production du rein mobile, le tabès agit seulement comme une cause favorable chez les individus prédisposés.

Cancer de l'estomac avec des métastases insolites (Magenkrebs mit ungewöhnlicher secundärer Ausbreitung), par O. Israel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 4, p. 68). — A l'autopsie d'un homme de 57 ans ayant succombé à un cancer de l'estomac, on trouva intacts les organes qui sont habituellement le siège des métastases, c'est-à-dire le foie, les poumons, la rate et les reins; par contre, des métastases carcinomateuses existaient dans les ganglions médio-rénaux et rétro-péritonéaux, dans les capsules surrénales, dans le pancréas, les testicules, les amygdales et dans la muqueuse du gros intestin.

Dyspepsie d'origine émotionnelle (Die Emotions Dyspepsie), par O. Rosenbach (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 3, 4 et 5). — L'auteur décrit une forme particulière de dyspepsie nerveuse survenant à la suite d'une émotion violente. Les troubles dyspeptiques se manifestent soit immédiatement, soit quelques jours après l'émotion. On trouve alors à côté d'un état nerveux général et des douleurs dans le dos et l'abdomen, un dégoût marqué pour les aliments, surtout pour la viande, une sensation de pesanteur dans l'épigastre ou bien une véritable oppression avec dyspnée et borborygmes. Tantôt il existe de la diarrhée, tantôt de la constipation; des périodes d'inappétence absolue altèrnent avec de véritables fringales. L'ingestion des aliments accroît ordinairement les troubles dyspeptiques. A la longue les troubles nerveux s'accentuent, il y a des vertiges, des palpitations et le malade devient mélancolique et hypochondriaque.

Cette forme se distingue de la dyspepsie des neurasthéniques parce qu'elle survient après une émotion violente unique et que les individus qu'elle atteint, n'ont nullement l'habitus neurasthénique. Le pronostic est également plus favorable dans la dyspepsie émotionnelle que dans la dyspepsie neurasthénique.

Comme traitement, on institue d'abord un régime liquide d'une digestion facile (lait, bouillon, potages, purée). Les sensations douloureuses dans l'abdomen seront efficacement combattues par l'ingestion d'eau, les cataplasmes chauds. On peut encore donner de l'opium entre les repas et, s'il existe de l'atonie stomacale, de l'acide chlorhydrique dont l'action pourra être appuyée par des lavages de l'estomac. La période aiguë une fois passée, on remettra le malade très progressivement au régime ordinaire.

CHIRURGIE

Pathogénie et traitement des hématomes de la vulve chez les accouchées (Zur Entstehung und Behandlung der Haematoma Vulvae der Neuentbundenen), par H. Lohlein (*Centralb. f. Gynäk.*, 1897, n° 10, p. 267). — L'auteur est d'avis de réserver le traitement expectatif aux petits hématomes, ne dépassant les dimensions d'une noix, ne gênant par conséquent pas les accouchées et pouvant se résorber facilement. Mais pour tous les autres cas il est partisan d'une intervention active : prendre la tumeur, enlever les caillots, lier les vaisseaux qui donnent, tamponner la cavité avec de la gaze, etc. L'opération doit naturellement être faite aussi antiseptiquement ou aussi aseptiquement que possible, et ceci aussitôt la tumeur formée, c'est-à-dire sans attendre la gangrène ou la suppuration.

Sur les cinq cas d'hématomes de la vulve que l'auteur a observé il y avait une fois néphrite chronique, une autre fois déchirure du tissu péri-uréthral. Il considère ces deux complications (néphrite ayant provoqué un œdème des grandes lèvres) comme pouvant être mises en rapport étiologique avec l'hématome.

Splenopexie (Zur Technik der Splenopexis und Aetiologie der Wandermilz), par Greiffenhagen (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 5, p. 124. — Il s'agit d'une femme de 34 ans ayant subi la néphropexie double pour déplacement des deux reins et chez laquelle, dix mois environ après la fixation du rein gauche, apparut dans l'hypochondre gauche une tumeur qui fut prise pour le rein gauche du nouveau déplacé. L'incision lombaire faite pour aller à la recherche du rein, ayant ouvert le péritoine on a pu constater que la tumeur en question était formée non par le rein, mais par la rate et que le rein se trouvait plus bas presque à la hauteur de la crête iliaque. On se contenta donc de fixer la rate par trois points de suture prenant les muscles, le péritoine et le parenchyme liénal. Guérison.

L'auteur croit que le déplacement de la rate tenait à ce que le rein étant fixé trop bas, la rate n'avait plus d'appui et a glissé. Il en conclut que dans les néphropexie pour rein mobile gauche le viscère doit être fixé exactement à la place qu'il occupe ordinairement.

Epanchement de sang dans la substance blanche du cerveau, suivi d'épilepsie jacksonienne (Ein Fall traumatischen Blutextravasates in die weisse Gehirnsubstanz, u.s.w.), par M. Borsuck et A. Wizel (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 207). — Il s'agit d'un homme de 21 ans qui entre à l'hôpital pour un traumatisme de la tête ayant amené la fracture de la partie antérieure du pariétal gauche et de la partie supérieure du temporal du même côté. En fait de symptômes, on trouvait de l'aphasie et une parésie du facial et de l'hypoglosse droit. Malgré la résection des esquilles osseuses et l'ablation d'un caillot extra-dure-mérien, ces symptômes persistent et se compliquent, au bout de trois jours, d'une parésie du membre supérieur droit et d'accès d'épilepsie jacksonienne qui débutent par la face et envahissent ensuite les deux membres du côté droit. On ouvre alors, au 6e jour après l'accident, le foyer de trépanation, on incise la dure-mère et une ponction exploratrice ayant montré la présence d'un épanchement sanguin profond, au niveau du centre du facial, on incise le cerveau et avec la curette on enlève les caillots qui se trouvaient dans le foyer. Disparition progressive de tous les symptômes de guérison.

D'après les auteurs cette observation montre que l'épilepsie jacksonienne peut être due à une lésion de la substance blanche. Elle indique également la nécessité et l'utilité de l'évacuation des foyers sanguins.

Hernies vésicales (Beitrag zur Lehre von den Blasenbruchen), par E. Ssalistchew (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 135). — L'auteur rapporte trois observations de cystocèles constatées au cours des cures radicales des hernies. Ces trois cas de cystocèles ont été trouvées sur un ensemble de 50 cures radicales de hernies. La complication en question n'est donc pas rare comme le montrent les 47 autres cas qui se trouvent dans la littérature.

D'après l'auteur, le diagnostic de cystocèle compliquant une hernie ordinaire est ordinairement impossible avant l'opération. Parmi les signes qui permettent de reconnaître la cystocèle pendant l'opération de la hernie, le plus important est l'existence d'une lipocèle prévésicale qu'on trouve en dedans et en arrière du sac herniaire. Si l'on tombe sur la vessie même, on peut la reconnaître d'après le feutrage que forment les fibres musculaires lisses. Enfin dans les cas où l'on n'arrive pas à se rendre compte de la nature de l'organe qu'on a devant soi, il ne faut pas hésiter, d'après l'auteur, à inciser, la paroi abdominale en haut et en dehors afin de procéder à un examen détaillé.

Dans ses trois cas personnels l'auteur a fait deux fois le diagnostic de cystocèle pendant l'opération.

NEUROPATHOLOGIE

Sur la myoclonie par Lugaro (*Revista de patologia nervosa e mentale*, vol. I, fasc. 10, octobre 1896). — L'auteur fait sur la myoclonie, une bonne étude clinique à propos de l'observation d'une femme âgée de 30 ans; celle-ci, depuis 15 ans, présente des accès d'épilepsie et des mouvements cloniques, intéressant surtout les muscles des membres, et un peu moins ceux du cou et du tronc. Les secousses cloniques affectent simultanément et symétriquement les groupes musculaires qui, normalement, agissent d'une manière synergique. Il en résulte des mouvements bien définis.

Lugaro compare ce tableau symptomatique à celui du paramyoclonus de Friedreich, de la chorée électrique Henoch-Bergeron, de la myclonie de Unverricht, etc., et montre que ces divers tableaux cliniques ne diffèrent pas sensiblement entre eux. Si, par exemple, la myoclonie s'accompagne de contractions fasciculaires comme dans le tremblement des neurasthéniques, dans la chorée fibrillaire, dans le paramyoclonus de Friedreich, elle

doit être considérée comme expression d'un état neuroclonique des proto-neurones moteurs. Si, par contre, cette myoclonie intéresse des groupes des muscles travaillant synergiquement, comme dans la chorée électrique, dans les tics vulgaires, l'état neuro-clonique affecte les neuro-moteurs de 2e ordre.

Enfin, si les mouvements cloniques ont le caractère de véritables actions psychiques comme dans la maladie des tics, ils sont déterminés par un état neuroclonique des éléments plus élevés : les neurones psycho-moteurs. L'auteur ajoute que l'état neuroclonique n'appartient pas en propre au neurone moteur. Les neurones sensitifs et d'association peuvent être affectés à leur tour.

Les actes impulsifs, idées fixes et hallucinations, sont la manifestation symptomatique de l'état neuro-clonique des neurones d'association. Ainsi, la comparaison faite par Buccola entre un spasme et une idée fixe doit être considérée comme illusoire, car ces phénomènes ne sont que les expresions différentes du même processus pathologique qui atteint les neurones ayant une hiérarchie fontionnelle diverse.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ichthyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites,

D'après M. le Dr G. S. Jacovidès.

Schlen le premier a eu l'idée d'appliquer l'ichthyol au traitement de l'eczéma des paupières et de la conjonctive. Il s'est servi pour cela d'une pommade qu'il a formulé comme suit :

Ichthyol		0 gr. 50
Amidon pulvérisé	} àâ	10 gr.
Oxyde de zinc		
Vaseline		25 gr.

Il dit avoir obtenu de très bons résultats et plus tard il augmentait même la quantité d'ichthyol contenu dans sa pommade et formulait :

Ichthyol		1 gr. 50 à 2 gr.
Amidon pulvérisé	} àâ	12 gr.
Oxyde de zinc		
Vaseline		25 gr.

A leur tour, Luciani, Eberson, ont préconisé l'ichthyol dans le traitement des conjonctivites. Encouragé par ces exemples, M. Jacovidès a expérimenté ce médicament dans la conjonctivite catarrhale, la conjonctivite phlycténulaire pustuleuse, la conjonctivite granuleuse folliculaire, la conjonctivite purulente, les blépharites et les blépharo-conjonctivites. L'ichthyol était employé en émulsion et en pommade. Voici les formules de l'auteur :

1° Emulsion forte :

Ichthyol	50 gr.
Eau distillée	50 gr.

2° Emulsion faible :

Ichthyol	30 gr.
Eau distillée	70 gr.

3° Pommade forte :

Ichthyol	5 gr.
Vaseline pure	100 gr.

4° Pommade faible :

Ichthyol	2 gr. 50
Vaseline pure	100 gr.

Les badigeonnages de la conjonctive avec l'émulsion s'accompagnent d'une vive injection de l'œil et d'un sentiment de brûlure assez intense : mais au bout d'un quart d'heure l'action vasoconstrictive du médicament s'affirme et la douleur disparaît. Les pommades à l'ichthyol, sont au contraire bien supportées.

Les résultats de ces essais ont été des plus favorables. L'ichthyol a paru présenter des avantages certains sur les autres caustiques, nitrate d'argent, oxyde jaune, etc., tant par la décongestion rapide qu'il amène que par son action analgésique. Les sécrétions sont vite taries, sauf cependant dans la conjonctivite des nouveau-nés où le sel d'argent garde ses indications. Dans les cas de pannus cornéens, l'ichthyol peut rendre de réels services en éclaircissant la cornée.

Comme l'a justement fait remarquer Luciani, l'ichthyol est appelé à prendre en oculistique, une place aussi importante que celle qu'il occupe déjà en dermatologie et en gynécologie (1).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Mercure (*suite*).

III. — Du choix de la préparation a injecter.

Parmi les innombrables préparations dont s'est enrichi en un quart de siècle le formulaire hypodermique du mercure, il est délicat pour le praticien de faire son choix. S'il ouvre son journal il y lit dans un numéro l'éloge de telle formule qui, dans un autre, quelques semaines plus tard est condamnée comme inutile ou dangereuse. S'il feuillète les bulletins des sociétés savantes, c'est bien autre chose : là, comme l'a fait remarquer M. Brocq, il y trouve exposées avec force arguments les opinions les plus contradictoires et n'a pour se tirer d'affaire que l'estimation *ad valorem* de la signature, la séduction de la forme ou le réveil de quelque ancienne conviction, acquise au temps de l'hôpital. Qu'arrive-t-il alors ? Un premier échec le rend circonspect et cette prudence le mène, après un second, à l'abstention. Car le public a plus de tendance à rendre responsable des accidents ou des mécomptes d'un traitement, le médecin qui traduit son activité par une médication qu'il fait lui-même avec un instrument, que de celle qu'il prescrit par une ordonnance conçue dans les formes habituelles. Aussi ne doit-on pas s'étonner du peu d'enthousiasme que montre le praticien pour les injections mercurielles. Il a cependant les moyens de résoudre la difficulté en réfléchissant aux conditions que doit réunir la préparation hypodermique qu'il se propose d'employer. Nous allons les examiner avec lui en essayant de nous placer strictement à son point de vue.

Si nous voulions résumer nos desiderata en une phrase, nous dirions : l'injection la meilleure est celle qui présente le maximum d'activité avec le maximum d'innocuité. Voyons dans la liste considérable des combinaisons proposées quelles sont celles qui rassemblent ces essentielles qualités.

Les injections mercurielles se divisent en deux grandes classes.

a) Injections insolubles (comprenant le mercure métallique et les sels insolubles dans les véhicules hypodermiques en usage).

b) Injections de sels solubles.

Examinons successivement ces deux groupes.

A. — *Injections insolubles.*

Le but que se proposent les auteurs qui ont préconisé les injections insolubles est d'obtenir une absorption lente, successive du médicament, ce qui assurerait à la fois une action plus sûre et la réduction au minimum du nombre des injections. Les choses se passent-elles en effet ainsi dans la majorité des cas ?

Sans revenir sur les accidents de toutes sortes qui peuvent résulter des injections insolubles ; sans insister sur la catégorie de ceux que l'on peut considérer comme inévitables en ce sens qu'ils ne sont pas susceptibles d'être prévenus, étudions les conditions dans lesquelles se fait cette absorption « lente » du sel injecté et pour cela prenons le cas le plus favorable.

Nous avons vu le résultat immédiat de la piqûre : formation d'un foyer mercuriel central entouré d'une zone périphérique de leucocythes. Pour être assimilé le mercure doit d'abord se transformer en bichlorure (Mialhe) c'est-à-dire en *un sel soluble*. Ce rôle est rempli précisément par les globules blancs, qui par un phénomène connu de phagocytose attaquent chimiquement le métal avant de le laisser pénétrer dans la circulation

1. G.-S. Jacovidès, L'ichthyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites (thèse de Paris, 1896, n° 122).

générale. Il est bien entendu que cette migration leucocythaire, quelquefois considérable, ne s'accomplit pas sans quelques troubles de l'organisme qui en est le siège.

Quelle est la rapidité de cette transformation chimique préliminaire? Elle est au début très grande, puisque Linden a pu signaler déjà la présence du mercure dans les urines moins de 2 heures après l'injection, fait confirmé par les recherches de Nicolech. Cette élimination augmente sensiblement dans les douze premières heures, se maintient à un même taux le premier et le second jour, diminue le troisième et le quatrième pour cesser vers la fin du premier septénaire. Répète-t-on l'injection au bout de ce temps, la quantité de mercure éliminée demeure en progression jusqu'au quatrième jour pour redescendre au cinquième, au huitième jour et disparaître au plus tard le dixième. En même temps cette élimination se poursuit très active du côté des autres voies d'excrétion et se fait notamment par la salive, où le mercure peut être décelé cinq heures après la piqûre (Nicolech) et par la muqueuse intestinale. Aussi, lorsque la stomatite apparaît, c'est généralement du sixième au huitième jour après l'injection, de même que l'albuminurie et la diarrhée, qui peuvent être finalement la conséquence de ce mode de mercurialisation.

D'autres auteurs au contraire, Jullien, Lebresch, Nicolech, Petersen soutiennent la longue persistance du mercure dans les sécrétions, salive, urine, etc. Certains l'évaluent même à plusieurs mois. Il s'agit là probablement d'une erreur d'interprétation; si dans quelques cas que nous examinerons tout à l'heure il peut se faire, sous certaines conditions, une décharge mercurielle inattendue, cette circonstance, origine de la confusion, est loin d'être à l'actif de la méthode. Au surplus cette élimination lente et continue, rendue souvent contestable par l'absence de toute réaction hydrargyrique dans les excreta dix jours après l'injection, est démentie par la clinique. M. le professeur Fournier dit avoir observé que la plus active des préparations insolubles, le calomel, n'a qu'une action « actuelle » et non une action « persistante ». Ce que nous avons vu dans le chapitre précédent à propos des récidives et de la valeur abortive du traitement hypodermique, donne à cette assertion l'appui de faits indiscutables.

Donc, chez les sujets dont la phagocytose se fait régulièrement, l'absorption « lente », n'est qu'une absorption « retardée ». et cela au prix d'un effort permanent de l'économie, se traduisant même dans un quart des cas par une poussée pyrétique (statistiques de Fournier, Petersen, Portalier) pouvant durer de trois à huit jours. Notons qu'il s'agit ici des cas les plus favorables, de ceux dans lesquels tout se passe suivant la marche désirée.

Mais ce n'est pas ainsi que se comporte le mercure dans les tissus de sujets dont la mobilisation phagocytaire est compromise par l'affaiblissement des forces, la lutte déjà engagée contre la maladie, souvent par une cachexie prématurée, résultat ou signe de l'infériorité de nos cellules vis-à-vis de l'élément morbide. Aussi le rôle rempli par les phagocytes ne consistera pas en cette transformation chimique graduelle désirée : il aboutira par excès d'appel à l'abcès, ou, par défaut, au kyste. Dans les deux cas, le but ne sera pas atteint. L'abcès, c'est l'évacuation du produit de l'injection avec, en plus, le dommage causé à l'individu; le kyste, c'est la barrière opposée à l'absorption du mercure par l'économie (1). Nous savons bien que cette barrière est susceptible de céder (2), mais c'est là une éventualité plutôt à redouter qu'à désirer, puisqu'elle peut devenir le point de départ de ces accidents formidables qui sont la stomatite *tardive*, la gastro-entérite *tardive*, que nous avons vu avoir été observées uniquement après les injections insolubles.

En pénétrant ainsi le mécanisme intime de l'absorption, on se rend immédiatement compte à la fois des échecs de la méthode et des conditions dans lesquelles elle peut montrer une réelle

1. Quelquefois sans cause apparente, quelquefois sous l'influence directe d'un traumatisme (Vogeley, Augagneur).

2. Ceci n'est pas une vue théorique : Froloff a vu un foyer ouvert au bout de 3 ans 1/2 qui donnait nettement la réaction caractéristique du mercure, sans que l'on en puisse trouver trace dans la salive ou l'urine. Jullien de son côté cite le cas d'un de ces kystes calomélíques où Vigier put découvrir 18 mois après l'injection la présence du sel hydrargyrique.

efficacité. De toutes les préparations insolubles, le calomel est, de l'aveu unanime de tous les syphiligraphes, de beaucoup la plus active. En effet la transformation du protochlorure mercureux en bichlorure soluble est relativement aisée et, n'était l'action destructive qu'il exerce sur les tissus, les phénomènes douloureux qui en sont la conséquence nous ne serions pas éloignés de nous joindre à ceux qui en préconisent l'emploi, sous la réserve d'accidents dont le nombre peut être infiniment réduit par une bonne technique, mais qui sont toujours possibles. A notre avis, il ne peut y avoir d'hésitation sur ce point : le praticien qui ne redoute pas la préparation insoluble doit s'adresser au calomel.

En effet pour ne parler que de deux autres injections insolubles, l'huile grise et le salicylate de mercure, qui semblent être récemment revenues en faveur sous l'influence des travaux de Le Pileur et Thibierge d'une part, d'Hallopeau, Tarnowsky, Blaschko d'autre part, elles ne présentent pas les garanties d'efficacité du calomel, et n'ont sur lui l'avantage de prévenir aucune des complications imputables aux préparations insolubles. En effet, du mémoire de Le Pileur, il résulte avec la dernière évidence, comme le lui a fait judicieusement remarquer Verchère, que l'huile grise provoque, comme le calomel, des abcès, des empâtements, des menaces d'embolies; de la communication de Thibierge on peut seulement conclure que l'huile grise est beaucoup moins douloureuse mais aussi moins active que le protochlorure de mercure. Quant au salicylate, il semble réunir tous les inconvénients des préparations insolubles. La nodosité est la règle, l'albuminurie est fréquente, la stomatite, la gastro-entérite sont loin d'être rares. Ces agents thérapeutiques ne devront donc être employés que dans le cas d'intolérance absolue (douleur) pour le calomel.

Cette conclusion est la seule que permette de tirer l'étude impartiale des faits. Et ici nous sommes d'autant plus désintéressés dans la question que la tendance générale de notre travail est opposée à la doctrine de Scarenzio. Nous pensons avec la minorité des syphiligraphes que *seules* les injections de sels solubles peuvent être employées en pratique courante comme réunissant *seules* les conditions d'innocuité et d'efficacité que doit résumer le traitement hypodermique de la syphilis. Bien que cette assertion soit comme le corollaire naturel des chapitres précédents nous croyons devoir revenir sur certains points et réfuter quelques objections afin d'élucider le plus possible toutes les parties d'une matière aussi controversée.

B. — *Injections de sels solubles.*

Aucune objection théorique, aucune opposition de principe, dit Thibierge, ne peut être élevée, n'a jamais été et ne pouvait guère être élevée contre les injections solubles (1). L'aveu est bon à retenir de la part d'un partisan déterminé de l'huile grise. Pourquoi donc ont-elles été abandonnées? Comment — pour employer les expressions de cet auteur — la dernière discussion de la Société de dermatologie, a-t-elle consacré leur décadence? Est-ce parce qu'elles ont à leur passif quelques accidents graves, des cas de morts? Elles n'en ont aucun. Est-ce parce qu'elles sont plus douloureuses? Elles le sont infiniment moins. Est-ce parce qu'elles sont moins actives? Elles le sont autant. Non : c'est simplement « parce qu'elles doivent être répétées à court intervalle... » ; « qu'elles nécessitent des visites répétées chez le médecin... » ; « qu'elles peuvent dans certains cas être révélatrices » ! (2)

Sans insister sur ce dernier point, nous nous contenterons de faire remarquer que l'impotence fonctionnelle du membre inférieur à la suite d'une injection de calomel est autrement révélatrice qu'une série de visites faites au praticien. Et qu'on ne dise pas que c'est une complication exceptionnelle, puisque M. Fournier a pu inscrire parmi les contre-indications du traitement hypodermique, la « nécessité de se servir de ses jambes ». Au surplus les piqûres ne sont ni plus assujettissantes, ni plus significatives que les pilules ou les frictions, contre lesquelles on n'a jamais soulevé pareille objection.

Quant à la répétition des injections à courts intervalles, elle ne peut être plus sérieusement invoquée. Si l'on s'en rapporte aux moyennes que nous avons déjà signalées et qui portent sur un

1. *Loc. cit.*
2. *Loc. cit.*

nombre considérable de cas, et qu'on les compare, on arrive à des résultats sensiblement égaux.

	Calomel	Sublimé
Moyenne des injections. .	5	30
Intervalle des injections.	8 à 10 jours	Tous les 2 jours
Durée totale du traitement	40 à 50 jours	60 jours

Au surplus que pèse le nombre des injections devant la sécurité que donnent les préparations solubles, l'absence de toute complication redoutable, la possibilité de suspendre à tout moment un traitement dangereux ? C'est d'un côté la thérapeutique prudente ne laissant rien au hasard, agissant par petites doses, répétées autant qu'il est nécessaire ; d'un autre la thérapeutique par à-coups, escomptant des réactions phagocytaires favorables, fournissant une arme à double tranchant à un organisme en état de moindre résistance. Pratiquement l'objection ne subsiste pas davantage : les malades de Lewin, d'Abadie, de Lavarenne, de De Beurmann, pour ne citer que ceux-là, subissent plus volontiers un traitement prolongé que ceux auxquels on injecte du calomel qui, suivant l'expression de Besnier est un merveilleux moyen de faire le vide dans les salles d'hôpital.

Si maintenant nous étudions les conditions d'absorption, nous voyons que le seul obstacle qui s'oppose à une assimilation directe par nos tissus est la coagulation des albuminoïdes par le sel soluble de mercure injecté. Or, sans compter qu'il est des sels, tels que le cyanure, qui précisément ne coagulent pas les albuminoïdes, il faut remarquer que le retard apporté de ce fait à l'absorption est négligeable. De plus on peut considérablement l'atténuer en étendant les solutions. Si, par exemple, une solution de sublimé à 1/500 ou à 1/1000 peut provoquer des coagulations capables de constituer une barrière assez solide pour s'opposer momentanément à la diffusion du mercure, une solution au 1/10000 par exemple, dont on injectera une quantité décuple, sera tant par son faible titre que par la multiplication des points de contact, d'une assimilation infiniment plus rapide, en même temps qu'elle sera mieux tolérée par les tissus. Nous reviendrons sur ce point dans la technique.

Le sel soluble, qu'il soit l'aboutissant d'une transformation d'un sel insoluble où qu'il soit introduit directement, se transforme en mercure assimilable, en passant par des états intermédiaires de peptonates ou albuminates. Le chlore, le cyanogène, etc. disparaissent pour diverses raisons et le mercure, soit par les vapeurs qu'il émet (Merget), soit de toute autre façon, agit sur l'élément morbide et le modifie. On conçoit donc l'intérêt de fournir à l'organisme une combinaison rapidement diffusible causant le minimum de dommages aux cellules vivantes. Nous savons que ces *desiderata* sont réalisés seulement par les substances solubles. La conclusion pratique est facile à retirer.

Mais à quel composé doit-on de préférence s'adresser ?

Il semble que le mercure passant, avant d'être absorbé, par les états intermédiaires de peptonate et d'albuminate, devrait précisément être injecté sous cette forme. Malheureusement, en pratique, les peptonates et les albuminates sont des préparations peu stables, difficilement stérilisables, et qui exigent d'être réalisées presque au moment même de la piqûre. C'est pour cette raison que, malgré de nombreuses tentatives dont la plus heureuse a été le peptonate mercurique ammonique, ces composés n'ont pas pris droit de cité en thérapeutique hypodermique.

Parmi les sels solubles ou se comportant comme tels, les plus importants au point de vue pratique sont le biiodure, le bichlorure, le cyanure. Ils ont les uns et les autres leurs partisans, sont doués d'une activité équivalente. Le biiodure et le bichlorure coagulent les matières albuminoïdes, sur lesquelles le cyanure demeure sans action : pour cette raison le cyanure pourrait-il être préféré. En tous cas on atténue considérablement les phénomènes douloureux en utilisant des solutions très étendues, la dose de principe actif restant toujours la même.

Enfin, en raison de leur solubilité, ces sels, en particulier le sublimé et le cyanure, se prêtent à l'injection endo-veineuse (Bacelli) et sous-conjonctivale (Darier, Abadie) et ce n'est pas là un de leurs moindres titres à la faveur du praticien.

(*A suivre.*) G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des Médecins de France.

L'Association générale des médecins de France a tenu dimanche et lundi dernier sa 37e assemblée. Le nombre des délégués a été plus considérable que les années précédentes en raison d'une modification apportée aux statuts.

La séance du dimanche 25 avril a été ouverte par une allocution très applaudie de M. le président Lannelongue qui, réélu par 3755 voix sur 3778 suffrages exprimés, a rappelé, en les comparant, les amertumes de la vie politique et les satisfactions que donnent au médecin l'estime et la gratitude de ses confrères.

Puis M. Blache, trésorier, a donné lecture d'un rapport sur la situation financière de l'Association dont nous résumons ci-dessous les chiffres essentiels.

Enfin M. Lereboullet, secrétaire général a exposé la situation morale et administrative de l'Association dans un rapport dont nous reproduisons ci-dessous les parties principales.

Messieurs et chers Collègues,

L'année qui s'est écoulée depuis notre dernière Assemblée n'a pas été bonne pour le corps médical.

Des romans et des pièces de théâtre, dictés à des écrivains de talent par des médecins aigris, envieux, injustes ont eu pour objet d'exciter les passions aveugles des foules ignorantes et de ternir la juste renommée de maîtres dont nous vénérons la mémoire.

Des journaux de médecine inspirés, commandités, écrits par par des médecins, semblent n'avoir été fondés qu'en vue de déconsidérer, par des insinuations calomnieuses, tous ceux qui ont gagné au concours des titres scientifiques et une situation professionnelle que justifient et que rehaussent leur talent et leur honnêteté.

Un lamentable procès est venu étaler au grand jour d'une audience publique des mœurs et des actes qui, s'ils ne paraissent pas toujours justiciables de la loi pénale, méritent tout au moins la réprobation de tous les médecins respectueux des lois déontologiques.

Et, à l'occasion de ce procès, des projets de loi présentés au parlement, des projets de réforme discutés par la presse font supposer que le corps médical est tout entier responsable des fautes ou des crimes que l'on impute à quelques-uns de ses membres et qu'une législation exceptionnelle, qu'une nouvelle loi des suspects s'impose en vue d'en prévenir le retour.

L'Association générale des médecins de France a été fondée dans le but de « maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ». Elle ne saurait dès lors se désintéresser de ces discussions qui, plus tristement qu'à aucune autre époque de notre histoire médicale, démontrent combien il est difficile de faire comprendre à quelques-uns d'entre nous ce qu'il faut entendre par honnêteté médicale et par solidarité professionnelle.

J'ai donc pensé que vous me permettriez d'examiner en toute franchise ce qu'il convient de dire et ce que l'on peut faire en vue d'arrêter un mouvement d'opinion qui, si nous ne luttions énergiquement pour l'enrayer, risquerait de faire sombrer, avec la bonne renommée du corps médical, l'avenir des institutions destinées à le moraliser et à le défendre.

Je me sens d'autant plus encouragé à vous dire très simplement, mais très franchement, notre avis sur ces questions si délicates à traiter publiquement, que, depuis sa fondation,

l'Association générale a toujours tenu à placer à sa tête, à faire siéger dans ses conseils, les médecins éminents qu'une certaine presse cherche aujourd'hui à faire considérer comme ennemis de toute initiative, de toute liberté, de toute solidarité avec ceux qui n'ont pour réussir que leur activité laborieuse et leur dévouement professionnel.

Est-il nécessaire d'insister pour démontrer que, bien au contraire, les anciens présidents de l'Association des médecins de France ont tous compris le rôle bienfaisant et confraternel que leur imposait la prééminence de leur situation officielle? N'est-ce point à leur charité, à leur générosité aussi bien qu'à la sollicitude avec laquelle ils se sont toujours efforcés de défendre les intérêts de leurs confrères que nous devons notre prospérité croissante? Et l'unanimité avec laquelle vous venez de confirmer les pouvoirs de notre cher président, M. Lannelongue, ne démontre-t-elle pas de la manière la plus éclatante que si, dans certains milieux médicaux, on cherche à semer la division et à exciter des rivalités professionnelles, l'immense majorité du corps médical français sait comprendre ce que nous devons de gratitude aux maîtres qui honorent notre profession par la célébrité que leur ont value leurs travaux scientifiques et qui n'ont jamais ménagé ni leur temps, ni leur influence pour défendre ceux que des infortunes imméritées ont rendus incapables de continuer l'exercice de la médecine ou pour soutenir les familles des médecins qui ont succombé dans la lutte pour l'existence?

Vous représentez, en effet, pour la plupart, mes chers collègues, des villes et des régions où les mœurs ont gardé ce que les traditions professionnelles leur avaient imposé de réserve vis-à-vis du public, de dignité dans la tenue, d'abnégation et de dévouement dans l'exercice de fonctions aussi pénibles que méritoires.

Mais vous n'ignorez pas ce qui a déchaîné contre les médecins tant de convoitises et tant d'envie. Vous savez que les mœurs nouvelles qu'il nous faut signaler afin d'arriver plus facilement à les réformer tendent malheureusement à se développer dans toutes les grandes villes. Je ne puis mieux faire, à ce sujet, que de citer textuellement ce qu'écrivait le 18 avril 1885, un des maîtres les plus respectés de la chirurgie française, le professeur L. Le Fort.

« Des habitudes commerciales, acceptables et logiques dans des professions où le but légitime et avoué est de gagner de l'argent se sont, disait-il, introduites en médecine. Le chirurgien paie d'un malhonnête courtage, que ni l'un ni l'autre n'oserait avouer au malade qui le leur fournit à son insu, le médecin qui lui procure une consultation. Il donne au médecin qui lui procure une opération, voire même une consultation. Il donne au médecin qui l'appelle un quart, un tiers, la moitié même des honoraires qu'il est censé ne réclamer que pour lui-même et l'on a inventé à ce sujet le mot de *partage dichotomique*.

« Le médecin est ainsi amené à rechercher non plus celui qui peut lui donner la meilleur conseil, proposer et pratiquer le meilleur traitement, mais à rechercher avant tout celui qui lui fera la plus forte *remise*, et, comme une opération se paie bien autrement qu'un traitement non opératoire, quelque complet et heureux qu'en soit le résultat, médecins et chirurgiens ont un intérêt pécuniaire commun à proposer comme indispensable et à faire accepter une opération qui pourrait ne pas être faite. De ces tristes pratiques résulte nécessairement une élévation parfois incroyable du chiffre des honoraires, de telle sorte que si, avec la maladie, le chagrin et quelquefois le malheur entrent dans les familles, trop souvent la nécessité de recourir à certains chirurgiens qu'on leur représente comme seuls capables de pratiquer l'opération équivaut pour elles à un grave revers de fortune.

« J'ai signalé le mal parce qu'il est tellement indéniable qu'il autorise des industriels à nous proposer cyniquement, par des circulaires dont j'ai conservé le dossier, des remises pécuniaires sur les appareils, médicaments etc., prescrits par nous à nos malades. Je l'ai signalé parce que je me refuse à regarder la médecine et la chirurgie comme une profession que l'on doit embrasser dans le seul but de s'enrichir; parce que ce mal tend à l'abaissement d'une carrière que je veux continuer à voir honorable et honorée. Je l'ai signalé parce que, limité d'abord à quelques-uns, il tend constamment à s'accroître et parce que l'on montre pour ceux qui en tirent profit une indulgence dont je ne veux pas être complice. »

Depuis 1889 ce mal qu'avait stigmatisé L. Le Fort s'est accru dans des proportions qui sont de nature à inquiéter sérieusement ceux qui restent convaincus qu'il déshonore la chirurgie française. Des associations de médecins et de chirurgiens se sont créées un peu partout. Sous prétexte de repousser une tutelle qui n'a jamais existé que dans l'imagination de ceux qui paraissent désirer se soustraire à tout contrôle, des médecins, des chirurgiens, des spécialistes de tout ordre se sont groupés, s'engageant les uns vis-à-vis des autres à s'adresser réciproquement en consultation tous les malades qu'ils pourraient recruter, se refusant à faire appeler ceux qui, par leurs travaux scientifiques ou leurs titres officiels, ont su prendre une place prééminante dans le corps médical, dénigrant systématiquement tous les médecins qui n'appartiennent pas à leur petite chapelle et n'aspirant qu'à tenir une comptabilité régulière de ces consultations réciproques et des opérations qu'ils réussissent à faire pratiquer, souvent hélas! dans des conditions désastreuses.

Des cliniques ont été créées non plus comme autrefois pour enseigner à des étudiants bénévoles les spécialités dont la Faculté s'est trop longtemps désintéressée, et pour y recevoir gratuitement certains malades atteints d'affections dont le traitement à domicile paraît impossible, mais bien pour permettre à des docteurs en médecine de s'improviser chirurgiens et, sans stage préalable, sans ces longues et difficiles préparations qui s'imposent à tous ceux qui ambitionnent les titres dont l'on prétend aujourd'hui rabaisser la valeur, de tenter les opérations les plus sérieuses ou tout au moins celles qui semblent les plus lucratives.

Alors que le médecin vraiment honnête ne doit jamais songer qu'à sauvegarder les intérêts des malades qui se sont confiés à sa prudence, à son savoir et à son expérience, on a vu des médecins conseiller des consultations, des examens, des interventions chirurgicales au moins inutiles, et des chirurgiens répondre à leur appel et pratiquer aveuglément, sans chercher à contrôler, voire même à poser un diagnostic, les opérations les plus dangereuses.

Ces pratiques, j'ai hâte de le reconnaître, sont exceptionnelles. Il suffit qu'elles aient été signalées et reconnues comme légitimes pour qu'il importe de les blâmer publiquement.

Mais convient-il, comme on le propose, après avoir reconnu le mal, de légiférer pour trouver à ces fautes professionnelles un remède efficace?

Je ne le pense pas et j'ai trop souvent ici même protesté contre ces mesures exceptionnellement graves pour qu'il me semble nécessaire de reproduire des arguments que vous connaissez tous. Je me contenterai de poser une simple question à ceux qui demeurent partisans de la création d'un ordre des médecins. Si une organisation semblable avait pu être votée par le parlement, quel eût été son rôle dans les tristes débats qui ont eu lieu récemment? Une chambre disciplinaire composée de médecins soucieux de défendre les lois professionnelles aurait-elle pu approuver la conduite des médecins que la Cour d'assises a condamnés? Et si elle l'avait blâmée, de quel poids eût pesé sur la conscience du jury un blâme officiel qui, sans toucher même au fond du débat, eût paru de nature à aggraver la responsabilité des inculpés?

Je ne crois donc pas qu'il convienne de modifier aujourd'hui les conditions d'exercice de la médecine. Mais je reste convaincu qu'il importe d'appeler tout spécialement l'attention des Sociétés locales et des Syndicats médicaux sur la nécessité d'adopter un Code déontologique rigoureux auquel devront obéir tous ceux qui désirent appartenir à ces groupements professionnels.

Bien des codes de ce genre ont été déjà publiés. Ils se copient, en général, les uns les autres. Ils n'ont en vue pour la plupart que les droits des médecins et leurs devoirs confraternels. Ils négligent trop, à mon humble avis, les devoirs qui s'imposent au médecin vraiment digne de ce nom, ceux qu'il devra toujours remplir vis-à-vis de ses clients. Je tiens à signaler cependant les *Conseils professionnels et principes de déontologie médicale* rédigés par l'Association des médecins de la Gironde et précédés d'une préface dans laquelle notre vice-président M. le Dr Hameau signale le livre toujours vrai, toujours digne d'être consulté et médité dû à mon maître Dechambre. A côté

de ce résumé des lois déontologiques, qui pourrait être adopté sans grandes modifications, je dois mentionner aussi les *Principes de Déontologie* dus à notre excellent confrère le professeur Grasset. Ils se terminent par cette conclusion que les médecins doivent donner à leurs clients et au public l'exemple de la considération et de l'indulgence réciproque. Mais il ajoute qu'il faut pour arriver à ce grand résultat mettre la plus scrupuleuse honnêteté ou plus simplement une inaltérable sincérité et une indiscutable franchise dans tous ses actes professionnels.

Reconnaissons donc loyalement que des fautes ont pu être commises par ceux qui, parlant en public et jouissant d'une autorité indiscutée, ont parfois trop sévèrement jugé la pratique de leurs modestes confrères; que les professeurs de nos écoles et les maîtres de notre profession ont parfois manqué de libéralisme ou de prescience en entravant les progrès de spécialistes novateurs et précurseurs.

Mais reconnaissons aussi que ces erreurs ne sont pas comparables aux manquements infiniment plus graves de ceux qui attaquent publiquement la valeur morale et la vie privée de leurs maîtres et qui oublient toutes les règles déontologiques qu'imposent la tradition et les coutumes professionnelles.

Pour éviter que, dans l'avenir, une législation rigoureuse ne vienne aggraver la responsabilité pénale et pécuniaire des chirurgiens et porter la plus désastreuse atteinte au libre exercice de la profession médicale, il importe donc que, dans toutes nos associations professionnelles, quelque nom qu'elles portent, on s'entende pour adopter des règles déontologiques précises. Il faut que l'on trouve une formule qui garantisse les respectables intérêts de celui que l'on appelait jadis le médecin de famille et qu'il ne soit plus exposé à voir les médecins consultants et les chirurgiens qu'il a appelés toucher des honoraires très élevés alors qu'il ne pourra lui-même aspirer à la rémunération accordée à un interne ou quelque fois même à un infirmier. Il est nécessaire que, pour éviter ce que L. Le Fort appelait justement un malhonnête courtage, un règlement d'honoraires rendu public, accepté de tous les médecins, connu de tous les malades, fixe nettement les conditions dans lesquelles devront être rémunérées, pour tous ceux qui y auront pris part, les consultations médicales et les opérations chirurgicales.

Si tous les médecins s'entendaient sur cette première question: s'ils reconnaissaient qu'il est indispensable de préciser, au point de vue des consultations que l'on doit demander aussi bien qu'au point de vue des honoraires qui leur doivent être attribués, une réglementation uniforme, les dangers que la lutte pour l'existence fait courir à la conscience de certains médecins seraient conjurés en grande partie.

Mais tout ne serait pas fait, car il existe malheureusement et il se rencontrera toujours des hommes incapables de comprendre ce qu'impose de dignité et de réserve le titre de médecin, et qui continueront à chercher, par tous les moyens possibles, fût-ce par la réclame, la diffamation et l'injure, à accroître leurs revenus professionnels.

Nous avons trop souvent prêché l'union et la concorde; trop souvent nous avons lutté en vue d'aplanir des dissentiments qui ne reposaient que sur des malentendus, pour pouvoir demander que, lorsqu'il s'agit de questions aussi fondamentales que l'honnêteté professionnelle, nous nous mettions tous d'accord; pour avoir le droit de rappeler que l'article 41 de nos statuts exclut de notre Association « le médecin convaincu de faits qui entachent l'honneur de l'homme ou qui compromettent la dignité de la profession »; enfin pour conclure que solidarité n'est pas synonyme de complicité et que l'étroite et féconde confraternité qui groupe les membres de l'Association des Médecins de France ne peut persister que grâce à une estime et à une considération réciproques.

Si, durant l'année qui commence, nous avons pu apaiser les discordes professionnelles et faire disparaître les divergences d'opinion qui les ont provoquées, nous aurons resserré les liens qui nous unissent et qui doivent nous unir plus intimement chaque année aux syndicats professionnels désireux, comme nous le sommes, de maintenir le bon renom et la dignité du corps médical français.

Cette union des syndicats et de l'Association générale que j'ai si souvent réclamée, point n'est besoin aujourd'hui de la recommander de nouveau. Dans la plupart des comptes rendus de nos sociétés locales elle s'affirme, et des actes indéniables en font ressortir l'utilité et l'intérêt.

Cette année encore notre Association contribuera, par ses subventions matérielles et par son appui moral, à faire aboutir les légitimes revendications que poursuit contre l'exercice illégal de la médecine par les magnétiseurs le syndicat de Maine-et-Loire.

Elle accueillera toujours désormais, comme elle s'est efforcée de le faire depuis quelques années, les demandes de subventions qui pourront lui être adressées en vue de défendre les questions d'intérêt général et d'assurer ainsi aux médecins qui seraient incapables de soutenir eux-mêmes des procès onéreux l'assistance de ses conseils judiciaires et des ressources dont elle dispose.

Mais elle vous recommande d'autre part de bien envisager toutes les conséquences des procès que l'on vous conseille parfois d'entamer et dont il est souvent impossible de soutenir la légitimité sinon morale du moins juridique.

Le rapport examine ensuite les questions litigieuses au sujet desquelles l'Association a eu à intervenir et explique les motifs qui ont dicté les conclusions du Conseil général.

Il constate que l'augmentation des membres de l'Association est de 413 pour l'exercice courant et que le nombre des membres de l'Association est de 8 360.

Les chiffres fournis par le Trésorier général M. Blache, sont les suivants :

La Caisse des fonds généraux, celle qui nous sert à distribuer aux Sociétés locales les subventions qu'elles nous demandent et qui se sont élevées cette année à 4 500 francs, à faire progresser la caisse des pensions viagères et celle des veuves et orphelins, enfin à assurer les frais d'administration et d'annuaire, possède une réserve de 51 670 francs et un fonds da roulement de 14 734 fr. 51. Total 66 404 fr. 51.

La caisse des pensions viagères dispose d'un capital de 1 387 765 francs immobilisé pour le service de 77 pensions, d'une somme de 423 215 fr. 74 sur laquelle doit être prélevée la subvention nécessaire à la constitution des pensions nouvelles d'une somme de 2 806 fr. 29 à la disposition du trésorier. Total : 1 813 787 fr. 03.

Enfin la caisse des veuves et orphelins possède une réserve de 43 341 fr. 25.

Le total de l'avoir des trois caisses est aujourd'hui de 1 923 532 fr. 79, ce qui constitue, par rapport à l'année dernière un bénéfice de 72 418 fr. 23. En joignant à l'avoir de nos Caisses centrales celui des Sociétés locales, qui est environ de 1 110 000 francs nous arrivons à avoir un total de 3 030 532 fr. 79.

L'Association générale a augmenté de 6 000 francs l'avoir de la Caisse des pensions viagères, de 5 000 francs celle des veuves et orphelins. Elle a dépensé 4 500 francs pour subventionner les Sociétés locales. Le nombre des pensionnés s'élève à 86, sur lesquels 38 sont à 800 francs et les 46 autres à 600 francs. Celles-ci d'ailleurs sont portées également à 800 francs par une allocation spéciale de 200 francs.

Après la lecture de ce rapport, ont été élus : vice-président, M. Leroux (de Versailles), et membres du Conseil général, MM. Brouardel, Chauffard, Landé, Riant, Surmay, Dieu, Sainton et Villard.

Au début de la séance du 22 avril, M. Lereboullet, secrétaire général, a exprimé au nom de l'Association tout entière, les sentiments de gratitude que gardent aux directeurs et aux chefs de service de l'Institut Pasteur ceux des délégués qui ont été admis à visiter cet établissement si utile. Il remercie en particulier MM. Metchnikoff et Borell qui ont bien voulu guider les délégués, et M. le Dr Martin qui leur a fait sur la diphthérie une conférence du plus haut intérêt.

On aborde ensuite la discussion du rapport de M. A.-J. Martin que nous avons publié *in extenso* dans notre dernier numéro et dont toutes les conclusions sont adoptées.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Pansement du cordon (p. 421).

REVUE DES CONGRÈS. — *XXVI° Congrès de la Société allemande de chirurgie* : Ulcère de l'estomac. — Péritonite diffuse (p. 422). — Bouton de Murphy. — Adénome de l'estomac. — Occlusion intestinale aiguë. — Rayons de Röntgen en chirurgie (p. 423). — Coxa vara. — Rétrécissements du rectum (p. 424). — Plaies du cœur (p. 425).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Appendicite (p. 425). — Perforation de l'estomac. — Elongation de la moelle. — *Société anatomique* : Myélite aiguë. — Hernie graisseuse inguinale. — Poche gangréneuse péristomacale. — Sarcome angiolithique des méninges. — Lithiase de tout l'appareil excréteur de la bile. — *Société de biologie* : Bleu de méthylène et albuminurie (p. 426). — Action du colibacille sur le bacille virgule. — Souffle chlorotique de la veine cave. — Hyperchlorhydriques. — Lésions de la moelle dans un cas de diabète sucré. — *Société de chirurgie* : Péritonite (p. 427). — Myxome du bassin. — *Société médicale des hôpitaux* : Perméabilité rénale. — Pyopneumothorax gangréneux (p. 428). — Erosions hémorrhagiques multiples. — *Société de thérapeutique* : Dyspepsie des nourrices. — Jaborandi et pilocarpine. — Syphilis hépatique et splénique. — *Société nationale de médecine de Lyon* : Epithélioma corné de la joue, — Pneumonie à forme typhique (p. 429). — *Société des sciences médicales de Lyon* : Éléphantiasis. — Résection de l'épaule. — *Société d'anatomie etde physiologie de Bordeaux* : Injections intra-oculaires de solutions aqueuses et de solutions huileuses (p. 430).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Angleterre. *Royal medical and chirurgical Society* : Méningite circonscrite (p. 430). — Belgique. *Société médicochirurgicale du Brabant* : Paralysie agitante. — *Société de médecine mentale de Belgique* : Méthode de recherche psycho-physiologique (p. 431). — *Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* : Lipomes multiples symétriques. — Destruction du septum nasal sans déformation du nez (p. 432).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Pansement du cordon,

Par M. le Dr L.-J. Audebert,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La question du pansement du cordon n'est pas si simple et si futile qu'on le croit d'ordinaire. De la conduite tenue, des précautions prises, dépendent en grande partie l'absence ou l'apparition de phénomènes graves, qui mettent parfois en danger la vie des nouveau-nés. Depuis longtemps on savait (Billard, Dubois) que la plaie ombilicale pouvait servir de point de départ à des affections multiples, dont les plus connues étaient l'*érisypèle* et l'*ulcère* de l'ombilic. Depuis, les recherches de Eross, Achalme, Cobilovici, Cholomogoroff ont démontré quelles étaient les portes d'entrée de l'infection (le plus souvent les voies lymphatiques), et quels en étaient les agents : staphylocoques, streptocoques et colibacilles.

L'infection se produit le plus souvent de la façon suivante : dans les jours qui suivent la naissance, le moignon ombilical se dessèche, se ratatine, et au milieu de son insertion se forme un sillon d'élimination, qui gagne de plus en plus, jusqu'à ce que la section de la tige funiculaire soit complète; or, au niveau de ce sillon, sur le bourrelet cutané qui lui sert de base, rampent de nombreux lymphatiques qui sont, mieux que tous autres vaisseaux, aptes à favoriser la pénétration microbienne, si des éléments septiques sont portés à leur contact par des mains ou des pansements malpropres. Telle est la pathogénie la plus fréquente des lymphangites, phlegmons péri-ombilicaux, etc., que l'on observe chez les enfants et qui se compliquent quelquefois d'infection généralisée.

Si l'on adopte cette pathogénie, on admettra aisément que le pansement ombilical doit être surtout *prophylactique*, et on comprendra mieux « la nécessité d'une antisepsie sévère, pour tout ce qui touche à la ligature et au traitement du cordon » (Bouffe de Saint-Blaise).

Cette prophylaxie antiseptique doit être mise en œuvre :

1° Immédiatement après la naissance.

2° Avant la chtue du cordon.

3° Arès la chute du cordon.

I. Immédiatement après la naissance. — Quand le cordon aura cessé de battre, on appliquera une *seule ligature* sur le cordon, à 3 ou 4 centim. de l'ombilic. Dans les cas ordinaires, on se servira de préférence de soie tressée (calibre n° 3), que tout accoucheur peut garder dans sa trousse, enroulée autour d'un bâtonnet de verre, et baignant dans un liquide antiseptique. On peut, à la rigueur, user d'un fil quelconque, pourvu qu'il soit suffisamment résistant et qu'il ait été immergé quelques minutes dans une solution de sublimé.

Si le cordon est *gras*, il est plus prudent d'avoir recours à la *ligature élastique* préconisée par M. Tarnier.

La *section*, qui doit porter à 1 centim. environ de la ligature, sera exécutée avec des ciseaux flambés. Ceci fait on procède à la toilette de l'enfant (lotions savonneuses, onctions avec un corps gras, bain), puis on l'essuie avec une serviette chaude. A ce moment on s'occupe du cordon.

La région ombilicale et le cordon seront essuyés soigneusement avec un petit tampon de ouate antiseptique. Il est pratique de préparer d'avance et de tailler dans un paquet de coton boriqué ou phéniqué de petites plaques de la largeur de la main.

Une de ces plaques est perforée au centre et par ce trou on fait passer le cordon; la plaque s'applique alors sur le ventre du nouveau-né; une autre plaque est enroulée tout autour de la tige funiculaire relevée sur le creux épigastrique, et maintenue dans cette position par les langes (la bande qu'on employait autrefois est inutile).

II. Avant la chute du cordon. — Ce pansement sera renouvelé *à sec* chaque fois qu'il aura été souillé par l'urine, etc. Mais bientôt apparaîtra le sillon d'élimination dont nous avons parlé. Ici la surveillance doit être plus attentive et les pansements plus fréquemment renouvelés. Si aucun symptôme d'inflammation ne se déclare, si l'aspect du sillon reste normal, il faut bien se garder d'appliquer une des poudres qui possédaient, disait-on jadis, la propriété de hâter la dessiccation du cordon. Ce n'est que dans les cas où une légère suppuration se fait jour à ce niveau, qu'on peut se départir de la pratique si simple décrite plus haut. C'est alors seulement que les poudres antiseptiques (je recommanderai particulièrement l'*aristol*) trouveront leur emploi; mais encore faut-il en être très ménager et surveiller leur action, l'intoxication par l'iodoforme étant très facile chez les enfants.

Les *bains*, pendant cette période, sont dangereux et doivent être proscrits (Pinard), parce qu'ils entretiennent l'humidité, favorisent la putréfaction du cordon et retardent sa chute (Kielmann).

III. Après la chute du cordon. — Vers le 6° ou le 7° jour d'ordinaire, quelquefois vers le 10° ou le 11°, le cordon tombe; on doit alors trouver l'ombilic absolument cicatrisé. Mais la cicatrisation n'est pas toujours

complète; il existe parfois une surface cruentée, donnant lieu à une légère suppuration. Un soupoudrage d'aristol, maintenu par un petit lambeau de gaze salolée, tarira rapidement cette suppuration; il est bon, surtout dans ce cas, de s'abstenir de toute lotion, même antiseptique. Le pansement sec devra être seul employé, comme dans les périodes précédentes. Ce n'est que si l'on voit, tout autour de la cicatrice, se développer un cercle rougeâtre, indice de la propagation de l'infection au tissu cellulaire périombilical, qu'on sera autorisé à appliquer un pansement humide. A deux reprises, dans des cas semblables, la glycérine boriquée nous a donné de bons résultats.

REVUE DES CONGRÈS

XXVI° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 21 au 24 avril.

Sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. Mikulicz (de Breslau), *co-rapporteur* fait remarquer que si l'on se rapporte aux statistiques publiées jusqu'à ce jour, on relève chez les malades traités médicalement une mortalité variant de 13 à 50 p. 100. Si l'on prend la moyenne, on obtient au moins 28 à 30 p. 100, ce qui est un chiffre de beaucoup supérieur à ceux que vient de citer M. von Leube. Sans vouloir contester les résultats favorables obtenus par le procédé de M. von Leube, M. Mikulicz pense qu'ils seraient un peu moins bons si l'on tenait compte du sort ultérieur de ses malades.

Ce qui est certain c'est que les résultats des trois opérations employées dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, à savoir la résection de cet organe, la gastro-entérostomie et la pyloroplastie, tendent à s'améliorer, comme le montrent les statistiques de Billroth et de Czerny :

En effet avant 1891 la première de ces opérations donnait 39.3 p. 100 de mortalité, la seconde 43.5 p. 100 et la troisième 23.8 p. 100.

Depuis lors la résection cause encore une mortalité de 27.8 p. 100, la gastro-entérostomie de 16 p. 100 et la pyloroplastie de 13.2 p. 100.

Il y a donc une amélioration évidente des résultats, fait qui tient, d'une part, aux progrès de l'asepsie et de la technique opératoire, d'autre part, au choix plus rationnel du procédé à mettre en œuvre. On peut donc ne pas se montrer trop réservé, au point de vue de l'intervention chirurgicale, en face de certains cas rebelles à la médication interne.

Quant à la valeur et aux indications de chacune des opérations entrant en ligne de compte, M. Mikulicz pense, en s'appuyant entre autres sur quatre observations personnelles, que la pyloroplastie est le procédé de choix chaque fois qu'on peut la faire. Le résultat fut excellent dans les quatre cas qu'il a opérés et il a noté que les douleurs ont diminué et que la quantité d'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac a diminué lentement.

La résection de l'estomac est, d'une manière générale, la plus dangereuse et ses résultats ultérieurs sont moins favorables que ceux de la pyloroplastie. Il convient cependant de distinguer entre la résection circulaire du pylore, la résection d'un segment de la paroi stomacale et l'excision d'un coin ou secteur de cette paroi.

Si le premier procédé présente les inconvénients indiqués ci-dessus, il n'en est pas de même des deux autres et ils peuvent être employés dans des circonstances particulièrement favorables. La résection circulaire doit être réservée exclusivement aux cas de cancer du pylore.

La gastro-entérostomie peut être employée dans des cas où la pyloroplastie est rendue difficile ou même impossible par un fort épaississement de la paroi du pylore ou par des adhérences considérables. Mais comme cette intervention expose le malade à la régurgitation du contenu intestinal dans l'estomac, surtout quand il y a atonie de la paroi stomacale, on aura soin, dans tous les cas où l'on est en droit de prévoir cette atonie, de compléter la gastro-entérostomie par une entéro-anastomose entre les deux bouts de l'anse intestinale mise en communication avec l'estomac.

Pour ce qui concerne les différentes indications opératoires mentionnées par M. von Leube, péritonite par perforation, périgastrite suppurée, hémorrhagie, etc., M. Mikulicz pense avec lui que ces cas doivent être opérés sans retard.

Au point de vue du diagnostic, il existe d'après M. Mikulicz, un certain nombre d'affections dont il faut tenir compte avant de décider l'intervention chirurgicale. La première de ces affections, c'est le cancer de l'estomac. La seconde consiste en une affection des voies biliaires, avec ou sans obstruction du pylore par un calcul biliaire ou par des adhérences étendues. Dans d'autres cas, l'existence d'une hernie épigastrique peut expliquer tous les symptômes attribués à un ulcère. L'ulcère du duodénum revêt également l'aspect symptomatique de l'ulcère de l'estomac. Il est enfin des cas de gastralgies, chez des sujets neurasthéniques surtout, dont il faut se méfier.

M. Körte (de Berlin) a observé deux cas où l'ulcère était situé de façon à ne pas pouvoir être abordé. Dans le premier, l'excision de l'ulcère situé sur la paroi postérieure étant impossible, on pratiqua la cautérisation qui provoqua une hémorrhagie violente qu'on ne put arrêter que par des sutures profondes. Le malade succomba et, lors de l'autopsie, on constata que l'ulcère avait pénétré jusque dans le pancréas.

Le second malade, qui n'avait pas été opéré, succomba à une hémorrhagie. A l'autopsie on trouva que l'ulcère, situé sous le lobe gauche du foie, aurait été tout à fait inabordable si l'on s'était décidé à opérer.

M. Lobker (de Bochum) pense que dans certains cas de dilatation considérable de l'estomac où cet organe ne se vide pas lors même que le pylore est tout à fait perméable, la gastro-entérostomie est indiquée.

Dans un cas d'ulcère de la paroi postérieure, adhérent au pancréas, il fut obligé de pratiquer la gastro-entérostomie et de procéder à l'occlusion de la partie de l'estomac où siégeait l'ulcère ainsi que du duodénum. Le malade guérit.

M. Alsberg (de Hambourg), dans un cas d'ulcère adhérent au foie, se borna à établir quelques sutures profondes embrassant l'ulcère tout entier, ainsi qu'une suture séro-séreuse. Le malade se rétablit entièrement.

M. Rosenheim (de Berlin) a constaté que la méthode de M. von Leube échoue chez les malades chez lesquels les ulcères sont accompagnés de certaines complications, en particulier des adhérences et de la dilatation de l'estomac. Dans ces cas, on note souvent une insuffisance motrice très tenace de la paroi stomacale. En outre, la position sociale de ces malades ne leur permet pas de se ménager autant qu'il le faudrait.

M. Braun (de Gœttingue) rapporte un cas d'ulcère gastrique où la paroi stomacale était si peu résistante qu'il était impossible d'établir une suture. Il a fixé une portion d'épiploon sur l'ouverture de la paroi stomacale, et son malade s'est parfaitement rétabli.

Traitement chirurgical de la péritonite diffuse.

M. Körte n'envisage que la péritonite purulente aiguë, liée à une affection du tube digestif ou des organes génitaux de la femme. Sur 99 cas qu'il a observés 71 ont été opérés et donnèrent 25 guérisons; sur les 28 autres cas, qui n'ont pas été opérés, 6 se rétablirent.

Au point de vue du diagnostic, il s'agit tout d'abord de distinguer entre l'iléus et la péritonite. Les symptômes qui doivent faire penser à la péritonite sont la grande sensibilité du ventre et l'absence ou la faiblesse des mouvements péristaltiques de l'intestin. Où le diagnostic devient réellement difficile, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite accompagnée d'occl . ion intestinale.

L'incision ou la ponction exploratrice suivies immédiatement de laparotomie permettent de savoir avant l'opération, s'il y a ou non un exsudat.

Pour ce qui est de l'intervention même, il faut évacuer l'exsudat afin d'en empêcher la résorption, de faciliter la respiration et de donner plus de liberté aux mouvements de l'intestin. Le lavage de la cavité péritonéale ne doit pas être absolument proscrit; si l'on y tient, on le pratiquera sans antiseptique. L'essentiel est de ne pas soumettre l'intestin à trop de manipulations. On établira ensuite un bon drainage, sans qu'il soit besoin de faire des incisions multiples. Comme traitement post-opératoire, on évitera l'opium; toutefois, on pourra calmer les douleurs avec un peu de morphine. S'il y a des vomissements, on pratiquera le lavage répété de l'estomac. Au cas où il se formerait des abcès en divers points de l'abdomen pendant que la guérison suit son cours, on les ouvrirait sans retard. Dans les fistules stercorales, le bain permanent rend des services.

Sur les 71 cas opérés par M. Körte, 34 étaient d'origine pérityphlitique et ont donné 13 guérisons. Dans 6 autres cas, où la péritonite résultait d'une perforation de l'estomac ou du duodénum, un seul a guéri. Les 31 derniers cas, qui ont fourni 6 guérisons, concernaient principalement des suppurations d'origine génitale.

M. Lennander (d'Upsal), a trouvé parmi les cas de péritonites diffuses ou localisées traités à la clinique chirurgicale depuis 1890 4 perforations d'ulcères du duodénum et 7 perforations de l'estomac.

Il pense qu'il faut établir une distinction entre les péritonites qui se localisent au-dessus et au-dessous du côlon transverse, ainsi qu'entre les péritonites qui siègent au milieu de l'abdomen, parmi les anses intestinales, et celles qui occupent la périphérie de la cavité abdominale. Lorsqu'il y a perforation duodénale ou perforation de la partie de cet intestin attenant à l'estomac, le contenu intestinal se répand de préférence dans l'espace formé par le foie, d'un côté, et le côlon transverse avec son mésentère, de l'autre. Si la quantité de matière infectieuse n'est pas trop abondante, il se forme tout d'abord une adhérence entre le côlon transverse et la paroi abdominale antérieure; puis l'infection gagne la région lombaire droite pour suivre le côlon et arriver dans la fosse iliaque droite. De là, elle passe derrière la vessie, dans la fosse iliaque gauche, et remonte parfois dans la région lombaire du même côté. Il s'établit donc une péritonite périphérique qui laisse intactes les anses de l'iléon.

Tel est aussi le chemin que l'infection suit dans la perforation de la paroi postérieure de l'estomac.

M. König (de Berlin) a trouvé dans deux cas de pérityphlite avec symptômes d'une péritonite généralisée, de nombreux abcès circonscrits, sans épanchement véritablement libre.

Il pense encore que l'on aurait tort de ne pas faire bénéficier la péritonite puerpérale du même traitement opératoire que les autres formes de cette maladie, et que l'on est absolument en droit de recourir à l'intervention sanglante dans la péritonite suppurée, étant donné le mauvais pronostic de cette affection lorsqu'elle est abandonnée à elle-même.

M. Israel (de Berlin) est partisan de l'ouverture large du ventre, et va même, dans les cas désespérés, jusqu'à faire une grande incision cruciale de la paroi abdominale, et il recouvre ensuite l'intestin avec un gros tampon de gaze. Ses résultats sont devenus sensiblement meilleurs depuis qu'il applique ce procédé.

Valeur du bouton de Murphy.

M. Marwedel (de Heidelberg) rapporte les résultats fournis depuis l'année dernière à la clinique de M. Czerny par le bouton de Murphy, qui a été employé dans 55 opérations, dont 35 gastro-entérostomies, de 3 interventions sur les voies biliaires et 17 sur l'intestin.

Les conclusions que M. Marwedel tire de ces faits cliniques sont les suivantes :

L'emploi du bouton anastomotique ne présente pas à proprement parler de dangers si l'on s'en tient strictement aux règles posées par Murphy; cette méthode a, de plus, l'avantage d'être d'une exécution rapide.

Il n'y a guère à craindre d'occlusion intestinale à la suite de l'application de ce bouton, pas plus d'ailleurs que de rétrécissement ultérieur de l'orifice anastomotique, pourvu que la nécrose du tissu compromis par le bouton s'effectue d'une manière égale sur tout le pourtour de l'anastomose. Il est de toute importance, à cet effet, de se servir de boutons bien confectionnés.

Quant à la suture séro-séreuse, ajoutée par plusieurs chirurgiens comme suture de renfort, elle peut être entièrement abandonnée, conformément aux prescriptions de Murphy; si l'on veut s'en servir, il ne faut pas la mettre tout près du bouton, pour ne pas provoquer une trop forte tension des tissus et une gangrène consécutive, ce qui m'est arrivé chez un malade.

Ablation en deux temps d'un volumineux adénome de l'estomac.

M. Franke (de Brunswick) rapporte l'observation d'un homme de 34 ans, atteint depuis longtemps de dyspepsie sans vomissements et d'amaigrissement. Le suc gastrique ne contenait pas d'acide chlorhydrique, mais de l'acide lactique. Le malade étant très faible, il l'alimenta quelque temps au moyen de lavements; puis, une laparotomie exploratrice ayant montré que l'extirpation du néoplasme serait très difficile, il pratiqua tout d'abord une gastro-entérostomie. Six semaines plus tard, l'état du malade s'étant sensiblement amélioré, il fit l'ablation de la tumeur. La guérison eut lieu sans incidents.

Cette extirpation des néoplasmes malins de l'estomac en deux temps a été déjà proposée par Lauenstein, mais ce chirurgien conseillait de faire la seconde opération au bout de 5 à 6 jours à peine. M. Franke pense que cet intervalle est trop court et qu'il vaut mieux attendre, chez les malades très faibles, qu'ils soient complètement rétablis de la première intervention avant de procéder à la seconde. En adoptant cette manière de faire chez tous les sujets trop affaiblis pour supporter une résection du pylore, on pourrait diminuer notablement la mortalité de la cure opératoire du cancer de cet orifice.

De l'occlusion intestinale aiguë.

M. Heidenhain attire l'attention sur une cause d'occlusion intestinale peu connu jusqu'ici : l'iléus spastique. Il a eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises des cas d'occlusion intestinale dans lesquels on ne trouva à l'opération aucun obstacle mécanique, mais tout simplement une forte contraction d'une partie de l'intestin.

Outre cet iléus spasmodique, les cancers au début, les compressions incomplètes de l'intestin par des adhérences, les torsions faibles d'une anse intestinale peuvent occasionner des crises d'iléus passagères.

L'expérience clinique prouve que nombre de malades échappés à une première crise d'occlusion intestinale succombent à la seconde ou à la troisième. Il s'agit là peut-être de cancers au début ou d'adhérences occasionnant dans la suite une occlusion définitive et mortelle si l'on n'intervient pas.

Pour ce qui est du traitement opératoire, M. Heidenhain interrompt l'administration de l'anesthésique dès que l'obstacle est découvert. Dans les cas où il est obligé d'attirer au dehors une partie de l'intestin, il ne l'enveloppe plus de compresses humides, ayant remarqué qu'il se produit ainsi une déperdition de chaleur considérable. Il se sert maintenant à cet effet de compresses stérilisées sèches, qui se refroidissent beaucoup moins vite. Toutes les fois que l'intestin est rempli de matières fécales, il l'évacue, au cours de l'opération, par une petite incision pratiquée sur une des anses distendues. Après l'intervention, on administre au malade une dose d'huile de ricin pour amener une prompte évacuation alvine. On évite de la sorte une résorption du contenu intestinal, susceptible parfois de provoquer une toxémie mortelle, et l'on diminue la pression intra-abdominale, qui entrave la circulation et affaiblit le cœur.

Sur 30 cas d'occlusion intestinale de causes les plus diverses, il a obtenu 14 guérison.

Les rayons de Röntgen en chirurgie.

M. Kümmell (de Hambourg), *rapporteur*, après avoir donné un aperçu général des progrès réalisés en radiographie

chirurgicale depuis une année pour ce qui est de la découverte des corps étrangers (balles, aiguilles, calculs vésicaux) ou du diagnostic des fractures et des luxations anciennes ou récentes, dit que l'examen radiographique d'un certain nombre de cas lui a permis d'établir dans la luxation congénitale de la marche trois catégories de luxations suivant que la cavité cotyloïde fait défaut, qu'elle est peu développée ou, enfin, qu'elle est suffisante pour recevoir la tête du fémur. Les rayons de Röntgen mettent donc le chirurgien dans la possibilité de prévoir les chances plus ou moins grandes qu'offre la réduction du fémur. De même il a constaté par la radiographie un foyer tuberculeux de la colonne cervicale, pour lequel une intervention opératoire a été suivie de succès.

M. Kümmell fait encore remarquer que les injections iodoformées sont très nettement visibles sur les épreuves prises au moyen des rayons de Röntgen.

Passant au côté thérapeutique de la question, M. Kümmell dit qu'il a pu se rendre compte de l'influence destructive considérable exercée par les radiations X sur le lupus. Il est nécessaire toutefois de protéger la peau saine environnante au moyen de plaques de plomb.

M. Hoffa (de Wurtzbourg) a constaté par la radiographie que quelquefois, dans la luxation congénitale de la hanche, traitée par la méthode non sanglante, la tête du fémur quitte la cavité cotyloïde quelques mois après la réduction et glisse un peu en avant et en haut.

M. Riedel (d'Iéna) a constaté par le même procédé que chez des sujets opérés du genu valgum par l'ostéotomie cunéiforme ou linéaire du fémur, la saillie fort disgracieuse du condyle interne du fémur se forme quand même. Pour remédier à cet inconvénient on implante le corps du fémur sur le milieu de l'épiphyse inférieure détachée par l'ostéotomie. Il se propose donc de fixer à la première occasion le fémur au point voulu au moyen d'une prothèse métallique.

M. Joachimsthal (de Berlin) relate un cas de syndactylie héréditaire chez un petit enfant, où les rayons X permirent d'établir l'état des os chez le père, porteur de la même difformité. Les renseignements obtenus sur la main du père facilitèrent l'opération sur celle de l'enfant, chez lequel l'état cartilagineux du squelette constituait un obstacle pour étudier en détail les dispositions des phalanges au moyen de la radiographie.

M. Löbker relate un cas où les rayons de Röntgen ont montré que la moitié gauche du diaphragme était immobilisée consécutivement à un empyème traumatique guéri, et que par conséquent la dyspepsie dont se plaignait le malade ne devait pas être regardée comme simulée, ce qui avait eu lieu avant l'examen radiographique.

Diagnostic et traitement de la coxa vara.

M. Hofmeister (de Tubingue) rapporte 10 cas de coxa vara chez lesquels le diagnostic avait été posé d'après les symptômes cliniques et qui ont été soumis à l'examen radiographique. Le diagnostic s'est trouvé exact, sauf dans 3 cas, où d'autres lésions articulaires de nature inflammatoire avaient imité le syndrome de la coxa vara. Ce qui frappe le plus dans les clichés obtenus, c'est la position presque à angle droit qu'occupe le col du fémur vis-à-vis du corps de cet os, et le raccourcissement considérable du col à sa surface inférieure. Le bassin est asymétrique dans tous les cas de coxa vara unilatérale.

Chez plusieurs malades, cette difformité se trouvait combinée avec des genoux cagneux et des pieds plats.

Pour ce qui est du traitement opératoire, l'ostéotomie cunéiforme du col du fémur, préconisée par M. Kraske, paraît être, au premier abord, le procédé le plus rationnel. M. Hofmeister pense cependant que cette méthode qu'il a essayée dans plusieurs cas n'est pas applicable dans les cas où le col du fémur est trop court pour permettre l'excision d'un coin osseux. Dans ces cas on devra se borner à l'ostéostomie linéaire.

M. Nasse (de Berlin) dit que les résultats fournis par le traitement opératoire de la coxa vara à la clinique de M. von Bergmann n'ont pas été très encourageants jusqu'à ce jour. Chez les malades qui ont subi l'opération de Kraske, les surfaces osseuses s'écartent très facilement l'une de l'autre, malgré tous les moyens de contention.

Aussi M. Nasse pense que lorsqu'on se trouve en présence d'une coxa vara de moyenne intensité sans raccourcissement notable du col du fémur, l'ostéotomie linéaire extracapsulaire de ce dernier est le procédé de choix. Chez les malades présentant une forte torsion et un raccourcissement considérable du col, l'articulation coxo-fémorale est généralement le siège de lésions plus ou moins prononcées ; dans ces conditions, la résection de cette jointure semble constituer le traitement le mieux approprié, être supérieure à l'ostéotomie sous-trochantérienne, cette dernière opération ne faisant que corriger une déformation en lui en substituant une autre.

Rétrécissements du rectum.

M. Sonnenburg fait dans les rétrécissements cicatriciels, d'origine généralement syphilitique, la rectotomie externe qui, depuis nombre d'années, lui a fourni de bons résultats.

Il fait une incision comme dans l'opération de Kraske, en ménageant toutefois le sphincter, puis il pratique la résection du coccyx et au besoin du sacrum suivant la localisation du rétrécissement ; ceci fait, il fend le rectum sur sa face postérieure jusqu'au-dessus de la partie sténosée, puis il applique un tampon de gaze iodoformée. Le traitement post-opératoire est très long, mais on voit cependant la plaie se fermer progressivement, et si l'on a soin de maintenir béante la lumière de l'intestin en y passant des bougies, on obtient un résultat qui est supérieur à celui de l'extirpation du rectum. Dans aucun cas il n'y a eu de récidive du rétrécissement.

Pour ce qui est du rétrécissement cancéreux grave, M. Sonnenburg pense que la laparotomie combinée avec l'opération sacrée peut rendre des services. Ainsi, chez un malade chez lequel un chirurgien avait fait tout d'abord une colostomie pour remédier à l'occlusion intestinale complète dont le patient était atteint, et chez lequel, en pratiquant plus tard la laparotomie, il constata la présence d'un néoplasme malin siégeant dans la partie supérieure du rectum, il repoussa alors tout essai de traitement radical. M. Sonnenburg fit une seconde laparotomie et s'efforça de mobiliser la tumeur ; puis il pratiqua l'incision de Kraske et réussit à abaisser le néoplasme jusqu'à l'anus. Il fit l'extirpation et fixa l'intestin au niveau de l'orifice anal. Le malade s'est remis et il jouit actuellement encore, 16 mois après l'intervention, d'une santé parfaite.

M. Trendelenburg (de Leipzig) expose brièvement les tentatives qu'il a faites depuis un certain nombre d'années dans le but d'éviter aux malades les inconvénients des fistules stercorales sacrées qui s'établissent presque toujours après la résection du rectum par la voie postérieure.

Il s'est arrêté en dernier lieu au procédé suivant : il commence par la laparotomie, le bassin du malade étant fortement incliné ; il détache alors la séreuse au niveau du néoplasme et mobilise celui-ci jusqu'au releveur de l'anus. Ceci fait, un aide introduit quelques doigts dans le rectum et tâche d'attirer la tumeur au niveau de l'anus. La tumeur étant complètement prolabée, l'aide en pratique l'extirpation en réunissant par une suture circulaire les deux bouts du rectum sortis par l'orifice anal et invaginés l'un dans l'autre, puis il refoule le rectum. M. Trendelenburg tamponne alors le Douglas et ferme la plaie abdominale en laissant un passage ouvert pour le tampon. On peut obtenir de cette manière une réunion de l'intestin par première intention. Il est possible cependant qu'il se forme une fistule stercorale à travers la cavité de Douglas, fistule qui est de courte durée et présente moins d'inconvénients pour le malade que les fistules persistantes qui s'établissent d'ordinaire dans la région sacrée après l'extirpation du rectum par la voie postérieure.

M. Küster (de Marbourg) évite la formation d'une fistule sacrée persistante en plaçant des sutures au fil d'argent dès qu'il constate la formation d'une fistule, avant que l'épithélium de la muqueuse intestinale ait rejoint l'épiderme. Dans la plupart des cas, ce procédé s'est trouvé suffisant. Quand il s'agit de fistules anciennes où la muqueuse rectale communique déjà avec l'épithélium de la peau, il fait précéder la suture au fil d'argent d'un avivement préalable des bords de la fistule.

M. Hofmeister a fait une opération semblable à celle de M. Trendelenburg, avec cette différence qu'il a pratiqué l'iso-

lement de la tumeur non pas par la laparotomie, mais par une incision sacrée.

Le second temps de l'opération, c'est-à-dire l'invagination et le prolapsus artificiel du rectum par l'orifice anal, a été exécuté comme dans les cas de M. Trendelenburg. Pour éviter toute contamination de la séreuse, il lie temporairement l'intestin au niveau de l'anus avant de pratiquer la résection du rectum. Dans un cas, ces adhérences étaient trop étendues pour permettre d'appliquer ce procédé.

M. Rieder (de Bonn), en s'appuyant sur l'examen de 12 pièces, conclut qu'il existe en réalité un rétrécissement du rectum de nature syphilitique. Il ajoute cependant qu'il n'a pas fait les mêmes constatations dans tous les cas de sténose et qu'il y en a où l'on se trouve en présence d'une simple formation de tissus cicatriciels sans altération des parois veineuses. Des recherches ultérieures réussiront fort probablement à élucider la pathogénie de ces rétrécissements.

Quant à la question de savoir pourquoi cette affection ne s'observe que chez la femme, il est permis de penser que les lésions du rectum sont dues au transport du virus syphilitique provenant de l'appareil génital, transport qui s'effectuerait vers le rectum par les nombreuses anastomoses veineuses que présentent les veines hémorrhoïdales. Ce transport est en effet beaucoup plus facile chez la femme que chez l'homme, à cause du voisinage immédiat du vagin et du rectum.

Comme traitement, il fait dans tous les cas l'extirpation totale. Le fait que les veines hémorrhoïdales sont atteintes de sclérose sur une grande étendue oblige, semble-t-il, à pratiquer une opération radicale si l'on veut éviter des récidives.

Pour ce qui est des résultats obtenus dans les 12 cas opérés par lui, 2 faits sont trop récents pour qu'on puisse porter un jugement à cet égard; 2 malades sont morts; chez 3 autres il s'est formé une fistule sacrée, et les 5 dernières sont en bonne santé.

Les plaies du cœur et leur traitement par la suture.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) a fait avec son assistant, M. Bode, des expériences qui leur ont montré que les petites plaies se ferment rapidement, tandis que les grandes restent béantes, quelle que soit leur direction par rapport au muscle cardiaque.

Dans les cas de plaies pénétrantes, l'écoulement du sang était systolique et l'hémorrhagie la plus abondante avait lieu dans les plaies de l'oreillette droite. Dans les petites blessures, l'hémorrhagie se tarissait spontanément.

En étudiant les observations de plaies du cœur déjà publiées, M. Rehn a trouvé que les malades, après être revenus de leur syncope initiale, présentent un pouls petit, rapide et irrégulier et une dyspnée considérable. L'épanchement sanguin renfermé dans le péricarde entrave sérieusement les mouvements du cœur, ce qui provoque une stase dans la circulation veineuse et entraîne par conséquent une nutrition insuffisante des centres nerveux et peut-être du muscle cardiaque lui-même. Il est évident que ces symptômes peuvent se compliquer d'un pneumothorax et d'un hémothorax s'il y a en même temps une lésion de la plèvre. La vie du malade dépend, en premier lieu, de l'abondance de l'hémorrhagie, l'infection ne jouant dans ces cas qu'un rôle secondaire.

Pour ce qui est du traitement immédiat, M. Rehn pense que si l'état du patient ne s'améliore pas rapidement, on devra se décider à intervenir. Il faut tout d'abord évacuer le sang renfermé dans le péricarde, et sous ce rapport l'incision du péricarde est préférable à la simple ponction. En second lieu, si l'on peut on suturera la plaie du cœur, comme M. Rehn le fit dans le cas suivant :

Il s'agit d'un jeune homme qui fut réformé du service militaire pour des crises de tachycardie. Quelques jours plus tard, il reçut un coup de couteau au niveau du bord gauche du sternum, puis il tomba évanoui. Le lendemain, son état s'améliora passagèrement, mais vers le soir il fut pris d'une forte oppression et l'on constata une matité étendue sur toute la hauteur du poumon gauche. Une sonde introduite par l'orifice extérieur de la plaie s'engageait dans la direction du cœur. M. Rehn fit une incision de 14 centimètres au niveau de la 5e côte, fit la résection de cette dernière, et trouva le péricarde rempli de sang. Le ventricule droit était le siège d'une plaie de 1 centim. 5 de longueur, d'où s'échappait un jet de sang à chaque mouvement diastolique. M. Rehu sutura cette plaie, profitant toujours d'une diastole pour placer un fil et de la suivante pour le nouer. Il établit un drainage de la plèvre et du péricarde et ferma ensuite la plaie. Le malade guérit et se porte tout à fait bien, sauf une prédisposition marquée aux palpitations, auxquelles il était du reste sujet avant son accident.

M. Riedel a opéré un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la région du cœur et chez lequel s'était développée, 10 jours après l'accident, une péricardite infectieuse. Après avoir incisé le péricarde fortement épaissi, il fut considérablement gêné par l'aspiration d'air dans la cavité de cette séreuse, aspiration sous l'influence de laquelle le liquide sanguinolent se transforma en une écume si abondante que le champ opératoire en fut complètement couvert. Il introduisit une mèche de gaze iodoformée, mais le malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, la balle fut trouvée libre dans la cavité péricardique.

M. Rieder rapporte un cas de suture du péricarde suivie de tamponnement. Il en résulta une péricardite exsudative qui guérit après l'extraction du tampon.

M. Körte relate un fait de lésion du péricarde guérie sans incident. Dans deux cas de péricardiotomie pour empyème, la terminaison fut fatale; chez les deux malades, la nécropsie permit de constater la présence d'abcès dans le muscle cardiaque.

M. Bardenheuer (de Cologne) dit avoir vu un blessé succomber 15 jours après avoir reçu une balle dans la région du cœur. Le symptôme principal était constitué par des vomissements attribuables à une irritation du diaphragme. A l'autopsie, on trouva la balle logée dans le cœur, au niveau des oreillettes.

M. Sendler (de Magdebourg) a observé un malade qui avait reçu la veille un coup de revolver dans la région du cœur et qui fut atteint, après une amélioration passagère, d'une dyspnée si forte et si inquiétante et d'un collapsus si prononcé qu'on ne se décida pas à tenter une intervention opératoire. Néanmoins le blessé se rétablit.

M. Lauenstein (de Hambourg) a vu 7 ou 8 blessures du cœur par coup de revolver guérir sans opération. Il estime que chaque cas doit être traité individuellement, et qu'il ne faut pas trop se hâter de recourir à l'intervention chirurgicale, puisque la guérison peut être parfois obtenue par la simple expectation.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 Mai 1897.

Appendicite.

M. Dumontpallier constate que les chirurgiens, dans les discussions de la Société de chirurgie, ont été très réservés, très judicieux, n'ont appliqué l'opération que dans des cas bien déterminés; or pour M. Dumontpallier, ils ont raison contre M. Dieulafoy, pour lequel le seul traitement convenable consiste dans l'opération. En réalité, dans les cas appelés autrefois typhlite, appelés aujourd'hui appendicite, le pronostic était considéré autrefois comme pas très grave : le traitement médical donnait de nombreux succès. Les statistiques sont probantes à cet égard : M. Dumontpallier en a colligé plusieurs, et, sur un total de près de 10 000 cas, montre que, par le traitement médical, on a 90 p. 100 de guérison environ. Même pour l'opération à froid, avec M. Revilliod (de Genève), M. Dumontpallier n'est pas enthousiaste, car souvent les crises successives s'amendent, et d'autre part M. Revilliod dans ces cas a vu des récidives : la typhlite existe, en effet, et l'appendicite n'est pas tout. Au total, si on obéit aux indications spéciales à chaque cas, M. Dumontpallier admet que peut-être le tiers des appendicites sont justiciables dans la chirurgie. L'opérateur peut

faire des merveilles, mais on aurait tort d'en conclure, avec M. Dieulafoy, qu'il faut abandonner le traitement médical.

Perforation de l'estomac.

M. Le Dentu a observé deux malades, l'un il y a 4 ans, l'autre en novembre dernier, chez lesquels, d'urgence, ses chefs de clinique MM. Lyot et Mauclaire, ont pratiqué la laparotomie. Dans le premier cas, opéré au 4e jour, le malade a succombé; dans le second il a guéri, quoique l'intervention n'ait pu être pratiquée qu'au bout de 26 heures. A propos de ces faits, M. Le Dentu insiste sur l'importance du diagnostic précoce : ce diagnostic est facile dans les cas où on observe la vive douleur brusque à l'épigastre, quand il y a du tympanisme hépatique. Ces symptômes, malheureusement, sont infidèles, et souvent le diagnostic restera hésitant entre une perforation stomacale, une appendicite, une occlusion intestinale : heureusement, par contre, que l'étude exacte du malade fournit des indications symptomatiques capables de guider le chirurgien au milieu de ces obscurités. Le fait capital est d'opérer vite : presque toutes les guérisons concernent des malades opérés dans les 10 ou 15 premières heures. Les résultats donnent environ 1/5 de succès : ce n'est pas encore très brillant, mais la statistique est en voie d'amélioration évidente et d'ailleurs elle concerne des malades sans cela perdus.

Élongation de la moelle.

M. Debove présente, de la part de M. R. Blondel, un mémoire où l'auteur a montré, dès 1895, que par l'incurvation forcée du rachis on obtenait une élongation médullaire capable d'améliorer les ataxiques.

Élection.

Sont nommés membres correspondants nationaux (1re division), au premier tour de scrutin : M. P. Lemaistre (de Limoges), M. Vidal (d'Hyères).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 Avril 1897.

Myélite aiguë.

MM. Thiroloix et **G. Rosenthal** communiquent l'histoire d'une malade, qui fut atteinte d'une endocardite végétante dont l'évolution fut apyrétique, jusqu'à l'arrivée d'une congestion pleuropulmonaire et d'une myélite suraiguë. L'examen bactériologique fait sur lamelle par cultures, avec séparation des germes, par inoculation aux animaux, a montré que le streptocoque était la cause de ces accidents.

Dans un autre cas il s'agit d'un malade qui, à la suite d'un refroidissement, fut atteint de paraplégie flasque totale et qui succomba à la congestion. Les examens bactériologiques sur lamelles, par cultures et inoculation aux animaux, ont montré qu'il s'agissait d'une localisation primitive du streptocoque sur la moelle.

Hernie graisseuse inguinale.

M. Imbert présente des pièces provenant d'un malade mort de perforation intestinale par contusion abdominale. Pendant l'opération, on avait constaté l'existence d'une hernie graisseuse extrapéritonéale, du volume d'un petit œuf de poule et occupant le canal inguinal. A l'autopsie, on put vérifier que la hernie avait passé par la fossette inguinale moyenne, qu'elle était adhérente à la vessie et qu'elle n'avait nullement entraîné avec elle ce dernier organe.

Poche gangréneuse péristomacale.

M. Le Roy des Barres montre les pièces provenant de l'autopsie d'un malade, mort le lendemain de son entrée à l'hôpital, sans autre commémoratif qu'une hémiplégie. On voit, outre un foyer hémorrhagique dans la région lenticulo-striée, une vaste poche remplie de matière gangréneuse, limitée, d'une part par la paroi abdominale antérieure, d'autre part, par la rate, la face inférieure du diaphragme et la cavité stomacale. Le diaphragme présente une perforation circulaire qui met en communication la poche péristomacale avec la plèvre gauche, laquelle est remplie, dans sa région inférieure, par un liquide gangréneux.

Il est probable qu'il s'agit d'un ulcère stomacal ayant contracté des adhérences avec les organes voisins; après la mort, ces adhérences ont été digérées par le suc gastrique, et le contenu stomacal s'est répandu alors autour de la rate et dans la plèvre.

Sarcome angiolithique des méninges.

M. P. Morély présente l'observation d'une femme de 44 ans, atteinte d'une tumeur de la dure-mère.

Au point de vue clinique, cette tumeur s'est manifestée par des phénomènes bulbaires très nets et par des troubles de la motilité du côté des membres inférieurs. Le syndrome glosso-labio-laryngé existait au grand complet, et avait commencé à se manifester il y a 4 mois. Paralysie des lèvres, de la langue, du voile du palais, rejet des aliments par le nez, voix nasonnée, parfois inintelligible, salivation abondante. Du côté des membres inférieurs, les réflexes étaient très exagérés, surtout du côté gauche, où on notait aussi de la trépidation épileptoïde.

La malade ayant succombé presque subitement, le 10 avril, l'autopsie montra, au niveau des pédoncules cérébraux, du côté gauche, entre ces pédoncules et la face interne du rocher, l'existence d'une tumeur de volume égal à une petite mandarine, et fortement adhérente à la dure-mère dont on ne put que difficilement la détacher.

Ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen de la pièce présentée, on voit que la tumeur, par son développement progressif, s'est creusée aux dépens des pédoncules cérébraux, du cervelet du côté gauche et de la protubérance, une véritable loge. La face inférieure du cervelet est refoulée en haut, le pédoncule cérébral gauche aplati. Quant à la protubérance, sa saillie normale est remplacée par une véritable dépression. Au point de vue histologique, la tumeur présente la structure d'un sarcome angiolithique.

Lithiase de tout l'appareil excréteur de la bile.

MM. Roux et **Nattan-Larrier** présentent une pièce provenant d'une femme de 72 ans, polysarcique, atteinte de lithiase biliaire depuis 10 ans. Cette femme reste dans le service 2 mois avec des phénomènes d'angiocholite et meurt avec des signes d'ictère grave. Au niveau de l'S iliaque, ulcération intestinale, infarctus suppuré du rein droit, cholédoque perméable avec des calculs gros comme des noisettes ; ampoule de Vater dilatée, dans les branches du canal hépatique de chaque côté un calcul gros comme un œuf de poule. Fins calculs intrahépatiques jusqu'aux ramifications biliaires. Vésicule remplie de petits calculs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er Mai 1897.

Action du bleu de méthylène sur l'albuminurie.

M. G. Lemoine (de Lille). — Le bleu de méthylène paraît avoir une action vraiment remarquable sur l'albuminurie liée aux différentes formes du mal de Bright, soit dans la néphrite parenchymateuse aiguë, soit dans le mal de Bright chronique lié à l'artério-sclérose.

Dans 7 cas où je l'ai employé, j'ai obtenu 3 fois la disparition complète de l'albuminurie en peu de jours, et 4 fois une amélioration notable et rapide.

Le médicament s'élimine très rapidement par les urines, sans

provoquer de congestion du rein. Il est complètement inoffensif à la dose de 0,20 à 0,50 centigrammes par 24 heures; le seul inconvénient qu'il présente quelquefois, c'est de provoquer un peu de cuisson au méat, pendant la miction.

L'association de la noix muscade au bleu de méthylène, permet d'éviter cet inconvénient.

Action du colibacille sur le bacille virgule.

M. Rénon. — En 1892, nous avons examiné des selles cholériques où se trouvaient associés le colibacille et le bacille virgule, à l'exclusion d'autres microbes; les cultures sur plaques de gélatine en boîtes de Pétri permettaient de voir quelques colonies de bacille virgule élargissant leur cercle de liquéfaction lorsqu'elles siégeaient près de colonies de coli bacille. Répétée récemment d'une façon systématique, cette expérience a donné les mêmes résultats.

En 1892, en inoculant un mélange des 2 parasites dans le péritoine des cobayes il nous a semblé qu'à poids égal les animaux succombaient plus rapidement que ceux n'ayant reçu que bacille virgule. Nous avons renouvelé l'expérience en utilisant du colibacille non virulent, et les cobayes ont succombé à la péritonite cholérique d'autant plus vite qu'on avait associé du colibacille au bacille virgule.

Le colibacille ne détermine-t-il pas la rapidité de la mort dans ce cas ? Ces expériences peuvent faire croire à une action directe du colibacille sur le bacille virgule, dans l'ordre des faits rapportés en 1894 par M. Metchnikof.

Du souffle chlorotique de la veine cave supérieure et des troncs brachiocéphaliques.

MM. A. Gilbert et **M. Garnier** ont constaté chez une chlorotique l'existence d'un souffle doux, continu, à renforcement systolique, au niveau de la veine cave supérieure et des troncs veineux brachiocéphaliques. Ce souffle existe à droite et à gauche du sternum. Celui de droite, qui est le plus étendu, s'entend, mais faiblement, quand la tête est en position normale; il acquiert toute son intensité, quand la tête est tournée fortement à droite; il disparaît au contraire, quand la tête est en rotation gauche. Celui de gauche est influencé d'une manière analogue par la position de la tête; c'est quand la tête est tournée fortement à gauche, qu'il est le plus manifeste; et il ne s'entend plus quand elle est tournée à droite. Le mécanisme de la production de ce souffle est le même que celui des autres souffles veineux de la chlorose; quand à la position de la tête, elle agirait en produisant des compressions veineuses à la base du cou, par l'intermédiaire du sterno-mastoïdien ou de la clavicule. En tout cas, ce souffle que les classiques ne signalent pas méritait d'être mentionné, car il pourrait être confondu à une auscultation rapide avec un souffle cardiaque.

La digestion pancréatique chez les hyperchlorhydriques.

M. G. Linossier (de Vichy). — L'expérience démontre que la trypsine et l'amylase pancréatique sont détruites par un contact de quelques secondes avec un suc gastrique hyperacide. Cette destruction ne se produit pas chez tous les hyperchlorhydriques, parce que l'abondance de la sécrétion biliaire, l'hyperalcalinité des sécrétions pancréatique et duodénale peuvent constituer une sorte de compensation à l'hyperacidité gastrique et protéger les ferments du pancréas en saturant instantanément l'acide chlorhydrique qui franchit le pylore. Mais chez certains, et notamment chez les hyperchlorhydriques hypersécréteurs, cette compensation est insuffisante, et le retard dans la saturation du chyme gastrique compromet absolument la digestion intestinale. On s'explique ainsi l'amaigrissement extrême et l'état cachectique de ces malades, contrastant avec l'état florissant de certains hypochlorhydriques dont la digestion gastrique est nulle, mais dont la digestion intestinale reste satisfaisante.

Au point de vue des conséquences, la destruction de l'amylase me paraît plus importante que celle de la trypsine. En effet, chez les hyperchlorhydriques, la digestion gastrique des albuminoïdes est le plus souvent très active, et cette activité rend l'action de la trypsine moins indispensable. Au contraire, la digestion intra-stomacale des féculents est très insuffisante chez ces malades, et la destruction de l'amylase pancréatique empêche toute utilisation de ce groupe d'aliments.

Au point de vue thérapeutique, la prescription des alcalins aux hyperchlorhydriques vers la fin de la digestion gastrique, dans le but de calmer leurs douleurs, a de plus le grand avantage de protéger les ferments du pancréas contre l'action destructrice de l'acide chlorhydrique.

Lésions de la moelle dans un cas de diabète sucré.

MM. A. Souques et **G. Marinesco.** — Il s'agit d'une femme diabétique à l'autopsie de laquelle nous avons trouvé des altérations des cordons postérieures.

A l'œil nu, sur les coupes minces on voit nettement par transparence une zone pâle symétrique, située dans chaque cordon postérieur. Cette zone a la forme d'un triangle dont la base regarderait la périphérie de la moelle, et le sommet la commissure postérieure. Au microscope on constate que cette zone a les limites suivantes : la base du triangle n'arrive pas tout à fait jusqu'à la périphérie de la moelle, le sommet n'atteint pas la commissure et se dirige vers la ligne médiane, enfin les bords externe et interne sont séparés respectivement de la corne postérieure et du septum médian par un espace sain de un millimètre environ.

Cette zone ainsi limitée se montre aux régions lombaire et dorsale sous le même aspect. Dans la région cervicale elle se montre et se compose de deux segments dans chaque cordon postérieur : un segment avoisine la corne postérieure et l'autre occupe la partie centrale du cordon médian.

Dans ce dernier segment les fibres sont plus amincies et plus raréfiées que dans le premier.

La pâleur de cette zone relève, d'une part, de la finesse des fibres nerveuses à ce niveau, et d'autre part de la disparition de quelques-unes d'entre elles; le tissu interstitiel et les traînées venues du septum médian postérieur, sont légèrement proliférés. Mais la paroi des vaisseaux n'est pas sensiblement altérée et ne présente notamment aucune trace d'infiltration embryonnaire.

Nous n'avons vu, à aucun niveau, de lésions certaines ni des racines postérieures, ni des collatérales réflexes. Les racines antérieures et le reste des cordons blancs sont indemnes.

Nous ne pouvons émettre aucune affirmation catégorique, touchant l'état des cellules de la corne antérieure. Nous devons dire toutefois que dans certaines coupes de la région cervicale, les cellules de la corne antérieure nous ont paru un peu atrophiées.

Dans le bulbe nous n'avons constaté aucune altération appréciable.

Ces lésions paraissent déterminées par les substances toxiques qui circulent dans le sang de certains diabétiques. Elles constituent vraisemblablement la raison anatomique de l'abolition des réflexes rotuliens dans quelques cas de diabète sucré.

M. Péron a trouvé qu'en injectant à des cobayes des substances caséeuses assimilables, ayant perdu leur virulence, on garantit ces animaux contre les toxines des bacilles tuberculeux morts.

M. Féré rapporte l'observation d'un épileptique chez lequel, après une hémorrhagie cérébrale, les convulsions épileptiformes se localisèrent au côté non paralysé

MM. Richet et **Broca** font une communication sur la rapidité des actions réflexes.

M. Guinard envoie une note sur les variations spontanées de la toxicité du sérum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 Avril 1897.

Traitement de la péritonite.

M. Jalaguier rapporte 5 cas de péritonite à pneumocoques, analogues à ceux qui ont été signalés par Brun et par

Kirmisson. Une malade a guéri spontanément après l'ouverture de la collection au niveau de l'ombilic et du vagin. A noter que, dans ce cas, il est survenu, au cours de la convalescence, une otite moyenne également à pneumocoques.

Sur les 4 cas qui ont été opérés, un a succombé au 14e jour après l'opération qui a permis d'évacuer 2 litres de pus; il existait des abcès sous le foie et sous la rate. Les 3 autres ont guéri rapidement après la laparotomie.

M. Jalaguier n'est pas partisan des lavages du péritoine au sublimé, s'il lave c'est avec de l'eau bouillie ou salée. Au tamponnement à la gaze qui ne draine pas, il préfère les gros drains entourés de gaze et qui, au besoin, permettent de faire le lavage du péritoine.

M. Poirier cite un cas de péritonite probablement généralisée, puisque la grande cavité péritonéale était remplie de pus, où la laparotomie, suivie de drainage, a amené la guérison de la malade, après un temps assez long. Cette malade a succombé plus tard à la tuberculose.

M. G. Marchant pense, contrairement à M. Quénu et à M. Reynier, que la péritonite généralisée peut guérir, et qu'elle est bien généralisée et non pas enkystée comme on le soutient.

Il a opéré 2 cas de ce genre. Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant pris de symptômes de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Bien qu'on fût au 5e jour de la péritonite, M. Marchant n'hésita pas à faire la laparotomie. Il trouva l'appendice décapité, les anses flottant dans un pus ayant l'aspect typique du pus à pneumocoques, et recouvertes de fausses membranes. L'enfant guérit.

Dans le second cas, où il s'agit d'une femme de 53 ans, la péritonite appendiculaire se présenta avec les mêmes symptômes que dans le premier cas, et guérit par la laparotomie.

La guérison de ces 2 opérés est attribuée par M. Marchant à plusieurs facteurs. D'abord, à la nature de la suppuration qui était à pneumocoques. En second lieu, à ce qu'ayant fait la laparotomie médiane, il a pu vider toutes les collections, atteindre l'appendice, enlever, à l'aide des éponges montées les dépôts fibrineux qui se trouvaient sur les anses. Comme drainage, il préfère à la gaze iodoformée les gros drains.

Pour réussir, dans les péritonites généralisées, il faut encore opérer de bonne heure. D'après M. Marchant, l'oligurie, la matité dans les fosses iliaques, la présence d'un peu de sang dans les selles sont les signes qui, joints aux autres, permettent de diagnostiquer de bonne heure la péritonite.

M. Routier cite un cas de péritonite où, après laparotomie, on retira 2 litres de pus à pneumocoques. La péritonite ne semblait pas enkystée. Elle guérit.

M. Nélaton, qui a observé plusieurs cas de ce genre, ne sait si ce qu'il a vu était une péritonite enkystée ou une péritonite généralisée. Dans un cas où les symptômes étaient typiques de la péritonite généralisée, il trouva une énorme collection purulente dans le petit bassin, une autre non moins volumineuse dans la fosse iliaque droite et une 3e dans la fosse iliaque gauche. Il n'y avait rien du côté de l'appendice ni de l'appareil génital. La malade guérit.

Dans un autre cas analogue, qui se termina par la mort, et où la laparotomie permit d'évacuer une grosse collection du petit bassin; on trouva à l'autopsie un énorme abcès derrière un ulcère perforé de l'estomac.

Il y a quelque temps, M. Nélaton a communiqué un cas de guérison par la laparotomie d'une péritonite généralisée qui avait tous les aspects d'une ascite purulente. Ayant rencontré dernièrement un second cas de ce genre, il préféra attendre. Les phénomènes semblèrent se calmer, mais, au bout de 8 jours, il y eut une recrudescence telle qu'il a fallu opérer. Or, on trouva des adhérences telles que sous peine d'inciser les anses, il a fallu se limiter à l'incision de la paroi abdominale qui fut du reste fermée. La malade succomba.

M. Quénu pense que les cas rapportés par M. Nélaton rentrent dans la catégorie de la péritonite enkystée où, après la généralisation passagère, l'infection s'est limitée aux différents points, d'où les abcès multiples.

Myxome du bassin.

M. Berger rapporte l'observation d'un homme entré dans son service pour une tumeur qui s'était développée au-dessous des fausses côtes gauches, et qui, en quelques mois, prit un développement tel qu'elle occupait presque toute la moitié gauche de l'abdomen. Elle était d'une consistance inégale, mobile en bas, et avait provoqué une paralysie du triceps et des douleurs intolérables dans le membre inférieur du côté correspondant. L'incision, qui a mis la tumeur à nu, a permis d'isoler facilement le néoplasme et montré qu'il se rattachait par un long pédicule de 5 centimètres de largeur à l'os iliaque. La tumeur fut enlevée et son point d'implantation curetté avec la rugine. Le malade a guéri et ses douleurs, qui ont disparu le soir même de l'intervention, n'ont pas reparu.

L'examen montra qu'il s'agissait d'un myxome pur, contenant quelques éléments cartilagineux épars.

M. Quénu fait remarquer que si les myxomes des os sont rares, les sarcomes renferment presque toujours des éléments myxomateux.

M. Rochard présente une poche de grossesse extra-utérine de 7 mois, avec fœtus mort, qu'il a extirpée par la laparotomie. La malade guérit.

M. Guinard montre des pièces provenant d'un malade opéré de la péritonite consécutive à la perforation d'un ulcère du duodénum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 Avril 1897.

Diagnostic de la perméabilité rénale.

MM. Ch. Achard et **J. Castaigne**. — Sera publié dans notre prochain numéro.

Pyopneumothorax gangréneux chez un garçon de onze ans et demi.

MM. Comby et **Vogt** ont eu l'occasion d'observer un jeune garçon de 11 ans 1/2, vigoureux et bien portant d'habitude, qui fut pris, le 28 octobre 1896, à la suite d'un coup de parapluie qu'il aurait reçu dans le côté gauche, de douleurs assez vives. Le 29, il a beaucoup de fièvre, et M. Vogt reconnaît les signes d'un épanchement modéré à la base gauche. Dans la nuit du 4 au 5 novembre, douleur subite et atroce, orthopnée. Le lendemain, consultation qui aboutit au diagnostic suivant et, par suite, à un pronostic fatal : *pyopneumothorax tuberculeux avec septicémie suraiguë*. L'enfant, en effet, était dans la prostration, avec asphyxie imminente, la fièvre dépassait 40° dans l'aisselle; sonorité tympanique à gauche, cœur refoulé à droite.

Dans ces conditions on se décida à inciser largement, dans le 7e espace intercostal, en arrière, et, à travers des fausses membranes épaisses, on arriva dans la cavité pleurale, qui laisse échapper aussitôt des flots de pus, d'une odeur repoussante et gangréneuse. Grands lavages à l'eau boriquée, drains à demeure, pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate hydrophile.

Le pus, examiné au microscope, présentait, au milieu de nombreux cocci, de grands bâtonnets de la putréfaction, sans bacilles de Koch.

Lavages quotidiens du foyer, d'abord avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 2000, puis à 1 p. 1000. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, et l'enfant finit par guérir.

Cette observation montre qu'il ne faut pas hésiter à intervenir largement (pleurotomie avec ou sans résection costale), dans tous les cas de pleurésie gangréneuse, même avec pneumothorax.

M. Netter a étudié, au point de vue bactériologique, le pus de ce pyopneumothorax. Ce pus se présente sous des apparences spéciales : il est blanc, laisse déposer des détritus de couleur cendre, au-dessus desquels se trouve un liquide opalin ressemblant à de la salive. Ce pus est spécial; il fut retrouvé dans 6 cas analogues, et toujours l'agent microbien fut le streptotrix funiculi. Ce microbe, étudié par Löffler dans la diphthérie du veau, puis par Schmorl, Flesner, fut retrouvé par M. Netter,

dans ces 6 cas de pleurésie purulente; il ne semble pas être la cause première de l'affection, mais il est incontestablement la cause de la putridité.

M. Rendu a présenté, il y a quelques années, une observation de pleurésie purulente à liquide putride; ce cas décrit sous l'épithète de pleurésie primitivement gangréneuse, était vraisemblablement analogue à ceux cités par M. Netter.

Érosions hémorrhagiques multiples chez une femme atteinte de cirrhose atrophique du foie et de varices œsophagiennes.

M. Albert Mathieu rapporte l'observation d'une femme âgée de 30 ans, qui présenta, pendant quelques jours, tous les symptômes de l'ulcère rond de l'estomac; elle mourut 2 jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas d'un véritable ulcus rotundum, mais bien d'érosions multiples chez une femme atteinte de cirrhose atrophique du foie et de varices œsophagiennes.

La nature et la pathogénie de ces érosions ont déjà donné lieu à de nombreux travaux (Cruveilhier, Rindflesch, Rilliet et Barthez, Parrot, Balzer, Pilliet).

Ce cas fournit à M. Mathieu l'occasion de discuter les opinions de ces auteurs.

M. Mathieu constata qu'au fond de plusieurs des ulcérations stomacales se trouvaient des taches noirâtres, donnant l'idée de caillots sanguins; il est donc permis de se demander si les érosions sont créées par de petits infarctus, ou réciproquement si l'existence de caillots à ce niveau n'est pas simplement l'indice que l'hémorrhagie se fit sous la double influence d'une ulcération par gastrite destructive et d'une congestion veineuse accentuée.

Il est difficile de trancher cette question. Cependant, étant donnée l'importance des lésions de gastrite interstitielle dans le cas observé, M. Mathieu pense que ces érosions sont le résultat de la fonte d'amas embryonnaires occupant toute l'épaisseur de la muqueuse. Il semble donc que, dans le mécanisme de l'ulcération, la gastrite joue le rôle le plus important : les amas embryonnaires forment de véritables petits abcès qui s'ouvrent dans la cavité de l'estomac, entraînant quelquefois une sorte de bourbillon glandulaire.

En quoi ces petites ulcérations diffèrent-elles de l'ulcère rond? Probablement par le peu d'intensité de l'auto-digestion, due elle-même aux lésions glandulaires de la totalité de la muqueuse stomacale.

MM. P. Marie et **Le Goff** font une communication sur le réaction de Bremer dans le sang des diabétiques.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 Avril 1897.

Traitement des troubles dyspeptiques des enfants du premier âge.

M. Thomas (de Genève) envoie une série d'observations à ce sujet. Ces troubles s'observent chez des enfants auxquels on a appliqué une hygiène alimentaire défectueuse : ils consistent en vomissements de lait caillé, diarrhée fétide, verdâtre et granuleuse, colique, insomnie, soif vive, amaigrissement.

Les antiseptiques gastro-intestinaux donnent de mauvais résultats : M. Thomas ne fait exception que pour le benzonaphtol associé au bismuth qui est assez souvent utile.

L'opium ne doit pas être employé. Le lavage d'estomac est nuisible en général, mal supporté, exposant au collapsus.

Les moyens que préconise M. Thomas sont :

1° Une hygiène alimentaire sévère; 2° La désinfection intestinale par de petites doses de calomel : 0,01 à 0,03 par jour : 3° L'emploi d'une solution aqueuse d'acide chlorhydrique, pour remplacer HCl de l'estomac, toujours diminué dans ces états gastro-intestinaux : 4° L'administration pendant quelques jours, en même temps que le lait, de farine lactée qui est toujours bien tolérée.

On obtient aussi la guérison en 10 ou 15 jours.

M. Josias trouve qu'on ne doit pas médicamenter les enfants en bas âge, sauf indication formelle; or, les troubles gastro-intestinaux qui font l'objet de la communication de M. Thomas sont toujours dus à des fautes de régime; c'est en régularisant les prises de lait, en donnant un lait stérile convenablement coupé d'eau, qu'on vient à bout de ces troubles digestifs, et on obtient ainsi de bien meilleurs résultats qu'en faisant de la médication active. Dans tous les cas, le lavage d'estomac doit être proscrit chez les nourrisons.

Jaborandi et pilocarpine.

M. Laval (Sainte-Menehould) envoie une note sur un cas d'intoxication par le jaborandi, dont la malade avait pris 30 gr. en 6 jours. Les doses des premiers jours n'avaient produit aucun effet, la malade a prolongé de son propre chef l'usage du médicament, et arriva ainsi à la dose considérable de 50 grammes. Des phénomènes d'intoxication furent assez bénins et la malade guérit.

M. Bardet fait observer à ce propos qu'on devrait renoncer à prescrire du jaborandi. En effet, son principe actif est très inégalement réparti dans les feuilles de jaborandi, il en résulte qu'on ne sait pas à l'avance quels effets on obtiendra avec telle et telle dose. Au contraire, les sels de pilocarpine sont stables, bien définis, toujours semblables à eux-mêmes; ils permettent un dosage précis et sont préférables à tous les points de vue à la plante d'où on les tire.

Syphilis hépatique et splénique.

M. Thomas cite un cas de syphilis hépatique et splénique, survenue 35 ans après le chancre, consistant en une hypertrophie énorme de ces organes, sans ascite, ni ictère, ni circulation collatérale, soigné par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à doses modérées, et guéri en quelques mois. Toutefois les organes ne sont pas revenus complètement a leur volume normal.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 12 avril 1897.

Epithélioma corné de la joue.

M. G. Gayet présente une pièce provenant du service de M. Poncet, suppléé par M. Rollet. Il s'agit d'une corne de 7 à 8 centimètres de long, que portait à la joue une vieille femme de 83 ans. Cette production s'était développée en 6 mois, sur un bouton plus ancien que la malade avait irrité par des grattages répétés. Elle était molle à la base; le sommet, dur comme la corne, était contourné en crochet. L'ablation a été faite sans anesthésie d'un coup de ciseau, suivi de cautérisation au fer rouge.

M. Rollet, qui a opéré la malade, fait remarquer que c'est le 2e cas de ce genre qu'il présente. Le premier était, histologiquement, un épithélioma à globes cornés; tout permet de supposer que dans le cas actuel, le microscope affirmera le même diagnostic.

Pneumonie à forme typhique.

M. Lyonnet rapporte 2 observations dans lesquelles le diagnostic de fièvre typhoïde devait être posé, eu égard aux symptômes. Mais, dans les 2 cas, le séro-diagnostic s'est montré négatif, et l'examen des crachats a fait constater la présence d'une quantité de pneumocoques de beaucoup supérieure à la normale; aux poumons, il y avait quelques râles sous-crépitants à une base chez l'un des malades, des râles sibilants disséminés dans les deux poumons chez l'autre.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 14 Avril 1897.

Eléphantiasis du membre inférieur.

M. Prothon présente un garçon de 14 ans, entré dans le service de M. Nové-Josserand pour une hypertrophie très notable du membre inférieur droit s'étendant de la racine de la cuisse, où la circonférence est de 56 centimètres contre 49 centimètres à gauche, jusque vers la partie moyenne du pied. L'avant-pied et les orteils sont normaux. Il y a un peu d'œdème à la jambe, permettant la production d'un godet léger, mais à la cuisse la peau est dure, tendue, d'apparence normale et non œdématiée. Pas de troubles de la sensibilité.

M. Nové-Josserand croit qu'il ne s'agit pas d'éléphantiasis vraie, mais d'un de ces cas d'hypertrophie éléphantiasique semblables à ceux qu'ont décrit MM. Monod et Trélat (*Arch. de médecine*, 1889).

M. Lépine pense que le nom d'hypertrophie éléphantiasique s'applique plutôt aux cas où la moitié entière du corps est atteinte, on avait, à ce sujet, incriminé le sympathique, mais les expériences faites sur les animaux n'ont pas confirmé cette hypothèse. Quant au cas actuel, s'il ne rentre pas dès l'abord dans les cadres ordinaires, il ne semble pas moins vrai qu'il s'agit, cliniquement, d'une éléphantiasis.

Résection traumatique de l'épaule.

M. Etiévant présente un jeune malade de 15 ans, chez lequel M. Vallas a pratiqué il y a 4 mois une résection de l'épaule, pour un coup de fusil chargé à plombs, tiré à bout portant. Le malade fut amené 48 heures après le traumatisme, porteur d'une vaste plaie encombrée de débris de toute sorte, et suppurant. Après avoir attendu quelques jours, on intervint. L'opération montra que la charge s'était en partie logée dans la tête humérale et dans les extrémités de l'acromion et de la clavicule. Ces parties, qui se nécrosaient, furent réséquées et actuellement le malade, dont l'état général est parfait, a au point de vue fonctionnel, un résultat très satisfaisant: d'autant plus satisfaisant qu'au moment de l'opération son état général indiquait une désarticulation de l'épaule.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 15 Mars 1897.

Injections intra-oculaires de solutions aqueuses et de solutions huileuses.

MM. Fromaget et **Laffay**. — Nous avons voulu savoir s'il ne serait pas possible de porter directement dans la chambre antérieure les solutions antiseptiques sans aucun préjudice pour l'œil. Nos expériences ont porté sur le cyanure de mercure en solution aqueuse de 30 p. 100 et sur les solutions huileuses de biiodure.

Les solutions aqueuses de cyanure de mercure donnent lieu à des réactions très vives qui doivent les faire rejeter.

Au contraire, le biiodure à 10 p. 100, injecté sous la conjonctive, a été absorbé sans aucune réaction.

Dans la chambre antérieure, si cette solution ne détermine aucun trouble dans l'œil où elle est injectée, elle n'est pas absorbée.

Il serait intéressant de savoir si elle renferme toujours le biiodure ou quel changement s'est opéré après le séjour dans l'œil.

M. Braquehaye. — A-t-on essayé les solutions aqueuses de biiodure de mercure?

M. Fromaget. — Le biiodure est très peu soluble dans l'eau qui n'en dissout que 4 centigrammes par litre. M. Panas emploie bien cette solution, mais il a des réactions du côté de l'iris. J'ai fait faire une solution aqueuse saturée de biiodure; je l'emploierai en injection quand les recherches de son aseptisation entreprises dans le laboratoire de M. Ferré seront terminées.

M. Dubreuilh. — A-t-on essayé de faire des injections intra-oculaires d'acide phénique?

M. Fromaget. — Les injections sous-conjonctivales ont été rejetées à cause des réactions inflammatoires qu'elles déterminaient du côté de la conjonctive. Je ne sache pas que l'on eût pratiqué des injections intra-oculaires d'acide phénique.

M. Dubreuilh. — Il se pourrait très bien que les injections profondes ne déterminent pas d'accidents. L'acide phénique est irritant pour l'épiderme et les muqueuses. Mais je rappellerai les expériences de M. Boursier sur la tolérance de la peau pour les injections intra-dermiques d'acide phénique. En pareil cas, il faut employer l'acide phénique neigeux à 5 p. 100 sans alcool.

M. Fromaget. — J'essaierai en injections.

M. Sabrazès. — L'injection huilée est-elle véritablement antiseptique. On sait que le catgut conservé dans l'huile cultive indéfiniment. L'huile diminue considérablement l'action antiseptique du biiodure de mercure.

M. Dubreuilh. — J'abonde dans ce sens. Pour moi le biiodure n'agit qu'autant qu'il est débarrassé de l'huile.

M. Cassaet. — On sait que les mercuriaux agissent par les vapeurs antiseptiques qu'ils émettent. Or l'huile et la gélose arrêtent les vapeurs qui ne sont pas arrêtées par l'eau et le bouillon.

Il est donc illogique de mettre à la surface du mercure une couche d'huile dans les récipients destinés à garder aseptiques les sondes, etc., etc.

M. Braquehaye. — La solution employée par Panas donnait surtout de bons résultats quand on faisait des badigeonnages du rebord ciliaire avant la cataracte. En pareil cas, on n'observait jamais de réaction inflammatoire. Avec la même solution, on obtenait une amélioration rapide dans les blépharites ciliaires.

M. Cassaet. — J'insiste sur ce fait mis en évidence par Merget. C'est que les mercuriaux s'altèrent assez vite; aussi faut-il toujours employer des solutions récentes. Dans les cas où l'huile biiodurée agit favorablement, il se peut que ce ne soit qu'après saponification.

M. Braquehaye. — Je pense de même. Dans le service de M. Panas, on obtenait les meilleurs résultats lorsqu'on avait au préalable lavé au bicarbonate de soude.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 27 Avril 1897.

Méningite circonscrite de la partie postérieure de la base d'origine non tuberculeuse.

M. T. Barlow, en revenant sur la communication faite il y a quinze jours par M. W. Carr (voir *Gaz. Hebd.*, n° 32, p. 383), veut bien admettre qu'il s'agisse là d'un type clinique distinct, mais il ne pense pas qu'on soit justifié d'en faire une maladie distincte. Ce qui est certain c'est qu'elle diffère de la méningite tuberculeuse, et que les cas de méningite tuberculeuse guéris n'étaient en réalité que des cas de méningite postérieure de la base.

Parmi les symptômes typiques de cette affection on peut citer l'opisthotonos cervical, associé souvent avec une tendance aux convulsions toniques parfaitement distinctes des convulsions cloniques qu'on observe dans la méningite tuberculeuse et qui

sont dues à l'irritation de la substance corticale. La névrite optique est rare, mais l'amaurose s'observe souvent pendant la convalescence.

La lésion anatomique est constituée par une méningite de la fosse postérieure avec lésions inflammatoires au niveau du cervelet, s'étendant plus ou moins au cerveau et à la moelle épinière. Les adhérences qui se forment peuvent fixer la moelle épinière dans des positions très variées. Dans le cas rapporté par Hilton il existait une oblitération du trou de Magendie. Cette oblitération a été notée encore dans d'autres cas, mais elle ne constitue pas la règle; on peut également rencontrer l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius et du trou de Monro. Le sommet du quatrième ventricule peut se trouver adhérent au plafond. Dans plusieurs cas qui ont été traités par le drainage de l'espace sous-arachnoïdien, l'oblitération semblait être produite par des adhérences qui existaient autour de la moelle épinière à la hauteur de la première vertèbre cervicale.

Au point de vue étiologique, M. Barlow pense qu'il n'y a pas lieu d'incriminer la syphilis. Le traumatisme a quelquefois joué un rôle direct, mais dans d'autres cas qui se sont développés d'une façon insidieuse, ce facteur fait toujours défaut. Personnellement il serait enclin à considérer l'otite moyenne comme une cause fréquente de cette méningite. On peut notamment admettre que des microbes virulents de la bouche, ayant passé dans l'oreille, ont provoqué une inflammation exsudative qui s'est ensuite propagée aux méninges. L'hypothèse en question est d'autant plus possible que la méningite postérieure s'observe surtout chez des enfants au-dessous de deux ans, chez lesquels l'otite moyenne est particulièrement fréquente. Dans ces conditions la méningite postérieure serait le résultat d'un catarrhe infectieux. D'un autre côté, dans 9 cas que M. Barlow a observés, la paracentèse précoce de la membrane du tympan avait amené la guérison de la méningite. Dans d'autres cas l'affection a semblé céder aux frictions mercurielles.

Quant à la valeur thérapeutique de la trépanation de l'espace sous-arachnoïdien, M. Ballance, qui l'a faite dans plusieurs cas, n'a obtenu par ce procédé que des améliorations passagères. Dans un cas qui a guéri il a fallu, pour avoir un écoulement suffisant de liquide, drainer à travers la fontanelle. L'enfant a succombé au bout de quelque temps à une diphthérie, et à l'autopsie on trouva seulement quelques drachmes de liquide dans les ventricules et les traces d'une ancienne inflammation au niveau de la base.

M. D. B. Leeds a observé un cas de méningite postérieure à la suite d'une bronchopneumonie chez un enfant de 6 semaines; la paracentèse du tympan a fait disparaître tous les symptômes méningés.

En s'appuyant sur l'étude de 100 cas dont 40 avec autopsies, qu'il a pu réunir avec M. Barlow, M. Leeds montre que cette affection s'observe surtout chez des enfants au-dessous d'un an. Presque toujours il existe de l'hydrocéphalie avec liquide trouble parfois purulent. La névrite optique est très rare, mais le nystagmus est plus fréquent que dans la méningite tuberculeuse, et est très probablement d'origine cérébelleuse. L'amaurose se rencontre parfois, mais si l'enfant guérit, elle disparaît. La surdité n'a jamais été observée. Le ralentissement du pouls et la rétraction du ventre sont plus rares que dans la méningite tuberculeuse; par contre la raideur de la nuque qui arrive tardivement dans la méningite tuberculeuse, est un symptôme précoce de la méningite postérieure. La respiration n'a pas le type de Cheyne-Stokes, mais est « cyclique », c'est-à-dire qu'après 4 ou 5 inspirations profondes survient une pause respiratoire.

M. W. Church, qui a observé plusieurs cas de ce genre a vu les enfants guérir même dans les cas où tous les symptômes étaient extrêmement accusés. Il pense donc que le pronostic de cette méningite est moins grave qu'on ne l'admet généralement.

M. C. Ballance a eu plusieurs fois l'occasion d'intervenir dans ces cas par la trépanation de l'espace sous-arachnoïdien postérieur. Dans un cas l'enfant succomba à l'hémorrhagie consécutivement à l'ouverture accidentelle d'un sinus latéral accessoire situé plus bas que le sinus latéral normal.

Il pense aussi que cette méningite est le résultat d'un catarrhe infectieux dont la première localisation au niveau de l'oreille moyenne passe souvent inaperçue, surtout chez des enfants très jeunes, et bon nombre de ces enfants guérissent en effet après la paracentèse de la membrane du tympan et sous l'influence des friction mercurielles.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 30 Mars 1897.

Considérations sur la pathogénie de la paralysie agitante.

M. Cuylits. — L'an passé le Dr Meesen concluait à l'absence de lésions anatomiques dans la paralysie agitante, le tremblement ne résultant, d'après lui, que d'un trouble fonctionnel cortical.

L'affection ne présente, somme toute, qu'un seul caractère essentiel : c'est le tremblement. Elle est causée habituellement par une émotion violente; elle peut quelquefois rétrocéder, mais s'aggrave généralement pour aboutir à la démence.

Il semble en outre démontré que, au fur et à mesure que l'affection est plus nettement corticale, le tremblement devient plus marqué.

Or, dans les centres nerveux, les neurones corticaux, avec leurs prolongements centripètes et cylindraxiles, n'agissent que par influence sur les neurones centro-médullaires. L'action s'établit de concert entre ces différents centres pour transmettre son effet au muscle.

Les expériences de Demoor ont démontré que, sous l'influence de certains agents, il s'établit une dissociation des éléments constitutifs du neurone et un aspect moniliforme de leurs prolongements. Or, dans toutes les affections accompagnées de tremblement, on retrouve cette altération des prolongements protoplasmiques, et d'autant plus marquée que le tremblement est plus accusé. Je crois que dans la paralysie agitante nous avons, non pas un trouble fonctionnel pur et simple, mais une modification anatomique atteignant le neurone lui-même et dissociant ses éléments comme il a été dit plus haut.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

Séance du 27 Mars 1897.

Sur une nouvelle méthode de recherche psycho-physiologique.

M. Sommer. — En général, nous devons chercher à remplacer la manière purement subjective d'observer les phénomènes que nous appliquons en ce moment par une méthode exacte, qui nous fournisse des résultats, quelles que soient les conditions dans lesquelles se trouve l'observateur. Il faut particulièrement observer la réaction du malade lors d'une excitation toujours la même, en un mot, la réaction psycho-physique et s'attacher à obtenir l'uniformité absolue des excitations. Cette régularité dans les conditions d'investigation des centres psychiques supérieurs, M. Sommer la trouve dans l'application d'opérations simples d'arithmétique, et voici les points sur lesquels porte son observation :

1° L'habileté à effectuer les quatre opérations fondamentales;

2° L'habileté à résoudre des problèmes plus ou moins différents;

3° Le temps employé à les résoudre, c'est-à-dire la durée de la réaction psycho-physiologique;

4° Les phénomènes concomitants qui nous permettent aussi de juger la modalité des processus psychiques.

Ces diverses recherches ont été appliquées à une série d'états pathologiques très différents et les résultats qu'elles ont donnés ont permis de découvrir quelques points importants pour le diagnostic différentiel. M. Sommer montre une série de schémas, consistant en opérations (addition, multiplication, soustraction, division) réunies sur un même tableau. Le temps

consacré à l'ensemble du travail est calculé au moyen d'une montre à chronographe à secondes. Un individu normal a terminé l'ensemble des opérations en 6 minutes; il se trompe 3 fois en résolvant les exercices les plus faciles, les additions et les multiplications, tandis qu'il calcule sans faute les soustractions et les divisions, qui sont plus difficiles. L'auteur estime qu'il y a là un rapport intime avec le caractère de la personne, dont l'attention augmente en même temps que les efforts qu'on lui demande de faire.

Une imbécile, capable d'accomplir seulement les actes les plus élémentaires de la vie, ne peut faire que les multiplications des nombres les uns par les autres jusqu'à 10. Elle ignore toute autre opération arithmétique; la multiplication même ne paraît pas constituer un calcul réel, mais bien plutôt la répétition d'une série de mots appris de mémoire.

Un imbécile moins profond a mis une 1/2 heure pour effectuer les calculs; encore s'est-il trompé 26 fois sur 40.

Une épileptique d'instruction moyenne, en état d'automatisme, d'obnubilation mentale complète, donne le chiffre 9 comme réponse à toutes les questions.

Une autre épileptique, atteinte de délire intermittent, résout, lors d'un premier examen, les premiers exercices de multiplication, d'addition et de soustraction; le lendemain, 13 heures après un accès épileptique, sa faculté arithmétique a beaucoup diminué : les résultats sont faux et ne sont obtenus qu'après un temps considérable. Enfin, lorsque les suites de l'accès ont complètement disparu, la malade calcule avec la même facilité qu'au début.

D'autres schémas montrent l'automatisme de certains épileptiques, en ce sens que les malades répètent le dernier chiffre dont on leur parle. Si l'on demande combien font 3 × 4, ils répondent 4.

Les résultats donnés par cette méthode permettent de répondre aux questions suivantes :

1° L'individu a-t-il reçu une certaine instruction?

2° Est-il imbécile congénital?

3° Présente-t-il du retard, du ralentissement dans le cours des processus psychiques?

4° Présente-t-il des phénomènes automatiques?

5° Présente-t-il des modifications périodiques de l'état mental?

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 5 Avril 1897.

Lipomes multiples symétriques.

M. Bayet. — La femme que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une affection relativement rare et assez curieuse : les lipomes multiples symétriques.

Elle porte sur les avant-bras une série de tumeurs mobiles, sans adhérences à la peau, se confondant à leur base avec le tissu cellulaire profond; ces tumeurs sont indolores, soit spontanément, soit à la pression; elles ont tous les caractères des lipomes diffus ou circonscrits.

Il en existe encore au dos, dans les flancs, aux cuisses.

En dehors du psoriasis dont elle est atteinte, cette femme est bien portante et ne se plaint d'aucun symptôme d'ordre rhumatismal.

Les lipomes symétriques ne sont bien décrits que depuis une dizaine d'années; antérieurement, cependant, leur existence avait été constatée, mais comme rareté.

Cette maladie, ou plutôt cette infirmité, apparaît lentement; les malades ne s'en aperçoivent que lorsqu'ils sont déjà porteurs de nombreuses nodosités; souvent c'est par hasard qu'ils en constatent l'existence, plus souvent peut-être c'est le médecin qui attire leur attention sur la présence de ces tumeurs.

Les régions de prédilection sont les parties supérieures du cou, la nuque, puis la région sous-maxillaire, enfin les avant-bras, les cuisses. Ils sont toujours symétriques; leur nombre varie; on peut parfois en compter une centaine.

La constitution anatomo-pathologique de ces tumeurs est celle des lipomes.

L'étiologie en est obscure; tout ce qu'on sait, c'est que cette variété de lipomes survient surtout chez les arthritiques. Chez notre malade, il n'y avait aucun phénomène rhumatismal, mais il existait un psoriasis, lequel, on le sait, est une dermatose survenant surtout chez les arthritiques.

Les relations de ces tumeurs avec les œdèmes rhumatismaux sont très étroites; Potain et Mathieu admettent même que l'œdème rhumatismal n'est que le premier stade du lipome symétrique. Le pronostic est bénin; le traitement n'est justifié que lorsque l'indication de l'ablation est très nette.

L'existence de cette affection jette un certain jour sur les soi-disant récidives de lipomes après ablation chirurgicale; cette généralisation avait été constatée au point qu'on avait pu parler d'une diathèse lipomateuse. Il est certain que cette prétendue généralisation n'est que la continuation d'une évolution morbide; la première tumeur enlevée, les autres continuent à apparaître comme elles seraient apparues si l'on n'avait rien fait.

L'étude des lipomes symétriques se trouve bien résumée dans la thèse de M. G. Bouju (Paris, 1892).

Destruction du septum nasal sans déformation du nez.

M. Bayet. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est atteint, entre autres manifestations syphilitiques, de pertes de substance étendues du squelette nasal qui offrent quelque intérêt. La syphilis remonte à 3 ans; les exfoliations osseuses et cartilagineuses du nez à 6 mois.

Comme on le sait, la syphilis réalise deux variétés de mutilations nasales qui aboutissent à deux types cliniques : le nez à ensellure et le nez en lorgnette.

Dans le type à ensellure, le nez paraît cassé à la base; la ligne de la voûte nasale offre un angle ouvert en avant.

Dans le type de nez en lorgnette, le nez semble divisé en deux parties : la base qui reste intacte et la pointe qui est rétractée dans la base comme le petit tube d'une lorgnette dans la partie plus grosse; la pointe est séparée de la base par un sillon nettement tracé.

Ces mutilations sont la conséquence de la destruction du support osseux et cartilagineux du nez.

Quelles sont les parties qui interviennent? On a, pour le nez à ensellure, incriminé la destruction du vomer (Mackenzie); or le vomer peut entièrement disparaître sans entraîner de déformation nasale; ce qui joue le plus grand rôle, c'est la voûte du nez, formée par les os nasaux et les cartilages latéraux. Si ces parties viennent à céder et si, en même temps, la cloison est entreprise, le nez s'affaisse à sa base et on a le nez à ensellure.

Pour le nez en lorgnette, c'est le septum cartilagineux qui est atteint le plus; la pointe du nez n'est plus supportée et s'enfonce dans l'ouverture cordiforme. Peut-être la rétraction cicatricielle de la peau et du tissu cellulaire qui réunit les cartilages nasaux intervient-elle aussi.

Mais, quoiqu'il en soit, le rôle prépondérant assigné à la cloison médiane et surtout au vomer est exagéré. On a décrit des cas dans lesquels il ne restait que des traces du septum osseux. Celui que j'ai l'honneur de vous présenter est tout aussi complet : le septum osseux et le septum cartilagineux ont entièrement disparu et le nez a conservé sa forme. Cela tient au fait que la voûte (os nasaux, cartilages latéraux) est restée intacte et surtout au fait que le malade est atteint d'acné hypertrophique avec épaississement des tissus du nez; c'est cette circonstance qui permet au nez de conserver sa forme, en donnant aux parties molles hyperplasiées des points d'appui à la base et à la voûte du nez.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Diagnostic de la perméabilité rénale (p. 433).
REVUE DES CONGRÈS. — *Société obstétricale de France* : Présentation du pariétal postérieur. — Mole vésiculaire. — Hydramnios. — Ictère fœtal. — Albuminurie sans éclampsie. — Eclampsie (p. 438). — Lésions du foie et des reins. — Placentome. — Production du lait par les nourrices.
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Décollement de l'épiphyse humérale. — Mal de Pott. — *Thèses de la Faculté de Lyon* : Décollement juxta-épiphysaire (p. 439). — Tubercules des parties molles juxta-synoviales. — Panaris ostéomyélitique. — Angiomes parostaux et périostiques. — Trépanation du sternum. — Ostéomyélites. — Synovite tuberculeuse (p. 440).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Dilatation volontaire de la pupille. — *Médecine* : Plèvre (p. 440). — Maladie familiale à symptômes cérébello-médullaires. — Maladie d'Addison. — Anévrysme artérioso-veineux. — Sensibilité testiculaire dans le tabès. — Symphyse du péricarde. — Force curative de la fièvre. — Diabète sucré (p. 441).
MÉDECINE PRATIQUE. — Mercure (p. 441).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'admissibilité définitive dans le concours des hôpitaux (p. 444).
VARIÉTÉS. — Congrès international de neurologie (p. 444).

CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic de la perméabilité rénale.

Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*

Par M. Ch. Achard,
Agrégé, médecin de l'hôpital Tenon,

et M. J. Castaigne,
Interne des hôpitaux.

On sait depuis longtemps que l'élimination de certaines substances par l'urine se trouve entravée quand les reins sont malades. Déjà Hahn (1820), Rayer (1837), Corlieu (1856), De Beauvais (1858), avaient constaté ce fait pour certains principes odorants (térébenthine, asperges), et De Beauvais croyait même pouvoir affirmer que la suppression complète du passage de ces odeurs dans l'urine était un signe pathognomonique du mal de Bright. Mais d'après Duckworth il s'agit souvent d'un simple retard, non d'une suppression totale, et, comme Straus l'a établi, ce signe n'est pas constant dans la néphrite interstitielle.

On a étudié, à ce même point de vue, toute une série de médicaments. Tout d'abord, l'intolérance des sujets affectés de lésions rénales fut signalée pour la poudre de Dower par Todd (1857); pour l'opium, par Charcot et Cornil (1864); pour le mercure, par Roberts (1865). Puis Duckworth (1867), étudiant méthodiquement l'élimination de l'iode, des carbonates alcalins, des sels de potasse et de soude, établit que l'apparition de ces substances dans l'urine est retardée chez les brightiques, et émit l'opinion que la rapidité plus ou moins grande de cette apparition pourrait servir à mesurer le degré des lésions rénales. Chauvet (1877) nota ce même retard pour le sulfate de quinine, le bromure de potassium, le mercure et l'acide salicylique; il observa, en outre, une diminution de la quantité de substance éliminée. Pour l'acide salicylique, il ressort de la thèse de Mlle Chopin (1889) que chez les brightiques, le passage dans l'urine commence plus tard, qu'il se prolonge plus longtemps, et que la quantité éliminée est notablement diminuée, de 10 à 30 p. 100. L'élimination de l'iode surtout a fait l'objet de nombreux travaux. Laffey les a résumés dans sa thèse (1893), en concluant que l'élimination est retardée et prolongée, mais que la quantité éliminée est très variable.

Toutes ces recherches ont abouti à un même résultat et ont mis en lumière le même fait : c'est que les médicaments expérimentés passent avec lenteur et difficulté dans les urines lorsque des lésions anatomiques ont amoindri la perméabilité du rein aux substances qu'il a pour fonction d'éliminer. La notion de cette résistance qu'oppose le rein malade à l'élimination n'est donc pas nouvelle, et même l'idée d'en tirer parti pour le diagnostic des néphrites a été plusieurs fois émise. Mais les résultats obtenus dans cette voie n'ont pas encore permis de faire passer ce moyen d'investigation clinique du domaine de la théorie dans celui de la pratique usuelle.

Or, il nous a paru qu'on pouvait utiliser à cet effet le bleu de méthylène. Cette substance a été l'objet d'un grand nombre d'essais thérapeutiques très variés depuis 1878, et l'on connaît bien sa propriété de colorer l'urine. Mais il ne semble pas qu'on l'ait expérimentée jusqu'ici en vue du diagnostic.

Elle présente sur d'autres, auxquelles on pourrait aussi recourir (iodures, salicylates), plusieurs avantages. Elle est absolument inoffensive, et même sans action thérapeutique aux doses qu'il convient d'employer. Son élimination rénale se traduit par une couleur bleue ou verdâtre de l'urine, visible sans le secours d'aucun réactif, et cette couleur ne saurait être confondue avec les diverses colorations accidentelles de l'urine, auxquelles donne lieu l'usage de certains médicaments ou aliments. L'emploi du bleu n'empêche pas de continuer l'administration de certains remèdes usuels, comme les composés iodés ou salicylés, qu'il faudrait nécessairement suspendre si l'on voulait s'en servir comme de substances indicatrices pour faire l'épreuve de la perméabilité rénale. Enfin l'élimination du bleu de méthylène par l'urine n'est pas extrêmement rapide, et, par conséquent, les différences de temps qu'elle peut subir sont aisément suivies et précisées.

I. Technique du procédé. — Pour introduire le bleu de méthylène dans l'organisme, nous avons préféré la voie sous-cutanée à la voie stomacale. En effet, lorsque cette substance est ingérée par la bouche, son apparition dans l'urine dépend non seulement de l'état des fonctions éliminatrices du rein, mais encore des conditions très variables dans lesquelles se fait l'absorption digestive. La dilution que subit la matière colorante lorsque l'estomac contient une certaine quantité de liquide, l'état languissant du pouvoir absorbant de la muqueuse digestive sont des circonstances qui peuvent retarder le passage du bleu dans l'urine, sans que ce retard dénote une élimination défectueuse. C'est ce que nous avons constaté, d'ailleurs, en faisant absorber du bleu comparativement par la voie hypodermique et par la voie stomacale à des individus sains et à des malades présentant des troubles gastriques. Chez un sujet sain, l'apparition du bleu dans l'urine, après ingestion de la matière colorante, a lieu seulement une demi-heure ou une heure plus tard qu'après l'introduction sous la peau, et l'élimination se prolonge 5 à 10 heures de plus. Il en est autrement chez un sujet affecté de troubles gastriques : l'élimination peut alors subir un retard bien plus considérable lorsque le bleu a été introduit dans l'estomac;

nous avons vu, dans un cas de cancer du pylore, l'apparition de la matière colorante retardée de 5 heures, et la durée de son élimination abrégée au contraire de 45 heures, ce qui semble indiquer que le bleu était absorbé non seulement moins vite, mais aussi en moindre quantité (1).

Lorsque le bleu est injecté sous la peau, l'absorption est donc à la fois plus rapide et plus sûre; elle se fait dans des conditions à peu près identiques dans tous les cas, en sorte que, s'il y a un retard dans l'apparition de la matière colorante dans l'urine, c'est presque exclusivement à un trouble de l'élimination qu'il doit être imputé. L'expérience suivante le démontre bien : chez un individu dont les reins sont malades et dont l'urine élimine tardivement le bleu, on injecte sous la peau de l'iodure de potassium, substance qui s'élimine par plusieurs émonctoires; or, en examinant l'urine, on constate que le passage de l'iodure subit un retard parallèle à celui du bleu; mais en examinant la salive, on reconnaît que l'iodure y apparaît aussi vite que chez un sujet normal. L'absorption s'est donc faite dans des conditions parfaitement régulières, et c'est seulement l'élimination rénale qui est ici défectueuse.

Ajoutons que l'injection du bleu de méthylène, contrairement à celle de l'iodure de potassium, n'est point douloureuse (le bleu a même été préconisé comme analgésique); elle ne présente aucune difficulté pratique; elle ne donne lieu à aucun accident inflammatoire si l'on a soin d'aseptiser la solution, ce qui est d'autant plus facile que le bleu possède un certain pouvoir antiseptique.

Les doses de bleu que nous avons injectées dans nos essais variaient de 0 gr. 025 à 0 gr. 1. Celle de 0 gr. 05 nous paraît la meilleure (2). Aussitôt avant l'injection, le malade doit vider sa vessie. Puis on le fait uriner, chaque fois dans des verres séparés, à des intervalles réglés : au bout d'une demi-heure, d'une heure, 2 heures, 3 heures, etc. Selon la proportion de matière colorante qu'elle renferme, l'urine prend une teinte qui varie depuis la nuance légèrement verte jusqu'au ton bleu foncé.

Si la proportion de bleu est très faible, ce qui arrive surtout au début et à la fin de l'élimination, et si la quantité d'urine est très abondante en une même miction, la coloration peut ne pas être appréciable. Il est alors possible de la faire apparaître en réduisant l'urine par évaporation, ou plus rapidement encore, en l'agitant dans un tube avec du chloroforme qui entraîne une assez grande partie du bleu. On peut aussi, pour rendre la réaction plus sensible, décanter ce chloroforme et l'évaporer dans une petite capsule de porcelaine que l'on chauffe doucement : il reste après cette évaporation une petite trace bleue au fond de la capsule.

Il arrive parfois que l'urine, abandonnée au repos et plus ou moins trouble, ne présente la teinte bleue que sous forme de stries transversales, et surtout de zone plus ou moins mince à la surface du liquide. Dans ces conditions, il peut se faire que par l'agitation, l'urine prenne une teinte jaune uniforme; mais le procédé du chloroforme peut alors y mettre en évidence, la présence du bleu en quantité parfois assez notable.

Il ne nous a pas semblé que la polyurie puisse, dans la pratique, influer d'une manière bien gênante sur les résultats de l'épreuve. Nous avons vu, en effet, des sujets qui urinaient plusieurs litres par jour (l'un d'eux même urinait 7 à 8 litres), et dont l'urine prenait la teinte bleue, nettement visible, sans aucun artifice, dans les délais normaux. C'est donc seulement dans les très grandes polyuries que la dilution trop forte du bleu constituerait une cause d'erreur, et il suffit de connaître la possibilité de cette erreur pour l'éviter.

La recherche qualitative du bleu dans l'urine suffit dans la grande majorité des cas pour le diagnostic. Mais on peut aussi pratiquer le dosage, en employant un procédé dérivé de celui que M. Le Goff a fait récemment connaître pour doser le sucre dans l'urine au moyen du bleu de méthylène (1). Il convient, pour cette recherche quantitative de la matière colorante, d'extraire d'abord le bleu de l'urine au moyen de traitements successifs par le chloroforme. On évapore ensuite le chloroforme et l'on reprend le bleu restant par l'eau distillée bouillante, de manière à obtenir une dilution très faiblement teintée. C'est sur cette dilution, additionnée d'un cinquième de solution de potasse à 5 p. 100, et maintenue à l'ébullition, qu'il convient d'opérer pour le dosage, en y versant goutte à goutte, avec une burette de Mohr, une solution de glycose titrée à 1 p. 1000. Un essai comparatif avec une dilution connue de la solution de bleu employée pour l'injection, permettra d'évaluer la quantité de matière colorante trouvée dans l'urine.

II. — Résultats obtenus. — Comment se fait, à l'état normal, l'élimination du bleu de méthylène? L'expérience nous a montré que chez un sujet sain, le bleu commence à paraître dans l'urine au bout d'une demi-heure; puis la teinte bleu-verdâtre devient de plus en plus apparente : elle est très nette après une heure et atteint son maximum d'intensité vers la troisième ou la quatrième heure. Elle reste quelques heures à son apogée et enfin décroît peu à peu pour disparaître dans un délai qui varie selon la quantité de bleu injectée, mais qui d'ordinaire est compris entre 35 et 50 heures.

Chez un sujet dont les reins sont altérés, il n'en est pas de même. L'apparition du bleu dans l'urine est retardée : c'est le fait capital. La couleur bleue fait défaut dans la première heure, elle n'est visible quelquefois que beaucoup plus tard, après 3 heures et davantage; il arrive même, dans des cas plus rares, qu'elle n'est jamais appréciable à la simple vue et qu'il est nécessaire de recourir au procédé du chloroforme pour la déceler.

Chez certains malades, l'élimination, outre ce retard, subit encore une prolongation insolite; l'urine reste légèrement teintée pendant fort longtemps: nous avons vu un malade atteint de néphrite interstitielle chez qui la coloration a persisté 8 jours après une injection de 0 gr. 10 de bleu, 6 jours après une injection de 0 gr. 05, et 2 jours après une injection de 0 gr. 025. Chez un autre brightique, une dose de 0 gr. 05 a mis plus de 6 jours (152 heures) à s'éliminer. En pareil cas, l'élimination du bleu se faisant avec lenteur, par petites quantités à la fois, s'échelonne sur un plus long espace de temps. Toutefois, cette prolongation n'est pas constante : il y a des cas où la durée de l'élimination n'est pas plus longue que chez les sujet normaux; il en est même d'autres où elle est notablement abrégée. En effet, chez certains malades, la matière colorante semble être véritablement retenue dans l'organisme, l'urine ne présentant la teinte bleue que d'une façon tout à fait passagère, pendant 2 ou

1. Cette étude comparative de l'élimination du bleu par l'urine, après absorption sous-cutanée et après absorption digestive, pourrait être appliquée à la séméiologie gastrique.

2. Nous nous servons d'une solution de bleu à 1 p. 20, dont un centimètre cube contient 0 gr. 05 de matière colorante.

1. Le Goff, *Soc. médic. des hôpitaux*, 9 avril 1897, p. 545.

3 heures, ou même ne la présentant jamais, comme nous l'avons observé 4 fois : 1° chez un phthisique albuminurique; 2° dans un cas typique de mal de Bright; 3° chez un vieillard athéromateux dont les reins présentaient un mélange de lésions interstitielles anciennes et de lésions épithéliales récentes; 4° enfin chez un typhique entré au cinquième jour de la maladie avec 40°4.

Ainsi, dans les cas où les fonctions rénales sont troublées, ni la quantité de bleu éliminée, ni la durée de l'élimination ne présentent rien de fixe. La quantité peut être extraordinairement réduite, et la durée peut s'éloigner de l'état normal par des écarts considérables en plus ou en moins, tantôt notablement augmentée, tantôt singulièrement abrégée. Aussi, jusqu'à présent, ne nous a-t-il pas paru possible d'en tirer des indications suffisamment précises pour le diagnostic. C'est donc, en somme, le retard de l'apparition du bleu dans l'urine qui nous semble devoir être surtout pris en considération, parce qu'il constitue l'élément le plus constant et le plus saillant de l'épreuve, en cas de troubles des fonctions rénales.

Nous établirons donc, pour classer les faits que nous avons observés, deux catégories de cas : 1° ceux dans lesquels l'élimination du bleu a débuté dans un délai normal, que nous croyons pouvoir fixer à la première heure; 2° ceux dans lesquels l'élimination a été retardée, c'est-à-dire n'a débuté qu'après la première heure.

1° *Elimination régulière (perméabilité normale).* — La première catégorie comprend 40 sujet; 3 étaient en pleine santé et ne présentaient aucun indice d'affection rénale; 37 étaient affectés de maladies très diverses : grippe, fièvre typhoïde, rhumatisme, pleurésie, emphysème, tuberculose, fistule anale, affections cardiaques, hémiplégie, syphilis, chlorose, cancer de l'estomac : la plupart ne présentaient pas non plus de signes de néphrite, et l'intégrité du rein a pu, d'ailleurs, être vérifiée 3 fois par l'examen histologique. Cependant, chez 4 sujets, on pouvait croire cliniquement à l'existence de lésions rénales et, par conséquent, ces observations méritent d'être discutées.

L'un de ces malades est un cardiaque à sa première attaque d'asystolie, dont l'urine a renfermé, pendant les 15 jours qu'il est resté à l'hôpital, 1 à 6 grammes d'albumine quotidiennement; pour expliquer l'intégrité de la perméabilité rénale indiquée par l'épreuve du bleu, on peut se demander si cette albuminurie n'était pas la conséquence d'une lésion limitée, d'un infarctus, par exemple, qui laissait intacte la plus grande partie du parenchyme rénal; on peut encore se demander si elle n'était pas due à un simple trouble circulatoire sans modification fonctionnelle des éléments rénaux, car nous avons vu chez un autre cardiaque, la perméabilité, reconnue normale en dehors de toute asystolie, ne subir aucune modification au cours d'une poussée d'asystolie avec albuminurie (1 gr. 50).

Le second malade est un emphysémateux présentant plusieurs petits signes de brightisme (indurations artérielles, doigt mort, cryesthésie, crampes), sans albuminurie; mais ces petits signes de brightisme relèvent bien moins, à vrai dire, de la lésion rénale elle-même que des lésions artérielles accompagnant en général la néphrite interstitielle. : on conçoit donc qu'ils puissent exister sans que les reins soient altérés.

C'est, d'ailleurs, ce que nous avons constaté dans le troisième fait : il s'agissait aussi d'un emphysémateux éprouvant des fourmillements, des crampes, la sensation du doigt mort, de la polyurie et de la pollakiurie sans albuminurie; or, malgré des lésions artérielles très prononcées, notamment sur l'aorte, les reins n'étaient le siège d'aucune lésion histologique, ce qui expliquait parfaitement le résultat de l'épreuve du bleu.

Quant au quatrième cas, il concerne un tuberculeux albuminurique, mais son autopsie a établi aussi que le rein n'était pas altéré.

Il ne reste donc que deux faits cliniques dans lesquels l'épreuve du bleu a semblé en désaccord avec les symptômes, mais les interprétations que nous venons de proposer nous paraissent montrer que ce désaccord est loin d'être irréductible.

2° *Elimination retardée (perméabilité diminuée).* — Cette deuxième catégorie comprend 37 sujets. Mais il est nécessaire de distinguer, au point de vue clinique, 3 groupes de faits :

Dans un premier groupe, nous rangerons 21 malades présentant des signes manifestes de néphrite chronique; 12 avaient de l'albuminurie quand nous les avons soumis à l'épreuve du bleu; 9 n'avaient pas d'albuminurie, mais deux d'entre eux en avaient eu d'une façon certaine à une période antérieure, et chez la plupart on observait les signes habituels du mal de Bright, tels que pollakiurie, doigt mort, cryesthésie, signe de la temporale. L'examen histologique des reins, fait dans 7 cas de ce groupe, a d'ailleurs confirmé le diagnostic clinique et a démontré l'existence de lésions chroniques très évidentes.

Dans un second groupe prennent place 3 malades, n'ayant pas de signes de lésions rénales chroniques et atteints d'affections aiguës. Chez 2 d'entre eux, on pouvait soupçonner le développement de lésions aiguës du rein : l'un avait une broncho-pneumonie avec état infectieux, l'autre une pleurésie purulente avec pyohémie tétragénique : tous deux succombèrent et dans les 2 cas, nous avons pu constater l'existence de lésions récentes des reins. Le troisième malade est atteint de pleurésie aiguë et n'est pas albuminurique; c'est encore un cas à discuter : peut-être a-t-il une néphrite latente, ou bien s'agit-il de troubles fonctionnels du rein, liés à l'infection fébrile dont il est atteint (1).

Enfin, dans un troisième groupe, se classent 12 sujets n'ayant pas de signes manifestes de néphrite et souffrant d'affections chroniques. L'un d'eux est atteint d'infection urinaire; il n'a pas d'albuminurie, mais l'infection urinaire rend suffisrmment compte de la possibilité d'une lésion rénale. Un second cas est celui d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire; elle n'avait point d'albuminurie, mais l'examen histologique du rein a montré des lésions interstitielles. Les 10 autres malades sont des tuberculeux et n'ont pas non plus, sauf l'un d'eux, d'albuminurie; il est certain que, sans l'épreuve du bleu, l'examen clinique ne pouvait chez eux que faire soupçonner d'une façon très vague les lésions rénales, ou même les aurait laissé absolument méconnaître; or, 7 autopsies ont pu être faites et ont révélé des lésions très nettes des reins.

A ces derniers faits, il convient d'ajouter encore le suivant. Chez une jeune femme de 27 ans, ayant toutes les apparences d'une santé parfaite, le bleu ne passa dans l'urine qu'au bout de 2 heures et persista pendant 72 heures; frappés de cette contradiction entre les apparences cliniques et les résultats de l'épreuve, nous l'interrogeâmes avec soin sur ses antécédents, et nous apprîmes qu'elle avait eu, à l'âge de 18 ans, un érysipèle grave,

1. La suite de l'observation a montré que cette dernière hypothèse est exacte : le malade, devenu apyrétique, élimine le bleu d'une façon normale.

suivi bientôt d'un second, moins sérieux, et qu'elle avait présenté alors, pendant 2 ou 3 mois, de l'œdème de la face et des malléoles, de la céphalée et des vertiges. Instruits par les résultats qui précèdent, nous croyons légitime d'admettre que, malgré l'absence actuelle de symptômes fonctionnels et d'albuminurie, il existe chez cette femme des lésions latentes des reins, que l'épreuve du bleu a révélées, en indiquent du même coup leur peu d'intensité.

De l'ensemble de ces faits, qui comprennent 77 observations, il ressort comme conclusion que l'épreuve du bleu de méthylène, dans les conditions où nous l'avons faite, indique l'état des fonctions éliminatrices des reins. Nous n'avons jamais vu de lésions rénales avérées sans un retard de l'élimination. Nous avons, il est vrai, rencontré des sujets qui ne semblaient pas avoir de lésions rénales et chez qui l'élimination était néanmoins retardée, mais nous avons pu acquérir plusieurs fois la preuve anatomique ou la présomption clinique d'une altération des reins. Nous avons encore vu des malades qui avaient de l'albuminurie et chez qui l'élimination était régulière, mais une autopsie, la seule que nous ayons pu faire d'un cas de ce genre, nous a permis de constater l'absence de lésions histologiques des reins.

Jamais l'autopsie n'a donc donné un démenti à la conclusion générale que nous venons d'énoncer, et l'on peut ajouter que, dans la très grande majorité des cas, les indications tirées de l'ensemble des symptômes se sont trouvées d'accord avec cette conclusion. Si l'on met à part, en effet, les 22 cas suivis d'autopsie, où toujours les résultats de l'épreuve du bleu ont été confirmés par l'examen microscopique, alors même que l'histoire clinique des sujets pouvait sembler les contredire, on trouve seulement 4 observations cliniques prêtant à discussion. Ce sont d'abord les 2 cas de l'emphysémateux présentant quelques signes de brightisme et du cardiaque albuminurique, chez qui l'épreuve indiquait cependant une perméabilité normale; ce sont, d'autre part, la pleurétique, et la jeune femme atteinte autrefois d'érysipèle, chez qui l'épreuve a indiqué un retard de l'élimination, malgré l'absence de troubles rénaux cliniquement appréciables. Or il nous a paru, comme nous l'avons indiqué plus haut, que ces faits étaient néanmoins susceptibles d'une interprétation conforme aux conclusions que nous avons tirées de l'épreuve du bleu. En tout cas, ces faits, s'ils laissent place au doute, n'apportent aucune preuve démonstrative contre la valeur du procédé; aucune conclusion ferme n'en peut être tirée; ils ne sauraient donc prévaloir contre la masse des observations probantes, et ils sont évidemment insuffisants pour infirmer la valeur de l'épreuve que nous préconisons comme réactif des fonctions éliminatrices des reins.

Mais nous devons nous garder d'une confusion. En pratiquant l'épreuve du bleu, nous interrogeons non pas l'état anatomique, mais la valeur physiologique des éléments rénaux; nous recherchons non pas la lésion du tissu, mais le trouble de la fonction. Aussi ne faudrait-il pas croire que le résultat brut fourni par cette épreuve indique à coup sûr et sans autre information l'existence ou l'absence d'une lésion matérielle du rein. La seule réponse valable qu'on puisse demander à cette épreuve, c'est d'indiquer si le rein est doué ou non d'une perméabilité normale (1), si la dépuration urinaire se fait ou non dans des conditions régulières; et cela est tout différent, car une lésion rénale fort limitée peut ne pas modifier sérieusement le fonctionnement de l'organe, et réciproquement la perméabilité peut être altérée d'une façon passagère, sans lésion, ou du moins sans lésion définitive.

Au surplus, voici des exemples de cette dernière éventualité, qui font bien ressortir en même temps la sensibilité de l'épreuve que nous proposons. Chez un des sujets sains dont la perméabilité rénale s'était montrée régulière, nous avons vu, à l'occasion d'un embarras gastrique accompagné d'urticaire, survenir un retard de l'élimination; mais après cette indisposition d'un jour, l'épreuve du bleu, faite de nouveau, montra cette fois que les fonctions rénales avaient recouvré leur intégrité première. Chez un malade dont il a été déjà fait mention, entré au 5e jour d'une fièvre typhoïde, avec une température de 40°4, le bleu ne fut pas éliminé; mais après l'apyrexie, deux nouvelles épreuves montrèrent que l'élimination était parfaitement régulière : le malade n'avait, d'ailleurs, pas d'abumine, ni aucun indice de complication rénale. Dans ces deux cas, il est impossible de songer à une lésion matérielle des reins et il est nécessaire d'admettre un simple trouble fonctionnel, essentiellement transitoire, qu'il n'eût guère été possible de soupçonner sans l'épreuve que nous avons faite.

Nous estimons donc que, comme tout résultat d'une recherche clinique, celui de l'épreuve du bleu doit être interprété selon les circonstances, quand il s'agit de l'utiliser pour le diagnostic d'une néphrite.

Si l'élimination du bleu est régulière, on pourra conclure que les reins sont intacts, ou du moins que, s'ils sont altérés, la lésion est limitée et que le reste du parenchyme suffit à pourvoir à un fonctionnement normal.

Si l'élimination est retardée, deux cas peuvent se présenter. Ou bien il s'agit d'un retard passager, et on sera en droit de conclure que le rein n'a subi qu'un trouble fonctionnel; ou bien le retard est permanent, et alors on devra admettre l'existence d'une néphrite chronique. Il faut donc tenir grand compte des conditions dans lesquelles on constate ce retard de l'élimination. En général, si le retard s'observe chez un sujet atteint de troubles chroniques, mais se trouvant, au moment de l'épreuve, dans son état de santé habituel, sans aucun incident aigu, il y a tout lieu de croire à l'existence d'une néphrite chronique; si le retard s'observe chez un malade atteint d'une affection aiguë, il peut indiquer soit un simple trouble fonctionnel, soit une néphrite. Il importe, par conséquent, surtout au cours d'un état aigu, de ne pas s'en tenir à un seul essai et de renouveler l'expérience.

Il convient aussi, dans les cas mortels, de ne pas oublier la possibilité de lésions terminales des reins. Il peut arriver qu'après avoir éprouvé chez un malade, au moyen du bleu, la perméabilité des reins, et l'avoir reconnue normale, on trouve à l'autopsie des lésions rénales aiguës; mais ces lésions n'existaient pas encore lorsque l'épreuve avait été pratiquée. Ainsi nous avons vu, chez un sujet atteint de broncho-pneumonie avec signes généraux graves, l'épreuve du bleu, faite une première fois, indiquer un fonctionnement normal du rein, puis, la veille de la mort (7e jour de la maladie), accuser un retard de l'élimination; or, l'autopsie a montré de fines lésions dégénératives des tubuli, avec intégrité presque complète des glomérules; cette lésion était toute jeune, et résultait évidemment de l'infection aiguë. Si, dans ce cas, l'épreuve du bleu n'avait pas été répétée la veille de la mort, on aurait pu, en s'en tenant aux précédentes constatations,

1. Il faut bien se garder d'évaluer la perméabilité du rein d'après l'abondance plus ou moins grande de l'urine émise. De deux filtres, le plus perméable n'est pas celui sur lequel on a jeté le plus d'eau, mais celui qui laisse passer, dans le temps le plus court, la même quantité d'une substance donnée.

concevoir des doutes sur l'exactitude des renseignements obtenus par ce moyen. Les faits de ce genre sont intéressants à connaître pour éviter de conclure, d'un examen insuffisant, que le procédé est en défaut; mais ils sont, en réalité, de peu d'importance pour la pratique, car ces lésions terminales des reins sont ordinairement l'effet d'une infection ou d'une intoxication générale à laquelle le malade succombe, et elles se trouvent alors perdues, en quelque sorte, dans l'ensemble des accidents généraux.

III. — Avantages du procédé — L'épreuve du bleu de méthylène, telle que nous la proposons, a l'avantage de s'adresser à la fonction de l'organe. Elle fournit par excellence un signe direct des troubles de la fonction rénale, tandis que bien d'autres signes, auxquels on attache une grande importance en clinique pour le diagnostic du mal de Bright, ne sont que des signes indirects de lésions des reins : tels sont les petits signes de brightisme, dont la plupart dépendent bien moins de la néphrite elle-même que des lésions artérielles diffuses accompagnant habituellement la néphrite interstitielle.

L'épreuve du bleu offre aussi cet intérêt de ne pas faire double emploi avec la recherche de l'albumine; bien au contraire, ses résultats ne se superposent nullement à ceux que fournit l'albuminurie. Elle permet, en effet, de discerner les lésions rénales sans albuminurie et les albuminuries sans lésions rénales. Elle paraît aussi convenir pour dépister les néphrites latentes, sans albuminurie et sans symptômes fonctionnels, néphrites qui resteraient le plus souvent méconnues, comme tant de néphrites des tuberculeux, ou dont une enquête sur les antécédents morbides pourrait quelquefois seulement faire soupçonner la possibilité. Enfin elle est apte également à révéler les troubles fonctionnels passagers qui peuvent affecter le rein.

Il est probable qu'elle trouvera encore son utilité dans d'autres circonstances, par exemple, pour faire présumer la tolérance d'un sujet à certains médicaments. On sait, en effet, qu'on explique par un trouble des fonctions rénales, non pas évidemment la totalité, mais une partie des accidents d'intolérance médicamenteuse. Or, voici un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir. Deux malades, un homme et une femme, entrèrent le même jour à l'hôpital avec un rhumatisme articulaire aigu; chez le premier, 5 grammes de salicylate de soude furent très bien tolérés et l'épreuve du bleu montra que la perméabilité des reins était normale; chez la seconde, la dose de 4 grammes provoqua rapidement des bourdonnements d'oreille : or l'épreuve du bleu accusa chez elle un retard notable de l'élimination. Depuis, nous avons observé d'autres rhumatisants qui supportaient fort bien le salicylate et chez qui l'épreuve du bleu indiquait une perméabilité normale des reins.

On voit donc que cette épreuve comporte un certain nombre d'applications utiles au diagnostic et au pronostic. De toutes la plus importante, parce qu'elle donne les indications les plus nettes et les plus sûres, est celle que l'on en peut faire au diagnostic du mal de Bright, principalement de la néphrite interstitielle sans albuminurie, et des lésions rénales si fréquemment latentes chez les phtisiques.

Aussi, en raison de sa grande simplicité et des résultats satisfaisants qu'elle nous a donnés, la recherche de la perméabilité rénale par le procédé que nous venons de décrire nous paraît mériter de prendre place parmi les moyens dont la clinique dispose pour explorer l'état des fonctions des reins. Elle viendra s'ajouter à ces moyens grande. En effet, pour le rein, organe dépurateur par d'autant plus utilement que jusqu'ici les éléments que l'étude des urines fournit au diagnostic et au pronostic des affections rénales sont encore peu nombreux et d'une interprétation trop souvent incertaine. Passons-les, en effet, rapidement en revue.

De ces éléments, l'albuminurie est incontestablement le principal et le plus en faveur auprès des cliniciens. Mais c'est un signe à la fois infidèle et inconstant, comme l'a dit très justement M. Dieulafoy, à qui l'on doit d'avoir insisté sur l'absence fréquente de l'albuminurie dans le cours des néphrites chroniques, et sur la valeur séméiologique des symptômes cherchés en dehors de l'examen des urines. D'autre part, l'albuminurie peut exister sans lésions des reins, et surtout sans lésions assez étendues pour mettre un obstacle sérieux aux fonctions éliminatrices de ces organes. On ne peut donc se fier à sa recherche pour juger de l'importance d'une lésion rénale.

Quant aux variations pathologiques des divers principes constituants de l'urine, urée, chlorures, etc., elles ne peuvent être reconnues qu'au moyen d'une analyse chimique assez détaillée, et les données qu'elles fournissent sont bien plutôt relatives aux troubles de la nutrition générale ou aux altérations de divers organes, entre autres le foie, qu'à l'état des fonctions rénales.

La présence d'éléments figurés, de cellules épithéliales, de globules rouges et blancs et surtout de cylindres dans l'urine peut donner des indications importantes sur l'existence d'une néphrite. Cependant leur recherche est parfois infructueuse; l'urine normale peut renfermer des cylindres; enfin leur constatation est sans valeur pronostique et n'apprend rien de l'étendue des lésions, puisqu'une lésion limitée, incapable de compromettre la dépuration urinaire, suffit à les produire.

De même que, dans les affections de l'appareil respiratoire, ni l'abondance ni la nature de l'expectoration ne sauraient donner la mesure de la gêne de l'hématose, on peut dire que ni l'albuminurie ni la cylindrurie n'indiquent à elles seules l'atteinte portée à la valeur fonctionnelle des reins malades.

La recherche de la toxicité des urines est un moyen d'investigation dont la portée est théoriquement plus excellence, ce n'est pas tant ce qu'il élimine en trop que ce dont il ne permet plus la sortie hors de l'organisme, qu'il importe de connaître pour apprécier à sa vraie valeur le trouble survenu dans ses fonctions et prévoir le danger qui en résulte. Or, c'est précisément l'insuffisante élimination des substances nuisibles, dans les néphrites, que la recherche de la toxicité urinaire se propose de mettre en évidence. Malheureusement, c'est un procédé de laboratoire et non un procédé clinique, et l'on ne peut attribuer une grande précision aux résultats que cette recherche a fournis jusqu'ici, avec la technique imparfaite qui a été généralement mise en usage. La mesure de la toxicité exige, en effet, l'observation de certaines règles, telles que la constance de la pression et de la vitesse d'injection, les précautions prises pour empêcher les thromboses vasculaires chez l'animal en expérience. En outre, la diminution de la toxicité urinaire dans les néphrites, jugée par comparaison avec la toxicité moyenne d'une urine normale, peut éclairer le pronostic général de la maladie, mais n'indique pas avec précision la part spéciale qui revient au rein dans ce pronostic. La toxicité urinaire, en effet, est quelque chose de fort complexe; elle résulte de facteurs multiples, elle est influencée par l'état de différents organes, par le régime; le régime lacté, notamment, la diminue. Et c'est le rapport entre la toxicité du sang et celle de l'urine, chez chaque malade, qu'il fau-

drait établir pour apprécier l'état des fonctions rénales.

Ainsi, l'on peut dire qu'aucun des procédés employés d'ordinaire pour explorer les fonctions du rein ne donne, sur l'importance des troubles qu'elles éprouvent, des indications suffisamment sûres et faciles à obtenir. Le moyen fort simple que nous proposons, sans exclure les précédents, permet surtout d'apprécier l'état de la perméabilité du rein; or, c'est là le point qui nous paraît le plus intéressant à déterminer en clinique, le rôle du rein étant avant tout celui d'un organe dépurateur.

En entrant, comme nous le souhaitons, dans la pratique, cette épreuve de la perméabilité rénale nous semble devoir aussi comporter ce résultat utile d'enlever à la recherche de l'albumine l'importance trop considérable et trop exclusive qu'on lui accorde encore aujourd'hui. Rien n'est plus propre, en effet, que cette épreuve à rendre évidente à tous les yeux cette notion, bien classique en pathologie, mais qui, malgré tout, n'est pas aussi souvent qu'il le faudrait présente à l'esprit du clinicien, que l'albuminurie n'est nullement proportionnelle au degré et à l'étendue de la lésion rénale, et que le trouble le plus grave qui puisse affecter les fonctions des reins, l'imperméabilité, peut survivre à la disparition, même complète et prolongée, de l'albumine urinaire.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

V° SESSION.

Séances du 22 au 24 avril 1897.

Sur les applications de forceps dans les cas de présentation du pariétal postérieur.

M. Fochier (de Lyon) fait toujours des applications obliques pour les applications de forceps au détroit supérieur. Quand il y a présentation du pariétal postérieur il faut laisser la liberté à la bosse frontale antérieure; il ne faut donc pas appliquer la branche antérieure sur cette bosse, sinon on sous-tend une concavité (branche ischio-pubienne) dans laquelle on pourrait faire engager une convexité (bosse frontale).

Il vaut donc mieux, dans ces cas, mettre une branche sur l'apophyse mastoïde antérieure, l'autre sur la bosse frontale postérieure; le forceps est alors mis en sens inverse : la concavité des cuillers regarde la face de l'enfant. Cela fait, on tire sur le lacs qui s'attache à la branche antérieure.

Deux cas de mole vésiculaire compliqués de vomissements graves.

M. Bué (de Lille) rapporte 2 cas dans lesquels il y a eu coïncidence d'une grossesse molaire et de vomissements graves, et se demande s'il y a entre les deux choses rapport de cause à effet. On a signalé déjà d'ailleurs cette coïncidence. En tout cas, on sait que toute lésion grave de l'œuf peut donner des vomissements réflexes sérieux.

Sur un cas d'hydramnios dû à un sarcome du rein du fœtus.

MM. Brindeau et **Georghinu** (de Paris) rapporte l'observation d'une primipare de 33 ans, enceinte de 5 mois environ, et entrée à l'hôpital avec un hydramnios, tel qu'il a fallu ponctionner les membranes. La femme accoucha quelque temps après d'un enfant venant de mourir, pesant 1 100 grammes. La quantité de liquide amniotique était de 7 litres, le placenta pesait 650 grammes. A l'autopsie du fœtus on trouva une tumeur sarcomateuse du sein gauche et grosse comme une orange.

On peut admettre que dans ce ces l'hydramnios s'est produite dans ce cas par gêne de la circulation ombilicale. Les veines ombilicales étaient dilatées et du liquide injecté dans la veine ombilicale filtrait assez facilement à travers ses branches au niveau de la fasse amniotique du placenta.

Ictère grave fœtal dans l'état puerpéral.

M. Lop (de Marseille) rapporte l'observation d'une jeune I-pare arrivée à 7 mois et demi de sa grossesse, et après être restée exposée pendant quelques heures au froid et prise d'un frisson violent suivi d'ictère. Cet ictère se prononce aapidement et s'accompagne de troubles digestifs. L'accouchement se fait prématurément. Le 6e jour des suites de couches, l'ictère se fonce et tous les symptômes de l'ictère grave apparaissent (dyspnée, hémorrhagies fièvre, délire). La femme succomba en 48 heures.

Il s'agit donc là d'un ictère grave d'emblée survenu pendant la grossesse et sans doute dû à l'influence réunie du froid et de la gravidité.

MM. Crouzat et **Jeannel** (de Toulouse). Il s'agit d'une femme de 32 ans, arrivée au 3e mois d'une grossesse intra-utérine abdominale avec enfant viable.

L'enfant étant viable, on se décide à intervenir, on fait la laparatomie. A l'incision du kyste fœtal, il s'écoule du liquide amniotique vert. L'extraction du fœtus est rendue un instant difficile par l'existence d'une adhérence réunissant la tête fœtale au kyste. Il se produit de plus une déchirure du cordon qui donne une hémorrhagie formidable qu'on dut arrêter par le tamponnement.

L'enfant extrait pesait 2 kilogr. 800. Il meurt dans la journée. On laisse le placenta en place.

La femme, après l'opération, fut prise de fièvre et mourut, au bout de 1 mois, d'infection due à la putréfaction de son placenta.

A l'autopsie, la grossesse abdominale est secondaire à la rupture d'une grossesse tubaire droite. Le placenta occupe toute la moitié droite de l'excavation; il adhère au péritoine pariétal, et, remontant dans l'abdomen, adhère à l'intestin. Les vaisseaux maternels qui vont au placenta sont énormes.

Observation d'albuminurie grave sans éclampsie.

M. Patay (de Rennes) relate l'observation d'une femme très albuminurique, arrivée à sa 7e grossesse. Il s'agit d'une grossesse gémellaire. Il y a 10 grammes d'albumine dans les urines, On institue le régime lacté. La femme accouche de 2 jumelles, 4 jouts après l'accouchement, il se produit brusquement de l'aphasie et une hémiplégie droite. A aucun moment il n'y a eu d'accès d'éclampsie. Actuellement, c'est-à-dire 4 mois après l'accouchement, l'aphasie et l'hémiplégie sont améliorées; il ne reste plus que 1 gramme d'albumine dans les urines.

Il s'agit donc d'une albuminurie grave qui sans déterminer d'accès éclamptiques a donné des accidents sérieux qui durent depuis plus de 3 mois.

De l'étiologie de l'éclampsie.

M. Alex. Favre (de la Chaux-de-Fonds) a trouvé chez une éclamptique, lors de l'autopsie après l'accouchement, que l'uretère droit après un côtoyement des parois abdominales, s'accolait à l'utérus assez fortement par place et sur une grande étendue, tandis que le gauche était libre sur tout son parcours. L'uretère droit faisait corps avec l'utérus auquel il était attaché par des fibres conjonctives.

L'utérus avait la grandeur d'une matrice gravide de 4 mois environ. Des injections faites dans les deux uretères donnaient une diminution de l'écoulement au travers de l'uretère droit comparativement au gauche. En distendant avec les pinces de Museux fortement le fond de l'utérus et ainsi l'utérus entier, il

arriva à constater que dans ce cas l'écoulement n'avait pas lieu.

M. Favre ne veut pas faire de généralité, mais ce fait mérite sans doute l'intérêt : n'ayant constaté aucune trace d'inflammation, il admet que le parametrium dans ce cas effectuait l'accolement de l'uretère à l'utérus.

Lésions du foie et des reins chez les éclamptiques et les fœtus issus des femmes éclamtiques.

MM. Bar et **Guyeisse** ont étudié les reins et le foie dans 13 cas. Sur ces 13 cas d'éclampsie, 9 fois les hémorrhagies signalées par tous les auteurs, étaient extrêmement nettes. Le foie était gros, tigré de petites taches brunes hémorrhagiques siégeant autour des lobules, dans les espaces portes, et envahissant la périphérie des lobules. La partie centrale des lobules était saine. D'autres fois, au contraire, mais plus rarement, l'hémorrhagie était plus diffuse. Il existait dans le foie, sur les coupes histologiques, des foyers considérables semés au hasard, suivant les espaces périportaux et envahissant toutes les parties du lobule. Le foie avait l'aspect d'une écumoire.

Dans 2 cas, les hémorrhagies étaient bien périportales, mais, dans les espaces portes, on notait de plus l'existence de branches de la veine porte de petit calibre thrombosées. Dans ces cas, l'hémorrhagie suivait toute la partie périphérique de l'espace périportal, tout autour des veines thrombosées. Mais les lobules ne contenaient pas de lésions hémorrhagiques.

Enfin et surtout on trouva toutes les lésions de l'ictère grave, c'est-à-dire la dégénérescence des cellules hépathiques (noyau peu apparent, protoplasma trouble, diffluent; cellules irrégulières, mal délimitées, désagrégées par points). Or ces lésions coïncidaient avec un gros foie.

Il y a donc, dans le foie des éclamptiques, altération des cellules hépathiques avec ou sans hémorrhagie, et dans les vaisseaux portes des embolies de cellules hépatiques, déjà signalées par Klebs.

Quant aux lésions du rein, dans l'éclampsie, elles sont caractérisées par des lésions de néphrite, des foyers hémorrhagiques. Nous n'avons jamais trouvé d'embolies hépathiques. Jamais de microbes.

Observation de placentome.

M. Guéniot (de Paris) a observé une tumeur placentaire qu'il croit unique dans son genre.

La tumeur avait la grosseur d'un œuf de poule et siégait tout près du cordon. Cette tumeur était dure, homogène. L'examen microscopique fait par M. de Sinéty a montré que la tumeur était constituée par un amas de villosités. C'est donc un véritable placentome, c'est-à-dire une tumeur formée aux dépens des villosités choriales déviées de leur type normal.

Note sur la production du lait par les nourrices. Variations dans la quantité.

M. Budin. — On sait que la quantité de lait chez les nourrices varie avec de nombreuses causes : l'alimentation, les conditions morales. On peut également arriver à faire augmenter la quantité de lait par l'entraînement. Dans notre service des débiles à la Maternité nous avons 15 nourrices qui sont arrivées à pouvoir nourrir 50 enfants plus les leurs. Il est vrai qu'elles étaient surmenées et nous avons dû réduire le nombre des nourrissons. Actuellement chaque nourrice allaite en moyenne 3 enfants plus le sien auquel on donne en outre un peu de lait stérilisé.

On peut arriver ainsi à faire produire à ces nourrices jusqu'à 2 800 grammes de lait par jour.

Ce point est intéressant au point de vue des nourrices employées dans la clientèle. Pour ma part, quand il s'agit d'enfants débiles je conseille à la famille de prendre à la fois la nourrice et son enfant.

Quand la nourrice n'est plus tetée par un enfant vigoureux on voit, en effet, la sécrétion se tarir immédiatement; quant au contraire l'enfant de la nourrice continue à teter sa mère, le petit débile peut boire facilement un lait qui coule pour ainsi dire tout seul.

M. Guéniot. — Ce que vient de dire M. Budin est absolument juste et les éleveurs savent bien que, lorsqu'on ne trait pas les vaches à fond, le lait se supprime brusquement. Il se produit une coagulation du lait dans les mamelles qui amène la cessation de la sécrétion.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Bibard (R.). *Contribution à l'étude des causes externes du décollement de l'épiphyse humérale supérieure.* N° 156 (H. Jouve.)

M. Grognot (E.). *Contribution à l'étude des troubles nerveux précoces du mal de Pott.* N° 229 (H. Jouve,)

M. Bibard, dans son étude pathogénique du décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus, admet qu'elle et la diaphyse peuvent avoir un mouvement propre et que chacune peut résister à l'autre. La traction suivant l'axe du bras est impuissante de par l'insertion diaphysaire de la capsule. Le choc direct par son impulsion propre sur l'épiphyse joue le rôle prépondérant et la disjonction est accessoirement favorisée par les altérations qu'il imprime aux organes qui maintiennent l'adhérence des deux portions osseuses. Le mécanisme de la flexion apparaît surtout dans les cas obstétricaux et les chutes sur le coude. Le décollement ne se fait presque jamais sur toute la surface de séparation à la fois. Il commence par la face externe généralement. Il faut donc, dès qu'un décollement initial est signalé par un point douloureux au niveau du cartilage, immobiliser la jointure et ne pas attendre que le déplacement de la diaphyse se soit produit.

De l'étude consciencieuse de M. Grognot, il résulte que chez l'adulte le mal de Pott peut débuter par des troubles nerveux précédant de plusieurs mois et même d'une année toute gibbosité ou abcès. Ce sont surtout des pseudo-névralgies dont les irradiations les plus fréquentes sont les douleurs intercostales, en ceinture autour de l'abdomen, lombaires, sciatiques et crurales. Unilatérales d'abord, bilatérales ensuite, elles s'étendent aux régions voisines et résistent avec ténacité à tous les traitements. Il s'y joint assez souvent d'autres troubles de la sensibilité et des troubles trophiques cutanés ou musculaires. Dès la période douloureuse, les réflexes sont exagérés et il y a de la trépidation épileptoïde. M. Grognot insiste sur les éléments du diagnostic et les conditions d'un traitement conservateur dès cette période.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Conte (Célestin). *Du décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus.* N° 21.

M. Rabuson (Gaston). *Des tumeurs blanches consécutives aux tubercules des parties molles juxta-synoviales.* N° 42.

M. Angué (Emile). *Du panaris ostéomyélitique.* N° 56.

M. Juvanon (Alexandre). *Contribution à l'étude des angiomes parostaux et périostiques.*

M. Gérin (Paul). *De la dyspnée consécutive à la trépanation du sternum.*

M. Boudriot (Joseph). *Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites.*

M. Guinet (René). *Sur la synovite tuberculeuse du cubital postérieur*

Le décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus est, de la part de M. Coate, l'objet d'une monographie intéressante. Possible jusqu'à 25 ans, avec maximum à 17, il se produit le plus souvent par choc direct et au sein de la cou-

che ostéoïde, se manifeste par un déplacement variant depuis un léger glissement jusqu'à la séparation complète des fragments avec renversement de la tête. Son siège peut être intra-articulaire mais ce n'est pas la règle. On n'a donc pas trop à redouter de raideur ou d'arthrite, mais l'on observe parfois un arrêt de développement plus ou moins considérable (14 centim. dans un cas).

Le traitement comprendra un massage précoce après une immobilisation de 15 jours au plus — dans le cas de décollement compliqué, on procédera tout d'abord à une résection suffisante pour permettre un drainage osseux utile.

Certaines tumeurs blanches, dit M. Rabuson, sont consécutives à des tuberculoses des parties molles juxta-synoviales (gaines tendineuses, bourses séreuses, tissu conjonctif). Leur envahissement se produit : 1° par la voie lymphatique, souvent à distance; 2° par contiguïté, localement; 3° par l'ouverture brusque d'un foyer dans la synoviale. Il y a intérêt à dépister de bonne heure ces tuberculoses para-articulaires et, pour ce, à tenir grand compte de l'adénopathie. Sitôt la lésion reconnue, la traiter par l'excision à laquelle on joindrait, en cas de doute sur l'intégrité de la jointure sous-jacente, l'ignipuncture et la cautérisation ponctuée.

M. Angué a relevé 30 cas d'ostéomyélite infectieuse des doigts, parmi lesquels le pouce est le plus souvent atteint, puis le médius, l'index et enfin l'annulaire. Il insiste sur le rôle du traumatisme qu'il a trouvé 14 fois et l'âge des malades qui ne sont pas à l'abri de ces accidents alors que leurs épiphyses sont soudées. Les foyers digitaux peuvent coïncider avec des localisations dans d'autres points du squelette. Généralement ils sont isolés. Quelquefois plusieurs phalanges sont atteintes à la fois et l'on peut voir, comme dans un fait de Poncet, plusieurs décollements épiphysaires sous le même doigt. Le pronostic est grave puisque sur ces 30 cas il y a eu 6 morts imputables à l'ostéomyélite phalangienne seule. L'intervention précoce ne suffit pas toujours et l'on est parfois amené à pratiquer l'amputation ou mieux la désarticulation de la phalange.

A l'occasion d'une observation intéressante de Gangolphe : « Angiome profond périostique simulant un kyste à grains riziformes des gaines tendineuses des extenseurs, opéré et guéri » M. Juvanon a colligé 6 faits analogues et constaté que ces tumeurs érectiles, de type caverneux, n'ont pas de tendance à envahir l'os ou les tissus voisins. Leur symptomatologie est souvent fort obscure et prête à d'inévitables erreurs. Ils peuvent modifier le travail d'ossification et amener la formation d'inégalités osseuses exubérantes, mais M. Juvanan n'a pas observé d'allongement des os. En raison de la gêne fonctionnelle que détermine leur tendance extensive dans certains cas et des symptômes graves qu'ils peuvent présenter, il conseille l'extirpation.

A l'aide de l'anatomie normale et pathologique et de l'expérimentation sur le chien, M. Gérin a cherché l'interprétation de la dyspnée que l'on observe quelquefois à la suite d'une trépanation du sternum et dont l'intensité et la fréquence sont d'ordinaire en relation avec l'étendue du sacrifice. Il l'explique par plusieurs causes :

Névrite des intercostaux.

Tuberculose pleuro-pulmonaire.

Troubles mécaniques respiratoires, dus aux modifications du fonctionnement du thorax par l'ablation d'un segment total du sternum et la libération des côtes qui s'y rattachent.

M. Boudriot réunit dans sa thèse 16 observations d'ulcérations artérielles dans l'ostéomyélite. 14 fois il s'agissait de l'artère poplitée, une fois de la grande anastomotique, une fois de la dentaire inférieure. Dans deux de ces cas l'ostéomyélite relevait d'une fracture compliquée. Elle était spontanée dans les autres. D'ordinaire il y a nécrose partielle par propagation aux tuniques vasculaires du processus infectieux. Il s'y joint quelquefois des causes mécaniques : compression, dénudation, perforation par un séquestre ou par un drain. C'est là une redoutable complication tant par l'hémorrhagie primitive très abondante que par la répétition d'hémorrhagies secondaires causées par l'infection. Tenant compte de tout cela, M. Boudriot, à l'exemple de son maître M. Poncet, préconise comme traitement l'amputation de cuisse.

La gaine synoviale du cubital postérieur peut, comme le montre M. Guinet, être envahie par la tuberculose, soit conjointement avec les gaines de l'extenseur commun, soit consécutivement à une arthrite bacillaire du poignet et particulièrement de l'articulation médio-carpienne, soit enfin primitivement. Elle se montre dans ces conditions à tout âge et dans tout sexe mais de préférence chez l'adulte et la femme, constituant en quelque sorte une affection professionnelle. Le traitement de choix est l'extirpation totale, et, dans les cas où elle n'est pas possible, le curage avec synovectomie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Dilatation volontaire de la pupille, par Bechtereff, (*Neurol. Vestnik*, t. III, f. 1). — M. Bechtereff a eu l'occasion d'observer dernièrement une malade qui se plaignait d'une faiblesse générale et de palpitations qui devenaient particulièrement inquiétantes le soir quand elle se mettait au lit. En l'examinant, l'auteur a constaté que la malade possède la faculté de dilater volontairement sa pupille droite. Interrogée, elle a expliqué qu'elle possède cette faculté depuis 5 ans environ. Au début elle ne pouvait provoquer cette dilatation artificielle de la pupille qu'en se courbant fortement en avant ou en regardant d'une façon fixe un objet quelconque. Plus tard, elle put parvenir au même résultat simplement par un effort de sa volonté qui déterminait dans l'œil une sensation de tension. Pour ramener ensuite la pupille à ses dimensions normales, il suffisait à la malade de fermer plusieurs fois les paupières. Il est à remarquer que les représentations mentales de l'obscurité ou de la lumière ne jouaient dans ce cas aucun rôle.

M. Bechtereff examine à ce propos la physiologie de l'innervation de l'iris. La dilatation de la pupille, dépendante d'une excitation centrale peut se produire de deux manières : ou bien par l'action directe sur les muscles dilatateurs de la pupille, ou bien par une action inhibitoire sur le centre constricteur de la pupille, action grâce à laquelle le muscle dilatateur de la pupille se contracte plus librement.

Dans ce cas particulier l'accommodation des deux yeux était égale, la dilatation de la pupille droite dans le regard au loin était insignifiante par rapport à sa dilatation volontaire. Ces faits, joints à la production unilatérale du phénomène, prouvent que pour le produire la malade n'a pas recours à l'accommodation volontaire de l'œil sans fixation d'un objet extérieur. De même il est impossible d'expliquer l'origine de ce phénomène par l'inhibition au centre constricteur de la pupille, vu l'absence de toute contraction musculaire et aussi l'unilatéralité du symptôme. Enfin on doit également exclure l'hypothèse d'une dilatation pupillaire sous l'influence d'une représentation mentale de la douleur ou de la peur, étant donné qu'au moment de la production de ce phénomène, la malade est parfaitement calme. M. Bechtereff suppose une action volontaire portée directement sur les fibres sympathiques qui ont sous leur dépendance la dilatation pupillaire. Deux faits semblent plaider en faveur de cette hypothèse : 1° au moment même où la pupille se dilatait la malade éprouvait la sensation d'un certain exorbitisme; 2° la pupille une fois dilatée restait dans cet état pendant quelque temps et la dilatation ne disparaissait que par une fermeture répétée des paupières.

En somme, l'auteur voit la cause de ce phénomène singulier dans l'existence chez cette malade d'un rapport préétabli entre le centre psychique supérieur (centre des impulsions volontaires) avec le centre qui innerve le muscle dilatateur de la pupille.

MÉDECINE

Histologie des épanchements hémorrhagiques de la plèvre, par Auché et Carrière (*Rev. de médecine*, mars

1897). — Le rapport du nombre des globules blancs à celui des globules rouges est très différent de ce qui existe dans le sang normal; la proportion des globules blancs est toujours plus forte relativement, leur nombre peut égaler presque celui des globules rouges. Les différentes variétés de globules blancs sont entre elles dans des rapports tout aussi variés. Les cellules éosinophiles peuvent être particulièrement nombreuses, et dans certains cas cette abondance coïncide avec une augmentation de ces mêmes cellules dans le sang et leur présence en abondance dans les crachats.

Maladie familiale à symptômes cérébello-médullaires, par Pauly et Bonne (*Rev. de médecine*, mars 1897, p. 201). — Observation de 3 frères atteints de paralysie spasmodique bilatérale, avec tremblement, nystagmus et troubles de la parole (bradylalie). La maladie a débuté chez ces 3 sujets à l'âge de 13, 15 et 8 ans. Il n'y avait pas d'hérédité morbide. Après discussion et sans vouloir préciser la nature de la maladie au point de vue des lésions, les auteurs pensent qu'il s'agit de ces intermédiaires entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et les diplégies spastiques familiales.

Pathogénie de la maladie d'Addison, par E. Boinet (*Rev. de médecine*, février 1898, p. 136). — De ses expériences sur des rats décapsulés, l'auteur conclut que les deux théories de l'*insuffisance capsulaire* et de l'*altération du grand sympathique*, qui ont été opposées l'une à l'autre, sont trop exclusives, mais contiennent chacune une part de vérité. Certains faits observés chez l'homme ne permettent d'invoquer que la théorie nerveuse. Mais la clinique et l'expérimentation démontrent que la destruction expérimentale des capsules agit non seulement par la dégénérescence ascendante et secondaire du grand sympathique, mais encore par l'insuffisance capsulaire. Cette suppression des fonctions des capsules favorise la rétention dans le sang, dans les viscères et les muscles de produits toxiques qui paraissent jouer un certain rôle soit dans la formation du pigment dans le sang, soit dans la production et l'augmentation de l'asthénie.

Anévrysme artérioso-veineux, par Ed. Boinet et Villard (*Rev. de médecine*, février 1897, p. 151). — Observation d'anévrysme artérioso-veineux, produit par une ulcération athéromateuse de la crosse aortique, qui a établi une communication de ce vaisseau avec la veine cave supérieure. Le diagnostic a été fait pendant la vie. Le malade a survécu 17 jours.

Retour de la sensibilité testiculaire dans le tabès, par Bitot et Sabrazès (*Rev. de médecine*, février 1897, p. 156). — L'analgésie testiculaire, fréquente chez les tabétiques, n'est pas un signe d'une aussi grande fixité que le signe de Westphal ou celui d'Argyll-Robertson. Les auteurs rapportent, en effet, 3 cas dans lesquels la sensibilité testiculaire est revenue spontanément après avoir disparu pendant plusieurs années.

Les états consécutifs à la symphyse du péricarde (Ueber Folgezustande von pericardialen Obliterationen), par M. Heidemann (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, nos 5 et 6). — L'auteur a réuni dans son travail 8 observations de cirrhose du foie avec ascite, consécutive à la symphyse du péricarde, dont l'étude aboutit aux conclusions suivantes :

1° La symphyse cardiaque n'est qu'une manifestation d'un état général caractérisé par l'inflammation chronique de toutes les séreuses.

2° L'ascite provoquée par la stase due à la dégénérescence du myocarde qui existe dans ces cas se constitue par ce que la péritonite chronique fait des vaisseaux du péritoine un *locus minoris resistentiæ*.

3° La cirrhose du foie, qui existe fréquemment dans ces cas, est provoquée par la propagation au foie de l'irritation inflammatoire de la capsule et par l'hyperémie chronique de la glande.

4° Par la prolifération et la rétraction du tissu conjonctif à l'intérieur et autour du foie, la stase augmente et favorise la formation d'un exsudat dans la cavité abdominale.

La force curative de la fièvre (Die Heilkraft des Fiebers), par A. Loewy et P. Richter (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 9, p. 182). — Pour voir si une température élevée exerçait une influence favorable ou un influence nuisible sur l'infection, les auteurs ont procédé de la façon suivante : ils provoquaient chez des lapins trépanés une élévation de la température par la section du corps strié, et les infectaient ensuite avec des cultures de pneumocoques, de rouget des porcs, de choléra des poules, de diphthérie, etc. Ils ont pu alors constater que les animaux chez lesquels on avait, par la section du corps strié, provoqué une fièvre élevée, supportaient l'infection mieux que les animaux témoins.

Ces faits semblent donc montrer que la fièvre possède des propriétés curatives.

La période initiale du diabète sucré (Ueber des Anfangsstadium des Diabetes mellitus), par M. Loeb (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1897, n° 5, p. 113). — D'après l'auteur, la période initiale du diabète se présente souvent sous forme d'une glycosurie minime et passagère dont le malade ne se doute même pas et qu'on découvre à l'occasion d'un examen de l'urine fait au cours d'une affection quelconque. Dans 2 cas que l'auteur a observés, cette glycosurie intermittente s'est transformée, au bout de 1 à 2 ans, en un véritable diabète.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Mercure (*suite*).

IV. — Technique des injections mercurielles.

Le premier soin du praticien devra être de s'assurer de l'intégrité de la bouche de son malade. Toutes les fois qu'on ne sera pas pressé par le temps, il sera utile de faire faire préalablement par un dentiste un nettoyage très minutieux des dents : le tartre sera enlevé avec soin à la curette, en insistant surtout au niveau du collet; les caries seront pansées aseptiquement. L'usage du tabac sera autant que possible suspendu pendant la durée des injections.

On devra prescrire en outre un brossage bi-quotidien des dents, pratiqué avec une brosse très dure, chargée d'une poudre dentrifice alcaline (1) ou, comme l'a indiqué récemment M. Chompret, d'un savon salicylé (2).

En outre on conseillera, après chaque repas, un rinçage de la bouche avec de l'eau chloralée chaude à 1 p. 100, additionnée de

1. Nous conseillons volontiers la formule suivante :

Borate de soude	àâ	5 gr.
Poudre de quinquina		
Craie préparée	àâ	8 gr.
Magnésie calcinée		
Essence de menthe		XV gouttes.
Carmin		q. s.

2. Voici la formule de ce savon ;

Savon médicinal	àâ	30 gr.
Glycérine neutre		
Alcool à 90°		15 gr.
Acide salicylique		1 gr.
Essence de menthe poivrée	àâ	q. s.
Matière colorante		

Si l'on a une répugnance invincible pour ce savon, M Chompret propose la pâte suivante :

Chlorate de potasse	30 gr.
Bicarbonate de soude	40 gr.
Acide salicylique	1 gr.
Essence de menthe	XX gouttes.
Cochenille	q. s. p. colorer.
Glycérine	àâ q. s. p. une pâte.
Eau	

Presse méd., 1897, n° 14, p. 15

quelques gouttes d'alcool de menthe ou de cochléaria. Nous n'avons jamais vu de gingivites, lorsque ces soins ont été observés.

L'état des voies digestives sera l'objet d'une surveillance active. Nous nous trouvons bien, toutes les fois qu'il n'y a pas une contre-indication spéciale, de prescrire de temps en temps au cours du traitement, un demi-verre d'eau de Vichy Célestins avant le repas pendant 10 jours, ou l'eau d'Alet en mangeant. Les purgatifs ne seront employés qu'avec discrétion. Quant à l'élimination rénale elle sera favorisée par un à deux verres d'eau de Vittel ou d'Evian, pris le matin à jeun. Enfin les toniques (kola, quinquina), une alimentation substantielle, le repos prolongé au lit contribuent puissamment au succès de la cure.

Le malade ainsi préparé peut être soumis au traitement, avec la certitude de n'en éprouver aucun dommage, sous les réserves indiquées dans les chapitres précédents et sous la condition d'une **asepsie rigoureuse**. Nous allons examiner successivement :

a) Le liquide de l'injection (émulsion ou solution).
b) L'instrument destiné à l'injecter.
c) Le manuel opératoire de l'injection.

A. — Du liquide de l'injection.

Qu'il s'agisse d'une combinaison soluble ou insoluble, d'une émulsion ou d'une solution, le liquide de l'injection doit être préparé aseptiquement. Lorsque le principe actif est insoluble, il est même indispensable que l'émulsion soit réalisée dans le plus bref délai possible avant la piqûre. La plupart des sels solubles, en raison de leur faible stabilité, seront avantageusement obtenus par double décomposition; tels les benzoates, albuminates, glycocollates, les dérivés amidés, etc. Le sublimé, le biiodure et surtout le cyanure font exception à cette règle. Le flacon, le bouchon, les véhicules seront soigneusement stérilisés à part au moment d'être utilisés; car il serait imprudent de compter sur la présence du mercure pour obtenir l'antisepsie nécessaire. Enfin, émulsions ou solutions, une fois faites, ne seront pas portées à une température supérieure à 100° : le meilleur procédé de stérilisation est le chauffage discontinu à 65°, suivant la méthode de Tyndall.

Les véhicules ont une grande importance. Pour les mercuriaux insolubles on s'est servi tour à tour d'huile d'olives, de vaseline, d'eau gommeuse, d'excipients glycérinés. Les huiles grasses présentent l'inconvénient de s'infecter facilement, malgré le mercure. Les huiles fixes (vaseline, etc.), sont plus aseptiques mais aussi moins bien tolérées par les tissus. Les émulsions dans l'eau gommeuse équivalent à l'injection du produit en nature. Les mélanges glycérinés sont plus douloureux que ceux à base d'huiles grasses. Ces derniers semblent donc devoir être employés de préférence, mais à condition d'être préparés à nouveau pour chaque piqûre.

Le titre de l'émulsion est en général assez élevé, au 1/3 ou au 1/4, rarement au 1/10 ou 1/20. Ce n'est pas là encore un des moindres inconvénients des préparations insolubles. En augmentant la quantité du véhicule au delà de ces limites, on n'empêche nullement l'action caustique de la substance active et on favorise la formation du nodus, du kyste mercuriel : de plus on accentue les phénomènes douloureux.

Au contraire, comme nous l'avons dit, il y a tout avantage, pour les sels solubles, à injecter des solutions très étendues. L'absorption est facilitée, l'irritation locale considérablement diminuée, la douleur atténuée. Le praticien maniera plus aisément les solutions à 1/5000 et à 1/10000 que les solutions à 1/1000. Les chances d'erreurs, même avec des instruments d'une graduation inexacte, sont ainsi réduites au minimum.

Il est favorable que les solutions soient *neutres* ou *alcalines*, sans que ce soit une condition indispensable. De plus au moment de leur utilisation elles devront être, autant que possible, portées à une température de 38° à 40° centigrades.

De nombreux auteurs ajoutent aux injections mercurielles de la cocaïne ou de la morphine, dans le but de diminuer les phénomènes douloureux. Mais ainsi on ne les atténue que très temporairement : ce sont simplement les douleurs immédiates ou prochaines, c'est-à-dire les moins pénibles, qui se trouvent supprimées : les douleurs éloignées au contraire ne sont en aucune façon modifiées par ce moyen. Il vaut donc mieux rejeter ces associations qui, du reste, ne sont pas sans danger (Hallopeau).

Il n'en est pas de même de l'addition aux injections solubles de chlorure de sodium au titre du sérum artificiel (7 gr. 50 p. 1000). L'assimilation par les tissus est ainsi rendue plus facile, fait important lorsque l'on se sert de solutions très étendues.

B. — De l'instrument.

Tous les modèles de seringues hypodermiques stérilisables peuvent à la rigueur, servir aux injections mercurielles. On en a construit un très grand nombre pendant ces dernières années. Citons pour mémoire les types de Straus, de Roux, de Debove-Galante, de Félizet-Gudendag, de Mathieu, de Lüer. Toutes ces seringues, sauf celles de Lüer, sont constituées par un cylindre de cristal gradué monté dans une garniture métallique. Or le mercure et la plupart de ses composés, sauf le cyanure, attaquent ou amalgament la monture. Aussi, pour les injections hydrargyriques préférons-nous le modèle de Lüer, dont nous donnerons une description rapide.

Cette seringue, qui n'a que l'inconvénient d'être fragile, est entièrement en cristal. Elle se compose (fig. 1) de deux cylindres, s'emboîtant exactement l'un dans l'autre dont l'un, plein, remplit l'office de piston, dont l'autre, creux, représente le corps de pompe, et est terminé par un embout rodé sur lequel peuvent s'ajuster les douilles des aiguilles hypodermiques en usage.

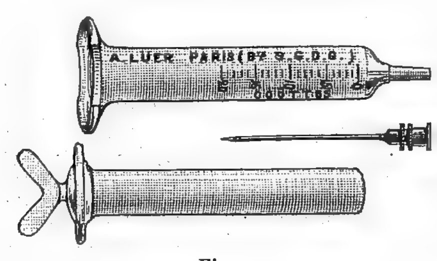
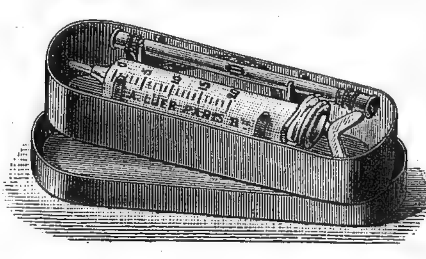


Fig. 1.

Le glissement se fait librement sans l'emploi d'aucun lubrifiant, et le contact des deux parois est assez précis cependant pour prévenir le reflux du liquide injecté entre le piston et le corps de la seringue.

Cet instrument, très ingénieux, peut supporter de hautes températures (Malassez [1], P. Berger) et par suite se stériliser facilement à l'eau bouillante ou à l'autoclave. Une boîte métallique avec supports isolants rend très pratique cette petite opération (fig. 2).


Fig. 2.

Nous devons dire cependant que la seringue de Lüer ne se prête pas très bien aux injections de calomel : ce sel, en poudre très fine, s'introduit quelquefois entre le piston et le cylindre de cristal et s'oppose au glissement. Pour ces injections, on s'adressera donc de préférence au modèle de Straus ou de Debove.

Pour les injections insolubles il faut en outre une graduation et un calibrage très exacts. M. Thibierge, par exemple, qui injecte 3/20 de centim. cube d'une huile grise dont 1/20 correspond à 0gr021 de sublimé, a des chances d'erreur nombreuses avec la plupart des modèles en usage. Ayant eu l'occasion il y a 6 ans de vérifier la capacité d'un grand nombre de ces seringues, nous avons trouvé des différences atteignant en plus ou en moins jusqu'à 30 p. 100 du volume nominal. Quant aux graduations gravées sur le verre ou sur la tige du piston, elles n'offrent aucune garantie d'exactitude. Il est donc nécessaire de s'assurer avant toute chose d'un instrument précis, surtout lorsque l'on manie des vingtièmes de centimètre cube.

Les aiguilles en acier sont attaquées par les sels de mercure : aussi doit-on leur préférer les aiguilles en platine iridié, con-

1. *Soc. de biologie*, 3 novembre 1894.

struites en 1892 sur les indications de M. Debove, sur lesquelles les mercuriaux sont sans action et qui de plus ont l'avantage de pouvoir être flambées à la flamme d'une lampe à alcool. Leur stérilisation ne laisse ainsi rien à désirer.

Elles doivent avoir, pour pénétrer profondément dans les masses musculaires une longueur de 4 centimètres : chez les sujets très gras, cette dimension devra être portée à 6 centimètres. Seules les injections solubles, poussées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la couche sous-conjonctivale, peuvent être pratiquées avec des aiguilles de 25 millimètres.

C. — Manuel opératoire.

Ayant ainsi à sa disposition un liquide et un instrument stérilisés, le praticien doit procéder à la désinfection du champ opératoire. Elle est obtenue par 5 minutes de savonnage et de brossage à l'alcool. On peut également, après savonnage, faire un stypage de la région avec de l'éther au sublimé à 1/100. Cette solution, très antiseptique, a, en outre, l'avantage de réaliser une anesthésie locale suffisante pour faire accepter la piqûre par les sujets les plus pusillanimes. Il va sans dire que les mains de l'opérateur auront été également aseptisées.

Les injections de préparations solubles se font dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans les veines ou sous la conjonctive; les injections insolubles, uniquement dans les masses musculaires.

a) *Injections sous-cutanées.* — Il est inutile d'insister sur le manuel opératoire de l'injection sous-cutanée, connu de tous les praticiens. Qu'il suffise de dire que seules les solutions de sublimé et de cyanure peuvent être poussées dans le tissu cellulaire. Et encore préférons-nous toujours la voie intra-musculaire.

b) *Injection sous-conjonctivale.* — La même observation s'applique à l'injection sous-conjonctivale, préconisée par Darier. Néanmoins, dans certaines affections purulentes de l'œil, on escompte l'action locale du médicament qui, d'après des expériences récentes de Fromaget et Laffay, serait très réelle. Il y a donc là des indications spéciales qui sont péremptoires.

L'asepsie sera réalisée ici par un lavage prolongé à l'eau boriquée : l'aiguille sera introduite isolément sous la conjonctive, de préférence dans le cul-de-sac externe et autant que possible à un centimètre du bord de la cornée. Le volume de l'injection ne dépassera jamais un centimètre cube. On s'assurera, avant de la pousser, que la pointe de l'aiguille est libre sous la muqueuse.

Ces injections, bien qu'elles soient modérément douloureuses, sont réservées à des cas spéciaux (accidents oculaires) et ne peuvent être érigées en méthode générale de traitement de la syphilis.

c) *Injection intra-musculaire.* — La voie intra-musculaire est la voie d'élection pour l'injection hydrargyrique soluble, la voie de nécessité pour la préparation insoluble. Aussi devons-nous décrire avec quelques détails le manuel opératoire de l'injection dans les muscles.

On fait ordinairement la piqûre dans la région fessière : car seule elle est pourvue de muscles assez épais et assez fixes pour la mettre à l'abri de la douleur provoquée par la contusion ou le mouvement. Le lieu d'élection n'est ni la fossette rétro-trochantérienne, ni l'ensellure lombaire, mais un point situé à l'union du tiers interne et des deux tiers externes d'une ligne partant du grand trochanter et tombant perpendiculairement sur le sillon interfessier (Galliot).

Le malade étant couché sur le côté opposé à celui où l'on opère, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, de manière à faire saillir la région de Galliot, on procède au lavage de la peau. Puis on enfonce l'aiguille d'un seul coup, perpendiculairement à la surface cutanée. On s'assure qu'il ne s'écoule pas de sang par le pavillon de l'aiguille : cette précaution est indispensable pour prévenir les embolies, qui avec les injections insolubles peuvent toujours se produire. On monte la seringue et on pousse l'injection avec une *très grande lenteur*. Ceci est une précaution indispensable (Brocq, De Lavarenne). M. Letulle a démontré qu'en injectant du mercure *vite* on avait de la douleur et des abcès, et *lentement* non. Il faut donc injecter lentement. De même l'aiguille doit être retirée avec précaution. Certains auteurs (Balzer, Jullien), recommandent de comprimer fortement la région piquée au pourtour de l'aiguille pour prévenir l'introduction d'une gouttelette du liquide injecté dans le trajet et, par suite, l'abcès dit canaliculaire. Ce moyen est illusoire (Besnier). Il vaut mieux, avec De Lavarenne, Barthélémy, chercher à rompre le parallélisme des tissus : on y arrive en faisant glisser la peau sur les plans profonds et en piquant dans la partie mobilisée et maintenue déplacée pendant toute la durée de l'opération. L'aiguille enlevée, la peau reprend sa situation première, le parallélisme se trouve ainsi naturellement détruit.

Cette manœuvre rend inutile l'occlusion de la petite plaie faite par l'aiguille au moyen de baudruche, de collodion ou d'un emplâtre adhésif, emplâtre rouge de Vidal ou emplâtre de Vigier. Il suffit ordinairement de faire un nouveau lavage de la région et de la comprimer légèrement pendant quelques minutes.

Faut-il faire le massage de la fesse après l'injection? Après l'avoir préconisé, les partisans des préparations insolubles y ont pour la plupart renoncé. Ils l'ont accusé de favoriser la formation de nodosités douloureuses (Thibierge). Au contraire, ceux qui ont recours aux sels solubles massent volontiers après l'injection. Les malades s'en trouvent bien : la douleur et la gêne momentanée apportée dans le fonctionnement du membre disparaissent plus vite. Pour nous, qui avons fait des milliers d'injections hypodermiques de toutes sortes, les indications du massage sont très variables : au point de vue de la douleur, il soulage les uns, exaspère les autres, est indifférent à la plupart; au point de vue de l'absorption, il paraît sans action sur le volume minime que représente une injection hydrargyrique ; enfin, au point de vue de la dispersion dans les tissus des éléments insolubles, il est dangereux. On ne devra donc le pratiquer que rarement et seulement lorsqu'il semblera augmenter la tolérance du malade pour son traitement.

d) *Injection intra-veineuse.* — La voie endoveineuse recommandée par Bacelli. expérimentée par Görl, G. Küsel, Lewin, Constant, Tommasoli, Lane, etc., présente l'avantage de supprimer toute douleur, et fait en apparence paradoxal et cependant constaté par tous les auteurs qui ont étudié la question, — de ne s'accompagner d'aucun des phénomènes toxiques (stomatites, etc.), que l'on ne peut être assuré d'éviter avec les autres méthodes d'injection. Par contre, elle a l'inconvénient d'exiger une grande habileté de main de la part du praticien, des veines saillantes et facilement accessibles, et dans quelques cas de provoquer des thromboses plus ou moins étendues. Il faut dire néanmoins que ces thromboses ne sont pas constantes : certains cliniciens ne les ont jamais observées. Il est vraisemblable qu'il y a là une question de manuel opératoire. Si l'aiguille pénètre bien dans le calibre de la veine, il n'y a pas de coagulation : si au contraire l'injection est poussée contre l'endothélium du vaisseau, dans l'épaisseur de la paroi veineuse, ou même dans la gaine de la veine, la thrombose est inévitable. Cette remarque montre la réelle difficulté de ces injections. Voici comment elles doivent être pratiquées, et cela, il va sans dire, avec toutes les précautions d'asepsie que nous avons recommandée.

On choisira de préférence les veines sous-cutanées apparentes du pli du coude, de la face dorsale de la main ou du pied, qu'on rendra saillantes par une compression temporaire du membre entre la veine et le cœur. On se sert d'aiguilles fines, pointues et aussi courtes que possible, suivant le précepte de Görl. La seringue sera maintenue à la température de 40°.

L'aiguille tenue obliquement pour éviter le danger de piquer la veine de part en part, sera enfoncée dans un sens contraire au cours du sang et traversera *d'un seul coup* la peau immobilisée par les doigts placés de chaque côté du vaisseau qu'on évitera de comprimer, et la paroi antérieure de la veine. On s'assurera qu'on a bien pénétré dans la veine, non par les mouvements libres de la pointe de l'aiguille, sensation souvent difficile à percevoir avec netteté, mais simplement en séparant l'aiguille de l'armature de la seringue : le sang s'écoulera librement par l'orifice métallique. On articulera de nouveau et on poussera l'injection. Si on n'a pas réussi, il faut enlever l'aiguille et recommencer la manœuvre.

C'est là, comme nous l'avons dit, une opération des plus délicates qui exige beaucoup de sang-froid et d'adresse de la part du médecin qui la pratique, et l'immobilité la plus absolue de la part du malade. Il faut s'attendre, surtout au début, à de nombreux échecs.

La piqûre terminée il est bon pour prévenir toute complication d'appliquer un pansement ouaté compressif et de le maintenir un jour entier.

La puissance thérapeutique de l'injection intra-veineuse, hautement reconnue de la part de ceux qui l'ont pratiquée systématiquement, est telle que Tommasoli a pensé qu'on pouvait y trouver une méthode de traitement abortif de la syphilis. Si les faits qu'il a réunis déjà semblent assez démonstratifs, ils sont trop peu nombreux et de date trop récente, pour qu'on puisse porter sur eux un jugement définitif. Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point et nous persistons à penser pour notre part que le mercure, même employé par la voie hypodermique ou intra-veineuse, ne réalisera pas les espérances que Scarenzio, Tommasoli et beaucoup d'autres cliniciens avaient fondées sur lui. Il demeure le meilleur spécifique de la syphilis, mais il est impuissant à prévenir l'infection générale de l'organisme.

En résumé, les injections mercurielles nous semblent constituer la méthode thérapeutique la plus efficace, la plus rapide de la syphilis. Les préparations solubles nous paraissent devoir être choisies de préférence parce qu'elles réduisent au minimum les accidents de la mercurialisation, que leur effet est plus sûr, et qu'elles se prêtent aussi bien à la voie hypodermique qu'à la voie intra-veineuse dont nous ne connaissons pas encore tout l'avenir. Enfin nous pensons qu'il y aurait le plus grand intérêt pour les malades à ne pas faire de l'injection mercurielle un traitement d'exception, mais au contraire à en généraliser les applications.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'admissibilité définitive dans le concours des hôpitaux.

Le concours, avec de grands défauts, présente un avantage : il oblige nos futurs médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux à apprendre la pathologie, à ne pas se spécialiser à l'excès et de trop bonne heure dans des travaux de laboratoire. Je suis, en effet, de ceux qui pensent qu'après tout nous sommes faits pour soigner des malades et que si nous devons avoir des tendances réellement scientifiques, nous devons cependant apprendre avant tout la pathologie et la clinique.

Mais ce qui était autrefois bien organisé est devenu aujourd'hui défectueux.

Autrefois, il y avait un concours par an, avec des candidats assez peu nombreux : en général, on arrivait en 4 à 5 ans après être sorti de l'internat. Il était sans doute vicieux à quelques égards de faire ressasser constamment aux candidats les mêmes matières, mais il n'y avait pas abus.

Actuellement deux concours par an sont la règle, même en chirurgie ; en médecine, on en voit parfois trois. D'autre part, le nombre des candidats a cru de telle façon que les concours durent chacun 2 à 3 mois ; et que malgré la multiplication des places les candidats arrivent, en moyenne, de plus en plus tard. Ces malheureux font 6 mois de concours par an, et cela pendant 5, 6, 7 ans et plus.

Le système devient donc déplorable. On parle depuis assez longtemps d'une réforme qui l'améliorerait considérablement : rendre l'admissibilité définitive. Les candidats désirent arriver à cette solution et parmi eux circule la pétition suivante :

« Les épreuves d'admissibilité du concours des hôpitaux comprennent toutes les épreuves théoriques.

« L'admissibilité est définitivement acquise.

« Il existe un concours d'admissibilité annuel. Le nombre des admissibles est fixé par l'administration de l'Assistance publique. Pour le prochain concours, il sera au moins égal au triple des places de médecins, de chirurgiens ou d'accoucheurs à donner dans le courant de l'année. »

Pour les suivants, il sera égal au nombre des places à donner dans le courant de l'année.

Je crois, avec mon ami Letulle, que ce serait là un progrès et j'espère que cette pétition trouvera des appuis dans le corps médico-chirurgical des hôpitaux.

Le principe une fois admis, il restera sans doute quelques difficultés d'application, et le projet mis en avant par les candidats est passible de plusieurs objections. Mais c'est du principe seulement que je veux parler, pour l'approuver : le fonctionnement viendra plus tard. Et ce principe, souhaitons qu'on s'en souvienne le jour — toujours promis et toujours différé — où l'on portera la hache dans l'édifice le plus vermoulu de notre profession, dans le plus démoralisant de nos concours : le concours d'agrégation.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie. 1re session. Bruxelles, 14 au 19 septembre 1897.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR :

A. *Neurologie.* — I. Le traitement chirurgical de l'épilepsie. Ses indications et ses conséquences. *Rapporteur :* Professeur Winkler, d'Amsterdam (Hollande).

II. Pathogénie et traitement du goître exophthalmique. *Rapporteur :* Prof. Eulenburg, de Berlin (Allemagne).

III. Pathogénie et séméiologie des réflexes. *Rapporteur :* Prof. Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg (Russie).

IV. (*Question à fixer ultérieurement.*) *Rapporteur :* Prof. Oppenheim, de Berlin (Allemagne).

V. Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses et mentales que présentent ultérieurement les enfants. *Rapporteur :* Prof. Anton, de Graz (Autriche-Hongrie).

VI. Pathogénie de la rigidité musculaire et de la contracture dans les affections organiques du système nerveux. *Rapporteur :* Prof. Van Gehuchten, de Louvain (Belgique).

B. *Psychiatrie.* — I. La valeur diagnostique des symptômes prodomaux, qui précèdent *de longtemps* les manifestations de la paralysie générale. *Rapporteur :* Prof. Thomsen, de Bonn (Allemagne).

II. Psychoses et rêves. *Rapporteur :* Dr Sante de Sanctis, de Rome (Italie).

III. Des modifications de l'image morbide de la paralysie progressive des aliénés durant les 30 dernières années. *Rapporteur :* Prof. Mendel, de Berlin (Allemagne).

IV. Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie. *Rapporteur :* Dr Lentz, de Tournai (Belgique).

C. *Electricité médicale.* — I. La valeur séméiologique des réactions électriques des muscles et des nerfs. *Rapporteur :* Prof. Doumer, de Lille (France).

II. La valeur thérapeutique des courants à haute fréquence. *Rapporteur :* Prof. Bergonié, de Bordeaux (France).

D. *Hypnologie.* — I. La valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion. *Rapporteur :* Dr Milne-Bramwell, de Londres (Angleterre).

II. La question des suggestions criminelles. Ses origines, son état actuel. *Rapporteur :* Prof. Liégeois, de Nancy (France).

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Les auteurs de communications personnelles sont priés d'envoyer au Secrétaire général, au commencement du mois de juillet, un résumé de leur travail ; ce résumé sera imprimé et distribué aux membres présents afin de faciliter la compréhension aux étrangers et afin de permettre à la presse de donner des comptes rendus exacts.

Prière d'adresser dès maintenant les adhésions au Secrétaire général, 27, avenue Palmerston, Bruxelles.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites (p. 445).

REVUE DES CONGRÈS. — *XXVI° Congrès de la Société allemande de chirurgie* : Hypertrophie de la prostate (p. 446). — Autoplastie de la trachée. — Fracture de la rotule. — Cancer du larynx. — Cancer du pharynx (p. 447). — Torsion du rectum. — Infection de la vessie. — Cancer de la langue. — Fistules branchiales (p. 448). — Ponction lombaire. — Statistique des anesthésies. — Sarcomes des os longs. — Chirurgie du foie. — Becs-de-lièvre. — Infection des plaies bourgeonnantes (p. 449). — Torticolis. — Arthrite blennorrhagique (p. 450).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Œdème aigu du poumon (p. 450). — Appendicite. — *Académie des sciences* : Sécrétions morbifiques d'un même microbe. — *Société anatomique* : Tumeur mammaire chez une chienne. — Septicémie à tétragènes (p. 451). — *Société de biologie* : Pigment ocre et pigment noir. — *Société de chirurgie* : Péritonite généralisée (p. 452). — Luxation du scaphoïde. — *Société médicale des hôpitaux* : Dosage du sucre dans le sang. — Diabète traité par l'injection du bleu de méthylène. — Ostéomyélite consécutive aux suppurations des voies respiratoires. — Réaction agglutinante. — Applications locales du salicylate de méthyle (p. 453). — *Société de dermatologie et de syphiligraphie* : Langue géographique et gommes syphilitiques du pharynx. — Sclérodermie en plaques. — Injections intra-veineuses des sels mercuriels (p. 454). — Atrésies post-lupiques. — Acrodermatites continues. — Lupus de la face. — Engelures chroniques. — *Société nationale de médecine de Lyon* : Intoxication aiguë par l'absinthe. — Luxation de la hanche. — Cancer du rein (p. 455). — *Société des sciences médicales de Lyon* : Composition chimique du cérumen. — Physiologie des racines postérieures. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* : Stomatite ulcéro-membraneuse (p. 456).

NOUVELLES. — Nos deuils (p. 456).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites,

Par M. Klippel,

Médecin des hôpitaux.

Nous avons observé deux cas de néphrite dans lesquels les plexus rénaux étaient le siège de lésions.

Après dissection des nerfs qui, au niveau du hile, entourent les artères et les veines rénales, nous avons constaté que ces nerfs étaient constitués par les fibres à myéline à gaines étroites et par des fibres du grand sympathique. Ces dernières présentent sur leur trajet soit des ganglions constitués par un grand nombre de cellules nerveuses typiques, soit des cellules de même nature formant des traînées de quelques éléments seulement.

Tous ces nerfs et leurs cellules ganglionnaires offraient des lésions inflammatoires et dégénératives, avec hyperhémie vasculaire intense.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une néphrite interstitielle atrophique; dans l'autre d'un mal de Bright à gros reins blancs.

Le premier de ces malades, sujet névropathique, âgé de 40 ans, présentait du tremblement datant de l'enfance, de la polyurie et de la polydipsie, de la tachycardie intermittente, sans que le pouls fût irrégulier à aucun moment; une légère hypertrophie cardiaque gauche sans ectasie droite; une faible quantité d'albumine et, à de rares intervalles, de la glycosurie; des besoins fréquents d'uriner et même de l'incontinence quand la miction était retardée. Il n'y avait pas d'œdème ni de symptômes de maladie nerveuse organique ou de névrose spéciale. La mort survint après un accès de tachycardie, suivi de ralentissement du pouls, sans qu'on pût constater une lésion organique autre que la néphrite.

L'autopsie, suivie d'un examen histologique complet des centres nerveux, ne révéla de ce côté que de légères altérations de caractère banal, en dehors du plexus rénal. Il y avait une légère hypertrophie gauche, pas de lésions artérielles de grande valeur. Les deux reins étaient petits, atrophiés, à surface irrégulière, parsemés de quelques petits kystes. La substance corticale était réduite à un millimètre ou un millimètre et demi. Au microscope la sclérose rénale apparaissait avec les caractères habituels dans les néphrites très intenses.

Le second de ces malades offrait les signes classiques du mal de Bright parenchymateux. Cette affection fut confirmée à l'autopsie par la présence de gros reins blancs, sans affection cardiaque. Il y avait une forte proportion d'albumine dans les urines; pas de sucre. Les urines étaient souvent rouges, contenant un peu de sang et diminuées de quantité. L'œdème avait débuté par les membres du côté droit; puis quelque temps après survint l'œdème du côté gauche. Les douleurs spontanées ou provoquées ont toujours été plus vives à droite qu'à gauche dans la région lombaire. L'œdème devenu permanent aux membres, mais toujours prédominant à droite, a pour ainsi dire épargné la face. Dans les jours qui ont précédé la mort, il y eut une parésie des quatre membres que nous avons attribuée aux lésions des nerfs périphériques provoquées par l'œdème.

Étant donné les lésions des nerfs rénaux rencontrées chez ces deux malades, mais aussi en raison de vues théoriques, nous pensons pouvoir invoquer le rôle du plexus rénal pour expliquer certains symptômes des néphrites et pour les distraire de ceux qui, au contraire, relèvent de la dyscrasie et de l'urémie.

Cette manière de voir concorde avec des faits, connus de tous, en ce qui concerne d'autres organes.

La pathologie nous apprend, en effet, que les nerfs voisins des différents viscères participent souvent à leurs maladies et elle nous indique les symptômes qui semblent en être la conséquence.

Elle nous fait connaître l'angor pectoris, la toux et les poussées congestives du côté des poumons dans les lésions secondaires des plexus aortiques; la dyspnée asthmatique dans la participation des nerfs broncho-pulmonaires; la glycosurie dans celle des nerfs pancréatiques; la pigmentation cutanée, les vomissements et les douleurs lombaires comme relevant de la portion nerveuse de la capsule surrénale dans la maladie d'Adisson. De même les affections de l'estomac et de l'intestin retentissent sur les ganglions cœliaques dont les lésions donnent naissance à des symptômes très nombreux et très variables d'après les auteurs qui ont reconnu leurs altérations chez l'homme, comme Bichat, qui décrit l'hypertrophie du ganglion semi-lunaire, et comme Lobstein lorsqu'il écrit: « *Splanchnicus in ganglion ingressus, multo latior mihi apparuit* », ou d'après ceux qui ont expérimenté sur les animaux, comme Lewin et Boer.

Nous savons encore que les nerfs qui accompagnent les uretères commandent le syndrome de la colique néphrétique.

Cependant l'attention des auteurs ne s'est pas dirigée sur les altérations des plexus qui suivent les artères rénales et pénètrent avec elles dans le rein.

Les altérations constatées chez nos deux malades nous ont porté à rechercher quels symptômes pouvaient en dériver parmi ceux qu'on rencontre au cours des néphrites.

Ces symptômes nous ont paru être les suivants :

1° Les douleurs lombaires.

2° L'irritabilité vésicale qui commande la pollakiurie, les besoins fréquents et impérieux.

3° La tachycardie, sans irrégularités du pouls, que l'un de nos malades a présentée à un degré intense, et réciproproquement le ralentissement du cœur qui, à un léger degré, n'est pas très rare au cours des néphrites. Ces deux derniers symptômes peuvent être considérés comme relevant de l'action du plexus rénal sur le bulbe et d'autant plus que la tachycardie dont il s'agit a coïncidé avec la glycosurie.

4° La glycosurie intermittente qu'a également présentée l'un de nos deux malades et que tout porte à rapporter à un réflexe à point le départ dans les nerfs rénaux. On sait en effet que la glycosurie est souvent apparue temporairement dans les urines au cours des lésions pratiquées chez les animaux sur les différents pelxus abdominaux.

5° Les œdèmes, dans ce qu'ils relèvent de troubles vasomoteurs. La distribution unilatérale de l'œdème dans les lésions du rein d'un seul côté, comme c'est le cas fréquent dans les néphrites traumatiques, ne permet pas de douter du rôle du système nerveux dans la pathogénie de l'œdème dyscrasique. Cette action semble s'exercer dans les néphrites par l'irritation du plexus rénal. A elle seule, cependant, elle serait impuissante, du moins d'après l'une de nos observations, où l'œdème manquait, à créer ce symptôme. D'ailleurs la nécessité de l'intervention du système nerveux dans des œdèmes brightiques est déjà reconnue (1).

Les symptômes qui viennent d'être énumérés nous paraissent nettement justiciables des lésions, *ou simplement de l'irritation* des plexus rénaux participant secondairement au processus inflammatoire qui évolue dans le parenchyme rénal. Les lésions dégénératives observées au niveau des nerfs, et d'ailleurs accompagnées d'un processus irritatif, n'ont en effet d'importance que comme révélant l'excitation des plexus rénaux qui seule peut commander les actions à distance, tandis que la dégénérescence, constatée isolément, ne pourrait rien expliquer.

Ces symptômes nous paraissent devoir être séparés de ceux que commande l'urémie dans le tableau clinique, si complexe, des néphrites.

Peut-être en est-il encore d'autres qui relèvent de la même cause et peut-être le mécanisme de la mort brusque ou subite dans quelques cas de néphrites chroniques doit-il tenir compte de ces mêmes lésions agissant sur le bulbe.

En résumé, nous avons cherché à démontrer l'action des nerfs rénaux dans deux cas de néphrites et nous pensons que leurs lésions, plus ou moins prononcées, peuvent expliquer logiquement un certain nombre de symptômes des affections rénales, tandis que d'autres relèvent au contraire de la dyscrasie et de l'urémie.

1. On trouvera l'ensemble des arguments qui démontrent cette action dans la récente leçon du professeur Potain (*Bull. méd.*, 10 janvier 1897).

REVUE DES CONGRÈS

XXVI° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 21 au 24 avril.

Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate.

M. Helferich (de Greifswald) admet que la castration totale pour hypertrophie de la prostate amène dans les 4/5 des cas environ, une diminution du volume de la glande, laquelle diminution est accompagnée le plus souvent d'une amélioration des symptômes subjectifs. Les recherches histologiques faites dans un petit nombre de cas semblent prouver que la castration amène une atrophie du tissu glandulaire de la prostate. Mais pour juger les résultats, il faut aussi savoir que l'hypertrophie de la prostate offre une marche très irrégulière, capricieuse, et que l'on voit parfois des améliorations spontanées d'assez longue durée se produire même quand le malade a déjà présenté des symptômes alarmants. Dans certains cas, l'atrophie post-opératoire s'établit d'une manière irrégulière et elle n'est pas toujours accompagnée d'une diminution des symptômes subjectifs. Généralement, son effet se fait sentir très vite, mais parfois il se fait attendre pendant plusieurs mois.

Pour ce qui est de la castration unilatérale, dont les indications sont très peu précises, elle n'a pas donné de résultats satisfaisants.

La castration présentant des dangers et de graves inconvénients au point de vue moral, on cherche à la remplacer par des procédés opératoires plus innocents; par la section bilatérale du cordon spermatique, par la ligature du cordon ou la résection du canal déférent. La résection unilatérale paraît avoir fourni quelques bons résultats, elle amène la guérison dans un certain nombre de cas et une amélioration dans d'autres; mais il est des opérés qui n'en retirent aucun bénéfice, sauf une facilité plus grande pour le cathétérisme. D'après M. Guyon, elle serait d'une utilité particulière chez les malades qui, par suite d'une cystite infectieuse, sont sujets à de fréquentes épididymites purulentes.

En tous cas, le traitement de l'hypertrophie ne doit pas s'adresser à la prostate seule : il faut aussi s'occuper des lésions vésicales (vessie trabéculaire, diverticules, rétention urinaire, cystite, calculs, hémorrhagies) ou rénales (pyélite ascendante), qui existent souvent. Toutes ces complications, qu'elles soient primaires ou secondaires, obligent à ne pas se borner, dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, à l'application de l'un ou l'autre des procédés opératoires dont il vient d'être question. Il importe, au contraire, de veiller soigneusement au régime du malade et d'évacuer régulièrement la vessie au moyen de la sonde, pour faciliter la déplétion de la prostate qui chez ces malades se trouve dans un état d'hyperémie.

Dans les cas de rétention aiguë avec impossibilité de cathétérisme, on ne craindra pas de recourir à la ponction de la vessie au moyen d'une aiguille très fine. On aura soin d'éviter ensuite que la vessie ne se remplisse trop, pour ne pas s'exposer à une infiltration urinaire. Dans les cas où le cathétérisme est absolument impossible pendant un certain laps de temps, on sera obligé d'avoir recours à la cystostomie sus-pubienne.

Les interventions portant sur la prostate elle-même, sont d'abord le traitement galvanocaustique, exécuté par les voies naturelles d'après la méthode de M. Bottini. Cette méthode, négligée jusqu'à présent, paraît fournir de bons résultats, d'après les communications de MM. Kümmel, Czerny et Freudenberg et elle semble indiquée surtout dans les cas où le passage est obstrué par un lobe médian de la prostate ou par la formation d'une valvule; elle a l'avantage de ne pas obliger le malade à garder le lit plus d'un ou deux jours.

Vient ensuite la prostatectomie par la voie vésicale ou par la voie périnéale. Les résultats obtenus par ces méthodes, tout en étant bons dans certains cas, ne sont cependant pas encore assez

satisfaisants pour qu'on n'ait pas cherché des procédés plus efficaces.

Enfin, la ligature des deux artères hypogastriques, préconisée par M. Bier, a donné quelques résultats favorables, mais elle représente une intervention assez sérieuse.

Au point de vue des indications précises, M. Helferich estime que la castration ou la résection du canal déférent sont indiquées dans les cas graves où le cathétérisme est insuffisant. Quant au choix entre ces deux opérations, on doit donner la préférence à la dernière parce qu'elle est plus simple et plus bénigne sans être moins efficace que la castration.

M. Socin (de Bâle) fait remarquer que les 4/5 des hypertrophies prostatiques, soit 80 p. 100, sont rencontrées accidentellement à l'autopsie d'individus qui n'ont jamais présenté de troubles urinaires pendant la vie, et que par conséquent l'hypertrophie de la prostate ne suffit pas à elle seule à produire le syndrome éprouvé par les prostatiques : il faut qu'il s'ajoute à cette hypertrophie prostatique un état anormal de la vessie. A ce point de vue, les malades se divisent en 3 catégories :

1° Ceux dont la vessie fonctionne encore bien ; dans ces cas, on ne pratiquera aucune opération, mais on entretiendra une évacuation régulière de la vessie au moyen du cathétérisme et on règlera le régime des malades. Le plus souvent les troubles urinaires disparaîtront et les patients pourront rester guéris pendant des années.

2° Ceux chez lesquels on trouve une hypertrophie du lobe médian de la prostate; ici, on pratiquera l'épicystotomie avec extirpation du lobe moyen.

3° Ceux qui présentent des lésions sérieuses de la vessie. Dans ces cas, on fera tout d'abord un cathétérisme régulier; s'il ne suffit pas, on est en droit de pratiquer la prostatomie périnéale. Sans nier que la castration ou la résection du canal déférent puisse être employée dans des cas analogues, M. Socin pense que la décongestion de la glande qui explique la diminution de son volume amenée par ces opération peut également être obtenue par la prostatotomie.

M. Borelius (de Carlscrona) a traité 49 prostatiques, dont 9 ont succombé après l'opération; 29 ont éprouvé une amélioration; chez 7, le résultat a été nul et douteux chez 4.

Sur 45 cas qui ont été traités par la résection du canal déférent, 10 moururent peu de temps après l'intervention; chez 28 malades on a pu constater un résultat favorable; il y eut 7 insuccès et 3 des sujets de cette dernière catégorie, furent soumis plus tard à la castration qui resta sans succès également.

Enfin chez 6 malades, on a pratiqué d'un côté la castration et de l'autre la résection du canal déférent.

M. Bier (de Kiel) qui a essayé la ligature de l'artère hypogastrique comme cure radicale de l'hypertrophie de la prostate a constaté que les résultats, tout en étant assez satisfaisants dans quelques cas, ne permettent pas de recommander cette opération.

M. Schede (de Bonn), a observé chez un malade, auquel on avait simplement réséqué 8 jours auparavant les canaux déférents, une mélancolie typique qui ne pouvait pas avoir sa cause dans l'effet psychique produit sur le patient par la castration puisqu'il ne se rendait point compte de la nature de l'intervention qu'il avait subie. Pensant qu'il s'agissait d'un accident analogue au myxœdème consécutif à l'extirpation du cerps thyroïde, M. Schede fit des injections de suc testiculaire, et après la cinquième, le malade était guéri.

Autoplastie pour perte de substance étendue de la trachée.

M. König a eu l'occasion d'intervenir chez une malade qui, ayant subi une trachéotomie, portait depuis plusieurs années une canule très longue. Une incision médiane allant jusqu'au sternum, ayant montré que la partie inférieure du larynx et presque toute la trachée étaient remplacées par un canal fistuleux tapissé de granulations, on excisa ce canal, puis après avoir rapproché le fragment inférieur de la trachée du fragment supérieur du larynx, on réunit ces deux organes au moyen de quelques sutures établies sur la circonférence externe de la trachée, plus élevée en arrière qu'en avant. Dans la seconde opération faite quelques semaines plus tard, il vit se réunir définitivement les deux fragments du tube respiratoire qui s'étaient de nouveau un peu écartés, et on combla la perte de substance qui subsistait encore à la partie antérieure de la trachée par un lambeau emprunté au sternum. On réussit enfin, dans une troisième intervention, à combler tout à fait la lacune au moyen d'un lambeau ostéopériosté emprunté à la clavicule. La couche osseuse de ce lambeau s'élimina rapidement et ce fut le périoste seul qui fournit la paroi antérieure de la trachée. Aujourd'hui la malade est entièrement guérie, mais elle ne peut pas parler à haute voix, les cordes vocales ayant été déjà détruites avant une première intervention.

M. König (fils), qui a fait avec succès 5 opérations plastiques sur la trachée pense que les petites pertes de substance intéressant dans la plupart des cas le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, doivent être soumises à l'autoplastie au moyen d'un lambeau cutanéo-cartilagineux emprunté au cartilage thyroïde, tandis que les ouvertures plus étendues de la trachée ne peuvent être guéries que par l'autoplastie à l'aide d'un lambeau ostéopériosté. On sera obligé parfois, dans les cas de destruction circulaire de la trachée, d'attirer préalablement ce canal vers le larynx.

Quant à la résection de l'extrémité supérieure de la trachée, il estime que cette opération ne peut être pratiquée d'une manière idéale, c'est-à-dire avec suture immédiate et sans l'emploi d'une canule, sauf dans les cas où le cartilage cricoïde est en bon état.

Traitement de la fracture de la rotule par la suture sous-cutanée.

M. Heusner (de Barmen) a imaginé un procédé qui permet d'exécuter une suture circulaire de la rotule présentant l'avantage d'être absolument sous-cutanée et faite au moyen d'une aiguille à manche, creuse et recourbée, dans laquelle on passe un fil d'argent de 1 millimètre d'épaisseur dont on entoure toute la circonférence de la rotule.

Les deux bouts du fil sont ensuite tordus et enfoncés sous le tissu sous-cutané. Ce procédé a l'avantage de permettre au malade de se lever dès le premier jour. Le fil d'argent ne traversant pas la cavité articulaire, les risques d'infection se trouvent diminués d'autant.

Comme traitement post-opératoire, on applique sur la face postérieure de la jambe un bandage extenseur élastique qui oblige les malades à faire à chaque pas une forte contraction du triceps fémoral.

M. König croit qu'il faut abandonner l'ancienne suture rotulienne et opérer à ciel ouvert. Il n'a jamais vu survenir d'accidents infectieux en observant certaines règles.

Traitement du cancer du larynx

M. Graf (de Berlin) expose les résultats obtenus à la clinique de M. von Bergmann par l'extirpation du larynx pour cancer.

Sur 20 résections totales, on a obtenu 2 guérisons définitives : la mortalité opératoire qui dans ce cas était de 45 p. 100 avant 1891, est tombée à 11 p. 100 depuis cette époque; 19 résections de la moitié du larynx ont donné 4 guérisons : ici la léthalité est descendue de 36 p. 100 à 12 p. 100. Enfin, 9 cas de résection moins étendue ont permis d'enregistrer une mortalité de 30 pour 100 et 4 guérisons.

Il résulte de ces chiffres que les guérisons définitives sont d'autant plus nombreuses que le cancer est opéré à une époque plus précoce et que l'extirpation du larynx doit être rangée parmi les interventions justifiées par les résultats qu'elles fournissent.

Cancer du pharynx.

M. Krönlein (de Zurich) a remarqué que le cancer du pharynx n'est pas plus rare que celui de la langue. C'est ainsi qu'il compte 61 observations personnelles de cancer du pharynx, ce qui représente la quinzième partie des cancers qu'il a observés.

Les 61 cas concernent 56 hommes et 5 femmes. Dans tous les cas qu'il a opérés, il s'agissait d'épithéliomes pavimenteux. Au point de vue de leur localisation, ils occupaient soit la région amygdalienne, soit les gouttières latérales du larynx, soit la

région rétro-laryngée, régions qui se trouvent sur le passage des aliments. M. Krönlein pense donc que l'irritation mécanique répétée de ces régions n'est pas sans importance pour la genèse de ce cancer.

Le pronostic des cancers de la partie inférieure du pharynx, est encore plus défavorable que celui des cancers amygdaliens, attendu qu'entre l'apparition de la tumeur et la mort du sujet il ne s'écoule en moyenne que 6 mois.

Il n'existe pas pour les cancers de la partie supérieure du pharynx, de méthode opératoire. Dans les cancers de la région amygdalienne, M. Krönlein a utilisé le procédé de Langenbeck, modifié de la façon suivante : il mène une incision à partir du coin de la bouche, en descendant obliquement dans la région sous-maxillaire et en remontant par une ligne courbe jusqu'au bord postérieur de l'apophyse mastoïde, après quoi il pratique la résection ostéo-plastique du maxillaire inférieur. Cette incision permet d'abord de faire une extirpation très complète des ganglions lymphatiques, puis elle découvre largement tout le champ opératoire. Il a exécuté cette opération 19 fois, avec 4 décès post-opératoires. Sur les 15 autres malades, 2 vivent encore, l'un avec, l'autre sans récidive; 12 ont succombé à une récidive après avoir eu une survie moyenne d'un peu plus de 7 mois Enfin, un de ses opérés s'est présenté porteur d'un cancer de la gouttière latérale du larynx, mais du côté opposé après une guérison qui avait duré 7 ans. Il s'agissait donc dans ce cas non pas du premier néoplasme d'une récidive, mais bien d'un nouveau cancer primitif, la tumeur siégeant du côté opposé et sur un autre étage de pharynx. Encouragé par le succès de la preopération, le patient se soumit à une nouvelle intervention, à une nouvelle intervention à laquelle malheureusement il succomba.

Quant aux cancers du troisième groupe, ici la méthode de Langenbeck ne donne pas un jour suffisant. M. Krönlein a donc exécuté dans ces cas la pharyngotomie latérale. Sur 8 sujets opérés de cette manière, 6 ont succombé à l'acte chirurgical; l'un des malades survivants est mort plus tard de récidive, tandis que l'autre vit encore sans récidive après avoir été opéré il y a environ deux ans.

M. Küster a pratiqué, dans un cas de cancer annulaire siégeant à l'entrée de l'œsophage, la résection circulaire du pharynx et a pu constater plus tard que la malade était atteinte d'un rétrécissement cicatriciel complet de cette portion du tube digestif; l'opérée, se refusant à ce qu'on lui établit une fistule œsophagienne, succomba à l'inanition.

Torsion du rectum par le procédé de Gersuny.

M. Prutz (de Königsberg) rapporte les résultats qu'a fournis à la clinique d'Eiselsberg la torsion du rectum d'après le procédé de Gersuny.

Cette torsion a été faite chez 6 malades au cours de l'extirpation même de la tumeur, et chez deux autres sujets plus tard à titre d'opération secondaire. Bien que la continence n'ait pas été absolue dans tous les cas, le résultat s'est cependant montré satisfaisant. Cette méthode se recommande donc en raison de sa simplicité et de son efficacité.

M. Riedel croit qu'une des raisons principales d'incontinence des matières fécales consiste dans la traction exercée sur la circonférence antéro-inférieure de l'extrémité rectale par les tissus environnants. Aussi chez un malade opéré antérieurement pour un cancer du rectum et qui se plaignait d'incontinence de matière fécales, il a mobilisé le bout du rectum par une incision semi-circulaire faite sur la cicatrice de la première opération. Cette intervention insignifiante permit au rectum de se retirer en haut, et le résultat fut si favorable que le malade ne ressent plus aucun inconvénient de la perte de son sphincter.

M. Rehn a pratiqué l'opération de Gersuny dans plusieurs cas avec succès. Chez une malade à laquelle il avait extirpé un cancer du rectum par la voie vaginale, il a combiné la torsion du rectum avec la formation d'un sphincter à l'aide des fibres du releveur de l'anus.

M. Gersuny (de Vienne) tient à mettre en garde contre un inconvénient de sa méthode qui est le suivant : le succès de l'opération dépend en grande partie de la suture qui réunit le rectum à la peau; si cette suture lâche, ce qui arrive quelquefois, on risque de voir le rectum se détordre. Cependant parfois la torsion se maintient malgré cet accident, et il croit que l'on ferait bien d'assurer le succès de l'opération en fixant les plis du rectum par quelques points extérieurs appliqués sur la tunique musculaire avant de suturer le rectum à la peau. Il pense que l'effet favorable de la torsion consiste en ce que les plis de la paroi rectale disposés d'abord en spirale prennent de plus en plus le caractère d'un pli circulaire au-dessus duquel se forme une nouvelle ampoule.

De l'infection de la vessie par les sondes.

M. Posner (de Berlin), pour déterminer la valeur des méthodes habituelles de stérilisation dans les conditions de la pratique journalière, soumit à l'examen bactériologique un certain nombre de sondes employées chez des malades atteints de cystite. Ces sondes ont subi après leur usage la désinfection habituelle par des moyens mécaniques et par l'eau phéniquée et sont restées inutilisées pendant un laps de temps atteignant parfois une quinzaine de jours. Il a trouvé que toutes ces sondes étaient contaminées par le bacterium coli : il en résulte que le nettoyage habituel des sondes n'est point suffisant au point de vue bactériologique et qu'il est nécessaire de les stériliser à l'aide de la chaleur.

M. Küttner, qui dans une série de recherches analogues est arrivé au même résultat, a cherché une méthode de stérilisation plus sûre et s'est adressé dans ce but à la formaline. Il a constaté que cet agent n'est point aussi sûr que l'on croyait et qu'il attaque les sondes d'une manière très appréciable. Pour le moment, l'ébullition représente le procédé de désinfection le plus efficace.

Sur les vaisseaux lymphatiques de la langue et leurs rapports avec la propagation du cancer de cet organe.

M. Küttner (de Tubingue).— Il existe à la surface de la langue un réseau de vaisseaux lymphatiques par lequel la lymphe s'écoule sur les deux côtés de la langue en partant de la ligne médiane. Ce réseau forme un certain nombre de canaux lymphatiques plus grands qui cheminent parallèlement les uns aux autres jusqu'à la base de la langue pour entourer les papilles caliciformes de cette région.

Les vaisseaux lymphatiques de la langue communiquent principalement avec les ganglions sous-maxillaires et les ganglions cervicaux profonds. Une troisième communication lymphatique s'étend de la pointe de la langue aux ganglions superficiels de la région antérieure du cou. Les grands vaisseaux lymphatiques suivent en partie l'artère linguale et les muscles du plancher de la bouche. Il en est aussi qui décrivent de grands contours sous la muqueuse du pharynx, ainsi que dans le pilier antérieur du voile du palais

Il ressort de ces recherches qu'aucun procédé opératoire ne peut donner une garantie absolue dans l'extirpation radicale du système lymphatique dépendant de la langue. Cependant on doit, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un cancer de la langue, extirper les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux profonds des deux côtés. L'ablation des ganglions doit avoir lieu dans tous les cas, qu'ils soient tuméfiés ou non, car il n'y a pas de raison pour traiter le cancer de la langue autrement que le cancer du sein, par exemple.

M. Heidenhain pense que la malignité du cancer de la langue tient en partie à ce que les contractions des muscles de la langue aspirent pour ainsi dire les cellules cancéreuses dans les voies lymphatiques, comme cela se voit d'une manière analogue dans le cancer du sein, par suite de l'action des muscles sous-jacents.

Des fistules branchiales communiquant avec la caisse du tympan et des kystes branchiaux correspondants.

M. Riedel. — Il s'agit d'une fillette de 5 ans chez laquelle on observa lors de la naissance l'existence d'une petite fistule au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Cet enfant eut

pendant plusieurs années des crises répétées de vomissements et de fièvre, sans qu'on pût jamais trouver la moindre cause à ces accidents. Le développement général de la petite malade subit de ce fait un arrêt notable. Pendant une de ses crises, l'enfant se plaignit de douleurs dans une oreille et l'on vit que le tympan était injecté. Quelque temps après, on aperçut une tuméfaction au niveau de la fistule observée lors de la naissance. On constata au cours de l'opération que cette fistule, évidemment d'origine branchiale, s'élargissait en forme de poche fusiforme pour s'insérer à la base du crâne dans la région de l'apophyse styloïde. On sectionna l'extrémité effilée de cette poche aussi haut que possible et on introduisit une sonde très fine dans le bout central du pédicule. Cette sonde pénétra dans la caisse du tympan. L'intérieur du kyste était constitué par une couche épithéliale imitant les éléments épithéliaux de la peau. La petite malade se rétablit et les crises de fièvre et de vomissements cessèrent.

Dernièrement, M. Riedel a eu l'occasion d'opérer un autre kyste branchial dont l'insertion se faisait également au niveau de l'apophyse styloïde.

Valeur chirurgicale de la ponction lombaire.

M. Braun estime que la ponction du canal lombaire n'est pas assez couramment employée en chirurgie, malgré les avantages incontestables qu'elle présente pour le diagnostic de certaines affections.

Sa valeur principale en ce qui concerne le diagnostic réside dans l'examen microscopique et bactériologique du produit de ponction.

Personnellement M. Braun a examiné 7 cas de méningite tuberculeuse, et a réussi à trouver le bacille de Koch chez 5 de ces malades.

Pour ce qui est de la méningite purulente, il a soumis à la ponction lombaire 8 malades atteints de cette affection. Dans le premier cas, il s'agissait d'un empyème putride ayant causé en même temps des abcès des reins. On trouva dans le liquide rachidien de nombreux leucocytes, ainsi que le bacterium coli. Chez 2 malades porteurs d'une thrombose suppurée du sinus latéral, le liquide rachidien renfermait des globules blancs et des streptocoques. Dans un cas de méningite survenue après l'extirpation d'une tumeur cérébrale, la ponction lombaire fournit un liquide purulent contenant des staphylocoques. 2 fois enfin on a trouvé des microorganismes dans des cas de méningite suppurée traumatique. A côté de ces 6 résultats positifs, on a enregistré 2 résultats absolument négatifs.

L'étendue de la méningite ne peut être jugée d'après les résultats de la ponction lombaire. Lorsqu'on obtient à l'aide de la ponction un liquide sanguinolent, il convient de distinguer entre les cas où il s'agit d'une lésion accidentelle d'un vaisseau sanguin par la canule et ceux où le liquide rachidien est sanguinolent par lui-même : dans la première éventualité, la couleur sanguinolente de ce liquide ne se manifestera qu'au début de la ponction, tandis que, dans la seconde, tout le liquide retiré par la seringue contiendra du sang. On sera donc autorisé, dans ce dernier cas, à admettre un épanchement sanguin dans le canal rachidien. Des chirurgiens américains ont réussi à faire de cette manière le diagnostic d'une hémorrhagie traumatique.

M. Garrè (de Rostock) a eu l'occasion d'observer un cas de méningite cérébro-spinale dans lequel la ponction lombaire avait fourni un liquide sanguinolent. Pour ce qui est de la valeur thérapeutique de l'opération, M. Garrè croit que cette opération peut rendre des services dans les cas de méningite séreuse.

Statistique des anesthésies pendant les années 1895 et 1896.

M. Gurlt (de Berlin). — Le total des narcoses exécutées dans le courant des deux dernières années est de 58 769, sur lesquelles on compte 32 décès, c'est-à-dire 1 décès pour 1 836 narcoses. Notre statistique des sept dernières années s'élève donc à 327 599 anesthésies avec 134 décès, ce qui donne la proportion de 1 mort pour 2 444 anesthésies.

Le pental a fourni une moyenne de 1 décès sur 230 narcoses, le chloroforme 1 sur 2 039, la méthode mixte de Billroth (morphine, chloroforme et alcool) 1 sur 3 807, l'éther 1 sur 5 090, le bromure d'éthyle 1 sur 5 228, et l'anesthésie mixte par le chloroforme et l'éther 1 sur 7 594.

Parmi les accidents notés dans ce même laps de temps, nous relevons, entre autres, une néphrite parenchymateuse consécutive à la chloroformisation.

Les narcoses à l'éther ont de nouveau occasionné un certain nombre de bronchites et de pneumonies. On a relaté, en outre, des cas d'exanthèmes produits par l'inhalation de cet anesthésique.

Sarcomes des os longs.

M. Reinhardt (de Berlin) a examiné 40 pièces anatomiques provenant de sarcomes des os longs opérés par M. König à la clinique de Göttingue. Dans un certain nombre de cas, il a pu déterminer si la tumeur a eu pour point de départ la moelle osseuse ou le périoste; dans d'autres cas plus avancés, cette distinction est beaucoup plus difficile.

Il a fait encore des recherches sur le sort ultérieur de 54 malades atteints de sarcomes des os longs et opérés par M. König, et obtenu les résultats suivants : 13 p. 100 des malades ont succombé à des récidives et 32 p. 100 à des métastases; dans 18 p. 100 des cas, où sont représentées toutes les variétés de sarcomes, la guérison a été définitive.

Chirurgie du foie.

M. Müller (d'Aix-la-Chapelle) a opéré, il y a quelque temps, une jeune femme chez laquelle il se forma, au cours d'une grossesse, une tumeur mobile au niveau du foie. Lors de l'opération, pratiquée 6 semaines après l'accouchement, on constata l'existence d'une tumeur pédiculée du foie. On enleva la tumeur et on fixa le bord du foie dans la plaie abdominale. La malade se remit rapidement de l'opération, mais succomba plus tard à des métastases. L'examen histologique de la tumeur prouva qu'il s'agissait d'un angiosarcome.

Chez une autre malade présentant un énorme adénome kystique du foie dont le début remontait au moins à 6 ans, M. Müller fit une extirpation partielle du néoplasme, mais la malade mourut d'embolie pulmonaire. A l'autopsie, on trouva également un adénome kystique des reins.

M. Israel a vu 2 fois la dégénérescence kystique du foie coexister avec celle du rein. Chez l'un de ces malades, la maladie avait débuté par le foie, chez l'autre par le rein.

Traitement des becs-de-lièvre compliqués.

M. Samter (de Königsberg) admet avec tous les chirurgiens la nécessité qu'il y a de décoller et de mobiliser les parties molles, mais pour ce qui est des opérations sur l'os intermaxillaire, il croit que ces dernières interventions devraient être abandonnées comme étant trop dangereuses. Il a essayé d'obtenir le même résultat en sectionnant la cloison du nez suivant une ligne qui remonte obliquement en avant depuis l'épine nasale antérieure et inférieure. Ce procédé mobilise suffisamment les parties intéressées, tout en étant plus bénin que les opérations portant sur l'os intermaxillaire lui-même.

M. Wolff (de Berlin) proscrit toute intervention intéressant l'os intermaxillaire, car si l'on refoule la saillie de cet os, on obtient cette déformation bien connue dans laquelle la lèvre supérieure se place en arrière de la lèvre inférieure. Le décollement des parties molles suffit, au contraire, dans tous les cas, pourvu qu'on fasse, lorsqu'il y a une saillie excessive de l'os intermaxillaire, l'opération en deux temps.

Infection des plaies bourgeonnantes.

M. Nötzel (de Bonn) a institué sur des moutons une série d'expériences sur l'infection des plaies bourgeonnantes, qui lui ont montré que la résorption des bacilles du charbon et du tétanos ne s'opère plus dès que les plaies ont 2 jours de date, pourvu que la surface bourgeonnante ne présente aucune lésion récente.

Il en est de même de la résorption des toxines; les expériences avec l'encre de Chine ont donné un résultat semblable. Contrairement à d'autres expérimentateurs, il a constaté que les animaux ne sont point immunisés par ces essais et que les microbes retirés de ces plaies après un certain laps de temps n'ont point perdu de leur virulence. On trouve encore les microbes dans les plaies au bout de 4 ou 5 jours et les spores pendant plus longtemps encore. On ne peut donc guère parler d'un effet bactéricide des granulations, et il croit que des causes mécaniques jouent le rôle principal dans la disparition des microbes de la surface des plaies bourgeonnantes.

Sur un cas insolite de torticolis.

M. Hildebrand (de Berlin) a eu l'occasion d'observer un petit enfant âgé de 4 semaines qui était atteint depuis quelques jours d'une raideur singulière du cou. L'accouchement s'était fait en présentation du siège et s'était terminé sans application d'instruments. On n'avait observé à ce moment-là aucune anomalie du côté du cou du nouveau-né. Lorsqu'on l'apporta à la clinique, on put constater l'existence d'une tuméfaction dure, du volume d'une noix, dans chaque muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ces tumeurs furent extirpées et l'examen microscopique montra qu'elles se composaient d'un tissu conjonctif très dur ne renfermant point de fibres musculaires. Il fut impossible de trouver du pigment sanguin. Il s'agissait donc d'une myosite fibreuse telle qu'elle a été décrite par M. Kader. L'enfant succomba peu de temps après et l'autopsie ne révéla aucune anomalie de l'appareil musculaire.

L'étiologie de cette affection est encore absolument inconnue. Il ne peut s'agir d'un hématome, vu l'absence complète de pigment sanguin; il ne saurait être non plus question dans ce cas d'une affection syphilitique. Quant à l'ischémie invoquée par M. Mikulicz, rien ne justifie ici une pareille supposition. On pourrait se demander toutefois si l'on n'a pas affaire à une sorte de chéloïde, ou si l'on n'est pas en présence d'un processus infectieux (Kader).

Les caractères du tissu conjonctif sembleraient presque assigner à la tumeur une date plus ancienne que celle de l'accouchement.

M. Petersen (de Kiel) a fait l'autopsie d'un enfant âgé d'un mois, lequel était atteint, mais seulement au niveau du sterno-mastoïdien droit, de la même lésion que celle qui vient d'être décrite par M. Hildebrand. L'examen histologique décela la nature fibreuse de cette tuméfaction, ainsi que l'absence de toute trace d'hémorrhagie.

De l'arthrite blennorrhagique.

M. Bennecke a eu l'occasion d'observer à la clinique de M. König, dans le courant des 16 derniers mois, 38 cas d'arthrite blennorrhagique (15 hommes, 23 femmes). Dans plusieurs de ces cas, l'affection était multiple, de sorte que le total les articulations atteintes s'élève à 58, dont 3 arthrites bilatérales du genou. Chez les sujets atteints de polyarthrite, une jointure ou deux se trouvaient toujours plus malades que les autres. Dans tous les cas, l'écoulement persistait encore au début de l'arthrite. Parfois, l'arthrite se manifestait en même temps que l'infection uréthrale, tandis que d'autres fois, l'apparition de l'infection gonorrhéique remontait à plusieurs années. Le début de l'arthrite, généralement brusque, a été, chez quelques sujets, occasionné par des traumatismes ou des refroidissements.

Au point de vue clinique, on peut distinguer les 4 formes suivantes : 1° la forme légère, qui se traduit par un épanchement séreux sans épaississement de la capsule; 2° l'épanchement séro-purulent, avec épaississement de la capsule; 3° l'empyème de la jointure; 4° la forme phlegmoneuse, qui représente la manifestation la plus grave de l'affection.

Dans un seul cas compliqué de pyélocystite, l'issue fut fatale. Dans tous les autres, la guérison s'effectua au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Chez de nombreux malades, l'auteur a noté une tendance prononcée à la formation rapide d'ankyloses. Chez quelques-uns mêmes, il a été impossible d'empêcher cette complication de se produire.

Le traitement a consisté dans la ponction et l'injection d'une solution d'acide phénique. En cas de phlegmon, l'application de teinture d'iode a rendu de bons services; 3 fois on a été obligé de pratiquer l'arthrotomie. Après la disparition des symptômes aigus, la jointure était provisoirement immobilisée à l'aide d'un appareil plâtré, quitte à la mobiliser plus tard sous le chloroforme. En dernier lieu, on donnait des bains et on faisait du massage.

Dans aucun cas, on n'a trouvé de gonocoques, tandis qu'on a constaté à plusieurs reprises la présence de staphylocoques, streptocoques ou diplocoques.

Quant aux résultats obtenus, les pieds et les mains ont conservé leur mobilité; le coude n'a jamais recouvré la sienne; pour le genou, les effets du traitement ont été bons dans la moitié des cas; la hanche présentait toujours une forte tendance à la contracture et à la destruction des surfaces articulaires, de sorte qu'ici l'on a été obligé de recourir à l'extension permanente.

M. König a vu des malades chez lesquels toutes les jointures furent atteintes de contracture à la suite d'une infection gonorrhéique. Ces cas présentent de tout point la marche et l'aspect d'un rhumatisme articulaire chronique et M. König est convaincu que nombre de faits considérés comme tels relèvent de la gonorrhée.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Mai 1897.

Œdème aigu du poumon.

M. Brouardel croit qu'on tirerait des communications de MM. Renaut et Landouzy des conclusions qui ne correspondent pas à la majorité des cas. M. Brouardel a dit que dans les morts subites par œdème aigu du poumon, capables d'avoir des conséquences médico-légales, l'autopsie révèle presque toujours des lésions rénales et quelquefois ils n'y a aucune lésion aortique; de même rien de cardio-artériel chez les sujets qui succombent au coup de froid et chez lesquels tout semble lié à un trouble du pneumogastrique. Les faits étudiés par MM. Renaut et Landouzy sont incontestables, mais au point de vue médico-légales les cas les plus importants sont les autres. D'ailleurs il est bien connu que les artério-scléreux ont d'ordinaire des lésions rénales sans qu'on puisse les qualifier réellement de brightiques.

M. Landouzy. — Le type que vient de décrire M. Brouardel est légion; d'autre part, ces artériels aboutissent d'ordinaire, comme le dit M. Brouardel, à la polysclérose. Mais M. Landouzy a seulement voulu démontrer que chez certains jeunes gens, alors que l'aorte est à peu près seule prise, les mêmes accidents peuvent survenir. Cela a de l'importance au point de vue thérapeutique, car on agit bien mieux sur les sujets dont les reins fonctionnent encore bien.

M. Renaut (de Lyon). — Il est bien certain que les brightiques sont particulièrement exposés à l'œdème du poumon, Mais le coup brusque, violent, d'œdème aigu congestif relève avant tout du système nerveux et on ne peut pas dire qu'un sujet dont le rein est sûrement sain, est sûrement à l'abri de ces accidents. Chez les rénaux, l'œdème est moins rapide.

M. Landouzy pense également que si parfois un trouble rénal peut intervenir, souvent il n'en est rien. Ainsi, il connaît deux jeunes gens, de 30 et de 20 ans, qui à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ont conservé des lésions cardio-artérielles, aortiques, principalement avec prédominance de l'insuffisance. Tous deux ont eu à plusieurs reprises, en quelques années, plusieurs attaques d'œdème aigu du poumon, surtout nocturnes, et à la suite d'émotions, comme toutes les attaques spasmodiques. Avant, pendant, après l'attaque, ils n'ont rien eu d'anormal dans l'urine.

M. Renaut (de Lyon) a déjà fait décrire dans la thèse de son élève Honorat l'œdème aigu congestif du poumon et mon-

tré qu'il possède en anatomie pathologique une autonomie complète aussi bien qu'en clinique. Le point sur lequel il veut insister aujourd'hui est que pour lui, dans la pathogénie, il ne faut abuser pas de la néphrite. Cet œdème, pour lui, est un œdème avant tout névropathique, lié à la manière d'être des « artériels », et il peut fort bien survenir chez des sujets qui n'ont rien du tout de rénal. M. Renaut en cite deux exemples très nets chez des malades qui ont eu sous ses yeux plusieurs attaques d'œdème aigu pulmonaire en 8 à 10 ans, et qui n'étaient nullement brightiques.

Appendicite

M. Dieulafoy n'a pas l'intention de rayer de la nosologie la typhlite. Ce serait absurde : il y a des typhlites tout comme il y a des entérites, des côlites. Mais ce qui n'existe pas, c'est l'ancienne typhlite avec engouement stercoral, celle qui aboutissait à l'ancienne pérityphlite avec ses conséquences : ces malades, actuellement, on les opère, et chez eux on trouve à peu près toujours des lésions de l'appendicite et non point du cæcum. Les lésions et perforations du cæcum avec abcès sont possibles, mais rares, et surtout rarement primitives et non consécutives à l'appendicite.

Reste le second reproche de M. Dumontpallier : M. Dieulafoy est trop partisan de l'opération. Il l'est, parce qu'il a actuellement observé 37 malades opérés par divers chirurgiens, et il maintient sa conclusion première : le traitement médical est nul ou insuffisant. M. Dumontpallier attribue à ce traitement 90 p. 100 de succès, et il prononce dès lors un réquisitoire en règle contre la chirurgie, aussi bien pour les accidents suraigus que pour les accidents aigus. En réalité, les cas ne se comptent plus dans lesquels, en opérant même au bout de 2 ou 3 jours, on trouve l'appendice gangrené, entouré de pus et de péritonite alors que cependant les accidents paraissent bénins, et après avoir eu sous les yeux le foyer incisé et évacué on se demande ce qu'aurait pu faire le cataplasme, ou la vessie de glace, ou même les sangsues; et cela même chez des malades qui ont à peine 38°, qui ne semblent pas avoir les signes caractéristiques de la péritonite généralisée, qui ne paraissent pas en danger rapide.

En réalité, pour la vraie appendicite, le traitement médical est insuffisant. Il n'est bon que pour les fausses appendicites, c'est-à-dire pour les typhlites simples. Les temporisateurs réservent l'opération à certain cas « spéciaux ». Or, il n'y a pas de cas spéciaux : l'appendicite est une et indivisible, et dès qu'on l'a diagnostiquée on doit intervenir. La vérité est que, cliniquement, on peut à peine reconnaître s'il y a une péritonite aiguë généralisée, et M. Dieulafoy s'insurge contre les classifications cliniques en appendicites plastique, pariétale, etc. Ce diagnostic et le pronostic qui en découle sont en réalité impossibles. Il y a ou non appendicite vraie, et pour l'appendicite vraie, le seul traitement est le traitement chirurgical en temps opportun.

M. Ménard (de Berck) fait une communication sur le redressement du mal de Pott (sera publié).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 Mai 1897.

Multiplicité des sécrétions morbifiques d'un même microbe.

M. Charrin. — On sait depuis 1887 que les microbes, pour faire naître les accidents morbides, utilisent leurs produits solubles : personne ne conteste cette donnée. On discute davantage quand il s'agit de savoir la nature de ces produits; après les avoir rangés dans les composés alcaloïdiques, on tend à en faire des albumoses.

A ces considérations se rattache la question du nombre de ces sécrétions. Un microbe agit-il par une toxine unique, comme on semble le croire, ou par des toxines multiples, comme le soutient le professeur Bouchard.

On peut démontrer qu'un même microbe engendre plusieurs substances; j'ai prouvé, par exemple, il y a longtemps, que d'une culture d'un bacille pathogène, on pouvait extraire et un pigment, la pyocyanine, et un sel ammoniacal, c'est-à-dire deux corps parfaitement définis, cristallisés. Toutefois, ces corps ont peu d'influence sur l'organisme.

Or, sans remonter à des expériences de 1890, plus récemment nous avons établi avec Gley que le tétanos névro-direct ou névro-réflexe se développait quand on introduit dans l'animal les sécrétions du bacille pyocyanique insolubles dans l'alcool, tandis que les parties solubles n'intéressent pas ce pouvoir excito-moteur de la moelle, du moins d'une façon accentuée.

Au cours de recherches nouvelles j'ai vu, avec M. Bardier, que pour actionner le cœur, on pouvait s'adresser aux éléments que l'alcool dissout dans les cultures pyocyaniques; ces éléments résistent à la chaleur, alors que les poisons les plus violents de ces cultures, ceux qui déterminent de l'entérite, que l'amaigrissement, etc., sont précipités par l'alcool, très atténués, sinon détruits à 80, à 100.

Si on utilise les éléments volatils, on impressionne les nerfs.

D'autre part, on peut mettre en évidence, comme je l'ai fait avec le professeur Arnaud, un ferment capable de dédoubler l'asparagine, ferment fixé sur le protoplasma, d'après ce que nous avons soutenu dès 1889; on sait qu'aujourd'hui cette donnée se vérifie.

Il est encore permis de remarquer que le même bacille consomme d'énormes quantités d'oxygène empruntées aux tissus dans le cas de maladie, fabrique d'abondants composés ammoniacaux, dont la toxicité n'est plus à établir.

On arrive donc de plus en plus nettement à cette donnée qui veut que les bactéries engendrent la maladie grâce à plusieurs principes; les plus importants sont assurément, vraisemblablement, de nature albuminoïde, mais il en est d'autres qui sont loin d'être négligeables au point de vue morbifique.

Ces notions, dont on saisit l'importance, permettent de voir pourquoi il y a des phénomènes accessoires à côté de la caractéristique essentielle d'une infection. Suivant que le microbe pathogène, dont les sécrétions varient en quantité, en qualité, d'après le terrain ou sa vitalité, en produira plus ou moins, en dehors de celle qui est sa note dominante, il y aura plus ou moins de désordres. On ne peut concevoir la genèse des troubles pathologiques, de leur variété, en dehors de ces notions, bien plus claires que la théorie d'une sécrétion unique, créant toutes les perturbations suivant les doses.

D'un autre côté, la thérapeutique de l'infection doit avant tout s'opposer aux effets des sécrétions microbiennes. Or, comment le faire si on ignore le nombre, la nature, les propriétés de ces sécrétions, leurs voies d'élimination, les moyens propres à les neutraliser ?

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 7 Mai 1897.

Tumeur mammaire chez une chienne,

M. Cornil montre des coupes pratiquées sur une tumeur développée dans la mamelle d'une chienne récemment accouchée. Cette tumeur paraît intermédiaire entre l'épithéliome à cellules cylindriques et le fibro-papillome de la mamelle.

On trouve de plus chez cette chienne des papillomes sessiles ou pédiculés en différentes régions, notamment au mamelon et à la patte, de sorte que plusieurs tumeurs de nature différente coexistent sur le même animal.

La muqueuse utérine de cette chienne est jaunâtre et opaque comme dans les cas de tuberculose de la muqueuse de l'utérus et au microscope on trouve seulement de la dégénérescence graisseuse des cellules de la muqueuse.

Septicémie à tétragènes.

M. Castaigne rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'écrasement des 2 jambes avait conservé des fistules suppurant abondamment, et qui rentra à l'hôpital avec les signes d'une pleurésie abondante : on donna issue par la ponction à 2 litres d'un pus lactescent bien spécial qui, sur lamelles et par

culture, donna du tétragène absolument pur, ne coagulant pas le lait et ne liquéfiant pas la gélatine. Un abcès du cuir chevelu, qu'avait le malade à ce moment, contenait également à l'état de pureté le même microbe que l'on retrouva aussi dans le pus des jambes, mais associé à ce niveau au staphylocoque et au streptocoque. L'épanchement pleural se reproduisant, on fit une deuxième ponction, par laquelle on retira 2 litres du même pus, contenant encore du tétragène pur. Le malade mourut huit mois et demi après son traumatisme et plus d'un mois après que l'on eut constaté le tétragène en différents points de son organisme. A l'autopsie, on trouva dans le sang du cœur recueilli 7 heures après la mort le même microbe, mais associé au streptocoque, tandis qu'on trouva du tétragène pur dans des fausses membranes pleurales, dans de petits foyers bronchopneumoniques siégeant du côté où le malade n'avait pas sa pleurésie, dans le rein gauche, où il y avait 3 au 4 petits abcès, au pôle supérieur. Le foie, absolument gras, ne contenait de tétragène en aucun point. Enfin, il n'y avait en aucun point de lésions tuberculeuses.

On peut donc exclure l'hypothèse d'infection secondaire au cours d'une tuberculose ancienne. Il s'agit, par conséquent, d'une infection tétragénique primitive. Le microbe a envahi l'organisme par les plaies de la jambe et a produit des foyers secondaires dans la plèvre droite, dans le poumon gauche, dans le tissu cellulaire du cuir chevelu et dans le rein gauche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 Mai 1897.

Pigment ocre et pigment noir.

M. Laveran. — On a signalé la présence du pigment ocre dans les viscères des individus ayant succombé au paludisme. Le fait est vrai. Mais tandis que la présence du pigment ocre a une valeur et se constate dans presque toutes les maladies, on trouve en outre chez les paludéens un pigment noir qui est particulier à l'impaludisme. Ce pigment est produit par l'intermédiaire des hématozoaires qui se pigmentent au bout de quelque temps. Le pigment s'accumule après dans les organes et plus particulièrement dans le foie et la rate.

La distinction entre le pigment ocre et le pigment noir est facile.

Le pigment ocre est jaune, se présente sous forme de granulations qu'on trouve dans les vaisseaux et les cellules, qui ne sont jamais libres dans le sang et qui prennent une coloration bleue quand on les traite par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique et prennent une coloration noire avec le sulfhydrate d'ammoniaque.

Le pigment noir est noir ou rouge sombre, se trouve exclusivement dans les vaisseaux, est libre dans le sang et apparait surtout après les accès. Il ne devient pas bleu avec le ferro-cyanure et l'acide chlorhydrique et garde sa coloration lorsqu'on le traite par le sulfhydrate d'ammoniaque. Il ne se dissout pas dans les acides, mais est soluble dans le sulfure ammonique.

Comme le pigment ocre, le pigment noir renferme probablement du fer mais sous une forme difficile à déceler.

MM. Gilbert et **Carnot** ont constaté que l'opothérapie hépatique arrête non seulement les hémorrhagies des individus atteints d'affections du foie, mais encore celles des tuberculeux.

M. Boinet a vu la résistance du rat privé d'une capsule surrénale et bien remis de l'opération persister vis-à-vis de certains poisons, suivant la remarque de Langlois et Charrin, mais fléchir si on enlève les deux capsules.

M. Delezenne fait une communication sur la coagulation du sang chez les reptiles.

M. Figuier fait une communication sur les produits de décomposition des matières albuminoïdes et leur valeur alimentaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Mai 1897.

Traitement de la péritonite généralisée.

M. Peyrot rapporte deux cas de péritonite généralisée traités avec succès par la laparotomie et le drainage de la cavité abdominale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de dix-neuf ans, que M. Peyrot opéra au 7e jour de la péritonite. Les symptômes de péritonite généralisée étaient au complet : pouls rapide et misérable, température de 38°, ballonnement du ventre, vomissements verdâtres, etc., et l'état tel qu'on ne pouvait guère compter sur un succès. M. Peyrot fit tout d'abord une incision dans la fosse iliaque droite, y trouva une quantité considérable de pus et un appendice presque décapité; il fit ensuite une seconde incision dans la fosse iliaque gauche, et, après avoir introduit la main dans l'abdomen et brassé les intestins, fit sortir par la seconde incision un flot de pus. Il fit un lavage du péritoine et plaça dans chaque incision deux gros drains dont un remontait vers la région lombaire et l'autre descendait dans le petit bassin.

Pendant les premiers jours, la situation ne changeait guère, et, pour avoir une diurèse suffisante, il a fallu faire des injections de sérum artificiel et des injections de caféine. Au 4e jour, il se produisit à travers l'incision et la fosse iliaque gauche, une hernie du cæcum que M. Peyrot ne réduisit que quinze jours après. L'amélioration ne se manifesta que cinq ou six jours après l'opération et le malade finit par guérir.

Dans le second cas, où il s'agit également d'une péritonite appendiculaire chez un homme de trente-trois ans, que M. Peyrot opéra comme précédemment, on ne trouva pas de pus en grande quantité. On ne fit donc pas de lavage, mais on établit un drainage comme dans le cas précédent. Le malade guérit.

M. Peyrot croit avoir eu à faire, dans les deux cas, à de la péritonite généralisée, et il est convaincu que si l'on intervenait de meilleure heure on réussirait plus souvent. Le diagnostic est parfois difficile; mais chaque fois qu'on pense à la possibilité de la péritonite, on est sûr de la trouver. La double incision latérale lui semble préférable à l'incision médiane. Elle permet tout d'abord de voir ce qui se passe du côté de l'appendice; elle donne une évacuation plus facile du pus et rend le drainage plus efficace. Une autre indication, importante à remplir, consiste à exciter la diurèse par les injections de sérum artificiel et par celles de caféine.

M. Lucas-Championnière ne comprend pas sur quoi on se base pour dire péritonite généralisée ou péritonite localisée. Il est certain qu'au cours de l'opération il est impossible de résoudre cette question; et même à l'autopsie, même en cas de péritonite puerpérale qui est bien le type de la péritonite généralisée, on voit des régions entières épargnées par le processus. Parce qu'une péritonite a guéri, après la laparotomie, ce n'est pas une raison pour dire que la péritonite était localisée. Ce qui est certain, c'est qu'il y a des individus qui font du pus dans leur péritoine et le supportent relativement assez bien.

Personnellement, il est intervenu dans un cas de péritonite purulente consécutivement à un traumatisme de la paroi abdominale chez une fillette de neuf ans. Il a fait une incision médiane, nettoyé le péritoine avec des éponges trempées dans une solution de chlorure de zinc et drainé la cavité abdominale. Le malade a guéri.

M. Reynier admet que les péritoines généralisées peuvent guérir, mais il ne croit pas que le diagnostic de péritonite généralisée puisse être fait. Il y a des cas qui débutent comme des péritonites généralisées et dans lesquels, au bout de quelques jours, il se fait des localisations dans une des fosses iliaques, dans le petit bassin, etc. Pour M. Reynier, il faut aider l'organisme à faire ces localisations, en soutenant le cœur, et n'intervenir que lorsque ces localisations sont faites. En intervenant avant, on risque fort, en manipulant le péritoine et les intestins enflammés, de provoquer une syncope cardiaque mortelle.

Si la péritonite guérit, cela tient encore à la nature bactériologique de l'inflammation péritonéale et à sa localisation. Les

péritonites périphériques, celles qui suivent le gros intestin, se généralisent rarement.

Luxation du scaphoïde.

M. Quénu rapporte l'observation d'un homme de quarante-cinq ans qui est entré à l'hôpital pour une luxation du scaphoïde sur le premier cunéiforme, survenu consécutivement au déjettement du pied au dehors. M. Quénu ne vit le malade que cinq semaines après l'accident. Il pratiqua l'extirpation du scaphoïde, et ce malade guérit dans d'excellentes conditions.

M. Motet (Angers) présente une malade atteinte de ptosis, et qu'il traita avec succès en suturant un lambeau du tendon du muscle droit de l'œil à la face muqueuse du cartilage tarse.

M. Kirmisson présente : 1° une arthrite tuberculeuse du genou traitée par la tunnellisation, et 2° une ostéomyélite du tibia et des os du pied, traitée par la tarsectomie postérieure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 Mai 1897.

Procédé de dosage du sucre dans le sang par le bleu de méthylène.

MM. Pierre Marie et J. Le Goff proposent un procédé fondé sur la décoloration du bleu de méthylène sous l'influence du glucose. On opère de la façon suivante :

Au moyen d'une seringue de Pravaz, on puise un centimètre cube de sang dans une des veines du pli du coude; on fait tomber goutte à goutte dans 5 à 8 centimètres cubes d'alcool à 90°, contenus dans un petit tube de 12 millimètres de diamètre et de 8 à 10 centimètres de longueur. On ferme le tube avec un bouchon de liège, on agite pendant une dizaine de minutes, puis on laisse reposer vingt-quatre heures. Les substances albuminoïdes, l'hémoglobine se précipitent et on arrive ainsi à éliminer une grande partie des substances réductibles autres que le sucre.

On filtre sur papier à filtration rapide mouillé à l'alcool, on lave le coagulum avec de l'alcool également, on l'exprime fortement ensuite. On y dose alors le sucre par le procédé indiqué par M. Marie pour le dosage du sucre dans l'urine par le bleu de méthylène. On peut également faire usage de solutions de bleu dans l'alcool faible, à 30°.

Diabète traité par l'ingestion du bleu de méthylène.

MM. Pierre Marie et J. Le Goff. — Homme de quarante-cinq ans, diabétique depuis huit ans, dont l'urine contenait 38 à 40 grammes de sucre par litre. Administration stomacale de bleu de méthylène (60 à 120 centigrammes par jour). La quantité de sucre alla en diminuant d'une façon à peu près progressive, la disparition complète était obtenue au bout de six semaines avec amélioration notable de l'état général. Les auteurs ont été amenés à essayer l'effet thérapeutique du bleu de méthylène dans le diabète par l'étude qu'ils ont faite de l'action chimique de ce bleu sur la glucose.

Ils font d'ailleurs toutes réserves sur les autres éléments qui auraient pu chez ce malade influer sur la disparition du sucre et attendent une nouvelle vérification sur d'autres diabétiques qu'ils ont en cours de traitement pour se prononcer d'une façon affirmative sur l'emploi du bleu de méthylène.

De l'ostéomyélite consécutive aux suppurations des voies respiratoires.

M. E. Jeanselme rapporte l'observation d'un tanneur de vingt-sept ans, atteint d'une affection ulcéreuse chronique du poumon droit, et ayant succombé à une poussée de broncho-pneumonie gangréneuse. L'humérus droit très irrégulier, surchargé d'hyperostoses et d'ostéophytes, avait été le siège d'une ostéomyélite à suppuration fétide, sept mois après le début des accidents pulmonaires. Deux espèces microbiennes prédominaient dans le foyer pulmonaire : le staphylocoque doré et le pneumocoque. Toutes les cultures faites avec l'humérus guéri depuis plusieurs années demeurèrent stériles.

Dans un autre cas observé par M. Jeanselme, il s'agit d'un homme de vingt-six ans atteint de dilatation chronique des bronches, et qui succomba à une broncho-pneumonie avec gangrène des extrémités bronchiques. Pendant le cours de cette poussée, des foyers métastatiques multiples, à suppuration très fétide, se développent au niveau du tibia gauche, des phalangettes de plusieurs doigts des deux mains, et à l'extrémité inférieure du fémur droit. A l'autopsie, outre les lésions communes de la dilatation des bronches et de la gangrène des extrémités bronchiques, on trouve une plaque de méningite suppurée de la base et de nombreux infarctus dans le foie.

Dans le pus des ectasies bronchiques et dans les noyaux gangréneux le pneumocoque prédominait. Il s'était associé au pneumobacille de Friedländer, aux staphylocoques albus et citreus et à plusieurs variétés de bacilles indéterminés. Dans les foyers métastatiques osseux et viscéraux, on trouve le pneumocoque dans toutes les localisations. Celui-ci était accompagné d'autres microbes qui étaient différents suivant les foyers, mais qui tous existaient dans les lésions pulmonaires. Sa présence dans le sang du cœur et de la saphène donne la preuve matérielle de l'origine hématogène des complications.

En rapportant ces observations, M. Jeanselme attire l'attention sur les points suivants :

1° La localisation *systématique* et presque exclusive des foyers métastatiques sur le tissu osseux. 2° Toutes les déterminations à distance étaient directement commandées par la lésion pulmonaire, car toutes les espèces bactériennes, observées dans les diverses localisations, existaient aussi dans les ectasies bronchiques, et les associations microbiennes variaient d'un foyer à l'autre, ce qui prouve leur indépendance réciproque.

Réaction agglutinante dans la fièvre typhoïde.

M. Rouget (Alger), rapporte 37 cas de séro-diagnostic positif, constaté dès les premiers jours de fièvres infectieuses, dans lesquelles le diagnostic était hésitant avec la granulie et surtout la fièvre rénitente palustre.

Mais dans les observations de fièvre typhoïde où le diagnostic fut vérifié par l'autopsie, le séro-diagnostic ne fut positif que le 11e et douteux le 23e jour de la maladie.

M. Achard vient d'observer, avec M. Bensaude, un nouveau cas où la réaction tardive se montra au 6e jour de l'apyrexie et disparut au 22e jour de la convalescence.

M. Mathieu ajoute un nouveau cas de réaction tardive : le sérum ne présenta le pouvoir agglutinant qu'au 14e jour de la fièvre typhoïde et le gardait encore au 35e jour.

M. Debove commit, dans ces derniers temps, trois erreurs de diagnostic par suite de sa confiance trop grande dans le séro-diagnostic; ces trois cas concernaient des fièvres typhoïdes anormales, qui pendant les premiers jours de leur évolution ne donnèrent pas lieu à la réaction agglutinante; de ce fait seul, M. Debove se crut autorisé à rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde. L'évolution ultérieure de la maladie, la constatation tardive d'un sérodiagnostic positif, vint au contraire affirmer qu'il s'agissait cependant d'infections typhiques.

M. Widal fait observer que, dans la grande majorité des cas, on peut, chez les typhiques, compter sur la séroréaction dès les premiers jours. Il est des cas où cette réaction peut être retardée, comme M. Widal l'a montré le premier, ayant observé un fait où cette réaction ne fut trouvé qu'au 22e jour.

Applications locales du salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme.

M. G. H. Lemoine, guidé par les recherches expérimentales et les observations de MM. Linossier et Lannois, a expérimenté, dans neuf cas d'accidents rhumatismaux divers, les badigeonnages de salicylate de méthyle.

L'application de ce médicament sur la surface cutanée agit sur le rhumatisme articulaire aigu comme le salicylate de soude pris à l'intérieur; cependant, il semble produire une diminution plus rapide de la douleur; son emploi à la dose de 10

à 12 grammes n'a pas été suivi de vertiges, d'étourdissement, de bourdonnements d'oreilles et de nausées, comme cela s'observe assez souvent à la suite de l'administration interne du salicylate de soude.

Une fois cependant l'application de 20 grammes de ce médicament a provoqué de la céphalalgie

Le médicament s'élimine par les urines, sous forme d'acide salicylique, absolument dans les mêmes proportions que le salicylate de soude, administré par la voie gastrique.

La quantité éliminée est sensiblement égale au dixième de la quantité soumise à l'absorption.

Le salicylate de méthyle s'emploie sous forme d'essence de Wintergreen, qui contient 90 p. 100 de ce sel. On verse la quantité d'essence qu'on veut soumettre à l'absorption sur une compresse de tarlatane non apprêtée, puis on applique celle-ci sur la plus large surface possible. Il faut avoir soin, pour obtenir un résultat complet, de recouvrir la compresse imbibée d'essence d'une toile imperméable, enveloppant complètement le membre, et hermétiquement fermée par une bande.

L'application doit être faite de préférence *loco dolenti;* mais si la région douloureuse ne peut recevoir un pansement complètement fermé, il faut alors faire l'application sur la face antérieure de l'avant-bras ou encore mieux sur la partie moyenne de la cuisse.

Les bons résultats obtenus semblent moins être le fait d'un contact du médicament avec la région douloureuse que celui de l'absorption rapide du médicament par la circulation générale.

Ces applications de salicylate de méthyle peuvent donc remplacer le salicylate de soude administré à l'intérieur.

Elles ont la même sûreté d'action. D'autre part, elles semblent formellement indiquées toutes les fois que l'estomac du malade demande à être ménagé.

M. Siredey, qui a essayé le salicylate de méthyle dans dix cas de rhumatisme torpide a toujours eu des succès; il a même obtenu des résultats très appréciables dans un cas de rhumatisme blennorrhagique. Une seule fois, chez une goutteuse, il se produisit des phénomènes d'intolérance (maux de tête, bourdonnements d'oreilles), après l'application de 50 gouttes du médicament.

Le salicylate de méthyle donne encore de bons résultats dans les douleurs fulgurantes du tabès et les douleurs radiculaires du mal de Pott au début.

M. Le Gendre a remarqué également que les formes qui étaient surtout justiciables du salicylate de méthyle étaient les formes subaiguës du rhumatisme articulaire. Le seul inconvénient qui paraît devoir être signalé, est l'odeur repoussante du salicylate de méthyle; cette odeur empêche quelques malades de le tolérer.

M. Linossier pense que dans le rhumatisme articulaire aigu, l'application épidermique du salicylate de méthyle, paraît l'équivalent de l'ingestion du salicylate de soude. Elle a sur lui l'avantage d'épargner l'estomac, et de ne produire qu'exceptionnellement des phénomènes d'intoxication.

Dans le rhumatisme subaigu, dans les poussées aiguës de rhumatisme chronique, dans les douleurs d'origine névralgique ou névritique, le salicylate de méthyle réussit parfois à merveille là où le salicylate de soude échoue absolument, sans qu'il soit actuellement bien facile de définir les cas où le succès est probable.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 26 Avril 1897.

Langue géographique et gommes syphilitiques du pharynx.

M. de Castel présente une malade atteinte de glossite exfoliatrice en aires et de gommes syphilitiques du voile du palais avec destruction de la luette. Probablement entre les lésions de la langue et celles du voile du palais et n'y a qu'une simple coïncidence. Il ne s'agit pas d'une malade atteinte de syphilis héréditaire; la malade n'a aucune déformation du nez, aucune altération de la cornée; sa robuste constitution ne ressemble en rien au développement incomplet des hérédo-syphilitiques; il y a bien une altération des deux incisives supérieures, mais elle ne paraît point devoir être attribuée à une syphilis héréditaire.

La malade a été soignée, il y a 5 ans, pour des plaques muqueuses de la vulve; il semble donc probable que la syphilis est acquise et remonte à 5 ans et dès lors on se trouve en présence d'une simple coïncidence : cette observation montre que la glossite exfoliatrice en aires et la syphilis sont, comme la plupart des observations modernes l'ont montré, deux affections pouvant coïncider, mais indépendantes et de nature différente.

Sclérodermie en plaques.

MM. J. Darier et **Gastou** montrent une jeune femme présentant sur la joue, sur l'épaule et sur le membre supérieur gauche une dizaine de plaques érythémato-tuberculeuses, plus grandes qu'une pièce de 5 francs, saillantes, quelques-unes pigmentées, avec épiderme normal et infiltration très notable au palper. Le diagnostic en est des plus délicats; on pouvait penser à des plaques de lèpre tuberculeuse (ces plaques ne sont pas anesthésiques), à une forme anormale de tuberculose cutanée, au mycosis fongoïde et à diverses néoplasies. Les lésions datent de 7 ans et plusieurs ont été traitées par l'ignipuncture et les scarifications sans aucun succès. Une biopsie permit de reconnaître qu'on se trouvait en présence d'une hyperplasie fibreuse du derme et de l'hypoderme, d'une dermato-sclérose, remarquable par la constitution anormale des faisceaux conjonctifs nouveaux, qui se distinguent par une apparence granuleuse et des réactions de coloration tout à fait spéciales. Quelques séances d'électrolyse ont donné sur l'une des plaques un résultat surprenant en amenant en moins de 15 jours un affaissement et un assouplissement déjà presque complet. Le traitement sera continué.

Des injections intra-veineuses des sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis.

M. Ch. Abadie a continué depuis l'année dernière à pratiquer les injections intraveineuses des sels mercuriels dont l'avantage incontestable est l'absence de douleurs et de nodosiés sous-cutanées.

Les précautions à prendre pour ces injections sont simples. Il suffit de laver au sublimé ou à l'alcool la place où l'injection doit être pratiquée; de se servir d'une seringue toute en verre, corps de pompe et piston modèle Lüer, et d'une aiguille canule en platine iridié flambée chaque fois à la lampe à l'alcool. En se conformant à ces règles en somme fort simples on n'a jamais d'accident. Les injections ne sont difficiles à faire que quand le réseau veineux superficiel du bras est peu développé. Mais déjà, chez le plus grand nombre de malades, une compression légère avec la main sur la partie moyenne du bras suffit pour rendre les veines apparentes. L'injection devient dès lors aussi facile qu'une injection sous-cutanée ordinaire. Mais chez certains malades, malgré une ligature appliquée à la partie moyenne du bras, le réseau veineux superficiel est quelquefois fort peu apparent et on sent les veines plutôt qu'on ne les voit; même dans ces conditions, un peu d'attention et d'habitude suffit pour arriver à pousser l'injection dans la veine. Le seul accident possible quelquefois chez ces malades ayant les veines peu apparentes c'est que l'injection pénètre non dans la veine, mais à côté: il se produit alors une nodosité qui reste apparente pendant quelques jours pour se résorber lentement après.

La dose journalière d'un centigramme de cyanure d'hydrargyre est bien supportée en moyenne et ne provoque pas d'accidents d'intoxication. Quand on est en présence de lésions intéressant des organes de structure aussi délicates que l'œil ou les centres nerveux, non seulement il importe de guérir le malade, mais le point essentiel c'est de le guérir le plus rapidement possible, de façon qu'aucune lésion destructive ne laisse après elle de désordres irréparables.

Aujourd'hui, M. Abadie a fait 1 000 à 1 200 injections intraveineuses sans aucun accident.

M. Jullien confirme complètement les dires de M. Abadie.

En se conformant à une pratique très méthodique et très précise, on pique la veine sans aucun danger, sans le plus petit inconvénient.

Des atrésies post-lupiques et leur traitement.

MM. H. Hallopeau et **Weil**. Ces atrésies peuvent amener l'oblitération complète ou presque complète des orifices du visage; lorsqu'elles intéressent les paupières, la cicatrice unissant les bords peut s'étendre sur la conjonctive et sur la cornée auxquelles elles adhèrent et dont elle suit les mouvements; l'ouverture buccale peut n'être plus représentée que par un pertuis admettant à peine l'extrémité du petit doigt : cette difformité n'est pas incompatible avec l'alimentation non plus qu'avec la phonation; seules les consonnes dites labiales ne peuvent plus être prononcées. Une observation de M. Le Dentu montre qu'une opération méthodique peut en pareil cas amener le rétablissement d'une ouverture buccale, à la condition que l'application consécutive d'un appareil approprié soit bien supportée; l'oblitération presque totale de l'ouverture des narines peut n'entraîner aucun trouble fonctionnel; elle semble même constituer une immunité contre le coryza.

Sur les acrodermatites continues.

M. Hallopeau a décrit antérieurement ce nouveau type clinique sous le nom de polydactylites suppuratives récidivantes; cette dénomination était trop restreinte car il y a des cas dans lesquels l'inflammation est simplement vésiculeuse et d'autre part les altérations ne restent pas constamment limitées aux doigts; elles peuvent envahir la main, le pied et même le poignet et le cou-de-pied; ces localisations rapprochées de la reproduction incessante des éléments éruptifs justifie la nouvelle étiquette adoptée par l'auteur. Il est probable que des agents pathogènes de nature diverse peuvent lui donner naissance : elle paraît devoir surtout ses caractères particuliers à l'épaisseur que présente l'épiderme dans ces régions; les microbes y pénètrent profondément, s'y multiplient et ne peuvent en être éliminés, d'où la reproduction incessante d'éruption vésiculeuse, pustuleuse ou, comme dans le fait de M. Audry, bulleuse; ces éruptions résistent opiniâtrement au traitement le plus efficace qui consiste dans l'application réitérée de fortes solutions de nitrate d'argent.

De l'origine nasale du lupus de la face.

MM. J. Méneau et **D. Frèche**. — La contagion directe immédiate du lupus de la face ne fait doute aujourd'hui pour personne. Il en est de même de l'inoculation médiate provenant de foyers tuberculeux ganglionnaires ou osseux voisins. Le lupus de la face peut aussi être consécutif à un lupus primitif de la muqueuse nasale, propagé soit par le sac lacrymal, soit par l'orifice externe du nez. Cette étiologie, quoiqu'on dise, nous paraît être d'une extrême fréquence, ainsi qu'il résulte de 95 lupus de la face, recueillis pendant ces trois dernières années à la clinique dermatologique de la Faculté. Un interrogatoire sérieux des malades au point de vue des antécédents nasaux permettra de s'en rendre un compte exact. Peut-être aussi des lésions nasales lupiques méconnues, qui ne se sont traduites que par de l'hypersecrétion, sont-elles la cause des nombreuses adénites tuberculeuses du cou.

Engelures chroniques.

M. Méneau. — Si les engelures constituent le plus généralement une maladie de l'enfance, on peut quelquefois les voir apparaître chez des adultes ou des vieillards qui jusque-là en avaient été complètement indemnes.

L'affection revêt alors un caractère d'autant plus tenace que les malades sont plus âgés. L'engelure chronique est une maladie relativement rare. Elle se présente soit sous la forme érythémateuse, soit sous la forme ulcéreuse, se distinguant de l'engelure juvénile par sa plus grande chronicité. Si, en effet, elle s'atténue en été, elle ne disparaît pas cependant complètement. Au lieu des ulcérations planes, torpides, de l'engelure juvénile, on trouve des abcès dermiques, généralement situés au bout des doigts, qui déterminent une douleur très vive et empêchent les maladesde se servir de leurs mains. Les inflammations de la peau sont plus diffuses que dans l'engelure juvénile, et permanentes. Enfin on trouve des déformations unguéales, une légère hyperkératose du lit de l'ongle, du décollement latéral ou médian.

L'engelure chronique se différencie facilement de la maladie de Raynaud dont elle n'a pas l'allure paroxystique. Le lupus érythémateux des extrémités qui peut simuler des engelures se distingue par la forme des placards, la tendance à l'atrophie cicatricielle de la peau, même en dehors des ulcérations, etc.

Quant à la pathogénie de l'affection, elle découle d'une série de troubles divers, circulatoires, nerveux, athérome, qui favorisent la stase sanguine au niveau des régions malades.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 3 Mai 1897.

Intoxication aiguë par l'absinthe.

MM. Pauly et **Bonne** rapportent le cas d'un individu qui avait avalé trois quarts de litre d'absinthe dans le but d'en finir avec la vie. Il put faire quelques pas, puis tomba comme une masse inerte. On ne l'apporta que 3 heures après à l'Hôtel-Dieu; dans l'intervalle, il n'avait reçu aucune espèce de secours. A son entrée, il était dans un état complet de mort apparente, tous les réflexes étaient abolis. On pratiqua aussitôt le lavage de l'estomac, l'introduction du tube fit écouler de l'absinthe pure. En même temps, tous les excitants étaient employés : injections d'éther, de sulfate de strychnine, un litre de sérum artificiel, pointes de feu sur le thorax, etc. La respiration se rétablit, ainsi que les battements du cœur, qui étaient très faibles, mais réguliers. Anurie complète, tous les réflexes restaient abolis. Au bout de 15 heures environ après l'entrée, la mort survint brusquement.

Il y avait, à l'autopsie, un peu de congestion du poumon droit, et beaucoup des méninges, mais non du cerveau. Quelques hémorrhagies sur la grande courbure de l'estomac. Le foie contenait en poids 0,21 p. 100 d'alcool, le sang 0,33 et le cerveau 0,44. L'épithélium de l'estomac était desquamé, ainsi que celui des reins. La muqueuse stomacale et les vaisseaux rénaux étaient très congestionnés.

De tels cas sont assez rares, à l'encontre de ceux causés par l'ingestion d'alcool pur. Il est à noter que dans le fait présent, on n'a pas rencontré les crises épileptiformes qui sont caractéristiques de l'absinthisme.

Luxation de la hanche chez le vieillard.

M. Briau présente l'observation d'un malade du service de M. Poncet. Il s'agit d'un homme de 68 ans, qui fut pris par une courroie de tranmission et enlevé à une hauteur de 3 mètres. Lorsqu'on le dégagea, on constata une luxation iliaque de la hanche, que M. Poncet réduisit facilement, sous anesthésie. M. Brian insiste sur la rareté d'un tel accident à cet âge, où la fracture du col peut être considérée presque comme la règle.

Néphrectomie transpéritonéale pour cancer du rein.

M. Poncet rapporte l'observation d'une femme de 47 ans chez laquelle un médecin découvrit, il y a quelques semaines, une tumeur abdominale, dont elle ne s'était jamais aperçue. Quelques troubles gastro-intestinaux vagues, n'ayant rien de caractéristique. Dans l'hypochondre droit une tumeur remontant en haut sous les fausses côtes, semblant se continuer avec le foie. Aucune séparation entre la matité hépatique et celle de la tumeur. Celle-ci était assez mobile, surtout latéralement. Pas d'hématuries. Après anesthésie, M. Poncet fit une incision le long du bord externe du grand droit, qui montra l'intégrité du foie et des voies biliaires, mais en même temps la présence d'une tumeur maligne du rein droit. On termina l'opération par une

néphrectomie transpéritonéale. M. Poncet fait remarquer à ce propos que la voie abdominale est, pour la plupart des cas de tumeur maligne, singulièrement plus commode que la voie lombaire, par la possibilité qu'elle donne d'enlever des masses volumineuses. Dans le cas actuel, la tumeur était de petite taille; M. Poncet a réuni les deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure à celles de l'incision péritonéale antérieure. Il aurait pu, comme l'a fait pour la première fois M. Villard, son chef de clinique, marsupialiser le péritoine avant de chercher à enlever la tumeur. Mais on ne risquait guère d'infection, tandis que dans le cas d'un rein tuberculeux ou calculeux, il n'hésiterait pas à employer ce procédé.

M. Poncet fait remarquer en terminant que la malade n'a jamais présenté d'hématurie. Ce signe manque dans un tiers des cas de cancer du rein, plus encore sans doute pour le sarcome de l'enfant.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 5 Mai 1897.

Composition chimique du cérumen.

MM. Lannois et **Martz** ont fait une série d'analyses de cérumen. Ils ont constaté que des matières grasses, solubles dans l'alcool et l'éther, entrent pour un tiers dans la composition de cette substance. Ils n'ont pu, jusqu'à présent, déterminer le principe amer du cérumen.

Physiologie des racines postérieures.

M. Briau présente 3 chiens auxquels on a fait subir, il y a plus de 2 mois, la section des racines postérieures des deux dernières paires lombaires et de la première sacrée d'un côté. Cette section a porté entre le ganglion et l'attache médullaire de la racine. A la suite de ces expériences, faites pour un travail de M. Morat sur les nerfs centrifuges des racines postérieures (*Acad. des sciences*), les 3 chiens ont présenté aux pattes postérieures du même côté des troubles trophiques, tels que ulcérations analogues au mal perforant plantaire, chute des poils, etc.

M. Morat étudie ces phénomènes dans une note lue à la séance. Il montre que le rapport est évident entre la lésion des racines postérieures et les troubles trophiques, puisque la section isolée des racines antérieures, symétrique, n'est accompagnée d'aucun phénomène. Faut-il les attribuer à une altération du ganglion spinal? Non, puisque son intégrité et celle du nerf sensitif n'empêchent pas l'ulcération. L'altération de la peau relève d'une altération fonctionnelle et non trophique du nerf. La racine postérieure contient des fibres centripètes et un petit faisceau de fibres centrifuges, c'est à ces dernières qu'il faut attribuer l'action cherchée. Parmi ces fibres, il en est de déterminées, ce sont des nerfs dilatateurs des vaisseaux, ce n'est pas leur action qu'il faut incriminer, puisque la circulation du membre est plutôt exagérée. M. Morat considère comme possible que la moelle envoie par le chemin des racines postérieures des nerfs présidant aux fonctions encore inconnues de la peau y compris l'épiderme. Les épithéliums de revêtement ont le même droit à la possession de nerfs distincts que les glandes qui sont dans leur voisinage.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 15 Mai 1897.

Stomatite ulcéro-membraneuse.

MM. Liaras et **Buard.** — Nous avons l'honneur de présenter à la Société d'anatomie une jeune fille de 21 ans qui, à la suite d'une angine à streptocoques, présenta sur les amygdales des plaques gangréneuses, irrégulières, gris-noirâtres; la muqueuse est violacée; le tissu amygdalien est creusé par places d'ulcérations à bords taillés à pic, irrégulières.

On constatait d'autre part, sur la face interne de la joue gauche, une ulcération d'abord circonscrite, superficielle qui, bientôt s'étendit et se creusa, recouverte de fausses membranes d'aspect sanieux, très douloureuse; la muqueuse buccale est, d'ailleurs, tuméfiée. Les ganglions sont engorgés. Un peu plus tard apparaît du côté droit une ulcération à peu près semblable. En résumé, nous rapportons une observation de phénomènes très persistants de stomatite ulcéro-membraneuse ayant fait suite immédiatement à une angine grave à streptocoques.

Il nous semble qu'il doit y avoir une relation entre cette angine et la stomatite.

NOUVELLES

Nos deuils.

Il y a huit jours, un incendie horrible dévorait le Bazar de la Charité, et, parmi les victimes ensevelies sous les décombres plusieurs appartenaient à des familles médicales, plusieurs ont mis en deuil de nos amis personnels.

Dans cette catastrophe peu d'hommes ont disparu, et c'est avec un certain orgueil que parmi eux nous comptons, sur 4, 2 de nos confrères. Habitués au danger et au dévouement, ils ont payé de leur personne, tandis que s'échappaient — à coups de pied, de poing et de canne, m'ont dit des témoins occulaires — les désœuvrés qui composaient la majeure partie de l'assistance masculine. Il y avait, paraît-il, une quarantaine de commissaires mâles : et c'est avec stupeur qu'on les retrouve tous sains et saufs, alors qu'au contraire, parmi les dames vendeuses, décimées avec une rigueur extrême, et à cause de cela même, se sont produits des actes de dévouement remarquables. On doit enregistrer également la rareté des sauvetages accomplis par la valetaille qui, au moment du sinistre, encombrait les abords du bazar : quelques-uns des grooms enfermés dans le bâtiment y ont trouvé la mort, mais, de tous les valets et cochers qui attendaient leurs maîtresses, un seul est compris dans la liste des hommes qui ont mérité des récompenses. Cette liste est presque tout entière composée de passants, d'employés d'hôtel, d'ouvriers, de gardiens de la paix, d'hommes habitués au travail, à la lutte, à l'honnêteté.

C'est dans cette catégorie, malgré le bruit que causent dans le monde certaines brebis galeuses, que se rangent la grande majorité de nos confrères. Aucun d'eux ne fuit devant le danger et voilà pourquoi, sans aucun doute, deux d'entre eux ont péri, quoique nos confrères fussent certainement rares dans l'assistance.

J'adresse donc avec émotion un suprême hommage aux docteurs Rochet et Feulard : et pour Feulard je suis pénétré d'une grande tristesse, car depuis bien des années celui-là était de mes camarades les plus aimés.

Ami d'une sûreté rare, honnête homme, brave homme, Feulard l'était dans toute la force du terme. Il était en outre la cheville ouvrière de plusieurs institutions auxquelles était nécessaire un homme intelligent, actif, dévoué et surtout désintéressé. Et cependant, depuis longtemps, le sort s'acharnait sur lui, le frappant à coups redoublés dans ses affections les plus chères : et la digne compagne qui partageait ses travaux, ses trop rares joies et ses deuils n'a plus aujourd'hui que le souvenir de ce qui aurait pu être le bonheur.

Si dans de semblables afflictions une consolation était possible, on la trouverait dans le spectacle auquel nous avons assisté lors des obsèques de Feulard : l'affluence était énorme, même au cimetière; sur tous les visages étaient empreinte la tristesse, et lorsque Ernest Besnier, Barthélemy, Thibierge, Duflocq, Jullien, Bouloumié ont prononcé devant la tombe les derniers adieux, on sentait en eux une amitié sincère, une douleur profonde. Nous n'avons pas entendu les discours auxquels chacun de nous a droit, pour ainsi dire, mais des paroles mouillées de larmes.

Ces deuils directs ne sont pas les seuls que nous ayons à déplorer et nous devons exprimer notre sympathie toute spéciale à ceux de nos confrères que la catastrophe a frappés dans leurs plus chères affections : à Ch. Nélaton, à Picqué, qui pleurent une sœur particulièrement aimée; à Le Sourd, à Léon Simon, qui ont perdu chacun une fille; à Vimont père et fils, privés de leur femme et de leur mère; à Nitot dont ont succombé à la fois et la femme et la fille. A. Broca.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Traitement de l'alcoolisme chronique par la strychnine (p. 457).
CLINIQUE CHIRURGICALE. — Epiploïtes tardives (p. 459). — L'arthrite cervicale d'origine rhumatismale (p. 461).
REVUE DES CONGRÈS. — *Société française d'otologie et de laryngologie :* Traitement de l'ozène. — Paralysies récurrentielles (p. 462). — Affections du larynx, du nez et des oreilles. — Abcès chronique du voile du palais (p. 464). — Suppurations de l'oreille moyenne et du sinus frontal. — Eucaïne en rhinologie. — Déviation de la cloison du nez. — Empyème du sinus maxillaire (p. 465).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Avortement criminel. — Rôle du médecin dans la délivrance naturelle (p. 465). — Conduite à tenir en présence des mento-postérieurs engagées. — Présentatien de la face. — Hernies de l'appendice herniaire. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Névralgie faciale rebelle. — Kystes hydatiques des muscles de la face (p. 466). — Vomissements incoercibles de la grossesse. — Inversion utérine. Indication et traitement. — Relèvement des bras dans l'extraction par les pieds (p. 467).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Echanges interstitiels. — Hématoporphyrinurie. — La variole et la vaccine à Marseille. — Gliome cérébral (p. 467). — Résorption de la graisse des lavements. — Recherches sur l'anesthésie. — Hémianopsie binasale. — Pseudo-méningocèle traumatique (p. 468).
MÉDECINE PRATIQUE. — Mercure métal (p. 468).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les indications et les contre-indications du traitement de l'alcoolisme chronique par la strychnine (1),

Par M. le Dr F. Combemale,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

L'opinion que la strychnine a une action thérapeutique certaine sur les manifestations habituelles, stigmates ou épisodes aigus, de l'alcoolisme chronique, gagne chaque jour du terrain. Depuis la thèse de Bauzan que je citai, en présentant l'année dernière au Congrès des Sociétés savantes quelques réflexions sur la valeur de la strychnine comme moyen de traitement, MM. Makain, Burneff, Schulianski ont apporté leur contribution à cette question d'un intérêt si général. Ce dernier, en particulier, observant ce que j'appelle volontiers de grands alcooliques, c'est-à-dire des malades internés dans des asiles pour des affections mentales créées, entretenues ou influencées par l'alcoolisme, a fait connaître des résultats importants : en ce qui concerne les hallucinations si fréquentes chez ces intoxiqués, en ce qui concerne la stupidité, en ce qui concerne la confusion dans les idées le succès a été la règle; il faut entendre par là que des améliorations notables de ces symptômes d'aliénation mentale se sont toujours produites et comprendre que la guérison n'a été obtenue que quand le substratum anatomique lui-même, la cellule nerveuse, n'avait pas été tuée par le poison. Il est à noter toutefois que les cas où la confusion dans les idées et les accès de delirium tremens constituaient seuls la symptomatologie mentale et nerveuse de l'alcoolisme guérissaient plus complètement et plus vite. Schulianski a rapporté de plus que chez presque tous ses malades l'appétit augmentait en même temps que la capacité du travail physique, que l'état général enfin s'améliorait également.

Ces faits ne sont pas pour surprendre puisque, observant dans un milieu différent, j'ai pu néanmoins avoir l'impression que les choses se passaient également ainsi chez mes malades. Ils corroborent l'opinion que j'énonçais au dernier Congrès que, bien maniée, la strychnine hâte la guérison et diminue la durée du séjour des alcooliques dans l'asile.

Ce moyen de traiter l'alcoolisme a donc continué à faire ses preuves, aussi le moment est-il venu d'en fixer les indications spéciales, d'en indiquer surtout les contre-indications. C'est le but de cette communication.

Les alcoolisés, nul ne l'ignore, ne présentent pas tous les mêmes désordres dans les principales fonctions de l'économie; tous n'ont pas la pituite, l'expectoration matutinale ou les mictions retardées; c'est affaire de qualité, de quantité, de mode, d'introduction du poison, c'est affaire aussi de réaction de chaque individu vis-à-vis de l'agent vulnérant. Mais il est des troubles, portant généralement sur le système nerveux cérébro-spinal et périphérique, auxquels peu d'alcoolisés échappent : ce sont ce qu'on peut appeller les stigmates de l'alcoolisme. Nos étudiants savent faire étendre les doigts aux malades qu'ils soupçonnent intoxiqués par l'alcool, pour y déceler les trémulations; de plus habiles font écrire leur patient à jeun afin d'y découvrir les tremblements révélateurs. Les confidences naïves du malade vous apprennent que ses rêves sont traversés de cauchemars effrayants, que son sommeil est coupé de réveils en sursaut. Si vous prenez à pleine main ses mollets ou quelques gros muscles de son corps vous faites tressauter le sujet, de même que si vous chatouillez à l'improviste tel point normalement plus sensible du corps. L'entourage vous parle du caractère du malade, graduellement devenu vif, emporté, tout d'une pièce, et des pleurs enfantins qu'il verse sur des situations qui n'exigent pas cette émotivité.

Hyperesthésie sensorielle et sensitive cutanée; exagération des réflexes spinaux et psychiques à l'état de veille ou dans le sommeil, tels sont à mon sens les stigmates de l'alcoolisme. Or, c'est quand ils existent isolés ou en groupes, bien rarement isolés, mais non accompagnés de délire et d'hallucination qu'il y a indication formelle à administrer la strychnine contre cet alcoolisme, dès lors constitué.

De par son action physiologique, excitatrice des réflexes bulbo-médullaires, et modératrice des centres psycho-moteurs, la strychnine doit, dans ce cas, produire de bons effets. Rappeler le calme du sommeil, en même temps donner aux incitations volontaires émanées du cerveau leur rectitude et leur amplitude normale c'est le point essentiel pour l'alcoolisé; car c'est le repos la nuit, c'est la cessation de ses inquiétudes musculaires, de ses défiances continuelles sur son état psychique le jour, choses qu'il n'avoue jamais, mais qui le tracassent incessamment. Le reste peut venir par surcroît, il a trouvé la pleine possession de lui-même et dès lors l'équilibre rompu au profit des réflexes spinaux tendra à reparaître de façon à ce que le cerveau domine la moelle comme chez l'homme normal, malgré l'action excitatrice médullaire de la strychnine.

En effet, quelque exagérés que soient les phénomènes d'origine spinale chez l'alcoolisé qui présente des cauchemars, même de légères perversions sensorielles diurnes et des modifications de caractère, la strychnine administrée, suivant la méthode que j'ai indiquée l'an dernier, agit avec succès; le calme revient, l'alcoolisé est rapidement plus compos sui d'esprit, de sensations, de mouvements volontaires. Cette strychnine agira d'autant

1. Communication au Congrès des Sociétés savantes, 21 avril 1897.

mieux si l'hyperesthésie cutanée et musculaire est légère, même si elle s'accompagne de tremblements des doigts le matin, car alors les troubles moteurs ne sont influencés que par des troubles circulatoires passagers, des stases veineuses en particulier, que la strychnine modifie de par ses propriétés vaso-constrictives des centres nerveux, en même temps que se manifeste l'action sur la cellule nerveuse centrale elle-même que j'ai signalée.

Une fois l'alcoolisme confirmé, reconnaissable à ses stigmates, la strychnine est donc de mise; elle doit servir à triompher des ennuis que procurent ces stigmates physiologiques aux alcoolisés.

Les cauchemars, l'insomnie relative disparaîtront, les trémulations des extrémités diminueront, l'exagération du réflexe et la douleur à la pression des masses musculaires s'effaceront. Il y aura plus; l'appétit reviendra, l'appétit si réduit chez les buveurs d'habitude; la mise en train pour le travail physique ou psychique sera moins pénible. Le neurasthénique, que le clinicien devine derrière l'alcoolisé sera un homme comme les autres, les abstinents.

L'indication capitale du traitement par la strychnine se trouve, on le voit, dans la période de l'alcoolisme sans épisodes aigus. Mais s'il y a épisode aigu, surtout s'il vient de se produire un accès de delirium tremens, je suis d'avis de ne pas attendre et d'injecter *illico* la strychnine; l'opium a suffi à faire tomber l'accès, mais la strychnine seule en préviendra un autre, tout prêt à éclater si l'alcoolisé retourne à son alcool, comme l'ont constaté avec moi nombre de cliniciens. Les résultats qu'on en obtient, pour être les mêmes que ci-dessus, n'en sont pas moins excellents; ils seraient bien plus durables, peut-être définitifs, si le malade ne cessait pas ordinairement avant la guérison complète, toujours à l'image des neurasthéniques, d'avoir recours à ces injections toniques.

Je n'ai eu la prétention de m'occuper que des alcoolisés non internables, je m'empresse de le dire, mais les résultats de Schulianski sont faits pour me faire généraliser l'indication et faire recommander l'emploi de la strychnine contre les manifestations mentales et sensorielles intenses de l'alcoolisme, n'attendant que du bien de cette médication, simple et si appréciée entre les mains de tant de médecins.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas de contre-indications à l'emploi de la méthode de traitement que j'utilise quotidiennement depuis plusieurs années. Il y a des cas cliniques où la strychnine ne peut pas être employée pour combattre les manifestations cliniques de l'alcoolisme, sous peine d'ajouter une intoxication aiguë nouvelle à l'intoxication chronique que l'on combat. Il y a des cas cliniques aussi dans lesquels l'insuccès de cet agent est fatal et peut à l'avance être annoncé.

Si chez certains alcooliques la strychnine ne peut pas réussir, et si l'on est en certain avant que de commencer le traitement, c'est que chez ces alcoolisés l'intoxication est trop profonde.

La dégénérescence graisseuse des tissus nobles ou vulgaires succédant à l'infiltration graisseuse, est l'aboutissant anatomopathologique de l'alcoolisme, on le sait; la senescence anticipée des organes et des tissus est le phénomène clinique faisant apprécier cette dégénérescence graisseuse. Si donc vous avez à soigner un alcoolique aux stigmates ci-dessus décrits, qui ne compte plus ses accès de delirium tremens ou bien dont la mémoire, l'intelligence sont affaiblies, que son cœur trahit par instants, qui porte l'arc sénile sur sa cornée, dont les mouvements sont paresseux, lents, oscillants, n'employez la strychnine que par acquit de conscience; vous galvaniserez momentanément ce cœur dont les myocarde est gras et mou, vous pourrez régulariser la circulation veineuse cérébrale attardée dans ses méandres; mais vous ne pouvez espérer ressusciter un mort, or les cellules cérébrales sont dégénérées, autrement dit ne fonctionnent plus chez ces malades, alcoolisés depuis longtemps et pendant un long temps saturés, et ce n'est pas la strychnine qui peut les reconstituer.

Il est aisé de concevoir *a priori* que ces cas ne sont pas justiciables de la strychnine. J'ai eu l'occasion de me servir, quand même *a priori* l'insuccès me parût certain, de la strychnine dans un cas semblable, et, après avoir passé par les phases d'amélioration relative, je me suis vu contraint d'abandonner un traitement qui n'avait plus que des inconvénients.

C'est qu'en effet la strychnine a des inconvénients et que les contre-indications à son emploi se tirent surtout des dangers que court un alcoolisé, dont les organes éliminateurs des poisons alcaloïdes ne fonctionnent pas normalement. A un médicament si puissant, mais s'éliminant lentement par les urines, par la salive, par la bile, il faut des organes intacts pour que l'accumulation ne se produise pas rapidement avec le cortège d'accidents qui accompagnent sa rétention dans l'économie.

Or, le foie est très souvent cirrhosé à un degré plus ou moins considérable chez l'alcoolique, or le rein est presque toujours touché. Lorsque le foie est trop rétracté pour que la bile soit sécrétée en abondance, surtout lorsque le rôle d'arrêt que joue cet organe vis-à-vis des poisons organiques venus du dehors ou de l'économie elle-même s'est affaibli ou a disparu, l'alcoolisé ne peut être traité par la strychnine sans en ressentir rapidement les inconvénients. De même, quand c'est le rein qui est, comme on l'a dit, imperméable, rein dégénéré ou rein sénile momentanément fermé. Ainsi retenue la strychnine manifeste sa présence par des accidents tétaniques survenant subitement ou précédés de fourmillements dans la langue et aux extrémités qui effraient le malade et son entourage et peuvent même mettre sa vie en danger. Et ces accidents se produisent quelques jours à peine après le début du traitement.

C'est du moins ce qui est survenu à un alcoolisé porteur d'une cirrhose du foie avec ascite, que l'un de mes confrères voulut traiter par la strychnine et chez lequel le strychnisme survint à la cinquième injection. Les contre-indications à l'emploi de la strychnine dans l'alcoolisme chronique sont donc formelles : y a-t-il vieillesse anticipée évidente, surtout si cette vieillesse porte sur les centres nerveux, y a-t-il imperméabilité de l'un des organes d'excrétion de la strychnine, il faut s'abstenir d'avoir recours à ce médicament. Peut-être faut-il joindre à ces cas bien déterminés ceux où la dilatation stomacale permet des putréfactions donnant lieu à des toxines convulsivantes, qui n'entre en jeu que sous l'influence d'une amorce telle qu'un médicament tétanisant. Mais ici c'est une hypothèse et je ne désire m'appuyer que sur des faits, malgré les apparences théoriques de cette communication. Hypothèse aussi, ou tout au moins fausse interprétation, que la conclusion de Schulianski, qui a trait aux abcès survenus chez les alcoolisés tuberculeux au point des piqûres; j'ai traité des alcoolisés tuberculeux et je n'ai pas eu d'abcès parce qu'à mon sens je faisais l'antisepsie de la région piquée et de l'aiguille.

Pour me résumer, je dirai que la médication de l'al-

coolisme chronique par les injections sous-cutanées de strychnine, à raison de 2 à 5 milligrammes par jour pendant quinze jours de suite, continue à donner de bons résultats entre les mains de tous les praticiens qui les emploient au point de vue des indications de cet agent médicamenteux; je signalerai que c'est dans la période de l'alcoolisme confirmé, avec de rares ou sans épisodes aigus, mais reconnaissable à ses stigmates, qu'il agit le mieux sur le sommeil, sur l'hyperesthésie cutanée, sur l'appétit, sur les phénomènes neurasthéniformes, sur l'impulsion à boire. Pour ce qui est de ses contre-indications, je répéterai que la dégénérescence évidente des centres nerveux ou des organes essentiels, et l'imperméabilité du foie et des reins sont des états devant lesquels le médecin devra renoncer à se servir de la strychnine, s'il ne veut pas échouer dans son essai ou s'il a cure d'éviter à son malade les accidents de la strychnine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Epiploïtes tardives consécutives à la cure radicale ou à la kélotomie,

Par M. le Dr Louis Mencière,

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux,

Au IXe Congrès de chirurgie, le Dr Reynier attire l'attention sur les phénomènes septiques pouvant se manifester au niveau de l'épiploon quelques semaines après la kélotomie ou la cure radicale des hernies. Deux observations étaient ensuite apportées par M. Monod. Enfin, dans sa thèse, le Dr Roche note trois observations dues à M. le professeur Forgue, de Montpellier.

Il s'agit de phénomènes septiques tardifs survenant après la cure radicale.

La réunion par première intention est obtenue, rien ne peut faire soupçonner les accidents qui éclateront quelques semaines plus tard. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri et reprend son travail journalier. Quelques jours après, la fièvre apparaît. Des troubles digestifs et gastro-intestinaux se manifestent; une tumeur, plus ou moins volumineuse, occupant une situation variable en arrière des parois abdominales, peut être sentie; la fièvre augmente et indique la formation d'une collection purulente.

En présence de telles complications que rien ne pouvait expliquer, il était naturel d'en rechercher l'origine. Dans les observations publiées jusqu'ici, les ligatures faites sur l'épiploon avec la soie paraissent seules être cause de tous les accidents. On le voit, nous retombons dans la question si importante des ligatures perdues, à l'aide de fils non résorbables.

Dans l'observation que nous publions, observation due à l'obligeance de notre maître M. le professeur agrégé Broca, les fils de soie employés pour les sutures semblent ici encore avoir directement causé l'inflammation de l'épiploon.

Observation — *Cure radicale d'épiplocèle; épiploïte tardive supparée; laparotomie médiane; guérison.*

M. L... Adrien, 23 ans, voyageur de commerce, m'est adressé par le Dr H. Méry. C'est un homme assez corpulent, manifestement alcoolique, à hérédité herniaire nulle, de bonne santé habituelle.

A l'âge de 13 ans dans un effort de gymnastique, il ressentit une douleur dans l'aine droite; on constata une hernie, sur laquelle un bandage fut appliqué nuit et jour pendant 5 ans. L'effet fut nul : la hernie sortait dès que, le sujet étant debout, le bandage était retiré. Aussi, il y a 5 ans, le malade crut-il devoir renoncer à cet appareil, et, à partir de ce moment, la hernie grossit peu à peu, causant des coliques et une pesanteur locale progressivement croissantes. Les fonctions digestives sont bonnes, l'appétit est régulier.

En septembre 1896, je constatai une épiplocèle inguinale droite, partiellement irréductible, avec de petits noyaux durs qui après réduction restent dans le sac. La tumeur est partout mate; il n'y a pas de gargouillement. Indolence à la palpation mais gêne notable par la marche. L'anneau est large et reçoit 2 doigts.

Le 22 septembre, je pratiquai la cure radicale; je trouvai l'épiploon non adhérent, mais étalé en un champignon un peu induré au-dessous d'un rétrécissement situé à la partie moyenne du scrotum. Les enveloppes étaient celles d'une hernie funiculaire classique. Je réséquai 490 grammes d'épiploon et divisai le pédicule en deux moignons liés à la soie. Pansement par occlusion.

Les suites opératoires furent des plus simples. Aucune réaction abdominale ni générale; aucune douleur. La température n'a pas été prise, mais il n'y eut aucun symptôme fébrile. Le malade alla à la selle le 3e jour, avec un léger purgatif. A partir de ce moment il eut bon appétit et de bonnes digestions.

Le 29 septembre, j'enlevai les fils et constatai une réunion parfaite sans aucune rougeur à la peau, le malade s'assit dans son lit.

Le 3 octobre, le soir, le malade se plaignait d'avoir un peu souffert la nuit précédente et de se sentir mouillé : je le pansai et constatai qu'une collection de pus rouge et épais s'était rompue sous la cicatrice, il n'en résulta d'ailleurs qu'un malaise de 24 heures; le patient ne souffrit plus, s'assit dans son lit, mangea de bon appétit, comme à son ordinaire, alla régulièrement à la selle, et dès lors, je le fis lever le 18 octobre.

Sa première levée se passa sans encombre, mais le lendemain il se plaignait de souffrir au creux de l'estomac. Il eut des coliques intenses, une diarrhée abondante et lorsque je le vis, à 6 heures du soir, il avait la langue blanche, 38°5 de température axillaire, et je le trouvai le ventre un peu ballonné, dur, douloureux à la pression, surtout au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic, derrière le muscle droit, raidi, faisant obstacle à la palpation.

Pendant 3 jours, il y eut aussi un peu de fièvre et de malaise, et surtout une perte complète d'appétit, des coliques, de la constipation; pas de vomissements. Tout sembla s'amender du 23 au 27 octobre. Puis eut lieu une nouvelle poussée, du 27 au 29; les accidents furent identiques aux précédents, mais à l'examen du ventre, je constatai des modifications progressives. La douleur à la pression, qui existait d'abord vers la région stomacale, descendit le long du côlon gauche, puis occupa exclusivement la fosse iliaque gauche, et enfin se localisa à l'hypogastre. Les parties supérieure et latérale gauche de l'abdomen, d'abord dures, avec des muscles en défense constante, redevinrent souples et, par contre, à la région hypogastrique, une tumeur se dessina nettement, arrondie, dure, mate, située en majeure partie à gauche, mais empiétant un peu à droite et atteignant l'ombilic en haut. La moitié inférieure de l'ombilic bomba un peu, subit une induration œdémateuse, et en même temps la peau de l'hypogastre, épaissie, se plissa plus difficilement qu'à l'état normal.

Lorsque les phénomènes furent nets, le 6 novembre au soir la température, qui avait été normale depuis le 29 octobre remonta à 37°8, et, le 7 novembre, je pratiquai sur la ligne médiane à partir de l'ombilic, une incision de 6 centimètres. Derrière l'aponévrose du muscle, droit, j'effondrai à la sonde cannelée une vaste poche purulente, où mon index pénètre jusqu'à la garde et je plaçai 2 gros drains; pas de lavage; pansement au salol. Le pus, très épais, crémeux, contenait du staphylococcus albus, d'après l'examen du Dr Méry.

Je profitai du sommeil chloroformique pour débrider la fistulette, qui existait à la partie moyenne de la cicatrice opératoire. Entre la peau et la paroi abdominale bien refaite, je trouvai

les fils de soie de la suture profonde déjà très mobilisés et je les enlevai à la curette. Huit jours après, cette plaie était complètement cicatrisée.

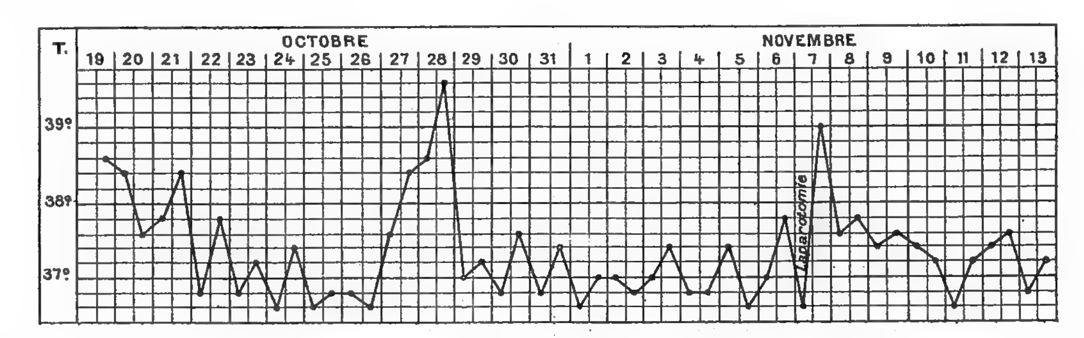
Le 7 novembre au soir, la température monte encore à 39°, mais à partir du 8, elle reste invariable entre 37° et 37°5. La suppuration fut rapidement insignifiante. Dès le lendemain de l'incision, l'état général devint parfait, l'appétit reparut, les selles se régularisèrent; au 3e jour, le malade, débarrassé de toute douleur abdominale, s'assit dans son lit. Il se leva au 10e jour et fut entièrement guéri en 3 semaines. Je n'ai pas vu le fil de soie qui est la cause probable des accidents.

A la fin d'avril 1897, le malade était en excellent état, avait repris une vie active et était soulagé de tous les ennuis auxquels sa hernie l'exposait auparavant.

Les suites de l'opération ne présentent rien de particulier, guérison de la plaie opératoire par première intention.

Un mois après l'intervention, on sent une masse dure dans l'hypochondre droit, et une incision est pratiquée à ce niveau.

« ...... Je pensai que le fil de soie s'étant infecté devait être la cause de cette épiploïte; je la libérai, moitié en décollant, moitié en mettant des ligatures au catgut..., mais je reviens au morceau d'épiploon enlevé : quand je le fendis, je trouvai au centre le double fil de soie, entouré d'une petite collection purulente et perdu dans



les replis épiploïques, dont l'ensemble constituait cette masse. »

Les fils de soie n'ont pas été retrouvés dans le pus de la tumeur ombilicale, cependant leur influence septique ne peut pas être mise en doute.

Chez notre malade, la réunion de la plaie opératoire est d'abord parfaite, puis quelques jours se passent, et la cicatrice devient le siège d'une suppuration manifestement due aux sutures profondes faites à la soie; il suffit d'enlever ces dernières pour avoir une cicatrisation rapide.

Aussi, le phlegmon intra-abdominal nous semble-t-il imputable à une cause analogue : aux fils de soie placés sur l'épiploon, fils mal aseptisés ou infectés pendant l'opération.

Nous sommes convaincus que les faits de ce genre sont assez fréquents dans la pratique. Cependant les observations sont rares; l'amour-propre des chirurgiens en est sans doute le véritable motif. La connaissance parfaite de ces accidents pourrait peut-être aider à les combattre.

Les épiploïtes tardives, consécutives à la cure radicale et surtout consécutives à la ligature de l'épiploon par des fils de soie, ont encore été peu notées. Mais il n'y a pas de chirurgien, qui, voyant après 2 et 3 mois, parfois plus, revenir un de ses opérés avec un léger abcès au niveau d'une cicatrice primitivement fermée par première intention, ne porte le diagnostic de la cause, surtout si les sutures profondes ont été faites à la soie. Un fil septique a déterminé l'abcès, il suffit de l'enlever pour voir tout rentrer dans l'ordre. Rappelons les observations de Delorme dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mai 1895. Sur 100 cas de cure radicale, on note 21 fois des accidents septiques dus aux fils et ne se terminant qu'après leur élimination.

M. W. Coley (*New York medical Journal*) donne 16 observations où les fils non résorbables, employés pour les sutures profondes dans la cure radicale, ont causé des accidents.

Quant aux cas d'épiploïtes tardives observés, passons-les en revue.

Dans la première observation du Dr Reynier, on pose sur l'épiploon deux ligatures avec des fils de soie n° 5.

Ici le doute ne peut avoir lieu. La soie, cause de l'affection, est trouvée au centre du foyer d'épiploïte entourée de matière purulente.

La 2e observation de M. le Dr Reynier est extrêmement curieuse. Les fils de soie sont restés plus d'un an sans causer d'accidents.

Cure radicale le 1er novembre 1892 suivie de la guérison du malade.

Le 10 mars 1893, tumeur dans l'hypochondre droit. On pratique une incision au niveau du bord externe du grand droit et l'on tombe sur un foyer d'épiploïte suppurée. Un drainage est établi, par la suite quatre fils de soie sont éliminés par la « fistulette ».

Le malade de M. Monod, 12 jours après l'opération, a une élévation de température très marquée : 39°2.

La laparotomie est pratiquée : « le doigt introduit pénètre dans une cavité qui a le volume d'un œuf de poule; on distingue au fond une partie rugueuse, qui doit être un fil de soie ». On introduit une pince et celle-ci est retirée « serrant entre ses mors un fil avec son nœud » (1).

La ligature à la soie est encore évidemment seule en cause.

Les 2 observations dues à Lucas-Championnière (2) sont relatives aux accidents consécutifs à la cure radicale, mais diffèrent absolument de celles dont nous nous occupons ici. Dans la première, Lucas-Championnière en effet a réséqué une portion d'épiploon déjà sphacélé. Dans ce cas, l'abcès s'était développé au niveau du moignon de l'épiploon, qui avait été infecté probablement par la partie sphacélée. Malgré les soins pris, quelque contact avait eu lieu.

Ici les catguts employés ne doivent pas être incriminés.

La deuxième observation est relative à un immense

1. Observation due à M. Monod et publiée dans la thèse du Dr Roche (Montpellier, 1896).
2. Lucas-Championnière, Cure radicale des hernies.

épanchement sanguin, après une cure radicale où les ligatures avaient été faites au catgut.

Observations dues à M. le professeur Forgue et consignées dans la thèse du Dr Roche (1).

Observation. I. — Cure radicale et résection épiploïque. Rentré chez lui, le malade reprend ses travaux journaliers. Vingt ou vingt-cinq jours de bien-être complet, puis, il est pris de symptômes alarmants. Température 39° et 40°. An niveau de l'abdomen, tumeur assez tendue, mollasse, mate à la percussion, très douloureuse. Laparotomie. Pus, au milieu duquel on retrouve les fils de soie qui avaient servi à la ligature de l'épiploon.

Obs. II. — Dix ou douze jours après la kélotomie pratiquée pour une hernie étranglée, le malade présente une tumeur dure, mate, bosselée, occupant tout l'hypogastre du pubis à l'ombilic.

Dans l'observation III, le malade avait souillé son pansement. Aussi l'infection a-t-elle pu se propager de proche en proche, étage par étage jusqu'à l'épiploon.

Dans ces 3 observations, le Dr Roche considère comme cause des foyers d'épiploïtes observés les sutures perdues faites à la soie. Le fait est incontestable dans la première observation, il est très probable dans les deux autres, mais nous devons noter cependant que les fils de soie n'ont pas été retrouvés dans ces deux dernières.

« Ou bien le fil employé, dit le Dr Roche, n'était pas « rigoureusement aseptique, ou bien, une fois renfermé « dans la cavité abdominale, il a été l'objet d'infection « secondaire. »

Certes, dans les faits observés jusqu'ici, le rôle des fils de soie non résorbables est hors de doute; mais nous croyons plutôt à une petite infection primitive de ces fils qu'à une infection secondaire par point d'appel.

Le Dr Roche, dans sa thèse, se croit obligé d'admettre l'infection secondaire, au moins dans son observation II, et dans celles du Dr Reynier, parce que tous les soins avaient été pris et la soie passée à l'autoclave.

Est-ce là un motif bien sérieux? Si, passés à l'autoclave, les fils de soie sont aseptiques, qui peut répondre, au cours d'une opération d'éviter, d'une façon absolue, tous les éléments d'infection?

On s'est demandé si le moignon épiploïque, constamment déplacé par les mouvements respiratoires, ne devenait pas une cause d'irritation.

Mais entre une légère irritation et la formation d'une collection purulente et d'une collection purulente à staphylococcus, comme le montre notre observation, où l'examen bactériologique a été pratiqué par M. le Dr Méry, il y a un abîme. D'ailleurs, dans tous les cas de cure radicale suivie de résections épiploïques, le moignon est soumis aux mêmes déplacements et cependant ne suppure pas forcément; s'il suppure, c'est que des éléments nouveaux sont venus se surajouter.

Le sphacèle de la portion d'épiploon située au-dessous des fils a également été invoqué. Sans parler des sphacèles aseptiques, ne voyons-nous pas tous les jours dans les laparotomies, des moignons plus ou moins volumineux, non seulement dans le cas de résections épiploïques mais dans différentes opérations, dans une ovariotomie, par exemple, ne produire ni sphacèle, ni formation de pus?

Dans les cas d'épiploïtes tardives consécutives à la cure radicale, l'infection est primitive et se produit au niveau des fils de soie, parce qu'ils ont été ou bien mal stérilisés, ou bien infectés pendant l'opération par le chirurgien ou ses aides.

1. Roche. Contribution à l'étude des épiploïtes consécutives à la kélotomie ou à la cure radicale (th. de Montpellier. 1896).

Qu'il s'agisse de l'inflammation de l'épiploon ou de celle des parois abdominales au niveau d'une cicatrice, on se demande comment, en admettant l'infection primitive des fils, l'inflammation pourrait attendre parfois aussi longtemps avant de se manifester. Les fils de soie tressés présentent une infinité de petites loges, difficiles à aseptiser et pouvant contenir des éléments septiques dont la virulence, très atténuée sans doute par les précautions prises, peut ne pas être complètement détruite. Les ligatures perdues faites dans ces conditions resteront longtemps silencieuses, puis, sous certaines influences, quand les colonies microbiennes se seront cultivées, quand leur virulence se sera accrue, les accidents éclateront.

Aussi est-il permis de se demander si des ligatures ainsi faites au catgut seraient susceptibles de produire les mêmes accidents tardifs. Le catgut se résorbant, les éléments septiques, à virulence très atténuée, qu'il peut contenir, ne pourraient-ils pas être à ce moment digérés par les phagocytes? La soie tressée employée dans les mêmes conditions ne se résorbe pas, et ses alvéoles multiples sont autant de petits tubes de culture, où le microbe peut se cultiver et causer ultérieurement, quand sa virulence sera suffisante, les accidents que nous connaissons.

L'arthrite cervicale d'origine rhumatismale,

par M. le Dr J. Humeau (1).

M. le Dr Lamy a cherché à démontrer, il y a peu de temps que le torticolis comme le lumbago, considérés comme des affections musculaires, étaient le le plus souvent d'origine articulaire. M. le Dr J. Humeau vient de reprendre cette question, en ce qui concerne le torticolis, en se fondant surtout sur de nombreuses observations recueillies par M. Broca depuis 1892. Chez tous les malades ainsi observés, on a pu mettre en relief le siège articulaire de la lésion.

C'est M. le professeur Lannelongue qui a insisté le premier sur la nature articulaire du torticolis, opinion dont la justesse a été démontrée ensuite par les travaux de M. Broca, de MM. Robin et Londe, et aussi de M. Marfan, pour qui le froid est incapable de causer une affection musculaire primitive, atteignant le sterno-cléido-mastoïdien, ou le trapèze ou les autres muscles cervicaux. Aussi, plus on étudie le torticolis rhumatismal, plus on a de tendance à le considérer comme étant toujours d'origine articulaire.

Cette arthrite débute en général brusquement, avec de la fièvre et quelquefois même du délire chez les enfants.

Lorsqu'on se trouve en présence du malade, ce qui tout d'abord frappe les yeux, c'est l'attitude vicieuse de la tête, variable avec chaque sujet. Les mouvements spontanés ou provoqués sont impossibles. Au moindre essai le malade pousse des cris. A l'examen de la nuque on s'aperçoit vite que la pression sur les apophyses transverses est extrêmement douloureuse, au niveau des articulations malades. Les muscles, au contraire, sont parfaitement indolores. Ils sont parfois contracturés, mais non d'une façon permanente. Sitôt, en effet, que le malade est couché dans le décubitus dorso-horizontal, la tête bien appuyée, les muscles se relâchent immédiatement. Au moindre mouvement ils rentrent de nouveau en contracture.

Après quelques jours ou quelques semaines l'affection peut rétrocéder et guérir complètement, ou bien les douleurs spontanées seules disparaissent et l'attitude vicieuse persiste, en même temps que la pression et les tentatives de redressement continuent à être douloureuses.

Plus tard encore l'attitude vicieuse peut rester stationnaire à un moment où tout signe d'inflammation aiguë a cessé, où il n'existe plus ni douleurs spontanées, ni douleur à la pression,

1. J. Humeau, th. de dreit. Paris, 1896-97, n° 9.

Elle se complique alors parfois d'un certain degré de rétraction des muscles, qui pourrait faire croire de prime abord à un torticolis purement musculaire; mais les déformations osseuses appréciables à la palpation permettent d'affirmer l'origine articulaire de la maladie.

Le fait important, au point de vue de la nature de la lésion, est surtout la localisation de la douleur à la pression; celle-ci, en effet, est douloureuse sur les apophyses épineuses, et surtout sur les masses latérales des vertèbres. Le plus souvent, d'ailleurs, la douleur existe d'un côté seulement. Par la suite les douleurs spontanées disparaissent les premières, assez rapidement, mais les douleurs provoquées par la pression ou les mouvements persistent souvent pendant un temps très long.

Quant à l'attitude vicieuse, que l'on a attribuée tantôt au relâchement, tantôt à la contracture du muscle contracturé, elle s'explique beaucoup plus facilement par l'arthrite :

Si les articulation des deux côtés sont également prises, il n'y aura pas de déviation latérale, la tête sera immobilisée dans le plan antéro-postérieur.

Lorsque les deux côtés sont pris simultanément, mais d'une façon inégale, on trouve une inclinaison latérale de la tête avec ou sans torticolis.

Enfin, lorsqu'un seul côté est malade, la tête se présente toujours en inclinaison latérale et le plus souvent avec torticolis. L'attitude, en effet, a pour but de diminuer la douleur, d'empêcher le frottement des surfaces articulaires malades. C'est pour cela que la tête s'incline du côté opposé à la douleur, pour que les surfaces articulaires soient plus écartées et ne frottent pas l'une contre l'autre.

Il faut ajouter que les muscles sont en tension en quelque sorte défensive pour contre-balancer l'action de la pesanteur lorsque la tête se trouve dans un équilibre instable.

L'arthrite cervicale se termine le plus souvent par la résolution complète : pourtant il peut arriver, assez rarement il est vrai, et c'est là une preuve de plus pour établir l'origine articulaire du torticolis, que le patient conserve une attitude vicieuse incurable, due en partie à des raideurs articulaires avec plus ou moins de déformations osseuses, en partie à des rétractions musculaires consécutives à une contracture prolongée. Cette éventualité est rare, mais possible. Là où il faut la craindre surtout, c'est dans certains rhumatismes déformants subaigus ou chroniques d'emblée dont M. Humeau signale quelques observations.

C'est une raison de plus pour ne pas négliger le traitement. Le salicylate de soude, à dose assez élevée, est le médicament de choix dans les cas aigus et au début. Si l'affection ne cède pas, quand elle est passée à l'état subaigu et que le malade supporte bien l'exploration, il faut arriver au massage préconisé par M. Gautier. On exerce ce massage au niveau même des points douloureux, sans technique spéciale et souvent, même après une seule séance les mouvements deviennent plus libres.

Dans les cas chroniques il faut recourir à l'extension continue appliquée à la tête avec contre-extension sur les pieds, moyen qui d'ailleurs réussit très bien dans les cas aigus ou subaigus.

Enfin, le redressement manuel, sous le chloroforme, suivi d'immobilisation, reste la dernière ressource contre les torticolis chroniques avec déformation articulaire très marquée.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Session annuelle tenue à Paris du 3 au 6 mai 1897.

Traitement de l'ozène.

M. Moure (de Bordeaux), rapporteur, admet plusieurs formes de coryza atrophique : 1° la rhinite atrophique des adultes sans ozène; 2° la rhinite purulente infantile qui se termine par l'atrophie; 3° la rhinite atrophique liée à une inflammation des sinus de la face: 4° l'ozène dû à une lésion osseuse; 5° l'ozène héréditaire, forme des plus rebelles.

Chacune de ces formes mérite un traitement spécial. Si l'ozène est lié à l'existence de végétations adénoïdes, à une ou plusieurs sinusites, à une nécrose de l'os, il suffira de traiter chacune de ces lésions pour voir disparaître le coryza fétide. La rhinite purulente infantile ne devra pas être négligée, car elle dégénérerait bien souvent en rhinite atrophique.

Quant à la forme ozénateuse, si elle est rebelle dans certains cas, elle est cependant loin d'être incurable, comme le pensent encore quelques auteurs.

Divers traitements ont été employés contre elle : traitement chirurgical; tampons de Gottstein, bougies médicamenteuses, tubes de Tédenat et de Saenger; insufflations pulvérulentes; irrigations nasales et rétro-nasales; pulvérisations avec des liquides antiseptiques ou irritants; inhalations et humage; pommades au menthol, à l'acide borique, à l'aristol, à l'acide salicylique, etc.; badigeonnages avec des solutions antiseptiques et massage vibratoire; cautérisations galvaniques et chimiques; électrolyse interstitielle, électricité faradique; enfin sérothérapie.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que les injections détersives, plus ou moins abondantes et plus ou moins antiseptiques, ont une action efficace pour débarrasser les cavités nasales des sécrétions qui y sont accumulées et pour faire, par conséquent, disparaître l'odeur fétide. A ces injections s'ajoutent, comme auxiliaires précieux, le massage vibratoire suivi de pulvérisations huileuses ou autres, l'électrolyse interstitielle, etc. Le tampon servant au massage est imbibé, suivant les cas, d'une solution iodo-iodurée, de glycérine phéniquée, de baume du Pérou, de naphtol sulforiciné.

Au traitement local on peut adjoindre, lorsque l'état du sujet l'exige, un traitement général en rapport avec le tempérament de l'ozénateux. On s'adresse tantôt au fer, à l'arsenic, à la noix vomique, à l'huile de foie de morue, aux bains salés, au régime tonique.

Un médicament qui paraît agir efficacement sur la pituitaire des malades atteints de coryza atrophique, c'est l'iode, sous quelque forme qu'il soit absorbé.

Personnellement M. Moure procède de la façon suivante quand il se trouve en présence d'un ozénateux qui n'a jamais subi aucun traitement :

Après avoir débarrassé le nez des croûtes qu'il renferme, il se borne, si le malade désire simplement être délivré de l'odeur qu'il répand, à lui prescrire des irrigations nasales et rétro-nasales antiseptiques suivies de pulvérisations de même nature ou de pulvérisations huileuses. A ceux qui désirent tenter d'obtenir une guérison définitive, on fait, tous les 2 jours pendant 15 jours, puis 2 fois par semaine durant un mois, une seule fois et plus rarement dans la suite, des massages vibratoires de toute la muqueuse nasale. Ces massages sont suivis d'une irrigation qui enlève toutes les croûtes, puis d'une pulvérisation au nitrate d'argent avec une solution allant de 5 à 25 p. 100.

M. Moure a obtenu nombre de guérisons définitives, et, dans d'autres cas, d'excellents résultats avec ce traitement suffisamment prolongé, et il a pu, après 2 à 3 semaines de traitement, s'assurer de la non-participation des diverses cavités accessoires des fosses nasales au processus, ou au contraire de l'existence d'une complication de ce côté. Cette connaissance présente un grand intérêt au point de vue thérapeutique et permet, dans certaines circonstances, de s'adresser directement à l'origine du mal ou tout au moins à la cause de sa persistance indéfinie.

Il conseille habituellement de joindre à ce traitement local, un traitement général. Le séjour au bord de la mer ou dans une station thermale constitue aussi un excellent adjuvant dans certaines formes torpides et rebelles.

Les causes des paralysies récurrentielles.

M. Lermoyez (de Paris), rapporteur. — On sait que le larynx remplit deux fonctions : il sert à la fois à la phonation et à la respiration. Ces deux rôles sont si distincts que leur indépendance physiologique va souvent, en pathologie, jusqu'à l'antagonisme; on pourrait presque dire que dans le larynx sont superposés et non pas fusionnés deux organes : l'un qui parle, l'autre qui respire. A chacune de ces adaptations fonctionnelles

préside un groupement musculaire : muscles adducteurs ou constricteurs qui ferment la glotte en position phonatrice; muscles abducteurs ou dilatateurs, qui ouvreut la glotte en accommodation respiratoire. Un seul nerf moteur, le récurrent (auquel s'adjoint le laryngé externe, qui régit seulement la tension des cordes) préside à ce double mode d'activité du larynx; il résulte de cette simplicité anatomique apparente une extrême confusion dans la détermination physio-pathologique du jeu de cet organe.

La question des troubles neuro-moteurs du larynx s'est réduite, en somme, à poser et à résoudre 6 questions de physiologie pathologique dont nous allons indiquer les solutions généralement adoptées à l'heure actuelle :

1° Le récurrent renferme-t-il des fibres centripètes? Les classiques sont unanimes à considérer le récurrent comme un nerf purement moteur. Cependant on a cru y démontrer la présence de fibres centrpiètes. Mais nous ne sommes pas encore autorisés à considérer le récurrent comme un nerf mixte.

2° Le schéma classique de la distribution des nerfs du larynx est unique. Le laryngé externe, branche du laryngé supérieur, innerve seulement le crico-thyroïdien. Le récurrent se distribue à tous les autres muscles. Un seul muscle du larynx a une innervation double, c'est l'ary-arythénoïdien qui, en raison de sa situation de muscle impair et médian, reçoit des rameaux des deux récurrents. Ce schéma, dit De Luschka, doit être provisoirement conservé, bien qu'il n'explique pas tous les faits pathologiques observés.

3° Le nerf récurrent vient-il du pneumogastrique ou du spinal? Pendant longtemps, on a admis, avec Claude Bernard, que le récurrent naissait à la fois du pneumogastrique et du spinal. A cette double origine il devait sa double fonction : sous l'action du pneumogastrique, il dilatait la glotte en accommodation respiratoire; sous l'influence du spinal il fermait la glotte en accommodation phonatoire. Or, il est aujourd'hui démontré que la double activité du larynx relève non pas de la spécialisation des racines du récurrent mais de la spécialisation de ses centres. Le récurrent naît donc d'un seul de ces deux nerfs. Duquel émane-t-il?

Les auteurs admettent, depuis les travaux de Schech, qu'il naît du spinal seul : toutefois, une opinion ancienne, rajeunie par les expériences de Grossmann et de Grabower, le fait dériver exclusivement du pneumogastrique. Chacune de ces théories apporte à son appui des preuves expérimentales qui paraissent irréfutables. Au fond, il semble que les deux parties adverses soient d'accord et que la querelle résulte seulement d'une confusion d'appellations, d'une sorte de quiproquo anatomique. Tout le monde est unanime pour mettre l'innervation du larynx sous la dépendance de ce que les classiques décrivent sous le nom de racines bulbaires du spinal; seulement, les uns, comme Scarpa, rattachent celles-ci à la 11° paire et concluent que le spinal est le seul nerf moteur du larynx; les autres, avec Willis, attribuent ces racines à la 10° paire et concluent que le pneumogastrique seul innerve les muscles laryngés.

4° Quelle est la représentation bulbaire du larynx? Les deux modes d'activité du larynx sont représentés dans l'encéphale par deux groupes de centres : centres corticaux, d'où dérive la sollicitation volontaire; centres bulbaires, d'où part l'excitation réflexe. Les centres bulbaires se subdivisent eux-mêmes en deux catégories : centres bulbo-respiratoires, assurant le tonus des muscles dilatateurs, qui siègent à la partie supérieure du plancher du 4° ventricule; centres bulbo-phonatoires, présidant au cri réflexe, qui semblent occuper la partie inférieure du plancher. Ces centres bulbaires servent de relais aux fibres phonatoires et respiratoires étendues de l'écorce au larynx.

5° Quelle est la représentation cérébrale du larynx? Le centre cortical respiratoire du larynx est encore mal connu; son existence n'a été mise en évidence jusqu'ici que chez le chat et le chien.

Le centre cortical phonatoire du larynx est, au contraire, nettement déterminé tant par la physiologie que par la clinique.

Expérimentalement, Krause l'a, le premier, localisé chez le chien au niveau de la partie externe de la circonvolution précruciale. Semon et Horsley ont pleinement confirmé cette localisation; ils l'ont de plus déterminée chez le singe, dont le cerveau est très voisin de celui de l'homme, au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante. A ces centres corticaux, dont l'existence est certaine, seraient peut-être associés d'autres centres de renfort, sous-corticaux (Masini) ou protubérantiels (Onodi). Les physiologistes sont presque unanimes à conclure qu'il existe dans chaque hémisphère un centre de la représentation bilatérale du rapprochement des cordes vocales; que son excitation unilatérale produit un effet bilatéral; que sa destruction bilatérale n'est suivie d'aucun effet.

6° Pourquoi les lésions récurrentielles incomplètes fixent-elles la corde vocale en position médiane? Il a d'abord été signalé par Gerhardt, puis confirmé par Semon, que certaines lésions du récurrent, aussi bien centrales que périphériques, ont pour conséquence de maintenir la corde vocale fixée en position médiane.

Deux théories principales cherchent à expliquer « la loi de Semon». L'une, soutenue par Semon lui-même, attribue la position médiane de la corde vocale à une paralysie limitée aux muscles dilatateurs, entraînant une contracture antagoniste secondaire des constricteurs. L'autre théorie, défendue par Krause, admet une contracture primitive et durable de tous les muscles du larynx, avec prédominance de l'effet des constricteurs, muscles plus puissants; théorie en opposition flagrante avec les données de la neuropathologie, qui nous enseigne que les lésions des nerfs moteurs provoquent seulement de la paralysie flasque avec parfois quelques spasmes passagers au début, mais jamais de contracture prolongée. Aussi s'est-elle récemment modifiée : considérant désormais le récurrent comme un nerf mixte — ce qui n'est pas prouvé — elle attribue la fermeture de la glotte à une contracture réflexe du larynx consécutive à une irritation centripète du récurrent.

Ainsi modifiée, la théorie de Krause est acceptable, mais ne s'accorde pas avec un grand nombre de faits observés chez l'homme (relâchement de la corde vocale en position médiane, association d'autres phénomènes paralytiques dans le domaine du spinal, atrophie constante des muscles dilatateurs, etc.) dont, au contraire, la théorie de Semon donne une explication très satisfaisante.

Toutefois, il faut se garder d'un exclusivisme systématique. La position médiane de la corde vocale relève très souvent, mais non pas toujours, d'une paralysie des dilatateurs; un spasme des constricteurs peut parfois la réaliser. Ce spasme diffère de la paralysie par des symptômes cliniques, de telle sorte qu'il est possible d'en faire un diagnostic différentiel. Il peut même se superposer à celle-ci, comme, par exemple, chez les tabétiques atteints de paralysie ancienne bien tolérée des dilatateurs, où son apparition se traduit par de courts accès de dyspnée angoissante.

Des *lésions multiples* peuvent intéresser le récurrent depuis la corticalité du lobe frontal, où il prend naissance, jusqu'au niveau du larynx où il épuise ses ramifications terminales. Ces lésions peuvent atteindre le récurrent : 1° au niveau de son tronc; 2° dans son passage à travers le pneumogastrique; 3° dans son passage à travers le spinal; 4° au bulbe; 5° dans le cerveau. Traumatisme, compression et névrite résument en trois mots la pathogénie des paralysies récurrentes primitives.

Lésions atteignant le pneumogastrique. — Peut déterminer une paralysie récurrentielle toute lésion qui atteint le tronc du pneumogastrique soit au cou, soit au thorax, depuis son anastomose avec la branche interne du spinal au niveau du ganglion plexiforme jusqu'au point où se détache le récurrent (goître, adénopathies de la chaîne récurrentielle, cancer de l'œsophage, anévrysmes de l'aorte, etc.).

Lésions atteignant le spinal. — Peut produire une paralysie récurrentielle toute lésion atteignant soit la branche interne du spinal, soit le tronc de ce nerf, entre l'émergence de ses racines bulbaires et sa division en deux branches (fractures ou tumeurs de la base du crâne, méningite chronique, etc.). La paralysie du larynx est la même, qu'elle soit due à une lésion du récurrent ou du spinal; cependant, on peut supposer que ce dernier nerf est atteint dans 3 cas : 1° s'il y a d'autres troubles paralytiques dans le domaine de la branche interne du spinal (pharynx, voile du palais, etc.); 2° s'il y a des phénomènes de paralysie ou d'atrophie dans le territoire de la branche externe du spinal (trapèze, sterno-mastoïdien); 3° s'il existe simultanément des phénomènes de même nature du côté de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien ou même du pneumogastrique, ce qui s'explique

par le voisinage de ces troncs nerveux à la base du crâne.

Lésions bulbaires. — Toute affection du bulbe capable de détruire le noyau antéro-latéral de Stilling, d'où naissent les racines motrices du pneumogastrique et les fibres bulbaires du spinal, peut donner lieu à une hémiplégie du larynx.

Les différentes affections bulbaires ont une symptomatologie laryngée à peu près commune, car, au bulbe comme au cerveau, c'est moins la nature que le siège de la lésion qui commande la paralysie périphérique.

Lésions cérébrales. — La chirurgie nous enseigne, contrairement à la physiologie, que la paralysie laryngée d'origine cérébrale a pour caractères d'être unilatérale, croisée et complète; de plus, les lésions cérébrales suppriment exclusivement les mouvements volontaires du larynx, laissant intacte sa motricité réflexe; elles respectent la contractilité électrique des muscles laryngés et n'amènent pas leur atrophie; enfin, elles ne touchent pas la sensibilité ni la réflectivité de la muqueuse. D'ailleurs la science est, sur ce point, très pauvre en faits cliniques; dans la plupart des cas d'hémorrhagies de ramollissement, de syphilis, de tumeur du cerveau, de paralysie générale progressive ou même de paralysie pseudo-bulbaire, presque toujours on a accusé à tort le cerveau; or, l'autopsie a montré des lésions bulbaires, seules responsables de la paralysie récurrentielle.

Comme conclusion de cette étude pathogénique, il y aurait lieu d'établir dès maintenant 3 types cliniques de paralysie récurrentielle, dont l'avenir fera, sans nul doute, une dissociation plus fine : 1° la paralysie récurrentielle incurable grave, qui mène à la mort du fait des lésions qui l'ont déterminée; 2° la paralysie récurentielle incurable bénigne, infirmité compatible avec survie indéfinie; 3° la paralysie récurrentielle curable bénigne, qui guérit sans laisser de traces de son passage et qui semble n'être que le résultat d'une névrite primitive dont le refroidissement serait le facteur habituel.

Les affections du larynx, du nez et des oreilles dans leurs rapports avec la médecine légale.

M. Castex (de Paris), rapporteur. — En oto-rhino-laryngologie, la responsabilité du médecin se trouve fréquemment engagée au point de vue médico-légal, et à cet égard il est nombre de points que le praticien doit bien connaître. Examinons d'abord ce qui a trait à l'oreille.

Certaines anomalies, plus ou moins décrites par les auteurs, font encourir des responsabilités dans les interventions chirurgicales (par rapport au nerf facial notamment). Il en est de même des interventions incomplètes (incision de Wilde) ou septiques (percement du lobule par les bijoutiers).

Les ébranlements par la voie osseuse rompent la membrane tympanique à la périphérie ; au contraire, les ébranlements par voie aérienne la rompent vers son centre (Corradi). Les perforations traumatiques sont caractérisées par les bords ecchymosés (Politzer).

Le métier de plongeur doit être interdit aux hommes qui ont de l'obstruction tubaire ou de l'atrophie de la membrane (Koch).

La névrose traumatique peut se compliquer de surdité ou d'hyperacousie, avec bourdonnements dans les deux cas. Ces troubles sont temporaires, en général.

Les contaminations syphilitiques trouvées à l'examen médical de l'oreille sont rares.

Chez les pendus on observe des ruptures de la membrane, des ecchymoses ou des hémorrhagies dans la caisse et le conduit auditif. Les lésions peuvent servir à établir que le sujet a été pendu *vivant* (Lannois).

Les explosions de dynamite déterminent des ruptures tympaniques surtout en arrière, ou des bourdonnements et des vertiges, selon que la victime est plus ou moins près de l'explosif (Verdos, Castex).

Dans l'infanticide, la constatation d'air ou de liquide amniotique dans la caisse prouve que l'enfant a respiré (signe de Wreden).

Dans le service actif des chemins de fer, il y aurait lieu de diminuer l'acuité de certains signaux (Grazzi). Le pétard est le plus utile de tous. Les chauffeurs et les mécaniciens ne devraient être admis qu'avec une ouïe presque normale et entendre la voix chuchotée à 1 mètre au moins (Zwaardemaker).

Pour le service des téléphones, 4 mètres d'audition au chuchotement sont nécessaires pour que la conversation soit intégralement perçue (Zwaardemaker).

En matière d'assurance sur la vie, l'otorrhée chronique et la maladie de Ménière sont les seules qui rendent le risque inacceptable. En matière d'assurance contre les accidents, la sclérose tympanique préexistante exonère souvent l'assureur.

Pour le service militaire, sont déclarés propres au service ceux qui ont une affection curable, et impropres ceux qui n'entendent ni la voix, ni le diapason, de même que les sourds-muets.

Le nez. — Le rhinologiste a aussi son rôle dans les expertises médico-légales, en particulier pour les anosmies supposées accidentelles.

La douche de Weber, la cocaïne, le bromure d'éthyle engagent plus ou moins notre responsabilité. Les contaminations syphilitiques sont rares au niveau du nez. Les difformités graves du nez, les polypes fibreux, l'ozène entraînent l'exemption du service militaire.

Dans le domaine de la *laryngologie*, les fractures du larynx portent principalement sur le cartilage thyroïde. On les rencontre surtout à l'âge moyen de la vie. Leur symptomatologie est assez discrète.

L'oblitération respiratoire mortelle peut être due : à des bols alimentaires trop gros ou dévoyés, aux vomissements refluant dans le larynx, à des étouffements involontaires d'enfants par de grandes personnes couchées à côté d'eux, à l'hypertrophie du thymus (Brouardel). Quelques-unes de ces morts subites relèvent du mécanisme de l'inhibition.

La mort peut compliquer le tubage.

Les effets de l'iodisme sur le larynx sont à surveiller.

La grossesse peut accroître les tumeurs de cet organe.

Dans la strangulation, qu'elle soit produite par les mains ou par un lien, l'inhibition joue un rôle important. Des enfants peuvent être étouffés par l'enroulement du cordon ombilical autour de leur cou.

La suffocation est souvent produite par un corps étranger introduit dans l'arrière-bouche. Elle constitue un procédé très fréquent d'infanticide (Tardieu). L'expert doit fendre largement les joues pour fouiller l'arrière-bouche.

Dans la pendaison, la striction des voies aériennes agit plus que l'inhibition, qui n'est pas sans effet. Le lien agit au-dessus du larynx et l'occlusion est due au refoulement de la base de la langue contre la paroi postérieure du pharynx. Il se produit des fractures indirectes des grandes cornes de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde.

Dans la submersion, l'abolition des réflexes laisse la glotte sans défense. La constatation de liquide dans la caisse du tympan donne à penser que la submersion s'est effectuée pendant la vie.

Les explosions de machines à vapeur produisent des phlyctènes. Dans les explosions de grisou ce sont des ulcérations laryngo-trachéales. Il n'y a guère de brûlures avec la dynamite.

Les contaminations syphilitiques portent surtout sur les amygdales.

Dans les contestations entre artistes et directeurs, on ne peut que s'en remettre le plus souvent à la conscience des premiers.

Les principaux cas qui rendent impropre au service militaire sont : le mutisme, les perforations palatines, les laryngites et aphonies qui ont résisté au traitement.

En somme, notre responsabilité est en cause surtout dans les interventions opératoires; qu'il y ait anomalie anatomique, qu'il y ait faute de désinfection ou autre, notre rôle s'affirme, grâce à nos procédés spéciaux d'investigation, pour l'admission dans certaines administrations dont dépend la sécurité du public ainsi que pour dévoiler maintes simulations. C'est rarement au criminel, mais presque toujours au civil, que nous avons à intervenir.

Une variété d'abcès chronique du voile du palais.

M. Cartaz a observé dans deux cas une forme rare de

suppuration chronique du voile. Il s'agit, dans les deux observations relatées par l'auteur, des fistules siégeant dans l'épaisseur du voile, au niveau du prolongement des piliers, et se dirigeant vers la luette à une profondeur variable. Un stylet glissé par l'orifice fistuleux, que l'on trouve à l'union des deux piliers, antérieur et postérieur, conduit dans une petite poche d'environ 1 centimètre de profondeur, à parois légèrement fongueuses, d'où la pression fait sourdre un peu de pus, parfois des grumeaux caséeux, analogues à ceux que l'on retire des cryptes de l'amygdale.

Les symptômes occasionnés par cette suppuration chronique étaient peu importants (gêne plutôt que de douleur, rougeur ou de légère tuméfaction du voile).

M. Dundas Grant (de Londres). — On a pu se rendre compte par la transillumination que pendant l'émission de la voix de tête, les cordes vocales s'amincissent. Il semble naturel d'en déduire qu'il y a en même temps une expulsion plus ou moins complète du contenu des vaisseaux sanguins des cordes. Par conséquent, dans des cas de congestion simple de ces cordes, l'emploi discret de la voix de tête peut amener la diminution d'une telle congestion. Il faut donc faire chanter le malade à mi-voix sur le registre de tête. Rien n'est plus facile avec la méthode de M. Holbrook Curtis (de New-York), qui consiste à faire fredonner le malade aussi doucement que possible sur une note de tête, en disposant la bouche comme pour prononcer les consonnes *pm*, puis en ouvrant largement la bouche et en émettant la voyelle *o* (comme dans le mot *porte*), très prolongée, ou bien en prononçant la syllabe *pmo*. Aussitôt que le malade a réussi à éveiller de cette manière la voix de tête, il descend dans la gamme aussi bas qu'il le peut sans changer de registre. Ces exercices ne doivent durer que quelques minutes et être répétés 3 ou 4 fois par jour.

Ce moyen de traitement me paraît bien supérieur aux méthodes ordinaires, et je pourrais citer des cas où j'ai obtenu d'excellents résultats, même sans interruption de l'activité professionnelle des sujets.

Complications intracrâniennes dans le cours des suppurations de l'oreille moyenne et du sinus frontal.

M. Luc (de Paris) communique 3 observations d'abcès cérébral, dont deux du lobe frontal droit consécutifs à un empyème du sinus du même nom, et un du lobe sphénoïdal droit consécutif à une otorrhée. De ces 3 cas, deux se terminèrent par la mort, l'un après une survie de 5 jours, l'autre après une survie de 2 mois. Le sujet de la troisième observation, une femme de 33 ans, encore vivante à l'heure actuelle, porte depuis 4 mois un vaste abcès fistuleux du lobe frontal s'étendant à 13 centimètres de profondeur.

Dans ce dernier fait, l'abcès cérébral fut précédé d'une méningite suppurée qui fut complètement enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le lavage de la pie-mère.

En rapportant ces observations M. Luc insiste sur la latence extraordinaire de l'abcès cérébral, notamment dans les cas où son contenu peut s'évacuer librement. Les deux dernières opérées, qui offraient en apparence l'état physique et intellectuel le plus normal, alors que l'une présentait dans son lobe sphénoïdal une cavité suppurante d'une capacité de 20 centim. cubes et que l'autre avait son lobe frontal droit creusé d'un trajet suppurant s'étendant jusqu'à 10 centimètres de l'écorce.

Par contre, des symptômes terrifiants qui peuvent résulter d'une simple infection de la surface externe de la dure-mère, et dans 2 cas observés par M. Kiel où il a suffi de pratiquer la dénudation et le nettoyage de cette membrane pour faire disparaître, comme par enchantement, une fois un ensemble de symptômes simulant un début de méningite dans le cours d'une otite aiguë, une autre fois une grande attaque éclamptiforme et comateuse survenue 5 jours après un évidement pétro-mastoïdien.

L'eucaïne en rhinologie.

M. Martin (de Paris). — Le chlorhydrate d'eucaïne peut être employé concurremment avec le chlorhydrate de cocaïne en rhinologie. Il donne les mêmes résultats tout en étant moins toxique et offre comme avantage de ne pas provoquer la rétraction de la muqueuse nasale, ce qui permet d'enlever les parties hypertrophiées, surtout les queues de cornet, soit avec l'anse froide ou chaude, soit avec la pince.

Le seul inconvénient est une sensation de cuisson produite sur la muqueuse.

Traitement des déviations de la cloison du nez.

M. Sarremonne (de Paris). — Au point de vue thérapeutique, on peut diviser les déviations de la cloison du nez, suivant leur constitution anatomique, en déviations cartilagineuses, ostéo-cartilagineuses et osseuses.

Le meilleur procédé pour parvenir à redresser la cloison est de pratiquer la résection de la partie débordante avec le bistouri ou avec la scie. Le tort de toutes les méthodes préconisées jusqu'à ce jour a été de vouloir enlever par un même procédé des tissus de résistance et de constitution très différentes : ce qui convenait aux uns ne convenait pas pour les autres.

L'opération se fera en deux temps : dans le premier on coupe le cartilage, puis on étanche le sang ; dans le second on enlève l'os avec la scie. Cette méthode, qui vient à bout de toutes les déviations, n'a pas de contre-indication.

Empyème du sinus maxillaire d'origine tuberculeuse.

M. H. Gaudier (de Lille) communique l'observation d'un homme de 45 ans, à antécédents tuberculeux, mais n'ayant lui-même qu'un peu d'obscurité respiratoire à droite. Il a souffert d'un coryza depuis de nombreuses années, puis d'une sinusite maxillaire gauche purulente. Une première intervention (ponction par l'alvéole de la première molaire et lavage) permit de recueillir du pus contenant des bacilles tuberculeux. Malgré le traitement, la suppuration persista ; on pratiqua alors l'ouverture du sinus par la fosse canine, on fit un curettage qui ramena des séquestres et des fongosités, puis on appliqua un tamponnement, continué pendant plus de 2 mois. A l'heure actuelle, il ne reste plus qu'une fistulette insignifiante, et il n'y a plus d'écoulement nasal.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Lemoine. *De l'avortement criminel.*

M. Bellot (E.). *Du rôle du médecin dans la délivrance naturelle simple.*

M. Maire. *De la conduite à tenir en présence des mento-postérieures engagées.*

M. Cournol. *Contribution à l'étude de la présentation de la face.*

M. Briançon (Marc-Joseph). *Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et de l'appendice herniaire.* N° 289.

L'avortement criminel est une des causes les plus sérieuses de la dépopulation ; la femme est poussée dans la voie du crime par les préjugés courants, les idées étroites d'une morale fausse et contradiction avec le régime social. Les moyens les plus progressivement employés pour provoquer l'avortement sont la ponction et l'injection. Le remède est difficile à trouver ; pour M. Lemoine le meilleur moyen prophylactique serait d'améliorer la situation de la fille-mère.

Après quelques pages sur l'anatomie et la physiologie de l'utérus (contenant et contenu) pendant la période de la délivrance, M. Bellot étudie les principaux procédés de délivrance :

1° Méthode française, traction sur le cordon.

2° Méthode d'expression utérine ou placentaire.

3° Méthode de Champetier de Ribes, moins connue, qui consiste en 3 temps ;

1er temps : on redresse le globe utérin qui est presque toujours antéfléchi, ce faisant on supprime la coudure entre la partie supérieure et inférieure de l'utérus et on facilite la progression du placenta.

2e temps : on pousse l'utérus dans l'excavation, à la manière d'un piston dans un corps de pompe, et par conséquent on expulse le placenta.

3e temps : la main droite soutient le placenta hors de la vulve; la main gauche, dans le but d'éviter la rupture des membranes, fait doucement exécuter au globe utérin un mouvement ascensionnel absolument opposé à celui qui s'est produit dans le temps précédent. Toutes ces manœuvres doivent être exécutées en dehors des contractions utérines.

Quelques conseils sur la conduite à tenir pendant la délivrance dans l'accouchement gémellaire, sur les derniers soins à donner aux nouvelles accouchées dans la période terminale de la délivrance, et des aperçus pratiques sur l'examen de l'arrière-faix et sur les anomalies que l'on peut y rencontrer, terminent ce travail bien pensé et très judicieusement inspiré.

Après une étude de mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la face, et des modes de dégagement dans les cas d'anomalie du 3e temps, M. Maire relate 37 observations de présentation de la tête défléchie, prises à la clinique de M. Tarnier; d'après lui, le pronostic pour l'enfant est toujours sérieux; cela tient à la compression de la tête, à la compression du cordon, ou à la compression du cou. En dehors de la mortalité pendant le travail, il existe une mortalité *différée*, qui assombrit encore le pronostic; aussi il importe de transformer en sommet toutes les mento-postérieures engagées, dès que l'on a constaté leur existence. Des expériences faites avec des ovoïdes en plâtre, et des fœtus morts ont permis à l'auteur d'affirmer que cette transformation était presque toujours pénible, à l'aide de la manœuvre suivante : 1er temps : on introduit la main et on recherche l'oreille postérieure ; 2e temps : on place un levier (branche de forceps) dans l'axe de la suture sagittale; 3e temps, on vérifie la bonne application de l'instrument; 4e temps, avec le levier et deux doigts qui restent dans le vagin près du menton, on conduit, pendant les contractions, le menton dans le loge sciatique supérieure, sous le grand ligament sacro-sciatique, en appliquant fortement le levier sur la tête du fœtus et en tirant lentement et d'un façon continue, dans l'axe de la filière pelvienne; 5e quand le mouvement de bascule est activé, on retire le levier en suivant le courbure céphalique.

M. Cournol a recherché dans les archives de la clinique de la rue d'Assas toutes les observations de présentation de la face; il donne le statistique suivante : du 1er janvier 1889 au 1er janvier 1896, sur 11346 accouchements, il a relevé 59 faces, soit 1/192. Ce chiffre doit être supérieur à la moyenne; parce que les sages-femmes et le médecin, ne voulant pas assumer la responsabilité d'un accouchement difficile, font souvent transporter dans les hôpitaux les femmes chez lesquelles ils ont reconnu cette présentation; la proportion donnée par Pinard paraît plus exacte : 1/247. Sur 959 femmes ayant accouché par le face, 26 étaient primipares, 33 multipares. Les positions les plus fréquemment observés ont été : MIDP — 30 fois; MIGA — 11 fois; MIGP — 8 fois, 20 fois, il existait un rétrécissement du bassin; le poids des enfants a dépassé souvent la moyenne, 17 enfants pesaient plus de 3500 grammes. Mortalité maternelle = 1 (pyélo-néphrite). Mortalité fœtale = 22 sur lesquels 2 macérés, 3 prématurés, 5 broyés.

15 fois, il a fallu intervenir : 8 forceps, 5 basiotripsies, 2 versions.

Depuis l'antisepsie, le pronostic pour la mère est bien moins grave; il reste très réservé pour l'enfant qui succombe parfois pendant le travail, et que l'on est d'autre fois obligé à mutiler; ces cas de dystocie se rencontrent dans les mento-postérieures.

De son étude, M. Briançon tire les conclusions suivantes :

1° Ainsi que l'a fait remarquer Brieger, les hernies de l'appendice sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement et l'appendice iléo-cæcal constitue parfois à lui seul le contenu d'une hernie.

2° Le mécanisme des hernies de l'appendice est encore obscur, il faut y faire intervenir en première ligne les anomalies de situation et de longueur de l'organe,

3° L'appendice hernié peut s'enflammer et devenir le siège d'une appendicite. L'examen direct fait constater, en ce cas, la suppuration et le sphacèle amenant généralement des perforations.

4° Les symptômes de l'appendicite herniaire se rapprochent tantôt de ceux de l'entérocèle étranglée, tantôt de ceux de l'épiplocèle étranglée et souvent de ceux de la péritonite généralisée.

5° L'étranglement de l'appendice lui-même est exceptionnel et encore mal démontrée.

6° L'appendice herniaire peut être le point de départ d'une fistule.

7° Le diagnostic de la hernie de l'appendice sans inflammation est le plus souvent impossible; le diagnostic de l'appendicite herniaire quoique possible dans certains cas est ordinairement d'une difficulté extrême.

8° Le traitement de l'appendicite herniaire est exclusivement opératoire, le taxis doit être proscrit, l'intervention doit être aussi précoce que possible.

9° Le traitement de choix consiste dans la résection de l'appendice. La surface de section doit être ligaturée au catgut ou même suturée. Antisepsie aussi complète que possible; le drainage donne de bons résultats.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Massoulard (Emile). *Les interventions sur le trijumeau intracrânien dans la névralgie faciale rebelle.* N° 54.

M. Bertelé (Edouard). *Des kystes hydatiques des muscles de la face.* N° 33.

M. Daclin (A.). *De l'avortement brusque par le curettage dans les vomissements incoercibles de la grossesse.*

M. Tastf (L.). *De l'inversion utérine. Indication et traitement.*

M. Noack (A.). *Relèvement des bras dans l'extraction par les pieds. Son traitement.*

De trois opérations pratiquées par Jaboulay, et dont il relate les observations inédites, et de l'examen de 72 faits déjà publiés, M. Massoulard conclut que les interventions sur le trijumeau intracrânien sont des opérations graves, mais que le chirurgien est autorisé à proposer aux malades atteints de névralgie faciale rebelle, après l'échec des traitements plus simples. L'opération intracrânienne décidée, on la fera aussi complète que possible. La voie temporale semble être la plus favorable pour la pratiquer. La résection du ganglion de Gasser et de ses branches ne s'accompagne généralement de la perte d'aucune fonction importante. Cette résection peut amener la guérison définitive de névralgies faciales que tous les autres traitements n'avaient améliorées que passagèrement.

Les kystes hydatiques sont très rares dans les muscles de la face (8 observations et une inédite recueillie dans le service de M. Poncet). Le temporal est le muscle le plus souvent atteint. Deux fois le kyste siégeait dans le masséter; une fois dans le droit supérieur de l'orbite, et dans un autre cas, dans le droit externe.

La coque des œufs de tænia échinocoque est dissoute soit dans la bouche, soit dans l'estomac, et l'embryon hexacanthe chemine par pénétration directe ou par voie sanguine.

Les kystes hydatiques des muscles de la face peuvent atteindre un volume variable, depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange.

Le diagnostic exact ne saurait être établi, tout au moins quant à la nature intime de la tumeur, mais la présence d'une tumeur dans le muscle, selon M. Berthelé doit laisser supposer une affection parasitaire.

Le pronostic des kystes hydatiques des muscles de la face ne présente de gravité que pour les kystes orbitaires.

Le traitement doit être radical, il consistera, comme pour un néoplasme, dans l'ablation totale de la poche kystique. L'opération siégeant à la face, on se préoccupera de la question

esthétique, et, pour obtenir le minimum de cicatrice, on donnera la préférence à la suture intra-dermique.

Pour M. Daclin, on peut provoquer l'avortement par l'administration de certains médicaments : ergot de seigle, rue, absinthe, sulfate de quinine; par l'électricité galvanique et faradique; par le tamponnement vaginal, par les douches vaginales (Kiwisch), par la dilatation du col, le décollement des membranes (Krause), par la ponction de l'œuf et enfin par le curettage d'emblée. Le curettage est un procédé rapide et facile qui met à l'abri des hémorrhagies et des rétentions placentaires; il est indiqué chaque fois que les moyens ordinaires ont échoué, que l'amaigrissement quotidien atteint de 300 à 500 grammes. Le début de la 3e période paraît être le moment le plus propice; mais les interventions in-extremis sont parfaitement admissibles et peuvent donner de véritables résurrections. La meilleure preuve en est dans les succès rapportés dans les observations de Blanc, Charpentier, Gœulard, Roland, Puech, Duchamp, Audebert, Mouchet, etc. On commence par dilater le col à l'aide d'une tige de laninaire et on procède au curettage ordinaire; il est bon d'avoir recours à l'éther plutôt qu'au chloroforme, et d'employer la curette tranchante.

D'après M. Taste, l'inversion utérine peut se produire immédiatement après la délivrance; l'irréductibilité de la tumeur utérine est due à la rétraction du col, au défaut de contractilité de la fibre utérine, aux adhérences de l'utérus hernié avec les organes voisins. Suit le tableau clinique de l'inversion. Il faut dans le plus bref délai réduire l'utérus inversé; on l'essaiera :

1° Par les procédés non sanglants dont les principaux sont : la pression continue à l'aide du pessaire à air; le tamponnement à la gaze iodoformée; le taxis central ou périphérique.

2° A l'aide des procédés sanglants : ceux de Küstner et de Gaillard Thomas sont les plus employés. En cas d'échec, on sera réduit à faire l'*amputation* de l'utérus; autrefois des chirurgiens pratiquaient l'excision, l'écrasement linéaire, la cautérisation, la ligature fixe ou progressive. Aujourd'hui 2 procédés seuls sont en présence : la ligature élastique suivie d'excision (Perier), procédé facile et bénin, ou l'hystérectomie vaginale totale avec section médiane (Duret), procédé d'exception.

D'après M. Noack, pendant l'extraction du fœtus par les pieds, le relèvement des bras peut se faire en avant, c'est le cas le plus fréquent, ou en arrière du tronc. 3 degrés peuvent exister :

1° Les bras sont simplement écartés de la paroi thoracique.

2° Ils sont relevés, mais n'atteignent pas le crâne.

3° Ils sont complètement relevés, l'humérus est vertical.

1° *Relèvement en avant* : les causes sont : défaut de contraction utérine; tractions sur le fœtus en dehors des contractions. Les bras ne se relèvent pas à proprement parler : le coude reste fixé, pendant que l'épaule descend. 2° *Relèvement en arrière* : pour que le relèvement en arrière se produise, il faut que, le coude étant écarté du tronc et fixé, on imprime au fœtus un mouvement de rotation en avant; l'olécrane, ne suivant pas ce mouvemeut, devient fatalement postérieur. Il faut distinguer du relèvement simple le *croisement des bras* sur la nuque qui se produit à la suite d'un relèvement antérieur ou postérieur, et d'un mouvement de rotation combinés avec des tractions sur le fœtus.

Traitement prophylactique. — Ne pas tirer sur le fœtus dans l'intervalle des contractions; — si les battements du cordon faiblissent, un aide appuyant sur la paroi utérine, avec ses mains largement étalées suit progressivement le retrait de l'utérus. On peut dans les cas de présentation de l'épaule appliquer un lacs sur le membre procident.

Traitement curatif. — Au moment où on éprouve de la résistance dans l'extraction (c'est lorsque la base du thorax apparaît à la vulve), on doit intervenir. Dans le relèvement incomplet il suffira d'aller chercher le coude avec l'index et de l'abaisser. Dans le relèvement complet en avant on procédera de la façon classique si bien décrite par Farabeuf et Varnier; il sera bon auparavant d'exercer une pression sur l'acromion pour abaisser l'épaule et rendre le coude plus accessible. Quelquefois il sera plus facile de dégager d'abord le bras antérieur. Dans le relèvement en arrière le procédé est le même avec cette seule différence qu'ici on se sert de la main de nom contraire. *Dans le croisement sur la nuque* : 1° traitement prophylactique : éviter les mouvements de rotation pendant l'extraction du fœtus; 2° traitement curatif : faire parcourir au bras le chemin inverse de celui qu'il a pris pour arriver à cette position, en accrochant le coude; ou imprimer au tronc du fœtus un mouvement de rotation en sens inverse de celui qui a amené le croisement en arrière. En dernière ressource : fracturer le bras. Dans quelques cas, on pourra abaisser le bras antérieur par des pressions exercées à travers la paroi abdominale qui amèneront : 1° la flexion de l'avant-bras sur le bras; 2° l'abaissement de l'avant-bras par flexion sur le coude.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Influence des préparations thyroïdiennes sur les échanges interstitiels (Ueber der Einfluss der Schilddrus en substanz auf den Stoffwechsel), par Gluziuski et J. Lembergers (*Centralb. f. innere Medic.*, 1897, n° 4, p. 89). — Les recherches, qui ont consisté dans l'azote des aliments et celui de l'urine et des matières fécales d'un individu bien portant, mais légèrement obèse, soumis à l'ingestion de tablettes thyroïdiennes et de glandes thyroïdiennes en nature, ont montré que pendant les 7 jours que l'expérience a duré, il existait une déperdition progressive d'azote qui expliquait la perte de poids de 600 grammes constatée à la fin de l'expérience. Cette déperdition s'accentuait tous les jours, mais comme l'alimentation du malade était substantielle, il n'y a pas eu déficit d'azote.

Hématoporphyrinurie (Ueber Hämatoporphirinurie), par Nakarai (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1897, vol. LVIII, p. 165). — Les recherches de l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

1° L'hématoporphirinurie est constante dans l'intoxication saturnine et se rencontre encore dans l'intoxication par le sulfonal et dans les hémorrhagies intestinales. Mais d'une façon générale elle est très rare dans les autres affections.

2° La pathogénie et le pronostic de l'hématoporphyrinurie semblent varier avec avec les divers processus morbides dans lesquels on les rencontre. Il est encore impossible de dire si l'hématoporphyrinurie que l'on rencontre dans l'intoxication saturnine ou par le sulfonal dépend uniquement, comme le veut Stokvis, des hémorrhagies intestinales. En tout cas on ne sait encore rien sur l'origine de l'hématoporphyrinurie chez l'homme bien portant.

La variole et la vaccine à Marseille, par Lop (*Rev. de médecine*, avril 1897, p. 293). — Relation d'une épidémie de variole comprenant 180 cas. Parmi les faits les plus intéressants il convient de signaler : 1° un exemple de récidive après 24 ans d'intervalle; 2° 11 cas de variole chez des femmes enceintes, sans variole de l'enfant, et sans métrorrhagie sérieuse, même dans le cas de variole hémorrhagique; 3° deux guérisons de variole hémorrhagique; 4° un cas de varioloïde avec phénomènes généraux très intenses; 5° 3 cas d'insuccès de la vaccination chez des enfants nés à la période d'éruption de la variole maternelle et qui n'eurent pas la variole; 6° les complications rares de nécrose laryngée chez un enfant et d'aphasie motrice curable chez un adulte; 7° un cas de vaccine généralisée par auto-inoculation.

Gliome cérébral, par Devic et P. Courmont (*Rev. de médecine*, avril 1897, p. 269). — Les symptômes consistaient en céphalée, apathie, troubles de la mémoire, idées de suicide, attaques du sommeil, accès d'automatisme ambulatoire, hémiplégie gauche, œdème pupillaire. La trépanation permit d'enlever un gliome de la région frontale droite. L'opération fut suivie d'une disparition de la céphalée et de l'œdème pupillaire, et d'une diminution de la paralysie. 4 mois après survint une attaque d'hémiplégie gauche. A l'autopsie, on trouva un foyer

d'encéphalite avec thrombose de la sylvienne. Pas de récidive de la tumeur.

Dans ce cas l'action favorable de la trépanation sur l'hémiplégie et l'œdème pupillaire semble due à la décompression cérébrale. Les troubles mentaux précoce, l'automatisme ambulatoire sont des symptômes intéressants par leur rareté dans les tumeurs cérébrales.

La résorption de la graisse des lavements (Ueber die Resorption des Fettes aus Klystieren), par P. Deucher (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LVIII, p. 210). — La résorption de la graisse administrée dans un lavement est très limitée et ne dépasse pas 10 grammes par jour quand même on s'est placé dans des conditions les plus favorables à cette résorption (graisse émulsionnée, température de 38°-40°; rectum vide, etc.). Parmi ces conditions, les plus essentielles sont l'addition de chlorure de sodium en proportion de 6 p. 1000 et le séjour prolongé du lavement dans l'intestin.

Recherches sur l'anesthésie, par H. C. Wood et W. S. Carter (*The Journ. of. experim. medecine*, New York, mars 1897, p. 131). — La dépression circulaire produite par le chloroforme n'a d'effet que lorsque la pression est tombée très bas. L'arrêt de la respiration pendant la chloroformisation est dû surtout à l'action directe exercée par le poison sur les centres respiratoires.

La dépression circulatoire produite par l'éther est plus durable que celle que produit le chloroforme, ce qui tient sans doute à la grande quantité d'éther nécessaire pour provoquer le sommeil profond.

Hémianopsie binasale, par Clarence A. Veasey (*Ophthalmic Record*, février 1897). — Cas rare d'hémianopsie binasale. Il s'agit vraisemblablement d'une névrite optique double étendue au chiasma, et surtout marquée symétriquement sur les parties latérales du chiasma. La macule de l'œil droit était comprise dans la partie perdue du champ visuel, celle de l'œil gauche au contraire dans la partie conservée.

Contribution a l'étude de la pseudo-méningocèle traumatique, par A. Josias et J. Ch. Roux (*Rev. de médecine*, avril 1897, d. 233). — Description d'une curieuse affection à peu près inconnue en France jusqu'à ce jour. Il s'agit d'une tumeur pulsatile, produite par du liquide céphalo-rachidien, qui s'est frayé un passage jusque sur les téguments, à la suite d'une fracture du crâne avec déchirure de la dure-mère, dans le très jeune âge. L'accroissement excentrique du cerveau écarte les bords de la fracture et agrandit la solution du continuité de la boite crânienne. Le cerveau n'est pas toujours intact; il peut être le siège des lésions produites par le traumatisme, ou développées à la suite des altérations traumatiques des méninges : d'où hémiplégie, épilepsie jacksonienne, cécité, etc.

Si le liquide ne se résorbe pas, il faut faire de la compression, ou l'évacuer par ponction ou incision, puis protéger le cerveau au moyen d'appareils prothétiques ou en tentant la transplantation osseuse.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Mercure métal.

Nous donnons ci-après les formules employées par différents auteurs : nous passerons ainsi successivement en revue tous les composés mercuriels en usage : à propos de chacun nous indiquerons la préparation qui nous paraît la meilleure ou la moins nuisible, nous en référant, pour le surplus, aux articles que nous avons publiés dans les 5 derniers numéros sur cette importante question des injections mercurielles.

Nous commençons la série, par le *mercure métal* qui forme avec les corps gras (huile d'olives, vaseline, etc.) les composés connus sous le nom d'*huile grise*.

Solubilité. — Le mercure est insoluble dans l'eau et l'alcool, il est miscible aux huiles grasses et fixes.

Dose usuelle. — 5 centigrammes par injection. Une injection par semaine. Il n'est pas prudent de dépasser cette dose et d'atteindre celle de 10 centigrammes, indiquée par la plupart des auteurs. A plus forte raison est-il dangereux d'injecter 15 et 20 centigrammes.

Voici les principales formules d'huile grise :

FORMULES

Mercure.	} àà 3 gr.
Lanoline.	
Huile d'olives	4 gr.
(Lang.)	
Mercure métallique	20 gr.
Lanoline	5 gr.
Vaseline liquide	35 gr.
(Gay.)	
Mercure purifié	1 gr. 50
Pommade mercurielle	1 gr.
Vaseline blanche molle	9 gr. 50
Vaseline liquide	20 gr.
(P. Vigier.)	
Vaseline blanche solide	5 gr.
Onguent mercuriel	2 gr.
Mercure	39 gr.
Triturez et ajoutez	
Vaseline blanche solide	14 gr.
Vaseline liquide	40 gr.
(P. Vigier.)	
Mercure métallique	20 gr.
Teinture de benjoin	5 gr.
Huile de vaseline	40 gr.
(Neisser, Balzer.)	
Mercure purifié	20 gr.
Teinture éthérée de benjoin	5 gr.
Vaseline liquide	30 gr.
Vaseline solide	10 gr.
(Thibierge, Balzer.)	

La formule qu'il convient d'employer lorsqu'on se sert d'huile grise est celle qui a été donnée par Thibierge (1).

Comme dans celle de Neisser le mercure est éteint au moyen de la teinture de benjoin. Voici comment on procède :

Mercure purifié . . . . 30 gr.
Teinture éthérée de benjoin . . . . . 5 gr.

Agitez dans un petit matras en verre de 300 centimètres cubes, lavé à l'alcool, puis décantez la teinture et lavez plusieurs fois à l'éther, jusqu'à ce que le liquide surnageant ne soit plus coloré par le benjoin tenu en suspension. Versez le mercure dans un mortier. Triturez-le avec :

Vaseline blanche solide liquéfiée à une douce chaleur. 30 gr.

Lorsque la masse est refroidie suffisamment pour avoir une consistance de pommade. Ajoutez y peu à peu, en triturant,

Vaseline liquide. . . . . 40 gr.

Mêlez avec soin jusqu'à ce qu'un peu d'huile ainsi préparée ne laisse plus apercevoir aucun globule métallique lorsqu'on l'examine, soit directement, soit après l'avoir étendue sur une feuille de papier sans colle ou sur une feuille de papier noir.

Le produit est enfermé dans un flacon. Chaque vingtième de centimètre cube représente 0 gr. 017 milligramme de mercure métallique. La dose à injecter est de 3/20 de centimètre cube.

En tous cas, il faut éviter les huiles grises à base de lanoline ou d'onguent mercuriel.

G. Maurange.

1. *Presse médicale, loc. cit.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière développé en dehors de la cage thoracique (p. 469).

REVUE DES CONGRÈS. — *Société française d'ophthalmologie* : Maladies oculaires (p. 470).— Ophthalmie et galvano-cautérisation.— Ulcère rongeant de la cornée (p. 472). — Diphthérie de l'œil. — Hémorrhagie sous-choroïdienne.— Névro-rétinite syphilitique.— Rupture de la choroïde.— Manifestations oculaires de l'épilepsie. — Tuberculose primitive de la paupière et de la caroncule.— Correction totale de la myopie (p. 473). — Myopie progressive.— Méningite à pneumocoques. — Conjonctivite à streptocoques. — Sécrétions conjonctivales. — Iridectomie (p. 474). — Catarrhe printanier. — *Société française d'otologie et de laryngologie* : Ostéo-périostite mastoïdienne. — Affections auriculaires (p. 475).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Maladie de Reichmann et sténose pylorique (p. 475).— *Société anatomique* : Tuberculose et épithélioma du même sein.— Tubercule cérébral.— Double ulcère de l'estomac. — Cancer kystique d'un rein mobile. — Kystes séreux de la rate et des reins. — *Société de biologie* : Oxyde de carbone (p. 476). — Influence des lécithines sur la croissance.— *Société de chirurgie* : Redressement forcé de la gibbosité.— Incurvation congénitale du tibia ou absence du péroné. — *Société médicale des hôpitaux* : Insuffisance tricuspide (p. 477).— Hydrocéphalie héréditaire. — Affections thoraciques et lésions de l'aorte. — Ictère effacé. — Rougeole.— Péritonite tuberculeuse. — *Société de thérapeutique* : Entérite muco-membraneuse et rein flottant.— Digitaline et digitoxine (p. 478). — *Société des sciences médicales de Lyon* : Amputation de la langue. — Ablation de l'astragale. — Rein tuberculeux. — Hypospadias (p. 479).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES.— ALLEMAGNE. *Société de médecine interne de Berlin* : Méningites à méningocoques intracellulaires. — Pyélonéphrite (p. 479). — AUTRICHE. *Club médical de Vienne* : Diabète sucré. — *Société impéro-royale des médecins de Vienne* : Bacilles cholériques et typhiques. — Tuberculoses cutanées par auto-infection (p. 480).

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière développé en dehors de la cage thoracique,

Par M. le Dr G. SCHNEIDER,

Médecin aide-major, attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Val-de-Grâce.

Si les observations d'anévrysmes de l'aorte, se développant, après destruction du squelette, en dehors de la cage thoracique, sont assez communes, il n'en est pas de même des anévrysmes sous-claviers. Rarement volumineux, ces derniers ne dépassent point, en général, sans se rompre, les dimensions d'un œuf ou d'une orange. Le cas de Boucher, dans lequel la tumeur mesurait 40 centimètres de circonférence et avait luxé la clavicule à ses extrémités, celui de Velpeau, où la dilatation vasculaire remontait en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire, refoulait le poumon et remplissait l'aisselle sont considérés, à juste titre, comme exceptionnels.

Ce fait du peu de fréquence de tels anévrysmes, certaines particularités dans l'évolution de l'affection, enfin et surtout le diagnostic difficile du siège anatomique précis nous engagent à rapporter l'histoire d'un malade du service de M. le professeur Richard, à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. D..., 42 ans, employé de bureau, aurait joui d'une excellente santé jusqu'au mois de décembre 1894. Sous-officier pendant 20 ans, de constitution robuste, il n'accuse ni rhumatisme, ni syphilis. Il ne s'est livré, d'autre part, à aucun excès alcoolique et nous ne relevons point de traumatisme dans ses antécédents.

Au début de décembre 1894, il fut atteint, sans raison apparente, d'une névralgie occipitale assez intense qui dura 2 mois et cessa brusquement.

Dans les premiers jours de février 1895, son attention fut attirée par un battement singulier, isochrone aux pulsations cardiaques, qui se produisait immédiatement au-dessous de la clavicule gauche, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes de cet os. A ce niveau, la paroi thoracique était parcourue par une ondulation rythmique.

Ce battement devint progressivement plus fort et, vers le milieu du mois de mars, une petite tumeur, de la grosseur d'une aveline, apparut au point même où s'était, à l'origine, manifestée la pulsation anormale.

Cette tumeur augmenta rapidement de volume, soulevant la clavicule et se développant au-devant des premières côtes. Le malade n'éprouvait d'ailleurs aucune gêne et vaquait, comme d'ordinaire à ses occupations : ce furent les conseils des médecins qui le décidèrent à demander sa retraite. Lorsqu'il quitta le service militaire en juin 1895, la tumeur atteignait les dimensions d'une mandarine.

Depuis lors, elle n'a fait que s'accroître, mais d'une façon intermittente et par poussées périodiques, avec des intervalles d'arrêt complet dans son évolution, sans donner lieu à aucun symptôme douloureux et sans modification dans l'état général du malade. En effet, M. D... se plaint seulement de l'obstacle que la présence de la tumeur oppose aux mouvements de flexion de la tête : la crainte d'une rupture possible l'a déterminé à venir consulter.

Les photographies que nous avons prises donnent une idée assez nette du siège et de l'étendue de la lésion. Elles ont été faites le 26 mars 1897, c'est-à-dire 2 ans et 4 mois après le début des premiers accidents.

La tuméfaction, de la grosseur d'une tête d'enfant et de contours mal limités, occupe les régions sus-claviculaire, claviculaire et la partie supérieure de la région pectorale. Son grand axe transversal mesure 0m23, l'axe vertical 0m18. Sa limite inférieure est marquée par le bord supérieur de la 3e côte; en haut, elle se perd dans le triangle sus-claviculaire. Elle s'étend latéralement : à droite jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire du même côté, recouvrant le manubrium sternal; à gauche, elle atteint l'apophyse coracoïde.

C'est une tumeur de consistance lisse à son point culminant, bosselée au contraire à sa périphérie. Fixée par sa base, légèrement rénitente et fluctuante en son centre, elle est animée de pulsations isochrones aux battements du cœur et d'un mouvement d'expansion très net. La température des téguments n'est pas plus élevée à la surface de la tumeur que sur le reste du corps.

L'auscultation révèle tantôt un double bruit de souffle, tantôt un double battement, coïncidant avec les deux temps de la révolution cardiaque.

Dans son développement, la tumeur a rejeté le larynx à 2 centimètres sur la droite et luxé la clavicule dont on ne sent plus, à la palpation, l'extrémité interne. L'os a dû être en partie détruit : c'est à peine si l'extrémité externe est perceptible sous la peau.

La tumeur ne se modifie pas par la compression de l'axillaire.

Les battements des temporales ont, des deux côtés, la même intensité. Le pouls de l'artère radiale droite est plein, vibrant, celui de l'artère radiale gauche est au contraire très petit. Toutefois, le nombre des pulsations est le même pour les deux bras (88) et il n'y a point de retard du pouls radial gauche sur le pouls radial droit.

Il n'existe point de troubles de la circulation veineuse soit des bras, soit du cou ou de la face. Le pincement de l'oreille est suivi des mêmes effets de chaque côté.

Pas d'hypertrophie du cœur, dont les bruits sont normaux. Pas de symptômes pulmonaires. L'auscultation de la trachée ne révèle rien d'anormal. La voix du malade n'a subi aucune altération.

M. D... ne se plaint d'aucune douleur. Son état général est très satisfaisant.

Dans le cas particulier, le diagnostic de la nature de la lésion ne nous paraît pas offrir de réelles difficultés. A

vrai dire, toutes les tumeurs profondes de la région sus-claviculaire peuvent être jusqu'à un certain point confondues avec un anévrysme : tels sont les abcès froids, les adénites chroniques, les néoplasmes (lympho-sarcomes), les kystes. Mais, chez notre malade, les caractères fournis par la palpation de la tumeur d'une part, l'auscultation de l'autre, les modifications du pouls de la radiale gauche, ne permettent point d'hésiter.

Dans cet ordre d'idées, 3 symptômes complémentaires justifient ce diagnostic d'anévrysme :

1° Le mode de développement.

La tumeur, née en un point précis, a acquis ses dimensions actuelles par poussées nettement successives, ce qui est le propre des dilatations vasculaires et se concevrait moins aisément d'un néoplasme.

2° L'absence de douleurs.

D'ordinaire, les névralgies dues à la présence d'anévrysmes sont précoces, apparaissent en même temps que la tumeur et peuvent soudainement cesser.

L'anévrysme, en effet, dissocie les tissus au sein desquels il siège, les refoulant par pression graduelle et contournant, sans les comprimer, les cordons nerveux au lieu de les englober comme le ferait une tumeur maligne. M. D... n'a souffert que d'une névralgie passagère et le développement de la tumeur a été remarquablement indolent.

3° L'absence d'état général.

On comprendrait en effet difficilement que l'évolution d'un néoplasme n'ait pas amené progressivement, après 2 ans, une cachexie dont notre malade n'offre aucun signe.

M. D... est donc porteur d'un anévrysme qui, primitivement circonscrit, a dû, au cours de son évolution, se rompre dans le tissu cellulaire environnant, formant ainsi un anévrysme diffus consécutif. Il est probable qu'il existe, appendue au vaisseau, une énorme poche communiquant avec ce dernier par un petit orifice : c'est du moins ce qui a été constaté dans les observations jusqu'ici publiées. La rupture se produit de très bonne heure, un cas de Néret est instructif à cet égard. Il s'agissait d'un malade chez lequel un anévrysme de la sous-clavière gauche, à peine gros comme un marron, se rompit dans le poumon.

L'absence d'œdème soit aux bras, soit à la face, permet d'éliminer l'hypothèse d'anévrysme artério-veineux.

Si le diagnostic d'anévrysme ne fait point ici de doutes, celui du siège anatomique exact de la dilatation vasculaire nous paraît quelque peu délicat. Eliminant l'anévrysme carotidien, en raison des caractères normaux du pouls des temporales, nous devons nous demander si la tumeur appartient à l'artère sous-clavière gauche ou si elle relève de l'une de ses branches? La confusion est très possible, étant donné le volume actuel de l'anévrysme. Brousse d'ailleurs a publié, en 1892, un cas d'anévrysme énorme de la thyroïdienne inférieure gauche qui fut pris pour un anévrysme de la sous-clavière du même côté.

Chez notre malade, le début de la tumeur en un point précis, bien indiqué par M. D..., son développement ultérieur en luxant la clavicule, enfin et surtout la petitesse du pouls radial gauche, son plutôt en faveur d'un anévrysme de l'artère sous-clavière gauche.

Une question se pose : en quelle partie du trajet de l'artère s'est développée la tumeur? L'absence de phénomènes de compression du côté de la jugulaire gauche permet d'éliminer l'hypothèse d'un anévrysme de la première portion et des branches ascendantes. D'autre part, il n'y a point eu de symptômes de compression, soit des nerfs phrénique et pneumogastrique, soit du récurrent. L'anévrysme se serait donc développé soit entre les scalènes, soit en dehors de ces muscles : il serait difficile de localiser plus complètement la lésion sur la 2e ou 3e portion de l'artère.

L'affection comporte un pronostic sévère. La guérison spontanée d'un pareil anévrysme est chose peu probable : les exemples connus, celui de Cloquet entre autres, se rapportent à des tumeurs de dimensions beaucoup moins considérables et à évolution plus lente.

Le malade n'a jamais suivi de traitement régulier : les quelques doses d'iodure de potassium qu'il a absorbées sont trop faibles pour permettre ce conclure à l'insuccès du médicament. D'autre part, la tumeur étant à peu près stationnaire en ce moment et tout danger immédiat paraissant écarté, il a paru rationnel de prescrire pendant quelque temps l'iodure de potassium à très haute dose et d'en vérifier ultérieurement les effets.

Au cas où la médication iodée ne serait suivie d'aucune rétrocession, la question se poserait d'une intervention chirurgicale pour parer aux dangers de rupture. Les résultats, étant donné le volume actuel de la tumeur, paraissent *a priori* très problématiques.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPTHALMOLOGIE

Session de Mai 1897.

Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires.

M. Panas (Paris), rapporteur. — Sous la dénomination d'auto-infection oculaire, on doit entendre l'infection de l'œil ou de ses annexes par la voie de la circulation, que les germes et les toxines, voire les poisons proviennent du dehors, ou qu'il s'agisse de déchets organiques surabondants et incomplètement éliminés par les émonctoires naturels (utérus, reins, foie, tube digestif, peau, poumon). A cette liste s'ajoutent le produit de certaines glandes dont il sera ultérieurement question (corps thyroïde, etc.) et enfin les virus syphilitique, variolique, vaccinal, rabique, dont la nature est incomplètement définie jusqu'ici, ainsi que les miasmes (palustre, scarlatineux, rubéolique, etc., etc.).

Le terrain, qu'on a visé de tout temps en parlant de prédisposition à la maladie, joue très certainement un rôle nécessaire, mais subordonné. C'est dans ce sens qu'il faut interpréter l'influence exercée par l'arthritisme, le lymphatisme, une croissance précoce, ainsi que par l'âge, le sexe, les ingesta et les circumfusa. Pour ce qui est, en particulier, de l'alcoolisme du diabète, de l'albuminurie, etc., ces causes interviennent en troublant l'influence du *névraxe*, qui tient sous sa dépendance la vie des cellules dont l'agrégat constitue l'organisme.

Le traumatisme et le surmenage aussi bien des viscères que de l'œil y ont appel aux processus morbides, mais ils ne sauraient créer la maladie de toutes pièces sans l'intervention d'un principe infectieux.

En somme, deux facteurs interviennent pour créer les entités morbides spontanées dont l'appareil oculaire est le siège : en premier lieu : un agent pathogène charrié par le sang; en seconde ligne, l'état constitutionnel du sujet, autrement dit le terrain.

Les variétés de microbes et de toxines pathogènes ne sont encore que partiellement connues. Les effets de tous ces agents se traduisent par des processus phlegmasiques, depuis l'œdème jusqu'à la suppuration, par des hémorrhagies avec ou sans thromboses intraveineuses, ou bien encore par des hyperplasies, tant bénignes que malignes.

La participation de l'œil à divers états pathologiques généraux est depuis longtemps établie; c'est ainsi qu'en fait de pyrexies nous trouvons signalées les fièvres éruptives, particulièrement la variole, la scarlatine et la rougeole.

Dans l'ordre des dyscrasies, nous relevons le diabète, l'albuminurie, l'urémie, l'oxalurie et la phosphaturie, la goutte et le rhumatisme chronique, la leucémie, la scorbut et certaines manifestations dyscrasiques et partant indirectes de la syphilis, telles que la kératite parenchymateuse héréditaire, le tabès et la péri-encéphalite.

Dans la classe des infections, nous notons les agents provocateurs qui viennent du dehors et d'autres qui se développent dans l'intimité des tissus (auto-infections). Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'endo-infection oculaire à opposer à l'exo-infection directe dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Les maladies dues à des agents infectieux puisés en dehors de l'organisme et qui abordent l'œil par voie interne sont : la syphilis, la tuberculose endo-oculaire, la lèpre, certaines manifestations de la blennorrhagie, les [fièvres pyohémiques, tant puerpérale que traumatique, le typhus, la méningite cérébro-spinale, l'influenza, l'érysipèle, la diphthérie, la fièvre ourlienne, l'anémie pernicieuse, le paludisme, etc.

Parmi les poisons chimiques, l'alcool, la nicotine, le sulfure de carbone, le santonine, la quinine, d'autres encore, s'attaquent à l'œil, principalement au tractus optique (amblyopies et atrophies optiques).

Chez la femme, l'appareil utéro-ovarien joue un rôle prépondérant. Il nous serait facile de citer des exemples de panophthalmies consécutives à une vaginite aiguë, à une résection du col utérin, à un débridement de l'hymen, à un simple attouchement digital d'un carcinome du col utérin suivi de double-salpingite.

Les principaux états infectieux qui peuvent exercer une influence morbide sur l'appareil oculaire sont :

La tuberculose. — Deux formes de cette infection s'observent dans l'œil : la forme granulique grave qui atteint la chorio-rétine en même temps que les méninges, et, dans le segment antérieur de l'œil, la forme caséeuse, relativement bénigne. Sur l'iris on observe aussi la variété miliaire. La tuberculose de l'iris se montre aussi bien chez les jeunes sujets que chez les enfants en bas âge. Le pronostic en est relativement bénin et il n'est pas rare de voir la guérison survenir grâce à un traitement médical approprié (injections intravasculaires mercuriques, administration d'iodoforme).

L'endo-infection bacillaire n'exerce son action sur la cornée que d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du tractus uvéal qui en est le siège de prédilection.

Dès 1871 nous avons soutenu que la kératite d'Hutchinson avait été considérée non comme une manifestation propre de la syphilis, mais comme le résultat d'un état dyscrasique général. M. Fournier a adopté cette manière de voir et il place cette kératite dans le groupe des lésions parasyphilitiques, à côté du tabès, de la périencéphalite. Ces lésions peuvent évoluer sur un terrain exempt de syphilis. Von Hippel, en 1896, est arrivé aux mêmes conclusions et compte 30 p. 100 de cas où la kératite ne relève pas de la syphilis. Pflüger mentionne 32 cas de kératite observés dans le cours de l'influenza. Il est du reste démontré que des individus qui ont été atteints de kératite interstitielle peuvent contracter la syphilis.

La tuberculose de la cornée évolue sous forme d'un ulcère serpigineux, sans tendance à la généralisation.

Le tractus optique ne constitue guère un lieu propice à l'évolution du tubercule, alors même que les méninges en seraient chroniquement infectées.

L'atrophie papillaire est la conséquence de la compression exercée sur le chiasma par des exsudats plastiques.

La lèpre. — Cette infection attaque de préférence, ainsi que la tuberculose et la syphilis, le corps ciliaire et l'iris, d'où elle envahit le limbe cornéen. Dans la lèpre anesthésique, où le système nerveux est particulièrement intéressé, la rétine et le nerf optique sont rarement atteints.

Les hémorrhagies. — La dyscrasie en est la cause efficace habituelle. En dehors du purpura et du scorbut, on tend aujourd'hui à y faire rentrer les épistaxis des adolescents, les hémorrhagies supplémentaires chez la femme, les hématémèses, certaines hématuries et certains melænas. Nous en rapprocherons certaines hémorrhagies intra-oculaires et orbitaires. Il s'agirait là de toxémies, et l'on ne tarde pas à découvrir des troubles fonctionnels du côté des reins, du foie, de la rate, de l'estomac, du tube intestinal.

Les infections d'origine génitale. — L'infection gonococcique agit à distance sur les séreuses, les muqueuses, la conjonctive en particulier, sur le névraxe, ainsi que du côté de l'iris et de la choroïde.

Il existe une conjonctivite infectieuse métastatique, distincte de l'ophthalmie purulente par inoculation directe du pus. Cette conjonctivite est bénigne; il y a peu de sécrétion, peu de chémosis, peu ou pas de complications cornéennes. Elle alterne avec d'autres manifestations du côté de l'iris et des synoviales.

L'iritis de même nature est habituellement une iritis séreuse.

Une localisation analogue, mais plus rare, peut exister du côté de l'axe cérébro-spinal et du nerf optique.

En dehors de l'infection blennorrhagique directe, il faut tenir compte de l'infection indirecte, due à l'extension de l'inflammation vers la vessie, les uretères, les reins, l'utérus, les ovaires.

La ténonite, véritable hygroma de la bourse séreuse du globe, constitue l'apanage du rhumatisme chronique; à cette titre, l'infection gonococcique intervient dans bien des cas.

La dacryo-adénite aiguë ou chronique, souvent bilatérale, relève fréquemment du virus gonorrhéique. Elle est analogue à celle qu'on observe dans le cours des oreillons avec ou sans engorgement des glandes sous-maxillaires et des testicules. A citer encore la dacryo-adénite rubéolique, la dacryo-adénite grippale. Enfin on a incriminé la dysménorrhée, la ménopause, la grossesse ainsi que la scarlatine, le typhus, l'ictère, la tuberculose, la syphilis, la leucémie.

Les infections provenant des cavités voisines : naso-pharynx, sinus crânio-faciaux. — Ici, c'est l'ozène qui joue le principal rôle. On voit des iritis, des chorio-rétinites qui ne s'amendent que du moment où l'on traite la muqueuse nasale.

Pour l'orbite nous signalerons le phlegmon et les ostéopériostites. La phlogose s'y implante tantôt directement, tantôt par l'intermédiaire des sinus et du labyrinthe ethmoïdal, sans qu'il y ait nécessairement perforation. Dans ce cas, on peut admettre des métastases le long des voies sanguines et lymphatiques allant d'une cavité à l'autre. Ce mode de transport à distance se retrouve dans la propagation des processus infectieux vers les méninges et la cavité du globe.

Le nerf optique peut être atteint par une infection propagée du sinus sphénoïdal. Il en résulte une névrite avec atrophie. Certaines labyrinthites ethmoïdales agissent de même. Enfin, une ethmoïdite propagée au sinus sphénoïdal ou au crâne peut provoquer de la méningite basilaire.

Depuis le sinus maxillaire, l'infection peut gagner l'orbite sous forme de phlegmon et même atteindre les méninges par cette voie. Le sinus maxillaire, anormalement développé, peut envoyer un diverticule ascendant jusqu'au voisinage du sinus sphénoïdal.

L'infection ozéneuse peut se propager dans le crâne par les vaisseaux qui traversent la lame criblée et le trou borgne et déterminer des méningites basilaires circonscrites et proliférantes avec compression du chiasma.

Le pharynx est le point de départ de l'infection diphthérique, cause de la paralysie de l'accommodation et de certains nerfs moteurs du globe.

La thrombophlébite orbitaire survenant dans le cours des angines graves s'explique par la présence d'un tronc veineux parti du plexus amygdalien et ptérygo-palatin, et qui se dirige en haut vers le trou ovale pour aboutir au sinus caverneux. De là l'infection gagne les veines de l'orbite.

Les suppurations de l'oreille moyenne peuvent amener également l'infection du sinus latéral avec propagation aux sinus caverneux et aux veines orbitaires.

Du côté de la peau, signalons les furoncles des lèvres, du front, des paupières.

L'ophthalmie sympathique. — Comme le nombre des cas d'ophthalmie sympathique est minime par rapport aux traumatismes graves de l'œil, force est d'admettre l'intervention d'une autre cause. Cette cause est la dyscrasie générale du sujet. Si l'on cherche bien, on trouvera de la constipation opiniâtre, des

affections du rein, du foie, du pancréas, de la rate, du tractus génital. On tiendra compte de toute affection miasmatique concomitante ou passée, des troubles menstruels, des toxémies telles que l'alcoolisme, le saturnisme, des affections bucco-pharyngiennes et nasales.

L'endo-infection de l'œil sympathisé provient-elle des toxines ou des microbes atténués charriés par le sang? On l'ignore. La présence des microbes n'est pas constante; mais il est certain que la localisation microbienne dans un œil traumatisé, et surtout préalablement irrité par des principes chimiques qu'on y injecte, se fait avec la plus grande facilité. Si l'on irrite l'œil d'un lapin par une injection de nicotine dans le corps vitré et qu'on pratique à la paroi abdominale une injection de culture de colibacille, ce bacille se retrouve dans l'œil deux jours après, mais sa disparition est rapide. Des staphylocoques injectés sous la peau se retrouvent également dans l'œil irrité par une injection d'acide acétique. De même aussi pour le coli-bacille. Après quelques jours, ce dernier est remplacé par des staphylocoques.

Lorsqu'un œil a été irrité par un traumatisme, l'autre œil devient l'objet d'une vaso-dilatation. Si le sujet est en puissance de toxémie, on assistera à l'évolution d'une ophthalmie sympathique, sinon il n'y aura que de simples troubles fonctionnels.

En présence d'un traumatisme oculaire, il y aura donc lieu de faire l'antisepsie directe de l'œil blessé et l'antisepsie générale de l'organisme.

M. Trousseau (de Paris) estime que la kératite interstitielle vraie est d'origine hérédo-spécifique et qu'on a attribué à la tuberculose des syndromes (arthrites, méningites, dermatoses) qui relèvent de la syphilis, et qui guérissent très bien par le traitement spécifique.

M. Meyer (de Paris) pense que l'infection métastatique de l'œil est fort rare dans les septicémies les plus qualifiées, en particulier dans la septicémie puerpérale. Peu d'oculistes en ont observé quelques cas au cours de leur carrière. Dans la statistique de l'État-major allemand pour la guerre de 1870, on trouve 2 infections oculaires sur près de 1 800 faits de septicémie post-opératoire. Le nombre de cas survenus après des fièvres graves (typhoïde, etc.), est également très restreint.

M. de Wecker (de Paris) ne trouve point nécessaire de mettre l'ophthalmologie à la remorque des doctrines nouvelles. On sait que l'auto-infection n'intervient en rien dans l'évolution d'une inflammation post-traumatique, et qu'en chirurgie oculaire il n'y a pas de réveil des diathèses se localisant dans l'endroit blessé : nous pouvons opérer sans réaction inflammatoire des alcooliques, diabétiques, syphilitiques.

A propos de l'ophthalmie sympathique, si elle est autre chose que l'effet de la migration des germes d'un œil à l'autre, comment expliquer qu'elle soit devenue si rare depuis les progrès de l'antisepsie?

La symétrie des manifestations oculaires n'est pas le signe d'une origine diathésique. Tout le monde a vu des exemples d'irido-choroïdites rhumatismales, métritiques, de chorio-rétinites spécifiques, localisées pendant des années sur un seul œil.

M. Vacher (d'Orléans) a constaté que 13 p. 100 environ de malades souffrant de maladies des yeux présentent en même temps des affections des oreilles, du nez, du pharynx.

M. Despagnet (de Paris) a observé deux cas d'ophthalmie métastatique. Dans le premier une femme fut, à la suite de ses couches, prise de phlébite, puis d'ophthalmie, enfin de phlegmatia alba. L'autre, un homme, eut, à la période de convalescence d'une bronchopneumonie, une ophthalmie qui fut suivie d'une arthrite de l'épaule. Chez lui, la suppuration ne survint que deux jours après l'apparition de la cécité, preuve qu'il s'agissait d'une embolie.

M. Galezowski (de Paris) pense que l'ophthalmie sympathique peut s'appliquer par l'action réflexe, si l'on admet en même temps l'influence des toxines microbiennes.

M. Lagrange (de Bordeaux). — Dans les auto-intoxications par diabète ou albuminurie, la présence des produits excrémentiels est suffisante pour expliquer les altérations constatées dans les tissus, par exemple les lésions de la rétinite albuminurique. Des altérations analogues sont provoquées par la naphthaline.

Les toxines microbiennes sont capables de produire des désordres inflammatoires, témoin un cas de chorio-rétinite métastatique où je n'ai pas trouvé de microbes.

M. Valude (de Paris) a observé récemment un cas d'hématome orbitaire chez une femme cardiaque et albuminurique prise brusquement d'exophthalmie avec chémosis sanguin.

Traitement des amblyopies toxiques par les injections du sérum.

M. de Wecker estime que le traitement doit toujours être dirigé en vue de faire éliminer par la peau et les reins les substances toxiques absorbées. Or, l'action puissante des injections de sérum artificiel, comme lavage, indique d'essayer ce moyen chez les alcooliques.

M. de Wecker s'est adressé non à la voie intra-veineuse, mais à la voie sous-cutanée, et pour injecter de 60 à 100 grammes de sérum artificiel additionné de 1 p. 100 d'acide phénique. L'injection du liquide, préalablement tiédi, est faite aseptiquement et en l'espace de quinze à vingt minutes. Après 3 ou 4 injections, l'acuité visuelle remonte brusquement de 1/10 et même 1/20 à 1/4, mais ceci seulement chez les intoxiqués et non dans les cas de névrite rétro-bulbaire.

M. A. Darier (de Paris) a obtenu de bons résultats par les injections de pilocarpine, malheureusement fatigantes pour les malades, surtout en les faisant alterner avec l'administration de strychnine. La trinitrine procure aussi une amélioration immédiate de l'acuité visuelle.

M. Parinaud ne croit pas que 100 grammes de liquide en injections vaillent comme action 2 litres de lait absorbés par l'estomac et des purgations répétées. C'est là un traitement dont il n'a eu qu'à se louer.

M. Coppez père (de Bruxelles), injecte seulement 5 cent. cubes par jour de sérum artificiel et a ainsi obtenu des résultats remarquables dans des cas de rétinite pigmentaire arrivée au degré de quasi-cécité. Les mêmes effets ont été réalisés dans l'amblyopie toxique.

M. Bellencontre (de Paris), croit que le sérum artificiel est excellent dans l'adynamie, mais son action lui a paru nulle dans les cas d'amblyopie toxique où l'a employé.

Ophthalmie sympathique et galvano-cautérisation.

M. Trousseau cite plusieurs cas qui montrent que l'emploi du galvanocautère ne joue aucun rôle préventif sur l'œil sympathisant et peut même provoquer la transmission redoutée.

Il y a deux ans il réséquait une hernie de l'iris chez une femme opérée de cataracte. Il subsista néanmoins un certain degré d'enclavement qu'il toucha profondément au galvanocautère : quelques jours après éclatait une ophthalmie sympathique.

Dans un autre cas de hernie irienne chez un homme, il cautérisa énergiquement au galvanocautère, et six jours après l'autre œil était atteint d'ophthalmie sympathique.

En 1893, M. Kalt a relaté le cas d'une fillette qui, à la suite d'une hernie traumatique de l'iris traitée par le galvanocautère, eut aussi une ophthalmie sympathique.

En présence de ces faits, mieux vaut donc, semble-t-il, se contenter de la simple résection des hernies iriennes.

M. Despagnet, a toujours trouvé les cautérisations très utiles et les préfère à l'excision, qui est souvent fort difficile.

M. Lagrange, a observé une ophthalmie sympathique consécutive à une hernie post-opératoire. Une cautérisation énergique au galvanocautère enraya immédiatement l'ophthalmie.

Ulcère rongeant de la cornée.

M. Dufour (de Lausanne), décrit une lésion qui envahit la cornée en partant du limbe et marche très lentement en soulevant devant elle l'épithélium sous forme de bourrelet. Elle n'a pas de tendance à creuser ni à perforer. On a une peine extrême à l'enrayer, et souvent, malgré tous les traitementt usuels, la surface de la cornée se trouve entièrement rongée. Ces ulcère atteint surtout les adultes. Sur 5 cas observés par M. Dufour, 2 seulement on été influencés par le traitement.

en particulier par une solution alcoolique d'acide phénique à 20 p. 100 portée profondément au fond de l'ulcère. La teinture d'iode n'a rien donné.

M. Kalt a observé un cas d'ulcère rongeant chez un adulte bien portant. La durée fut de plus de deux mois et seuls des attouchements légers et répétés avec le galvanocautère en eurent raison.

M. Vacher dit que l'eau oxygénée à 20 volumes pénètre en profondeur et donne de bons résultats, de même que les cautérisations à distance avec le fer rouge.

M. Jocqs (Paris) a obtenu de bons effets des attouchements avec la solution de sublimé à 1 p. 100.

M. Lagrange, a obtenu la guérison chez un herpétique en instituant d'abord le traitement général, et en faisant ensuite des cautérisations ignées.

M. Galezowski a trouvé souvent chez ces malades des antécédents palustres et de l'anesthésie cornéenne consécutive à une lésion de la cinquième paire.

Des altérations cornéennes dans la diphthérie de l'œil et du traitement local par le sérum.

M. Coppez fils (de Bruxelles). — La théorie de l'étranglement et de l'envahissement de la cornée par les streptocoques est suffisante pour expliquer la nécrose de cette membrane dans la diphtérie oculaire : il faut y ajouter l'action nécrosante de la toxine diphthérique. Cette toxine peut s'infiltrer dans la cornée soit par les voies lymphatiques, quand il existe une ulcération, soit par absorption au travers de l'épithélium, surtout quand il est couvert de cicatrices récentes.

Par comparaison avec l'action du sérum antiabrique contre les effets de l'abrine, il est logique de penser que le sérum antidiphtérique pourrait agir localement sur la conjonctive et la cornée. Si l'on en inocule la toxine en un point de la conjonctive, l'antitoxine en un autre point, l'éclosion des manifestations des manifestations diphthériques a été prévenue. De là l'indication de pratiquer ces injections lorsqu'un œil est atteint et l'autre menacé.

M. Morax (de Paris) croit que dans le cas de conjonctivite diphthéritique avec lésions cornéennes, il y a avantage, lorsqu'on est appelé tardivement, à tenter l'injection sous-conjonctivale pour obtenir une action locale rapide; mais, dans les cas ordinaires, il est préférable de faire seulement une injection sous-cutanée précoce de sérum antidiphthérique.

Hémorrhagie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de cataracte.

M. Terson (de Toulouse) a observé chez un malade de soixante-huit ans, non artério scléreux, au cours d'une extraction, un entre-bâillement subit de la plaie alors que le cristallin était sorti, et une issue de l'iris. L'accident s'arrêta là, et grâce à un pansement compressif et au repos absolu, la guérison fut obtenue; mais la vision ne se rétablit pas et on put constater un décollement choroïdien bilobé, d'un rouge sombre.

En cas d'hémorrhagie abondante, il vaut mieux, d'après M. Terson, se contenter d'un pansement compressif et ne pas faire l'énucléation immédiate.

M. Rohmer (de Nancy) estime que la disposition des artères ciliaires postérieures qui traversent la sclérotique dans des canaux rigides explique que les hémorrhagies après rupture ne puissent guère s'arrêter, puisque la rétraction et l'affaissement de ces vaisseaux sont impossibles.

M. de Wecker recommande comme hémostatique les injections de sérum artificiel.

M. Terson (de Paris). — Le calme, l'absence d'émotion chez le patient sont une condition favorable à l'arrêt de ces pertes de sang, que je considère comme le résultat d'une hypertension artérielle permanente ou temporaire. Ces cas d'hémorrhagie restée en route nous aident à comprendre le mécanisme de l'hémorrhagie expulsive, puisqu'ils nous en montrent les degrés. Il faut donc s'attacher à diminuer l'hypertension artérielle pendant et après l'opération.

M. Dufour a, dans un cas d'hémorrhagie grave, fait immédiatement une injection de morphine à la tempe. Il en résulta un état nauséeux avec pâleur et l'hémorrhagie s'arrêta.

Névro-rétinite syphilitique.

M. Juler (de Londres) a observé un cas d'irido-choroïdite grave avec douleurs violentes dans un œil. La vision se perdit et l'on dut faire l'énucléation pour donner du repos au malade. Des éruptions cutanées de la face et du tronc survinrent ensuite, qui firent penser à la lèpre. Le malade fut guéri par des frictions mercurielles.

La pièce énucléée montrait une névrite interstitielle avec hypertrophie considérable du nerf optique. La choroïde présentait de nombreux infiltrats et foyers sanguins. On voit par l'examen de l'œil enlevé que la syphilis a provoqué une véritable névrite rétro-bulbaire, qu'on n'aurait pas pu soupçonner au simple aspect de la papille.

Rupture de la choroïde.

M. Fage (d'Amiens). — On a invoqué pour expliquer le mécanisme de la rupture de la choroïde après les contusions du globe : la distension brusque des enveloppes par aplatissement du globe, le contre-coup, les hémorrhagies sous-choroïdiennes.

Dans des expériences sur les animaux M. Fage n'a pu obtenir ce résultat que par un refoulement énergique du globe en arrière.

Il est certain que l'adhérence intime de la choroïde au pourtour du trou optique et à la sclérotique favorise singulièrement ces ruptures. Becker assimile le nerf optique à une tige rigide qui défoncerait la paroi postérieure du globe. On peut concevoir aussi que la contraction violente des muscles droits précipite le globe contre le nerf optique et produise un effet semblable au précédent.

Les manifestations oculaires de l'épilepsie.

M. de Gouvéa (de Paris). — Un malade, épileptique depuis le jeune âge, fut pris subitement d'une amaurose qui fit place à une hémianopsie inférieure d'un des yeux durant plusieurs heures; puis survint un scotome paracentral correspondant à une tache grisâtre de la partie supérieure de la rétine contournant la macula. Le tout disparut au bout de quelques jours.

Chez un grand nombre d'épileptiques on trouve des troubles visuels qu'on peut rapporter à des spasmes des artères rétiniennes. Dans l'épilepsie idiopathique, la musculature oculaire est souvent le siège isolé de crises spasmodiques qui atteignent par ordre de fréquence : le muscle ciliaire, la tunique musculaire des artères rétiniennes, les muscles extrinsèques de l'œil.

Tuberculose primitive de la paupière et de la caroncule suivie de tuberculose pulmonaire.

M. Armaignac (de Bordeaux) a observé un adulte présentant sur la paupière supérieure une ulcération qui avait divisé la paupière dans toute son épaisseur. L'ulcère et le fond du cul-de-sac palpébral étaient fongueux et, en l'absence de bacilles tuberculeux, on put penser à une néoplasie épithéliale. Au bout de deux mois de badigeonnages au chlorate de potasse et au nitrate d'argent, la guérison locale était obtenue; mais on vit apparaître une récidive sur la caroncule et une infection du canal nasal. Bientôt survint de la laryngite et le malade fut emporté par une tuberculose aiguë.

M. Motais a vu survenir à la suite d'une tuberculose de la conjonctive une infection des ganglions préauriculaires, sous-maxillaires, enfin de la tuberculose généralisée. La généralisation se fait habituellement par le système lymphatique et non par le système veineux, car on ne voit pas de méningite se produire.

M. Terson (de Paris) a vu 3 cas d'infection lupique du sac où l'on ne retrouvait ni les caractères du tissu tuberculeux ni les bacilles caractéristiques. Il s'agissait sans doute d'infection par des microbes différents.

Correction totale de la myopie.

M. Dor père (de Lyon) fait porter aux myopes des verres corrigeant toute la myopie. Il diminue néanmoins le numéro

trouvé de 1/5 pour tenir compte d'un spasme d'accommodation très fréquent chez les myopes jeunes. Cette correction, loin d'augmenter la myopie, procure habituellement une amélioration de l'acuité visuelle avec cette réserve cependant que, du fait de la croissance, toutes les myopies augmentent de 1 à 2 dioptries de 12 à 20 ans. Pour les myopies faibles, de 1 à 2 dioptries, M. Dor a assisté à la disparition de la myopie. La diminution a été constatée également chez les myopes forts, bien qu'il ne soit pas possible de donner une explication de ce fait. Sur 68 cas il a noté 27 fois une augmentation de l'acuité visuelle, 38 fois un état stationnaire, 3 fois une diminution.

M. Dransart (de Somain) corrige également la totalité de la myopie et a obtenu de très bons résultats même dans les cas de myopie héréditaire, familiale. Le port de ces verres correcteurs permet au sujet de tenir le corps bien droit et d'éviter les attitudes inclinées qui favorisent la compression des troncs veineux au cou.

M. Pechdo (de Villefranche) reste partisan de l'emploi des verres faibles. Il avoue ne pas connaître l'augmentation physiologique de la myopie.

M. Armaignac prescrit également la correction totale quand les enfants ont de la tendance à rapprocher fortement. Par contre, chez beaucoup d'adultes la correction totale n'est pas tolérée.

Traitement de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie.

M. Dransart a fait depuis 14 ans 248 opérations d'iridectomie et de sclérotomie pour enrayer la myopie progressive des yeux dont l'acuité était réduite au moins à 1/3; la myopie variait de 9 à 29 dioptries. Aucun des malades n'a eu de décollement rétinien.

L'opération a amené l'arrêt de la myopie, la disparition des malaises oculaires, une amélioration visuelle qui a été plus grande après l'iridectomie qu'après la sclérotomie. La capsulectomie ténonienne a donné de moins bons résultats.

Méningite à pneumocoques après l'énucléation et les opérations orbitaires.

M. de Lapersonne rapporte l'observation d'un enfant atteint de blessure de l'œil suivie de panophthalmie et chez lequel l'énucléation a amené au bout de 10 jours une méningite à pneumocoques, propagée par les voies lymphatiques du nerf optique.

M. Kalt a communiqué, il y a 5 cas, un cas de méningite métastatique mortelle, à pneumocoques, qui a éclaté 24 heures après une énucléation pratiquée chez un vieillard atteint d'ulcère cornéen avec perforation et hernie du corps vitré en voie de suppuration. Il pense que les pressions exercées sur le globe pendant l'énucléation peuvent envoyer dans la circulation intracrânienne des embolies septiques provenant des gros vaisseaux choroïdiens.

L'énucléation paraît dangereuse dans la panophthalmie; l'ouverture large avec curage de la cavité est préférable.

Conjonctivite à streptocoques et kératite ponctuée superficielle.

M. Valude a observé, chez un externe des hôpitaux fréquentant des salles où l'on soigne des érysipélateux, une conjonctivite à streptocoques sans dacryocystite, qui se compliqua d'altérations cornéennes. La conjonctivite survint à la suite de l'exposition à un courant d'air froid et simula une conjonctivite blennorrhagique; elle ne fut arrêtée qu'au bout de 15 jours. La sécrétion contenait le streptocoque en culture pure. Vers le 5e jour, on vit apparaître sur la cornée de petits points jaunes situés sous l'épithélium. Ils disparurent pour réapparaître vers le 15e jour, en dessinant comme des craquelures dans le parenchyme cornéen. Il y eut des douleurs névralgiques et même du glaucome pendant plusieurs jours. Peu à peu tous ces symptômes disparurent.

Il s'agit là, sans doute, d'une maladie dont les éléments, conjonctivite et kératite, se présentent souvent dissociés et sont désignés sous les noms de conjonctivite à streptocoques et de kératite superficielle ponctuée.

Examen microscopique des sécrétions conjonctivales au point de vue clinique.

M. Augiéras (de Laval) a trouvé, sur 26 cas de catarrhe conjonctival, 22 fois des microbes dans les sécrétions. Le bacille trapu de Chibret (qui se montre fréquemment sous la forme de deux éléments réunis) s'y rencontre très souvent. Ce bacille ne se confond pas avec le diplo-bacille de Morax.

M. Augiéras a remarqué que la conjonctivite eczémateuse ne fournissait pas de microbe. Par contre, il y a constaté la fréquence de filaments fibrineux. La sécrétion de cette conjonctivite n'est pas infectieuse pour la cornée.

Il paraît difficile de soutenir avec Bach que les phlyctènes contiennent des microorganismes pyogènes, alors que l'existence de ces derniers est constante à leur surface. On doit plutôt penser que les vésicules eczémateuses sont sous la dépendance d'une névrite périphérique toxique.

Nature du glaucome; explication de l'action curative de l'iridectomie.

M. Abadie. — Dans le glaucome aigu il n'y a pas soudure de l'angle irien : celle-ci est consécutive. Le système nerveux est certainement en cause, mais non la 5e paire, qui n'a aucune action trophique sur le globe. C'est le grand sympathique qui est en jeu et qui se paralyse. Les myotiques, curateurs de l'accès glaucomateux, remédient temporairement à la paralysie vasomotrice. L'atropine, agent provocateur de l'accès, est un vaso-dilatateur.

L'iridectomie, pour réussir, doit être complète. Il est donc évident qu'il existe un courant nerveux vaso-dilatateur qui marche circulairement dans le diaphragme irien et que l'incision radiaire interrompt.

C'est dans les formes subaiguës que l'iridectomie agit le mieux et je crois que dans ces cas il ne faut pas s'attarder aux collyres.

Dans le glaucome chronique, il convient d'employer pendant longtemps les mélanges d'ésérine et de pilocarpine. Peut-être arrivera-t-on plus tard à faire contre le glaucome la section du sympathique cervical.

M. Rochon-Duvignaud a observé quelques malades atteints de glaucome prodromique, avec imminence d'attaques aiguës, chez lesquels la tension oculaire aussi bien que l'acuité et le champ visuels ont été conservés intacts pendant 3, 4 et 5 ans, grâce à des instillations de médicaments myotiques (pilocarpine à 2 p. 100, ésérine à 0,50 p. 100). Des poussées subaiguës de glaucome ont même été guéries par ces instillations. Les malades susceptibles d'un pareil traitement ne représentent évidemment qu'une fraction des glaucomateux et il faut toujours être prêt à une intervention chirurgicale.

Dans le glaucome chronique, l'efficacité de ces instillations est bien moindre que dans le glaucome irritatif.

M. Javal (de Paris). — Le glaucome prodromique est caractérisé par le halo, l'obnubilation, les cercles colorés. Le halo disparaît après contraction de la pupille. Il est donc dû à un trouble épithélial de la périphérie cornéenne.

L'action de la pilocarpine est plus vive sur l'accommodation, moins vive sur la musculature des vaisseaux que celle de l'ésérine.

Les injections de morphine paraissent tout indiquées dans l'accès glaucomateux, qui peut être enrayé ainsi.

Les rondelles gélatinées comme excipient des myotiques sont d'un emploi plus pratique les collyres.

M. Kalt. — Le glaucome prodromique et le glaucome irritatif sont tous deux parfaitement curables par l'iridectomie. Il me semble donc inutile d'exposer des malades pendant plusieurs années à une attaque aiguë par la première négligence dans l'emploi de leur collyre. De plus, les collyres sont très souvent mal supportés.

L'influence de la pression sanguine générale est considérable dans le glaucome. M. Kalt a vu un malade atteint de glaucome hémorrhagique absolu avec tension forte et douleurs depuis un an. A l'occasion d'un embarras gastrique, on lui administra un

purgatif énergique, plus 0 gr. 05 d'émétique. Immédiatement cet œil, qu'aucune opération n'avait pu détendre, devint mou pendant 2 jours. On a essayé, mais sans résultat durable, les injections d'apomorphine pour provoquer l'état nauséeux. Les injections de morphine et le chloral paraissent tout indiquées dans l'attaque aiguë.

Forme tarsienne du catarrhe printanier.

M. A. Darier. — Cette forme se caractérise par des élevures siégeant sur le tarse supérieur et simulant absolument la conjonctivite granuleuse. C'est une hypertrophie papillaire dense, coriace, criant sous le couteau. Le massage, si efficace dans la forme péricornéenne, ne donne ici aucun résultat : il faut faire des scarifications ou l'abrasion. Les rechutes sont fréquentes.

Le catarrhe s'exaspère à l'époque de la sécheresse et par le contact des poussières.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Session annuelle tenue à Paris du 3 au 6 mai 1897.

Ostéo-périostite mastoïdienne consécutive à l'otite moyenne.

M. A. Bonain (de Brest). — Dans nombre d'interventions pour mastoïdite ou complications intracrâniennes de mastoïdite, on constate que la corticale interne de l'apophyse se trouve atteinte. Il est permis de soupçonner fortement cette lésion dans certaines formes de mastoïdite, celle de Bezold par exemple, qui, a-t-on dit, consisterait en une suppuration des cellules de la pointe mastoïdienne. Vu la gravité habituelle de cette forme, il est probable qu'elle n'est qu'un des modes de terminaison de l'ostéopériostite de la corticale interne. L'extrême minceur de cette face de l'apophyse, le voisinage immédiat des cellules et de l'antre lui-même, les relations vasculaires de l'apophyse avec le sinus latéral expliquent avec quelle facilité elle peut être lésée.

Dans 6 cas de ce genre, M. Bonain a toujours trouvé des lésions de la corticale interne. Il conseille donc, en raison de la gravité des complications qu'elles peuvent entraîner, d'aller explorer cette paroi de l'apophyse et de mettre à nu le sinus si les lésions rencontrées ne rendent pas un compte suffisant des symptômes observés. En agissant ainsi, on n'aggrave guère l'intervention et on évite les chances d'insuccès.

Affections auriculaires d'origine goutteuse.

M. Gellé fils (de Paris). — Outre les complications goutteuses bien connues (eczéma de l'oreille externe, tophus) de l'oreille externe, l'oreille moyenne peut être atteinte d'une façon aiguë ou chronique, suppurée ou non. L'oreille du goutteux ou du prédisposé à la goutte peut être touchée dès la première enfance; dans ce cas l'otorrhée est particulièrement tenace.

L'otite moyenne goutteuse peut être une otite suppurée par infection partie du rhino-pharynx ou une otite simplement fluxionnaire. Dans ce cas, le processus fluxionnaire se localise généralement à l'attique et à la chaîne des osselets. Plus tard, on observera la sclérose avec infiltration calcaire du tympan et épaississement du manche du marteau.

Très souvent l'otite catarrhale annonce une attaque imminente de goutte qui va tout faire rentrer dans l'ordre et juguler la complication otique. En effet, les bourdonnements et le vertige cessent avec l'apparition de la fluxion articulaire, d'une crise de colique hépatique, etc.

Le prétendu *vertige goutteux* n'est le plus souvent qu'un vertige *ab aure læsa* méconnu : si l'on examine l'oreille, on trouve presque toujours des lésions otiques plus que suffisantes pour expliquer bourdonnements et vertige.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Mai 1897.

Maladie de Reichmann et sténose pylorique.

M. Hayem. — En 1882, Reichmann a montré un phénomène nouveau : la sécrétion à jeun du suc gastrique dans certains cas de maladie de l'estomac. Pour Reichmann, c'est seulement un symptôme capable de survenir dans des maladies diverses. Mais bientôt MM. Bouveret et Devic ont cru pouvoir ériger ce symptôme en entité morbide, et ils ont décrit la « maladie de Reichmann ». Ils se sont appuyés seulement sur l'observation clinique, toujours insuffisante pour définir nettement une maladie, et en effet ils ont émis des conclusions prématurées.

Chez tous les malades qui ont présenté le syndrome de Reichmann et que M. Hayem a soit autopsiés, soit fait opérer par des chirurgiens, il a trouvé que l'ectasie gastrique avait une cause mécanique, due à un obstacle pylorique ou situé près du pylore. Ainsi, en 1892, M. Mathieu a publié un cas typique de maladie de Reichmann : en 1893, M. Hayem a prouvé que le sujet était atteint d'une sténose incomplète du pylore par ulcère et périgastrite.

On ne saurait donc accorder à MM. Bouveret et Devic la nature nerveuse de cette maladie.

La cause habituelle est dans l'ulcère stomacal, soit qu'il siège au pylore, soit qu'il ait provoqué de la périgastrite. De même, assez souvent l'origine est dans une cholécystite calculeuse avec péritonite chronique et sténose pylorique consécutive.

Donc, le symptôme de Reichmann n'a pas la signification que lui a attribuée cet auteur : le liquide qu'on extrait à jeun est seulement un liquide résidual.

Il y a cependant dans la gastrosuccorrhée un fait spécial : le liquide, franchement acide, a des propriétés capables de produire des digestions artificielles. Si l'on veut, on peut individualiser jusqu'à un certain point les malades ainsi atteints, et dès lors parmi eux on en trouve quelques-uns ayant des phénomènes semblables à ceux des sténosés pyloriques, mais bien moins accentués. Cette forme morbide est plus névropathique encore que la précédente, et M. Hayem s'était demandé s'il ne fallait pas admettre un spasme du pylore. Or, dans un cas récent, un malade auquel on a fait la gastro-entérostomie ayant succombé, M. Hayem a trouvé à l'autopsie un pylore perméable mais une dilatation considérable des 1re et 2e portions du duodénum, avec péritonite adhésive et sténose très probable de la 3e portion.

M. Hayem s'est alors souvenu d'une autopsie fort analogue pratiquée il y a quelques années sur un de ses malades mort après gastro-entérostomie. Ces périduodénites sont fréquentes, et elles entraînent des sténoses sous-pyloriques. Donc, parmi les malades que jusqu'à présent on attribuait à un spasme pylorique névropathique, il y en a certainement qui ont une sténose sous-pylorique.

Les symptômes permettent assez bien le diagnostic des sténoses pyloriques ou sous-pyloriques. Reste à déterminer leur cause, mais le liquide clair, assez bilieux, présentant de l'acide chlorhydrique en excès, doué de propriétés digestives évidentes, appartient à la sténose non cancéreuse; dans les sténoses cancéreuses, le liquide perd très vite son acidité, ses propriétés digestives.

Les sténosés pyloriques sont des infirmes, médicalement à peu près incurables, qui se cachectisent et souvent se tuberculisent. Le seul traitement curatif est le traitement chirurgical. Evidemment, il faut attendre pour savoir si l'ulcère ne peut pas guérir sans provoquer de périgastrite. Mais il ne faut pas non plus laisser débuter la tuberculose. La gastro-entérostomie dans ces cas paraît être la meilleure des interventions actuellement proposées.

M. A. Robin s'est fait depuis longtemps le défenseur de la

théorie du spasme pylorique et il compte reprendre la question dans la prochaine séance. Mais il désire faire remarquer que déjà Glénard, Boas, Hochhaus ont décrit la sténose sous-pylorique. Quant à la question thérapeutique, M. A. Robin ne peut admettre le radicalisme de M. Hayem : le spasme existe et alors on peut et on doit agir médicalement. Comment donc reconnaître ce spasme? Dans la sténose pylorique avec obstacle mécanique, environ 50 p. 100 de l'azote ingéré manque dans l'azote excrété (urine, matières fécales); de même pour les matières inorganiques : alors il y a indication formelle à l'opération.

M. Hayem sait fort bien que le spasme pylorique intermittent existe, mais quand cela a de la continuité, il y a obstacle mécanique, et, quoiqu'en ait dit M. Robin, c'est la première fois qu'on l'affirme avec netteté, à l'aide d'observations complètes et suivies d'autopsie.

Il n'y a pas un traité où on ne fasse le diagnostic entre les sténoses pyloriques et la maladie de Reichmann; or ce diagnostic ne doit pas être fait puisque c'est la même maladie.

M. Ollier présente des photographies démontrant, par les rayons X, ce qu'on peut obtenir de régénération osseuse. (Voir dans notre prochain numéro le compte rendu de l'Académie des sciences.)

M. Péan à ce propos insiste sur le rôle que peuvent avoir pour faciliter cette régénération certains corps étrangers insérés dans la gaine périostique et lui servant de support.

Élection.

M. Rendu est élu par 56 voix; ont obtenu : M. Troisier, 9 voix; M. Chauffard, 3; MM. Joffroy, Marie, Gaucher, 1 voix; bulletins blancs, 5.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 14 Mai 1897.

Tuberculose et épithélioma du même sein.

MM. Pilliet et **Piatot** présentent une tumeur du sein présentant à la fois les lésions de tuberculose et d'épithélioma mammaires. La tumeur qui remonte à quatorze mois, s'est ulcérée il y a quatre mois.

L'ulcération donne l'impression d'une gomme à bords taillés à pic, contour induré, fond sanieux. L'exploration au stylet permet de constater un trajet sous-mammaire de 6 centimètres. Gros ganglion sous-pectoral, situé à la partie inférieure de la paroi antérieure du creux de l'aisselle. Les coupes histologiques ont montré la coexistence des deux processus tuberculeux et épithéliomateux.

Tubercule cérébral.

M. André Martin présente un tubercule géant du cerveau, occupant la partie antérieure du ventricule latéral gauche, empiétant sur la circonvolution du corps calleux en haut, sur la tête du noyau caudé en avant, et se prolongeant en bas jusqu'à la scissure de Sylvius. On n'a pu trouver aucune trace de lésions tuberculeuses dans les diverses organes. Sur les coupes on trouve des cellules géantes et des bacilles.

La pièce provient d'une fille de trois ans et demi, ayant présenté pendant cinq semaines un état de contracture très accusé du membre supérieur et du membre inférieur droit, avec légère parésie faciale du même côté, et huit heures avant sa mort des convulsions généralisées avec une température de 40°. Pas de troubles de la sensibilité, réactions pupillaires conservées; pas de troubles des sphincters. Intelligence conservée et bon état général jusque dans les derniers jours.

Double ulcère de l'estomac.

M. Rabé présente un estomac dont les parois antérieure et postérieure sont complètement perforées sur une largeur de 7 à 8 centimètres, mais des adhérences protectrices s'étaient formées et l'ulcère se creusait, en arrière, aux dépens du pancréas: de plus, un travail de sclérose défensive s'était formé autour de l'ulcère antérieur, et une bande de tissu cicatriciel enserrait l'estomac à sa région moyenne, et avait rétréci la cavité au point de la partager en deux loges, l'une cardiaque, l'autre pylorique, avec un orifice de communication d'une largeur de 3 centim. 1/2, pris à premier examen pour le pylore.

Au-dessus du diaphragme, entre lui et le lobe gauche du foie, s'étendait une collection purulente, limitée à droite par le ligament suspenseur, à gauche, par l'angle gauche du foie adhérent au diaphragme. Cette cavité contournait le bord postérieur du foie et s'étalait en arrière, dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, et cela fort bas, jusqu'au niveau du bord inférieur des reins; l'arrière-cavité des épiploons était saine; enfin, pleurésie double, purulente à gauche, séreuse à droite. Le diagnostic posé était celui de cancer de l'estomac et la malade mourut de cachexie.

Cancer kystique d'un rein mobile.

M. Legueu présente une volumineuse tumeur du rein, qu'il a enlevée par la néphrectomie transpéritonéale. C'est un cancer, constitué par une poche hématique développée aux dépens de l'extrémité inférieure du rein, alors que l'extrémité supérieure est à peu près intacte. Cette tumeur était méconnue de la malade, malgré la saillie énorme qu'elle faisait dans la région sous-ombilicale : elle s'était développée insidieusement, et deux petites hématuries attirèrent seules l'attention de la malade quelques jours avant l'intervention. Au point de vue clinique, ce cancer présentait cette particularité, qu'il s'était développé sur un rein mobile; la tumeur se déplaçait dans l'abdomen, et descendait très bas, au point que, par le toucher vaginal, on pouvait sentir son extrémité inférieure; mais elle était partiellement réductible dans la fosse lombaire; son extrémité supérieure au moins se cachait complètement sous les côtes. Et cette réductibilité, ainsi que les hématuries, furent les seuls éléments qui permirent d'établir le diagnostic.

La néphrectomie fut pratiquée par la voie transpéritonéale latérale; l'opération fut rendue très simple par la mobilisation préalable de la tumeur, qui la privait de toute adhérence. La malade a guéri; mais des ganglions constatés au cours de l'intervention, le long de la colonne vertébrale, ne laissaient aucun doute sur la perspective d'une récidive dans l'avenir.

Kystes séreux de la rate et des reins.

MM. Klippel et **Lefas** présentent une rate n'offrant pas d'altérations histologiques et dans laquelle se trouvaient deux kystes séreux dont le plus volumineux présentait le volume d'une noix : la paroi conjonctive sans revêtement endothélial était ecchymotique par place, le liquide était clair et légèrement rosé. Les deux reins, non augmentés de volume, présentaient chacun deux à trois kystes de dimensions analogues, à paroi présentant la même structure que les kystes de la rate, sans endothélium. Le liquide était clair et citrin. Les glomérules présentaient des lésions de sclérose, il y avait des coagulations dans l'espace semi-lunaire de la capsule de Bowman. Les lésions trouvées dans les autres organes présentaient d'une façon générale des lésions d'athérome.

Les auteurs rappellent la distinction des kystes de la rate en quatre variétés. Pour ce qui est de la variété séreuse la pathogénie est inconnue; on peut se demander s'il n'est pas permis de rapprocher l'origine de ces kystes des kystes séreux du rein, mieux connus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 Mai 1897.

Oxyde de carbone dans les bouches de chaleur.

M. Gréhant a cherché la cause qui peut expliquer les accidents que produisent quelquefois les calorifères de cave. Il a

trouvé dans l'air déversé par une bouche de chaleur, dans un cas particulier 1/2200 d'oxyde de carbone, proportion suffisante pour expliquer les accidents qui ont été observés.

En appliquant sur les parois rouges d'un poêle de fonte, dit de corps de garde, un entonnoir métallique et un réfrigérant, et en faisant respirer à un chien les gaz refroidis, M. Gréhant a décélé dans l'air 1/6875 et une autre fois 1/9300 d'oxyde de carbone. Cette proportion est devenue plus grande, 1/1666, lorsqu'un lent courant d'acide carbonique a été injecté dans l'entonnoir. En outre l'acide carbonique est partiellement décomposé par la fonte chauffée au rouge dans un tube de porcelaine : il se produit de l'oxyde de carbone.

M. Gréhant démontre donc expérimentalement qu'il est absolument nuisible la santé de maintenir au rouge les parois métalliques des calorifères ou des poêles.

Influence des lécithines sur la croissance.

M. Charrin. — On sait l'influence de certaines substances, de certains sels minéraux, en particulier, sur le développement de l'économie; ces sels paraissent agir avec plus d'activité, si on les emprunte aux végétaux, au lieu de s'adresser aux produits artificiels.

D'autres principes, parmi eux des éléments phosphorés organiques, les lécithines, jouent un rôle des plus favorables; il est aisé de s'en convaincre en examinant, les photographies que je présente de la part du professeur Danilewsky.

On voit que, soit en poids, soit en longueur, des têtards, égaux aux témoins au début, ou même inférieurs, arrivent à les dépasser de moitié ou des deux tiers.

On peut en dire autant de végétaux, du cresson plus spécialement, comme le prouvent d'autres photographies.

Cette influence se retrouve également chez des animaux à sang chaud, chez des chiens dont le développement psychique, sous l'action de ces corps, est véritablement remarquable.

Peut-être, avec Danilevsky, faut-il remarquer que ces principes figurent parmi les éléments importants, intégrants du nucléus, dans lequel on décèle de la lécithalbumine à côté des nucléines, des nucléo-albumines?

M. Lapicque fait une communication sur les variations de la teneur en fer du foie, suivant les âges.

M. Michel envoie une note sur le mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe des pieds.

MM. Joubert et **Astruc** envoient une note sur la mensuration de l'acidité de l'urine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Mai 1897.

Redressement forcé de la gibbosité.

M. Ménard résume la communication qu'il a faite dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

M. Brun a fait une expérience analogue sur le cadavre d'un enfant qui avait depuis de longues années un mal de Pott et une gibbosité dorsale. Le redressement a été facile, et, comme M. Ménard, il a constaté la formation d'une caverne considérable entre les 2 corps vertébraux éloignés par le redressement. Par contre la moelle et les méninges sont restées intactes. Il pense donc qu'il faut attendre avant de se prononcer sur le résultat éloigné et définitif du redressement forcé.

Quant aux cas récents, M. Brun a fait le redressement de la gibbosité chez 2 enfants chez lesquels l'incurvation datait respectivement de 2 et 4 mois. Dans les 2 cas l'opération a été extrêmement facile et a parfaitement réussi. En tout cas, les enfants n'ont présenté aucun accident à la suite du redressement.

M. Michaux a pratiqué le redressement forcé chez un enfant de 9 ans dont la gibbosité existait depuis 6 ans. Il a été frappé de la facilité avec laquelle la réduction a pu se faire. Il n'y a pas eu le moindre accident. Mais pour juger les résultats définitifs il faut naturellement encore attendre.

M. Poirier a vu M. Calot pratiquer le redressement forcé dans 2 cas anciens. Il a été frappé de la facilité avec laquelle l'opération a été faite.

M. Broca a fait le redressement dans 3 cas. Dans un cas, où il s'agissait d'une pottique très ancienne et paraplégique, la réduction n'a pu être obtenue d'une façon complète. Dans les 2 autres cas, où la gibbosité datait de 6 mois et de 2 ans, la réduction a été parfaite. Tous ont fort bien supporté l'opération et le grand appareil plâtré. Quant au mode de réparation définitif, il convient d'attendre avant de se prononcer.

Incurvation congénitale du tibia ou absence du péroné.

M. Kirmisson a eu l'occasion d'opérer un garçon de 10 ans, sourd-muet, qui du côté droit présentait depuis sa naissance une incurvation du tibia à sommet antérieur et en même temps un pied varus équin extrêmement prononcé. Du côté gauche le membre était atteint de phocomélie : cuisse réduite à un moignon, jambe raccourcie. L'enfant ne pouvait avancer qu'en rampant, sa jambe droite pliée sur le genou, de façon que les 2 membres aient la même longueur.

Comme l'incurvation du tibia droit était peu accusée, M. Kirmisson se contenta de redresser le pied bot en sectionnant le tendon d'Achille et ceux des péroniers latéraux et en pratiquant l'arthrodèse de la poulie de l'astragale dans l'extrémité inférieure préalablement évidée du tibia. Quant au membre gauche, M. Kirmisson n'y toucha pas, et aujourd'hui l'enfant marche très bien en se servant de son membre opéré et d'un pilon que reçoit le membre gauche.

Il s'agit dans ce cas non pas d'une fracture intra-utérine du tibia, mais bien d'un arrêt de développement dont le degré, d'après les 6 cas que M. Kirmisson a observés, peut être très variable. Dans tous les cas le péroné n'existe pas.

M. Reclus a observé un cas analogue il y a 10 ans. Il a fait simplement l'ostéotomie du tibia et le résultat immédiat fut bien satisfaisant. Plus tard le membre ne se développa pas et le malade resta infirme.

M. Nélaton croit aussi qu'il s'agit dans ces cas d'un arrêt de développement des os du membre inférieur. L'ostéotomie du tibia, quand l'incurvation est très prononcée est une bonne opération, et il faut la faire suivre du redressement du pied bot qui existe dans ces cas. Mais le membre opéré reste atrophié et ne se développe pas; aussi, quand l'arrêt de développement n'existe que d'un côté, il vaut peut-être mieux pratiquer l'amputation du membre, comme l'a proposé M. Braun.

M. Jalaguier montre une petite fille à laquelle il a fait pour un pied bot la résection de la tête de l'astragale et de l'apophyse du calcaneum. Résultat excellent.

M. Reclus présente deux malades traités pour des fractures de jambe par la méthode ambulatoire.

M. Routier présente un appendice renfermant un calcul stercoral et des oxyures vivants.

M. Potherat présente un malade auquel il a extirpé un polype naso-pharyngien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 Mai 1897.

Insuffisance tricuspide d'origine rhumatismale.

M. Chauffard. — L'endocardite limitée à la valvule tricuspide n'est certainement pas chose commune; c'est ce qui m'engage à présenter ce malade à la Société. C'est un homme de quarante-huit ans, qui, à trente-trois ans, fut atteint de rhumatisme articulaire aigu; six mois après, apparurent les premiers symptômes cardiaques : palpitations, dyspnée d'efforts. Depuis ce temps, plusieurs attaques d'asystolie légère se mon-

trèrent. C'est pour une de ces attaques d'hyposystolie, que cet homme entra dans mon service. Son cœur n'est ni dilaté, ni hypertrophié, il projette sur la paroi thoracique une matité normale (105 centimètres carrés). L'auscultation fait percevoir un souffle rude, rapeux, franchement systolique, ayant son maximum à la base de l'appendice xyphoïde : le souffle s'atténue vers les parties supérieures, et ne se prolonge en aucune façon vers la pointe.

Est-ce un souffle cardiaque ? Certainement ; tous ses caractères de timbre, de siège, de permanence, permettent de l'affirmer. Il ne reconnaît pas pour cause une lésion aortique ni une lésion mitrale, car il ne s'entend pas aux foyers d'auscultation de ces deux orifices. Il est forcément la conséquence d'une insuffisance tricuspide. Nous fûmes donc amené à formuler le diagnostic suivant : valvulite tricuspidienne ancienne ayant donné lieu à une lésion d'insuffisance de la valvule tricuspide. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par le professeur Potain.

Il restait à voir comment est supportée cette lésion : le cœur la tolère d'une façon parfaite tant que cet homme ne se fatigue pas.

Le système veineux lui-même a une tolérance absolue ; pas de stase jugulaire, pas de pouls veineux.

Le foie, au contraire est animé de pulsations très nettes qui accusent un certain degré de régurgitation sanguine. M. Potain constata même, par le tracé, que le retard du pouls hépatique sur le pouls veineux était de trois centièmes de seconde. Cependant le foie n'est pas troublé dans son fonctionnement chimique, ainsi que l'atteste l'absence d'urobilinurie et de glycosurie alimentaire.

Observation d'hydrocéphalie héréditaire (père et fils).

MM. Pierre Marie et **Sainton**. — Homme de trente-neuf ans, né à terme ; l'accouchement dura douze heures et fut pénible ; la tête de l'enfant, sans être d'un volume colossal, était cependant plus grosse que la normale.

Pendant son enfance, à part le volume de sa tête, notre malade n'a rien présenté de particulier.

Il s'est marié en 1884, a eu deux garçons nés à terme : l'aîné, présentant la même déformation du crâne, fait l'objet de l'observation ci-jointe ; le cadet est mort de convulsions à deux ans et demi ; sa fontanelle antérieure était encore très large et non ossifiée ; son crâne présentait des déformations analogues à celles de l'enfant qui survit.

Le fils aîné, actuellement âgé de douze ans, présente une exagération manifeste du volume du crâne, et, de la façon la plus nette, une persistance de la fontanelle antérieure, qui présente encore des battements sur une aire assez étendue.

Cette coïncidence de l'hydrocéphalie chez le père et le fils (probablement même les deux fils) est très singulière, et ce qui montre bien qu'elle est due à un vice de développement, c'est que, chez le père et le fils, on constate encore d'autres anomalies du même genre :

Le père a une séparation complète de la voûte palatine ; le fils présente une voûte du palais extraordinairement ogivale, qui reproduit, à un moindre degré, la déformation paternelle.

Le père a une clavicule droite séparée en deux fragments non soudés.

Le fils a une atrophie de toute la moitié interne de la clavicule droite, et sa clavicule gauche est en deux fragments incomplètement soudés.

Cette observation nous a semblé intéressante en ce que les faits de ce genre paraissent être très rares ; malgré des recherches bibliographiques assez étendues, nous n'avons pu en trouver un seul présentant une hérédité similaire aussi nette. Certes, dans quelques observations on voit plusieurs frères et sœurs atteints d'hydrocéphalie, mais nous n'en connaissons aucune dans laquelle l'hydrocéphalie se montre comme ici sous la forme héréditaire dans *deux générations*.

Nous ajouterons d'ailleurs que le terme d'hydrocéphalie, dont nous nous servons faute de mieux, ne saurait, dans notre esprit, désigner une maladie spéciale, qu'il ne peut évidemment caractériser qu'un état spécial du cerveau et du crâne produit par des processus extrêmement différents, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue étiologique. Deux grandes classes nous paraissent devoir être, avant tout, constituées : l'une, la plus fréquente, composée des cas dans lesquels l'hydrocéphalie est due à une *lésion acquise* du cerveau (traumatismes, infections, etc.) ou du crâne (rachitisme) ; l'autre, à laquelle appartient notre observation, composée des cas dans lesquels il s'agit d'une malformation inhérente à un vice de développement de l'individu.

Applications de la méthode Röntgen au diagnostic des affections thoraciques et particulier au diagnostic des lésions de l'aorte.

MM. Béclère, Oudin et **Barthélemy** ont pu, grâce à l'emploi de la méthode Röntgen, reconnaître de la façon la plus évidente chez deux hommes d'une cinquantaine d'années l'existence d'un anévrysme de l'aorte thoracique à son union avec la crosse ; les autres modes d'exploration clinique n'avaient pu le déceler.

Ictère effacé.

M. Hayem attire l'attention sur une coloration peau de chamois de certaines régions du corps et particulièrement des mains et de la face, qu'on rencontre chez les dyspeptiques et qui est due à un ictère effacé, ne s'accompagnant pas d'élimination de pigments biliaires dans l'urine.

Contagion de la rougeole.

MM. Laveran et **Catrin** présentent une note démontrant que, contrairement à l'opinion courante, la rougeole n'est pas contagieuse exclusivement pendant la période prééruptive, mais pendant les périodes éruptive et post-éruptive. Les mesures prophylactiques doivent donc être continuées pendant l'éruption et même pendant la convalescence.

Péritonite tuberculeuse.

M. du Cazal présente un homme atteint de tuberculose pulmonaire et péritonéale. Après une évacuation de 2 litres de sérosité péritonéale et une injection de 8 centimètres cubes de naphtol camphré, la guérison survint rapidement et, fait curieux, les lésions pulmonaires rétrocédèrent parallèlement aux lésions péritonéales.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Mai 1897.

Entérite muco-membraneuse et rein flottant.

M. Mathieu a constaté que le rein mobile est très fréquent chez les dyspeptiques, surtout chez ceux qui ont de l'entérite muco-membraneuse. Quant aux rapports entre le rein mobile et les autres syndromes, il est certain que le rein mobile donne lieu à des phénomènes de dyspepsie, d'entérite et de névrosisme abdominal chez les malades entachés d'hérédité nerveuse. Comme le rein mobile tiraille les nerfs de son hile, et cela d'une façon continue, il y a une irritation des plexus nerveux abdominaux d'où résulte une exagération de la dyspepsie.

Comme traitement, M. Mathieu recommande de mettre le malade dans un repos complet, dans la position horizontale.

Digitaline et digitoxine.

M. Adrian. — La question de savoir si la digitoxine allemande est vraiment identique à la digitaline française est une des plus importantes de la pharmacologie, car de sa résolution dépend la généralisation de l'emploi du principe actif de la digitale.

Il est donc nécessaire de revenir sur ce point tant que la question ne sera pas définitivement résolue. Or, malgré l'obscurité des travaux allemands publiés depuis la découverte de Nativelle,

il ressort des nouveaux travaux de Kiliani que la digitoxine pure et cristallisée présente tous les caractères de la digitaline cristallisée du codex français, tels qu'ils ont été définis il y a 5 ans par M. Arnaud. Le seul point nouveau mis en lumière par M. Kiliani, c'est que la digitoxine préparée par lui est un véritable glucoside qui peut se dédoubler en deux composants, dont un sucre. Ce caractère appartient aussi à la digitaline, comme le démontrent de récentes expériences de M. Houdas.

Cette constatation chimique est fort importante, car d'après les travaux de MM. Franck, Masius et Corin, dont la Société de thérapeutique a eu à s'occuper en 1895, la digitaline se serait montrée moins active que la digitoxine allemande; c'est là un fait qui serait contradictoire avec l'analyse chimique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 12 Mai 1897.

Amputation de la langue par la voie transhyoïdienne.

M. Vallas présente un malade auquel il a pratiqué il y a un mois environ l'amputation totale de la langue par la voie transhyoïdienne. Cet homme était atteint d'un épithélioma de la langue situé très en arrière et ne pouvant être atteint par les voies naturelles. L'intervention comprend d'abord la ligature des deux linguales, puis la section de l'os hyoïde, après quoi on enlève l'organe en l'attirant au dehors par une forte pince, pendant que l'on sectionne en arrière.

M. Vallas insiste sur la bénignité de cette opération relativement à la section du maxillaire inférieur, seule méthode qui puisse être comparée, pour la largeur de l'intervention. Les incisions préparatoires pour la ligature des linguales permettent d'enlever les petits ganglions situés sur le mylo-hyoïdien aussi bien qu'une autre intervention qui créerait plus de délabrements.

Au point de vue fonctionnel, la phonation est très satisfaisante, sauf pour les linguales; la déglutition est au contraire assez imparfaite. Mais on ne saurait incriminer la section de l'os hyoïde; ces désordres sont dus à l'étendue de l'ablation de la langue, qui est complète par ce procédé.

On est en droit d'espérer qu'avec l'habitude le malade parviendra à se servir de son plancher de la bouche d'une manière suffisante. M. Vallas a du reste l'intention de lui faire placer par M. Martin un appareil prothétique, remplaçant au moins par son volume l'organe enlevé.

Ablation de l'astragale

M. Vallas présente un autre malade auquel il a enlevé l'astragale il y a six ans pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied gauche.

La seule déformation du pied que le malade ait actuellement consiste dans un léger écartement des deux malléoles. Le pied a deux centimètres de longueur de moins que l'autre; le malade peut marcher sans peine et même faire des courses de 25 kilomètres, à condition de n'être pas chargé.

Rein tuberculeux.

M. Vignard présente un malade opéré il y a un an par M. Gangolphe pour un rein tuberculeux. La capsule était extrêmement épaissie, et l'on fit une néphrectomie sous-capsulaire. Au bout d'un an, l'état général est très satisfaisant, le malade a gagné 15 ou 20 kilogs.

Traitement de l'hypospadias.

M. Nové-Josserand rapporte le cas d'un malade qu'il a opéré pour un hypospadias. Il se servit une première fois du procédé de Duplay, mais au bout de 77 jours les sutures lâchèrent, et les choses en revinrent à l'état primitif.

M. Nové-Josserand eut alors l'idée d'employer les greffes épidermiques suivant le procédé Ollier-Thiersch.

Il fit à la face inférieure de la verge un conduit sous-cutané en y faisant glisser une sonde cannelée introduite par une petite incision. Avec un gros trocart, il perfora le gland. Puis il prit sur la cuisse un lambeau dermo-épidermique qu'il plaça dans le canal sous-cutané artificiellement fermé, la partie cruentée correspondant au tissu cellulaire de la verge, la face cutanée formant la paroi interne du canal (la paroi externe étant formée par la peau de la verge soulevée). Il y a eu un peu de rétraction du nouveau canal, mais néanmoins, avec des cathéthérismes répétés, le résultat s'est maintenu satisfaisant.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 28 Mars 1897.

Les méningites à méningocoques intracellulaires.

M. Heubner depuis le mois de juillet dernier, a observé 5 cas de méningite à méningocoques intracellulaires. Chez 2 de ces malades, le liquide évacué par la ponction lombaire était absolument limpide. Chez un autre, le liquide était coloré, renfermait un peu d'albumine, et ne contenait pas de corpuscules de pus. Un de ces malades, qui présentait des symptômes d'une extrême gravité, a guéri. Un autre a fini par succomber et à son autopsie, on ne trouva pas de méningite purulente, mais seulement une hydrocéphalie chronique; ce n'est qu'à la partie inférieure de la région lombaire de la moelle épinière que l'on constata une infiltration gélatineuse, provenant vraisemblablement de la méningite cérébro-spinale.

Pour voir si le méningocoque s'observe aussi dans d'autres maladies, M. Heubner a examiné 14 cas soit de méningite tuberculeuse, soit d'hydrocéphalie chronique, soit de thrombose cérébrale, d'œdème du cerveau, etc. L'absence du méningocoque dans le liquide obtenu par la ponction lombaire a été constatée chez 12 de ces malades; chez les 2 autres, atteints de méningite tuberculeuse, on a obtenu des cultures assez raréfiées, il est vrai, d'un microbe tout à fait semblable morphologiquement au méningocoque.

D'un autre côté, un des assistants de M. Heubner, M. David, a exploré le contenu du nez de 12 enfants sains, et chez plusieurs il a trouvé le diplocoque intracellulaire. Il est donc possible que, chez les 2 malades atteints de méningite tuberculeuse à méningocoque, il s'agisse d'une importation accidentelle de ce micro-organisme. Ce qui semble prouver qu'il s'agit plutôt d'une infection secondaire, c'est que dans un cas de méningite tuberculeuse M. Heubner a rencontré le pneumocoque.

De tous ces faits M. Heubner conclut que le méningocoque intracellulaire reste bien l'agent étiologique de la méningite cérébro-spinale épidémique et que sa présence dans d'autres méningites n'a pas de valeur pathognomonique.

M. Fürbringer pense que le diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique s'impose lorsqu'on trouve le méningocoque dans le liquide retiré par la ponction lombaire. Dans une vingtaine de cas de méningite tuberculeuse, il n'a jamais constaté la présence de ce microorganisme.

De la pyélonéphrite des enfants.

M. Baginsky a observé 4 cas de pyélonéphrite chez des enfants où l'urine s'est montrée tantôt exempte d'albumine et d'éléments morphologiques, tantôt trouble, albumineuse, riche en globules de pus et en cylindres rénaux. L'examen bactériologique de l'urine, au moment de son émission, a montré la présence du colibacille à l'état de culture pure.

Chez ces 4 malades, l'affection a toujours été bénigne et a cédé rapidement au régime lacté et à l'emploi des eaux alcalines. Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et quelquefois, comme M. Baginsky l'a vu 4 fois, la pyélonéphrite, surtout celle qui débute par le bassinet, évolue avec des crises répétées de diarrhées muqueuses et sanguinolentes qui épuisent les malades et finissent par amener la mort.

Dans 4 cas de ce genre, M. Baginsky a trouvé à l'autopsie de nombreux abcès dans les reins, des foyers hémorrhagiques et des points de sphacèle, etc. Dans ces cas, le processus était ascendant et s'étendait du bassinet à tout le tissu rénal, dont les canalicules fourmillaient de bactéries.

Ces formes très graves de pyélonéphrites sont causées par des affections du tube intestinal. Il en est vraisemblablement de même dans les cas plus légers, car dans ceux-ci aussi bien que dans les cas graves, les accidents débutent toujours par de la diarrhée ou par une constipation rebelle.

Dans le rein on trouve divers microbes, entre autres le bacterium lactis, le proteus, le bacille pyocyanique, etc.; il est donc bien difficile de savoir quel est en réalité le microbe pathogène de cette affection.

M. Finkelstein a constaté chez les enfants du service de M. Heubner que les maladies des voies urinaires consécutives à d'autres états morbides étaient très fréquentes, que la cystite primitive ou secondaire complique très souvent la diarrhée des nourrissons.

Ainsi M. Finkelstein a vu un nourrisson qui pendant plus d'une semaine a eu une température de 40° et au-dessus. Les poumons, l'intestin, le cœur étaient indemnes; mais en examinant l'urine on trouvait du pus, de l'albumine, des cylindres et de nombreux amas de colibacilles. Quatre enfants, présentant le même complexus morbide, succombèrent au bout de deux à trois semaines; la fièvre persista jusqu'à la mort. Ces 4 cas concernaient des petites filles. Chez les petits garçons, M. Finkelstein a également observé des affections pyélitiques avec lésions rénales consécutives, mais jamais la vessie ne fut intéressée. Ici, la pyélonéphrite se montra toujours à la suite de troubles graves des fonctions intestinales. Il est probable que chez les petites filles il convient de tenir compte de la disposition anatomique des organes urinaires pour expliquer la participation de la vessie au processus pyélonéphritique.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 5 Mai 1897.

Diabète sucré

M. Rosenberg a présenté un enfant qui urinait 2 litres d'urine contenant 5,2 p. 100 de sucre et d'acétone. Sous l'influence du traitement diététique et médicamenteux, la proportion de sucre tomba à 4,4 p. 100. Contrairement à ce qui s'observe dans ces cas, l'enfant n'a pas de polyphagie.

A côté de son diabète, l'enfant présente encore une luxation congénitale de la hanche et des stigmates rachitiques. Sa respiration présente la particularité d'être très rapide, dyspnéique.

M. Kolisch fait remarquer que le type respiratoire que présente l'enfant est exactement le même qu'on rencontre dans l'intoxication acide chez les animaux.

Il y a quelque temps, M. Kolisch a eu l'occasion d'observer un cas fort curieux de diabète chez une jeune fille de 25 ans. La malade urinait 1 litre 1/2 d'urine par 24 heures, qui renfermait, malgré le régime spécial, 5 à 8 p. 100 de sucre. Malgré cette glycosurie, la malade se sentait aussi bien que possible et ne présentait aucun des troubles qu'on rencontre ordinairement chez les diabétiques. Des recherches de calorification ont ensuite montré que la malade pouvait garder l'équilibre nutritif avec une quantité minime de sucre. Si on lui donnait une petite quantité de sucre ou d'hydrocarbure, ces substances disparaissaient très vite de l'urine. Il ne s'agissait pourtant pas d'une glycosurie alimentaire puisque le sucre apparaissait aussi dans l'urine après une alimentation composée exclusivement de substances albuminoïdes.

D'après M. Kolisch, le diabète de sa malade serait un diabète rénal, c'est-à-dire un état particulier où le sucre qui se trouve en proportion normale dans le sang agit de telle façon sur le rein que ce dernier le laisse passer. On s'expliquerait ainsi pourquoi chez cette malade la glycosurie ne s'accompagne pas de polyurie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 30 Mars 1897.

Réaction spécifique du sérum cholérique ou typhique avec les cultures filtrées de bacilles cholériques et typhiques.

M. R. Kraus a trouvé que si l'on ajoute du sérum cholérique à une culture de bacilles du choléra stérilisée par la filtration ou du sérum typhique à une culture également stérilisée de bacilles d'Eberth, on voit au bout d'un certain temps ces cultures se troubler, puis un précipité finement floconneux s'y former, au-dessus duquel surnage un liquide parfaitement limpide.

Le précipité obtenu de cette façon dans les cultures cholériques filtrées se compose de deux corps protéiques, dont l'un donne les réactions des albuminates alcalins et l'autre celles des peptones.

Dans des cultures filtrées de bacilles de Löffler, M. Kraus n'a jamais pu provoquer la formation d'aucun précipité par l'adjonction de sérum sanguin diphthérique, même employé en grande quantité.

M. Kraus conclut de ces recherches que, par l'addition de sérum sanguin cholérique ou typhique à des filtrats stérilisés de cultures homologues, on obtient des précipités tout aussi pathognomoniques que les phénomènes d'agglutination que l'on provoque dans les cultures vivantes de bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde.

Tuberculoses cutanées par auto-infection.

M. K. Ullmann a rapporté plusieurs observations de tuberculose de la peau due à une infection par des crachats tuberculeux provenant des malades eux-mêmes ou de personnes de leur entourage. Chez un de ces malades, chez lequel il existait des sommets malades, le petit doigt de la main gauche était le siège d'un tubercule anatomique typique.

Chez un autre sujet, également atteint de phthisie pulmonaire, on vit se développer sur l'index gauche un tubercule anatomique qui, en l'espace de trois ans, se transforma en une gomme scrofuleuse, laquelle gomme donna naissance à plusieurs foyers bacillaires de l'avant-bras et du bras par lymphangite noueuse.

Un troisième malade, dont les poumons étaient indemnes de toute lésion tuberculeuse, présentait à un doigt une lésion lupique. Cet homme s'était vraisemblablement infecté par les crachats de sa sœur, qui était phthisique et qu'il avait soignée jusqu'au moment de sa mort. Dans ce cas, la lésion initiale avait servi de point de départ à la formation de 3 foyers tuberculeux sous-cutanés siégeant à la face dorsale de l'avant-bras et qui, dans la suite, s'ulcérèrent et se tranformèrent en placards de lupus vulgaire.

Chez un quatrième sujet, porteur d'un ulcère tuberculeux du larynx, il existait au cou un lymphome scrofuleux. Cette tumeur s'étant ramollie, il se développa autour de la fistule un lupus verruqueux.

M. Ehrmann a eu souvent l'occasion d'observer chez des phthisiques des lésions fongueuses de la peau absolument analogues aux abcès froids périarticulaires et souvent désignées sous le nom impropre de lupus papillomateux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — La pathogénie du purpura (p. 473).

REVUE DES CONGRÈS. — *Société française d'otologie et de laryngologie :* Complications intracrâniennes d'origine otique. — Inflammation aiguë de l'amygdale linguale. — Otite moyenne sèche. — Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal. — Pulvérisations intralaryngiennes (p. 480). — Toux pharyngée. — Bactériologie de l'ozène. — Epistaxis dues aux odeurs (p. 481).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Hernie du poumon. — Hémorrhagies post-opératoires dans la thyroïdectomie (p. 481). — Abcès de la cloison des fosses nasales. — Torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. — Kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. — Extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et exploration de la cavité utérine. — Sarcome mélanique du tractus uvéal. — Végétations adénoïdes du pharynx nasal. — Rôle fonctionnel de la glande thyroïde. — Chirurgie pulmonaire (p. 482).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Mélanose du péricarde. — Cirrhose expérimentale par le phosphore. — Le liséré saturnin. — Périnévrite au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Epanchements sanguins dans le canal vertébral des nouveau-nés. — *Chirurgie :* Bactériologie du lait de femme et étiologie de la mastite. — Spina bifida et prolapsus de l'utérus chez une nouveau-née (p. 483). — *Gynécologie :* Acétonurie comme signe de la mort du fœtus (p. 484).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'érisypèle par les badigeonnages de gaïacol. — Benzoate de mercure (p. 484).

PATHOLOGIE MÉDICALE

La pathogénie du purpura,

Par M. le Dr E. Apert,

Ancien Interne des hôpitaux (1).

I. Historique. — Pendant longtemps, on se contenta d'invoquer comme cause du purpura un état de dissolution du sang et la diminution de la faculté rétentive des vaisseaux (Galien).

Les premiers travaux scientifiques ayant trait à la pathogénie du purpura se rattachent d'abord aux progrès que fit l'anatomie pathologique dans le milieu de ce siècle sous l'influence de Cruveilhier, puis à l'application du microscope à l'étude des lésions des tissus.

En 1852, Cruveilhier (2) décrivit dans le purpura des lésions des petites veines sous le nom de *phlébite capillaire hémorrhagique*. Cette phlébite serait pour lui la cause de la « maladie hémorrhagique », nom sous lequel il englobe à la fois le scorbut et le purpura. Desprès (3) admet une altération primitive du sang, suspendant le travail de réparation et d'entretien des capillaires, d'où fragilité de ces vaisseaux. Virchow (4) regarde le purpura comme le résultat d'une faiblesse congénitale des vaisseaux du système aortique, avec diminution de calibre, comme dans la chlorose.

Les recherches microscopiques furent plus fructueuses et signalèrent diverses lésions artérielles (Labadie-Lagrave (5), Hayem, etc.).

1. On trouvera les observations dans la thèse de M. E. Apert (Paris, 1897, n° 184, G. Steinheil).

2. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 1852, II, p. 254, et IV, p. 232.

3. Desprès, *Dictionnaire Jaccoud*, article Hémorrhagies, 1873.

4. Virchow, *in* Steffen, Ueber Purpura (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1893, XXXVII, p. 6).

5. Labadie-Lagrave, *Bulletins de la Société anatomique*, 1869, p 144.

Mais de nouvelles recherches montrèrent que le purpura peut se produire en dehors de toute lésion des vaisseaux, et que les lésions précédemment décrites ne concernent que des cas particuliers et ne sont pas constantes. Cohnheim (1) montrait que le phénomène de la diapédèse peut s'appliquer aussi bien aux globules rouges qu'aux globules blancs, et qu'une extravasation sanguine n'est pas forcément le résultat d'une rupture vasculaire. Cornil (2) vit que dans certains cas les taches de purpura étaient constituées par des dilatations capillaires sans altération aucune des parois. Il semblait donc s'agir dans ces cas de troubles vaso-moteurs, idée déjà exprimée par Couty (3) quelques années auparavant.

Le travail de Couty s'appuie sur les travaux de Claude Bernard démontrant l'importance du grand sympathique dans l'innervation vaso-motrice, et surtout sur l'étude complète faite par Vulpian des effets expérimentaux de la section de ce nerf. Couty rapproche de ces effets les symptômes que l'on constate dans une certaine variété de purpura. Il ne considère pas sa conception comme exclusive, et applicable à tous les cas, mais seulement à une forme clinique spéciale, non classée avant lui et qu'il caractérise par la triade symptomatique suivante : 1° poussées successives et subites de purpura limité aux membres; 2° troubles gastro-intestinaux; 3° œdèmes cutanés.

Cette conception fut cependant bientôt modifiée. Déjà, en 1869, Bouchard avait signalé l'apparition possible de taches de purpura (4) au cours de névralgies faciales sur le trajet du nerf atteint. Straus (5) en 1881 décrivit de même les ecchymoses des membres inférieurs consécutives aux douleurs fulgurantes du tabès. Puis Faisans dans sa thèse recueille de nouveaux faits, concernant surtout des maladies de la moelle, et au purpura par lésion du sympathique de Couty substitue la conception du purpura myélopathique.

Ce n'est que quelques années plus tard que commença à paraître la notion du purpura infectieux proprement dit, c'est-à-dire du purpura microbien et non simplement du purpura secondaire compliquant les grandes infections.

Dans une première phase les auteurs considèrent que le purpura est une maladie microbienne, ayant son microbe spécial, au même titre que le charbon, la tuberculose, le furoncle, la pneumonie. Dans cette phase, on n'a qu'un but : trouver le microbe du purpura; chaque auteur croit avoir trouvé le bon (Watson, Cheyne (6), Martin de Gimard (7), Letzerich (8), Babès (9), etc).

Puis dans une seconde phase on a appris qu'un même microbe peut, suivant les cas, donner des maladies diverses. C'est l'époque où paraissent des relations de pur-

1. Cohnheim, *Der embolische Processus*, p. 24, 25. Cité par Forster, art. Purpura du *Handbuch für Kinderheilkunde* de Gerhardt, p. 215.

2. Cornil, *Histologie pathologique* (cas de Frémont, *in* thèse de Du Castel, agrég. 1883, et cas de Jardet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1883).

3. Couty, Série d'articles dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1876.

4. Bouchard, *De la pathogénie des hémorrhagies* (th. d'agrég., 1869)

5. Straus, *Archives de neurologie*, 1881.

6. Watson Cheyne, *Gazette hebdomadaire*, 1884, p. 264.

7. Martin de Gimard, thèse de doctorat, Paris, 1888.

8. Letzerich, *Zeitschrift für klinische Medicin*, 1891.

9. Babès, *Annales de l'Institut de Bucarest*, 1888. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1891. *Centralblatt für Bacteriologie*, 1892, IV, p. 719 à 752. *Archives de médecine expérimentale*, 1893.

puras à streptocoques (Hanot et Luzet (1), Lannois et Courmont (2), Widal et Thérèse (3), Le Gendre et Claisse (4), Chantemesse et Sainton (5), etc.), à pneumocoques (Claisse (6), Voituriez (7), Claude (8) etc.), à colibacille (Michel-Dansac (9), Monnier) (10), voire même à bactéridie charbonneuse (Jaworski et Nencki (11), et à bacille pyocyanique (Neumann) (12).

La tendance qui se fait jour à cette période est de considérer le purpura comme le résultat d'embolies microbiennes de la peau, et les auteurs s'efforcent de retrouver le microorganisme dans les taches soit par des cultures de sang pris à ce niveau, soit par des coupes histologiques : ils y arrivent dans quelques cas (Claisse, Claude, Finger).

Dans une troisième phase on a appris que les microbes agissent surtout par leurs toxines. Dès lors, il n'est plus besoin de rencontrer le microbe dans le sang, il suffit de constater, en même temps que le purpura, une infection locale quelconque pour considérer la maladie comme le résultat non plus d'une infection mais d'une toxi-infection, ou, pour employer une expression plus claire, d'une toxinhémie (Sortais (13), Claisse) (14). La lésion primitive est au reste très variable, mais généralement c'est dans la gorge que l'on trouve l'infection locale, amygdalite ou angine, considérée comme la cause de l'éruption purpurique. Cette théorie de l'origine toxinhémique du purpura repose surtout sur l'action vasodilatatrice bien connue de la plupart des toxines étudiées jusqu'à ce jour et sur la possibilité d'identifier, grâce à cette théorie, la pathogénie du purpura dit primitif, et celle des purpuras médicamenteux ou toxiques (iodiques, quiniques, ptomaïniques, sérothérapiques, etc.).

Enfin les travaux les plus récents tendent à faire une large place au terrain.

Outre les circonstances étiologiques qui font que le purpura s'observe avec une assez grande fréquence chez les tuberculeux, les cancéreux, les leucocythémiques, nous avons surtout en vue les travaux qui attribuent aux altérations du sang et aux lésions viscérales une part considérable dans la pathogénie du purpura (Hayem, Bensaude, Claisse) (15).

II. — Étude des influences diverses susceptibles d'être invoquées dans la pathogénie du purpura. — Il nous faut maintenant examiner la valeur des différentes influences invoquées, et quelle part peut revenir à chacune d'elles dans la pathogénie d'un cas donné de purpura. Nous suivrons dans cette étude l'ordre historique en examinant successivement : 1° l'influence de l'état de la paroi vasculaire; 2° l'influence du système nerveux; 3° l'influence de l'infection et de l'intoxication; 4° l'influence des altérations humorales ou viscérales antérieures (influence du terrain).

1. Hanot et Luzet, *Archives de médecine expérimentale*, 1890.
2. Lannois et Courmont, *Archives de médecine expérimentale*, 1892.
3. Widal et Thérèse, *Société médicale des hôpitaux*, 1894.
4. Le Gendre et Claisse, *Société médicale des hôpitaux*, 1892.
5. Chantemesse et Sainton, *Société médicale des hôpitaux*, 1896.
6. Claisse, *Archives de médecine expérimentale*, 1891.
7. Voituriez, *Journal médical de Lille*, 1891.
8. Claude, *Revue des maladies de l'enfance*, 1896, et *Gaz. hebdom.*, 1896.
9. Michel-Dansac, *Médecine moderne*, 1892.
10. Monnier, *Société de biologie*, 1896.
11. Jaworski et Nencki, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1895, p. 30.
12. Neumann, *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1890.
13. Sortais, thèse de Paris, 1896.
14. Claisse, *Bulletin médical*, 1896, p. 855.
15. Hayem, *le Sang*, p. 970. Hayem et Bensaude, *Presse médicale*, 1895, p. 233. Bensaude, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1897, p. 36.

A. *Influence de l'état anatomo-pathologique de la paroi vasculaire. — Purpura ectasique.* — La constitution histologique d'une tache purpurique peut présenter de grandes variétés. C'est ainsi, en particulier, que la tache purpurique, c'est-à-dire la macule rouge ou violette ne s'effaçant pas par la pression, n'est pas toujours une hémorrhagie de la peau. Par hémorrhagie, on entend, au point de vue histologique, la présence de globules rouges hors des vaisseaux. Parfois, il existe seulement une dilatation énorme des capillaires des papilles et du derme, avec accumulation de globules sanguins dans leur intérieur. C'est une congestion gigantesque, mais simple, et non compliquée d'hémorrhagie (cas de Jardet (1), Frémont (2), Rigal (3), avec examen histologique fait par M. Cornil) (4).

Cliniquement, Potain (5) a démontré que la congestion précède le plus souvent l'hémorrhagie. Il a observé en effet que dans les heures qui suivent leur apparition, les taches de purpura, quoique ne différant pas comme aspect de ce qu'elles sont au bout de 24 heures par exemple, s'effacent néanmoins par la pression, ou mieux par la tension de la peau. Il est donc évident qu'à ce moment il n'y a pas extravasation, mais simple congestion.

Dans des cas anatomo-pathologiques moins nets, mais plus fréquents, on rencontre sur les coupes les mêmes lésions de congestion, et en outre, dans les couches superficielles du derme et dans les papilles, des globules rouges, isolés ou groupés, dissociant les faisceaux conjonctifs du derme. La paroi vasculaire ne présente aucune altération, et on peut penser, avec Cohnheim (6) et Hayem (7), que les globules rouges l'ont traversée par diapédèse, sous l'influence de l'intensité de la congestion.

Dans tous ces cas, la tache purpurique est de nature congestive, exanthématique et on a appelé ce purpura : *purpura ectasique* (Arragon) (8). Aucune lésion vasculaire n'a préparé sa production.

Purpura extravasif. — Il est d'autres cas plus fréquents dans les recherches microscopiques, sans doute parce qu'ils sont cliniquement plus graves, dans lesquels on rencontre une hémorrhagie pure, c'est-à-dire des amas de globules sanguins extravasés, sans qu'il y ait trace de dilatation des vaisseaux. Dans ces cas la paroi vasculaire est parfois tout à fait normale. Dans d'autres cas cette paroi présente des lésions variables : dégénérescence graisseuse de la paroi (Riehl (9), Hebra (10), Huchard (11), dégénérescence amyloïde (Wilson Fox (12), ou au contraire thrombose des capillaires, soit par prolifération et desquamation de l'endothélium, capillarite desquamative (Leloir, Claude) (13), soit par coagulation intravasculaire (Hayem) (14), formée par des concrétions fibrineuses, ou par des amas de globules blancs.

1. Jardet, *Soc. anatomique*, 1883.
2. Frémont, in thèse de Du Castel, agr. 1883.
3. Rigal, *Union médicale*, 1880, p. 55.
4. Cornil, *Histologie pathologique*.
5. Potain, *Bulletin médical*, 1890.
6. Cohnheim, *loc. cit.*
7. Hayem, Sur la possibilité de l'hémorrhagie par diapédèse (*Soc. de biologie*, 1869, p. 53).
8. Arragon, *Archives de physiologie* 1883, p. 352.
9. Riehl, *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, XXXIX, p. 447.
10. Hebra, *Soc. méd. de Vienne*, 1876.
11. Huchard, *Soc. anatomique*, 1870.
12. Wilson Fox, *Brit. and foreign medical Review*, 1856.
13. Leloir, *Annales de dermatologie*, janvier 1884.
14. Hayem, *Revue scientifique*, 1883.

Dans un certain nombre de cas, enfin, l'oblitération vasculaire était constituée par des amas microbiens.

On rencontre donc parfois chez les purpuriques des modifications de structure des artérioles entraînant une grande fragilité des parois et facilitant par conséquent leur rupture. Mais nous ne savons pas que l'on ait jamais constaté directement sur une coupe histologique la déchirure d'une paroi vasculaire au niveau d'une tache de purpura. C'est en vain du reste que les expérimentateurs ont cherché à reproduire le purpura, soit en cherchant à provoquer des lésions pariétales ou des embolies des petits vaisseaux, soit en augmentant considérablement la pression artérielle.

Les lésions des artères et des capillaires jouent pourtant un rôle dans la pathogénie du purpura. Mais elles ne sont ni nécessaires, puisqu'elles manquent fréquemment, ni suffisantes puisqu'on les retrouve souvent en dehors du purpura, et puisqu'on peut les provoquer expérimentalement sans reproduire la maladie. Leur rôle se borne donc à celui d'une cause prédisposante et surtout localisante : quand la tendance aux hémorrhagies existe, celles-ci se font plus facilement aux points où les artères sont moins résistantes, mais ce n'est pas cette moindre résistance qui crée la tendance hémorrhagique; elle peut seulement influer sur ses localisations.

B. *Influence du système nerveux.* — Les faits signalés par Faisans (1), et d'autres analogues publiés depuis, démontrent avec certitude que les altérations du système nerveux jouent un grand rôle pour déterminer la localisation du purpura.

Purpura dans les paralysies. — Hallion (2) a observé un cas de purpura chez un individu atteint de paralysie infantile ancienne, purpura localisé au membre malade.

Gibert (3), Lancereaux (4) ont signalé de même chez un hémiplégique, chez une hystérique hémianesthésique la localisation du purpura au côté malade. Chevalier (5) a vu un cas de purpura prédominant à droite chez un homme atteint de sclérose en plaques dont les manifestations étaient plus accentuées de ce côté.

Purpura dans les névrites, les névralgies. — Les cas de purpura survenant dans les affections douloureuses des nerfs périphériques (névrites ou névralgies sciatiques ou faciales (6), douleurs fulgurantes du tabès) démontrent l'action du système nerveux dans la localisation de l'éruption purpurique et doivent être considérés comme des hémorrhagies de cause locale.

Purpura expérimental par irritation nerveuse. — Les lésions expérimentales des nerfs, les excitations les plus intenses de ces organes ne provoquent pas le purpura. La seule expérience à peu près positive est celle de Mathieu et Gley (7). Mais les hémorrhagies qu'ils ont obtenues n'étaient visibles qu'au microscope, et si l'on peut les considérer comme une ébauche des lésions qui constituent le purpura, elles ne lui sont pas identiques puisqu'elles ne sont pas constatables autrement que par l'examen microscopique.

Purpura dans les affections de la moelle. — On a signalé le purpura au cours de la sclérose en plaques, du tabès, de la myélite transverse, de la méningite cérébro-spinale Mais les affections de la moelle sont en somme beaucoup moins souvent accompagnées de purpura que les affections de bien d'autres organes, rein, cœur, foie surtout.

Purpura primitif nerveux ou myélopathique. — C'est pour une forme bien spéciale que Couty puis Faisans ont invoqué comme cause une altération du système nerveux; Faisans englobait dans cette forme « la plupart des cas de purpura rhumatismal », et en effet les auteurs modernes la considèrent comme se confondant avec la forme qu'ils appellent purpura rhumatoïde exanthématique, nom qui ne préjuge pas la pathogénie de la maladie; cette forme est certainement due à l'imprégnation de l'organisme par des substances toxiques (toxines microbiennes, ou produits d'auto-intoxication, ou toxiques proprement dits). Mais il est possible que ces substances agissent en impressionnant les centres nerveux, ce qui finalement donnerait raison à la conception de Faisans.

On s'expliquerait ainsi la facilité des hémorrhagies dans les maladies caractérisées par une impressionnabilité plus grande du système nerveux, telles que les névroses, facilité signalée par quelques auteurs.

Conclusions. — En résumé, les altérations du système nerveux ne suffisent pas pour causer le purpura, maladie générale, mais 1° en cas d'affection douloureuse on peut observer des ecchymoses sur le territoire cutané répondant au segment nerveux atteint; 2° une altération du système nerveux, antérieure à une attaque de purpura, influence la localisation de ce purpura; 3° en outre, c'est peut-être par l'intermédiaire du système nerveux que les toxines agissent dans une variété de purpura.

C. *Influences microbiennes.* — L'observation clinique rend évidente l'importance des influences microbiennes dans la pathogénie du purpura.

En effet, 1° les microbes peuvent agir par leur présence au niveau des taches de purpura, et en ce cas on doit les retrouver sinon constamment, au moins habituellement, soit dans la tache de purpura, soit dans le sang (purpura septicémique).

2° Ils peuvent agir par leurs toxines, soit directement sur la contractilité des petits vaisseaux, soit par l'intermédiaire du système nerveux (purpura toxhémique).

3° Ils peuvent agir à plus longue échéance en provoquant des altérations viscérales et humorales.

Présence de microbes dans les taches ou dans le sang. — Les cas où l'on a trouvé des colonies microbiennes dans les coupes histologiques au niveau de la tache de purpura sont exceptionnels et peuvent facilement être énumérés; deux cas de Martin de Gimard (coccus spécial) (th. de Paris, 1888); un cas de Claisse (pneumocoques); un cas de Claude (pneumocoques); un cas de Michel-Dansac (colibacille); un cas de Finger (streptocoques) (1); un cas de Pitruzzella (streptocoques) (2); un cas de Ch. Lévi (pneumocoques et streptocoques) (3).

Il est un peu plus fréquent de trouver des microorganismes dans le sang fourni par une piqûre faite au niveau de la tache de purpura. Cependant ces cas sont encore exceptionnels, si on les compare au grand nombre de ceux dans lesquels le sang ainsi recueilli ne donne aucune culture.

Pour notre part, sur les 13 malades que nous avons observés, et à qui nous avons pris du sang pour le semer, nous n'avons obtenu aucune culture dans 11 cas (4).

1. Faisans, thèse de Paris, 1883.
2. Hallion, *France médicale*, 1889.
3. Gibert, *Gazette médicale de Paris*, 1877.
4. Lancereaux, *Anatomie pathologique*, I, p. 564.
5. Chevalier, thèse de Paris, 1877.
6. Bouchard, thèse d'agrégation, 1869.
7. Mathieu et Gley, *Soc. anat.*, 1887.

1. Finger, *Archiv fur Dermatologie und Syphiligraphie*, 1893.
2. Pitruzzella, *Giornale delle Malattie veneree*, 1895 (blennorrhagie et endocardite infectieuse).
3. Ch. Lévi, *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, p. 692.
4. Voir le détail de ces expériences dans la thèse de M. E. Apert (Paris, 1897, n° 184, Steinheil).

Deux fois nous avons rencontré des microorganismes. Une première fois, dans un cas mortel de purpura fébrile à allures infectieuses, nous avons obtenu, avec le sang d'une tache de purpura, une culture pure de streptocoques, tandis que le sang de la pulpe de l'index ne nous a donné aucune culture. Le sang du cœur, pris aseptiquement quelques heures après la mort, a fourni une culture pure de streptocoques. Il s'agissait donc bien d'une septicémie à streptocoques.

Dans le second cas, chez une enfant cachectique, couverte d'ecthyma et d'impétigo, l'ensemencement de pustules d'ecthyma a donné une culture pure de staphylocoque doré; celui du sang de la tache purpurique a donné du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré; le sang de l'index du staphylocoque blanc pur; une seconde prise de sang au niveau d'une autre tache nous a encore donné du staphylocoque blanc.

De nos observations personnelles et de celles des auteurs il résulte que la présence de microbes dans la tache purpurique est rare. Réciproquement, le purpura n'est pas fréquent au cours des septicémies. Nous avons recherché si le streptocoque et le staphylocoque que nous avions trouvés dans le sang de purpuriques jouissaient expérimentalement de propriétés hémorrhagipares. Nous n'avons obtenu aucun résultat positif.

Pourtant quelques auteurs ont trouvé des propriétés hémorrhagipares aux bactéries diverses qu'ils ont trouvées dans certains cas de purpura (Pétrone, Babès, Kolb, etc.). Mais les faits signalés par ces auteurs sont restés isolés et, si l'on remonte aux sources, on s'aperçoit qu'ils se contentaient de bien peu de chose pour attribuer à leurs microbes des propriétés hémorrhagiques. Jamais ils n'ont provoqué ni épanchement sanguin dans un organe ou dans une séreuse, ni une hémorrhagie par une muqueuse, ni des taches de purpura cutané. Les deux seuls cas de purpura expérimental que nous connaissions sont celui de Charrin et celui de Sanarelli, qui ont été provoqués non par le microbe lui-même mais par sa toxine. Les embolies microbiennes peuvent parfois provoquer des taches de purpura, véritables petits infarctus cutanés, mais les vaisseaux de la peau ne sont pas disposés de telle sorte que leur oblitération puisse produire des infarctus, puisque les artérioles ne sont pas terminales, et que la circulation peut se rétablir par les artérioles voisines. En tout cas, le processus embolique ne joue un rôle que dans la plus minime partie des cas de purpura; son action n'est évidente que dans les cas rares où la tache purpurique suppure ou se gangrène, transformations qui témoignent de la présence probable de microbes au niveau de la tache. C'est donc surtout aux purpuras ecthymateux et aux purpuras gangréneux que peut s'appliquer la théorie de l'embolie microbienne.

Toxines microbiennes. — S'il n'y a aucun doute que l'influence microbienne agisse pour produire le purpura, il résulte du chapitre précédent que, dans la très grande majorité des cas, elle n'agit pas par l'action directe des microbes. Nous devons donc supposer que cette action se fait par leurs produits solubles, par leurs toxines.

Un certain nombre de considérations plaident du reste en faveur de cette hypothèse.

1° Il n'y a pas de différence entre les formes cliniques que revêtent le purpura dit primitif et les purpuras toxiques ou médicamenteux.

2° Dans les cas nombreux où l'éruption purpurique est symétrique, cette symétrie plaide en faveur d'une intoxication par une substance soluble beaucoup plus qu'en faveur d'une septicémie. En effet des substances solubles, comme les toxines microbiennes, se répartissent également dans la masse du sang et par suite dans les différents points de l'organisme. Il n'y a donc aucune raison pour qu'elles provoquent des réactions plutôt d'un côté du corps que d'un autre côté. Au contraire, des corpuscules solides comme les microbes peuvent être inégalement entraînés dans un sens ou dans un autre; l'éruption qui en résultera aura une topographie très irrégulière. Or les cas les plus nombreux sont ceux où existe la disposition symétrique.

3° On connaît l'analogie très grande qui existe malgré leur antagonisme thérapeutique entre les toxines et les antitoxines, tant au point de vue physique et chimique qu'au point de vue biologique. Or il paraît démontré que les antitoxines peuvent provoquer des éruptions purpuriques (Moizard et Perregaux) (1), Mendel (2), Izor Afoldi (3), J. Simon (4). Le seul point douteux est de savoir s'il faut les attribuer à l'antitoxine seule, ou s'il faut admettre avec Sevestre (5) qu'il est nécessaire que l'organisme soit en même temps la proie d'une toxhémie à streptocoques. Mais ce doute n'enlève rien à la valeur de notre démonstration.

4° Lorsqu'on étudie les effets de l'antitoxine diphthérique on est en outre frappé de l'analogie des douleurs rhumatoïdes au cours des accidents sérothérapiques avec celles qu'on observe dans le purpura : même aspect de la jointure, même localisation surtout périarticulaire, même fugacité. Cela plaide encore en faveur de l'origine toxhémique du purpura rhumatoïde.

5° Fréquemment le purpura ne survient pas au cours même d'une infection, mais dans la convalescence, et 10, 12, 15 jours après la maladie infectieuse; de même les accidents sérothérapiques (érythèmes et arthralgies) surviennent habituellement le 13e jour après l'inoculation (6).

L'expérimentation ne semble pas à première vue donner des résultats aussi concluants que l'observation clinique, car l'injection expérimentale de toxines microbiennes aux animaux de laboratoire ne provoque habituellement ni purpura, ni aucune hémorrhagie. Cela est vrai d'habitude, cependant dans quelques cas rares mais démonstratifs, on a obtenu soit du purpura, soit des hémorrhagies.

Les cas de Sanarelli (7) et de Charrin (8) montrent la possibilité de produire chez les animaux à peau spéciale (singe, anguille), le purpura expérimental par injection de toxines. Mais les résultats ne sont pas constants, ce qui semble montrer qu'il y a des conditions prédisposantes individuelles.

Donc un grand nombre de cas de purpura surviennent à l'occasion d'un récent passage de toxines microbiennes à travers l'organisme du malade; mais la toxinhémie n'entraîne pas l'apparition du purpura d'une façon constante et pour le produire il est sans doute nécessaire qu'elle rencontre un organisme ayant subi une altération préalable favorisant l'éclosion de cette affection.

L'éruption est souvent postérieure de plusieurs jours à l'imprégnation de l'organisme par la toxine (13 jours en moyenne dans le cas de purpura sérique). Aussi les

1. Moizard et Perregaux, *Bulletin médical*, 1894.
2. Mendel, Hauthemorrhagien nach Behrings Heilserum (*Berliner klinische Wochenschrift*, 26 novembre 1894).
3. Izor Afoldi, *Pester med. chir. Presse*, 1895, n° 10.
4. J. Simon, *Bulletin médical*, 1894, p. 1107.
5. Sevestre, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1895, p. 540, et 1896, p. 82.
6. Sevestre, *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1896, p. 106.
7. Sanarelli, Fièvre typhoïde expérimentale (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894, p. 206.
8. Charrin, *Bulletins de la Société de biologie*, 1892, 7 et 14 mai.

recherches étiologiques sur la cause déterminante d'un cas de purpura doivent porter non seulement sur l'état actuel du malade, mais encore sur toute la période de quinze jours environ qui a précédé l'apparition de l'éruption purpurique.

D. *Rôle du terrain (altérations humorales et viscérales).* — On sait depuis longtemps que le purpura frappe avec prédilection les organismes débilités par une cause quelconque, âge, fatigues, maladies et qu'il y a des maladies, des lésions organiques, des altérations viscérales ou humorales qui prédisposent spécialement au purpura.

Altération du sang. — *Coagulabilité.* — Les altérations du sang ont de tout temps attiré l'attention des observateurs. Les auteurs anciens, ont décrit minutieusement les modifications du caillot et du sérum du sang des scorbutiques (dont ils ne distinguaient pas les purpuriques). Ils admettaient un état de dissolution du sang, caractérisé soit par une diminution de la coagulabilité, soit par une perversion dans le processus de la coagulation. Ce phénomène ne se retrouve pas ordinairement dans les cas de purpura; c'est seulement chez les hémophiles qu'on observe souvent, mais non constamment, une diminution de la coagulabilité.

Un phénomène qui paraît beaucoup plus caractéristique du purpura, ou du moins d'une certaine forme de cette maladie, c'est l'absence de rétraction du caillot sanguin; Bensaude (1), Hayem (2). Pour observer ce phénomène, il faut laisser se coaguler à la température ordinaire du sang recueilli dans une éprouvette par piqûre au bout du doigt, en procédant de la même façon que pour le sérodiagnostic. Le sang normal ainsi recueilli se coagule en quelques minutes; puis le caillot se rétracte vers le fond et le milieu du vase, et il exsude du sérum clair, de teinte jaune pâle, entre la paroi et le caillot, et au-dessus de celui-ci. Chez un certain nombre de malades atteints de purpura, Bensaude a vu que la coagulation se faisait normalement, mais que le caillot ne se rétractait pas, et par suite le sérum n'en était pas expulsé; on ne pouvait l'en séparer qu'en comprimant mécaniquement le caillot.

Nous avons recherché cette rétraction du caillot dans la plupart des cas de purpura que nous avons observés; mais nous ne l'avons rencontrée dans aucun cas. Toujours le caillot s'est rétracté et entouré de sérum. Il est vrai que nous n'avons pas rencontré de cas à grandes hémorrhagies multiples, ni de cas de maladie de Werlhof; or c'est dans ces formes surtout que Bensaude a constaté le phénomène.

Éléments figurés. — Hayem et Bensaude ont vu que la non-rétractilité du caillot était liée pour ainsi dire constamment à la diminution de nombre des hématoblastes qui descendent de 150 000 par millimètre carré à 50 000 et au-dessous. Ce n'est que dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde que Bensaude a vu la dissociation des deux phénomènes, et la non-rétractilité du caillot sans diminution de nombre des hématoblastes.

Hayem attribue à la diminution des hématoblastes un rôle capital dans la production des hémorrhagies. Ils formeraient normalement l'office de bouchons agglutinants pour arrêter l'effusion du sang par les effractions vasculaires. Lorsque leur nombre diminue, ils deviendraient incapables de jouer ce rôle : de là apparition des hémorragies.

1. Bensaude, *Société médicale des hôpitaux*, 1897, p. 36.
2. Hayem, Du purpura (*Presse médicale* et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1896, CXXIII, p. 894).

Quant aux autres éléments du sang, on les trouve tantôt augmentés, tantôt diminués.

La diminution de nombre des hématoblastes, et la non-rétractilité du caillot sont les deux phénomènes remarquables, phénomènes liés intimement l'un à l'autre, qui se rencontrent peu en dehors du purpura et ne se voient guère que dans les formes très hémorrhagiques, particulièrement dans les types cliniques à éruption caractérisée par de larges ecchymoses. L'existence de ces altérations des éléments figurés du sang explique l'importance des lésions des organes dits hématopoiétiques (foie, rate, glandes à sécrétion interne) dans la pathogénie du purpura.

État chimique. — Pour ce qui est de l'état chimique du sang, il est prouvé qu'un grand nombre de substances chimiques, introduites dans le sang, augmentent ou diminuent sa coagulabilité (1). Il résulte des nombreuses recherches faites que certaines substances entravent la coagulation (peptones, oxalates, macération de têtes de sangsues) tandis que d'autres la favorisent (sels de chaux, extraits d'organes, sécrétions glandulaires, nucléo-albumines). Mais la coagulabilité du sang étant habituellement normale dans le purpura, il ne semble pas que l'absence ou la présence dans le sang d'une des substances ci-dessus puisse jouer un rôle dans la production de la maladie (1). Cependant il est intéressant de rapprocher de ces faits expérimentaux certains faits cliniques, tels que la fréquence des hémorragies dans les maladies qui s'accompagnent d'une brusque élimination de composés calciques, telles que le rachistisme aigu (maladie de Barlow). Or Arthus (2) a montré que la fibrine est un composé calcique, et qu'elle ne peut se former en l'absence de sels de chaux dans le sang. D'autre part, certains auteurs ont tiré d'excellents résultats de l'administration de sels de chaux, et particulièrement de chlorure de calcium dans le purpura.

Des analyses chimiques précises du sang des purpuriques seraient donc nécessaires pour arriver à une conclusion.

Enfin parmi les récentes recherches faites, il faut noter l'influence que les extraits d'organes ont sur le phénomène de la coagulation; cela montre que les sécrétions internes de la plupart des organes peuvent modifier la composition chimique du sang de telle sorte que la coagulation de ce liquide s'en trouve modifiée. Il est du reste évident que les altérations de la composition chimique du sang relèvent toujours de l'état fonctionnel des organes qui y prennent leurs matériaux de nutrition et y rejettent leurs déchets. Nous en arrivons donc à étudier l'influence que les altérations des différents viscères peuvent avoir dans la pathogénie du purpura.

Altérations des viscères. — *Thymus.* — On a signalé la persistance du thymus chez les hémophiles (Virchow) (3) et elle a été notée aussi dans un cas de purpura (Wickham Legg) (4).

Capsules surrénales. — Bourreitt (5) a rencontré à l'autopsie d'un jeune soldat mort en sept heures de purpura hémorrhagique suraigu des lésions de capsules surrénales (hypertrophie et ramollissement caséeux) auxquelles il

1. Cependant, dans un travail récemment paru (*Bulletin médical*, 1896, p. 1235), M. Krilitchevsky attribue le purpura à l'incoagulabilité du sang, et celle-ci à la présence dans le sang d'albuminoses anormales agissant, comme les oxalates, en fixant le calcium.
2. Arthus, thèse de sciences naturelles, Paris, 1888, et *Archiv. de physiologie*, 1890.
3. Virchow, *Canstatt Jahrbuch*, t. IV, p. 267.
4. Wickham Legg, *St. Bartholomew's hosp. Rep.*, 1875, XI, p. 63.
5. Bourreit, *Archives de méd. militaire*, 1896.

attribue un rôle important dans la pathogénie de la maladie. Dans un cas semblable par la rapidité de l'évolution, Wolf a constaté une énorme hypertrophie des capsules surrénales, la gauche étant transformée en une masse ressemblant à un caillot sanguin. L'examen histologique montra seulement une infiltration hémorrhagique diffuse de ces organes. Wolf conclut que lésions des capsules surrénales et purpura relèvent tous deux d'un même diathèse hémorrhagique et qu'on ne peut considérer les premières comme la cause du second.

Rate et ganglions lymphatiques. — Les maladies de la rate et des ganglions lymphatiques ont une influence certainement beaucoup plus importante et plus fréquemment notée. Les pétéchies et les hémorrhagies sont des symptômes très fréquents de la mégalosplénie primitive, de l'anémie splénique primitive, de l'adénie, de la leucocythémie, à la période terminale de ces maladies, les lésions de la rate semblent donc avoir une influence sur la production des hémorrhagies. Malheureusement la pathologie de la rate est trop peu avancée pour qu'on puisse tirer de ce fait des conclusions pathogéniques bien certaines. D'ailleurs le purpura s'observe seulement à une période avancée des maladies de la rate, et à ce moment le foie est toujours malade; et ses altérations s'ajoutent à celles de la rate pour provoquer dans ces cas le purpura.

Cœur. — L'état de la musculature cardiaque a été aussi incriminé. Dans deux cas, Steffen (1) attribue le purpura « à l'hypertrophie du cœur, à l'augmentation du travail de cet organe et à l'élévation de la pression intra-vasculaire qui en résulte ».

Mais dans les cas signalés comme dans nos observations, il existait d'importantes lésions du foie auxquelles il convient d'attribuer une beaucoup plus grande importance qu'à la lésion cardiaque elle-même.

Les affections cardiaques n'influent donc guère sur la production du purpura, sinon par l'intermédiaire du foie.

Reins. — Le rôle des lésions rénales a été bien mis en lumière par Sortais (2). Quand le reins est altéré, conclut-il, « il ne peut rejeter qu'incomplétement au dehors les toxines introduites dans l'organisme; les poisons retenus paralysent ou stimulent les centres vaso-moteurs ou sécrétoires de la peau, qui devient le siège d'éruptions variées érythémateuses ou purpuriques ». Toutefois, les exemples qu'il donne montrent que, si les lésions du rein isolées prédisposent aux érythèmes médicamenteux ou toxiques, le *foie* est toujours touché en outre quand l'éruption cutanée prend la forme franchement purpurique. Les lésions du reins agissent donc seulement en prolongeant la durée de l'imprégnation de l'organisme par les toxines et favorisent ainsi l'action vaso-dilatatrice de celles-ci; elles aident considérablement à la production du purpura par toxinhémie, mais les tendances hémorragiques sont beaucoup plus le fait des lésions du foie.

Altérations du foie. — Parmi les diverses altérations viscérales, celles du foie paraissent donc déjà jouer le rôle prépondérant dans la pathogénie du purpura. On sait d'ailleurs combien sont fréquentes les hémorrhagies diverses au cours des maladies qui lèsent la cellule hépatique dans son intégrité fonctionnelle.

L'ictère grave n'est-il pas la maladie hémorragique par excellence? les poisons de la cellule hépatique (phosphore, arsenic) ne sont-ils pas ceux qui se manifestent par le syndrome hémorrhagique le plus complet? les hémorrhagies ne sont-elles pas, pour ainsi dire, la règle à une certaine période de la cirrhose atrophique c'est-à-dire de l'espèce de cirrhose qui lèse le plus la cellule hépathique. Cette tendance des maladies hépatiques n'est plus à démontrer : M. Bossu a traité ce point en détail. Ce qui nous importe est de savoir par quel mécanisme la lésion hépatique cause les hémorrhagies. D'après l'enseignement de M. Hanot, sa conclusion est que la fréquence des hémorrhagies dans les maladies du foie n'est nullement en rapport avec le degré de gêne de la circulation porte, ni avec une altération du sang, mais avec deux éléments, qui sont d'une part l'état des vaisseaux, de l'autre l'insuffisance hépatique.

En fait on trouve fréquemment des lésions hépatiques dans les autopsies de purpura, et plus les lésions du foie sont accentuées, plus les hémorrhagies ont été graves et les dimensions des taches de purpura considérables. Le foie est surtout trouvé malade dans les formes hémorrhagiques viscérales ou muqueuses, et s'étant traduites du côté de la peau par de vastes ecchymoses; les formes purement congestives, *ectasiques, exanthématiques*, ne paraissent pas s'accompagner de troubles du côté du foie; il est vrai que, dans ces formes légères, on n'a pas la confirmation nécropsique, mais nos moyens cliniques d'investigation de l'état fonctionnel du foie (recherche de la glycosurie alimentaire, recherche de l'urobilinurie) montrent cette absence d'altération. De même, dans les purpuras infectieux graves, le foie ne présente pas toujours d'altérations autres que celle du foie infectieux. Il semble qu'il y ait là comme un balancement entre la cause déterminante, l'infection (ou l'intoxication), et la cause prédisposante, l'état du foie. Une cause déterminante puissante causera un purpura hémorrhagique même si le foie est peu altéré; c'est ainsi qu'une fièvre typhoïde prendra facilement la forme hémorrhagique si elle s'associe à des altérations du foie (Dieulafoy) (1). Inversement, lorsque le foie est très altéré, il suffit de la plus légère cause déterminante pour provoquer le purpura, et cette cause déterminante peut être parfois assez futile pour passer inaperçue.

Les exemples de purpuras hémorrhagiques graves survenus sans cause déterminante bien appréciable chez des individus atteints de maladie du foie abondent, même si l'on élimine ceux qui s'accompagnaient d'ictère.

Dans les cas où le purpura est apparu chez des hépatiques sans cause occasionnelle et par le seul progrès des lésions cellulaires du foie, une fois le purpura apparu, il n'a pas rétrocédé : il a pris la forme chronique et a duré jusqu'à la mort.

Quand le purpura survient chez des hépatiques sous l'influence de causes occasionnelles (infections, intoxications, fatigue, émotion), il peut au contraire disparaître avec la cause qui l'a provoqué, mais les lésions hépatiques n'en impriment pas moins leur cachet à la forme clinique que prend le purpura : c'est généralement un purpura très hémorrhagique, et les lésions cutanées sont de larges macules violettes assez irrégulièrement distribuées.

Vernier avait insisté sur la constance de la dégénérescence graisseuse du foie dans le purpura des tuberculeux. De même dans la maladie des nouveau-nés qui porte le nom de dégénérescence graisseuse aiguë du foie (maladie de Buhl), et qui est vraisemblablement la conséquence d'une phlébite de la veine ombilicale, les seuls symptômes sont, avec l'hypertrophie du foie et la pâleur des téguments, les hémorrhagies viscérales et cutanées (1).

1. Wolff, *Berliner klinische Wochenschrift*, 3 mai 1883.

2. Steffen, Ueber Purpura (*Jahrbuch fur Kinderheilkunde*, 1893, XXXVII, 1).

1. Vernier, thèse de Paris, 1873.

Le purpura chez les nouveau-nés ne se voit guère du reste (sauf les cas de dégénérescence aiguë du foie, et les cas de septicémie infantile suraiguë) que chez les petits syphilitiques héréditaires (1). On a même pu décrire comme forme spéciale « la syphilis hémorrhagique des nouveau-nés (2) ». Or on sait que la syphilis fœtale débute par le foie, et cet organe est toujours profondément atteint chez les petits hérédo-syphilitiques.

L'influence du foie dans la production des hémorrhagies est donc nettement établie par la clinique; nous avons essayé de la mettre en lumière expérimentalement : en provoquant artificiellement des lésions cellulaires du foie chez le cobaye, en lui faisant ingérer de l'arsenic à haute dose, nous avons pu, dans un cas, amener une hématurie en y joignant l'action de l'infection microbienne.

De cette revue des différentes influences pathogéniques capables de jouer un rôle dans la production du purpura, nous devons conclure que l'importance de chacune des influences étudiées est très variable, suivant les cas. A l'existence ou à la prépondérance de certains éléments pathogéniques répond l'apparition ou la prédominance de certains symptômes cliniques et telle ou telle cause purpurigène engendre tel ou tel aspect de l'éruption.

III. Pathogénie des diverses variétés cliniques. — Reste donc à voir si à une variété clinique déterminée correspond une pathogénie spéciale. On peut avec Merklen (3), Thibierge (4), etc., admettre seulement trois variétés cliniques de purpura : 1° le purpura exanthématique; 2° le purpura à forme infectieuse; 3° la maladie de Werlhof auxquels il faut joindre 4° les purpuras secondaires ne se rattachant pas aux formes ci-dessus.

A. *Purpura exanthématique* (ou rhumatoïde).— Sous ce nom il faut grouper tous les faits où le purpura apparaît à la façon des exanthèmes congestifs de la peau (érythèmes polymorphe, noueux, papuleux). Parfois même il n'est en réalité qu'un exanthème rendu hémorrhagique par l'intensité même de la congestion cutanée ou par une disposition spéciale de l'organisme aux hémorrhagies; il procède par poussées éruptives successives à forme congestive, à éruption symétrique, localisée aux extrémités, constituée par un pointillé fin, rouge vif, très serré; il s'accompagne ou non d'œdèmes, d'érythème, d'urticaire, de prurigo, de douleurs rhumatoïdes; il est peu hémorrhagique. Tous les caractères que présente ce purpura doivent le faire considérer comme le type même du purpura congestif, ectasique, par vaso-dilatation capillaire. Quant à la cause de cette vaso-dilatation capillaire elle semble être, par l'étiologie, par ce que nous savons de l'influence des toxines microbiennes sur la pathogénie du purpura, une toxhémie. La substance toxique contenue dans le sang agit soit directement sur les petits vaisseaux, soit plus probablement par l'intermédiaire des centres nerveux, peut-être à la fois par les deux procédés. Cette toxhémie est le résultat de l'introduction dans l'organisme soit d'une toxine microbienne provenant d'une infection locale récente (angine, furoncle, etc.), soit d'une substance toxique minérale végétale ou animale, absorbée par les aliments ou de toute autre façon, soit de toxiques formés dans l'organisme lui-même. Les altérations rénales favorisent la production de cette variété de purpura en entravant l'élimination des substances toxiques qui peuvent se trouver dans le sang.

B. *Purpura à allures infectieuses.* — Cette variété débute et évolue à la façon des septicémies; son éruption est constituée par des groupes de pétéchies violet pourpré distribuées irrégulièrement et apparaissant indépendamment les unes des autres. Il peut s'accompagner ou non de phlegmons, d'abcès, d'ecthyma, de gangrènes, de suppurations séreuses ou articulaires. Tous ces caractères en prouvent bien la nature microbienne. La mortification et la suppuration possibles des taches purpuriques, la disposition de ces taches en groupes répondant vraisemblablement à des arborisations vasculaires, leur dissémination irrégulière à la surface du corps montrent bien qu'elles sont dues à des embolies microbiennes. Mais si les embolies microbiennes provoquent les lésions vasculaires et les troubles circulatoires locaux qui détermineront la localisation de l'hémorrhagie au point embolisé, elles ne créent pas la tendance aux hémorrhagies. Celle-ci dépend vraisemblablement d'un état antérieur de l'organisme. Souvent en effet, mais pas toujours, les purpuras infectieux surviennent chez des individus fatigués, débilités pour une cause quelconque (privations, excès, maladies antérieures) et dont les organes sont en état de moindre fonctionnement vital. Les altérations viscérales qui sont le résultat de la septicémie elle-mêmes ne peuvent qu'accroître cet état et le créent au besoin. Elles expliquent en tout cas la gravité progressive des hémorrhagies, et, dans les rares cas qui guérissent, la persistance parfois prolongée de la tendance hémorrhagique, même après la disparition de l'état infectieux.

C. *Maladie de Werlhof* se caractérisant par de larges macules hémorrhagiques dermiques ou sous-dermiques, sans fièvre ni état infectieux, sans érythèmes, œdèmes, ni douleurs rhumatoïdes, c'est une affection rare dont la pathogénie est entièrement inconnue. « Les symptômes viscéraux, le manque de symétrie de l'éruption et l'absence des poussées fluxionnaires cutanées et articulaires qu'on observe dans le purpura rhumatoïde, semblent devoir faire rejeter l'intervention du système nerveux. La multiplicité des hémorrhagies viscérales paraît indiquer une altération sanguine; mais celle-ci est-elle d'origine infectieuse, ou primitivement d'ordre chimique? Rien ne permet encore de trancher cette question. » (Thibierge (1).

D. *Purpuras secondaires.* — Un certain nombre prennent la forme exanthématique ou infectieuse; d'autres revêtent une apparence maculeuse se rapprochant de la maladie de Werlhof dont ils n'ont d'ailleurs ni la bénignité, ni la courte durée. Les observations les plus caractéristiques de ces purpuras maculeux sont celles qui concernent les maladies du foie; il me semble que cette forme particulière de purpura est sous la dépendance de l'état des fonctions du foie et relève d'une insuffisance hépatique; dans les purpuras survenus chez les cardiaques, c'est par l'intermédiaire du foie qu'agit la lésion du cœur. Mais comment agit la lésion hépatique? c'est sans doute en entravant la destruction et l'élimination des poisons formés dans l'organisme; mais il faut faire aussi jouer un rôle à l'altération des fonctions hématopoiétiques du foie; c'est en effet dans cette forme que Bensaude a trouvé presque exclusivement les lésions du sang qu'il a décrites.

Enfin, surtout parmi les purpuras secondaires, il est

1. Joly, *Société anatomique*, 1896. Voir aussi de nombreux cas dans le travail de Romme : La diathèse hémorrhagique et les hémorrhagies gastro-intestinales chez les nourrissons (*Revue des maladies de l'enfance*, 1894, p. 198).
2. Behrend, *Zeitschrift fur praktische Medicin*, 1877.
3. Merckles, *Gaz hebdom.*, 1883.
4. Thibierge, *Traité de médecine*, t. II, et *Gaz. hebdom.*, 1891.

1. Thibierge, *Traité de médecine*, t. II.

des cas à symptomatologie mixte; dans ces cas mixtes, les éléments pathogéniques spéciaux à chaque variété se combinent et, dans le complexus symptomatique qui en résulte, les caractères cliniques propres à chaque variété ont une importance proportionnelle à celle de l'élément pathogénique correspondant; c'est qu'alors certaines influences d'ordre différent s'ajoutent pour produire la maladie.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Session annuelle tenue à Paris du 3 au 6 mai 1897.

Complications intracrâniennes d'origine otique.

M. Moure a rapporté 3 observations relatives à des complications intracrâniennes d'origine otique. La première a trait à un enfant de 5 ans qui fut atteint d'un abcès extradural assez volumineux occupant la paroi externe du sinus, survenu au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée. L'opération permit de vider complètement l'abcès, de curetter la dure-mère fongueuse et de drainer la plaie. Le petit malade fut rapidement guéri.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme enceinte ayant été prise dans les derniers mois de sa grossesse de symptômes qui firent penser d'abord à de l'aliénation mentale, de l'urémie, ou de la folie puerpérale. Pour ce motif, la patiente fut délivrée avant terme, mais comme elle continuait à délirer, on rechercha la cause de ce trouble, et l'on s'aperçut qu'elle présentait une suppuration de l'oreille. L'examen ayant montré l'existence d'une complication intracrânienne, on pratiqua d'abord l'ouverture de l'antre et de la caisse et, dans la même séance, l'ouverture de la cavité crânienne, dans laquelle on trouva un abcès extradural au niveau de la fosse cérébrale moyenne. Cette première intervention ne fut suivie d'aucune amélioration dans l'état de la malade, qui succomba 48 heures après, avant que l'on eût le temps d'intervenir à nouveau. A l'autopsie, on découvrit un vaste abcès du cerveau de la grosseur d'un œuf de poule, ouvert dans le ventricule et ayant déterminé la mort; les parois cérébrales étaient ramollies.

La troisième observation concerne un enfant de 30 mois, qui, à la suite de la rougeole, fut atteint d'une bronchopneumonie d'abord, puis d'une otite moyenne suppurée qui semblait guérir même; mais la fièvre ayant persisté, on constata, en examinant l'oreille, une voussure considérable du tympan qui fut incisé; aussitôt il s'écoula de la caisse une certaine quantité de pus. La fièvre ayant persisté on ouvrit, dans une deuxième intervention, l'antre mastoïdien et la caisse, qui était remplie de pus et de fongosités. Malgré cette double opération, la fièvre persista très intense, sans autre symptôme apparent. Dans l'idée d'une pyohémie due à l'infection des sinus, on fit une troisième opération au cours de laquelle on ouvrit la fosse cérébrale moyenne, qui était intacte, et la paroi du sinus latéral. A peine la couche osseuse qui sépare ce dernier de l'antre fut-elle enlevée qu'un flot de pus sortait en bouillonnant et sous la forme de jets, avec battements isochrones à ceux du pouls. L'abcès fut vidé, le sinus drainé, mais néanmoins l'enfant succomba, 36 heures après, à des phénomènes infectieux.

Inflammation aiguë de l'amygdale linguale.

M. Bar (de Nice). — L'amygdale linguale est une anomalie pathologique des follicules linguaux de l'anneau lymphoïde de Waldeyer; elle naît d'inflammations répétées de ces follicules. Ces inflammations, quelquefois simplement catarrhales, sont le plus souvent primitivement infectieuses, constituant un des modes de la « fièvre amygdalienne » de Landouzy, ou secondaires à des états infectieux tels que typhoïde, rougeole, etc.

L'influenza nous a paru particulièrement favorable au développement de cette inflammation. D'après Veillon, ces amygdalites sont causées par une invasion de streptocoques pyogènes seuls, ou associés au pneumocoque, au staphylocoque, etc.

Peu graves par elles-mêmes, ces inflammations, propres à l'arthritisme, à l'âge adulte et à la ménopause, peuvent être, par leurs symptômes d'obsession gutturale (gène à la gorge, sensation de corps étranger, toux opiniâtre avec crachats muqueux et quelquefois sanglants), le point de départ d'un état neurasthénique sérieux.

Le laryngoscope établit le diagnostic et montre à la base de la base de la langue un bloc amygdalien et des veinules variqueuses, le tout plus ou moins enflammé.

On emploiera comme traitement abortif les badigeonnages à la solution de nitrate d'argent à 1/15, de chlorure de zinc à 1/50, de pyoctanine à 1/10, et le salol à l'intérieur, à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Contre la période d'état, les gargarismes ou les irrigations pharyngiennes antiseptiques au bicarbonate de soude, à l'acide borique, au phénosalyl, aux acides phénique ou salicylique, la compresse chauffante de Priessnitz sont recommandés. Quand la période inflammatoire sera éteinte, il faudra détruire au galvanocautère la glande hypertrophiée.

Traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche.

M. Monnier (de Paris), après avoir passé en revue les diverses opérations pratiquées chez les scléreux pour améliorer la surdité et les bruits, dit qu'il se rallie à l'ablation du tympan et des deux gros osselets. Il est partisan, lui aussi, comme certains opérateurs, d'une résection partielle de la paroi postéro-supérieure du conduit pour mieux voir l'étrier et le dégager.

Toutefois, il propose de pratiquer cette résection osseuse par le conduit, sans décollement préalable du pavillon, ce qui occasionne un bien moindre traumatisme.

L'orateur insiste sur l'importance des pansements consécutifs, desquels dépend souvent tout le résultat opératoire.

L'audition des opérés pour la voix parlée augmente dans la proportion de 1 à 5; les bruits cessent complètement chez quelques patients; chez les autres ils s'atténuent notablement, ainsi que l'état habituel de congestion de la face.

Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal.

M. Molinié (de Marseille) a observé un malade qui, dans une tentative de suicide, se porta de la main gauche un coup de couteau dans la région de la nuque. La lame pénétra à une profondeur de 5 centimètres, passa sous le bord inférieur de l'occipital et atteignit par cette voie la branche interne du spinal. Les troubles observés consistèrent en une hémiplégie du voile du palais, une parésie de constricteur du pharynx et une paralysie de la corde vocale du même côté.

Les faits de ce genre sont surtout intéressants par les associations paralytiques auxquelles ils donnent lieu.

Traitement des laryngites par les pulvérisations intralaryngiennes.

M. Vacher (d'Orléans). — Le traitement des laryngites par les pulvérisations intralaryngiennes est préférable aux inhalations, aux insufflations de poudres ou aux badigeonnages, sauf dans certains cas particuliers. On emploie des solutions émollientes, calmantes, astringentes ou caustiques, suivant les circonstances. Ce procédé permet sans crainte l'usage de la cocaïne, que l'on peut exactement doser. Cette pulvérisation calmante et décongestive fait mieux supporter le traitement actif, dont l'action se prolonge avec moins de réflexes. Je l'ai employé avec succès dans les trachéites chroniques avec arborescences si fréquentes et si rebelles, et dans les différentes formes de laryngites chroniques ou bacillaires.

De la toux pharyngée.

M. P. Jacquin (de Reims). — La toux pharyngée peut se manifester sous deux formes; la toux ordinaire et le hemmage. Elle est toujours provoquée par une sensation de corps étranger, souvent rapportée au larynx, quelquefois plus haut; elle est sèche, quinteuse, monotone, petite, tenace. Ce dernier caractère provient de ce que cette toux est méconnue; du reste, il n'est pas toujours facile de trouver la lésion pharyngée. Dans certains cas, elle doit être minutieusement recherchée.

M. Jacquin n'a jamais vu l'hypertrophie simple des 4 amygdales, pas plus que celle de la luette, produire de la toux. Pour que le réflexe tussigène soit réveillé, il faut qu'une inflammation intercurrente intervienne; parfois cependant l'inflammation disparaît et la toux persiste.

Bactériologie de l'ozène.

M. Auché (de Bordeaux) communique le résultat de recherches bactériologiques qu'il a fait dans 24 cas de coryza atrophique :

1° Le diplobacille de Lœwenberg a été constaté dans tous les cas de coryza atrophique avec ou sans ozène en cours d'évolution. Il n'a pas été trouvé dans les coryzas atrophiques anciens guéris en apparence.

2° Le bacille pseudo-diphthérique a été décelé 18 fois sur 20 observations de coryza atrophique en évolution. Il a manqué dans 2 cas de coryza atrophique avec ozène. Il a été rencontré 2 fois sur 4 malades atteints de coryza atrophique ancien et très amélioré.

3° Le petit bacille de Pes-Gradenigo n'a été trouvé que chez des ozéneux, mais seulement dans la proportion de 3 sur 20.

4° L'électrolyse n'a pas déterminé de modifications dans la flore microbienne de nos malades.

Tumeurs vasculaires de la région nasale.

M. Egger (de Paris) a extirpé, chez une femme de 71 ans, une tumeur pédiculée de la cloison, de la dimension d'une cerise et donnant lieu à de fréquentes épistaxis. L'opération et ses suites furent des plus simples. Il n'y avait pas de récidive 8 mois après.

L'examen histologique montra, outre des dilatations vasculaires, la présence de tous les stades de l'organisation du caillot hémorrhagique, depuis le foyer sanguin jeune, le foyer dégénéré et en voie de réparation jusqu'au tissu organisé tendant à se scléroser. La tumeur paraît donc être le résultat d'une série d'hémorrhagies interstitielles dont chaque foyer a été le siège d'un travail d'organisation aboutissant à l'apparition de vaisseaux de nouvelle formation.

Épistaxis dues aux odeurs.

M. Joal (du Mont-Dore), après avoir constaté que, dans les traités de rhinologie parus dans ces derniers temps, on passe sous silence le rôle étiologique des odeurs dans la production de l'épistaxis, alors que les anciens auteurs ont signalé l'intervention du facteur olfactif, rapporte 3 cas d'hémorrhagies nasales dues à l'influence des odeurs.

Au point de vue pathogénique, ces épistaxis se rattachent à des troubles vasomoteurs; elles ont pour origine une impression olfactive et, secondairement, une excitation des filets du trijumeau.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Debienne (Henri). *De la hernie du poumon.* N° 296. (G. Steinheil.)

M. Jacquemart (V.). *Des hémorrhagies post-opératoires dans la thyroïdectomie.* N° 298. (H. Jouve.)

M. Colonna-Walewski (Augustin-Antoine). *Des abcès de la cloison des fosses nasales.* N° 282.

M. Macé (J.). *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.* N° 284. (P. Lemaire.)

M. Benoit (C.). *Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme.* N° 292.

M. Gannat (Joseph). *De l'hystérotomie médiane antérieure vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de de la cavité utérine.* N° 264. (Ollier-Henry.)

M. F. Baudouin. *Du sarcome mélanique du tractus uvéal.* N° 508. (Ollier-Henry.)

M. Willemin (Gaston). *Du traitement post-opératoire des végétations adénoïdes du pharynx nasal (accidents consécutifs).* N° 306.

M. Delaunay (Gabriel). *Etude et considérations générales sur le rôle fonctionnel de la glande thyroïde.* N° 304. (H. Jouve.)

M. Bresard (Georges). *Études de chirurgie pulmonaire.* N° 273. (G. Steinheil.)

Indépendamment des hernies congénitales produites peu après la naissance grâce à une malformation congénitale, les différentes variétés de hernies peuvent se rencontrer chez l'enfant : la pneumocèle que M. Debienne étudie est une affection de tous les âges. Il existe des hernies traumatiques sans plaie, différentes au point de vue clinique et thérapeutique des hernies consécutives et des hernies traumatiques à travers une plaie. La pneumocèle peut occuper tous les points de la cage thoracique; les régions antéro-latérales de préférence aux régions postérieures.

Une douleur très vive, parfois syncopale, coïncidant avec l'apparition d'une pneumocèle spontanée, et une ecchymose développée progressivement les jours suivants et pouvant dépasser les limites de la hernie indiquent une déchirure des muscles intercostaux de l'espace correspondant.

La guérison spontanée des pneumocèles est très rare. Une hernie du poumon abandonnée à elle-même tend le plus souvent à augmenter de volume et à devenir irréductible.

Les interventions chirurgicales touchant la paroi thoracique et la plèvre peuvent provoquer des hernies consécutives. La hernie consécutive à une pleurotomie survient peu de temps après la cicatrisation de la plaie pariétale. Si cette cicatrisation a été rapide, la guérison peut être obtenue promptement par le port d'un bandage.

Il y a des hernies qu'il ne faut pas vouloir réduire à tout prix par le taxis. Ce sont les hernies traumatiques sans plaie dans lesquelles on soupçonne une altération (par le fait du traumatisme) de la portion du poumon herniée. Dans ce cas il faut s'abstenir de toute manœuvre capable de produire un épanchement d'air et de sang dans la cavité pleurale. Le traitement sera tantôt l'expectative simple, tantôt l'intervention chirurgicale.

L'irréductibilité, la tendance à l'accroissement, les douleurs spontanées, l'impossibilité d'exercer une profession pénible, de maintenir sous la pelote une hernie réduite, la difformité que crée le volume de la tumeur, sont des conditions pour lesquelles l'opportunité de la cure radicale peut être invoquée, surtout si plusieurs d'entre elles sont réunies sur le même sujet et s'il n'y a pas de contre-indications tenant à l'âge (jeunes enfants, vieillards) ou à l'état général.

Les hémorrhagies consécutives aux opérations sur le corps thyroïde, jadis assez fréquentes, sont devenues plus rares aujourd'hui. Dues autrefois à l'infection surtout, elles dépendent actuellement presque toujours d'une hémostase imparfaite ou de la chute des ligatures. Elles déterminent une anémie traumatique sérieuse et peuvent entraîner la mort. Aussi, nous dit M. Jacquemart, faut-il surveiller attentivement les opérés de goitres dans les premiers jours de l'opération, et si une hémorrhagie vient à se produire, la traiter immédiatement par le débridement de la plaie, le pincement hémostatique et la ligature des vaisseaux. Le tamponnement n'est indiqué que dans des conditions particulières. Si dans quelques cas exceptionnels, la ligature de la thyroïdienne est impossible, il faut recourir à celle de la carotide primitive.

Il résulte de l'étude de M. Colonna-Walewski que les abcès de la cloison des fosses nasales sont rares. Ils sont d'origine traumatique, succédant le plus souvent à l'hématome. Dans les cas dits idiopathiques, une ulcération passée inaperçue a permis la pénétration du microbe. Le diagnostic est facile. Le pronostic n'est pas grave, mais il faut tenir compte de la déformation en coup de hache du dos du nez, qui est définitive et qu'on rencontre dans la moitié des cas. Le traitement consistera à ouvrir l'abcès le plus tôt possible au bistouri ou mieux au galvano-cautère. La plaie sera maintenue béante pendant une semaine à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée renouvelée tous les deux jours.

Élève de Schwartz, M. Macé nous montre que les pédicules des fibromes sous-séreux pédiculés de l'utérus peuvent se tordre. Ces torsions produisent le plus souvent des accidents graves, rarement la guérison. Elles se font par un mécanisme peu connu; leurs causes peuvent être très différentes suivant les cas, et multiples. La torsion peut être lente ou brusque. Suivant son mode, elle donne lieu à des symptômes différents, elle est passagère ou durable, complète ou incomplète. Le diagnostic de la torsion et surtout celui de la tumeur présente des difficultés presque insurmontables, et sera le plus souvent fait au cours de l'intervention. Dans les cas de diagnostic de fibrome sous-péritonéal mobile, la possibilité d'une complication résultant de la torsion d'un pédicule probable hâtera l'intervention.

Les kystes hydatiques de la cavité pelvienne constituent une affection très rare. M. Benoit pense que la plupart naissent dans le tissu sous-séreux, mais il en est un certain nombre qui ont pour point de départ un des organes du petit bassin : ovaires, trompes, utérus.

Il n'existe pas de signe caractéristique distinguant ces tumeurs. Le diagnostic en est très difficile. Le frémissement hydatique n'a été constaté que rarement. La ponction qui pourrait être très utile est trop dangereuse pour qu'il soit permis d'y recourir comme moyen de diagnostic. L'évolution est lente, mais la tumeur augmente toujours progressivement. Les kystes hydatiques du bassin sont souvent une cause sérieuse de dystocie. L'intervention de choix est la laparotomie, sauf en cas de grossesse, où il faudra se borner à la ponction ou l'incision par le cul-de-sac vaginal. Le pronostic opératoire est à réserver en raison des difficultés de l'ablation rendue le plus souvent très pénible par les adhérences unissant la tumeur aux organes voisins.

En se fondant sur 3 observations de Schwartz, M. Gannat conclut que l'hystérotomie médiane antérieure vaginale représente l'opération préliminaire qu'il convient d'appliquer de propos délibéré dans l'extirpation des polypes fibreux intra-utérins et dans le cas de fibromes sous-muqueux profondément situés, inopérables par les moyens ordinaires mais dont l'ablation ne délabrera pas l'utérus. Elle est, en effet, d'une exécution facile et n'expose la malade et le chirurgien à aucun accident grave. De plus, grâce à la facilité d'accès dans la cavité utérine qu'elle donne au chirurgien, elle doit être employée avec avantage comme opération exploratrice de l'utérus; et son emploi simplifie encore l'intervention chirurgicale puisqu'elle représente le premier temps de l'hystérectomie totale vaginale, opération que l'on peut être contraint de pratiquer dans la même séance.

Dans les causes du sarcome mélanique du tractus uvéal on ne doit guère compter l'âge comme jouant un très grand rôle. Les limites en sont trop incertaines. Il en est de même pour le sexe. M. F. Baudouin pense qu'on devra, par contre, faire entrer en ligne de compte l'hérédité. Le diagnostic est surtout important dans la première et la seconde période; d'un diagnostic précoce peut dépendre une survie notable. Le pronostic est très grave, mais cependant l'opinion de ceux qui veulent faire de cette affection un véritable *noli me tangenre* est de tout point excessive; la récidive est très fréquente sans doute, mais les cas de survie sont loin d'être rares, et il est des survies très longues, ainsi qu'en témoigne la statistique de l'auteur. Ces survies seraient plus fréquentes et plus longues encore si les malades bénéficiaient constamment de toutes les ressources de la chirurgie, si l'on pratiquait plus souvent l'exentération au lieu de l'énucléalion. L'énucléation peut suffire à la première période, mais l'exentération de l'orbite est pour le sarcome mélanique du tractus uvéal l'opération de choix.

L'opération des végétations adénoïdes par la méthode sanglante doit être pratiquée aseptiquement. M. Willemin pense que l'asepsie pré et post-opératoire est le plus facilement obtenue à l'aide de la douche nasale de Weber. L'usage du siphon de Weber entraîne la connaissance d'une bonne technique. Parmi les accidents, les uns sont directement imputables au traumatisme opératoire. D'autres, plus graves, sont au nombre de deux principaux : l'hémorrhagie et l'infection auriculaire. Les dangers de l'hémorrhagie secondaire, qui est souvent le fait d'une asepsie insuffisante, peuvent être évités par le lavage fréquent des cavités nasales. L'otite moyenne aiguë, non directement imputable à l'imprudence des malades, à une affection auriculaire antérieure ou à une infection générale, sera évitée le plus souvent par l'asepsie rigoureuse du cavum avant et après l'opération.

Dans son étude M. Delaunay a essayé d'exposer l'état actuel de nos connaissances sur les fonctions thyroïdiennes. Malgré les nombreux travaux des cliniciens et des physiologistes sur ce sujet, nous en sommes réduits encore à des hypothèses pour ce qui concerne l'essence même de ces fonctions. Dans l'attente que des faits plus positifs apporteront une solution définitive à toutes ces données problématiques, nous devons nous borner à reconnaître l'importance du rôle de la glande dans l'économie et admettre sans conteste, avec J.-L. Reverdin et les autres chirurgiens, que la thyroïdectomie totale n'est pas une opération physiologiquement permise, surtout dans le jeune âge, et qu'à moins d'absolue nécessité l'ablation partielle de la glande doit être l'unique but de l'opérateur.

Les indications de la chirurgie pulmonaire se présentent de plus en plus nombreuses à mesure que les cas d'intervention se multiplient. M. Bresard reconnaît d'ailleurs que certaines interventions sont faites et seront faites encore longtemps peut-être malgré contre-indication formelle par suite des erreurs fréquentes de diagnostic; et même les interventions chirurgicales dans les lésions du poumon ont démontré la possibilité de ces erreurs même par d'habiles cliniciens, les modes d'exploration ordinaire du poumon, percussion, auscultation, étant souvent insuffisants et inefficaces pour préciser le siège exact de certaines affections pulmonaires localisées.

L'exploration chirurgicale se fera soit par la palpation extérieure du poumon après pleurotomie, ou même directement dans le parenchyme pulmonaire par pneumotomie. La pleurotomie et la pneumotomie exploratrices pratiquées avec toutes les règles de l'antisepsie doivent entrer dans la pratique chirurgicale, au même titre par exemple que la laparotomie exploratrice.

L'intervention opératoire dans les cas d'hémorrhagie grave incoercible est absolument légitime; elle devient, dans certains cas, la seule chance de salut du malade. La pneumotomie est nettement contre-indiquée dans la dilatation bronchique diffuse quand celle-ci est diagnostiquée. Elle doit être faite en une séance, qu'il y ait ou non adhérences pleurales.

La résection costale doit être la règle dans les interventionss sur le poumon, soit qu'elle donne un jour suffisant pour atteindre la lésion, soit qu'elle favorise le retrait et la cicatrisation des cavités pathologiques. Le thermocautère est l'instrument de choix pour l'incision du poumon. Les lavages antiseptiques doivent être absolument proscrits.

Le drainage de la plèvre au niveau de la 8e côte sur la ligne axillaire devra être fait systématiquement toutes les fois que la grande cavité séreuse aura été ouverte dans une opération pour une lésion septique. Le pneumothorax ne sera pas une complication fréquente dans les interventions pour lésions inflammatoires du poumon. Dans les lésions traumatiques, il précédera le plus souvent l'intervention.

Les abcès du cerveau constituent une complication assez fréquente après les interventions pour suppurations pulmonaires pour entrer en ligne de compte quand on voudra décider de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Mélanose du péricarde (Ueber Melanose des Pericardiums), par M. Borst (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLVII, p. 418). — L'auteur a trouvé deux fois à l'autopsie d'un tuberculeux le péricarde pariétal coloré en noir. Cette coloration d'un noir foncé ne se présentait pas sous forme de taches ou de stries qu'on observe à la suite de la putréfaction dans les hémorrhagies des séreuses, mais elle était uniformément distribuée sur tout le feuillet pariétal du péricarde. Dans les deux cas, il existait bien au niveau de l'épicarde quelques pétéchies peu étendues, de couleur rose, mais elles ne pouvaient guère expliquer la genèse de la mélanose.

L'examen microscopique du feuillet pariétal mélanique a donné des résultats un peu différents dans les deux cas.

Dans le premier cas, les cellules endothéliales, dont le noyau pourvu de son nucléole était conservé, étaient remplies d'une quantité variable de petites granulations noires. Ces granulations étaient tantôt uniformément distribuées dans le protoplasma, tantôt accumulées dans un point de la cellule et formaient un croissant ou un cercle, ou une autre figure au voisinage du noyau. Les cellules elles-mêmes avaient conservé leurs dimensions normales, et ne présentaient aucun signe de dégénérescence.

Dans le second cas, la pigmentation des cellules endothéliales présentait les mêmes caractères que dans le premier ; elles étaient considéralement augmentées de volume, et ressemblaient à des cellules géantes. Mais, en même temps, à côté de ces cellules remplies de pigment noir, il en existait d'autres, où, outre le pigment noir, on trouvait du pigment brunâtre et du pigment couleur de rouille, dont la teinte présentait tous les intermédiaires entre le noir et le brun clair. En second lieu, dans un certain nombre de cellules, il existait, à côté des granulations, d'autres amas granuleux, de forme irrégulière, tantôt arrondis, tantôt allongés, en certains points de véritables gouttelettes, analogues à celles qui se trouvaient dans le liquide péricardique des deux cadavres, et qui furent reconnues pour être des gouttelettes d'hémoglobine. Dans l'endothélium du feuillet pariétal, ces amas de granulations et ces gouttelettes se trouvaient, parfois, en dehors des cellules.

L'examen microchimique du pigment noir, des amas granuleux et des gouttelettes a montré que tous ces éléments se composaient d'hémoglobine, ou qu'ils en renfermaient une quantité plus ou moins considérable.

La coloration noire du péricarde tenait donc tout simplement à la résorption d'un ancien épanchement sanguin. D'après l'auteur, le pigment brunâtre ou couleur de rouille, qu'on trouvait dans certaines cellules, était probablement un oxyde de fer, c'est-à-dire de l'hémosidérine; quant au pigment, l'auteur admet qu'il était formé de fer métallique, résultant de la réduction de l'oxyde de fer par la cellule elle-même.

L'évolution particulière de l'épanchement sanguin, qui a amené la coloration noire uniforme du feuillet pariétal du péricarde, est attribuée par l'auteur à l'obstruction des lympathiques du médiastin par le processus tuberculeux très étendu qui existait dans les deux cas.

Le liséré saturnin (Anatomisches und Klinisches über den Bleisaum), par H. Ruge (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LVIII, p. 287). — L'examen histologique et microchimique du liséré saturnin obtenu par la biopsie du bord des gencives de 7 malades a montré à l'auteur que le dépôt brunâtre était formé par du sulfure de plomb et qu'il s'accumulait presque exclusivement dans les papilles de la muqueuses gingivale, le plus abondamment dans l'endothélium des capillaires du sommet de ces papilles.

En s'appuyant sur les expériences d'intoxication saturnine chez les animaux, l'auteur suppose que le plomb qui circule dans le sang sous forme d'albuminate traverse les capillaires et arrive dans la muqueuse gingivale où sous l'influence de l'hydrogène sulfuré formé dans la bouche par la putréfaction des parcelles alimentaires, il se transforme en sulfure de plomb.

Cirrhose expérimentale par le phosphore (Experimentelle Lebercirrhose nach Phosphor), par Aufrecht (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LVIII, p. 302). — Des recherches faites sur des lapins auxquels le phosphore était administré par la voie sous-cutanée ont montré à l'auteur que le phosphore amène une lésion des cellules hépatiques allant jusqu'à la nécrose et se manifestant surtout au niveau des cellules périphériques des acini. Si le phosphore est donné à de petites doses fréquemment répétées, la lésion produite consiste dans une sorte d'atrophie du protoplasma qui pâlit.

De ces faits l'auteur conclut que l'hépatite interstitielle, la cirrhose dérive non pas d'une inflammation du tissu conjonctif interstitiel mais d'une lésion des cellules périphériques des acini.

Périnévrite au cours du rhumatisme articulaire aigu (Eine bisher noch nicht beachtete Complication des acuten Gelenkrheumatismus), par E. Steiner (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LVIII, p. 237). — L'auteur a réuni dans son travail 36 observations de rhumatisme articulaire aigu où à côté d'autres symptômes classiques, il existait des douleurs spontanées le long des troncs ou des plexus nerveux. La compression de ces troncs ou de ces plexus était très douloureuse.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une sorte de périnévrite provoquée par le virus rhumatismal, dont dépendent également les autres manifestations rhumatismales.

Comme traitement on réussit assez vite en donnant de l'iodure de potassium en même temps que du salicylate de soude.

Les épanchements sanguins dans le canal vertébral des nouveau-nés (Ueber Blutergüsse in den Wirbel-Kanal bei Neugeborenen), par Schaeffer (*Arch. f. Gynäkol.*, 1897, vol. LIII, p. 278). — Les recherches de l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Les épanchements sanguins dans le canal vertébral des nouveau-nés se rencontrent dans 10 p. 100 des cas ; sur les 17 cas observés, on compte 41 p. 100 des cas où l'accouchement s'est terminé par une intervention opératoire; dans 24 p. 100 des cas il y a eu un autre traumatisme obstétrical; dans 29 p. 100 des cas la mort a été amenée par une maladie survenue après la naissance.

2° Au point de vue étiologique de la localisation, les hémorrhagies se divisent en hémorrhagies autour du bulbe (3 cas); hémorrhagie dans le canal cervical (2 cas) ; hémorrhagie dans le canal cervico-dorsal (3 cas); hémorrhagie dorso-lombaire (2 cas).

CHIRURGIE

Bactériologie du lait de femme et étiologie de la mastite (Beiträge zur Frage der Keimgehalter der Frauenmilch und zur Aetiologie der Mastitis), par R. Köstlin (*Arch. f. Gynäkol*, 1897, vol. LIII, p. 201). — Il résulte des recherches de l'auteur que le lait des femmes enceintes, accouchées et de celles qui nourrissent, renferme, dans 75 à 91 p. 100 des cas, des microorganismes, le plus souvent des staphylocoques blancs qui pénètrent du dehors en dedans, c'est-à dire du mamelon en cheminant le long des canaux galactophores. Ces microorganismes ne provoquent ordinairement aucun phénomène morbide chez la mère ni chez l'enfant.

En cas de mastite, l'infection se propage par les lymphatiques en partant d'une érosion superficielle. Tantôt on observe la forme ordinaire de mastite produite par l'invasion des staphylocoques, principalement du staphylocoques doré; tantôt on trouve une sorte de pseudo-érysipèle avec abcès rétro-mammaires, produit par le streptocoque. Dans les deux cas il ne s'agit pas d'une infection hématogène.

Spina bifida et prolapsus de l'utérus chez une nouveau-née (Prolapsus Uteri completus bei einem neugeborenen Kinde, Spina bifida), par L. Krause (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 16, p. 422). — Il s'agit dans l'observation d'une enfant nouveau-née sans antécédents héréditaires que l'auteur vit au 5e jour après la naissance. Il existait un spina bifida dorso-lombaire, un prolapsus complet de l'utérus et un léger ectropion de la muqueuse rectale. Les autres organes

étaient normaux et la santé de l'enfant paraissait excellente. L'utérus se réduisait avec la plus grande facilité mais il ressortait aussitôt qu'il n'était plus soutenu.

L'auteur a opéré le spina bifida, et l'enfant succomba 8 jours après l'opération. L'autopsie n'ayant pas été faite, l'auteur suppose que le prolapsus de l'utérus tenait à une laxité des ligaments comme on les observe toujours dans le spina bifida.

GYNÉCOLOGIE

Acétonurie comme signe de la mort du fœtus (Aceton im Harn der Schwangerer und Gebärender als Zeichen der intra-uterinen Fruchttodes), par L. Knapp (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 16, p. 417). — Chez des femmes enceintes ou en train d'accoucher et qui ont mis au monde un fœtus mort ou macéré, l'auteur a trouvé une acétonurie plus ou moins abondante. Dans la moitié de ces cas les femmes étaient syphilitiques, mais tant que le fœtus vivait, l'urine de la femme ne contenait pas d'acétone.

L'auteur pense donc que l'acétonurie de la femme enceinte est un signe certain et la mort du fœtus.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'érisypèle par les badigeonnages de gaïacol.

D'après M. le Dr Pierre Wagon.

Depuis la courte note de Sciolla de Gênes (1) sur les propriétés antithermiques des badigeonnages de gaïacol dans la fièvre tuberculeuse, on a essayé ce mode de traitement dans de nombreuses pyrexies. M. Bard (de Lyon) (2) l'a expérimenté dans l'érysipèle, et ce sont les résultats de sa pratique que M. Wagon a consignés dans sa thèse (3) en y ajoutant quelques observations nouvelles.

Le gaïacol est employé à la dose de 1 à 2 grammes, répétée 2 fois par jour pendant toute la durée de la maladie. Sous l'influence de ce badigeonnage, la température s'abaisse de 0°1 à 2°5 en 2 heures; dans quelques rares cas il y a élévation de la courbe, d'autres fois elle ne descend qu'après une ascension de courte durée. Les abaissements thermiques sont plus considérables vers la fin de la maladie. La réascension se fait 2, 3, 4 heures et même plus après l'application.

Néanmoins, cette action antipyrétique n'est pas éphémère, en ce sens qu'elle est le point de départ de l'abaissement de la courbe fébrile jusqu'à apyrexie complète. C'est là un fait que les cas réunis par M. Wagon semblent mettre très nettement en lumière.

Outre ces propriétés antithermiques, les badigeonnages amènent une amélioration notable de l'état général. Le délire disparaît, la céphalalgie, l'anorexie, l'état saburral de la langue s'amendent rapidement. Les malades accusent un bien-être marqué, leurs souffrances sont calmées, leur abattement est moindre.

Quelquefois cependant, la chute brusque de la fièvre, surtout lorsqu'elle atteint ou dépasse 1°5, est telle qu'elle peut provoquer une sensation de froid accompagnée de sueurs profuses, de ralentissement du pouls, de pâleur de la face. Puis cette hypothermie peut être suivie d'une poussée fébrile capable d'entraîner la mort. Ce sont là heureusement des faits exceptionnels, que l'on n'a jamais du reste à redouter lorsqu'on s'en tient aux doses modérées de 1 à 2 grammes, indiquées par M. Bard. Il n'en est pas moins vrai que c'est là une médication qui exige, de la part du praticien, une grande prudence et une exacte surveillance du malade.

G. M.

1. Sciolla, *Sem. médic.*, 8 avril 1893.
2. Bard, *Lyon médic.*, octobre 1893.
3. P. Wagon, L'érysipèle traité par les badigeonnages de gaïacol (th. de Lyon, 1896).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Benzoate de mercure.

Généralités. — Le *benzoate de mercure* appartient à la catégorie des sels solubles : il présente une assez faible stabilité et en outre ne paraît pas avoir l'efficacité des autres préparations hydrargyriques. Les essais cliniques qui ont été faits avec ce médicament ont été peu encourageants et n'ont pas peu contribué à jeter le discrédit sur les injections de sels solubles. Aussi à Saint-Louis, après des tentatives nombreuses, est-on revenu au calomel.

Solubilité. — Le benzoate est soluble dans l'eau additionnée d'un chlorure ou d'un iodure alcalin. Il doit être récemment préparé et par voie de double décomposition. Dans ce but on fait réagir le benzoate de soude sur l'oxyde jaune de mercure en solution acide (acide citrique). La solution doit être stérilisée à basse température suivant la méthode de Tyndall.

Dose usuelle. — 7 milligrammes 5 à 1 centigramme par injection et par jour.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Peu douloureuse, elle est généralement assez bien tolérée et acceptée,

b) *Eloignés.* — On observe rarement des nodosités ou indurations persistantes. Les douleurs éloignées, la gène du membre inférieur, sont plus marquées qu'avec les autres préparations solubles.

Il y a rarement des complications d'ordre toxique (stomatites, gastro-entérite, etc). L'élimination est très rapide.

FORMULES.

La formule que nous recommandons est celle de M. Gaucher, dans laquelle nous ne voyons aucun inconvénient à supprimer la cocaïne.

Nous donnons également les formules de Balzer, de Stoukowenkoff et de Wielander, cette dernière ayant été appliquée par son auteur avec succès au traitement abortif du bubon. Cette action n'a pas depuis été confirmée par d'autres recherches.

Benzoate de mercure.	0 gr. 30
Chlorure de sodium.	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 15
Eau stérilisée	40 gr.

1 centimètre cube par jour.

(Stoukowenkoff, Balzer.)

Benzoate de mercure.	1 gr.
Chlorure de sodium.	0 gr. 30
Eau stérilisée.	100 gr.

1 centim. cube tous les jours, traitement abortif du bubon.

(Wielander.)

Oxybenzoate de mercure. . . .	0 gr. 30
Eau stérilisée	0 gr. 40
Chlorure de sodium. . . .	0 gr. 01
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15

1 centimètre cube.

(Stoukowenkoff.)

Benzoate de mercure.	0 gr. 25
Eau stérilisée	30 gr.
Chlorhydrate de cocaïne. }	chimiquement purs.
Chlorure de sodium. . . }	ââ 0 gr. 06

1 centim. cube par jour. Au bout d'une semaine, 2 cent. cubes (Formule de l'hôpital Saint-Louis, Gaucher.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Remarque sur l'élimination rénale du bleu de méthylène (p. 493). — De l'excès de perméabilité du rein dans les néphrites épithéliales (p. 494).
REVUE DES CONGRÈS. — *Société française d'ophthalmologie :* Diagnostic microscopique des conjonctives (p. 495). — Eau oxygénée en thérapeutique oculaire. — Emploi de l'extrait de corps ciliaire de bœuf en ophthalmothérapie. — Ophthalmie purulente. — Kératite parenchymateuse. — Sarcomes de l'orbite (p. 496).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Sténoses pyloriques et sous-pyloriques (p. 496). — *Société de biologie.* — *Société anatomique :* Rupture du cœur. — Anévrysme de l'aorte. — Ostéo-chondrite sterno-costale à pneumocoques. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie :* Bouton d'Alep. — Comédons — Psoriasis invétéré et acide cacodylique (p. 497). — Syphilides d'apparence tuberculeuse. — Dactylite osseuse syphilitique. — Lymphangiectasie dermique. — Syringomyélie. — Mycosis fongoïde. — Lèpre bretonne. — *Société de chirurgie :* Amputation de Syme (p. 498). — Ostéomyélite du maxillaire. — Péritonite purulente généralisée. — Fracture des deux rotules. — *Société médicale des hôpitaux :* Traitement de l'eczéma par l'acide picrique (p. 499). — Rhumatisme musculaire. — Rein mobile chez l'enfant. — Bruit de rouet sous-claviculaire. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Exostose sous-unguéale (p. 500). — *Société des sciences médicales de Lyon :* Fractures de l'astragale. — Sérodiagnostic. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Périostite alvéolo-dentaire. — Névrome plexiforme. — Névrite ascendante consécutive à un traumatisme (p. 501).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Angleterre. *Clinical Society of London :* Plaie du mésentère avec gangrène de l'intestin (p. 502). — Hydrocéphalie chronique. — Kélotomie. — Hernie de l'appendice. — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Chorée hémiplégique. — Hernie inguinale avec prolapsus ovarien. — Fibrome utérin (p. 503). — Ingestion de sublimé. — *Société belge d'anatomie pathologique :* Imperforation ano-rectale. — Ectromélie bithoracique. — Tuberculose canine. — Carcinome primitif du corps utérin. — Grossesse tubaire. — Tuberculose de la peau du genou (p. 504).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Remarque sur l'élimination rénale du bleu de méthylène,

Par MM. Jules Voisin,
Médecin de la Salpêtrière,

et G. Hauser,
Interne des hôpitaux.

A la suite de la récente communication de MM. Achard et Castaigne au sujet de l'élimination rénale du bleu de méthylène (1), nous avons entrepris de rechercher dans une série d'expériences comment s'élimine cette substance chez les malades épileptiques.

Il est certain que durant les paroxysmes épileptiques la fonction rénale est jusqu'à un certain point troublée. Ainsi en témoigne la fréquence de l'albuminurie et la diminution de la toxicité urinaire. Le procédé de MM. Achard et Castaigne nous apparaissait donc comme un précieux moyen de contrôle de la fonction dépuratrice urinaire.

D'après ces auteurs en effet, le fonctionnement physiologique se reconnaît au mode d'élimination du bleu. Chez l'homme sain, le bleu apparaît dans l'urine une demi-heure à une heure après l'injection sous-cutanée d'une dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 025. Il s'élimine ensuite régulièrement jusqu'à la 30e ou même 55e heure.

Mais ni la durée du temps d'élimination, ni la quantité de bleu éliminée ne sont constants. Un seul facteur est fidèle : la date d'apparition du bleu dans l'urine. Il y a un retard pathologique chaque fois que le bleu n'est pas apparu dans la première heure.

Nous n'avons donc envisagé presque exclusivement que le moment d'apparition de la teinte bleue. Cette teinte peut être au début difficile à reconnaître : aussi, MM. Achard et Castaigne ont-ils donné un moyen de la déceler en agitant un peu de l'urine avec du chloroforme. Le chloroforme s'empare du bleu et en l'évaporant, il laisse au fond de la capsule une trace de matière colorante. Cette réaction de précision permet d'affirmer dans une urine de teinte indécise la présence d'une petite proportion de bleu.

Mais nous désirons attirer l'attention sur ce fait que l'élimination du bleu de méthylène est un phénomène plus complexe qu'il ne semble et que le procédé du chloroforme ne suffit pas à la mesurer. En effet dans une urine privée de toute coloration par le chloroforme, on peut faire apparaître une coloration verte ou même bleu foncé par l'ébullition pendant quelques instants, surtout après addition de quelques gouttes d'acide acétique.

On peut aussi facilement déceler la présence du bleu dans des échantillons d'urine d'apparence absolument normale.

L'élimination du bleu de méthylène est donc dans certains certains cas latente. Le simple examen des verres d'urine ne suffit pas. Une urine incolore à froid peut en contenir une presque aussi grande proportion qu'une urine d'un bleu très foncé.

On peut donc supposer que le bleu de méthylène est éliminé par le rein non seulement à l'état de liberté, mais encore sous forme d'un composé incolore, susceptible d'être détruit et de régénérer le bleu par l'ébullition en milieu acide.

Le bleu passe donc dans le rein sous deux formes, et ces deux modes d'élimination semblent toujours coexister, du moins nous l'avons trouvé chaque fois chez nos épileptiques.

En effet, une urine dont la coloration verte a été épuisée par le chloroforme est susceptible de prendre une teinte foncée par l'ébullition, et, d'autre part, expérience corrélative, la coloration primitive de l'urine se renforce presque toujours par l'examen à chaud.

Par conséquent la coloration de l'urine n'indique que l'élimination apparente et l'élimination réelle n'est donnée que par l'inspection d'un tube porté à l'ébullition. Les deux modes de passage du bleu dans l'urine coexistent donc : mais il serait difficile de déterminer dans chaque cas, la part qui revient à chacun d'eux. A ce sujet, les individus que nous observons semblent se comporter d'une façon différente, les uns rendent une urine colorée d'emblée dès la première heure, et cette coloration s'exagère peu à chaud, d'autres, au contraire ont un retard dans l'élimination apparente du bleu. Ils semblent pouvoir être rapprochés des cas de MM. Achard et Castaigne. Mais chez eux le retard peut n'être qu'appentra et la présence du bleu décelée par l'ébullition.

Toutefois nous faisons à ce sujet les plus grandes réserves, n'ayant observé que des épileptiques simples : il resterait à savoir chez l'homme quel est le mode normal d'élimination et si le bleu passe tout entier dans l'urine tel qu'il a été apporté. En un mot y a-t-il aussi une élimination apparente et une élimination latente? C'est

1. Voir *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 17, 7 mai 1897.

seulement après des expériences de cet ordre qu'on pourrait essayer d'interpréter les modes d'élimination chez les malades et la valeur des observations de MM. Achard et Castaigne.

Quant à la question de la nature des composés incolores, nous n'en pouvons rien dire. Remarquons cependant que s'il y a combinaison du bleu, cette combinaison se produit dans l'économie et que d'ailleurs elle ne semble pas pouvoir être réalisée *in vitro*.

C'est ainsi qu'en mélangeant à une urine quelques gouttes d'une solution légère de bleu on en fait immédiatement virer la teinte, et l'ébullition ne renforce aucunement la coloration première.

C'est dans l'organisme que se transforme partiellement le bleu. Il serait bien hasardeux de faire quelque hypothèse. Qu'il nous soit permis seulement de signaler que chez une de nos malades qui était glycosurique l'urine a passé constamment incolore en même temps que l'ébullition décelait une forte teneur en colorant.

La présence dans l'urine de substances réductives de l'ordre du glycose n'est donc peut-être pas étrangère à la formation du composé que nous signalons.

Nous avons au reste l'intention de poursuivre ces recherches, et d'étudier à ce sujet nos malades pendant et après les paroxysmes.

De l'excès de perméabilité du rein dans les néphrites épithéliales,

Par M. le Dr Bard,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

On admet depuis longtemps que la perméabilité du rein est diminuée dans les maladies de cet organe. Dans leur communication récente MM. Achard et Castaigne rappellent les nombreuses recherches sur lesquelles s'appuie cette donnée, et apportent eux-mêmes une preuve nouvelle et des plus démonstratives à cette vieille manière de voir.

Dans les travaux anciens, de même que dans ce dernier, on ne fait aucune distinction essentielle à ce point de vue entre les diverses lésions rénales; on semble admettre que l'élimination des substances par le rein n'est susceptible que d'être diminuée, à des degrés divers assurément, mais sans qu'il y ait à compter avec des excès d'élimination.

Depuis quelques années déjà je suis arrivé, pour ma part, à une conception toute différente de l'influence exercée par les maladies du rein sur l'élimination urinaire : à côté du défaut d'épuration, de la rétention par diminution de la perméabilité, qui engendre l'urémie, il faut faire place à l'excès de perméabilité, qui crée une dyscrasie par déperdition. Le filtre urinaire est susceptible de s'altérer par rupture aussi bien que par obstruction.

La néphrite interstitielle crée le second type, la néphrite épithéliale produit le premier. Toutefois, la déperdition d'albumine n'est pas plus le facteur essentiel de la dyscrasie par déperdition que la rétention d'urée n'est celui de l'intoxication par défaut d'épuration; il existe simplement entre les deux premières données un certain parallélisme, comparable à celui qui existe entre les deux suivantes.

Dans cette manière de voir les grands œdèmes de la néphrite épithéliale sont en rapport avec la dyscrasie par déperdition; les symptômes qu'ils engendrent, très multiples suivant les organes qu'ils envahissent, n'ont rien à faire avec l'urémie; ils doivent en être rigoureusement distingués, quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse que l'on veuille admettre sur leur mécanisme de production.

Pour ma part, je pense qu'il faut voir dans ces œdèmes, de même que dans la diminution plus ou moins grande de la quantité des urines, des phénomènes de compensation, destinés à lutter, par un emmagasinement dans le tissu cellulaire, contre un excès de déperdition au niveau du rein, tandis que l'hypertrophie du cœur et la polyurie de la néphrite interstitielle, nées d'un besoin précisément inverse, luttent contre le défaut de perméabilité. Comme tous les phénomènes compensateurs, ceux-ci peuvent dépasser la mesure et créer par eux-mêmes de nouveaux dangers; l'anasarque est pour l'excès de déperdition ce que la dilatation du cœur et l'asystolie sont pour son insuffisance.

Je suis arrivé à cette conception, diamétralement opposée aux doctrines classiques, par l'étude comparative attentive de l'anatomie pathologique et de l'évolution clinique de ces deux ordres de néphrites; entre eux tout est différences, tout est opposition, malgré la grande confusion qui règne aujourd'hui dans leur étude, malgré les tendances trop générales à nier leur séparation. L'exposé complet de cette discussion n'entraînerait au delà des limites que je veux maintenir à cette courte exposition. Au point de vue anatomo-pathologique j'aurais peu à ajouter d'ailleurs à ce que j'en ai dit déjà, d'une part dans mon *Précis d'anatomie pathologique*, d'autre part dans la communication que j'ai faite au Congrès de Nancy, au cours de la discussion sur le pronostic des albuminuries (1).

Conduit à admettre l'excès de perméabilité du rein dans les néphrites épithéliales par des considérations anatomo-pathologiques et cliniques, j'ai tenté d'en établir la démonstation directe par des recherches sur l'élimination urinaire des substances médicamenteuses. Il y a quelques années j'avais déjà constaté l'apparition très rapide, en pareil cas, de l'iode et du brome dans l'urine par l'administration des iodures et des bromures; mais, entraîné par d'autres sujets d'études, arrêté d'autre part par la longueur et les difficultés techniques des dosages, j'en avais toujours ajourné l'étude méthodique. Dans ces dernières semaines je m'étais organisé pour l'entreprendre, lorsqu'est arrivée la communication de MM. Achard et Castaigne faisant connaître un procédé nouveau, et particulièrement précieux par sa commodité, pour étudier la perméabilité rénale. Ayant actuellement dans mon service un malade atteint de néphrite épithéliale typique, je me suis empressé d'appliquer aussitôt chez lui le procédé du bleu de méthylène, et j'ai constaté, pour cette matière colorante, l'excès de perméabilité que j'avais constaté antérieurement pour l'iode et le brome. J'ai déjà communiqué ce premier résultat à la Société des sciences médicales de Lyon dans sa séance du 12 mai.

Chez ce malade une injection (de 0,05) a été faite à 8 heures du matin. La coloration de l'urine, observée dans un verre à champagne, était déjà très intense au bout d'une demi-heure; franchement bleue dès ce moment, elle a atteint son maximum après une heure et demie, sous forme d'une teinte bleue marine très foncée et a commencé aussitôt à décroître. De 10 heures du matin à 2 heures de l'après-midi, période presque stationnaire, cependant en décroissance graduelle, légèrement

1. De la valeur des cylindres urinaires pour le pronostic de l'albuminurie (*Lyon médical*, 1896, III, p. 181).

progressive, avec une teinte très inférieure à celle de l'émission de 9 heures et demie, un peu verdâtre. La décroissance s'accuse rapidement dans la soirée et les urines du lendemain matin à 8 heures ne présentent plus de coloration appréciable dans les verres; on ne la retrouve, très atténuée, que sous une grande épaisseur dans un urinoir; dès le début de l'après-midi, 30 heures après l'injection, le chloroforme n'en révèle plus de traces.

Comme termes de comparaison j'ai fait la même épreuve, d'une part sur un malade à rein sain, de l'autre sur une néphrite interstitielle très typique; chez ces deux malades j'ai vérifié l'exactitude absolue des affirmations de MM. Achard et Castaigne. Ces trois malades forment une série très régulière de perméabilité décroissante, au triple point de vue de la rapidité d'apparition du bleu, de la rapidité, de l'intensité et du maximum de sa durée (d'autant plus courte que la perméabilité est plus grande), et enfin de la prolongation de l'élimination.

L'élimination du bleu chez ma malade atteinte de néphrite interstitielle a présenté, outre le retard, une variabilité singulièrement accusée; l'injection avait été faite également à 8 heures du matin : à 10 heures l'urine est encore incolore; à midi premier maximum, puis état stationnaire avec très légère décroissance; second maximum, un peu plus élevé que le premier, à 6 heures, puis cessation brusque de l'élimination : à 7 heures urines limpides, claires et presque absolument incolores, tout à la fois sans pigment et sans bleu. Dans la nuit l'élimination reparaît peu à peu, très peu marquée d'abord; à 8 heures du matin, coloration franche, vert clair, à peu près égale à celle de 11 heures du matin la veille. État stationnaire légèrement décroissant dans tout le cours de la seconde journée; nouvelle disparition vers le soir et réapparition le matin, après 48 heures, cette fois très légère. Persistance pendant toute cette troisième journée d'une très faible élimination, puis cessation définitive dans la soirée.

Chez aucun de ces derniers malades le maximum n'a atteint la couleur bleue foncée du maximum du premier; par contre, chez tous les deux le maximum a présenté une durée plus prolongée.

Mes observations viennent ainsi à l'appui de la valeur et de la précision du procédé d'exploration par le bleu de méthylène; si elles infirment les conclusions générales de ses auteurs, par contre elles leur apporteront la raison d'être d'insuccès à prévoir, ou plutôt elles feront de ces insuccès une nouvelle preuve, et des plus convaincantes, en faveur de la valeur de la méthode, à la seule condition de les interpréter comme il convient, c'est-à-dire à la lumière de la manière de voir que j'ai exposée au début de cet article. C'est là le motif qui m'a engagé à faire connaître dès à présent ce premier résultat.

Il va de soi que je n'ai pas abandonné pour cela les recherches plus laborieuses que j'avais projetées auparavant; je compte les poursuivre, avec la collaboration de mon interne M. Bonnet, comme elles avaient été arrêtées. Il importe en effet de contrôler, par d'autres substances que le bleu, l'excès de perméabilité dans les néphrites épithéliales; il importe surtout d'en préciser plus exactement les caractères et les lois, d'en suivre notamment les variations au cours des diverses périodes de ces néphrites dans les phases différentes de leur évolution.

Chez mon malade actuel il s'agit d'une néphrite épithéliale passée à l'état chronique, datant de trois ans, en pleine activité, présentant un dépôt considérable de cylindres et d'éléments figurés divers, sans indice d'atrophie secondaire, avec un peu d'hypertension, mais encore sans hypertrophie du cœur. Il est probable que les conditions doivent être quelque peu différentes, tant au début des néphrites aiguës, pendant la poussée congestive qui les accompagne, que dans la période ultime, lorsque la sclérose secondaire vient transformer le tableau clinique de la maladie.

Les détails contenus dans le mémoire de MM. Achard et Castaigne, sur les malades qu'ils ont étudiés, ne sont naturellement pas suffisants pour que j'aie pu reconnaître s'il s'est trouvé parmi eux des cas de néphrite épithéliale; je serais assez disposé à penser que leur premier cas d'exception, celui qu'ils n'ont observé que pendant 15 jours, avec 1 à 6 grammes d'albumine, était précisément un épithélial, atteint d'une crise de cardiectasie, comme le fait est assez fréquent au cours de cette forme de néphrite. Je ne puis insister cependant sur ce point, faute de documents, mais s'il en était ainsi, ce cas, exceptionnel pour eux, deviendrait au contraire pour moi un exemple conforme à la règle.

En opposant la perméabilité en excès du rein épithélial à celle en défaut du rein interstitiel, je ne veux pas dire que toutes les lésions épithéliales doivent avoir le même effet, il importe de ne pas confondre néphrite épithéliale et dégénérescence des éléments épithéliaux du rein; ce sont là pour moi deux processus essentiellement différents, dont la confusion ne peut engendrer que des erreurs; je ne puis que renvoyer sur ce point à mes publications antérieures.

Si ma manière de voir est exacte, ce dont j'ai la faiblesse d'être convaincu, si d'autre part le procédé de MM. Achard et Castaigne est sûr, comme je le crois, il en résultera que ce procédé est encore plus précieux que ne l'ont d'abord pensé ses auteurs, puisqu'il peut contribuer non seulement à faire apprécier le degré des lésions rénales, mais encore à permettre de préciser leur modalité et à révéler la nature des troubles généraux qu'elles engendrent.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE
Session de Mai 1897.

Diagnostic microscopique des conjonctivites.

M. Morax. — On peut distinguer un groupe de conjonctivites où l'on rencontre des microbes, et un autre groupe dans lequel ils font défaut.

Au premier groupe appartiennent les conjonctivites spécifiques contagieuses causées par des microbes qui ne se trouvent jamais sur la muqueuse saine et qui sont les gonocoques, les bacilles de Weeks et les diplobacilles. La seconde classe comprend une série d'inflammations reconnaissant pour cause des pyogènes que l'on peut rencontrer en dehors de toute inflammation de la muqueuse oculaire : le pneumocoque, le bacille de l'ozène, le streptocoque, le bacille de Löffler. Pour cette dernière, l'examen sur lame permet un diagnostic plus précis que les cultures où souvent se développe le bacille pseudo-diphthéritique.

M. de Lapersonne rapporte l'observation d'un enfant atteint de conjonctivite pseudo-membraneuse typique, chez lequel on trouva du pneumocoque en masse, peu virulent. La culture sur sérum montra du bacille de Löffler très abondant.

M. Lagrange a vu signaler souvent dans le pus de l'ophthalmie des nouveau-nés des bacilles diphthériques alors que la maladie était due manifestement au gonocoque.

M. Kalt connaît un cas d'ophthalmie diphthéroïde chez un nouveau-né, où l'étiologie gonococcique était certaine et où il fut impossible de trouver du gonocoque dans des examens répétés. L'inoculation des fausses membranes dans la chambre antérieure d'un lapin resta sans effet, ce qui élimine la présence du streptocoque.

M. Chibret a constaté qu'à Clermont-Ferrand, presque toutes les conjonctivites présentent le diplobacille.

Antisepsie préopératoire de la conjonctive.

M. Kalt a pratiqué en 2 années, aux Quinze-Vingts, 373 opérations de cataracte simple ou compliquée, de discission de cataractes secondaires et d'iridocapsulotomie. La désinfection du bord des paupières a toujours été faite au savon et au sublimé à 1/5000 ou au cyanure de mercure à 1/3000. Les instruments ont été bouillis dans le borate de soude à 2 p. 100.

Cette façon de faire a donné les résultats suivants :

1° Désinfection immédiate des paupières avant l'opération; pas de lavage conjonctival : 170 opérations ont donné lieu à 4 infections graves, soit 2,3 p. 100;

2° Même désinfection des paupières; puis grande irrigation pe la conjonctive avec l'entonnoir-laveur et une solution tiède de formol à VI gouttes par litre d'eau tiède (une concentration plus forte n'est pas tolérée) : 4 opérations sans accidents infectieux; mais, dans un cas, hyperémie durable de la conjonctive.

3° Même désinfection des paupières; irrigations de 1 litre de solution tiède de permanganate de chaux à 1/2 000 : 198 opérations ont causé 2 infections graves, soit 1 p. 100.

M. Lagrange emploie couramment les injections de sublimé à 1/1 000 avec une canule.

De l'eau oxygénée en thérapeutique oculaire.

M. Vacher se sert de l'eau oxygénée depuis 11 ans dans un grand nombre d'affections oculaires (blépharites ulcéreuses, conjonctivites purulentes ou granuleuses) pour assurer l'asepsie du sol ciliaire, en frictions et irrigations sous-palpébrales. Au titre de 6 p. 100 il l'utilise pour les injections dans les voies lacrymales. Sans attaquer l'épithélium cornéen, elle révèle les ulcérations par une mousse blanche sur la surface dénudée; de plus, elle déterge les ulcères atoniques, à hypopyon. Injectée au titre de 3 à 4 volumes dans la chambre antérieure, elle arrête les hémorrhagies iriennes. Après l'extraction de la cataracte, s'il y a infection irienne, l'eau oxygénée à 5 volumes introduite dans la chambre antérieure enrayé la suppuration.

Emploi de l'extrait de corps ciliaire de bœuf en ophthalmothérapie.

M. Dor (fils) a obtenu, dans un cas d'irido-cyclite sympathique grave avec perte presque complète de la vision et phthisie du globe, obtenu par des injections sous-conjonctivales et des instillations de macération de corps ciliaire de bœuf la disparition des symptômes.

M. Parent a vu un cas semblable guérir par de simples instillations de sublimé.

M. A. Darier qui a fait des expériences analogues avec de l'extrait de corps ciliaire a cru obtenir quelques résultats.

Traitement de l'ophthalmie purulente par des solutions concentrées de permanganate de potasse.

M. Vian (de Toulon) se sert dans l'ophthalmie purulente, chez le nouveau-né et chez l'adulte, de solutions de permanganate de solutions à 1/10 en attouchements, deux fois par jour, avec une baguette de verre ou de bois. Il y joint des cataplasmes chauds et des lavages boriqués.

Le permanganate n'altère pas la cornée, n'est pas douloureux et ne nuit pas quand il y a des fausses membranes. Ce traitement peut être mis en œuvre par tous les médecins.

M. Kalt préfère les lavages abondants avec des solutions faibles, faits avec l'entonnoir-laveur.

Kératite parenchymateuse récidivante d'origine utérine.

M. Kœnig (de Paris) rapporte l'observation d'une femme chez laquelle il s'est développé pendant 2 ans, à chaque époque menstruelle, une poussée de kératite parenchymateuse. Dans ce cas, l'un ou l'autre œil s'enflammait 8 jours avant les règles et il apparaissait, dans le parenchyme cornéen, des points blancs semblables à ceux de la kératite typique : il s'y ajoutait un peu d'iritis. L'éclaircissement total s'est toujours fait.

M. Meyer dit avoir vu une kératite diffuse sous-épithéliale se manifester pendant 6 mois, à chaque période menstruelle, d'un seul côté, et disparaître sans traitement spécial.

Sarcomes de l'orbite.

M. Teillais (de Nantes) a observé trois tumeurs sarcomateuses survenues chez un jeune homme de 18 ans, un enfant de 6 ans et une femme de 40 ans. Ces tumeurs étaient constituées par des éléments fusiformes. Chez la femme, l'accroissement se produisit très lentement et s'accompagna au début de symptômes de maladie de Basedow. Chez les 2 premiers malades, la récidive survint après 15 jours et après 6 mois.

M. Kalt a communiqué il y a 2 ans l'observation d'une jeune fille de 16 ans, chez laquelle une tumeur fibreuse engainant le droit externe débuta sous la conjonctive comme une plaque de ténonite. Pendant 2 années le diagnostic resta incertain, puis la tumeur envahit l'orbite. L'ablation, faite à cette époque n'a pas été suivie de récidive; mais cette jeune fille a eu depuis lors des végétations adénoïdes du pharynx qu'il a fallu enlever. Sa mère est également atteinte depuis 2 ans de polypes muqueux des fosses nasales, sans rhinite antérieure.

C'est là un cas typique de sarcome d'origine externe et il me semble qu'il y a dans ces infections multiples autre chose qu'une coïncidence.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Mai 1897.

Sténoses pyloriques et sous-pyloriques.

M. Albert Robin rappelle que les observations de sténose sous-pylorique ne sont pas nouvelles et que plusieurs autopsies ont été rapportées dans la discussion qui a suivi la communication de Boas. Plusieurs auteurs qui ont traité cette question ont esquissé le diagnostic de la sténose sous-pylorique et ont insisté sur le réflexe biliaire dans la cavité gastrique. Le diagnostic de cette affection était donc connu.

L'ectasie gastrique est due, comme l'a dit M. Hayem, à un obstacle pylorique ou sous-pylorique, mais M. Robin n'admet pas qu'il s'agisse toujours d'un obstacle mécanique; pour lui, l'obstacle est souvent fonctionnel et il s'agit d'abord d'un spasme, puis d'une contraction du pylore. M. Robin n'admet pas non plus que l'hypersécrétion chlorhydrique soit une conséquence de la sténose pylorique ou sous-pylorique, il croit au contraire que l'hypersécrétion est primitive et le spasme secondaire et, se basant sur des preuves cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques, il démontre la coexistence de l'ectasie gastrique et de l'hyperchlorhydrie avec le spasme pylorique.

M. Robin ne considère pas tous les rétrécissements spasmodiques du pylore comme uniquement justiciables du traitement médical.

Il est de nombreux cas où ce traitement ne réussit pas à ramener la contraction pylorique et où l'indication opératoire est formelle.

M. Debove engage M. Hayem à produire de nouveaux

arguments et des observations nouvelles à ce sujet s'il veut entraîner la convertion de l'Académie.

M. Hayem fait remarquer que les autopsies, chez les malades atteints de gastro-succorrhée, ne sont pas fréquentes.

Il ajoute que le fait du spasme pylorique n'est pas encore démontré.

M. Ehrmann, correspondant national, lit un travail sur les fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorrhaphie.

M. Nocard lit un rapport officiel sur la vente des sérums.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 Mai 1897.

MM. Abelous et **Biarnès** envoient une note sur l'oxydase des tissus des mammifères.

MM. Guinard et **Dumaret** envoient une note sur la toxicité du sérum humain.

M. Nocard décrit une maladie coli-bacillaire chez la dinde.

MM. Gilbert et **Fournier** montrent les épreuves radiographiques des calculs biliaires.

M. Manetti décrit les altérations du système nerveux après la ligature des uretères.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 Mai 1897.

Rupture du cœur.

MM. Milian et **Loubet** rapportent l'observation d'un cas de rupture du cœur chez un vieillard de 64 ans sans antécédents pathologiques, ayant succombé brusquement en montant dans son lit.

A l'autopsie on trouva une déchirure siégeant sur une étendue de 6 centimètres le long du bord du ventricule gauche, au niveau d'un infarctus jaune nécrotique de la paroi. L'artère coronaire gauche était thrombosée jusqu'au bord gauche du cœur. L'artère coronaire droite était perméable dans toute son étendue.

La pathogénie de cette rupture du cœur relève d'un athérome de la coronaire gauche, avec thrombose secondaire de cette artère, dystrophie du myocarde dans la région irriguée par celle-ci, infarctus nécrotique consécutif et finalement rupture au niveau de ce point faible sous l'influence d'un effort.

Anévrysme disséquant de l'aorte rompu d'abord dans la plèvre gauche, puis dans la plèvre droite.

M. Maurice Chaillous rapporte l'observation d'un malade, âgé de 58 ans, ni alcoolique, ni syphilitique, ni paludique, entré à l'hôpital pour des douleurs vives dans le ventre et dans la région lombaire, survenues brusquement il y a 6 jours. L'abdomen n'était pas douloureux à la pression, les bruits du cœur étaient un peu sourds, le pouls régulier, les artères dures, un peu d'obscurité aux bases des deux poumons. Les douleurs s'atténuèrent à la suite, lorsqu'au bout de 10 jours le malade, en se levant, devint pâle, ses extrémités se refroidirent et la mort survint en quelques instants sans convulsions.

A l'autopsie on trouva un anévrysme disséquant de l'aorte ouvert dans les deux plèvres.

Ostéo-chondrite sterno-costale à pneumocoques.

M. Ath. Sicard présente la paroi thoracique antérieure d'une jeune femme, chez laquelle on a trouvé à l'autopsie un vaste phlegmon sous-aponévrotique rétro-mammaire, consécutif à un abcès métapneumonique, et communiquant avec lui par un petit pertuis intercostal (abcès en bouton de chemise). Il existait des lésions nettes d'ostéo-chondrite au niveau des première et deuxième côtes. L'examen bactériologique a décelé la présence du pneumocoque seul dans l'abcès du poumon et l'abcès sous-cutané.

Cette observation montre aussi la possibilité d'une ostéochondrite et d'un vaste phlegmon sous-cutané, par propagation, sans infection sanguine généralisée comme intermédiaire obligé.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 20 Mai 1897.

Bouton d'Alep.

MM. Brocq et **Veillon** présentent un malade atteint de bouton d'Alep multiple siégeant sur la face dorsale des mains et au visage. La lésion primitive est constituée par un tubercule au centre duquel on voit un petit point purulent de la grosseur d'un grain de mil. Certaines plaques sont papillomateuses.

Un des points intéressants de ce cas, c'est son évolution. La première atteinte de la maladie apparut à l'âge de 2 ans et dura jusqu'à l'âge de 14 ans. Le malade ayant alors quitté Alep, il y eut un temps de repos qui dura jusqu'à l'âge de 26 ans, lorsque le malade quitta Beyrouth où il s'était réfugié pour revenir à Alep. Il y a donc eu là récidive, contrairement à l'opinion des auteurs qui affirment qu'une première atteinte confère l'immunité.

Les lésions histologiques sont constituées par une infiltration de cellules rondes agglomérées en nodules disséminés dans le derme. Par la culture nous avons isolé un streptothrix dont les caractères morphologiques se rapprochent de ceux de l'actinomycose, mais on n'a trouvé aucun micrococque dans les lésions profondes non exposées à l'air.

M. Moty trouve que ces lésions me semblent très différentes de celles du clou de Biskra qui sont beaucoup plus superficielles,

M. Hallopeau avoue qu'en présence de ces lésions il songerait volontiers à une tuberculose cutanée.

M. Brocq fait observer qu'il a totalement modifié ces lésions en 3 semaines, résultat qu'on n'obtient jamais dans d'aussi brefs délais pour les lésions tuberculeuses.

M. Augagneur estime qu'une ulcération tuberculeuse de la face peut être totalement modifiée, guérie même, en un mois seulement de traitement, par des poudres antiseptiques, comme il en a observé des exemples frappants dans son service à Lyon.

A propos des comédons.

M. Sabouraud présente un lapin chez lequel il a produit une alopécie nettement limitée par une inoculation de culture de pelade, et seulement au bout de 17 jours, et un second lapin inoculé avec les microbes d'alopécie vulgaire et qui présente une alopécie diffuse.

Psoriasis invétéré et acide cacodylique.

M. Danlos présente un malade de 46 ans qui a été atteint dès sa vingtième année d'un psoriasis arthropathique qui s'est peu à peu généralisé et a résisté à toutes les médications (huile de cade, acide pyrogallique, naphtol, soufre, etc.). Ce malade a été traité par l'acide cacodylique. Au moment où le traitement a été commencé, l'éruption était générale (sauf quelques îlots de réserve) formant une carapace psoriasique sur la tête, un masque squameux sur la face, une rougeur, des squames, des fissures et lichénisations intenses sur le tronc et les membres; les poussées cutanées étaient presque incessantes. Sans aucun traitement externe et sous l'influence de l'acide cacodylique à la dose quotidienne de 75 centigrammes (3 semaines), puis 50 centigrammes (4 semaines), la dermatose est entrée en régression. Les poussées se sont espacées en devenant moins fortes, la rougeur a pâli, les squames sont tombées et la peau tout en restant encore lichénifiée a diminué d'épaisseur.

Comme dans les cas déjà publiés l'amélioration a marché de haut en bas; le cuir chevelu a paru se dégager le premier. A part l'odeur alliacée de l'haleine et un peu d'intolérance gastrique à la fin de la troisième semaine, le médicament n'a pas eu d'action secondaire défavorable (pas de kératose, ni de pigmentation).

M. E. Besnier pense que cette nouvelle méthode rentre donc dans la catégorie générale des traitements de psoriasis qui agissent à partir du moment où apparaît une détérioration positive de la nutrition que présente du reste le malade.

Lésions d'apparence tuberculeuse guéries par le traitement antisyphilitique.

M. A. Fournier rapporte l'observation d'un malade qui est venu, il y a 2 mois, porteur au bras et à la main des plaies énormes présentant toutes les apparences de tuberculose ulcéreuse et granuleuse. Il niait tout antécédent de syphilis et d'ailleurs l'examen ne permit de trouver chez lui aucune trace de cette dernière maladie. Le diagnostic de lésion tuberculeuse paraissait d'autant plus justifié que le malade était par ailleurs un tuberculeux confirmé et aussi par l'âge des lésions cutanées qui remontaient à 48 ans.

Par acquit de conscience, on fit une injection de calomel, qui amena une amélioration considérable dans l'état du malade. Au bout de quelque temps on fit une seconde, puis une troisième injection, et bientôt le malade quitta l'hôpital se considérant comme guéri, car il ne restait plus qu'un peu d'épaississement des tissus.

M. Augagneur a vu, il y a 2 ans, un garçon de 18 ans, qui avait été opéré d'un orteil pour des lésions tuberculeuses remontant à une dizaine d'années. Il entra à l'hôpital pour une récidive des lésions primitives et de nouvelles poussées sur les membres. Sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium, continué pendant quelques semaines, les lésions des membres étaient pour la plupart guéries.

Un autre malade, qui portait à la jambe gauche des lésions considérées comme de la tuberculose modifiées par le thermocautère, guérit également par l'iodure, et la guérison en fut la conséquence.

M. Jacquet cite le fait d'une jeune femme nouvellement accouchée qui est prise d'accidents puerpéraux et bientôt d'ostéomyélite aiguë de la cuisse gauche tellement graves qu'on songeait à proposer l'amputation. Pour tenter un dernier effort, on administra du sirop de Gibert : immédiatement survint une véritable fonte de tous les accidents et la malade guérit complètement.

M. Sabouraud rappelle à cette occasion que les deux seuls cas de morve humaine guéris avaient été pris pour des syphilis et soumis, comme tels, au traitement mercuriel.

Hérédo-syphilis. Dactylite osseuse syphilitique.

MM. Gaucher et **Barbe**. — Le diagnostic différentiel de la dactylite osseuse syphilitique et du spina ventosa tuberculeux est des plus difficiles. L'aspect objectif des lésions est le même. Chez un enfant âgée de 15 mois il y avait des signes manifestes d'hérédo-syphilis : éruption papuleuse cuivrée des organes génitaux; gommes de la fesse gauche et du creux poplité droit, coryza chronique, nez un peu écrasé à la racine, front olympien; mais il n'y avait pas la triade d'Hutchinson. Le traitement spécifique a considérablement amélioré les gommes et l'éruption des organes génitaux, tandis que le traitement topique n'avait absolument rien fait sur cette dernière éruption.

Lymphangiectasie dermique spontanée de la face.

MM. Balzer et **Griffon** présentent la photographie d'une femme qui, depuis l'âge de 24 ans, est atteinte de varices lymphatiques du derme dans la région du menton et présente depuis quelque temps des lésions analogues au front.

Les vésicules résultant de la dilatation des réseaux s'affaissent sous le doigt ou par le tiraillement de la peau. Disposées en chapelet elles descendent de chaque côté de la commissure buccale et donnent à la saillie du menton un aspect mamelonné. Au front, elles deviennent plus apparentes quand la malade fronce les sourcils ou ramène avec la main la peau du crâne en avant.

On ne trouve aucune affection antérieure ou actuelle qui fasse de ces varices une lésion secondaire ou symptomatique. Il n'y a pas, en particulier, d'adénite sous-maxillaire.

Comme souvent, il y a dans la lésion un certain degré de symétrie, enfin la coexistence de varices veineuses internes des membres inférienrs est évidentes.

Cette localisation à la face de l'ectasie lymphatique est très rarement observée.

Deux cas de syringomyélie à type Morvan.

MM. Gastou, Lesné et Dominici. — Le début de la maladie n'a pas de cause apparente chez la première malade; chez le second une chute sur l'épaule, du côté de la lésion, semble avoir précédé les accidents.

Chez l'un et l'autre sont apparues successivement de la faiblesse et des douleurs dans les membres atteints. Tous deux ont des panaris analgésiques. Ces panaris se sont développés sans douleur et sont actuellement indolents. Chez la malade, des poussées bulleuses, sur le membre atteint, ont précédé de quelques mois les panaris.

Tous deux ont de la scoliose et de la dissociation syringomyélique : prédominante dans la zone du cubital chez la femme, dont le panaris siège à l'auriculaire; et dans la zone du radial chez l'homme dont le pouce seul est malade.

Chez tous deux les réflexes rotuliens sont exagérés. La malade a un myosis intense. Ni l'un ni l'autre n'ont habité de pays où la lèpre est endémique, et l'examen du pus, issu du doigt du malade, n'a pas montré de bacille de Hansen, mais seulement du staphylocoque. Aucune cause toxique ou infectieuse, de névrite, n'est à relever dans leurs antécédents.

Sur un cas de mycosis fongoïde.

MM. Hallopeau, Bureau et **Weil**. — Dans ce cas absolument typique de cette maladie, nous avons constaté l'existenée d'infiltrations sous-cutanées profondes : ce siège des altérations ne constitue donc pas, comme l'a pensé Kaposi, un signe différentiel entre le mycosis et la lymphodermie pernicieuse. Comme particularités remarquables dans l'histoire de leurs malades, les auteurs signalent encore l'existence d'altérations tout à fait semblables à celles du psoriasis palmaire. A l'autopsie, on a trouvé dans l'un des reins une petite tumeur dont l'examen histologique a déterminé la nature mycosique, c'est le second fait dans lequel on observe cette localisation viscérale.

Sur un cas très probable de lèpre bretonne.

M. Hallopeau. — Il s'agit d'une jeune femme qui depuis 3 ans est atteinte de poussées érythémateuses sous la forme de très larges nappes qui laissent à leur suite des pigmentations persistantes : elle présente actuellement plusieurs de ces larges placards pigmentés en même temps que des éruptions érythémateuses récentes; celles-ci sont constitués par taches irrégulièrement annulaires de grandes dimensions : elles se renouvellent incessamment en faisant ou nom à leur suite des pigmentations malgré l'absence d'anesthésies. Je crois à une lèpre indigène car il est reconnu que ce symptôme peut y faire défaut; si le diagnostic de lèpre était éloigné, il faudrait admettre un type morbide non encore décrit : l'origine bretonne de la malade est encore en faveur de la première hypothèse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 Mai 1897.

Amputation de Syme. Utilité de la conservation du périoste calcanéen.

M. Ollier qui depuis trente ans, a fait une cinquantaine d'amputations de Syme avec conservation du périoste calcanéen, présente deux radiographies dont une a été opérée en 1888. Cette femme, à l'heure actuelle, marche parfaitement et sans fatigue. En examinant son moignon, on sent une masse osseuse ronde et régulière. La radiographie nous indique que l'os n'a

pas la régularité que l'examen clinique décèle, mais qu'il présente des aspérités irrégulières qui sont, sans nul doute, comblées par du tissu fibreux dense. Quand on examine par la radiographie des moignons dus à des opérations plus récentes, on voit que l'os n'est pas aussi bien limité; ses contours sont moins nets.

Ces faits démontrent péremptoirement l'utilité de la conservation du périoste, ce qui, avec une régénération du tissu osseux fournit un moignon épais, résistant, bien matelassé. Du reste la conservation du périoste doit être la règle dans un grand nombre d'amputation. Dans les amputations au quart inférieur de la jambe, M. Ollier a soin de conserver le talon avec son périoste, et de le remonter pour le mettre en contact avec l'extrémité inférieure des os sectionnés.

Au point de vue du manuel opératoire de l'opération de Syme, M. Ollier insiste sur la nécessité de pratiquer la suture des tendons antérieurs pour empêcher le talon de remonter, ensuite il coupe toujours le tendon d'Achille, et la pointe des malléoles surtout chez les jeunes sujets.

Ostéomyélite du maxillaire.

M. Moty rapporte une observation d'ostéomyélite du maxillaire inférieur, consécutive à la carie de la première grosse molaire inférieure droite. Après trois tentatives de traitement par évidement de l'os malade et ouverture du canal dentaire, il fallut se résoudre à sacrifier la branche montante droite.

La section fut faite avec la pince à crâne, de l'angle de la mâchoire au bord antérieur de la branche montante, en respectant complètement l'arcade dentaire.

On voit, sur la pièce, que l'infection a suivi le canal et a produit une ostéomyélite diffuse au-dessus de l'épine de Spix. Cette propagation par le canal dentaire semble être le processus habituel des abcès rétro-maxillaires qui s'ouvrent au-dessus du voile du palais.

M. Routier est intervenu, chez une femme enceinte, près du terme, pour une énorme périostite phlegmoneuse diffuse de la mâchoire inférieure. Il s'est contenté, à ce moment, d'une incision qui a fait disparaître le phlegmon, mais qui a laissé à la suite une fistule intarissable. La femme ayant accouché depuis il a pratiqué une intervention plus complète, et a retiré un énorme séquestre dont le volume égalait près du tiers de la partie gauche du maxillaire. La malade a parfaitement guério.

Traitement de la péritonite purulente généralisée.

M. Routier a eu à intervenir chez un enfant atteint de péritonite aiguë d'origine appendiculaire. La quantité de pus était telle que, pour vider complètement la cavité péritonéale, il a fallu tourner l'enfant sur le côté. Vingt-cinq jours après apparurent des phénomènes d'occlusion intestinale et, dans une seconde opération, M. Routier a pu constater six coudures intestinales portant sur des points éloignés de l'intestin et la présence de foyers purulents dans le petit bassin, sous le foie, etc. Il s'agissait donc bien la première fois d'une péritonite généralisée qui aurait guéri sans les complications secondaires.

M. Quénu est intervenu pour un cas de péritonite extrêmement étendue. Il s'agissait d'un confrère atteint de péritonite peu bruyante survenue après une pleurésie grippale, M. Quénu incisa dans la fosse iliaque gauche, il sortit 3 ou 4 litres de pus d'odeur alliacée infecte; la cavité pelvienne était pleine de pus. Il poussa ensuite une longue pince courbe jusque dans la fosse iliaque droite et incisa la paroi sur l'extrémité de cette pince. Lavage à l'eau bouillie, et drainage largement. La guérison se fit sans encombre. Ici la péritonite était très étendue, mais non généralisée, les anses intestinales agglutinées formaient un plafond d'adhérences.

M. Bouilly a opéré récemment un cas absolument comparable à celui de M. Quénu. Une femme de quarante-sept ou de quarante-huit ans avait été prise en pleine santé, d'un point de côté extrêmement intense. Six semaines après le ventre devenait gros, fluctuant; le médecin traitant fit une ponction et retira 4 litres de pus. Comme la collection menaçait de s'ouvrir à l'ombilic, M. Bouilly fit la laparotomie et trouva une quantité de pus énorme, occupant la cavité péritonéale depuis le petit bassin jusqu'au diaphragme. Les anses intestinales s'étaient enkystées derrière une toile de fausses membranes et le pus n'avait pas pénétré entre elles. On draina par l'abdomen et par le cul-de-sac vaginal postérieur. La malade a guéri en peu de temps. L'examen bactériologique montra la présence du pneumocoque très virulent.

M. Chaput a opéré une femme de trente et un ans qui, après avoir soigné des malades atteints d'oreillons, fut prise de phénomènes fébriles qui firent penser d'abord à une fièvre typhoïde. L'épreuve du séro-diagnostic fut négative. Au bout de quelques jours, apparut une parotidite double suppurée, à streptocoques. Bientôt se déclarèrent des symptômes de péritonite. M. Chaput fit la laparotomie et tomba sur une péritonite purulente très étendue à streptocoque; les anses intestinales étaient isolées du foyer purulent et recouvertes par le grand épiploon qui les encapuchonnait. La malade succomba dans l'adynamie. A l'autopsie on trouva une ancienne métrite.

M. Walther cite trois cas de péritonite a pneumocoques qu'il a opérés.

Le premier malade fut opéré en 1892; le petit bassin, les fosses iliaques étant remplies de pus où l'examen bactériologique décela du pneumocoque à l'état de pureté. Chez le second malade, garçon de seize ans, il s'agissait également de pneumocoque pur; à l'opération, je fis sortir sept litres de pus, qui remontait depuis le premier bassin jusqu'au diaphragme. Les anses intestinales agglutinées étaient recouvertes de fausses membranes.

Chez mon troisième malade, les anses intestinales flottaient librement dans le pus, la péritonite était véritablement généralisée. C'était un alcoolique qui avait fait cette péritonite à pneumocoque pur au cours d'une pneumonie. Après l'opération le malade, toujours délirant, défaisant sans cesse son pansement, si bien qu'un jour il introduisit les mains à travers l'orifice de drainage jusque dans l'abdomen et répandit ses anses intestinales dans son lit. Il succomba, mais sans ces accidents, il aurait guéri comme les autres malades. L'autopsie montra que tout le péritoine était envahi par l'inflammation.

Fracture des deux rotules. Suture. Guérison.

M. Chaput lit un rapport sur une observation de M. Lafourcade, de Bayonne. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, qui se fit une fracture des deux rotules. M. Lafourcade sutura les deux rotules au fil d'argent, et immobilisa les genoux dans un appareil plâtré. Le 10e jour après l'opération, il fit pratiquer du massage masculaire et, quelque temps après, du massage articulaire. La guérison ne fut à peu près complète qu'au bout de six mois.

M. Chaput insiste en analysant cette observation, sur la rareté des fractures simultanées des deux rotules; et sur les avantages des massages pratiqués avec discernement.

M. Nélaton présente un jeune homme opéré d'une suppuration ancienne du sinus frontal et chez lequel un drain était resté dans le sinus, entretenant une fistule intarissable. M. Nélaton fit une incision le long du sourcil, ouvrit le sinus, enleva le drain et établit un drainage par les fosses nasales.

M. Albarran présente une malade qu'il guérit d'une fistule rénale consécutive à la néphrotomie pour pyonéphrose par le cathétérisme à demeure des uretères et des lavages à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

M. Mignot présente des calculs biliaires produits expérimentalement par des infections de la vésicule biliaire chez des cobayes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 Mai 1897.

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique.

M. E. Gaucher, pour le traitement de l'eczéma aigu et de toutes les poussées aiguës d'eczéma, comme pour les brûlures, emploie une solution aqueuse d'acide picrique au cen-

tième, avec laquelle il badigeonne les surfaces malades : il applique ensuite une couche de ouate ou une compresse de tarlatane imbibée de la même solution, et laisse le pansement en place pendant 2 jours.

Au bout de ce temps, les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés. On recommence la même application picriquée et le même pansement tous les 2 jours, et, au bout de peu de temps, l'inflammation aiguë est guérie.

Ce mode de traitement est seulement applicable à l'eczéma vésiculeux et suintant, et n'a d'action que sur l'état aigu. Il est insuffisant pour modifier l'épaississement et l'induration du derme dans l'eczéma chronique lichénoïde. C'est seulement à l'inflammation cutanée superficielle qu'il s'adresse, et surtout aux lésions épidermiques.

Rhumatisme musculaire des lombes de l'abdomen et du pharynx dans la blennorrhagie.

M. Jacquet rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans, entré dans le service de M. Bouchard, avec une douleur abdominale extrêmement vive, à maximum hypogastrique, et des douleurs dans la masse lombaire, ayant débuté, une dizaine de jours auparavant, par des douleurs aux lombes, propagées, quelques jours plus tard, jusqu'au ventre et au bas-ventre.

Au bout de 2 ou 3 jours, les douleurs se sont atténuées dans la plus grande partie du ventre, mais au bout de ce temps, la déglutition devint gênée, puis très douloureuse, et cependant les amygdales sont restées petites, le voile pâle, les piliers à peine colorés; ce n'est qu'au bout de 2 jours 1/2 seulement, que l'examen minutieux de la gorge montre une amygdale un peu tuméfiée, ponctuée d'un point jaune assez volumineux, en même temps que la température monta à 39°4.

Deux jours plus tard, la température est retombée à la normale, mais les mouvements du cou sont devenus douloureux, principalement la flexion et l'extension, et la pression éveillait une vive sensibilité aux attaches supérieures des muscles de la nuque et du sterno-cléido-mastoïdien.

Le lendemain, la malaxation, même légère, du corps musculaire du trapèze et du sterno-mastoïdien déterminait aussi de la douleur, et ce dernier muscle était encore sensible quand, une quinzaine de jours après son entrée, le malade quitte le service.

La succession des plans musculo-aponévrotiques atteints est significative; partie des lombes, l'influence rhumatisante se propage à l'abdomen, en effleurant seulement sa partie supérieure, mais frappant violemment les attaches fibreuses inférieures. Puis les couches musculeuses du pharynx et du voile palatin sont frappées, et enfin, dernière extension, les muscles de la nuque et du cou.

Pour M. Jacquet, la cause de ce rhumatisme musculaire était la blennorrhagie que le malade avait contractée un mois environ avant son entrée à l'hôpital.

Le rein mobile chez l'enfant.

M. Comby. — L'ectopie rénale n'a guère été observée que chez les adultes; les traités de maladies des enfants n'en font pas mention. Cependant elle existe à tous les âges, et je n'en ai pas recueilli moins de 6 observations en quelques mois dans un service d'enfants. Dans le bas âge, comme plus tard, le rein flottant atteint le sexe féminin avec une prédilection marquée. Mes 6 cas ont trait à des filles. Sur ces 6 observations, 4 se rapportent à des fillettes déjà grandes, 2 concernent des nouveau-nées. Dans ces derniers cas, l'ectopie rénale n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Voici le résumé de ces faits : 1° fille de 16 ans, souffrant du ventre depuis longtemps, et présentant dans le flanc droit une tumeur réniforme, peu mobile, sensible à la pression; le rein, autrefois flottant, puisqu'il a été question, il y a 3 ans, de le fixer par une opération chirurgicale, est aujourd'hui maintenu par des adhérences péritonitiques. L'enfant est une dyspeptique déjà ancienne, avec dilatation de l'estomac. 2° Fille de 13 ans, également dyspeptique, souffrant de douleurs abdominales, présente un rein droit absolument mobile. Cet enfant a l'habitude de se serrer la taille avec une ceinture, mais elle ne porte pas encore de corset. 3° Fille de 14 ans, apprentie blanchisseuse, travaillant debout, chlorotique, portant un corset; rein droit mobile. 4° Fille de 10 ans, ancienne dyspeptique, opérée il y a 5 ans par M. Jalaguier pour un rein mobile avec hydronéphrose; elle porte, dans le flanc droit, la cicatrice de la néphrorraphie qui lui a été faite; elle vient consulter pour sa dyspepsie. 5° Fille de 33 jours, hérédo-syphilitique; à l'autopsie, les deux reins sont flottants; l'enfant, étant nourrie au sein, présente un estomac normal, plutôt petit (80 centim. cubes). 6° Fille de 3 mois hérédo-syphilitique, comme la précédente nourrie au sein; à l'autopsie, les deux reins sont déplacés et flottent dans la cavité abdominale; estomac petit (80 centim. cubes).

Il est bien évident que dans ces deux derniers cas, l'ectopie rénale était congénitale: ne trouverait-on pas plus souvent cette anomalie, si on la cherchait avec soin? Quoi qu'il en soit, cela porte à penser que beaucoup de reins flottants, attribués à la dyspepsie, à l'engorgement du foie, aux grossesses multiples, aux corsets, aux ceintures trop serrées, ne sont peut-être qu'en partie dus à ces causes. Pour que ces causes agissent, il faut une prédisposition, un relâchement congénital des liens fixateurs, etc. Cette opinion de la congénitalité du rein mobile a été soutenue par Litten, Guterbock, Ewald, Albarran. Les faits que je viens d'observer chez les jeunes sujets plaident en sa faveur.

M. Mathieu, qui a recherché systématiquement le rein mobile chez de nombreux malades, estime que la fréquence de cette ptose est faible pendant l'enfance, augmente progressivement, et atteint son maximum à 25 ans.

M. L. Guinon. — Je viens d'observer récemment 2 cas qui rappellent ceux de M. Comby; les 2 enfants avaient des reins abaissés, se traduisant par des syndromes cliniques semblables à ceux de l'adulte.

Le bruit de rouet sous-claviculaire.

M. L. Galliard. — MM. Gilbert et Garnier viennent de signaler chez une chlorotique un souffle doux, continu, à renforcement systolique perçu à droite et à gauche du sternum, et attribuable à la veine cave supérieure et aux troncs veineux brachio-céphaliques. Ce bruit, disent-ils, n'a pas été signalé par les auteurs.

Je suis autorisé à dire que ce souffle est fort rare, car depuis longtemps je le recherche systématiquement, non seulement dans la chlorose, mais chez tous les sujets dont j'ausculte la poitrine. Je l'ai constaté à droite chez un malade atteint de pneumothorax du côté droit, dont j'ai publié l'observation en 1887, et qui a guéri. En 1893, dans ma monographie du pneumothorax, j'ai désigné le phénomène par le mot « bruit de rouet sous-claviculaire » et l'ai attribué à l'étranglement du tronc veineux brachio-céphalique droit.

J'ai retrouvé ce même bruit, à la même place, chez un homme opéré avec succès d'un empyème du côté droit.

Je ne l'ai pas constaté à gauche. Je poursuis d'ailleurs mes investigations.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 17 Mai 1897.

Exostose sous-unguéale.

M. Delore présente un malade du service de M. Poncet, porteur d'une exostose sous-unguéale du deuxième orteil gauche. Le malade est âgé de 20 ans, on ne trouve dans ses antécédents ni syphilis, ni maladies infectieuses. Il y a 18 mois qu'il vit apparaître sous l'ongle une petite tumeur qui s'accrut depuis progressivement. Elle a brisé l'ongle en deux parties il y a 2 mois, et s'est ulcérée. On peut appliquer à ce cas la plupart des hypothèses qui ont été proposées pour la pathogénie de cette affection (exostoses ostéogéniques, tératomes, sarcomes ossifiants), mais il semble qu'il faille plutôt admettre, avec M. Bard, qu'il s'agit ici d'une tumeur inflammatoire.

M. Poncet fait remarquer la rareté de tels cas, à un orteil

autre que le premier. Lorsque l'affection est arrivée au point où elle se présente aujourd'hui chez ce malade, le diagnostic est en général facile, mais il est loin d'en être de même au début. Le traitement devra consister en une ablation large de la tumeur, suivie d'un grattage étendu de l'os, pour enlever le tissu fibreux périphérique et éviter la récidive.

M. Arloing rappelle la fréquence de ces tumeurs, désignées sous le nom de *formes*, en médecine vétérinaire, et les analogies qu'elles présentent avec les exostoses sous-unguéales de l'homme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 19 Mai 1897.

Fractures de l'astragale.

M. Destot présente une série de radiographies des plus intéressantes au point de vue de la pathogénie et du diagnostic des fractures de l'astragale. Il a eu, depuis quelque temps, l'occasion d'examiner par le moyen des rayons X un grand nombre d'individus porteurs d'anciens traumatismes du pied, et conservant soit des douleurs, soit des déformations, soit des impotences fonctionnelles plus ou moins complètes. Le résultat de cette enquête a été de le convaincre de la fréquence relativement assez grande des fractures de l'astragale.

Cette fréquence, ainsi que la constitution des systèmes osseux de l'astragale, seront prochainement, de la part de l'auteur, l'objet d'une étude d'ensemble.

Sérodiagnostic.

M. Paul Courmont a réuni depuis le mois de juillet dernier, plus de 300 cas de sérodiagnostic, parmi lesquels 240 typhiques. La séro-réaction s'est toujours montrée positive dans ces 240 cas de fièvre typhoïde. Elle a manqué chez deux malades, qui présentaient la plupart des signes cliniques, mais pour lesquels le diagnostic pouvait néanmoins être discuté. Dans 60 cas d'affections autres que la dothiénenthérie, la séro-réaction a été négative. Il y a eu de plus 8 cas douteux. Parmi les cas positifs, 6 seulement ont présenté une réaction retardée, c'est-à-dire négative au premier examen, et apparaissant seulement quelques jours après (du 8e au 15e de la maladie environ). En effet, la réaction a été obtenue dans la majorité des cas à partir des 7e et 8e jours. Dans 11 cas elle s'était produite avant le 7e jour. L'auteur a recherché de même la séro-réaction chez des convalescents et chez des malades guéris depuis plusieurs années.

Il a constaté qu'elle disparaît en général plutôt chez l'enfant que chez l'adulte, faisant le plus souvent défaut au bout d'un an. Au point de vue de la technique, l'auteur a employé pour tous ses essais le même Eberth, cultivé en eau peptonée sucrée (les bouillons de viande produisant parfois des amas qui peuvent, à un examen superficiel, être une cause d'erreur).

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 15 Mai 1897.

Résection des extrémités radiculaires d'une première prémolaire supérieure atteinte de périostite.

M. Gueré. — J'ai l'honneur de vous présenter M. Ch..., étudiant en médecine, sur qui j'ai pratiqué la résection des extrémités radiculaires de la première P. M. D. S. pour mettre fin à une suppuration continue qui avait son foyer à l'apex de cette dent.

Au mois d'octobre 1895, à la suite de l'obturation de la dent sans désinfection préalable de la racine interne, M. Ch... fut atteint de périostite alvéolo-dentaire suppurée contre laquelle tous les moyens habituels, même la chaleur, échouèrent.

L'extraction ayant été repoussée, j'offris à mon malade de trépaner le maxillaire à la hauteur de l'extrémité radiculaire de sa dent, de reséquer cette extrémité et de curetter le maxillaire à son niveau.

Cette opération, pratiquée la première fois par MM. Péan et Th. Anger fut répétée avec succès par MM. Terrillon et Martin (de Lyon).

M. Magitot n'est pas de cet avis. Il préfère l'extraction de la dent, suivie de la *greffe proprement dite*.

Au mois de décembre 1896, M. Ch... fut endormi. L'opération eut lieu ainsi.

Premier temps. — Section de la muqueuse au bistouri en refoulant aussi haut que possible le cul-de-sac gingivo-labial.

Deuxième temps. — Ponction du maxillaire à l'aide d'une grosse fraise (foret) adaptée sur le tour de White.

Troisième temps. — Section des racines et curettage à l'aide de la fraise et de la curette de Volkmann.

Quatrième temps. — Tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent simples. La plaie se combla au bout de deux mois.

Aujourd'hui la dent est complètement indolore, bien fixée, et M. Ch... s'en sert aussi bien que des autres.

M. Fromaget demande pourquoi M. Gueré n'a pas employé le traitement de Magitot qui lui paraît plus pratique que celui de M. Gueré.

M. Gueré répond que les statistiques ne sont pas en faveur de l'opération de Magitot.

Névrome plexiforme.

M. Bégouin. — Jeanne F..., 40 ans, est entrée à l'hôpital pour une tumeur de la tempe gauche remontant à la naissance et s'étant progressivement développée depuis 20 ans.

Jamais cette tumeur n'a déterminé aucune douleur, aucun retentissement sur l'état général qui est resté excellent. Elle occupe la partie supérieure de la joue gauche, la tempe, la partie externe de la paupière et du front, toute la partie voisine du cuir chevelu, et retombe en bourrelet au-devant de l'œil.

Elle est aplatie, molle, recouverte par une peau à peine plus pigmentée que normalement. Sa sensibilité est normale, sauf peut-être au niveau de la queue du sourcil où elle serait un peu diminuée.

Le diagnostic de névrome plexiforme est porté par le Dr Dubreuilh.

Opérée sans incidents le 8 avril 1897.

M. Dubreuilh. — La sensibilité ne m'a paru diminuée que sur le point le plus saillant du bourrelet qui surmonte l'œil.

M. Arnozan. — Trouve-t-on des noyaux à la palpation?

M. Dubreuilh. — Quelques-uns à la face profonde du bourrelet.

M. Arnozan. — Ces noyaux sont des ganglions nerveux néoformés.

M. Dubreuilh. — Dans ce cas particulier on a un nævus pileux au lieu d'avoir un nævus pigmentaire.

Sur un cas de névrite ascendante consécutive à un traumatisme.

MM. Carrière et **Rainguet.** — Etienne L..., 46 ans, cultivateur, est entré à l'hôpital il y a quelques jours à peine, pour des douleurs dans le pied gauche et ulcération du petit orteil.

Il y a 10 ans il se donna un coup de hache au niveau du quatrième espace interosseux gauche sur une étendue de 5 centimètres environ. Un mois après la plaie était guérie.

C'est dans le courant de la troisième année que le malade commença à souffrir du gros orteil qui se tuméfia. Quelques jours après les douleurs apparurent au niveau du petit orteil.

Depuis ce moment elles se répétèrent par accès et, au mois de mars, le malade ayant constaté la nécrose progressive du petit orteil gauche, se décida à entrer à l'hôpital.

Après avoir éliminé par un examen attentif le tabès, la maladie de Raynaud, la maladie de Friedreich, nous pensons qu'il s'agit d'un cas de névrite ascendante d'origine traumatique dont

l'agent causal serait le coup de hache dont nous avons déjà parlé. Ce qui nous frappe, c'est l'apparition tardive des accidents. Ce fait ne nous parait explicable qu'en admettant la production d'une cicatrice vicieuse dont le tissu rétractile aurait englobé les nerfs se rendant au petit orteil et produisant ainsi une névrite ascendante.

M. Vitrac. — J'ai eu occasion d'observer un cas tout à fait analogue.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 11 Mai 1897.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

M. Kümmel, après avoir donné un aperçu de l'historique de la question, rapporte 17 observations de strumectomie pour maladie de Basedow. Dans 2 cas l'opération n'a donné aucun résultat; dans les autres l'intervention a amélioré considérablement tous les symptômes. Il pense donc que l'opération peut être faite dans tous les cas où l'échec de la médication interne est manifeste.

M. Nowne présente un malade qu'il a opéré il y a déjà quelques années et qui a été notablement amélioré par l'opération.

M. Lauenstein, qui a fait plusieurs fois la strumectomie, n'est pas enthousiaste des résultats obtenus. Pour lui, l'opération *peut* se trouver indiquée dans des cas où l'affection relève d'une cause locale, et doit être partielle. En fait de résultats, il a constaté que l'opération n'a aucune prise sur la parésie du larynx, et n'améliore que très lentement l'état général. Jamais il n'a observé de guérison complète, mais seulement des rémissions.

M. Sänger constate que dans aucun des cas publiés ou présentés l'opération n'a amené la guérison de la maladie. On améliore surtout l'exophthalmie, mais faire, en vue de ce résultat, la résection du grand sympathique comme on l'a recommandé en France, est trop osé.

M. Alsberg montre une femme de 48 ans à laquelle on a fait il y a 3 ans la strumectomie partielle pour remédier aux troubles de déglutition qui sont survenus au cours de la maladie de Basedow. Depuis l'opération elle se sent très bien.

M. Lennhartz fait remarquer que chez la plupart des malades qui ont été présentés, on trouve une amélioration des symptômes subjectifs tandis que les symptômes objectifs persistent le plus souvent dans toute leur intensité. Il pense donc que ce résultat incomplet ne justifie pas suffisamment l'intervention et que celle-ci ne doit être faite que lorsque *tous* les autres moyens échouent. Ceci d'autant que le pronostic de la maladie de Basedow n'est pas mauvais et qu'en général on ne meurt pas directement de cette affection, du moins M. Lennhartz n'en connait aucun cas. Inversement les améliorations spontanées ou obtenues par un traitement peuvent être telles que le malade peut reprendre sa vie habituelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Diabète et affections du pancréas.

M. Wille a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme entré à l'hôpital Saint-George, de Hambourg, avec les symptômes classiques du diabète.

A l'autopsie, on trouva tout d'abord une cirrhose atrophique du foie, type Laënnec, et des lésions très étendues du pancréas. Cet organe était uniformément dur et avait une couleur chocolat. L'examen microscopique donna les résultats suivants :

Il existait, avant tout, une prolifération énorme du tissu conjonctif interstitiel qui, par places, formait de véritables bandes. Ces bandes fibreuses entouraient les lobules glandulaires et avaient amené, dans certains endroits, l'atrophie de ces dernières. Sur les coupes on voyait une quantité considérable de pigment, disposé soit dans le tissu inter-acineux, soit dans les cellules glandulaires mêmes. Le pigment inter-acineux était brun foncé, celui qui se trouvait dans les cellules avait une couleur jaunâtre; les deux contenaient du fer. Les parois des artères étaient épaissies, et, en même temps, il existait, disséminés dans le parenchyme, des foyers formés par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

Dans 7 autres cas de diabète où M. Wille a examiné le pancréas, il a trouvé 2 fois une atrophie cachectique simple de la glande; 1 fois une atrophie granuleuse; 4 fois le pancréas était absolument normal. D'autre part, sur 18 cas de cirrhose alcoolique avec néphrite interstitielle, le pancréas présentait 2 fois les lésions classiques de l'atrophie granuleuse.

Sans vouloir nier les rapports entre le diabète et les affections du pancréas, M. Wille pense que nous ne sommes guère fixés sur la nature de ces rapports.

M. Simmonds a aussi constaté, et assez souvent, l'absence de tout symptôme diabétique chez des individus à l'autopsie desquels on trouvait des lésions graves du pancréas; et, inversement, à l'autopsie des diabétiques, il a fréquemment trouvé des pancréas absolument sains. Si les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des lésions du pancréas dans le diabète, c'est qu'un certain nombre d'entre eux considèrent comme une atrophie diabétique l'atrophie cachectique simple du pancréas. Ainsi, récemment, M. Simmonds a trouvé, à l'autopsie d'un diabétique-phtisique, mort dans le coma diabétique, un pancréas atrophié qui ne pesait que 60 grammes, et présentait une légère hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel. Or, la même lésion se rencontre couramment chez les phthisiques non diabétiques.

M. Fränkel considère comme un fait physiologique la présence du pigment dans le pancréas, et ne pense pas que cette pigmentation ait été la cause de la sclérose que l'on n'observe pas dans d'autres organes, quand ils deviennent le siège d'une pigmentation abondante. Quant aux foyers formés par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux, M. Fränkel les a aussi rencontrés dans le pancréas des individus ayant succombé à la diphthérie, seulement il ne pense pas qu'il s'agisse là de cellules endothéliales, mais bien plutôt de cellules glandulaire au stade d'inactivité.

M. Unna pense aussi que les foyers en question sont formés par des cellules glandulaires.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 14 Mai 1897.

Plaie du mésentère avec gangrène de l'intestin.

M. Lockwood a rapporté l'observation d'un homme de 64 ans qui, dans un but de suicide, s'était porté un coup de couteau dans le côté gauche de l'abdomen. Il fut apporté à l'hôpital sans connaissance, baignant dans son sang, les intestins sortis hors de la plaie. La laparotomie faite séance tenante a montré que le sang venait des vaisseaux du mésentère coupé. Toutes ces plaies furent suturées et le ventre fermé.

Le malade ayant succombé 48 heures après l'opération, on constata que les portions de l'intestin en regard des vaisseaux liés du mésentère, étaient gangrenées ou en train de se gangrener.

M. Howard Marsh a cité le cas d'un homme qui, à la suite d'une chute, perdit connaissance, puis étant revenu à soi et ne se sentant pas mal, alla dîner dans la soirée en

ville. Il fut brusquement pris de phénomènes abdominaux graves et mourut au bout de 30 heures.

La laparotomie faite 24 heures après le début des accidents, montra une gangrène étendue de l'intestin. A l'autopsie, on trouva une déchirure du mésentère, ayant intéressé une branche assez volumineuse de la mésentérique supérieure.

M. Taylor rapporte le cas d'un enfant qui a succombé assez rapidement après avoir présenté une série de symptômes abdominaux graves. A l'autopsie, on trouva une thrombose d'une branche de l'artère mésentérique, rétrécie par des dépôts calcaires. L'intestin irrigué par cette branche thrombosée était gangrené.

Hydrocéphalie chronique.

M. Taylor a rapporté le cas d'un garçon de 16 ans 1/2 entré à l'hôpital avec des symptômes cérébraux.

D'après les parents, le malade aurait présenté peu de temps après sa naissance, une augmentation du volume de la tête. Il devint pourtant assez vigoureux, a pu plus tard aller à l'école où il a été bon élève. Depuis l'âge de 13 ans, il présentait de temps en temps de la céphalalgie et des vomissements qui, ces temps derniers, sont devenus particulièrement fréquents.

A l'examen du malade, on trouva une tête volumineuse ayant une circonférence de 23 pouces. Le malade avait des vomissements, une céphalalgie frontale très vive, de la raideur de la nuque et une parésie très accusée des membres inférieurs. Les jours suivants, la parésie envahit les membres supérieurs, le diaphragme. Le malade finit par succomber 3 semaines après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva un épaississement des os du crâne. Les ventricules renfermaient 30 onces de liquide. La pie-mère était épaissie au niveau de la base du cerveau, principalement au niveau du trou de Magendie. La moelle épinière et les nerfs n'ont pas été examinés.

En rapportant cette observation, M. Taylor attire l'attention sur la longue durée de l'hydrocéphalie et sur l'intégrité des fonctions intellectuelles jusqu'à l'âge de 16 ans. Le malade a probablement succombé à une augmentation brusque de l'exsudat intraventriculaire.

Kélotomie avec incision de l'intestin.

M. Howard Marsh a eu l'occasion de faire récemment la kélotomie chez un homme de 38 ans entré à l'hôpital avec des symptômes d'étranglement de hernie inguinale, datant de 12 heures. A l'ouverture du sac, on trouva les intestins tellement distendus que pour les réduire, il a fallu les inciser d'abord, ce qui donne issue à un liquide séro-sanguinolent analogue à du liquide herniaire. Les incisions furent ensuite fermées par plusieurs points de Lembert, et l'intestin réduit dans l'abdomen. Le malade guérit.

Pour expliquer la présence de ce liquide séreux, M. Howard Marsh pense qu'à la suite de la dilatation paralytique de l'intestin, la couche péritonéale de celui-ci s'est trouvée tellement pressée coontre la paroi interne du sac qu'il y a eu stase veineuse et exsudation à la surface muqueuse de l'intestin.

M. Langton qui a observé deux cas de ce genre s'est contenté de ponctionner l'intestin. Les 2 malades ont guéri.

M. Lockwood qui a fait une fois dans des conditions analogues la ponction du jéjunum, a vu le malade perdre du sang par le rectum 4 heures après l'intervention. Il admet qu'on fasse la ponction de l'intestin quand on a ce dernier sous les yeux, et dans ces cas, il faut ensuite fermer l'orifice de ponction par une suture. Mais il considère comme très dangereuse la ponction de l'intestin à travers la paroi abdominale, car le trocart est déjà infecté au moment où on le retire et peut amener une péritonite septique, comme M. Lockwood en a observé un cas.

Hernie de l'appendice.

M. Bidwell rapporte 2 observations de hernies inguinales irréductibles chez les femmes où la kélotomie montra la présence de l'appendice vermiculaire seul qui fut réduit après incision du ligament de Gimbernat. Cette simple réduction parait à M. Bidvell préférable à l'excision de l'appendice que l'on a fait même dans les cas où il était sain.

Dans les 2 cas, les phénomènes d'étranglement furent excessivement légers.

M. Langton fait remarquer que les phénomènes d'étranglement sont bien plus accusés dans les cas où le sac renferme, à côté de l'appendice, de l'intestin.

Quant à la façon de traiter l'appendice, il pense qu'il faut le réduire quand il est sain ou le réséquer quand il est ulcéré ou entouré d'adhérences.

M. Mac Adam Eccles a trouvé accidentellement à l'autopsie d'un homme une hernie fémorale qui n'a jamais provoqué aucun accident et dont le sac renfermait l'appendice seul qui mesurait 7 pouces de longueur.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 12 Avril 1897.

Chorée hémiplégique symptomatique (?).

M. Gheury. — Je soigne actuellement une petite fille de 8 ans, chez qui depuis un an et demi, se sont montrés des mouvements choréiques du bras gauche; l'enfant n'arrivait à saisir un objet qu'après une série de tâtonnements. Puis elle a pris l'habitude de tourner la tête légèrement à droite, en portant les yeux à gauche; la langue s'est déviée à droite. Enfin, plus récemment, le membre inférieur gauche a présenté également des mouvements choréiques. La sensibilité, explorée en détail, et les champs visuels sont normaux; l'intelligence est intacte, l'état général excellent; aucune hérédité ne peut être découverte. L'affection ne serait déclarée à la suite du chagrin causé par la mort d'un frère.

Le traitement de la chorée n'amena aucun changement. Or, depuis quelque temps, l'enfant se plaint de vives douleurs, presque continuelles, dans la moitié droite de la tête, douleurs non provoquées à la pression. S'agit-il d'une tumeur des centres? En présence de l'allure bizarre du mal, la patiente a été soumise à l'action du sirop de Gibert.

Hernie inguinale avec prolapsus ovarien.

M. Puttemans. — J'ai trouvé, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale gauche chez une femme de 28 ans, à côté de l'intestin, l'ovaire et la trompe correspondante. L'ovaire était frappé de dégénérescence kystique; quant à la trompe, elle était si adhérente qu'on fut obligé de suturer le sac.

Quelques signes cliniques ont été relevés par certains auteurs comme capables de déceler la présence, assez rare du reste, de l'ovaire dans une hernie. C'est d'abord une sensibilité locale spéciale, rappelant la sensation due à la pression du testicule; puis, c'est la douleur provoquée par le décubitus latéral sur le côté opposé à la hernie; ces deux caractères n'existaient aucunement chez la patiente. Enfin, on a signalé un troisième symptôme qui n'a pas été recherché dans le cas présent: c'est la position très élevée du col utérin qui est, en outre, dévié du côté opposé au prolapsus viscéral.

Fibrome utérin intramural énucléé par voie vaginale.

M. Van Engelen. — J'ai été appelé à traiter une femme souffrant de métrorrhagies répétées. Au toucher, le col est relativement mou, entr'ouvert, et l'utérus très volumineux semble rempli par un polype fibreux, qui n'était libre que dans sa partie inférieure. Je me suis décidé à intervenir par la voie vaginale. Abaissant fortement la matrice, qui fut sectionnée bilatéralement, je disséquai au bistouri la tumeur, dont la plus grande partie fut ainsi extirpée; le reste fut enlevé par les

ciseaux courbes, conduits et dirigés par l'index gauche. C'était, en somme, une énucléation par morcellement de la tumeur. L'opération fut terminée par un curetage soigné. La perte de sang fut minime, les suites normales.

M. Cittadini. — L'opérateur s'est-il rendu un compte exact du degré de réflexion de la muqueuse utérine sur la tumeur? Celle-ci semble bien être un fibrome intramural, plutôt qu'une polype vrai. Dans ces conditions, il peut être dangereux de vouloir conserver l'utérus, vu l'éventualité très probable d'une récidive, et même d'une dégénérescence maligne. L'hémisection antérieure de l'utérus me paraît également préférable à la section bilatérale.

M. Van Engelen. — La patiente n'ayant pas été prévenue de la possibilité d'une hystérectomie totale, j'ai cru pouvoir adopter la ligne de conduite exposée.

Intoxication aiguë par ingestion de sublimé.

M. Crickx. — Une jeune fille s'est empoisonnée en ingérant 20 grammes d'une solution alcoolique de sublimé au 1/10. Appelé vingt minutes après l'ingestion, je constatais quelques vomissements, puis les symptômes d'une gastro-entérite suraiguë, des nausées et des vomissements continuels, d'abord muqueux, puis séreux, enfin sanguinolents, bientôt du collapsus avec pupilles rétrécies et teint plombé. Les premiers soins consistèrent en lavage d'estomac, ingestion d'eau albumineuse à haute dose et injection d'éther. Un symptôme à remarquer, c'est l'apparition rapide de la diarrhée une heure après l'ingestion du poison.

Les phénomènes furent assez graves les deux premiers jours. Puis les symptômes gastriques disparurent; mais il persista une anurie complète, et la mort survint le sixième jour.

J'ai essayé en vain les grands lavages au sérum artificiel, dont 10 à 12 litres furent injectés, mais sans résultat aucun.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 27 Avril 1897.

Imperforation ano-rectale.

M. Maffeï. — A propos d'un cas d'imperforation ano-rectale, traité sans succès par la colostomie iliaque, j'ai radiographié, il y a quelques jours, le bassin d'un enfant atteint de luxation congénitale de la hanche; cette épreuve m'a permis de constater que la radiographie donnait l'image du rectum de l'enfant. Peut-être y a-t-il là une source de renseignements utiles au chirurgien dans les cas d'imperforation.

Ectromélie bithoracique et phocomélie abdominale symétrique.

M. Maffeï montre trois photographies d'un enfant mort de rougeole dans le service de M. Gevaert. Les membres supérieurs étaient complètement absents. Au niveau de la région deltoïdienne, on constatait des deux côtés la trace de cicatrices. A droite existait une excroissance de la grosseur d'un petit pois. Les membres inférieurs étaient symétriques, atrophiés, immobilisés dans la flexion. L'articulation du genou semblait faire défaut. Les pieds étaient distincts, mais ne portaient chacun que quatre orteils.

Tuberculose canine.

M. Pechère. — En pratiquant l'autopsie d'un chien, j'ai été fort surpris de trouver à la surface de la plèvre, et particulièrement sur le feuillet pariétal des granulomes tuberculeux.

Si je vous montre ces lésions ainsi que des coupes microscopiques, c'est que bien des médecins croient encore que le chien est tout à fait réfractaire à la tuberculose. Il est acquis aujourd'hui que si le chien résiste assez bien à l'infection tuberculeuse, il est loin d'être exempt de la maladie. Eber retrouve la tuberculose chez 2,75 p. 100 des chiens qu'il autopsie; Cadiot, chez 1,25 p. 100.

Le chien contracte la tuberculose par inhalation: Weichselbaum et Trappenier ont placé des chiens dans des endroits clos où ils pulvérisaient de l'eau chargée de matières tuberculeuses. Ces animaux sont devenus tuberculeux. Bien au contraire, grâce sans doute à l'action bactéricide des liquides digestifs, l'ingestion de produits tuberculeux n'a donné que des résultats très incertains.

M. Gratia. — La transmission de la tuberculose de l'homme au chien est plus fréquente que celle du chien à l'homme, étant donné que le chien tuberculeux n'expectore pas. En outre, le chien peut s'infecter par la voie digestive, sans qu'il y ait pour cela tuberculose primitive de l'intestin ou même des ganglions mésentériques.

M. Crocq pense, comme M. Pechère qu'il est difficile de contaminer le chien par la voie gastro-intestinale. Il a fait avaler pendant trois mois à un chien des crachats tuberculeux délayés dans du lait sans réussir à le rendre tuberculeux.

Carcinome primitif du corps utérin.

M. Jacobs. — J'ai pratiqué, il y a un an, l'hystérectomie chez une femme atteinte de carcinome utérin. Cette personne avait subi six semaines auparavant l'opération du raclage. La curette avait ramené des fragments qui, examinés au microscope, présentaient la structure du carcinome.

La malade est guérie, et il ne s'est pas produit de tumeur nouvelle.

Grossesse tubaire. Abcès ovarique.

M. Jacobs. — Une femme de 28 ans chez laquelle les règles ont disparu depuis trois mois a une fièvre très forte (40°). Après examen, je conclus à une grossesse extra-utérine et pratiquai la laparotomie, avec ablation des annexes du côté gauche.

La trompe gauche est dilatée dans son tiers externe où se trouve un placenta plus ou moins désorganisé. Le pavillon communique avec une énorme tumeur abcédée constituée par l'ovaire. Cette poche abcédée a contracté des adhérences intimes avec une anse intestinale. Je détachai ces adhérences et constatai que l'intestin présentait une série de perforations communiquant avec l'abcès ovarique. Je dus réséquer l'anse malade.

La littérature ne signale aucun cas, à ma connaissance du moins, de coexistence d'un abcès ovarique et d'une grossesse extra-utérine. Je pense que l'abcès ovarique est attribuable à l'avortement tubaire; quant aux adhérences, elles préexistaient sans doute à la grossesse extra-utérine.

La malade va aussi bien que possible.

Tuberculose de la peau du genou.

M. Dubois-Havenith. — Un jeune garçon de 9 ans a une douleur à la pression au niveau du genou, qui s'aggrave les jours suivants; la peau prend, au niveau de la zone malade, une teinte bleuâtre. Je fis radiographier les os, qui furent reconnus normaux. Quelques jours plus tard, je perçus de la fluctuation; un trajet fistuleux s'établit, que M. le Dr Lavisé, ouvrit largement, et je priai M. Péchère d'analyser le tissu mou lardacé que nous obtînmes par raclage de la plaie. J'ajouterai encore que ce malade ne présentait nulle part de lésions tuberculeuses.

M. Péchère. — L'examen direct du tissu m'a donné un résultat négatif; mais quelques jours plus tard, un cobaye que j'avais inoculé dans le péritoine, avec la même substance, fut atteint, au niveau de l'inoculation, d'un abcès dans lequel je retrouvai le bacille de Koch; l'animal présente aujourd'hui les caractères de la tuberculose généralisée.

Cette analyse montre une fois de plus que le seul examen direct ne permet pas de nier la présence du bacille de Koch et qu'il faut, chaque fois que la chose est possible, pratiquer l'inoculation à un cobaye, qui est bien le réactif le plus sensible pour ce genre d'analyses.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott (p. 505). — Néphrectomie (p. 509).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Glandes à venin des insectes hyménoptères. — Pemphigus foliacé. — Mal de montagne. — Hallucinations verbales psycho-motrices. — Enophtalmie. — Percussion de l'oreillette. — Vaccine généralisée. — Phthisie traumatique — Mal de Bright. — Myase du tube digestif (p. 510). — Blennorrhagie. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Myocardite interstitielle. — Cardiectasie. — Fièvre typhoïde. — Gaz de l'estomac. — *Thèse de la Faculté de Toulouse :* Ulcères simples de l'intestin (p. 512).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Urine des ostéomalaciques. — *Chirurgie :* Compression bipolaire. — Aiguille dans l'ovaire. — Ostéoplastie (p. 512). — Fièvre typhoïde. — Cystinurie. — Abcès dysentérique du foie. — Rétrécissement du pylore. — Adénite inguinale. — *Gynécologie :* Sang chez les femmes enceintes et les femmes accouchées. — Température chez les femmes accouchées (p. 513).
MÉDECINE PRATIQUE. — Hyperchlorhydrie (p. 514). — Amidopropianate de mercure. — Calomel (p. 515).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE (p. 515).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott

(*Étude expérimentale et physiologie pathologique*),

Compte rendu d'une communication à l'*Académie de médecine*

Par M. le Dr V. Ménard,

Chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Le traitement des gibbosités rachidiennes a préoccupé les chirurgiens à toutes les époques.

« Il m'est arrivé, dit Hippocrate, le malade étant couché sur le dos, de mettre sous la gibbosité une outre non gonflée et d'insuffler à l'aide d'un soufflet de forge de l'air dans cette outre sous-jacente; mais cet essai ne m'a pas réussi ». A ce propos, il ajoute cette sage réflexion que c'est « une connaissance précieuse que de savoir quels essais ont échoué et pourquoi ils ont échoué ».

Plus près de nous, Gillebert d'Hercourt, Arrison, Jœrg tiennent les malades couchés sur le dos, appliquent des appareils d'extension et de contre-extension et exercent des pressions sur la bosse. Delpech (de Montpellier), se contente de tenir les malades couchés sur un lit dur horizontal : ce qui est tout au moins le principe d'un traitement rationnel.

Sayre croit redresser la gibbosité du mal de Pott par la suspension, la maintenir par son corset de plâtre et permet la marche.

Lannelongue (1), après avoir cité ces auteurs dans ses leçons ajoute : « Presque tous affirment qu'ils corrigent plus ou moins les difformités, mais il faut faire largement la part de l'illusion vraie ou simulée, qui rapproche si singulièrement en général les résultats réels des résultats cherchés ».

Si les chirurgiens dont il s'agit ont exagéré leurs succès, du moins opéraient-ils avec un grande prudence. On peut en dire autant de M. Delore et de M. Chipault qui pensent, eux aussi, atténuer la gibbosité du mal de Pott, chacun avec sa méthode particulière. Tous les chirurgiens ont craint de troubler d'une manière dangereuse la marche d'une affection aussi redoutable que la tuberculose vertébrale.

M. Calot a fait connaître un procédé de redressement dans lequel l'hésitation ou le souci des complications ne paraissent avoir aucune place. Par des manœuvres violentes d'extension et de contre-extension sur les deux extrémités du tronc, de pression directe sur la bosse, il disloque instantanément la région malade du rachis, la fait craquer sous son poids, la redresse, la maintient sous un bandage plâtré, puis attend la guérison.

D'après une première publication, le procédé est exempt de danger : 37 cas, 37 succès.

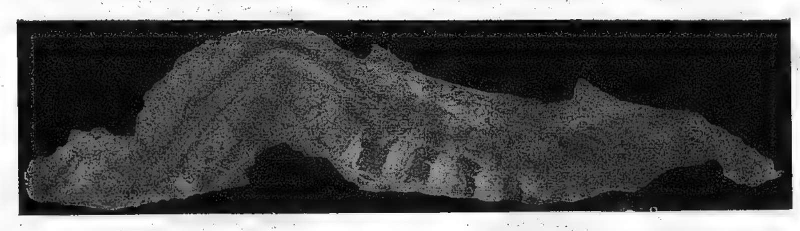


Fig. 1. — Mal de Pott dorsal moyen avec gibbosité à grande courbure. Colonne vertébrale non redressée. Apophyses épineuses enlevées. Quatre corps vertébraux détruits complètement; quatre autres détruits en grande partie. Ulcération des corps vertébraux au-dessus et au-dessous.



Fig. 2. — Mal de Pott de la figure 1, après redressement. Déchirure de la membrane limitante du foyer tuberculeux. Absence de corps vertébraux sur une hauteur égale à celle de 3 corps vertébraux. Vertèbres en grande partie détruites au-dessus et au-dessous. (Musée de l'Hôpital maritime de Berck.)

M. Calot a trouvé des imitateurs très réservés en général; il vient d'avancer que plusieurs centaines de bossus ont été redressés par son procédé. La hardiesse des manœuvres et leur résultat immédiat ont séduit quelques opérateurs; en même temps, elles ont inquiété les chirurgiens qui ont appris dans la pratique l'histoire du mal de Pott, qui connaissent sa longue durée, ses complications graves, les incertitudes et les réserves qui survivent encore après la guérison apparente.

En fait, M. Calot n'a montré aucun cas démontrant la consolidation dans la rectitude du ra-

1. Lannelongue, *Tuberculose vertébrale*. Leçons recueillies par le Dr V. Ménard, 1888, p. 234-236.

chis, corrigé de sa difformité. Cet argument devrait dispenser de tout autre jusqu'à ce qu'il y soit répondu clairement.

En outre, on s'est étonné, non sans raison, qu'une manœuvre aussi grave, aussi aventureuse que la dislocation du foyer tuberculeux des vertèbres (fig. 1) ait été entreprise sur le vivant sans aucune recherche scientifique

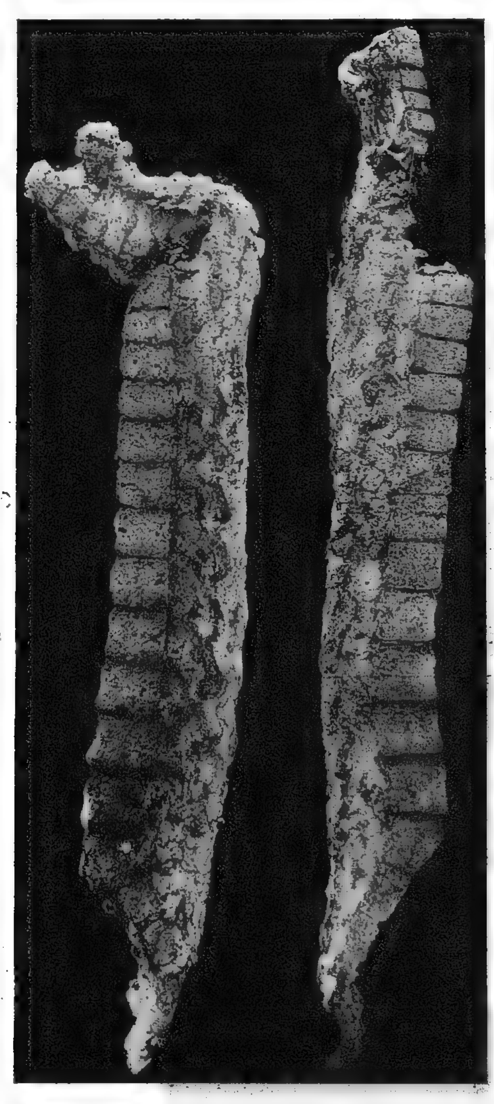


Fig. 3. — Mal de Pott datant de 4 ans. Gibbosité accentuée. Sur une coupe médiane du rachis, on voit d'un côté l'état du rachis avant le redressement : absence de toute soudure et de toute hyperostose ; de l'autre côté, l'effet du redressement : absence complète de 5 corps vertébraux, et à leur place une caverne tuberculeuse haute de 7 centim. 1/2. (Musée de l'Hôpital maritime de Berck.)

préalable. Il n'en a pas même été question. On violente la région malade par des manœuvres purement empiriques, sans chercher à se rendre compte exactement ni de que l'on fait, ni des résultats auxquels on a chance d'être conduit à bref délai ou dans un avenir éloigné.

Cependant tout chirurgien, tout médecin, ayant une connaissance même succincte de la disposition anatomique de la tuberculose vertébrale, compliquée de gibbosité, s'est demandé, avec un sentiment d'effroi, quels désordres peuvent être occasionnés par le redressement brusque et qu'elles en peuvent être les conséquences.

Avant de penser même à faire sur les malades l'application du procédé nouveau, j'ai cherché des renseignements sur le sujet par tous les moyens d'étude à ma disposition.

J'ai eu recours d'abord à l'expérimentation *post mortem* dans 3 cas de mal de Pott dorsal ou lombaire, compliqué de gibbosité moyenne ou forte.

Le redressement a été opéré suivant le manuel opératoire indiqué : des aides font une extension vive sur les jambes, sur les bras, sur la tête, tandis qu'une forte pression est exercée sur le sommet de la gibbosité, le malade étant couché sur le ventre. Moyennant des efforts considérables, on produit des craquements osseux, la bosse se déprime, le rachis se défléchit.



Fig. 4. — Mal de Pott lombaire. Gibbosité accentuée. Coupe médiane montrant d'un côté le rapprochement des deux segments rachidiens avant le redressement ; de l'autre côté l'écartement qui résulte d'un redressement incomplet : caverne haute de 5 centimètres. (Collection de l'Hôpital maritime.)

Une coupe verticale, pratiquée dans chaque cas, montre les altérations tuberculeuses et les désordres occasionnés par le traumatisme. Trois corps vertébraux (cas lombaire), trois et quatre (cas dorsaux) sont entièrement détruits.

Avec l'inflexion de la gibbosité, les deux segments du rachis interrompu par la tuberculose, se trouvaient rapprochés, en contact l'un avec l'autre : le redressement a pour effet de les séparer. de produire entre eux un écartement de 3 à 6 et même 8 centimètres (fig. 2, 3, 4), la vaste caverne ainsi créée renferme, comme on le sait, du caséum, du pus tuberculeux, des séquestres et fongosités. A chacune de ses extrémités, en haut et en bas, plusieurs vertèbres sont ulcérées, détruites en plus ou moins grande partie.

En avant, la paroi fibreuse du foyer bacillaire, formée par le périoste et les ligaments altérés et confondus, est fortement distendue ; une fois elle s'est déchirée d'un

côté à l'autre, en sorte que la cavité auparavant close, se met en communication avec les espaces celluleux du médiastin. Du côté du canal rachidien, on est heureusement surpris de ne rencontrer aucune lésion apparente grave : la moelle et les méninges ne semblent ni déchirées, ni comprimées; on ne peut se rendre compte des effets de l'hémorrhagie qui peut survenir sur le vivant, ni des tiraillements auxquels peut être exposé un organe aussi fragile que la moelle.

Si nous laissons pour un instant de côté les accidents immédiats qui peuvent survenir et sur lesquels nous ne sommes pas encore renseignés et les complications plus ou moins éloignées, telles que la paralysie survenue au moins dans quelques cas (Calot) et une aggravation dans la marche de la tuberculose : une question principale seule vraiment importante reste gravement posée. Chacun se demande par quel moyen pourra se réparer la caverne large, creusée par le redressement entre les deux segment rachidiens. Si, par suite d'une hyperostose considérable, elle parvient à se combler d'un cal osseux, le redressement pourra se maintenir; mais si, au lieu de ce cal incompressible, il ne se forme qu'une cicatrice fibreuse, la bosse se reproduira. Ce côté énigmatique du procédé nouveau n'est en rien éclairci.

Les malades en traitement, montrés par M. Calot, ne sont pas guéris; ils sont soutenus par leurs appareils, et lorsque l'auteur affirme que ses opérés sortent guéris de leur enveloppe plâtrée au bout d'une période de 6 à 12 mois, à qui veut-il le faire croire, sinon à ceux qui ignorent complètement la marche habituelle du mal de Pott?

En attendant que l'observation clinique ait dit son dernier mot, l'étude de la réparation du mal de Pott, telle qu'elle se fait chez nos malades, telle qu'on l'observe à ses phases successives sur les collections anatomiques, offre un intérêt de premier ordre.

J'ai examiné de près la collection nombreuse de l'hôpital maritime, celles non moins riches de l'hôpital Trousseau et du musée Dupuytren; j'y ai trouvé des exemples de mal de Pott au début; d'autres à la période d'état, d'autres après la guérison.

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est l'étendue énorme des parties osseuses détruites par la tuberculose, et l'absence constante et complète de leur reproduction.

A aucune période de la longue durée du mal de Pott, le périoste, qui enveloppe les vertèbres malades ou les vertèbres malades ou les vertèbres sains du voisinage, ne produit la moindre hyperostose. Ni les foyers tuberculeux, cachés dans l'épaisseur des corps vertébraux, ni les ulcérations destructives superficielles ne provoquent la genèse de courbes osseuses nouvelles, sous-périostiques. On ne voit jamais un pont osseux au-devant ou sur les côtés du rachis s'établir entre deux vertèbres voisines, ni, encore moins, entre les deux segments rachidiens sus- et sous-jacents au foyer tuberculeux.

Le périoste des vertèbres n'est nullement excité par le voisinage de la culture bacillaire. Il est détruit par l'envahissement des fongosités, et dès lors sa fonction s'éteint sans retour.

A l'intérieur du foyer, les deux segments du rachis, rapprochés par suite de l'inflexion, que traduit extérieurement la gibbosité, se mettent en contact l'un avec l'autre. Il arrive assez souvent que les débris de deux ou trois vertèbres, en grande partie détruites, se trouvant pressés l'un sur l'autre, se soudent ensemble et ne forment après la guérison qu'une seule masse osseuse, qui reste d'un faible volume. Ici même on ne trouve aucune preuve de néoformation osseuse (fig. 5).

Les points de contact entre les vertèbres malades sont d'une étendue limitée, l'ulcération tuberculeuse, qui procède d'une manière irrégulière, laisse entre les vertèbres malades, des espaces libres, irréguliers, d'une largeur qui varie de quelques millimètres à un ou deux centimètres. Généralement, ces petites cavernules persistent après la guérison ; elles ne se comblent pas de tissu osseux; on y trouve des séquestres, du caséum au milieu du tissu fibreux cicatriciel.

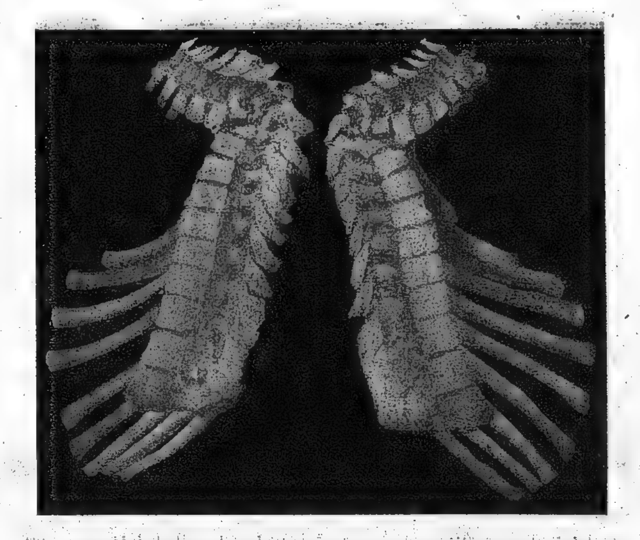


Fig. 5 — Mal de Pott dorsal supérieur, avec gibbosité accentuée datant de 4 ans. Les corps vertébraux sont rapprochés sans trace de soudure. Absence absolue de formation d'os nouveau, soit à la surface des vertèbres, soit à l'intérieur de la cavité tuberculeuse. (Musée de l'Hôpital maritime de Berck.)

Dans un cas de mal de Pott guéri depuis plus de dix ans, nous trouvons le sommet de l'angle rentrant de la gibbosité occupé par une petite masse osseuse résultant de la soudure de cinq ou six corps vertébraux et offrant au total à peu près le volume d'une seule vertèbre. Cette masse est isolée en haut et en bas des vertèbres voisines par d'anciennes cavernes intervertébrales qui ne se sont point comblées de tissu osseux et qui contiennent encore des débris tuberculeux emprisonnés dans la cicatrice conjonctive. Sur plusieurs exemples de mal de Pott très ancien, nous constatons une disposition analogue. D'autres fois, on trouve, en regardant la face antérieure de l'angle rentrant, une soudure en apparence complète entre les deux segments du rachis; du côté du canal rachidien la série des corps vertébraux est interrompue par de larges lacunes remplies de tissu conjonctif. En un mot la soudure osseuse se fait entre les fragments osseux qui se touchaient; elle n'a pas lieu entre les parties osseuses, séparées par un intervalle même faible. L'absence de néoformation osseuse est frappante.

D'autres maladies, n'ayant aucune parenté avec la tuberculose, comme l'ostéomyélite infectieuse à staphylocoques ou à streptocoques, le rhumatisme chronique, produisent une hyperostose abondante à la surface des vertèbres et même dans leurs intervalles, et amènent l'ankylose vertébrale osseuse, périphérique et interstitielle (fig .6).

Rien de pareil n'a lieu dans le mal de Pott. La tuberculose détruit une grande étendue des corps vertébraux, elle n'en régénère aucune partie. Telle est la règle.

Si le rachis se consolide dans le mal de Pott compliqué de gibbosité, ce n'est pas par l'effet d'une soudure osseuse

qui est toujours très imparfaite et qui souvent fait complètement défaut. La solidité du rachis guéri avec inflexion est due au rapprochement des deux segments qui s'appuient l'un sur l'autre; il importe peu dès lors que la cicatrice reste fibreuse.

L'absence de reproduction osseuse, l'imperfection ou l'absence de soudure osseuse ne sont point des particularités propres à la tuberculose du rachis.

Lorsque la tuberculose du genou de forme grave, caractérisée par la destruction des cartilages diarthrodiaux, vient à guérir, l'ankylose qui se produit reste fibreuse durant des années, sinon toute la vie. Cependant le tibia est en contact intime avec le fémur, et la comparaison faite par M. Calot entre le redressement du genou tuberculeux, qui a pour résultat d'augmenter la pression réciproque des surfaces articulaires et le redressement de la gibbosité rachidienne, qui réserve une vaste caverne entre les deux segments rachidiens destinés à s'unir, devient un non-sens, si l'on envisage la réparation dans l'un et l'autre cas.

Ce que l'on vient de dire de la tuberculose du genou est applicable à toutes les arthrites tuberculeuses. Dans la coxalgie grave sans luxation, l'ankylose est fibreuse; si une luxation s'est faite, ce n'est plus une ankylose fibreuse, c'est une pseudarthrose plus ou moins lâche qu'on observe.

Fig. 6. — Mal de Pott dorsal, datant de 6 ans. Coupe médiane montrant de chaque côté, dans le sinus de l'angle rentrant de la gibbosité, une petite masse osseuse, représentant les débris agglomérés de 4 corps vertébraux. Au-dessous de cette masse, plusieurs cavernes séparent d'autres débris de vertèbres. Absence complète de néoformation osseuse, soit à la surface des vertèbres, soit dans le foyer tuberculeux. (Musée de l'Hôpital maritime.)

Que notre examen se porte sur le rachis tuberculeux ou sur les arthrites tuberculeuses des membres, nous cherchons vainement l'hyperostose capable de combler un intervalle même très peu large entre deux os voisins.

Or le redressement brusque laisse entre les deux parties du rachis, qui doivent s'appuyer l'une sur l'autre, un intervalle de 3 à 6 ou 8 centimètres sans trace d'os vivant. Que faut-il penser « des ressources, que nous ne connaissons pas » et que M. Calot escompte pour combler de tissu osseux la caverne vertébrable qu'il produit. Je suis d'accord avec M. Calot sur ce seul point : ces ressources nous sont inconnues. Ainsi d'une part on ignore et on ne fait rien pour connaître les désordres graves que l'on s'expose sans hésitation à produire chez les malades; d'autre part on escompte pour la guérison des ressources hypothétiques, que l'on ne connaît pas davantage. Ensuite on montre des malades en traitement, et le triomphe des manœuvres qui ont disloqué le rachis malade est proclamé (fig. 7).

L'ablation des apophyses, qu'on la considère comme une préparation ou un complément du procédé, est un acte opératoire en apparence sans gravité, mais aussi sans utilité. S'il diminue un peu la saillie du sommet de la gibbosité, il ne change en rien la direction du rachis; je doute qu'il facilite le redressement brusque d'une manière sensible et, après que celui-ci est exécuté, si l'on craint des eschares, on évite facilement la pression de l'appareil plâtré sur les saillies des apophyses épineuses. En outre l'arc postérieur des vertèbres reste, au niveau de la région malade, le seul lien d'union entre les parties du rachis situées au-dessus et au-dessous; en l'affaiblissant par l'ablation des apophyses épineuses, on ne saurait que diminuer, s'il est possible, les chances de la réparation désirée.

Tout me paraît irrationnel dans la pratique proposée. Nous pouvons comprendre qu'on ait eu l'idée de donner satisfaction au désir légitime des malades d'être délivrés de leur bosse, et qu'on ait fait dans ce but des tentatives même audacieuses. Mais on s'attaque aux gibbosités grosses et petites, sans accorder même une mention aux courbures de compensation qui viennent spontanément atténuer ou dissimuler les difformités moyennes et légères; on disloque le rachis à toutes les périodes du mal de Pott sans énoncer même la crainte d'amener des complications de la tuberculose en pleine évolution et de réveiller l'activité du mal chez les sujets guéris.

L'auteur affirme la constance du succès. Peu lui importe que les preuves directes fassent défaut aussi bien que les arguments de probabilité, il ne connaît aucune réserve.

Nous ne pouvons partager cette confiance, parce que nos expériences nous ont montré *de visu* quelle large caverne le redressement laisse à combler entre les deux parties du rachis disloqué, et parce que l'étude de la réparation du mal de Pott sur un grand nombre de faits nous a toujours montré que les parties détruites du rachis ne se reproduisent pas.

Le traitement classique du mal de Pott, dont le principe est le maintien du malade dans l'attitude couchée sur un plan horizontal est d'une efficacité démontrée pour prévenir la difformité lorsqu'elle n'est pas apparente, pour l'empêcher d'augmenter lorsqu'elle existe déjà. Les malades bien maintenus sur le lit de Lannelongue ne se déforment point; ils vivent au grand air entourés de soins minutieux. Le procédé qui consiste à les ensevelir dans le plâtre depuis le bassin jusqu'au sommet de la tête n'offre aucun avantage, il a l'inconvénient grave de troubler les fonctions de la peau sur plus de la moitié de son étendue, de priver le patient durant des mois entiers de tout soins même de propreté et enfin de rendre

la surveillance médicale des complications difficile et imparfaite.

Quant au redressement brusque, bien que nous ayons à traiter à l'hôpital maritime plus de cent enfants

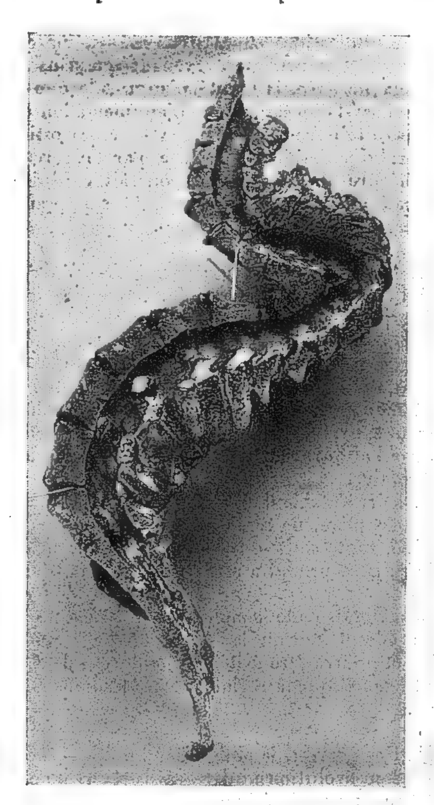


Fig. 7. — Mal de Pott ayant débuté à l'âge de 3 ans. Décès à l'âge de 17 ans (pleurésie). Dix corps vertébraux dorsaux détruits sont représentés par une masse osseuse du volume d'un seul corps vertébral. Au-dessous de cette masse, la série des corps vertébraux est interrompue par une caverne non ossifiée, contenant des débris tuberculeux. Absence complète de néoformation osseuse. (Musée de l'Hôpital maritime de Berck.)

atteints de mal de Pott, dont un grand nombre très imparfaitement traités jusque-là nous arrivent avec de fortes difformités, nous en sommes encore à attendre les preuves directes de son utilité avant de l'appliquer sur le vivant. Il nous a paru nécessaire d'exposer une partie des raisons qui nous ont détourné de cette opération.

Néphrectomie chez une femme de 70 ans.

Par M. le Dr Hennecart (de Bruxelles).

L'observation suivante est intéressante à un double point de vue : l'âge avancé de la malade d'abord, ensuite l'allure même de la maladie, qui fait entrevoir la possibilité de l'existence d'une néoplasie maligne.

Nous avons, en parcourant la littérature médicale relative à la néphrectomie, réuni plus de quatre cents observations; dans aucun de ces nombreux cas, il ne s'agit d'opération pratiquée chez une personne de 70 ans.

Notre malade a toujours bénéficié d'une santé excellente; l'histoire de sa famille ne renseigne sur aucune tare héréditaire.

Les règles ont apparu à l'âge de 17 ans; elles ont été normales jusqu'à l'âge de 48 ans, époque où la ménopause s'est effectuée sans accidents.

Depuis assez longtemps, la malade souffre d'une douleur dan le flanc droit; elle en attribue l'origine à un effort brusque qu s accompagna d'une sensation de craquement dans le côté. A quatre reprises différentes, cette douleur, habituellement légère, a présenté des paroxysmes d'une violence extrême.

Il y a quelques semaines, à la suite d'une marche exagérée, un nouvel accès douloureux survint. La malade consulta M. le Dr Ramlot, qui trouva dans le flanc droit une tumeur assez volumineuse, fluctuante, qu'il attribua au rein. La température s'élevait à 39°; les urines étaient albumineuses, mais ne renfermaient pas d'éléments morphologiques.

Le lendemain, MM. Ramlot et Depage virent ensemble la malade. La température demeurait à 39°. La tumeur semblait avoir diminué totalement de volume; elle était bosselée, mais ne paraissait plus fluctuante. Les urines, toujours albumineuses, présentaient une coloration rosée attribuable à la présence d'une certaine quantité de sang.

Huit jours plus tard, les douleurs avaient perdu leur acuité; la tumeur était sensiblement réduite; la fièvre avait disparu, mais les urines n'avaient subi aucune modification.

Etant donnés ces symptômes, vu l'âge de la malade, le diagnostic fut réservé.

L'opération, décidée après une longue hésitation, fut pratiquée par M. Depage et nous mit en présence d'une pyonéphrose avec destruction complète du parenchyme rénal. Le succès de l'intervention fut complet. Au bout de dix jours, la malade fut guérie. Nous observâmes cependant une hyperthermie notable, qui persista trois jours après la néphrectomie et s'accompagna d'une pyurie abondante.

D'après nous, la malade devait être atteinte depuis nombre d'années d'un rein mobile, bientôt suivi d'hydronéphrose. Lors de l'accès fébrile et douloureux qui précéda l'intervention sanglante, l'hydronéphrose s'est transformée en pyonéphrose. Quant à l'hyperthermie qui suivit l'opération, nous l'attribuons à la résorption du pus qui avait passé du bassinet dans la vessie pendant les manœuvres opératoires (1).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Bordas (L). *Description anatomique et étude histologique des glandes à venin des insectes hyménoptères.* N° 291. (G. Carré et C. Naud.)

M. Rivet (Joseph). *Etude sur le pemphigus foliacé.* N. 208. (P. Delmas.)

M. Rosanoff (Michel). *Le mal de montagne.* N° 287. (P. Delmas.)

M. Marson (Camille-Auguste). *Contribution à l'étude des hallucinations verbales psycho-motrices.* N° 267. (H. Jouve.)

M. Terson (Jean). *Contribution à l'étude de l'énophtalmie et de l'exophtalmie alternantes.* N° 283. (H. Jouve.)

M. Machado (Hipolito). *De la valeur séméiologiquo de la percussion de l'oreillette gauche.* N° 266. (H. Jouve.)

M. Rinuy (Henri). *Contribution à l'étude de la vaccine généralisée.* N° 301. (G. Steinheil.)

M. Franchetti (Pierre). *Phthisie traumatique.* N° 303. (H. Jouve.)

M. Parmentier (René). *Contribution à l'étude clinique du mal de Bright chez les vieillards.* N° 290. (H. Jouve.)

M. Lallier (Paul). *Etude sur la myase du tube digestif chez l'homme.* N° 307. (H. Jouve.)

M. Robert (Emile). *Contribution à l'étude des troubles trophiques cutanés dans la blennorrhagie (cornes cutanées).* N° 300. (H. Jouve.)

Il résulte de l'étude de M. Bordas que *tous les Hyménoptères*, sont pourvus d'un appareil venimeux plus ou moins développés mais comprenant toujours *deux* et quelquefois *trois* sortes de

1. *Journal médical de Bruxelles*, 22 avril 1897, n° 16.

glandes : la *glande acide*, la *glande alcaline* ou de *Dufour* et parfois une *glande venimeuse accessoire*.

Le *venin* que sécrètent ces glandes résulte du mélange de deux liquides, l'un acide et l'autre alcalin, et son action toxique est en raison inverse du développement de la glande alcaline.

Le pemphigus foliacé est une affection primitive, rentrant dans le groupe dit pemphigus, mais ayant des caractères propres, qui en font une maladie bien déterminée.

Pour M. Rivet, il est caractérisé :

1° Par des bulles survenant spontanément;

2° Par une *exfoliation épidermique* très abondante;

3° Par la longue durée de l'affection;

4° Par la conservation relative d'un bon état général qui se maintient jusqu'aux dernières périodes de la maladie;

C'est une affection sans pathogénie bien connue, et sans traitement vraiment curatif.

Le mal de montagne c'est-à-dire cette série d'accidents qui frappent les ascensionnistes qui s'élèvent au-dessus de 3000 mètres d'altitude est l'objet de l'étude de M. Rosanoff. Le mal de montagne ne se montre pas comme affectant plus particulièrement un système, il affecte la circulation, la respiration et en même temps le système nerveux. Il prend naissance à des altitudes diverses, suivant les sujets. Pour un même sujet, l'état météorologique influe probablement par l'état hygrométrique de l'atmosphère. Les symptômes sont, au début : sensations de fatigue, violence des battements du cœur, respiration courte, dégoût de nourriture, puis plus tard bourdonnements d'oreilles, angoisse respiratoire, nausées et vomissements, enfin diarrhée, hémorrhagies par les muqueuses, syncope. La fatigue hâte son apparition. La déshydratation agit dans le même sens, en diminuant la résistance à l'asphyxie. Sa cause semble être, en outre de la diminution de pression, les stases sanguines indiquées par Kronecker, l'anoxhémie due à la diminution de pression de l'oxygène et enfin à l'accumulation d'acide lactique, carbonique, créatine, créatinine, etc., etc., sous l'influence de la fatigue.

Les hallucinations verbales psycho-motrices sont, d'après M. Marson des hallucinations spéciales. Ce sont des parois intérieures et aphones, que le malade localise dans certains organes, ou dans certaines régions du corps. Elles ont une origine périphérique ou centrale suivant que l'excitation porte sur les organes périphériques ou sur le centre moteur verbal. Elles sont directes ou indirectes selon que l'excitation agit sur les organes phonateurs ou sur des organes voisins. Souvent elles entraînent, avec le dédoublement de la personnalité, l'idée de possession. Elles sont presque toujours associées à d'autres troubles intellectuels : obsession, impulsion, hallucinations diverses, mutisme, quelquefois idées de grandeur et idées de négation.

M. Jean Terson décrit une affection orbitaire, d'origine traumatique ou spontanée, caractérisée par la succession de deux états opposés, l'énophtalmie et l'exophtalmie. Cette exophtalmie se produit à tout effort, volontaire ou involontaire, et par la compression des jugulaires. L'énophtalmie constitue l'état habituel des malades. Pour l'auteur l'appellation la plus explicite est la suivante : *énophtalmie et exophtalmie alternantes* (A. Terson). L'évolution paraît tendre vers une énophtalmie progressive. La pathogénie, diversement interprétée jusqu'ici, doit être cherchée dans une trophonévrose qui a peut-être pour origine le grand sympathique. Le traitement consistera dans l'électrisation, l'administration de toniques et d'hamamelis virginica.

Le siège de l'oreillette gauche dans le médiastin postérieur, recherché sur le cadavre, correspond d'une façon à peu près constante aux 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales. D'après M. Machado, la percussion de l'oreillette gauche normale, au niveau des vertèbres énoncées, se fait par la paroi postérieure du thorax. Sur le côté gauche du rachis, et au niveau des 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales, on trouve une zone de submatité d'une largeur moyenne de 3 cm. à 3 cm. 1/2. Cette submatité augmente d'étendue et d'intensité sous l'influence de la dilatation ou de l'hypertrophie de l'oreillette gauche. Cette augmentation de la matité auriculaire se rencontre dans l'insuffisance mitrale et dans le rétrécissement mitral. La recherche de la matité auriculaire gauche est des plus importantes dans l'étude diagnostique de la sténose mitrale, vu les proportions qu'atteint cette matité et la précocité de son apparition.

Dans le cas de double lésion de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, cette matité peut être plus considérable encore. Dans les autres affections valvulaires, la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette gauche ne survenant que dans les dernières périodes de la maladie, la matité n'augmente que lors de l'apparition de l'asystolie cardiaque. L'augmentation de la matité auriculaire droite offre une certaine valeur pronostique. La possibilité d'explorer l'oreillette gauche par la percussion de la paroi postérieure de la poitrine pourrait conduire à utiliser cette exploration dans d'autres circonstances (grands épanchements péricardiques, par exemple).

Pour M. Rinuy, s'il ne répugne pas à l'esprit de concevoir la possibilité d'une vaccine généralisée, fièvre éruptive, si l'expérimentation prouve sa réalité chez le cheval, il faudrait se garder de conclure de l'animal à l'homme, à cause de l'extrême dissemblance des réactions vaccinales chez l'un et chez l'autre. L'expérimentation chez l'homme a d'ailleurs donné des résultats négatifs. Aucune des observations de vaccine généralisée publiées ne sont convaincantes; la plupart d'entre elles s'expliquent fort bien par l'auto-inoculation ou pour mieux dire par l'inoculation secondaire.

La preuve irréfutable de l'existence de cette vaccine généralisée, fièvre éruptive, ne sera fournie que le jour où, chez un sujet vacciné, toute cause d'inoculation venant du dehors ayant été éliminée, il se produira malgré cela des pustules vaccinales sur les téguments, en dehors des points inoculés et du pansement occlusif. Mais cette démonstration est encore à faire.

M. Rinuy admet donc que la vaccine généralisée est due à l'auto-inoculation et pourra être évitée si l'on a soin de recouvrir d'un pansement hermétique la région inoculée immédiatement après l'opération.

Pour M. Franchetti, la phthisie traumatique ne paraît présenter dans son évolution ni dans sa durée rien de particulier, sauf peut-être la grande fréquence de l'hémoptysie immédiatement après l'accident. L'infection par les bacilles de Koch qui la détermine peut être soit antérieure, soit postérieure au traumatisme et celui-ci favorise dans les 2 cas le développement de ces microbes, en modifiant convenablement le terrain; l'élément le plus important de cette modification paraît être l'hémoptysie ou l'infiltration sanguine du poumon.

Pour M. Parmentier, l'albuminurie est un fait presque constant chez le vieillard.

Les résultats obtenus ne tiennent pas à la présence dans l'urine de pus provenant de la vessie, car jamais il n'a trouvé de lésions vésicales ni chez le vivant ni à l'autopsie; cette altération ne pouvait être rapportée qu'aux reins, les autres appareils étaient trop peu malades.

Dans les cas observés par l'auteur, la polyurie était constante et atteignait des chiffres moyens de 1 800 à 2 000 grammes une fois même 4 200 grammes; la densité a été parfois considérable l'urée, inférieure au taux moyen d'un adulte, oscillait en moyenne entre 15 et 18 grammes; les œdèmes et les épanchements ont été assez fréquents; nous n'avons pas noté d'épistaxis et seulement une infiltration hémorrhagique du cervelet. Les accidents urémiques ont été très fréquents.

Avec Ballet, au point de vue anatomo-pathologique l'auteur considère l'atrophie sénile comme une néphrite interstitielle diffuse et nie la fréquence de l'hypertrophie du cœur brightique sans lésions valvulaires.

M. Parmentier conclut donc, tout en faisant des réserves, que le mal de Bright est une affection fréquente chez le vieillard, se distinguant de cette affection chez l'adulte par la plus grande fréquence des accidents urémiques, et parmi ceux-ci de la dyspnée.

Les larves de certaines espèces de diptères peuvent séjourner quelque temps et vivre accidentellement en parasite dans l'estomac et le tube intestinal de l'homme; elles sont évacuées soit

avec les vomissements, soit avec les matières fécales, presque toujours à l'état larvaire, quelquefois, mais très rarement, à l'état de pupe.

D'après M. Lallier, les larves de diptères qui peuvent vivre ainsi dans le tube digestif appartiennent surtout à la famille des muscides. Les expériences prouvent que ces larves peuvent vivre chez les animaux; d'ailleurs, elles y ont été quelquefois rencontrées par hasard. Ces larves sont très probablement introduites dans l'organisme, à l'état d'œuf ou de larve, avec la nourriture. Les accidents qu'elles causent ne présentent qu'une symptomatologie assez vague; mais leur gravité ne paraît pas très grande; la guérison suit, dans presque tous les cas, l'évacuation des larves. Le traitement consiste en purgatifs et en quelques anthelminthiques : huile de ricin, calomel, santonine, etc.

M. Robert étudie les troubles trophiques cutanés dans la blennorrhagie en se basant sur 5 cas parfaitement nets, d'hyperkératinisation affectant la forme de cornes ou de cônes, développés sous l'influence de la blennorrhagie, auxquels s'est joint depuis son travail un nouveau cas de M. Chauffard.

Dans la plupart des observations, en même temps que les cornes cutanées ou même avant elles, il existait du rhumatisme blennorrhagique articulaire, ou une affection considérée comme de même nature (iritis).

Ces cornes cutanées affectent de préférence les extrémités, plutôt la face plantaire ou palmaire que la face dorsale, et, d'une manière générale les régions où les pressions sont le plus énergiques (face antérieure des genoux, etc.).

On peut les voir sur tous les segments des membres et même, comme dans le cas de M. Vidal, sur le tronc, la face et le cuir chevelu.

Ces productions cornées surviennent ordinairement vers le déclin du rhumatisme blennorrhagique.

Elles persistent pendant quelques semaines ou quelques mois, et disparaissent avec ou sans traitement. Ces lésions doivent être considérées comme étant d'ordre trophique, liées probablement à une lésion médullaire ou nerveuse. En ce qui concerne leur anatomie pathologique, ce serait des hyperkératoses liées à une dermite papillaire diffuse ou circonscrite.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Cassan (Alcide). *Du rétrécissement mitral ancien masqué par la myocardite interstitielle diagnostiqué par la palpation.* N° 38.

M. Le Bihan (Félix). *Cardiectasie aiguë dans les accès de paludisme.* N° 34.

M. Jacquemin (Adolphe). *De certains grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde.* N° 26.

M. Vauthey (Paul). *Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique (fermentations stomacales et leurs gaz).* N° 1.

La variété des signes classiques du rétrécissement mitral est telle que le besoin de signes nouveaux de cette affection se fait encore sentir.

L'arhythmie sous la forme spéciale de la tachycardie irrégulière propre à la myocardite interstitielle masque toujours et fait parfois complètement disparaître tous les signes ordinaires du rétrécissement mitral; par contre elle laisse persister le signe de l'exagération spéciale de la vibration mitrale décrite par M. Bard, signe sur lequel M. Cassan attire à nouveau l'attention.

Cette exagération de la vibration mitrale s'accompagne le plus souvent de l'induration du premier bruit perceptible à distance décrit par Duroziez. Toutefois ces deux signes ne sont pas exactement parallèles ni équivalents. Le nervosisme cardiaque provoque aussi une exagération de la vibration systolique plutôt tricuspidienne, qu'il ne faut pas confondre avec la précédente.

L'association du rétrécissement mitral et de la myocardite interstitielle est assez fréquente; elle résulte le plus souvent de l'apparition d'une myocardite interstitielle rhumatismale postérieurement à une endocardite de même nature. Dans certains cas signalés par M. Huchard, le rétrécissement est le fait de la sclérose de la mitrale consécutive à la sclérose artérielle du myocarde. Mais c'est surtout dans le premier groupe de faits que l'arhythmie masque les signes du rétrécissement, et que la vibration mitrale est nécessaire au diagnostic.

Pour M. Le Bihan, pendant l'accès paludéen on constate l'existence d'une dilatation aiguë du cœur, avec prédominance manifeste de l'ectasie droite, l'ectasie gauche n'étant, en comparaison, que de peu d'importance et pouvant même manquer. Après l'accès, la dilatation disparaît rapidement et le cœur revient au volume qu'il avait auparavant. Les signes stéthoscopiques observés dans les cardiectasies aiguës paludéennes sont : une accentuation remarquable du bruit diastolique, à l'infundibulum pulmonaire, pouvant être remplacée par un dédoublement constant du second bruit. Une fois un souffle d'insuffisance tricuspide a été entendu. Les signes fonctionnels consistent en accélération ou ralentissement du pouls, arhythmie, palpitations, accès pseudo-angineux. Le pouls est dicrote, dépressible, parfois filiforme. Pour expliquer la pathogénie des cardiectasies droites dans les accès paludéens, trois théories peuvent être invoquées : a) *Théorie hépatique.* — L'action réflexe est seule admissible, le foie congestionné, malade, retentirait sur le cœur par la voie, centripète, du pneumogastrique (Franck, Potain), du sympathique (Teissier). Quant au foie congestionné agissant par voisinage sur le cœur, quant aux intoxications agissant sur le myocarde, ce ne sont là que des causes adjuvantes mettant l'organe de la circulation centrale en imminence de se laisser dilater. b) *Théorie anémique.* — L'accès de paludisme serait comparable à une véritable saignée, du fait de la destruction d'un grand nombre de globules rouges, il y aurait diminution d'hémoglobine, diminution par suite de l'énergie du myocarde, de son tonus musculaire. Dès lors, pour que le cœur puisse suffire à son travail, il y supplée par la quantité et il se dilate. c) *Théorie rénale.* — Le rein étant dans la malaria le siège d'un processus artério-scléreux (Kelsch et Kiener), au même titre que le foie, viendrait agir sur le cœur droit par action réflexe, le sympathique servant de voie centripète.

L'ectasie aiguë du cœur gauche peut s'expliquer : 1° par la gêne mécanique qu'apporte à la circulation la congestion des organes abdominaux; 2° par les théories émises à propos des ectasies droites (théorie de l'anémie, théorie des intoxications).

Pour M. Jacquemin, on peut observer au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde, un accident rare caractérisé par de grands accès fébriles semblable à ceux de la malaria, s'accompagnant comme ceux-ci de frissons et de sueurs. L'examen clinique ne permet pas de les rapporter à une altération anatomique localisable. Ils ont une allure assez spéciale pour qu'on puisse les distinguer des complications ordinaires de la convalescence. Ils sont imputables soit à une infection secondaire très bénigne, soit plutôt à une anomalie d'évolution du processus typique. L'issue en est bénigne, bien qu'ils revêtent la forme d'une complication grave. Ils retardent simplement la convalescence.

La présence de gaz dans l'estomac est un fait normal, physiologique. Leur nature est bien déterminée, leur quantité ordinairement minime, leurs origines et leurs causes multiples, leurs effets peu importants. L'état pathologique est constitué le plus souvent par une abondance plus considérable des mêmes gaz, leurs proportions dans le mélange pouvant être variables. Certains troubles morbides peuvent exister sans exagération de la quantité des gaz. Leur apparition et leur accumulation dans l'estomac donnent lieu à des phénomènes dont la plupart sont réalisés par les syndromes flatulence, tympanisme, météorisme, pneumatose, auxquels on peut ajouter quelques effets divers ordinairement sans gravité.

C'est à cet état pathologique surtout que M. Vauthey consacre son importante thèse.

Les fermentations gazeuses de l'estomac se font le plus souvent aux dépens des substances hydrocarbonées, plus rarement des matières albuminoïdes.

Elles sont provoquées par l'activité de nombreuses espèces de microorganismes (ferments, levures, bactéries).

La dilatation avec insuffisance motrice, la stagnation réalisent les conditions les plus favorables à leur production. L'intensité des fermentations est dans un rapport évident avec l'insuffisance

motrice et donne des indications pour le diagnostic du degré de cette insuffisance.

Le suc gastrique et son HCl n'ont qu'une action antiseptique relative : les fermentations secondaires se font aussi bien en leur présence qu'en leur absence.

Les fermentations trouvent leurs conditions favorables réalisées à une certaine période de la plupart des affections gastriques. Les maladies des autres organes et certaines maladies générales sont capables de déterminer des troubles stomacaux pouvant être suivis des mêmes processus fermentatifs.

Aux symptômes de ces maladies, s'ajoutent des signes nouveaux, qui constituent le syndrome dyspeptique flatulent. D'autres effets pathologiques, sont dus à la production de substances anomales, gaz, acides organiques, ptomaïnes, dont l'action porte sur l'estomac, l'intestin, le foie, l'état général, etc.

Les fermentations les plus habituelles sont la fermentation lactique, butyrique, alcoolique, acétique, albuminoïde.

La direction de la fermentation paraît dépendre de causes multiples, mais surtout de la nature du milieu fermentescible.

Les expériences de fermentations à l'étuve peuvent donner une idée de ce qui se passe dans l'estomac, et permettent de suivre la marche de la maladie. La vitesse et l'intensité du dégagement gazeux, l'analyse des gaz, des acides organiques produits, l'examen des microorganismes qui ont pullulé pendant la fermentation, fournissent des indications pour le diagnostic et le pronostic de l'affection, et servent de complément à l'exploration clinique et à l'examen de la fonction chimique. De là découlent des indications thérapeutiques, auxquelles il faut ajouter celles que donne l'essai expérimental, sur les fermentations, de dîners antiseptiques (salicylate de soude et acide salicylique principalement).

Chez les nerveux, et ordinairement chez les hystériques, on observe des phénomènes pathologiques, dans lesquels les gaz stomacaux sont en jeu. Ce sont : l'éructation hystérique, due à un spasme de la tunique musculaire de l'estomac; — l'aérophagie ou déglutition involontaire d'air atmosphérique, déterminée par un spasme du pharynx, et que suit le rejet immédiat des gaz par éructation, ou l'accumulation plus ou moins prolongée de ceux-ci, dans la cavité gastrique; — la tympanite, présentant deux formes : l'une avec exagération de la quantité des gaz dont l'air atmosphérique est la source principale, l'autre dépendant du relâchement subit de la musculaire, avec distension de l'estomac par augmentation de volume des gaz sans augmentation de leur quantité, et non pas de l'exhalation gazeuse, ni de la contracture spasmodique du diaphragme.

Le traitement doit comprendre d'abord celui de la maladie primitive. Contre les fermentations gazeuses, trois indications sont à remplir : combattre la stagnation (par le régime, la diminution de la surcharge alimentaire, l'évacuation des résidus stagnants, l'excitation de la tonicité et de la motricité); lutter contre les processus fermentatifs (par les antiseptiques); traiter les symptômes déterminés par la présence des gaz dégagés, des acides et des substances toxiques engendrés.

Les phénomènes hystériques seront passibles presque uniquement du traitement général de la névrose.

Thèse de la Faculté de Toulouse.

M. Combes (Ch.). *Des ulcères simples de l'intestin.*

En dehors du duodénum, on a signalé dans l'intestin des ulcères présentant de grandes analogies avec l'ulcère simple de l'estomac. D'après M. Ch. Combes, ces ulcères, dont l'existence n'avait pas échappé à Cruveilhier, peuvent siéger dans toutes les portions de l'intestin : parmi les observations qu'il a pu rassembler, il trouve en effet 7 cas dans le jéjunum, 12 dans l'iléon, 5 dans le cæcum, 6 dans le côlon, 3 dans l'S iliaque, 3 dans le rectum. Ces ulcères sont parfois multiples chez un même sujet et peuvent coexister avec un ulcère gastrique. Ils sont fréquemment perpendiculaires à l'axe de l'intestin et forment parfois un anneau complet. Leur aspect ressemble beaucoup à celui de l'ulcère stomacal. Ils peuvent se terminer par la perforation ou par la cicatrisation avec rétrécissement du calibre du conduit. Le plus souvent ces lésions restent absolument latentes, jusqu'au jour où la perforation en signale l'existence.

Il est vraisemblable que toutes les ulcérations qui ont été décrites par les auteurs sous le nom d'ulcères simples de l'intestin, ne répondent pas à un type unique, qu'elles ne constituent qu'un groupe d'attente, contenant des faits disparates et dont la pathogénie est diverse. Cette pathogénie est tout aussi difficile à interpréter que celle des ulcères de l'estomac. L'auteur se rattache à une opinion éclectique.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

De la présence de l'acide lactique dans l'urine des ostéomalaciques (Angeblicher Milchsauregehalt der Harnes bei Osteomalakie), par K. Hofmann (*Centralb. f. innere Medic.*, 1897, n° 14, p. 329). — L'auteur rapporte deux observations d'ostéomalacie grave et avancée où la recherche, dans l'urine, de l'acide lactique par le classique procédé de Salkowski donna des résultats négatifs, c'est-à-dire montra que l'urine ne contenait pas d'acide lactique.

CHIRURGIE

La compression bipolaire dans le diagnostic des fractures incertaines (Einige Wörte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen), par Schröter (*Centralb. f. Chir.* 1897, n° 13, p. 369). — Pour diagnostiquer une fracture dans les cas où, à cause de la tuméfaction des parties molles ou pour toute autre cause, on peut aussi penser à une simple contusion, l'auteur conseille de saisir le segment du membre fracturé à ses deux extrémités et d'exercer avec les mains appliquées l'une à une extrémité et l'autre à l'autre, une pression simultanée. Cette pression ne peut se transmettre que par l'os, et s'il y a fracture le malade accusera une douleur localisée au foyer de fracture.

Une aiguille dans l'ovaire (Ein Fall von Fremdkörper im Ovarium), par Liebman (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 16, p. 421). — Une jeune femme de 19 ans, qui quelques années auparavant s'était enfoncée sous la paroi abdominale une grosse aiguille qu'il a été impossible de retirer, vint à la clinique en se plaignant des douleurs dans le bas-ventre. L'exploration montra l'existence d'une tige rigide qui semblait se diriger de l'utérus vers l'ovaire droit. L'incision du cul-de-sac postérieur permit de constater que la tige était une grosse épingle qui par une de ses extrémités se trouvait dans l'utérus et par l'autre dans l'ovaire droit. L'aiguille mesurait 4 centimètres de longueur sur 1 millimètre d'épaisseur.

De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles, par Ollier (*Rev. de chir.*, 1897, n° 4, p. 265). — 1° Le moyen de faire cicatriser les cavités osseuses accidentelles, pathologiques ou post-opératoires à parois rigides (qu'on observe surtout au niveau du tibia et du calcanéum) c'est de supprimer ou de mobiliser une des parois osseuses pour permettre, dans le premier cas, au périoste de se rapprocher de la paroi opposée, et dans le second cas pour mettre en contact les parois osseuses elles-mêmes.

2° La résistance de l'os est momentanément diminuée par cette opération, mais la formation de couches osseuses nouvelles à la face profonde du périoste vient bientôt lui donner la solidité nécessaire. C'est du reste dans le cas où l'os a été hypertrophié sous l'influence de l'ostéomyélite que la suppression d'une des parois est sans inconvénient.

3° En dehors de ces os hyperostosés, il vaut mieux ne pas sacrifier la paroi osseuse, mais la rendre mobile en la découpant et lui donnant la forme d'un volet, qui sera, suivant le cas, ou seulement rapproché de la paroi opposée ou immédiatement fixé par une vis métallique ou la suture.

4° Le volet osseux latéral est le moyen le plus commode et le plus souvent applicable, mais on peut tailler plusieurs volets suivant la forme et la disposition de la cavité. On pourra aussi recourir à des lambeaux pris sur d'autres parties de l'os ou même sur les os voisins et déplacés par glissement ou torsion partielle du pédicule périostique. On laissera toujours ce lambeau se continuer avec le reste de l'os par un pont de périoste et de parties molles aussi bien nourri que possible pour éloigner les chances de nécrose du transplant.

5° Les greffes osseuses homoplastiques ou hétéroplastiques pourront être employées exceptionnellement quand on ne trouvera pas dans l'os lui-même ou sur les os adjacents, les moyens de réparer les pertes de substance.

6° Dans certains cas de cavités intra-osseuses à parois très amincies et atones, il vaudra mieux procéder immédiatement à la résection de toute l'épaisseur ou à l'ablation totale de l'os évidé, s'il s'agit d'un os qui n'ait qu'une importance secondaire pour la solidité du membre.

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde, par Ch. Monod et J. Vanverts (*Rev. de chir.* 1897, n° 3, p. 169). — Le travail, basé sur l'étude d'une trentaine d'observations, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les péritonites généralisées consécutives aux perforations intestinales de la fièvre typhoïde ne sont pas très encourageants.

2° Mais comme cette lésion abandonnée à elle-même est presque fatalement mortelle (95 p. 100 de mortalité) il est permis de tenter une intervention dont les résultats généraux (88 p. 100 de mortalité) sont supérieurs à ceux de l'expectation.

3° On a d'autant plus de chances de réussir que la perforation se sera produite à une période plus tardive de la fièvre typhoïde. L'opération devra être faite aussitôt que le diagnostic, généralement facile, sera fait.

4° Les effets de l'intervention sont excellents au point de vue de l'occlusion de la perforation, ils sont malheureusement beaucoup moins bons au point de vue de la survie du malade. Les causes de ces échecs sont multiples : péritonite extrêmement septique qui continue à évoluer, production de nouvelles perforations, mauvais état général qui dans certains cas peut constituer une contre-indication de l'intervention.

5° L'intervention comportera ordinairement une laparotomie médiane et la suture simple de la perforation. La résection intestinale et l'anus contre nature seront réservés aux cas où les lésions sont plus complexes. Un grand lavage et le drainage termineront l'opération. S'il s'agit d'une péritonite enkystée dont la fréquence et la gravité sont moins considérables, on se contentera d'inciser au niveau de la région malade pour permettre l'évacuation du foyer pyo-stercoral. On pourra parfois reconnaître et suturer la perforation.

Cystinurie familiale (Eine neue Cystinfamilie), par E. Pfeiffer (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorg.*, 1897, vol. VIII, p. 173). — L'auteur a trouvé dans l'urine d'un goutteux atteint d'hydronéphrose intermittente du rein droit une quantité considérable de cystine. L'examen de l'urine du fils de ce malade, âgé de 10 ans, montre également la présence d'une quantité notable de cystine. La cystinurie de l'enfant n'avait jusqu'à présent provoqué aucun symptôme morbide.

Sur un cas d'abcès dysentérique du foie ne contenant que des amibes, par J. Peyrot et H. Roger (*Rev. de chir.*, 1897, n° 2, p. 89). — L'observation que publient les auteurs se rapportent à une femme de 27 ans, qui entre à l'hôpital pour un abcès du foie consécutif à une dysentérie contractée en Afrique. La ponction exploratrice ayant montré l'existence du pus, on ouvrit le lendemain l'abcès par la voie transpleurale. La malade guérit sans complication.

Le pus recueilli au moment de l'ouverture de l'abcès, avec toutes les précautions d'usage, fut trouvé à l'examen direct dépourvu de toute bactérie, mais contenant un nombre considérable d'amibes. Mais dans le pus recueilli 6 jours après, quand on renouvela le pansement, on trouva des bactéries variables, entre autres des diplocoques de Talamon-Fränkel, des streptocoques et des colibacilles. Ce fait prouvait que le pus de l'abcès, malgré sa stérilité au moment de l'ouverture de la collection, était un bon milieu de culture et que la présence des micro-organismes pathogènes secondaires ne troublait pas l'évolution favorable de l'abcès.

Des inoculations faites avec les cultures des amibes dans le foie ou la veine-porte des lapins ont donné des résultats négatifs.

Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique, par Tuffier et Marchais (*Rev. de chir.*, 1897, n° 2, p. 100). — Les auteurs attirent l'attention sur le rétrécissement du pylore tenant à une lésion non cancéreuse du foie, dont ils ont observé deux cas.

La sténose du pylore qu'on observe dans ces cas peut tenir à des conditions multiples : tantôt c'est un calcul volumineux enclavé dans le cholédoque et obstruant complètement la lumière du duodénum ; tantôt ce sont des brides et des adhérences dues à un processus pathologique (le plus souvent calculeux) du foie et qui amènent le rétrécissement ou la coudure de la région pylorique.

Le processus a une marche essentiellement chronique, c'est-à-dire que les symptômes de rétrécissement ne se manifestent que de longues années après l'apparition des premiers phénomènes du côté du foie. Comme traitement, les auteurs préconisent la laparotomie exploratrice suivie d'une intervention qui variera naturellement suivant les cas.

Adénite inguinale suppurée à gonocoques (Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus), par H. Hansteen (*Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1897, vol. XXXVIII, p. 397). — L'auteur rapporte trois cas d'adénite suppurée au cours de la blennorrhagie où l'examen bactériologique du pus montra la présence des gonocoques.

Dans le premier cas où l'abcès fut ouvert au bistouri, l'ensemencement du pus donna naissance à une culture pure de gonocoques typiques qui, transportée sur l'urèthre sain d'un homme, provoqua une blennorrhagie caractéristique.

Dans les deux autres cas, où l'abcès s'ouvrit spontanément, L'examen du pus recueilli dans le trajet fistuleux montra la présence des gonocoques et des streptocoques. L'ensemencement du pus sur le milieu de Wertheim, fait dans un de ces cas, a échoué.

OBSTÉTRIQUE

Le sang chez les femmes enceintes et les femmes accouchées (Untersuchungen über den Hämoglobingehalt, u. s. w.) par Wild (*Arch. f. Gynäkol.*, 1897, vol. LIII, p. 363). — Il résulte des recherches de l'auteur que pendant les dernières semaines de la grossesse, il survient une légère augmentation de l'hémoglobine et du nombre d'hématies et une augmentation considérable du nombre de leucocytes. Après l'accouchement, probablement sous l'influence de l'hémorrhagie, il survient une diminution de l'hémoglobine et du nombre d'hématies, tandis que le nombre de leucocytes atteint à ce moment son minimum. Pendant les suites de couches, l'hémoglobine et le nombre d'hématies reviennent à la normale tandis que celui des leucocytes diminue.

La température chez les femmes accouchées (Ueber wissenschaftlich verwertbare Temperaturbestimmungen im Wochenbett), par O. Sarwey (*Centralb. f. Gynäkol.* 1897, n° 15, p. 396). — Les recherches de l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Pendant les premiers 8 jours après l'accouchement la température doit être prise dans le rectum 2 fois par jour et aux mêmes heures : entre 6 et 7 heures du matin et entre 4 h. 1/2 et 5 h. 1/2 du soir.

2° Une température rectale de 38°5 doit être considérée comme une limite entre les suites des couches normales et les suites des couches anormales.

3° L'élévation de la température peut tenir 1° à l'involution normale de l'utérus (fièvre et résorption pendant les 12 premières heures) ; 2° à un processus infectieux puerpéral ; 3° à une cause accidentelle sans rapport avec la puerpéralité.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'hyperchlorhydrie,

D'après M. le Dr C. Plesoianu.

L'hyperchlorhydrie, où excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, est un symptôme commun à des états morbides différents, dans lesquels il prend une importance telle qu'il devient le but unique de l'action thérapeutique. Trois moyens principaux doivent, au dire de M. Plesoianu (1), être mis en œuvre dans le traitement : le régime, le bicarbonate de soude et l'atropine. Ces mêmes idées ont été récemment exposées à la Société de thérapeutique par M. A. Mathieu : mais nous croyons utile d'y revenir avec quelques détails, car leur application rationnelle permet au praticien de rendre à ses malades des services d'autant plus appréciés que l'hyperchlorhydrie est une affection fréquemment douloureuse.

I. Régime. — Le régime est différent dans les cas graves avec hyperacidité élevée, hypersécrétion, dilatation de l'estomac et stase, intolérance gastrique, douleurs, amaigrissement — et dans les cas améliorés, de simple hyperchlorhydrie sans hypersécrétion permanente et sans stase.

Dans le premier cas, il faut s'adresser tout d'abord au régime lacté exclusif. Le lait sera pris par petites gorgées à raison d'un demi-litre toutes les 3 heures, 2 litres 1/2 au moins, 4 litres au plus dans les 24 heures. On ajoutera au besoin 100 grammes d'eau de chaux par litre de lait.

Au bout de quelque temps on pourra joindre la poudre de viande alcalinisée qui, autant que possible, devra être introduite par la sonde. On débute par la dose de 30 grammes et on peut graduellement donner 50, 80, 100, 150 et même 200 grammes par jour. Au-dessus de 80 grammes, le gavage devra être fait en deux fois dans la journée.

Il peut être, dans quelques cas, favorable d'ajouter 20 grammes de lactose par litre de lait (Mathieu et Soupault).

Lorsque le malade est en voie d'amélioration, que douleurs et vomissements ont cessé, on permet quelques œufs à la coque, un peu de viande crue, des potages au lait avec tapioca, pâtes, semoules, vermicelle fin.

Plus tard la quantité de lait est réduite à 2 litres, y compris les potages au lait : la viande crue est portée à 200 grammes. A son défaut, on peut donner de la viande rôtie, mondée ou hachée. La volaille, le riz de veau, la cervelle bouillie, les potages au riz, les gâteaux secs, 2 à 3 biscottes légumine, les pommes de terre en purée sont autorisés.

Enfin le lait n'est plus donné que comme boisson aux repas, ou même remplacé par des eaux minérales fixes, Alet, Evian, Vittel, etc. En outre des aliments ci-dessus, on permet le pain grillé, des potages aux légumes, quelques viandes froides ou grillées, des œufs brouillés, des poissons maigres (merlan et sole) bouillis ou frits, des purées de légumes secs, quelques légumes verts cuits, de la compote de pommes.

L'alcool, l'oseille, la tomate, les boissons trop chaudes, les épices sont rigoureusement proscrits. Le sel sera pris en quantité modérée, pour fournir le moins possible de matériaux à la sécrétion chlorhydrique.

Les potages doivent être épais; les poissons frits dans la pâte pour éviter qu'ils ne s'imprègnent de graisse et débarrassés de cette pâte au moment d'être mangés.

II. Alcalins. — Les alcalins ne sont indiqués que lorsque la douleur existe et que le régime seul est impuissant à la faire disparaître (A. Mathieu). Ils doivent donc être administrés dès que la douleur s'annonce et à dose suffisante pour la calmer. C'est dire qu'il ne faut donner que la dose strictement utile et seulement au moment où elle est nécessaire. Les alcalins doivent être considérés comme une médication d'urgence et d'occasion dont l'application est essentiellement intermittente et passagère.

L'alcalin de choix est le bicarbonate de soude. M. Debove lui préfère la craie, M. Hayem le sulfate de soude (5 à 6 grammes par jour pris à jeun) ou le sous-nitrate de bismuth, lorsqu'il y complication d'ulcère. La magnésie est associée utilement dans les formules, lorsqu'il y a tendance à la constipation chez les malades. Voici comment les alcalins sont prescrits par M. Mathieu :

Bicarbonate de soude	20 gr.
Craie préparée	5 gr.

Une pincée et même 2 cuillerées à café au moment des douleurs.

S'il y a constipation :

Bicarbonate de soude	20 gr.
Magnésie calcinée	5 gr.

A prendre comme ci-dessus.

S'il y a diarrhée :

Magnésie calcinée	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	1 gr.
Poudre d'opium brut	0 gr. 01

Pour un paquet, 4 à 10 par jour.

L'eau de Carlsbad (Mathieu) rend des services lorsque les crises paroxystiques ont cédé au régime.

III. Atropine. — Le sulfate d'atropine est un utile adjuvant dans le traitement de l'hyperchlorhydrie. Il agit à des titres divers : comme modérateur des sécrétions, comme antispasmodique, comme calmant. Il diminue donc la quantité de suc gastrique, combat efficacement la stase due le plus souvent au spasme pylorique, supprime la douleur. C'est donc un médicament précieux dans l'affection qui nous occupe ou qui a déjà fait ses preuves entre les mains de MM. A. Mathieu, Voinovitch, Pugliese, Forlanini, Plesoianu, etc. Il sera donc employé avec profit par le praticien.

Comment doit-on le prescrire? Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point dans un précédent article (1). Rappelons que le meilleur mode d'administration est la *solution*. Voici la formule de M. Mathieu.

Sulfate d'atropine	0 gr. 01
Eau distillée	10 gr.

X gouttes par jour en *trois* prises *espacées*. Au bout de quelques jours on donne XV puis XX gouttes et on peut ainsi augmenter d'I ou II gouttes par jour jusqu'à XL gouttes. Il est bien entendu que ces doses doivent être fractionnées en plusieurs prises dans la journée et que la médication doit être suspendue dès les premiers signes d'intoxication ou d'intolérance (sécheresse de la gorge, dilatation de la pupille, tendance au vertige). Il va sans dire aussi qu'on s'est assuré d'un compte-gouttes exactement calibré, fournissant 20 gouttes au gramme. Il n'y a aucun inconvénient, pour éviter toute cause d'erreur, à prescrire une dilution plus grande de l'alcaloïde, dont on donnera des doses proportionnellement plus élevées. Exemple :

Sulfate d'atropine	0 gr. 01 centig.
Eau distillée	100 gr.

Commencer par XX gouttes toutes les deux ou trois heures d'abord cinq fois par jour, puis progressivement six, sept, huit, dix et jusqu'à vingt fois dans les 24 heures.

L'atropine n'est pas le seul médicament qui ait été employé dans l'hyperchlorhydrie : le sulfate de duboisine (2), même administré en injections hypodermiques, a donné des résultats analogues sinon supérieurs. C'est en tout cas un bon succédané de l'atropine, il s'administre aux mêmes doses et de la même manière que ce dernier alcaloïde sur lequel il a l'avantage d'être mieux toléré et accepté par les malades.

Le bleu de méthylène a été également préconisé par M. Berthier, qui lui attribue la propriété de supprimer les douleurs (action analgésiante spéciale sur les éléments nerveux) et de diminuer la sécrétion gastrique (action directe sur les noyaux des cellules bordantes des glandes gastriques). On le donne aux malades à la dose quotidienne de 10 à 20 centigrammes, sous forme de petits bols de 1 à 2 centigrammes, roulés dans du papier de soie et avalés avec 1/4 de verre d'eau. Les résultats se sont montré d'accord avec la théorie et l'expérimentation, c'est dire qu'ils ont été heureux. Malheureusement ils sont encore trop peu nombreux, pour être suffisamment démonstratifs.

G. Maurange

1. C. Plesoianu, *Contribution à l'étude de l'hyperchlorhydrie et de son traitement*, (th. de Paris, 1897).

1. G. Maurange, Comment on doit prescrire les alcaloïdes dangereux. (*Gaz. heb.*, 1897, n° 3, p. 31).
2. *Gazette hebdomadaire*, 1896, p. 863.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Amidopropionate de mercure.

Solubilité. — Soluble dans 3 parties d'eau.
Dose. — Chez l'adulte : 5 à 15 milligrammes par injection et par jour.
Effets de l'injection : Peu irritante localement.

FORMULE.

Eau stérilisée	30 gr.
Amidoproponiate de mercure	0 gr. 45

1/2 à 1 centimètre cube par jour.

(Bardet).

Calomel.

Généralités. — Le *calomel*, protochlorure de mercure, chlorure mercureux, mercure doux est à juste titre, la plus employée des préparations hydrargyriques insolubles pour le traitement hypodermique de la syphilis. Les injections de calomel ont en effet une réelle efficacité, admise sans contestation par tous les auteurs : leur action rapide et énergique en a fait la médication de choix des manifestations cérébrales de la vérole. Seuls les accidents dont elles sont fréquemment accompagnées, ont empêché d'en faire l'application systématique à la cure de la syphilis.

Nous ne reviendrons pas sur les complications, les indications, et la technique des piqûres de calomel : nous avons traité longuement ces divers points dans nos articles précédents pour y insister de nouveau. Disons seulement qu'à notre avis, et malgré la puissance thérapeutique que nous reconnaissons aux injections calomeliques, nous les considérons comme un traitement *d'exception*, et non comme un traitement *de choix*.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau, l'alcool, la glycérine, les huiles grasses et fixes, le calomel s'injecte en suspension dans la vaseline où l'huile d'olives. Rappelons que les mélanges à base d'eau gommeuse ou de glycérine doivent être proscrits comme étant trop douloureux.

Les injections de calomel doivent être stérilisées à une température inférieure à 100°.

Dose. — *Chez l'adulte* : 5 centigrammes par injection. Une injection par semaine.

Effets de l'injection.

Voir *Gazette hebdomadaire*, numéros des 11, 18 et 25 avril, et des 2 et 9 mai 1897.

FORMULES.

La formule que l'on doit employer est celle de l'hôpital Saint-Louis, contenant 5 centigrammes par centimètre cube d'huile d'olives.

Calomel	0 gr. 50
Huile d'olives stérilisée	10 cent. cubes.

1 centimètre cube par semaine.

(Jullien, Fournier, Wickam, etc.)

Nous transcrivons ici quelques autres formules :

Calomel	0 gr. 80
Vaseline liquide	9 gr. 20

1 centimètre cube par semaine.

(Balzer.)

Calomel	1 gr. 50
Vaseline liquide	16 gr.

1 centimètre cube tous les 5 à 10 jours.

(Balzer.)

Calomel	0 gr. 10
Glycérine chimiquement pure	4 cent. cubes.

Pour une (?) injection. — 1 par semaine.

(Blondel.)

Calomel à la vapeur }	ãã 5 gr.
Chlorure de sodium }	
Eau *stérilisée*	50 gr.

1 à 2 cent. cubes tous les 5 jours.

(A. Krecke.)

Glycérine }	ãã 10 gr.
Eau *stérilisée* }	
Calomel à la vapeur	2 gr.

1 centimètre cube additionné de 1/5 à 1/10 de solution de sublimé à 1 p. 100 dans la syphilis oculaire.

(Kalt.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Pléthore et disette. — Nécessité d'un répartition plus rationnelle des médecins et des sages-femmes. — Les grades universitaires.

A l'occasion d'une lettre que nous communique notre ami, le Dr Pamard (d'Avignon) il nous paraît intéressant d'élargir le débat qu'elle soulève et de soumettre à ceux qui ont la charge d'organiser l'enseignement public en France quelques réflexions dont nul ne saurait contester l'opportunité.

De toutes parts en effet on se plaint de la pléthore médicale. Le nombre des praticiens augmente et, dans les grandes villes, il devient à peu près impossible de leur assurer le pain quotidien. En même temps on se plaint que, dans les petites villes de province et surtout dans les campagnes, on manque de médecins.

Chaque jour on peut le constater : qu'il s'agisse d'un poste médical quel qu'il soit les demandes de renseignements affluent ; un grand nombre de jeunes docteurs se présentent ; puis, quand arrive le moment de se décider, les garanties d'avenir, les conditions de la vie matérielle semblent si peu assurées qu'ils hésitent et qu'ils préfèrent encore attendre que, dans une grande ville, la fortune leur devienne plus clémente.

On a supprimé les officiers de santé qui eux aussi, il faut le reconnaître, préféraient le séjour des villes à celui des campagnes mais on n'a pas réfléchi qu'un médecin qui a passé six à sept années à parfaire son éducation, qui a pris le goût et les habitudes de la grande ville, qui a dépensé des sommes considérables pour acquérir le titre de docteur hésitera longtemps avant d'aller se fixer dans une localité qui ne lui offre aucun avantage social et qui ne lui permet d'espérer qu'une très faible rénumération matérielle.

Et c'est pourquoi la carrière médicale devient de plus en plus précaire et difficile ; et c'est pourquoi il conviendrait d'aviser en vue de mieux répartir sur tout le territoire cette armée de jeunes docteurs qui végète dans les grandes villes.

Ce qui se passe pour les médecins arrive de même pour les sages-femmes. La lettre de M. le Dr Pamard le prouve. Il existe, dit-il, dans le département de Vaucluse en grand nombre de localités et même des chef-lieux de de canton où l'on ne peut trouver de sages-femmes.

Leur recrutement se trouve tari, dit notre confrère, d'abord parce que le droit de confier le titre de sage-femme de 1re classe a été injustement enlevé aux maternités pour être exclusivement conféré aux Facultés, ensuite parce que les examens imposés aux sage-femmes sont mal compris.

Citons ici le texte même de la lettre adressée par M. le Dr Pamard à M. le Préfet du département de Vaucluse.

L'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1893 est ainsi conçu : les aspirants au diplôme de sage-femme subissent deux examens :

« Le premier, à la fin de la première année : il porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaire ;

« Le second, à la fin de la deuxième année : il porte sur la théorie et la pratique des accouchements. »

Il me semblait que le point-et-virgule mis à la fin de la première partie indiquait clairement que c'était de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie élémentaires des accouchements qu'il s'agissait. Il paraît que je me trompais. Nous avons vu paraître des manuels, à l'usage des aspirantes sages-femmes, où il est traité de tout et d'autres choses encore. Les examinateurs ont interrogé les élèves sur l'œil, le cerveau, la moelle, l'oreille, les glandes salivaires, les phénomènes chimiques de la digestion, etc. J'en passe, et des meilleurs, la liste serait trop longue. Or je demande à tout esprit non prévenu quel intérêt il pourrait y avoir pour une sage-femme à connaître les questions posées. Si on persiste à diriger leurs études dans ce sens, on en fera des demi-savants, qui seront d'autant plus dangereux qu'ils croiront savoir davantage et qui auront une tendance constante à sortir du rôle dans lequel la loi du 30 novembre 1892 les a expressément cantonnés.

Tous nos maîtres nous ont enseigné, et une expérience de 35 ans m'a prouvé qu'ils avaient raison, que le rôle de la sage-femme doit être de surveiller la marche de l'accouchement, de savoir reconnaître le moment où cette marche cesse d'être régulière et où la présence de l'accoucheur devient nécessaire. Et je ne sache pas que la connaissance de la structure de l'œil ou du cerveau soit nécessaire pour cela. Je demande donc que le Ministre veuille bien soumettre la question au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Il importe de débarrasser le programme des études des sages-femmes de questions qui ne peuvent leur être d'aucune utilité. Qu'on leur demande en première année l'anatomie du bassin et des organes génitaux de la femme, avec leur physiologie, l'anatomie du fœtus et l'étude de son développement et de ses fonctions, la pathologie de la grossesse, et une étude des maladies qui peuvent influer sur elle. En deuxième année, la théorie et la pratique des accouchements; j'y ajouterai volontiers une épreuve clinique.

Si les professeurs de Faculté persistent dans la voie où ils se sont engagés, le recrutement des sages-femmes deviendra de plus en plus difficile : on n'en trouvera plus que dans les villes, où elles feront la gynécologie et autres choses encore.

Il me paraît bien imprudent de se priver d'un moyen d'instruction tel que celui que peuvent donner les Maternités départementales. A Avignon, la Maternité a une moyenne de 100 accouchements par an : pourquoi en sevrer les élèves peu nombreuses qui y assistent actuellement, alors qu'à la Maternité de Montpellier, pour 36 élèves internes, il n'y a pas eu 70 accouchements?

Au reste, Monsieur le Préfet, veuillez consulter vos collègues du Gard et du Var, demandez-leur les rapports des professeurs des Maternités de leur département : ils sont en parfaite communion d'idées avec moi et la question est trop importante au point de vue de l'accroissement de la population, pour qu'il n'y ait pas lieu d'en saisir les pouvoirs publics.

Si nous voulons maintenant donner la part aux chiffres, voici ce que nous trouvons :

Dans le département de Vaucluse, il y a 107 sages-femmes pour 236313 habitants ce qui donne 1 sage-femme pour 2 200 habitants. Ce chiffre serait très suffisant si elles étaient distribuées d'une façon uniforme dans les divers cantons. Mais il y a deux cantons, celui de Bonnieux avec 4 927 habitants et celui de Malaucène avec 4548 qui n'ont pas de sage-femme : dans le premier exercent deux médecins ; il n'y en a qu'un dans le second dont la situation sur le versant nord du Mont Ventoux rend difficile l'arrivée des secours. Le canton de Pernes avec 6 752 habitants n'a qu'une sage-femme avec un seul médecin ; celui de Vaison (8 759 habitants) a 2 sages-femmes; celui de Pertuis n'a que 4 sages-femmes pour 11 835 habitants.

Dans les communes, les sages-femmes se portent toujours vers celles qui sont le plus peuplées ; à Avignon, il y en a 22 pour 45 107 habitants, 5 à Carpentras et à Cavaillon qui ont l'un 10 797 et l'autre 9 405 habitants.

Les 7 communes qui ont plus de 4 000 habitants en ont 3, sauf deux.

Sur les 14 communes ayant moins de 4 000 et plus de 2 000 habitants, 4 ont 2 sages-femmes, 9 en ont une ; Malaucène n'en a pas.

Dans les 36 communes ayant de 2 000 à 1 000 habitants, 6 ont 2 sages-femmes, 21 une ; 9 n'en ont pas.

33 communes ont de 1 000 à 500 habitants. Dans 4 on trouve une sage-femme.

Sur les 58 ayant moins de 500 habitants, 2 ont une sage-femme.

Cet état de choses ne pourra aller qu'en s'aggravant : plus le recrutement des sages-femmes sera rendu difficile et plus vous éloignerez celles-ci des campagnes qui en seront complètement dépourvues avant peu. Il est facile de comprendre que, en rendant les études plus onéreuses, en surchargeant les programmes de matières qui n'ont rien à faire avec l'accouchement, vous aurez des sujets dont le niveau scientifique pourra être plus élevé, je le veux bien, mais qui ne consentiront pas à aller ailleurs que dans les villes.

Nous n'ajouterons que quelques mots. Il est évident que la nécessité de faire des études un peu sérieuses donne à celle qui les entreprend le désir et l'espérance d'arriver, dans une grande ville, à une situation en rapport avec la peine qu'elle s'est donnée et les déboursés qui lui ont été imposés.

Mais cela ne prouve nullement qu'il n'existe pas en France un nombre suffisant de sages-femmes et que le recrutement de celles-ci soit près de se tarir. Bien au contraire leur nombre augmente chaque année et il serait très imprudent d'abaisser pour toutes celles qui se présentent le niveau des études et des examens. N'est-il pas exagéré de prétendre qu'une sage-femme doive ignorer les éléments de l'anatomie, de la physiologie et de l'hygiène et ne puisse être interrogée que sur les questions d'entocie qu'elle sera appelée à résoudre pratiquement?

Sans doute, il est exagéré de les interroger sur la structure intime du système nerveux et celle de la rétine; encore faut-il que la sage-femme ne soit pas incapable de donner les conseils qui lui sont si souvent demandés.

Nous ne pensons donc pas pu'il faille revenir en arrière et accepter les idées autrefois défendues par P. Bert et qui consistaient à créer des diplômes d'ordre inférieur pour des sage-femmes de 2e classe et des sous-officiers de santé? Mais, sans aller jusque-là, ne pourrait-on pas reviser la loi sur l'organisation de la médecine en France en tenant compte des nécessités de jour en jour plus évidentes que créent l'encombrement des grandes villes et le délaissement des centres ruraux?

Nous examinerons cette question dans un prochain article en parlant des diplômes spéciaux dont nous n'avons jamais cessé de réclamer la création et en montrant par ce qui se passe à l'étranger combien nous sommes parfois peu soucieux de nos intérêts nationaux.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Tranchées utérines (p. 517).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Exosplénopexie (p. 518).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Urano-staphylorrhaphie. — Monstre symélien. — Radiographie faciale (p. 519). — *Académie des sciences :* Cure radicale des hernies par les injections au chlorure de zinc. — Tuberculose humaine. — Destruction dans le foie de l'hémoglobine avec conservation du fer. — Rayons de Röntgen. — Sécrétions d'un même microbe pathogène. — Maladies du thorax (p. 520). — Régénération osseuse. — Troubles physiologiques et trophiques dus à l'action des radiations de Röntgen. — Oxydations provoquées par la laccase. — Nerfs vaso-dilatateurs. — Troubles de la croissance (p. 521). — *Société anatomique :* Pneumothorax tuberculeux. — Infection pneumococcique et pétéchies rénales. — Abcès du cervelet. — Perforation duodénale. — *Société de biologie :* Pneumocoque dans les poussières d'une salle d'hôpital. — Toxicité de la sueur. — Sérum de salamandre (p. 522). — *Société de chirurgie :* Coxalgie. — Fractures de la rotule (p. 523). — *Société médicale des hôpitaux :* Lésions du cerveau et de la moelle dans un cas de démence. — Radiographie du rhumatisme. — Tuberculose du péricarde. — Diabète. — *Société obstétricale et gynécologique :* Hystérectomie abdominale. — Grossesse gémellaire univitelline (p. 524). — *Société de thérapeutique :* Entérite muco-membraneuse. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Abcès du cerveau. — Fibro-chondrome branchial. — Kyste du col utérin (p. 525). — *Société nationale de médecine de Lyon :* Hérédo-ataxie. — Abcès du foie. — Anémie avec splénomégalie. — Pustule maligne (p. 526).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Endocardite traumatique (p. 526). — Tuberculose des ganglions mésentériques. — Hémiparaplégie de Brown-Séquard. — *Société de médecine berlinoise :* Alimentation des nourrissons. — *Société médico-physique de Heidelberg :* Tuberculose des vaisseaux lymphatiques. — Glande thyroïde et glycosurie (p. 527). — Angleterre. *Royal medical and chirurgical Society :* Hémorrhagie d'un abcès du pharynx. — Anévrysme de la sous-clavière (p. 528).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Toxine diphthérique. — Pneumonie et grippe (p. 528).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Traitement des tranchées utérines,

Par M. le Dr J.-L. Audebert,

Chef de clinique obstrétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pathogénie. — On donne le nom de tranchées utérines à des contractions douloureuses et intermittentes, qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Les tranchées reconnaissent une double origine, elles sont dues tantôt à des causes *réflexes*, tantôt à des causes *mécaniques*.

I. — Au nombre des *causes réflexes* il faut compter : toutes les excitations de la zone génitale ou de la zone mammaire : mouvements de l'accouchée se communiquant à l'utérus, succion du mamelon, etc. Pour Marotte, elles seraient la conséquence de crises aiguës de névralgie lombo-abdominale.

II. — Les *causes mécaniques* peuvent siéger :

A. En dehors de l'utérus : dans la zone péri-utérine on a noté l'influence qu'exerce la réplétion de la vessie et du rectum sur la production des coliques post-partum.

B. Dans l'utérus : la présence dans l'utérus d'un corps étranger quelconque, débris placentaires ou membraneux, caillot sanguin, etc., sollicite énergiquement les contractions du muscle utérin ; or, ces contractions deviennent douloureuses quand elles agissent sur le col, et lorsqu'elles tendent à le dilater. C'est ainsi que les tranchées s'observent plus souvent et affectent plus d'intensité chez les femmes dont la contractilité utérine a perdu de sa puissance, chez les *multipares*, par exemple ; mais les primipares n'en sont pas absolument indemnes. Quand la cavité utérine a subi pendant la gestation une forte distension, du fait d'une hydropisie de l'amnios, ou d'une grossesse gémellaire, quand, pendant l'accouchement, le travail a été lent, accompagné d'inertie, ou encore lorsque le travail a marché fort rapidement et que la déplétion de l'utérus a été très brusque, dans l'un comme dans l'autre cas, l'utérus se rétracte incomplètement ; les *ligatures vivantes* ne jouent plus leur rôle fonctionnel, le sang provenant de la plaie placentaire s'accumule dans l'utérus, des caillots se forment et leur expulsion ne peut se faire qu'au prix de contractions douloureuses.

Pour se convaincre de l'exactitude de cette pathogénie, il suffit d'examiner une accouchée atteinte de tranchées : la main placée sur l'hypogastre sent nettement l'utérus se durcir, se porter en avant, en même temps que la femme accuse une douleur plus ou moins vive, et immédiatement après on peut constater l'issue par la vulve d'une petite quantité de liquide sanguinolent ; une injection vaginale donnée à ce moment, ramène fréquemment des débris solides plus ou moins volumineux.

Le plus souvent, grâce à leur peu d'intensité et à leur courte durée (24 à 48 heures d'ordinaire), ces coliques ne nécessitent aucun traitement ; cependant nous les avons vues, chez des femmes nerveuses en particulier, acquérir une activité intolérable, s'accompagner de vomissements, d'endolorissement de tout l'abdomen, de perte de sommeil, etc. Même en dehors de ces cas extrêmes, les tranchées ne doivent pas, nous semble-t-il, être considérées comme quantité négligeable ; l'accouchée qui les endure est déjà surmenée par un travail quelquefois long et pénible ; or on sait que le surmenage est un des facteurs les plus importants dans l'étiologie des infections microbiennes ; il est donc indispensable de permettre à cet organisme épuisé de prendre le repos dont il a besoin, pour mieux lutter dans la suite contre l'invasion des éléments septiques.

Diagnostic. — La double notion pathogénique que nous venons d'établir a une grande valeur au point de vue du traitement. Les tranchées d'origine réflexe réclament en effet une autre thérapeutique que les tranchées de cause mécanique.

Mais peut-on en clinique les différencier? sans parler de l'examen minutieux des annexes, qu'il *faut* pratiquer immédiatement après la délivrance, et qui fera reconnaître que le placenta et les membranes ont été incomplètement expulsés, souvent l'aspect de l'utérus pourra donner une indication utile. Si, dans l'intervalle des contractions, l'utérus reste *dur* et *gros*, sans alternative de relachement, la rétention de caillots ou de débris solides, a de grandes chances d'exister. Ce phénomène, il est vrai, n'est pas constant, mais chaque fois que nous l'avons constaté, nous avons pu nous rendre compte plus tard, qu'il était dû à la présence d'un corps étranger dans l'utérus.

Traitement. — Posons d'abord en principe qu'avant toute médication il sera nécessaire de vider la vessie soit naturellement ce qui vaut mieux, soit par un cathétérisme, et d'administrer un lavement évacuateur.

I. *Tranchées d'origine réflexe.* Faut-il à *titre prophylactique*, comme le veulent Velpeau et Jouslin, administrer de l'ergot de seigle immédiatement après la délivrance? Faut-il, à l'exemple d'autres auteurs, pratiquer au même moment une injection intra-utérine? Ces deux

moyens nous paraissent presque toujours inefficaces, souvent même dangereux.

Comme traitement *curatif* c'est l'opium qui, sous toutes ses formes, a été le plus recommandé. La poudre de Dower (50 centigrammes en 3 fois), l'élixir parégorique (60 à 80 gouttes en 3 fois), les injections hypodermiques de morphine, ont été employées très fréquemment. Mais le traitement classique par excellence des tranchées est le lavement laudanisé qui peut se formuler ainsi :

Eau bouillie	40 gr.
Laudanum	XV gouttes.

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent à calmer les douleurs utérines, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation; aussi préfère-t-on, dans quelques cas, d'autres hypnotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium, et l'antipyrine. Ce dernier médicament jouit d'une faveur toute spéciale; nous l'avons souvent prescrit de la façon suivante :

Antipyrine	3 gr.
Sirop de bromure de potassium du Codex	30 gr.
Hydrolat de feuilles d'oranger	60 gr.

Chaque grande cuillerée contient environ 80 centigrammes d'antipiryne.

On peut l'administrer aussi sous forme de lavement :

Antipyrine	2 gr.
Eau bouillie	120 gr.

L'extrait de viburnum prunifolium, seul ou associé à d'autres substances, possède aussi une action sédative marquée :

Extrait fluide de viburnum prunifolium	ãã 15 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis	

XX gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes (*propres*); la plus élémentaire prudence conseille de laisser de côté le vieux et septique cataplasme.

II. *Tranchées d'origine mécanique.* Si le diagnostic de tranchées par *rétention* s'impose, rappelons d'abord que la vessie et le rectum doivent être évacués.

L'*expression utérine*, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, principalement dans les heures qui suivent l'accouchement, rendre de grands services en débarrassant l'utérus des caillots qu'il renferme.

Les *injections vaginales chaudes* entre 45° et 48° agiront dans le même sens en faisant contracter le muscle utérin et en sollicitant ainsi l'expulsion des matières retenues. Leur action pourra être aidée par la potion à l'antipyrine déjà formulée.

Si ces moyens n'amènent pas le soulagement de la malade et la déplétion de l'utérus, si les coliques persistent avec la même intensité on aura recours, mais seulement dans ce cas, aux *injections intra-utérines* faites avec prudence et à basse pression; on verra le plus souvent, sous leur influence, les douleurs s'atténuer et le diamètre vertical s'abaisser, quand le corps étranger aura été entraîné au dehors par le liquide de l'injection.

Nous ne voulons pas insister sur les dangers que présentent parfois les injections intra-utérines, *non est hic locus*; mais, en raison même de ces dangers, il faudra ne les employer qu'en dernier ressort et après l'insuccès des autres méthodes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Exosplénopexie. Guérison.

Lecture faite à l'*Académie de médecine*

Par le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

Les surprises opératoires forcent à improviser des procédés que l'expérience peut faire reconnaître bons; c'est à ce titre que nous avons cru intéressant de vous communiquer l'observation suivante :

Le 2 août 1896, nous fûmes appelé près de Mme M..., fermière des environs de Calais, par le Dr Letailleur, son médecin ordinaire. Depuis quelques jours, elle avait de la péritonite, fièvre, vomissements verdâtres, ballonnement du ventre qui était extrêmement douloureux.

Depuis 10 ans, elle avait subi plusieurs assauts du même mal, notamment en mai 1896, mais jamais aussi violent qu'aujourd'hui. Après chaque crise, son ventre augmentait de volume et restait douloureux. Il y a 6 ans, un confrère du voisinage l'avait traitée pour un kyste de l'ovaire, diagnostic qui aurait été confirmé par un chirurgien de Lille.

Bien qu'habitant un pays coupé de canaux et de fossés de dessèchement, elle n'avait jamais eu de fièvre intermittente. Son père était mort d'un mal dont elle ignorait le nom; sa mère, encore vivante, était atteinte de néphrite chronique. C'était une grande, forte femme de 42 ans, n'ayant jamais été malade jusqu'en ces dix dernières années. Réglée à 16 ans, elle s'était mariée à 18 et avait eu 4 enfants encore vivants, dont le dernier avait 9 ans.

Depuis 2 jours, elle avait des vomissements verdâtres incessants, le pouls à 120, la température à 38°; elle n'avait pas uriné 100 grammes, et son ventre ballonné, dur, était le siège de telles douleurs que, malgré une piqûre de morphine, elle n'avait cessé de s'agiter et de geindre.

A cause de la douleur, nous dûmes nous contenter d'un examen assez superficiel qui nous fit trouver une énorme tumeur dure, mate, emplissant tout le ventre qui n'était un peu sonore que sur le trajet des côlons.

Par le toucher vaginal, on trouvait l'utérus un peu gros, repoussé en arrière, le cul-de-sac latéral gauche empâté, les culs-de-sac antérieur et latéral droit complètement effacés et remplis par une tumeur dure indépendante de l'utérus et paraissant faire suite à celle du ventre. Par le palper bimanuel, pratiqué avec beaucoup de douceur, on constatait que la tumeur, résistante partout, ne présentait nulle part de fluctuation ni de flot.

Cet examen n'avait pu être que sommaire, à cause des douleurs; aussi, influencé par l'étiquette « kyste de l'ovaire » mise par les médecins qui l'avaient soignée au début, nous conclûmes à une tumeur solide de l'ovaire. Un traitement par la glace *intus et extra* fut institué et il fut convenu que la malade viendrait à notre clinique dès que le transport à Boulogne-sur-Mer serait possible.

Elle nous arriva le 5 août, et, après 2 jours consacrés à l'asepsiser, elle fut opérée le 7, avec l'aide des Drs Deseille et Lamiot, en présence des Drs Letailleur et Thiénot.

Le ventre ouvert, nous tombâmes sur une vaste tumeur solide lie de vin, de la couleur et de la consistance de la rate, remplissant tout l'abdomen et le petit bassin. Elle adhérait en avant au péritoine pariétal et aux côlons, en arrière à tout l'intestin grêle.

Après avoir libéré cette énorme rate des adhérences antérieures, nous reconnûmes que la splénectomie eût été trop dangereuse à cause des adhérences postérieures. Songeant alors au traitement des goîtres, à l'exothyropexie préconisée par M. Poncet, nous résolûmes de l'imiter.

Le péritoine pariétal fut fixé, de chaque côté, à la capsule splénique par un surjet au catgut, de façon à fermer la cavité

1. Traitement des goitres par l'exothyropexie (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 février 1894).

péritonéale, tout en laissant entre les deux surjets un espace d'environ 4 doigts où la rate était exposée ; les deux tiers supérieurs de la plaie cutanée furent rapprochés par quelques points de suture et la rate fut pansée à plat avec de la gaze iodoformée.

Le premier effet constaté fut la disparition de la péritonite et des douleurs : dès le deuxième jour des gaz furent expulsés par l'anus et des lavements provoquèrent des selles.

Le troisième jour, le pansement, souillé d'un écoulement poisseux, lie de vin, d'odeur fade, fut renouvelé; on voyait la rate tombant en déliquescence.

A chaque pansement, tous les deux jours, on enlevait de la bouillie splénique, et, l'union du péritoine à la capsule étant assurée, on désunissait la plaie afin d'exposer une plus grande partie de la rate.

L'état général s'était relevé, la malade allait si bien que le 30 août elle voulut quitter la clinique et retourner chez elle.

Le Dr Letailleur qui acheva la cure, voulut bien nous donner la suite de l'observation. La plaie désunie était aussi grande que le jour de l'opération, la bouillie splénique coula de plus en plus abondante jusqu'au 8 septembre où il enleva la rate sphacélée qui venait pour ainsi dire au-devant de sa main. Elle était encore plus grosse qu'une tête d'adulte. La plaie se cicatrisa rapidement ; au 1er octobre il ne restait plus qu'un petit cratère au sommet de la plaie et en quelques jours il fut fermé. Pour le 1er novembre, Mme M... complètement guérie avait repris toutes ses occupations, le ventre était souple, sans éventration et sans la moindre trace de tumeur.

Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous n'avons pas rencontré une seule observation comparable à la nôtre.

L'exosplénopexie, ou, si l'on préfère, cette sorte de marsupialisation de la rate en a amené le sphacèle en un mois, sans incident et sans péril pour la malade. Ce résultat n'est pas à dédaigner surtout si on le compare à ceux de la splénectomie pour hypertrophie simple ou malarienne de la rate. En effet, M. Quénu indique dans sa statistique (1) 16 morts et 5 guérisons sur 21 opérations.

Il serait peut-être osé de vouloir ériger un procédé de nécessité en une méthode de traitement; nous souhaiterions, cependant, que notre observation suscitât d'autres travaux, afin que l'expérience décidât si l'exosplénopexie n'est pas l'opération de choix.

1. *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 207.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 25 Mai et 1er Juin 1897.

Sur les fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorrhaphie.

M. Ehrman (de Mulhouse). — Il peut arriver qu'après une urano-staphylorrhaphie en apparence correctement conduite, alors que la suture a d'ailleurs réussi d'une manière parfaite et que pourtant la largeur de la division était inférieure à celle des tissus utilisés pour son occlusion, les incisions libératrices restent fistuleuses dans une partie de leur étendue.

Sur 94 urano-staphylorrhaphies pour divisions congénitales, M. Ehrmann a eu six fois de ces ouvertures latérales, atteignant jusqu'à 19 à 20 millimètres de longueur et 4 à 6 millimètres de largeur.

Elles sont le résultat de l'enroulement du bord externe des lambeaux, amené par le retrait de leur face périostique, enroulement qui s'observe, à un degré plus ou moins marqué, chaque fois, que pour une cause ou pour une autre, un retard insolite était intervenu dans la cicatrisation des incisions libératrices.

Trois causes principales contribuent à ralentir ce travail de cicatrisation, qui dans les cas normaux est, en général, achevé au bout d'une vingtaine de jours : 1° les maladies constitutionnelles ou intercurrentes; 2° la longueur exagérée donnée aux incisions; 3° la guérison trop hâtive de l'une d'elles, au détriment de l'autre. M. Ehrman a vu encore ces fistules se produire quand, dans les palatoplastics faites d'après la méthode en deux temps, un intervalle de plus de sept jours avait séparé le décollement de la suture.

Une difficulté du traitement anaplastique des fistules latérales, c'est que la face qui les limite en dehors est constituée par l'os primitivement dénudé, et que le tissu cicatriciel qui le recouvre ne se prête pas directement à la suture. Le procédé habituel en pont ne leur est applicable qu'à la condition formelle de recourir à la méthode en deux temps, dont cette fois, on exagérera les délais. A l'encontre de ce qui se passe pour les tissus normaux, une moyenne de 12 à 15 jours est, en effet, indispensable, en raison de la fragilité de la muqueuse cicatricielle dépourvue de périoste, pour l'amener à une vascularisation efficace.

Chez les enfants, plusieurs décollements successifs, à des semaines ou à des mois d'intervalle, peuvent devenir nécessaires avant d'en arriver à la suture, quand la bandelette résultant du premier décollement n'est pas suffisamment étoffée, ou que, par suite de sa mollesse, elle s'est trop fortement rétrécie.

Au point de vue opératoire, les fistules qui s'ouvrent dans la cavité nasale au bord interne même de la division osseuse, celles que M. Ehrman a dénommées fistules *directes*, sont plus aisées à mener à fin que celles du type en boutonnière, qui communiquent *latéralement* avec la fosse nasale, sans arriver à la limite interne de la division. Celles-ci n'ont, comme paroi en dehors, qu'une partie seulement de la largeur de l'apophyse palatine, laquelle ne peut fournir dès lors qu'une bandelette étroite, tandis que dans les fistules directes on dispose pour le décollement de tout le revêtement de la partie correspondante de l'apophyse palatine.

Monstre symélien.

MM. Pinard et Varnier présentent un monstre symèle né le 20 mai 1897 à la clinique Baudelocque, d'une primipare de 27 ans. Les membres inférieurs, en rotation forcée, sont soudés, suivant la règle, par leurs faces postéro-externes, et se terminent par deux avants-pied libres, à gros orteil externes. Il n'y a pas traces d'organes génitaux sur la face ventrale. A la face dorsale, une dépression borgne au niveau de la pointe du sacrum. La radiographie prouve que, dans les membres inférieurs soudés, des deux côtés le péroné est absent; le reste du squelette est normal.

Application des rayons Röntgen pour photographier les os de la face.

M. Combe. — Le procédé consiste à prendre une pellicule photographique très souple qui a été enfermée avec soin au laboratoire dans un sac souple de caoutchouc noir pour ne laisser passer aucun rayon lumineux. Cette pellicule souple est fixée sur un palais artificiel représentant une surface résistante. Ce palais en volcanite a été modelé exactement sur la bouche du sujet.

Cette plaque rigide très mince, sur laquelle est étalée la pellicule, est placée dans la bouche et maintenue en place par le rapprochement des dents du bas; les rayons de l'ampoule sont dirigés perpendiculairement sur la région qu'on veut photographier. La pose doit être de 6 à 8 minutes. La distance du tube au visage du patient doit être de 45 centimètres pour éviter tout accident de la peau.

Les épreuves obtenues représentent l'une la partie antérieure du maxillaire supérieur où l'on voit très nettement les racines des incisives et des canines, et où la moindre tumeur radiculaire apparaîtrait; l'autre décèle la présence d'un tube métallique engagé dans la cavité du sinus maxillaire. Une balle ou tout autre corps métallique y apparaîtrait tout aussi nettement.

M. Andeer fait une communication sur des « ostioles » péritonéales.

M. Hervieux lit un rapport sur la vaccination par les instituteurs.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance des 26 avril, 3, 10 et 17 mai 1897.

De la cure radicale des hernies par les injections au chlorure de zinc.

M. Demars. — J'ai employé dans 6 cas la méthode préconisée par M. Lannelongue pour la cure radiale des hernies. Trois garçons de 5 ans, 6 ans 1/2 et 7 ans, et 3 filles de 6, 10 et 15 ans, ont reçu 3 injections internes et 3 injections externes par rapport au trajet inguinal, de 10 à 15 gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Six fois le résultat a été excellent : la guérison obtenue s'est maintenue. Dans 1 cas même il s'est fait une nouvelle hernie inguinale directe, quelques mois après l'opération d'une hernie congénitale du même côté, ce qui montre la solidité de l'occlusion première.

Comme accidents nous avons eu 2 fois une eschare de la peau, causée par une aiguille à lumière trop large : cet inconvénient peut être évité en se servant d'aiguilles très fines. Quant à l'œdème du scrotum, il nous paraît sans importance.

M. Lannelongue. — A propos de la note de M. Demars, je rappelle à l'Académie que les 5 petits malades atteints de hernie inguinale que j'ai présentés au mois de juillet dernier, 5 mois après l'injection sclérogène, ont gardé tout le bénéfice de cette facile intervention. Il n'y a aucune espèce de comparaison a établir avec les résultats obtenus par les opérations sanglantes qui sont très laborieuses et dangereuses du fait de l'infection toujours possible du péritoine.

Immunité des gallinacés à l'égard de la tuberculose humaine.

MM. Lannelongue et Achard. — Nous avons vérifié le fait de l'immunité des gallinacés à l'égard de la tuberculose humaine. L'inoculation de pus, de cultures pures, de crachats tuberculeux, de produits virulents provenant de plusieurs passages sur cobaye et lapin, ne nous ont donné que des lésions locales, capables de persister fort longtemps, et jamais de généralisations.

Nous avons alors entrepris de rechercher si le sérum de ces oiseaux possédait quelque propriété immunisante. Or, il n'arrête pas *in vitro* le développement des cultures de bacilles, ne modifie pas la marche de la tuberculose chez le lapin inoculé, et même employé préventivement ne les préserve pas contre l'infection tuberculeuse.

Il est donc permis de conclure que le sang des gallinacés ne possède pas de substance immunisante et que l'injection de leur sérum ne peut avoir aucun effet utile dans le traitement de la tuberculose humaine.

Destruction dans le foie de l'hémoglobine avec conservation du fer.

M. Lapicque. — Le foie d'un chien auquel on a pratiqué 2 injections intraveineuses d'hémoglobine à une semaine d'intervalle et que l'on a sacrifié après quelques jours de repos présente une teneur en fer double de la normale.

Ces accumulations de fer dans le foie ne se font habituellement que lorsqu'il y a surcharge de la rate : les variations hépatiques de la proportion de fer sont nulles dans les cas pathologiques, tandis qu'elles sont parfois considérables du côté de la rate. Le fait expérimental que nous signalons a donc une importance capitale car il permet de présumer l'existence de deux mécanismes hématolytiques : l'un particulier aux globules et déposant le fer dans la rate, l'autre à hémoglobine dissoute dans le plasma et déposant le fer dans le foie. Il serait prématuré de décider quel est le mécanisme normal.

Action biologique des rayons de Röntgen.

MM. Sabrazès et P. Rivière. — Nous avons recherché l'action des rayons de Röntgen sur le *bacillus prodigiosus*, les leucocytes, le cœur de la grenouille, même après une exposition de plus d'une heure, et nous n'avons noté aucune modification appréciable, ni dans la morphologie, la végétabilité, les propriétés chromogènes des bacilles; les globules blancs gardent leurs caractères normaux et la phagocytose n'est pas troublée; enfin le rhythme du cœur n'a présenté aucun changement dans ses périodes.

Multiplicité des sécrétions d'un même microbe pathogène.

M. Charrin. — Existe-il dans les produits toxiques des bactéries une toxine spéciale intervenant de façons variées suivant ses doses ou des substances distinctes ayant une action séparée?

Cette seconde hypothèse est démontrée expérimentalement. Si l'on divise en plusieurs groupes les composantes d'une culture pyocyanique, les corps insolubles dans l'alcool provoquent l'amaigrissement la fièvre, l'entérite, les corps solubles troublent l'appareil cardiaque; les éléments solubles impressionnent les *nervi vasorum*. Ces effets ne se reproduisent pas toujours avec une même netteté, car la dissociation des produits est elle-même insuffisante.

Ces données permettent d'interpréter certains faits : si le caractère principal de la malade dérive de l'action de la toxine capitale, les caractères accessoires peuvent varier avec la mise en jeu des sécrétions secondaires, la prédominance des matériaux solubles créera une forme cardiaque de la maladie. De plus, elles démontrent la nécessité en thérapeutique de s'adresser à divers émonctoires volatils ne prenant pas la même voie que les substances stables.

Applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax.

M. Ch. Bouchard. — Aux notions que j'ai précédemment exposées sur ce sujet, j'ajoute deux ordres de faits nouveaux.

Chez un homme de quarante-cinq ans, atteint depuis deux mois de dysphagie progressive avec accès de spasme, qui en était arrivé à ne plus pouvoir ingérer que les liquides et chez lequel on avait porté le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage sans que rien autorisât à se prononcer avec certitude sur la nature de ce rétrécissement, j'ai pu constater et faire voir aux élèves une tumeur bioblée siégeant à gauche de la quatrième vertèbre dorsale. Je pouvais, dès lors, affirmer qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage. Neuf jours plus tard, le malade ayant succombé à un pyopneumothorax gangréneux, l'autopsie permettait de vérifier dans tous ces détails notre diagnostic.

Les faits suivants ont trait au diagnostic de l'insuffisance aortique.

Un homme, âgé de trente-quatre ans, qui souffrait de fièvres intermittentes, de fièvre typhoïde et de plusieurs accès de rhumatisme aigu, est actuellement atteint d'aortite avec accès angineux. On constate chez lui un double souffle systolique et diastolique à la base. La crosse aortique et la sous-clavière sont soulevées.

La radioscopie faite en avant montre à droite du sternum, au niveau de la deuxième côte, une ombre formant flux et reflux isochrones aux battements du pouls. L'examen fait par le dos permet de constater les battements d'une ombre qui se détache chaque fois de la colonne vertébrale et s'avance vers la gauche au-dessus de l'ombre portée par le cœur, jusqu'à l'ombre de la clavicule. On arrive à constater les mêmes battements aortiques à gauche de la colonne par l'examen fait en avant.

Une jeune fille de dix-huit ans qui, à la suite de deux attaques de rhumatisme aigu, a vu survenir aux pieds et aux mains les déformations du rhumatisme chronique, est atteinte aussi d'insuffisance avec rétrécissement aortique.

La radioscopie permet de constater également chez elle, en

avant, une ombre pulsatile dans le premier espace intercostal et dans le deuxième à droite du sternum. On voit d'autres battements à gauche. A l'examen par le dos, on retrouve nettement ces mêmes battements à gauche de la colonne, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales.

Chez un homme de soixante-huit ans qui se plaignait d'accidents dyspnéiques et qu'on eut l'occasion d'examiner à l'aide de l'écran phosphorescent avant d'avoir eu encore le loisir de le soumettre à une exploration régulière, on porta le diagnostic d'insuffisance aortique d'après la constatation de battements d'une ombre en avant, à droite du sternum, et d'autres battements en arrière et à gauche de la colonne vertébrale. L'examen clinique ordinaire vérifia le diagnostic et permit en particulier de constater le souffle diastolique à la base avec extension vers l'appendice xiphoïde.

Dans l'insuffisance aortique, la chute brusque de la tension vasculaire due à l'impossibilité d'occlusion des valvules aortiques et le reflux du sang qui en est la conséquence mettent l'aorte dans un état de vacuité relative auquel succède brusquement une réplétion quand survient la systole suivante du ventricule. C'est ce qui donne le pouls bondissant dans l'insuffisance aortique; c'est ce qui permet de constater à l'œil les battements des artères sous la peau; c'est aussi ce qui fait que, grâce aux rayons de Röntgen, on voit battre dans le thorax, chez les malades atteints d'insuffisance aortique, l'aorte ascendante à droite du sternum, l'aorte descendante à gauche de la colonne vertébrale. Quand l'aorte est normale, on ne la voit pas. Si l'aorte est simplement dilatée, on la voit, mais on ne distingue pas ses battements. L'existence, dans les sièges indiqués, d'une ombre qui bat en avant en s'écartant et se rapprochant des deux bords du sternum, qui bat en arrière en s'écartant et se rapprochant du bord gauche de la colonne vertébrale, est caractéristique de l'insuffisance aortique.

Démonstration par les rayons de Röntgen de la régénération osseuse chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales.

M. Ollier. — La démonstration de ce qu'on peut obtenir chez l'homme, en tant que régénération osseuse, par les résections sous-périostées étant encore incomplète à cause de la rareté des autopsies portant sur des cas suffisamment probants, j'ai mis à profit les rayons X pour me rendre compte de la forme et des dimensions réelles des masses osseuses de nouvelle formation. C'est ce qui permet de présenter les résultats de deux opérations exceptionnelles, dans lesquelles j'ai enlevé la presque totalité de la diaphyse du tibia avec l'épiphyse inférieure de cet os et l'astragale correspondant.

Le premier cas est celui d'une jeune fille de quinze ans et demi atteinte d'ostéomyélite suppurée du tibia avec invasion des articulations astragaliennes et suppuration tarsienne persistante. Un fragment du tibia, long de 28 centimètres, comprenant toute son épiphyse et la malléole, fût enlevé, ainsi que l'astragale entier. Quant au péroné, il fut seulement abrasé et la malléole externe excisée. Or, la radiographie montre que cette vaste perte de substance de substance osseuse a été réparée.

La seconde observation a beaucoup d'analogie avec la première, si ce n'est que la malade n'avait que onze ans au moment où je l'opérai, il y a cinq ans. La nécrose du tibia était plus complète. J'ai enlevé un cylindre diaphysaire long de 183 millimètres, la portion spongieuse juxta-épiphysaire et l'épiphyse, sauf la malléole que j'ai seulement évidée de même que le péroné. J'ai abrasé le scaphoïde et évidé aussi le calcanéum. Le tibia de nouvelle formation est plus gros que le tibia sain dans toute sa longueur, et le résultat orthopédique et fonctionnel a été aussi satisfaisant et plus rapidement obtenu que dans la première observation.

Troubles physiologiques et trophiques dus à l'action des radiations de Röntgen.

M. Destot. — On sait que l'action prolongée des rayons X détermine des troubles trophiques allant de l'érythème simple à l'abcès en passant par les phlyctènes, l'ulcération de la peau avec perte des phanères. On a cru trouver une analogie entre ces faits et ceux du coup de soleil. Ils en diffèrent cependant à divers points de vue, car, ainsi que j'ai pu constater expérimentalement, il s'agit de troubles ayant pour point de départ le système nerveux sensitif inconscient, réagissant sur la moelle et amenant secondairement les troubles signalés, par l'intermédiaire des vaisseaux.

Sur l'intervention du manganèse dans les oxydations provoquées par la laccase.

M. Gabriel Bertrand, en étudiant le pouvoir oxydant des laccases retirées de différents végétaux, traitées ou non par l'alcool, vient de découvrir que ce pouvoir oxydant varie dans le même sens que la teneur en manganèse des cendres de ces ferments. En utilisant une laccase très pauvre en manganèse, comme celle qui est extraite de la luzerne, il a constaté que la faible activité oxydante de ce ferment pouvait être augmentée par l'addition d'une quantité minime d'un sel de manganèse; et qu'aucun des métaux, fer, aluminium, cérium, zinc, cuivre, calcium, magnésium, potassium, ne pouvait remplacer le manganèse. En rapprochant ce fait du rôle que joue le calcium dans l'oxydation de la pectine par la pectase, M. Bertrand conclut que, dans l'étude des ferments solubles, il faudra désormais tenir compte non seulement de la substance organique à laquelle on attachait jusqu'ici toute l'idée du ferment soluble, mais encore de celles qu'on pourrait appeler co-ferments (ici minérales, là peut-être organiques) qui forment, avec la première, le système véritablement actif.

Origines des nerfs vaso-dilatateurs; leurs centres trophiques.

M. J.-P. Morat. — Après avoir établi avec M. Dastre la localisation des nerfs inhibiteurs vasculaires dans le système du grand sympathique, nous avons recherché les voies d'origine de ces nerfs dans les racines médullaires et montré l'existence d'éléments vaso-dilatateurs dans les racines antérieures des nerfs dorsaux pour les vaisseaux de la face. D'autre part, Stricker avait affirmé l'existence d'éléments vaso-dilatateurs dans les racines postérieures des nerfs lombaires pour le membre inférieur, fait dont j'ai confirmé la réalité par l'emploi d'une méthode plus directe et plus probante. En somme, les inhibiteurs vasculaires quittent la moelle et par les racines antérieures et par les racines postérieures. Mais cette double provenance ne se fait pas, pour les vaisseaux d'une région donnée, au même niveau, dans des racines correspondantes. Autant qu'on en peut juger par les exemples connus, la loi qui préside à la répartition des inhibiteurs vasculaires est la suivante : ceux qui émanent des racines antérieures sont condensés vers ou dans la moelle dorsale, laquelle renferme les origines principales du grand sympathique; ceux qui émanent des racines postérieures sortent de la moelle au niveau de ses renflements (lombaire, bulbaire) et suivent le trajet direct des nerfs sensitivo-moteurs de la région.

Pour ce qui concerne les centres trophiques des nerfs inhibiteurs vasculaires, et, en particulier, les centres trophiques de ceux qui suivent la voie des racines postérieures, nos expériences démontrent que le centre d'accroissement de ces nerfs est non dans le ganglion spinal, mais plus haut, dans la moelle épinière, ce qui contribue à leur assurer une existence indépendante de celle des nerfs sensitifs qu'ils côtoient et auxquels ils n'empruntent aucune condition essentielle de leur fonctionnement.

Recherches sur les causes des troubles de la croissance à l'aide des rayons de Röntgen.

MM. Springer et Serbanesco. — En examinant à l'aide des rayons de Röntgen, au niveau du genou, le cartilage de conjugaison du tibia et du fémur, on constate qu'il se présente sous l'aspect d'une zone claire et transparente. Celle-ci diminue à mesure que la croissance progresse; elle disparaît complètement quand le cartilage qui fait croître en hauteur, infiltré de sels calcaires et ossifié, arrête définitivement la croissance.

Nous avons recherché quel était l'état de ce cartilage dans différents troubles de croissance attribuables à des causes diverses.

Le fait le plus remarquable nous est fourni par le *myxœdème*. Dans cette affection, la radiographie révèle que le cartilage de conjugaison persiste longtemps sans s'ossifier. Et, en effet, le traitement thyroïdien peut faire grandir, même à 34 ans. Cette persistance de l'état infantile de certains organes concorde bien avec le fait récemment mis en lumière par M. Vaquez, à savoir la présence de globules rouges nucléés révélant la persistance du processus fœtal de l'hématopoièse.

Dans la *syphilis héréditaire*, l'arrêt de développement paraît dû à une tendance à l'ossification précoce, mais le cartilage persiste.

Chez les enfants d'*alcooliques*, le cartilage est mince, irrégulier et s'ossifie prématurément.

Par contre, dans la *tuberculose*, héréditaire ou acquise, le cartilage persiste et son ossification paraît ralentie.

En somme, un grand nombre de maladies produisent des altérations dans la disposition de ce cartilage et dans son mode d'ossification.

La radiographie ajoute à l'étude des troubles de la croissance un nouveau signe physique aisément appréciable et fort utile pour le diagnostic. Cette recherche pourra désormais guider la thérapeutique, puisque tant que le cartilage présente une zone transparente on peut combattre les arrêts de croissance, tandis que, lorsque le cartilage est opaque, tout traitement dans le but de faire grandir est inutile, la croissance étant définitivement arrêtée.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 Mai 1897.

Pneumothorax tuberculeux avec pleurésie chronique.

M. P. Bouchet communique l'observation d'un homme de 23 ans, entré à l'hôpital pour une tuberculose des deux sommets, et qui au bout de quelques jours, fut pris d'une dyspnée extrême avec violent point de côté. A l'examen on trouva tous les signes pathognomoniques du pneumothorax. Le malade mourut asphyxié.

A l'autopsie, on trouva la cavité pleurale distendue par une grande quantité d'air et une faible quantité de liquide séreux. La fistule qui a été le point de départ de ce pneumothorax était toute petite. La plèvre viscérale était épaissie, blanchâtre, lardacée.

Infection pneumococcique et pétéchies rénales.

MM. Ramond et **Decorre** ont trouvé, à l'autopsie d'un individu ayant succombé à une méningite cérébro-spinale à pneumocoques, les deux reins criblés de taches hémorrhagiques, du volume d'une lentille en moyenne, et occupant toute l'épaisseur de l'organe. Au microscope, on constate que l'hémorrhagie n'est pas glomérulaire, comme on avait été tenté de le croire à première vue; la plupart des glomérules sont, en effet, intacts; les tubuli contorti et les autres conduits urinaires sont, au contraire, dissociés en certains points par des agglomérats de globules rouges.

Abcès du cervelet d'origine otique.

M. Viollet présente le cerveau d'un homme mort d'un abcès du cervelet; il avait présenté, de son vivant, le signe très net de la titubation cérébelleuse. L'oreille de ce malade suppurait depuis son enfance. Le malade mourut à la suite de l'opération de Stacke, faite très complètement, avant qu'on ait eu le temps d'aller à la recherche de l'abcès.

La trépanation, faite à l'autopsie, en avant et au-dessus du sinus latéral, ainsi que le conseille M. Broca, conduisit directement sur l'abcès, et une notable quantité de pus s'écoula aussitôt. Cette voie semble donc tout indiquée, dans ces cas, pour aller à la recherche de l'abcès. Il n'existait pas d'abcès sous-dure-mérien, ni de phlébite du sinus; l'abcès occupait les parties centrales du lobe gauche du cervelet.

Péritonite consécutive à une perforation duodénale.

MM. Lardennois et **Banzet** présentent des pièces provenant de l'autopsie d'un jeune homme mort de péritonite suraiguë, à la suite d'un ulcère perforant du duodénum, L'ulcère, des dimensions d'une grosse lentille et taillé à pic, était resté latent jusqu'au momznt où éclatèrent brusquement tous les accidents d'une péritonite suraiguë. Au cours de l'intervention, après avoir cherché vainement du côté de l'appendice, on trouva la perforation, qui fut fermée par deux plans de suture à la Lembert. Comme le début des accidents remontait à 18 heures, lors de l'entrée du malade à l'hôpital et que son état général était très mauvais, il ne tarda pas à succomber, 24 heures après l'opération.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 Mai 1897.

Présence du pneumocoque dans les poussières d'une salle d'hôpital.

M. Netter. — En inoculant dans le péritoine de jeunes cobayes de l'eau stérilisée contenant en suspension des poussières recueillies sur les murs d'une salle d'hôpital, j'ai obtenu 2 fois une péritonite fibrino-purulente avec pleurésie double. Ces lésions étaient causées par le pneumocoque qui a été isolé par la culture et s'est montré pathogène pour le cobaye, le lapin et la souris qu'il tue en moins de 24 heures.

Cette observation prouve que les poussières suspendues dans une salle d'hôpital peuvent renfermer des pneumocoques virulents.

Le fait n'a rien de surprenant puisque les recherches de Bordone Uffradozzi, de Netter, de Cassedebat ont montré que les crachats pneumocciques désséchés conservent leur virulence. On n'avait pas encore fourni par le pneumocoque la démonstration correspondante à celle de Cornet pour les chambres habitées par les tuberculeux. Les faits de Jakowski, Uffelmann, Pawlowsky et Emmerich invoqués dans le sens ne se rapportaient pas à des pneumocoques, mais au bacille encapsulé de Friedländer.

L'intérêt de notre constatation est encore augmenté par le détail suivant : le prélèvement de poussières a été fait le 22 avril et l'inoculation le 19 mai.

Toxicité de la sueur.

M. Arloing, en continuant ses recherches sur la toxicité de la sueur, a constaté que la toxicité de la sueur était un phénomène constant, mais qu'il variait avec les individus, avec les conditions dans lesquelles la sueur avait été recueillie, etc.

La sueur la plus toxique est celle qu'on recueille pendant et et surtout après un exercice physique violent; la moins toxique est celle qui s'obtient par une transpiration provoquée artificiellement. L'extrait à chaud est particulièrement toxique.

Il existe une sorte de rapport direct entre la toxicité de la sueur et la toxicité de l'urine : les deux liquides deviennent notamment particulièrement toxiques après le travail physique.

Pouvoir antitoxique du sérum de salamandre.

M. Phisalix a constaté dans une série d'expériences que le sérum de la salamandre terrestre injecté sous la peau ou dans le péritoine des grenouilles ou des lapins rend ces animaux insensible à l'action du curare. Le sérum d'autres animaux ne jouit pas de cette propriété.

Si l'on chauffe le sérum de salamandre, ses propriétés toxiques et antitoxiques disparaissent.

M. Langlois a constaté que sous l'influence de l'ozone et des oxydases animales l'extrait capsulaire devient inactif.

M. Féré fait une communication sur la résistance des oiseaux à l'atropine.

M. Zabolotny envoie une note sur les propriétaires agglutinantes du sérum dans la peste bubonique.

MM. Nicolas et **Courmont** envoient une note sur la leucocytose dans l'intoxication diphthérique. Ils ont constaté qu'au cours de l'immunisation le cheval ne présente pas d'hyperleucocytose.

M. Courmont envoie une note sur 244 observations personnelles de séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 Mai 1897.

Traitement conservateur de la coxalgie chez les enfants.

M. Kirmisson se déclare partisan du traitement conservateur dans la coxalgie. D'abord parce que chez les enfants il existe une tendance à la guérison spontanée de la tuberculose osseuse. En second lieu, un des principaux inconvénients du traitement conservateur est l'immobilisation prolongée qu'il impose. Or cet inconvénient n'est pas le même chez les enfants que chez les adultes.

En cas de coxalgie non suppurée on a le choix entre l'immobilisation dans un grand appareil plâtré et l'extension continue.

Le grand appareil plâtré assure une immobilisation absolue de la hanche malade; il permet en outre de transporter l'enfant, de le promener au grand air. L'extension continue n'immobilise pas l'articulation et permet au bassin de glisser sur la tête du fémur et aux attitudes vicieuses de se reproduire.

Pour toutes ces raisons, M. Kirmisson préfère l'appareil plâtré immobilisant le membre en extension et abduction moyenne. Si on trouve une attitude vicieuse fixe, le chirurgien a deux moyens à sa disposition : le redressement brusque et l'extension continue.

M. Kirmisson se déclare adversaire du redressement brusque dans les affections tuberculeuses, car le redressement détermine souvent des poussées de tuberculose aiguë du côté du poumon ou des méninges.

Dernièrement, dans son service, une petite fille se présenta avec un membre inférieur en abduction, flexion, combinées avec la subluxation de la tête fémorale. Pour ramener le membre en bonne position, on a dû sectionner le tenseur du fascia lata. A ce moment, on a vu sortir une quantité considérable de matière tuberculeuse. M. Kirmisson se demande donc ce qu'aurait produit dans ce cas un redressement forcé, qui détermine nécessairement des modifications de tension dans l'articulation coxo-fémorale, des inoculations. Depuis qu'il a vu cinq enfants mourir de méningite tuberculeuse dans les trois mois qui ont suivi le redressement, M. Kirmisson a complètement renoncé au redressement forcé.

Quant à ce qui concerne la coxalgie avec abcès, M. Kirmisson emploie l'éther iodoformé avec lequel il a vu guérir les abcès au bout de une, deux, rarement trois injections répétées à plusieurs semaines d'intervalle.

Les coxalgies avec fistule ancienne sont beaucoup plus ennuyeuses à traiter. M. Kirmisson pratique volontiers, dans ces cas, la tunnellisation de l'os, plutôt que de s'efforcer de faire l'ablation intégrale de toutes les fongosités tuberculeuses, ce qui conduit à des opérations étendues.

M. Reclus tient de M. Lannelongue que la mortalité est sensiblement la même chez les tuberculeux osseux abandonnés à des traitements conservateurs et chez les tuberculeux osseux opérés.

M. Kirmisson fait observer qu'il n'a fait allusion qu'au redressement forcé.

Fractures de la rotule.

M. Lejars a eu l'occasion d'observer un cas de fracture double de la rotule chez un camionneur de 31 ans, qui était tombé du haut de sa voiture. Il fit, dans la même séance, des deux côtés, l'arthrotomie, l'évacuation du contenu articulaire et la réunion de la rotule par le cerclage périphérique. Au 12ᵉ jour, toute immobilisation fut supprimée et l'on commençait les exercices d'assouplissement. Le malade a repris depuis longtemps ses durs travaux, auxquels il se livre comme autrefois.

Le cerclage, l'encadrement de la rotule brisée par un gros fil d'argent, qui traverse le tendon et le ligament rotulien, et qui est tordu en dehors, a été encore pratiqué par M. Lejars chez 5 autres malades avec un heureux résultat. Ce procédé lui semble même le seul possible dans les fractures bas situées, qui siègent près de la pointe de la rotule et détachent un fragment inférieur tout petit, que la perforation aurait de grandes chances de faire éclater. Il cite, comme exemple, le cas d'un malade de 64 ans, très vigoureux, qui, en tombant de bicyclette, s'était cassé la rotule si près de la pointe, qu'on aurait pu songer tout d'abord à un arrachement du ligament rotulien. Il est également très heureux dans les fractures comminutives de la rotule, pour ramener en contact et mettre de niveau une série de fragments irréguliers, qui chevauchent les uns sur les autres. D'ailleurs, rien n'empêche de combiner le cerclage avec la suture fibro-périostique, et, pour sa part, M. Lejars a toujours soin de faire suivre l'application du fil d'argent de la réunion d'un surjet de catgut ou de soie du tissu fibreux pré- et péri-rotuliens.

M. Walther présente un malade qui se fractura la rotule il y a 7 ans; cette fracture fut traitée par les griffes de Malgaigne. Quelque temps après, nouvelle fracture de cette rotule, une suture osseuse fut pratiquée, la guérison fut obtenue. En 1891, le malade se fit, au même genou, un arrachement du tendon du triceps. M. Walther a ouvert l'articulation, constaté la réunion osseuse des deux fragments, la désinsertion du tendon. Il sutura ce tendon à la rotule par deux fils d'argent. La guérison s'est maintenue depuis.

M. Routier a observé un cas analogue d'arrachement du triceps sur la rotule. Il ne fit pas de suture, et obtint une guérison complète.

M. Monod. — Un homme de plus de 60 ans me fut envoyé pour un arrachement semblable. J'obtins la guérison par la seule immobilisation de son genou.

M. Chaput, dans un cas pareil, a eu recours à la suture et a parfaitement guéri son malade.

M. Chaput présente un malade traité pour une fracture de la rotule, avec un écartement de 4 centimètres entre les fragments, par la suture périostique de la rotule. Le malade marche parfaitement.

Présentations de pièces.

M. Verchère lit une observation et présente des radiographies concernant un malade de 19 ans, qu'il a opéré d'un volumineux ostéo-sarcome pédiculé du tibia, par l'ablation simple de la tumeur.

M. Gérard-Marchant présente un malade qu'il a opéré, en 1892, d'un énorme ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. La tumeur n'a pas récidivé depuis 5 ans, et le résultat fonctionnel et esthétique est excellent.

M. Faure présente un malade qu'il a opéré d'un épithélioma de la base de la langue étendu au maxillaire inférieur.

M. Guinard montre un malade qu'il a opéré 12 heures après qu'il eut reçu un coup de pied de cheval. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva l'épiploon désinséré de l'estomac, la tête du pancréas écrasée, ecchymotique, le lobe gauche du foie déchiré. La plaie du foie fut suturée à la grosse soie plate. Le malade a parfaitement guéri.

M. Reclus lit deux observations de **M. Reboul** concernant des cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutives à la carie dentaire, remarquables par la marche rapide et l'étendue de la nécrose.

M. Brun apporte une observation de **M. Civel** (de Brest), concernant un cas de mal de Pott lombaire, traité par le redressement. La mort survint au bout de deux mois par bronchopneumonie.

M. Routier présente un utérus bicorne pris pour un utérus avec fibrome et enlevé par l'hystérectomie vaginale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Mai 1897.

Lésions du cerveau et de la moelle dans un cas de démence.

M. Gilbert Ballet rapporte l'observation d'un malade, ancien syphilitique, affecté de démence progressive avec troubles de la marche, et qui a succombé à 54 ans, avec des symptômes d'affaiblissement intellectuel progressif dont le début remonte à 6 ans.

Comme lésion macroscopique, on a trouvé une dégénérescence athéromateuse très accusée de toutes les artères cérébrales, mais l'examen très attentif de l'écorce cérébrale et de la substance blanche ne fit découvrir en aucun point de foyer de ramollissement.

Sous le microscope, sur des préparations portant sur la frontale ascendante et sur le lobule paracentral, on trouvait que les cellules de l'écorce, petites et grandes cellules pyramidales, cellules géantes de Betz, étaient altérées en ce sens que leur protoplasma tendait à devenir homogène. Les cellules de la moelle présentaient des altérations analogues, quoique moins accusées. Indépendamment des lésions cellulaires, on constatait, par la coloration au Pal rapide, la disparition des fibres tangentielles et l'atrophie du réseau d'Exner.

M. G. Ballet estime que ces diverses lésions ne peuvent être rapportées à des oblitérations artérielles et qu'il faut les rattacher soit à l'anémie relative occasionnée par le rétrécissement athéromateux du calibre des vaisseaux, soit à l'action des mêmes toxines (syphilitiques ou autres) qui avaient amené la dégénérescence des artères.

Note sur l'application de la méthode Röntgen au diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme chronique.

MM. Oudin, Barthélemy et **Béclère** présentent toute une série d'épreuves radiographiques qui montrent des mains normales de jeune homme et de veillard, des mains et des pieds atteints de goutte ou de rhumatisme chronique progressif. A l'état physiologique, les cartilages articulaires sont transparents aux rayons X et les extrémités articulaires des os, figurées en noir, sont séparées par une zone claire en forme de bande bien régulière de 1 à 3 millimètres de largeur. Ces espaces clairs inter-osseux persistent, à l'état de santé, même dans un âge très avancé. Ils persistent également dans la goutte. Ce qui caractérise l'aspect des lésions goutteuses, à l'examen radiographique, c'est, avec la persistance de ces espaces, la présence des tophus qui apparaissent comme des taches, d'une teinte relativement blanche, sur la couleur sombre du tissu osseux. Les espaces clairs interosseux, au niveau des jointures, disparaissent au contraire de bonne heure dans le rhumatisme chronique progressif, même chez les jeunes sujets, et cette disparition constitue, avec l'hypertrophie et la déformation des extrémités articulaires des os, le signe distinctif que fournit la méthode de Röntgen pour le diagnostic du rhumatisme déformant.

Tuberculose du péricarde et du cœur consécutive à une adénopathie trachéo-bronchique. Granulie.

M. Albert Mathieu présente, en son nom et au nom de M. Nattan-Larrier, des pièces provenant d'un malade mort de granulie. Le point sur lequel M. Mathieu appelle particulièrement l'attention est le suivant : adénopathie tuberculeuse des ganglions du hile du poumon, symphyse péricardique, saillie de masses caséeuses dans la cavité de l'oreillette droite. Il est probable que, dans ce cas, la granulie est secondaire à cette perforation de l'oreillette et à une dissémination consécutive des bacilles par le torrent circulatoire.

M. Letulle fait remarquer que la tuberculose du cœur se fait soit par endocardite tuberculeuse, ce qui est rare, soit par pénétration de masses tuberculeuses dans le cœur, ce qui est plus fréquent.

Traitement du diabète.

MM. P. Marie et **Le Goff** apportent 2 observations de diabétiques, traités par le bleu de méthylène et le bicarbonate.

Le premier diabétique fut très amélioré. Le second ne retira aucun bénéfice du traitement. M. P. Marie conclut que l'hypothèse qu'il avait faite, concernant l'action du bleu de méthylène sur le glycose, ne répond pas à la réalité des faits. Dans les cas observés, l'amélioration était peut-être le résultat de l'action de bicarbonate de soude, et non du bleu de méthylène.

M. Moutard-Martin présente une malade syphilitique et morphinomane atteinte de lésions pigmentaires d'un bleu tout particulier; la cause de cette lésion prête à discussion.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance de Mai 1897.

Hystérectomie abdominale.

M. Pichevin présente un fibrome utérin, enlevé par la voie abdominale. Il a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Richelot; il insiste sur la facilité et les suites de cette opération.

M. Doléris fait remarquer qu'il s'agissait là, à cause de la forme de la tumeur, d'un cas favorable. Lorsque le fibrome dédouble les ligaments larges il n'est pas toujours facile d'enlever l'utérus et les fibromes, de faire l'hystérectomie abdominale totale. Il est préférable de se contenter de l'hystérectomie intra-vaginale de Schroeder, opération qui donne de meilleurs résultats que l'abdominale totale qui a encore une mortalité assez élevée.

M. Richelot fait remarquer qu'une fois les fibromes enlevés, il n'est pas plus difficile d'enlever l'utérus que de confectionner un moignon avec le bout du col que l'on veut laisser. L'hystérectomie totale lui a donné de bons résultats. De plus, à mortalité égale, il reste des inconvénients inhérents au pédicule : suppuration, perforation de l'intestin, fistules stercorales. Dans certains cas il a dû enlever par la suite le moignon qu'il avait laissé.

Grossesse gémellaire univitelline.

M. Maygrier présente une grossesse gémellaire univitelline. Le placenta n'a pas été injecté, mais il est facile de reconnaître qu'il existe des anastomoses d'artère à artère. L'accouchement a eu lieu avant terme, les deux enfants sont morts. L'un était transfuseur de l'autre. Le fœtus transfusé était plus lourd que le fœtus transfuseur, son cœur était aussi hypertrophié. Ici le transfusé a profité des anastomoses existant entre les deux placentas.

M. Porak. — Schatz a insisté dans les grossesses univitellines sur leur caractère particulier de présenter des anastomoses vasculaires interplacentaires. M. Porak pense que la différence de poids des jumeaux vient de leur âge différent dans le cas de grossesse bivitelline, des communications vasculaires lorsque leur âge est identique. En dehors des grossesses univitellines, l'âge des jumeaux peut être le même lorsque les ovules sont issus d'un même vésicule de De Graaf, c'est-à-dire lors que la grossesse gémellaire est univésiculaire.

Les grossesses univitellines ou univésiculaires sont rares. M. Porak en a observé un cas remarquable, qui diffère de l'observation de M. Maygrier, en ce sens que le fœtus transfusé, loin de bénéficier de l'excès de sang reçu, est mort asystolique, le cœur ne pouvant suffire au surcroît de travail qui lui était imposé.

Il s'agissait d'une grossesse univitelline, parce que la cloison de séparation des œufs n'était constituée que par deux amnios. Les deux enfants sont du sexe féminin. La grossesse a été interrompue au 7e mois 1/2. Le fœtus transfuseur pèse 1 200 gr., a vécu quelques heures, son cœur 10 gr. 50, rouge, en systole, le foie 13 grammes. Le placenta est mince, petit, relativement sec. Le fœtus transfusé, mort en naissant, est en état d'asystolie, pèse 980 grammes. Hydramnios, ascite, œdème généralisé sous-

cutané, hydrothorax, hydropéricarde, œdème considérable du placenta. L'injection des vaisseaux placentaires n'a que partiellement réussi. Cœur 13 gr. 50, pâle, mou, en diastole, foie 75 grammes.

Les grossesses gémellaires à circulation dépendante sont une cause très fréquente d'accouchement prématuré et d'avortement. Lorque l'un des enfants succombe avant le 4e ou le 5e mois, il peut rester dans l'utérus et devenir fœtus papyraceus. La cause de la mort du fœtus provient certainement d'anastomoses des gros vaisseaux placentaires qui établissent la prépondérance marquée d'un fœtus sur l'autre, en particulier d'anastomoses à la fois d'artère à artère et de veine à veine. Lorsque ces anastomoses existent, le partage du placenta à peu près égal entre les deux fœtus ne semble pas possible. Suivant la part qui appartient au fœtus le plus faible, ses conditions de vitalité se trouvent compromises. Par une transition insensible, on constate tous les intermédiaires entre le fœtus papyraceus et les différentes variétés de monstruosités omphalocites.

Les fœtus pourvus de tous leurs organes, bien constitués, ne peuvent pas vivre; ils deviennent fœtus papyraceus. L'auteur en relate 3 observations, dont 2 personnelles. Il s'agissait de grossesses univitellines. Les fœtus dont le cœur n'est qu'à l'état de vestige ou n'existe pas du tout peuvent vivre à côté du fœtus bien constitué, mais à condition d'en être le parasite, c'est la monstruosité omphalocite. Aussi semble-t-il rationnel de classer les monstres omphalocites : parencéphale, encéphale, anideus, d'après la structure de leur cœur et non d'après leur apparence extérieure.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Mai 1897.

Entérite muco-membraneuse.

M. Mathieu, en revenant sur l'entérite muco-membraneuse, montre que la constipation joue un rôle capital dans cette affection et que les crises diarrhéiques qu'on observe parfois sont le fait de la stase provoquant une hypersécrétion de la muqueuse qui fournit un mucus concret.

Un symptôme fréquent et d'une valeur diagnostique considérable est la corde colique qu'on doit rechercher par le procédé de Glénard et qui est le fait d'une contracture portant surtout sur le côlon ascendant ou le côlon descendant, et qu'il est important de traiter. L'endolorissement du côlon est aussi un phénomène fréquent de l'entérite muco-membraneuse.

Quant à la néphroptose concomitante, M. Mathieu montre qu'elle est surtout fréquente chez la femme, où sa coexistence avec les mucosités dans les selles est notée 54 fois sur 95 observations, tandis qu'on ne la trouve chez l'homme que dans 12 p. 100 des cas examinés. Cette néphroptose est souvent bien tolérée.

Les phénomènes de dyspepsie gastrique qui accompagnent souvent l'entérite muco-membraneuse sont pour M. Mathieu le fait de l'hyper- ou de l'hypcohlorhydrie.

Un fait sur lequel M. Mathieu insiste d'une façon particulière c'est que le côlon représente chez nombre de porteurs d'entérite muco-membraneuse un tractus hystérogène qui est le siège de crises de coliques fort douloureuses.

M. Dalché insiste sur les rapports de l'entérite muco-membraneuse et des maladies de l'utérus et des annexes. Pour expliquer ces rapports, on a invoqué tantôt des causes mécaniques d'origine intestinale comprimant l'utérus, tantôt la propagation d'une infection génitale au rectum, et récemment on a noté que lésion utérine et entérite étaient l'expression commune d'une ptose viscérale et de relâchement de la paroi abdominale. On sait aujourd'hui que la période menstruelle provoque une exacerbation douloureuse des phénomènes intestinaux et qu'en revanche les phénomènes intestinaux excercent leur influence sur les voies génitales (leucorrhée).

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 5 Avril 1897.

Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne.

M. Bousquet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie le cerveau d'une femme morte d'un abcès du lobe sphénoïdal droit, consécutif à une otite moyenne.

Cette femme, entrée à l'hôpital le 10 mars, était plongée dans un état semi-comateux et enceinte de 9 mois.

Le 13 mars le travail se déclare. L'accouchement est rapidement terminé. L'enfant est bien constitué. Le 16 mars la fièvre chez l'accouchée monte à 39°6; pas de vomissements.

Le diagnostic était hésitant, quand, le 18, on aperçoit sur l'oreiller de la malade des taches de pus provenant de l'oreille droite. On apprend des parents qu'à 10 ans elle avait eu une otite suppurée qui avait entraîné la perte complète de l'ouïe droite, qu'à plusieurs reprises elle a eu des poussées aiguës avec violentes douleurs et que c'est même une de ces poussées qui a abouti à l'état actuel.

M. Moure appelé constate dans l'oreille du pus, un séquestre et de la douleur.

Le 20 mars, il pratique l'évidement pétro-mastoïdien. Un trajet purulent prend son origine au niveau de la voûte de la caisse du tympan; il amène, au niveau de la face cérébrale moyenne, sur un abcès extra-dural.

En ce point, la dure-mère, rougeâtre, fongueuse, est curetée puis ponctionnée sans résultat.

Le délire, la fièvre persistent et la malade meurt 30 heures après l'opération.

A l'autopsie on trouva un abcès du cerveau en continuité avec la lésion auriculaire. Si la ponction n'a pas donné issue au pus, c'est parce qu'elle n'a pas été assez profonde. Cet abcès se continue intérieurement, à plein canal, avec le ventricule latéral. Sur les coupes transversales du cerveau on voit que l'abcès a une longueur de 5 centimètres, une hauteur de 3 et une épaisseur allant de la couche corticale au ventricule latéral. Le pus est abondant. Il existe également de la thrombose du sinus latéral droit.

Un cas de fibro-chondrome branchial.

MM. Andérodias et **Hugon**. — Nous avons l'honneur de vous présenter des coupes d'une tumeur branchiale provenant d'un enfant de 5 mois.

Cet enfant portait au niveau de l'os hyoïde, à peu près sur le prolongement de la grande corne gauche, une production appendiculaire ressemblant à un mamelon.

On se décida à l'enlever parce qu'elle augmentait de volume.

A l'examen macroscopique, la tumeur se composait d'un fibro-chondrome associé à un tissu lipomateux et ce genre de fibrome a été décrit par MM. Lannelongue et Achard sous le nom de fibro-chondromes branchiaux.

Ils doivent être enlevés de bonne heure, car on a signalé leur transformation néoplasique possible.

Kyste du col utérin.

M. Fieux présente des coupes d'un kyste du col provenant d'une femme délivrée à la clinique d'accouchement et qu'on peut comparer à un œuf de poule.

L'accouchement se fit sans aucune difficulté et le doigt put alors s'assurer que le kyste s'insérait sur une large surface de la lèvre postérieure du col.

L'examen macroscopique montre la nature glandulaire de ce kyste dont le volume est vraiment exceptionnel. Le liquide était séreux.

M. Binaud. — C'est aussi l'aspect des kystes du vagin.

M. Fieux. — Il est évident que le kyste en question en avait l'apparence, mais ce qui m'a frappé, c'est sa large implantation sur le col.

M. Chavannaz. — Il est difficile de les différencier, la femme qui le portait étant enceinte.

M. Binaud. — Ce serait un kyste du col exceptionnel. Je préfère croire à un kyste du vagin adhérent au col de l'utérus.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 17 Mai 1897.

Hérédo-ataxie cérébelleuse.

M. Pauly présente un jeune homme de 17 ans, atteint d'hérédo-ataxie cérébelleuse, entré, il y a quelques jours dans le service de M. Lépine.

Une tante du malade a présenté vers 35 ans de la titubation et de l'embarras de la parole; une autre a eu également de l'incertitude de la marche avec titubation ébrieuse.

Le malade lui-même a commencé à tituber à 15 ans 1/2. Actuellement il a un faciès immobile, comme étonné; il a eu du ptosis statique. La titubation est très nette lorsqu'on le fait tenir debout les yeux fermés et les pieds rapprochés; il ne peut se tenir sur une seule jambe. Il y a un peu de lenteur dans les mouvements des membres supérieurs.

Pas de troubles de la sensibilité autres que des sensations subjectives de piqûres au niveau des jambes. Les réflexes rotuliens sont exagérés, les réflexes cutanés diminués. L'acuité visuelle a diminué. Pas d'atrophie des papilles. Le réflexe à la lumière est lent, le réflexe à l'accommodation se fait bien.

Enfin, on note une diminution de la mémoire. Il y a, comme signes physiques de dégénérescence : des dents d'Hutchinson, un tronc relativement trop long, et, du côté du crâne, de l'aplatissement de l'occipital.

En somme, on voit qu'il s'agit d'une maladie familiale, caractérisée surtout par de la titubation avec exagération des réflexes : c'est donc un cas classique d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Abcès du foie ouvert dans la plèvre.

M. Lyonnet présente une malade entrée dans son service pour des douleurs dans la région hépatique, accompagnées de fièvre et d'un mauvais état général. Elle présenta quelques jours après un épanchement dans la plèvre droite qui fut ponctionnée le 23 février. On retira un liquide purulent sans caractère spécial. Le 27, on pratiqua la pleurotomie qui laissa écouler de la plèvre un liquide purulent jaune rougeâtre renfermant de la bile. Pendant deux mois, il sortit par la fistule un liquide bilieux, puis, petit à petit la plaie se referma et actuellement la malade va très bien. Il s'est agi dans ce cas d'une infection biliaire avec abcès de la face convexe du foie. Il s'est fait d'abord une pleurésie purulente par contiguïté, puis le diaphragme a été perforé et la communication s'est établie entre l'abcès du foie et la plèvre.

Anémie grave avec splénomégalie.

M. Dreyfus présente les pièces provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Lépine. Il s'agit d'un homme de 64 ans, qui depuis 3 ans, avait progressivement perdu ses forces, et avait fini par succomber dans une cachexie extrême. L'examen des organes ne révélait à peu près rien d'anormal pendant la vie, à part un peu d'albuminurie, mais l'examen du sang donnait les résultats suivants : numération = 1 550 000; — richesse globulaire = 354640; — valeur globulaire = 0,23. Il n'y avait pas de leucocytose.

L'autopsie montra l'absence complète de néoplasme. Le foie était volumineux et gras, la rate énorme et molle.

Dans l'anémie pernicieuse ordinaire, quand la rate est hypertrophiée, elle l'est beaucoup moins que dans le cas actuel. Dans l'anémie splénique, la rate est dure. Cette observation ne répond donc pas aux formes d'anémies classées jusqu'à ce jour.

M. Lépine. — Ce cas est d'une interprétation très difficile. J'ai indiqué autrefois que dans l'anémie dite pernicieuse la valeur globulaire est normale, tandis qu'elle est très diminuée dans l'anémie grave symptomatique d'un cancer.

Cette notion est fort importante, d'une manière générale, pour le diagnostic différentiel de l'anémie pernicieuse et des cancers latents, et elle m'a souvent rendu service, mais il faut bien savoir que des exceptions sont possibles. Ainsi j'ai vu — *fort rarement* à la vérité — la valeur globulaire conservée dans certains cancers. Dans ces cas il est probable que la rénovation globulaire est très ralentie, et qu'un vice profond de l'hématopoïèse vient se joindre à l'anémie qui est le résultat nécessaire de la déglobulisation cancéreuse. Quoi qu'il en soit de cette explication, il faut connaître la possibilité du fait. D'autre part, il est à la rigueur possible qu'une anémie pernicieuse s'accompagne d'une diminution de la valeur globulaire. Ce cas actuel pourrait être considéré comme un cas de ce genre, si la rate n'était pas exceptionnellement grosse. Mais la splénomégalie est insolite dans l'anémie pernicieuse, et on doit se demander si mon malade n'était pas plutôt atteint d'anémie splénique, ou splénomégalie avec anémie, affection décrite par Strümpell, Bauti, Debore et Bruhl, dont il existe au moins une douzaine d'observations *chez l'adulte* (on sait qu'elle est plus commune chez l'enfant). Dans cette espèce d'anémie, la valeur globulaire est *diminuée.* Malheureusement pour cette interprétation la rate dans l'anémie splénique est dure, tandis qu'elle était molle chez mon malade. On voit qu'il y a une grande difficulté à vouloir préciser le diagnostic nosologique dans ce cas.

Pustule maligne.

M. X. Delore présente un jeune homme du service de M. Poncet, atteint de pustule maligne de la région sus-hyoïdienne latérale. Il s'agit probablement d'une infection professionnelle, le malade travaillant dans une fabrique de colle où il maniait constamment des peaux. A son entrée, il était porteur d'une pustule maligne caractéristique, entourée d'une couronne de vésicules et d'une zone d'œdème d'ailleurs peu étendue. Le sang, examiné au point de vue bactériologique, ne contenait pas de bactéridies. Il y avait une masse ganglionnaire engorgée dans la région parotidienne et deux ou trois ganglions dans le triangle sus-claviculaire. L'état général était bon. On s'est abstenu de tout traitement; il n'y a pas eu d'aggravation de l'état général et l'évolution de l'affection locale est presque terminée.

Une semblable terminaison de pustule maligne, signalée déjà depuis fort longtemps, est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit communément. Trélat insistait en 1881, à la Société de chirurgie, sur l'évolution bénigne d'un grand nombre de pustules charbonneuses. De toutes les caractères que l'on a donnés comme permettant d'affirmer ce pronostic, le meilleur peut-être est l'absence de bactéridies dans le sang, mais ce signe même n'a qu'une valeur relative.

M. Poncet insiste sur le fait que dans certains cas de pustule maligne, il vaut mieux savoir s'abstenir, l'évolution naturelle étant souvent préférable à un traitement inopportun. Il en est pour le charbon comme pour les furoncles et anthrax de la face; c'est ainsi que Gosselin, sur 14 cas d'anthrax des lèvres qu'il n'avait pas touchés, a eu 10 guérisons.

Ce qui domine le pronostic, c'est la question du terrain.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 17 Mai 1897.

Endocardite d'origine traumatique.

M. Leyden a rapporté une observation d'endocardite dont l'origine traumatique lui paraît certaine. Il s'agit d'un homme qui entre à l'armée et qui à ce moment ne présente aucune lésion cardiaque. Il se porte bien jusqu'au jour où il reçoit dans la poitrine un coup de pied de cheval. Transporté à l'hôpital,

on constate chez le blessé tous les signes d'une endocardite aiguë, pour laquelle il est réformé au bout d'un certain temps. Plusieurs mois après M. Leyden voit le malade et relève chez lui tous les signes d'une insuffisance de la valvule mitrale et d'un rétrécissement commençant de l'orifice aortique.

Il semble à M. Leyden impossible de ne pas admettre que chez ce sujet l'endocardite a eu une origine traumatique, puisqu'elle s'est manifestée après le coup de pied qu'il avait reçu. Il est à remarquer que l'insuffisance mitrale n'est apparue que plusieurs mois après la sortie du malade de l'hôpital.

M. Leyden pense que par le fait du traumatisme, il y a eu décollement circonscrit de l'endocarde et qu'à ce niveau des granulations se sont formées qui, au lieu d'être résorbées, ont donné lieu à une lésion définitive. Il n'est pas possible d'admettre que l'insuffisance mitrale soit le fait d'une déchirure des muscles papillaires, car la lésion n'existait pas immédiatement après le traumatisme et ne s'est développée qu'ultérieurement.

Ascite et tuberculose des ganglions mésentériques.

M. Brasch communique l'observation d'un enfant de 13 ans, qui entra à l'hôpital pour une ascite prononcée avec œdème des extrémités inférienres et des organes génitaux. La ponction de l'abdomen donna issue à un litre de liquide d'aspect chyleux, mais ne contenant pas de graisse. Malgré cette évacuation, les accidents allèrent en augmentant et l'enfant succomba.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tuberculose de tous les ganglions mésentériques; l'intestin était le siège d'ulcérations tuberculeuses. Le péritoine était relativement peu intéressé. Les ganglions bronchiques et cervicaux étaient sains.

Hémiparaplégie de Brown-Séquard.

M. Ruhemann communique un fait relatif à un employé des postes qui s'aperçut un jour à son réveil que sa jambe gauche était paralysée; en même temps on constata l'existence d'une anesthésie de la jambe droite et de la moitié droite du pénis et du scrotum. La paralysie motrice s'améliora au bout de deux mois, sans disparaître complètement. Aucun traumatisme ne pouvant être invoqué pour expliquer cette paralysie, on est amené à supposer qu'il s'agit probablement dans ce cas d'une hémorrhagie médullaire. Néanmoins le malade étant un ancien syphilitique, il est difficile de se prononcer à cet égard d'une manière absolue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 Mai 1897.

Alimentation des nourrissons.

M. Heubner a commencé par constater que la méthode de Soxhlet a fait faire un pas décisif à l'alimentation artificielle des nourrissons en montrant que le lait peut être souillé lors de la traite et en réformant le mode de préparation du lait destiné à la consommation. Toutefois, comme les dames riches seules ont profité de cette méthode, la mortalité infantile à Berlin n'en a pas été très modifiée, bien qu'on ne puisse nier une certaine amélioration de la situation, par suite d'une meilleure hygiène.

Si la préparation des aliments est rationnelle et conforme à l'hygiène, les enfants supportent également bien les modes les plus variés d'alimentation et présentent une croissance également bonne. On peut conclure de là, que l'intestin du nouveau-né est disposé pour les alimentations les plus variées, tout comme celui de l'adulte. Néanmoins la nourriture naturelle reste encore la meilleure et l'on n'a pas encore trouvé un aliment pouvant la remplacer parfaitement.

Comme exemple, M. Heubner cite 3 enfants, dont l'un prenait le sein, le deuxième, du lait légèrement coupé au tiers, le troisième, du lait de Biedert très étendu.

Le 1er recevait par jour 660 gr. avec 409 calories, le 2e 750 gr. avec 450 calories.

Le troisième enfant a bien prospéré malgré le faible chiffre de calories.

Un second fait sur lequel M. Heubner insiste c'est que malgré la propreté, la mortalité infantile dans les asiles est encore effrayante. Il en voit la raison dans la mauvaise alimentation employée dans ces asiles et dans la transmission de certaines maladies infantiles, surtout de l'entérite folliculaire. Mais la principale condition fâcheuse réside dans une foule de petits détails malsains, qu'il est difficile d'évite au au milieu d'une agglomération de nourrissons.

C'est ainsi que M. Heubner a trouvé sur les mains, surtout sous les ongles des infirmières, une grande quantité de coli-bacilles. Les bouteilles, les embouts en caoutchouc en étaient infectés. M. Heubner a divisé alors les infirmières en deux groupes : les unes employées au service de l'alimentation, les autres aux soins corporels. La mortalité s'est un peu améliorée apres cette réforme.

Au point de vue de l'hygiène des asiles d'enfants, M. Heubner formule les propositions suivantes : 1° l'asile ne doit pas avoir de grandes salles, mais seulement de petites chambres contenant au plus 4 enfants; 2° pour 2 de ces chambres, il faut 2 gardes de nuit et 3 gardes de jour, soit 5 gardes pour 8 enfants; 3° il faut faire en sorte que les mères puissent habiter dans ces asiles afin de nourrir les enfants au sein.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PHYSIQUE DE HEIDELBERG

Séance du 4 Mai 1897.

Tuberculose des vaisseaux lymphatiques.

M. Jordan a observé dans le courant de ces dernières années 4 cas de tuberculose de vaisseaux lymphatiques des membres. La tuberculose occupait 3 fois le membre supérieur, 1 fois le membre inférieur. Dans 2 cas il s'agissait d'individus présentant des ulcérations lupiques des mains et chez lesquels il y a eu le long des vaisseaux lymphatiques formation de nodules et d'abcès dont la nature tuberculeuse a été constatée par l'examen microscopique et bactériologique.

Chez un autre malade à côté de la lymphagite nodulaire il y a eu développement des efflorescences lupiques au niveau de l'avant-bras, lesquelles efflorescences se sont développées aux dépens des vaisseaux lymphatiques.

Enfin le quatrième malade a présenté, à la suite d'un lupus du dos du pied, une combinaison d'abcès sous-cutanés, de nodules de lymphangite et d'ulcérations lupiques échelonnées sur le trajet de la saphène. Dans ce cas aussi la nature tuberculeuse des lésions a été confirmée par l'examen microscopique.

Glande thyroïde et glycosurie.

M. Bettmann a constaté que sur 20 individus soumis pendant 8 jours au traitement thyroïdien à doses progressivement croissantes, 11, soit 55 p. 100, ont présenté après la cessation du traitement une glycosurie alimentaire qui a duré 8 jours. Ces faits semblent donc montrer que les préparations thyroïdiennes affaiblissent le pouvoir d'assimilation pour les hydrocarbures comme M. von Noorden l'a montré le premier.

Les recherches de M. Bettmann ont été faites sur des jeunes individus présentant une affection de la peau ou des organes génitaux et chez lesquels il n'existait aucune cause prédisposant à la glycosurie. Dans tous ces cas la glycosurie n'était pas accompagnée de phénomènes accentués de thyroïodisme : il existait seulement une fréquence plus grande du pouls, une légère augmentation de la diurèse et, chez quelques uns, une légère diminution du poids du corps.

Les recherches faites avec des préparations pituitaires administrées pendant 10 à 14 jours ont également montré dans plusieurs cas la présence d'une glycosurie accompagnée de fréquence du pouls et d'augmentation de la diurèse. Ces faits semblent donc montrer l'existence de relations fonctionnelles entre la glande thyroïde et la glande pituitaire.

Les recherches faites avec des préparations ovariques ont donné des résultats négatifs au point de vue de l'apparition consécutive de la glycosurie.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 25 Mai 1897.

Ligature de la carotide pour hémorrhagie d'un abcès du pharynx.

M. H. Clutton rapporte l'observation d'un homme de 28 ans qui, le lendemain du jour où il est entré à l'hôpital pour un abcès du pharynx située au voisinage de l'amygdale droite, fut pris d'une hémorrhagie buccale assez abondante. L'hémorrhagie continuant et ne cédant pas, on sectionna au bout de 48 heures, le voile du palais dans le but de voir exactement ce qui se passait dans l'abcès. Cet examen montra l'existence, entre la paroi du pharynx et les tissus de la nuque, d'une cavité qui fut élargie et tamponnée avec de la gaze antiseptique, les caractères de l'hémorrhagie ayant fait penser à sa nature veineuse. L'intervention n'ayant eu aucun succès on fit le lendemain la ligature de la carotide primitive et de ses deux branches, puis après la suture de la plaie on pratiqua une injection sous-cutanée de deux pintes de sérum artificiel. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus. La cavité de l'abcès se cicatrisa et le malade quitta au bout de quelque temps l'hôpital.

D'après M. Clutton, il faut dans les cas de ce genre faire à la fois la ligature de la carotide primitive et de ses deux branches, d'autant qu'on ne sait pas exactement la source de l'hémorrhagie et que les ligatures de ces trois vaisseaux peuvent être faites à travers la même incision.

M. B. Pitter a observé un cas analogue chez un homme entré à l'hôpital pour une tonsillite suppurée qui donna ensuite lieu à une hémorrhagie abondante. On fit la ligature de la carotide primitive dont la recherche présenta de grandes difficultés. Le lendemain l'hémorrhagie se reproduisit et emporta le malade. A l'autopsie on trouva que la carotide interne était perforée par l'abcès. La ligature de la carotide primitive seule n'avait donc pas suffi.

A cette occasion M. Pitter a fait une série d'expériences sur le cadavre en faisant passer de l'eau dans des tubes fixés dans la carotide primitive et sur ses deux branches. Il a trouvé que par le fait des anastomoses qui existent entre les carotides externes des deux côtés, la ligature de la carotide primitive ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie.

M. Harrison Cripps, qui a fait des expérience analogues, a trouvé que les anastomoses existent non pas entre les deux carotides externes mais entre les carotides internes. Mais les hémorrhagies par la carotide interne sont extrêmement rares et ne figurent que 1 fois sur 68 cas réunies par M. Cripps. Aussi est-il d'avis, en cas d'hémorrhagie consécutive à un processus morbide de la bouche et de la gorge, de commencer par la ligature de la carotide externe, d'autant que la ligature de la carotide primitive donne une mortalité élevée soit par accidents cérébraux, soit par retour de l'hémorrhagie. Du reste, en cas d'échec de la ligature de la carotide externe, on pourra faire celle de la carotide primitive.

Anévrysme de la sous-clavière.

M. H. Clutton a rapporté l'observation d'un homme de 54 ans, qui présentait un petit anévrysme sacciforme au niveau du tiers externe de la sous-clavière droite. L'anévrysme s'étendait depuis le bord externe du scalène antérieur jusqu'à la clavicule. Une ligature au catgut fut d'abord appliquée à la limite des tiers interne et moyen de l'artère, que l'on serra suffisamment pour arrêter la circulation dans le vaisseau, mais sans provoquer la rupture de ses parois. L'artère intercostale supérieure fut liée en même temps et de la même façon. Malgré cette intervention, les pulsations se rétablirent au bout de 6 semaines dans la tumeur anévrysmatique ainsi que dans l'artère radiale correspondante.

Trois mois après, M. Clutton pratiqua une seconde opération qui consista à découvrir le tiers interne de la sous-clavière et à appliquer une ligature à proximité du point où elle avait été liée antérieurement. On lia aussi la mammaire interne et l'artère thyroïdienne du même côté. Cette fois les ligatures furent faites à la soie, et l'on prit encore soin, en les serrant, d'éviter la rupture des parois vasculaires.

Malgré tout, une semaine plus tard les battements apparurent de nouveau dans l'anévrysme. M. Clutton lia alors au fil de soie l'artère axillaire assez haut pour supprimer la circulation collatérale entre ce vaisseau et les artères intercostales. A la suite de cette dernière intervention, les pulsations anévrysmales cessèrent définitivement et la tumeur s'affaissa peu à peu pour disparaître bientôt tout à fait.

M. B. Pitter a observé un cas analogue chez un cardiaque qui présentait un anévrysme occupant les 2e et 3e portions de la sous-clavière. Comme le malade souffrait beaucoup, on fit une double ligature de la première portion des vaisseaux en faisant attention de ne pas rompre la tunique interne. La plaie guérit par première intention et alla bien pendant 15 jours. Au bout de ce temps, les douleurs revinrent en même temps que les pulsations reparurent dans la tumeur affaissée. Comme il était impossible de reprendre la première partie de la sous-clavière, masquée par un anévrysme concomitant de l'aorte, on fit la ligature de l'axillaire. Le malade ayant succombé au bout de quelque temps, on trouva que la première ligature avait rompu la tunique interne et qu'un nouvel anévrysme s'était développé à ce niveau et n'était séparé de l'ancien que par quelques millimètres de séreuse.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Lésions du myocarde dans l'intoxication aiguë par la toxine diphthérique, par J. Mollard et Cl. Regaud (*Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1897). — En étudiant expérimentalement les lésions du myocarde produites par la toxine diphthérique, les auteurs concluent que la fibre musculaire est atteinte toujours primitivement, et parfois exclusivement. Les lésions débutent par la substance contractile (trouble de la striation), puis atteignent le noyau et le cytoplasme (vacuolisation, exsudation sarcodique), enfin aboutissent à la destruction complète de la substance musculaire. Il est fréquent d'observer des lésions des vaisseaux du myocarde, surtout de la tunique musculeuse des artérioles. Il n'y a pas, dans les cas d'intoxication aiguë ou subaiguë, d'hyperplasie des éléments conjonctifs; on trouve seulement de la leucocytose diffuse et de la leucocytose nodulaire due à des foyers de phagocytes au niveau des points qui sont le siège de désintégration musculaire.

La digitale dans la pneumonie et la grippe, par Gingeot et Deguy (*Rev. de médecine*, mars 1897, p. 161). — Les auteurs préconisent la digitale dans le traitement de la pneumonie et de la grippe. Ils ont employé la solution de digitaline cristallisée au millième de Mialhe et Petit, à la dose initiale de 20 à 50 gouttes, sans dépasser 60 gouttes en sept jours. Avant l'administration de la digitale, ils évacuaient le tube digestif et instituaient le régime lacté absolu.

Dans la pneumonie, ils ont vu ce traitement produire un soulagement très marqué dès le lendemain, avec cessation de délire, diminution de l'albuminurie et abaissement de la température.

Dans la grippe à forme broncho-pulmonaire, ils ont observé les mêmes bons effets, et ils pensent que ce traitement convient aussi aux autres formes. Ils estiment même qu'il constitue une véritable pierre de touche pour le diagnostic de la grippe, car il n'aurait pas la même action bienfaisante dans les autres affections fébriles comme la fièvre typhoïde, la tuberculose aiguë.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Hémihypertrophie partielle (p. 529).

CLINIQUE MÉDICALE. — Le prurigo dans la maladie d'Addison (p. 532).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Lyon* : Du sarcome actinomycosique (actinomycose néoplasique) forme cervico-faciale. — De l'actinomycose des centres nerveux. — Les pseudo-actinomycoses; nouvelle mycose à grains jaunes (p. 534). — De l'actinomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise. — Essai sur l'actinomycose. appendiculo-cæcale; appendicite et typhlite actinomycosiques. — De l'actinomycose pulmonaire (p. 535). — Sur une dermite perlée non décrite, à allure clinique d'actinomycose — De l'actinomycose de la langue (p. 537).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de la broncho-pneumonie infantile par les bains chauds (p. 538).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Les diplômes et les examens en France et à l'étranger. Diplômes sanitaires (p. 539).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — Clinique de M. le Professeur Duplay.

Hémihypertrophie partielle.

Vous avez en ce moment l'occasion d'étudier dans mon service un exemple d'une affection assez rare et, en tout cas, extrêmement intéressante, surtout au point de vue de sa pathogénie, qui n'est pas encore suffisamment élucidée.

Le malade auquel je fais allusion est un homme de 40 ans, charretier, qui, entré à l'Hôtel-Dieu le 30 octobre dernier, se trouve actuellement couché au n° 47 de la salle Saint-Landry.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires; son père et sa mère sont morts à un âge avancé, après avoir joui d'une bonne santé.

En ce qui concerne les collatéraux, nous notons que, sur cinq frères et sœurs, un seul frère est vivant; il est actuellement âgé de 58 ans et se porte d'ailleurs très bien, en dehors de quelques atteintes de rhumatisme articulaire dont il aurait souffert dans ces derniers temps. Des quatre autres frères et sœurs, trois sont morts de convulsions en bas âge, et le quatrième a succombé à la tuberculose pulmonaire à l'âge de 19 ans. Chez eux, d'ailleurs, de même que chez les ascendants, il ne semble pas y avoir eu la moindre apparence de lésions se rapprochant de celles que présente notre malade.

Celui-ci aurait eu des convulsions dans son bas âge. Il a été atteint de la variole à 12 ans et de la fièvre typhoïde à 19 ans. A 36 ans, il s'est fracturé le péroné gauche. Enfin, il y a 3 ans, à la suite d'une écorchure, siégeant sur la partie inféro-externe de la jambe gauche, il a vu apparaître à ce niveau une ulcération assez étendue, qui mit deux mois à se cicatriser et laissa à sa suite une affection chronique de la peau, une sorte d'eczéma, dont la guérison fut obtenue après un traitement assez long et grâce à la compression.

Il y trois mois, une nouvelle ulcération s'est développée dans la même région, et comme cette ulcération, loin de montrer la moindre tendance à la guérison spontanée, continuait à s'accroître de plus en plus, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

En procédant à son examen vous avez pu constater tout d'abord l'existence de cette ulcération qui siège au tiers inférieur de la face antéro-externe de la jambe gauche. Sa formée est allongée, mesurant 10 à 12 centimètres dans son plus grand diamètre vertical, et 4 à 5 centimètres dans sa plus grande largeur. Ses bords sont légèrement surélevés, un peu indurés, et semblent taillés à l'emporte-pièce. Le fond, de couleur grisâtre, se montre peu bourgeonnant, et ne donne qu'un suintement séro-purulent peu abondant. Nous retrouvons là, en résumé, comme vous le voyez, les caractères d'un ulcère variqueux ordinaire, de cette variété qu'on désigne sous le nom d'*ulcère calleux*.

Disons de suite que cet ulcère s'est rapidement modifié par le repos et les pansements propres et qu'il tend à guérir par bourgeonnement. D'ailleurs, l'existence de cet ulcère n'a en réalité qu'une importance secondaire et notre attention doit surtout se fixer sur diverses autres lésions que présente notre malade et qui offrent un intérêt beaucoup plus grand.

Ces lésions comprennent . 1° une augmentation notable du volume et de la longueur du membre inférieur gauche; 2° des taches vasculaires, des *nævi* très étendus, occupant la presque totalité du même membre et s'étendant jusque sur les organes génitaux externes; 3° enfin différentes altérations de la peau et des organes qui en dépendent (poils, ongles, etc.), altérations qui sont manifestement de nature trophique, et au nombre desquelles on doit ranger l'ulcère déjà décrit.

Examinons successivement ces trois ordres de lésions.

1° En ce qui concerne l'hypertrophie du membre inférieur gauche, le malade nous dit qu'on l'a remarquée dès sa plus tendre enfance, et lui-même a toujours constaté qu'il avait la jambe gauche plus grosse et plus longue que la jambe droite. Il n'en a d'ailleurs jamais été sérieusement incommodé; dans son enfance, il jouait et courait comme les autres enfants, cependant il boitait légèrement et éprouvait un peu de gêne dans les mouvements de la jambe gauche, qui lui semblait plus lourde; aussi il lui arrivait souvent de buter ou même de faire des chutes.

Pendant toute la durée de la croissance, les deux membres inférieurs ont subi un développement parallèle, et, par conséquent, celui du côté gauche est constamment, resté dans les mêmes proportions, plus long et plus gros que celui du côté droit. Lorsque, entre 20 et 25 ans, la croissance s'est définitivement arrêtée, la jambe gauche a cessé de s'accroître et la disproportion qui existait entre les deux membres inférieurs s'est trouvée définitivement acquise.

J'ajouterai qu'il a été réformé au conseil de revision, comme étant atteint d'une *coxalgie* qui n'a d'ailleurs jamais existé, mais dont le diagnostic avait sans doute été admis en raison de la différence de longueur des membres inférieurs et de la claudication qui en résultait.

Lorsque vous examinez cet homme, debout ou couché, l'augmentation de volume et de longueur du membre inférieur gauche saute absolument aux yeux. Malgré cela nous avons cherché par des mensurations comparatives à évaluer les différences entre les deux côtés et nous avons obtenu les résultats suivants :

Du grand trochanter à la pointe de la malléole externe : 0,84 à droite, 0,93 à gauche.

Du grand trochanter au talon : 0,90 à droite, 0,99 à gauche.

Du grand trochanter à la tête du péroné : 0,47 à droite, 0,525 à gauche.

De la tête du péroné à la pointe de la malléole externe : 0,37 à droite, 0,405 à gauche.

De la malléole externe à la face inférieure du talon : 0,06 à droite, 0,07 à gauche.

Du talon à la pointe du gros orteil : 0,27 à droite, 0,29 à gauche.

Il résulte de ces mensurations que, dans sa longueur, le membre inférieur gauche présente, par comparaison avec le membre inférieur droit, un excès de longueur d'environ 10 centimètres, se décomposant ainsi :

Cuisse	5 centimètres 1/2.
Jambe	3 centimètres 1/2.
Pied.	1 centimètre.

Considéré isolément, le pied gauche, dans sa longueur, présente un excès de 2 centimètres par rapport au pied droit.

Relativement à la *grosseur* comparative des différentes parties des membres inférieurs, les mensurations ont fourni les résultats suivants :

Tour de cuisse, à 20 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure : 0,50 à droite, 0,55 à gauche.

Tour de jambe, à 13 centimètres de la pointe de la rotule : 0,34 à droite, 0,41 à gauche.

Tour de pied au niveau de l'extrémité antérieure du 1er métatarsien : 0,22 à droite, 0,24 à gauche.

Par conséquent il existe du côté gauche une augmentation circonférentielle de 5 centimètres pour la cuisse, de 7 centimètres pour la jambe et de 2 centimètres pour le pied.

Il est facile de se rendre compte que cette augmentation de volume porte sur le squelette aussi bien que sur les masses musculaires. Le fémur, le tibia et le péroné sont certainement plus volumineux que ceux du côté droit ; pour le tibia notamment une mensuration approximative, sans l'emploi du compas d'épaisseur, nous donne environ 3 centimètres de différence en faveur du côté gauche.

Du côté du pied, on note très manifestement une augmentation de volume du calcanéum.

Il en est de même pour les masses musculaires : il est facile de constater qu'il existe une différence très appréciable entre le côté droit et le côté gauche, surtout pour les muscles du mollet.

2° Si nous passons maintenant à l'étude des taches érectiles, nous apprenons d'abord que leur présence a été remarquée en même temps que l'hypertrophie du membre, c'est-à-dire dès le plus jeune âge. Le malade ne peut nous dire si elles se sont notablement modifiées.

Ces taches vasculaires, qui couvrent la plus grande partie du membre inférieur, surtout en arrière et en dehors, offrent une coloration qui varie de la teinte lie de vin jusqu'au rose tendre, avec toutes les nuances intermédiaires ; en outre la distribution de ces taches est loin d'être uniforme, et il existe de larges espaces de peau normale, séparant les taches les unes des autres. Au milieu des plaques érectiles les plus larges, on trouve des îlots de peau saine, ou offrant une coloration moins accentuée, dont les dimensions varient entre celles de la paume de la main et celles d'une pièce de cinquante centimes. En certains points on observe une sorte de piqueté blanc qui tranche nettement sur le fond du nævus.

Les bords de ces taches érectiles, assez irréguliers dans leur contour, arrondis ou festonnés, sont généralement très nets et se détachent brusquement sur la peau environnante. Cependant, en quelques endroits, les taches présentent sur leurs bords une teinte décroissante, qui vient peu à peu se confondre avec la coloration normale de la peau.

Au pied, il existe des taches plus ou moins étendues sur la face dorsale des 5e, 4e et 3e orteils, plus développées à la face plantaire des mêmes orteils. Le 1er et le 2e orteils sont indemnes, sauf quelques petites taches à la face plantaire du 2e orteil.

Sur la face dorsale du pied, on observe une tache allongée, suivant le bord externe du pied, dans une région correspondant aux 3 derniers orteils. De même la face plantaire présente une plaque allongée qui correspond à la partie externe de la plante et qui est limitée en dedans par une ligne oblique partant du bord interne du 3e orteil pour aller rejoindre la malléole interne.

A la jambe, on trouve une vaste plaque uniforme qui recouvre toute sa face antéro-externe et s'étend sur la moitié externe de sa face postérieure. Cette plaque, après avoir couvert la face externe du genou, se continue plus haut en contournant la face externe de la cuisse pour gagner sa face postérieure, qui est presque entièrement recouverte, excepté en dehors, où il existe une bande de peau saine.

Cette tache de la région postéro-interne de la cuisse arrive jusque sur la fesse, s'arrête en dedans très nettement au pli interfessier, sans dépasser la ligne médiane, et est limitée en haut par une ligne transversale allant de la partie supérieure du sillon interfessier au grand trochanter ; en dehors elle n'atteint pas tout à fait la la région inguinale.

Signalons enfin une tache sur le scrotum, limitée au côté gauche, et s'arrêtant très nettement sur la ligne médiane, sans la dépasser. Le fourreau de la verge présente seulement une tache vasculaire, mais celle-ci siège à la fois sur le côté gauche et sur le côté droit.

J'ajoute qu'il n'existe en aucun autre point du corps la moindre trace de *nævi*.

En dernier lieu, nous devons mentionner quelques varicosités qui se montrent sur la face antéro-externe de la cuisse et quelques veines dilatées sur la face antérieure de la jambe, méritant à peine le nom de varices.

3° Il nous reste encore à étudier les altérations de nature trophique, dont je vous ai signalé la présence sur le membre inférieur gauche.

La peau de la jambe et du pied, sur leurs faces antéro-externe et postérieure, est, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, épaissie, indurée, comme éléphantiasique, C'est ainsi, que, au niveau du tendon d'Achille, en particulier, la peau présente de gros plis transversaux qui lui donnent tout à fait l'aspect de la peau d'éléphant.

Notons également l'hyperproduction épidermique, se traduisant par l'accumulation de squames épaisses dans les régions où la peau présente les altérations que nous venons de décrire.

Du côté du système pileux, nous constatons qu'il est manifestement plus développé dans les intervalles de peau saine ; au niveau des taches vasculaires les poils sont, en effet, beaucoup moins nombreux que dans les parties avoisinantes et ils sont beaucoup plus grêles.

Les ongles des orteils du pied gauche sont plus épais que ceux du pied droit ; ils sont recourbés, fendillés, de couleur jaunâtre, et l'on note en même temps des épaississements épidermiques au niveau de leur matrice.

On comprend que nous avons dû nous préoccuper, en présence de ces lésions, de rechercher s'il n'existait pas quelques troubles du côté du système nerveux. Nous

avons donc exploré avec le plus grand soin les différents modes de la sensibilité, sur le membre inférieur gauche, par comparaison avec le côté opposé. Or, nos recherches ne nous ont fourni que des résultats presque négatifs. Il nous a semblé qu'il existait peut-être une légère analgésie et un peu de diminution de la sensibilité tactile et thermique au niveau des taches vasculaires; mais cette altération de la sensibilité est, il est vrai, bien peu accusée.

Le malade, d'autre part, prétend que son membre inférieur gauche perçoit moins la sensation du froid que celui du côté droit, et il a cru remarquer aussi que la production de la sueur était plus facile et plus abondante du côté gauche, sans que nous ayons pu vérifier cette assertion.

Au point de vue des troubles fonctionnels, notre homme se sent plus fort du membre gauche et se fatigue moins vite de ce côté que du côté droit. En raison de la différence de longueur, il est atteint d'une boiterie assez accentuée, et, comme cela se produit en pareil cas, pour compenser l'excès de longueur du membre, le bassin est fortement relevé du côté gauche; l'épine iliaque antéro-supérieure est notablement remontée et le pli fessier correspondant est également beaucoup plus haut que celui du côté droit. Enfin il s'est produit une scoliose lombaire compensatrice, dont la concavité est dirigée du côté gauche.

A part les troubles que nous venons d'étudier du côté du membre inférieur gauche, le malade jouit d'une bonne santé habituelle, et, sauf un léger emphysème pulmonaire, on peut dire que tous les organes sont sains et que toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Nous sommes ici en présence d'une affection rare et encore très mal connue en ce qui a trait à sa nature et à sa pathogénie.

J'attirerai d'une façon toute particulière votre attention sur cette coexistence de deux lésions importantes: l'*hypertrophie* de l'un des deux membres inférieurs et la présence de *nævi* étendus à la surface de ce membre hypertrophié. Or il est des cas où ces mêmes lésions se rencontrent à la fois au membre inférieur et au membre supérieur correspondant, d'où les noms d'*hémihypertrophie partielle* et d'*hémihypertrophie totale*, qui ont été appliqués à ces deux groupes de faits.

Le premier travail d'ensemble qui ait été publié sur ce sujet est le mémoire de Trélat et Monod, qui a paru en 1869 dans les *Archives générales de médecine*.

Plus tard Duzéa, dans une communication au congrès de Grenoble (1885) et dans sa thèse (Lyon, 1886), a signalé des troubles de développement du squelette dus à des angiomes superficiels étendus. Citons aussi la thèse de Masmejean (Montpellier, 1888), qui réunit 68 cas d'hypertrophie unilatérale ou segmentaire.

D'après Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, c'est le côté droit qui, contrairement à l'exemple fourni par notre malade, paraît être le plus fréquemment atteint.

Quand l'hémihypertrophie est partielle, comme dans notre cas, et non totale, c'est-à-dire étendue à une moitié du corps, elle atteint plus fréquemment le membre inférieur que le membre supérieur.

Au point de vue de l'influence du sexe, il semble qu'il y ait une prédominance marquée du côté du sexe masculin.

La différence de longueur entre le membre hypertrophié et celui du côté opposé est parfois considérable, et, d'après Trélat et Monod, elle aurait pu, dans un cas, atteindre 19 centimètres. Dans la majorité des cas, elle n'est guère que de 3 ou 4 centimètres. Chez notre malade, nous avons vu qu'elle était d'environ 9 centimètres.

Trélat et Monod ont insisté sur les lésions vasculaires qui s'observent du côté des membres hypertrophiés, ces lésions vasculaires comprenant deux catégories: les *nævi* et les *varices*, les uns et les autres étant toujours superficiels.

Les *nævi* présentent en général les caractères qui viennent d'être décrits chez notre malade; ils sont ordinairement très étendus et se terminent nettement sur la ligne médiane.

Les varices sont plus rares. Vous avez vu que notre homme en présente, à un degré peu accusé d'ailleurs.

On a signalé également quelques troubles trophiques, tels que: l'hypersécrétion de la sueur, les altérations du système pileux, des ulcérations survenues spontanément, en dehors de toute cause traumatique.

D'autre part on ne constate pas habituellement de troubles de la sensibilité, et je vous ai dit que, s'il en existe chez notre malade, ils sont véritablement bien peu accentués.

L'anatomie pathologique de cette affection est à peu près inconnue, et trois autopsies citées par les auteurs n'ont en réalité apporté aucun éclaircissement sur la nature de la maladie.

Au point de vue étiologique, l'origine congénitale de l'hypertrophie et des lésions vasculaires qui l'accompagnent, n'est évidemment pas douteuse, car on a observé l'affection, à plusieurs reprises, chez de très jeunes enfants.

Parmi les théories pathogéniques qui ont été proposées au sujet de cette singulière affection, il en est plusieurs qui ne reposent sur aucun fondement et à l'appui desquelles on ne peut citer aucune preuve: notamment la *théorie lymphatique* (Pollosson), la théorie *artérielle* (Barwell), d'après laquelle il y aurait un arrêt de développement de la tunique moyenne des artères, d'où résulterait leur dilatation.

D'après Duzéa, l'hypertrophie serait due aux angiomes, ce qui ne s'accorde guère avec les faits dans lesquels l'hypertrophie existe seule, sans qu'il y ait trace de taches vasculaires.

La théorie admise par Trélat et Monod se rapproche un peu de la précédente, et ces auteurs font ressortir les analogies qui existent entre les lésions observées dans les hypertrophies unilatérales, partielles ou totales, et les troubles nutritifs que l'on constate dans les cas d'anévrysme artério-veineux. Suivant eux l'hypertrophie serait la conséquence de la stase sanguine résultant d'une paralysie vaso-motrice, et cependant nous savons qu'Ollier, dans ses expériences, n'a jamais vu l'hypertrophie du squelette se produire à la suite de la section du grand sympathique, bien que celle-ci produise une vaso-dilatation permanente.

La *théorie nerveuse* semble aujourd'hui devoir donner l'explication pathogénique de l'affection qui nous occupe. Il est vrai que les rares autopsies qui ont pu être faites n'ont pas permis de constater de lésions du système nerveux, ni dans les centres, ni dans les parties périphériques. Malgré cela, il est bien difficile de ne pas admettre, au moins pour le développement des *nævi*, une origine nerveuse.

Chez notre malade, en effet, vous avez dû être frappés par ce fait que les *nævi* se limitent sur la ligne médiane, avec une exactitude mathématique, et qu'ils semblent répartis, d'une façon assez irrégulière, d'ailleurs, sur le trajet des branches du sciatique ou du plexus sacré

D'autre part, les troubles trophiques que nous avons relevés sur le membre hypertrophié sont aujourd'hui considérés par tous les auteurs comme étant essentiellement d'origine nerveuse.

L'affection qui nous occupe est donc, à mon avis, très vraisemblablement due à une lésion nerveuse congénitale, dont le siège et la nature nous sont encore inconnus.

Je n'ai que bien peu de choses à ajouter au sujet du pronostic et du traitement.

C'est seulement dans le jeune âge que l'on pourra essayer d'entraver la marche progressive de l'hypertrophie; car lorsque le sujet a atteint son développement complet, comme chez notre malade, les lésions semblent rester définitivement stationnaires. Le pronostic peut seulement être aggravé par l'apparition de troubles trophiques et notamment par la production d'ulcères dont la guérison est le plus souvent lente et plus ou moins difficile à obtenir.

On a essayé la compression élastique, proposée par Holmes, dans le but d'empêcher les progrès de l'hypertrophie. Cette méthode, qui n'a pas donné de résultats appréciables entre les mains de Dubreuil, aurait eu des effets satisfaisants dans un cas de Redard.

Ce dernier auteur a cité, d'autre part, dans un mémoire qu'il a publié en 1890 dans les *Archives générales de médecine,* un cas de Mortin où l'élongation du sciatique aurait été suivie d'une notable amélioration.

Pour le cas qui nous occupe en ce moment, il est bien évident qu'il n'y a aucun traitement à proposer, en dehors des soins que réclame l'ulcère, et, lorsque celui-ci sera entièrement cicatrisé, nous devrons, pour éviter une récidive, prescrire le port d'un bas lacé ou élastique.

CLINIQUE MÉDICALE

Le prurigo dans la maladie d'Addison,

Par M. G. Milian,

Interne des hôpitaux de Paris.

Sous le titre : *Deux symptômes non décrits dans la maladie d'Addison*, Renner a présenté récemment :

1° Le prurit intolérable;

2° Les élevures verruqueuses disséminées sur les téguments.

Une malade observée par nous dans le service de M. le Dr Galliard, à l'hôpital Tenon, offrait, au lieu d'élevures verruqueuses, un *exanthème* caractérisé par du prurigo, du lichen, des taches purpuriques. Le *prurit* existait comme dans le cas de Renner.

Voici le fait :

Catherine H..., âgée de 36 ans, ménagère, entre le 28 mars 1896, salle Béhier, lit n° 2.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle vit régulièrement ses menstrues depuis cette époque. Elle eut six enfants dont deux sont morts en bas âge; les quatre autres sont sains, à part une fille qui est « anémique ».

Catherine H... elle-même fut toujours très bien portante. C'est une grande femme brune, un peu masculine d'apparence, aux membres volumineux.

Elle était très forte, se livrant à de gros ouvrages. Aucun antécédent ou stigmate soit d'alcoolisme, soit d'hystérie.

Il y a un an débuta la maladie actuelle.

A cette époque, progressivement et sans cause appréciable, elle perdit l'appétit. Cette *anorexie* allait jusqu'au dégoût pour certains aliments tels que la viande et la graisse. Depuis trois semaines, cette anorexie est complète; la malade ne s'alimente pour ainsi dire pas. Par contre, elle est en proie à une *soif* vive et continuelle.

Les digestions sont lentes et pénibles, mais n'occasionnent pourtant jamais de souffrances bien intenses. La petite quantité d'aliments qu'elle absorbe est conservée. Il survient de temps à autre des *vomissements*, mais rarement alimentaires, presque toujours bilieux.

La constipation est la règle.

A la suite de cette anorexie, est survenu un *amaigrissement* très notable. « J'ai diminué de moitié », dit la malade.

Cet amaigrissement s'est accompagné d'une *faiblesse générale* très marquée : à tout instant, la malade a des défaillances, ses jambes molles et sans forces se dérobant sous elle, alors que la connaissance est conservée entière. Des *vertiges* compliquent encore cet état de faiblesse au point que la malade est tenue de rester continuellement au lit. Enfin, depuis quelque temps, Catherine B... a remarqué que sa *peau* devenait jaune.

En résumé, début de la maladie par une anorexie considérable avec vomissements bilieux intermittents; à la suite de celle-ci, amaigrissement, faiblesse générale, vertiges, pigmentation. Les symptômes s'accentuant, sentant chaque jour ses forces disparaître, et se trouvant dans la nécessité de rester couchée toute la journée, la malade entre à l'hôpital.

Nous voyons cette femme *pigmentée* des pieds à la tête, comme passée au brou de noix, les lèvres décolorées par une anémie intense, les conjonctives bleutées. Elle est dans le décubitus dorsal, à peu près immobile. Son visage n'a pas d'expression; les yeux sont dépourvus d'éclat, ternes, sans mobilité, comme figés dans leur orbite; c'est à peine si le clignement physiologique de la paupière supérieure se produit de temps à autre. Aucun muscle ne bouge sur cette face atone. La malade répond d'une voix uniforme et traînante aux questions qu'on lui adresse, ouvrant à peine la bouche. Tout mouvement coûte à cette femme : il lui est pénible de remuer un doigt, de soulever le bras. Les membres sont immobiles. Les réflexes rotuliens sont cependant conservés. Il est impossible à la malade de se tenir debout. On ne peut imaginer un état de langueur et d'apathie plus caractéristique.

Outre ces phénomènes, la malade présente depuis trois semaine environ une *céphalalgie* frontale modérée mais tenace, surtout marquée le soir. Depuis la même époque, chaque jour, vers 3 ou 4 heures de l'après-midi elle est prise de *frissons* violents d'une durée de quelques minutes. A la suite de ceux-ci, elle s'endort assez volontiers pour se réveiller ou bout de quelque temps couverte de *sueurs* abondantes.

La *température* est d'ailleurs de 39° le soir de son entrée à l'hôpital.

Appareil respiratoire normal. L'auscultation des poumons pratiquée avec soin ne révèle aucun signe stéthoscopique pathologique.

Cœur. Battements réguliers mais rapides, non arythmiques. 120 pulsations à la minute. Dans les vaisseaux du cou, souffle continu avec renforcement systolique.

Foie, hauteur normale de matité : 10 à 12 centimètres.

Pas de douleur à la percussion ni à la palpation.

L'*estomac* a des dimensions normales. Il n'est pas sensible à la palpation. On n'y peut pas provoquer le bruit de clapotage même après l'ingestion d'un verre de liquide.

La *rate* n'est pas appréciable à la percussion.

Dans la *cavité abdominale* aucune douleur à la palpation; pas d'ascite.

Les *urines*, de quantité normale, renferment une petite quantité d'albumine. Absence de sucre et de pigments biliaires.

Les *règles* sont régulières mais, depuis un certain temps, le sang en est beaucoup moins coloré que d'habitude, et parfois il aurait une odeur désagréable toute particulière.

Quelques pertes blanches. Le col utérin est d'ailleurs un peu gros et on y aperçoit au spéculum quelques œufs de Naboth.

Du côté de la *peau*, on constate une *pigmentation* généralisée mais irrégulièrement répartie.

La face postérieure des cuisses, les fesses, la face externe des jambes sont peu colorées. Au contraire la pigmentation est

extrêmement accentuée aux plis de flexion articulaire, sur la face dorsale des articulations des phalanges avec les phalangines, sur la ligne blanche abdominale, aux aréoles des seins, et au niveau des cicatrices que présente la malade : reliquat de furoncles aux membres inférieurs, de deux égratignures d'épingle à l'avant-bras gauche, d'une adénite de l'enfance ouverte spontanément à la région antéro-latérale gauche du cou. Cette pigmentation cutanée est assez comparable pour la teinte à celle du vitiligo, mais au niveau des cicatrices elle est presque sépia.

La muqueuse buccale, face interne de la joue gauche, présente quelques petites taches brun noirâtre discrètes. Les grandes lèvres sont pigmentées. Mais c'est surtout les petites lèvres qui, frippées et débordant les grandes, ont une teinte très foncée, mine de plomb, uniforme. La muqueuse vaginale est indemne.

Outre cette pigmentation de la peau, signalons encore un *nævus pigmentaire congénital* occupant toute la face dorsale de la main et du poignet gauche sous la forme d'une vaste tache brune non surélevée. Au dire de la malade, cette tache était autrefois couleur café noir ; elle se serait décolorée depuis que le reste des téguments s'est pigmenté. Il ne s'agit sans doute là que d'une atténuation du contraste, par pigmentation des parties voisines du nævus, et non de diminution réelle de la teinte de celui-ci.

Signalons encore sur les avant-bras et au devant de la poitrine quelques éléments éruptifs vieux de 3 ou 4 mois déjà et passablement *prurigineux*. Il s'agit de *petites papules* de la grosseur d'une tête d'épingle, très disséminées, recouvertes par ci par là d'une petite croutelle brune d'excoriation.

Diagnostic : Maladie d'Addison.

Traitement :

Liqueur de Fowler . . . . XV gouttes.
Inhalations d'oxygène.
Régime lacté.

7 avril. — Mieux sensible dans l'état de la malade. Elle boit son lait avec moins de dégoût. Asthénie moins marquée. Elle a essayé de se lever mais ne peut encore rester longtemps debout ni marcher.

Il existe toujours un certain degré de fièvre : la température n'est pas encore descendue au-dessous de 37°8.

14 avril. — Traitement modifié : on donne chaque jour à la malade 10 centim. cubes d'extrait glycériné de capsules surrénales, contenant la valeur d'une capsule surrénale de mouton.

Amélioration notable. La pigmentation est toujours la même, mais l'appétit est meilleur, l'alimentation ordinaire est commencée. L'asthénie a aussi diminué, aussi est-il possible à la malade de se lever et de se faire peser.

Poids : 71 kilogr., alors qu'avant la maladie il était de 100 kilogr. (?).

Donc, il y aurait eu depuis le début de la maladie un amaigrissement considérable : 29 kilogr.

19 avril. — La malade dit qu'elle a de la somnolence depuis qu'elle prend des glandes surrénales.

Pouls : 100 ; température : 37°4 le matin, 38°2 le soir.

Statu quo pour les autres signes.

30 avril. — H... se plaint de *démangeaisons insupportables.* Ces démangeaisons ont toujours existé dans une certaine mesure depuis 3 ou 4 mois mais elles sont arrivées à un degré tel qu'elles causent l'insomnie. C'est la nuit qu'elles sont le plus vives. En découvrant la malade, nous constatons une éruption généralisée qui comprend deux catégories d'éléments : 1° des papules de prurigo ; 2° des éléments lichénoïdes.

Les *papules de prurigo*, rosées, du volume d'une tête d'épingle, souvent recouvertes d'une croutelle brunâtre d'excoriation, siègent surtout à la région sus-claviculaire, à la face antérieure du thorax et aux avant-bras qui en sont criblés. Les mains offrent seulement quelques éléments sur la face dorsale. Il en existe aussi quelques-uns disséminés sur la paroi abdominale au pourtour de l'ombilic.

Les *éléments lichénoïdes*, papules un peu plus volumineuses que les précédentes, aplaties, non excoriées, luisantes, assez irrégulières de forme, siègent au niveau de la nuque et s'avancent vers les parties latérales du cou et même jusqu'à la joue. On retrouve quelques papules de prurigo excoriées au milieu de ces éléments. Ces lésions lichénoïdes sont extrêmement démangeantes.

La face, les oreilles, la face antérieure du cou, le dos depuis la base du cou jusqu'à l'anus sont indemnes de toute lésion. Les membres inférieurs ne présentent que quelques éléments prurigineux très disséminés.

En dernier lieu, nous remarquons dans la partie sous-diaphragmatique du corps des *taches purpuriques* de deux catégories : a) de petites taches de l'étendue d'un grain de millet, roses, arrondies, semblables à des piqûres de puce mais ne disparaissant pas à la pression comme celles-ci ; ces petites taches se rencontrent surtout aux plis des aines et sur l'abdomen ; b) des ecchymoses véritables de teinte bleu verdâtre : elles sont irrégulières de forme, allongées suivant l'axe du membre, variables en étendue depuis le grain de mil, jusqu'à la demi-paume de main. Il en existe une vingtaine environ.

Elles siègent aux membres inférieurs surtout à droite et leur répartition paraît commandée par les froissements de la peau ; c'est en effet aux régions le plus exposées qu'on les observe : côté de l'extension, latitude du péroné, côté droit sur lequel se couche la malade.

Traitement : pommade mentholée pour calmer les démangeaisons.

2 mai. — Démangeaisons légèrement calmées par la pommade.

6 mai. — Amélioration notable de l'élément prurit.

Persistance de l'éruption.

10 mai. — Diminution légère de l'éruption. Les papules de prurigo excoriées guéries ont laissé à leur place des taches brunes très foncées qui tatouent la malade.

20 mai. — Amélioration très grande de la malade qui depuis une quinzaine déjà marche, se lève, et commence à manger un peu. La fièvre est presque entièrement tombée. T = 37°4 le matin, 37°8 le soir.

Suppression de l'extrait de capsules surrénales par suite de l'impossibilité de s'en procurer.

25 mai. — On recommence l'administration des glandes surrénales.

12 juin. — La malade demande à sortir : ses forces sont revenues notablement, mais la vigueur première est loin d'être recouvrée. Il est encore impossible à cette femme de se tenir debout 2 ou 3 heures de suite. L'appétit est meilleur. Mais la pigmentation persiste ainsi que l'éruption prurigineuse, la première dans toute sa splendeur, la seconde un peu diminuée. Poids = 70 kilogs 1/2. La fièvre a complètement disparu.

Depuis cette époque, nous n'avons pas revu la malade.

En lisant cette observation, on a pu remarquer que le *prurigo addisonien* avait atteint son maximum après 15 jours de traitement par l'extrait glycériné de capsules surrénales. Et cependant l'influence de l'opothérapie sur cette manifestation insolite est fort discutable.

En effet, le prurigo s'est atténué dans la suite malgré la continuation du traitement ; il n'a pas subi de recrudescence lorsque le traitement a été repris après une interruption de quelques jours.

FORMULAIRE

Traitement du lichen ortié chez les enfants rachitiques. (Neebe.)

1° Potion avec antipyrine . . . 1 gr. 50
Eau distillée. . . . . } ââ 25 gr.
Sirop d'écorces d'oranges . . . }

Une à deux cuillerées à café, avant le coucher.

2° Pommade avec naphtol B. . . . 0 gr. 40
Vaseline. . . . . 20 gr.

M. pour f. s. a un onguent, à employer en frictions énergiques ; 10 minutes par séance.

3° Huide de foie de morue phosphorée, phosphore . . . . . . 0 gr. 02
Huile de foie de morue . . . . . 100 gr.

A prendre la valeur d'une ou deux cuillerées par jour,

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Lyon.

Travaux de la Clinique du Professeur Poncet sur l'Actinomycose.

M. Thollon. *Du sarcome actinomycosique (actinomycose néoplasique) forme cervico-faciale.*

L'actinomycose, maladie de la race bovine surtout, se révèle chez l'homme avec des caractères cliniques différents de ceux qu'elle affecte chez les bovidés. Ici, et M. Thollon a pu, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, en étudier de nombreux cas, c'est à la forme néoplasique qu'on a affaire (voir la figure 1 de la thèse). Les ostéo-sarcomes des mâchoires si fréquents chez le bœuf ne sont regardés à présent que comme une manifestation actinomycosique. Il se produit souvent des fistules, de la suppu-

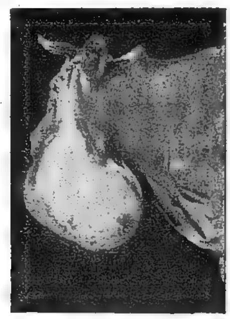


Fig. 320 du *Traité de chirurgie*, p. 894, 2e édition.

ration, mais ce sont là des phénomènes secondaires et associés, l'actinomycose ne semble pas pyogène.

Chez l'homme les allures cliniques de l'affection, dans la majorité des cas, sont tout autres. Cependant M. le professeur Poncet a remarqué qu'à un moment donné de leur évolution, et pendant une période de temps plus ou moins longue, les lésions actinomycosiques revêtent souvent la forme néoplasique. Le mélange des signes cliniques d'une tumeur et d'une maladie inflammatoires doivent même toujours suivant, lui, éveiller l'idée d'actinomycose.

Enfin, exceptionnellement, l'affection peut chez l'homme être aussi franchement néoplasique que chez les bovidés, et







Fig. 328, 329 et 330 du *Traité de chirurgie*, p. 900, 2e édition.

c'est cette forme peu fréquente et peu connue que M. Thollon étudie.

Il n'a pu en réunir que 5 cas. La localisation dans la fosse temporo-maxillaire est la règle. Les lésions, dont la progression est régulière et continue, débutent toujours par les tissus parostaux. Les os ne sont envahis qu'en dernier lieu : le degré des lésions commande, comme on le voit, le degré de l'intervention chirurgicale qui pourra varier d'un simple curettage à des résections squelettiques. La médication iodurée ne peut avoir quelque efficacité qu'immédiatement au début des lésions, et encore n'y faut-il pas trop compter.

Les 5 observation, étudiées par M. Thollon appartiennent à Babès, Haser, Julien Fesser, Ducor (voir dessins empruntés) enfin à MM. Poncet et Vallas.

M. Job (E.). *De l'actinomycose des centres nerveux.*

M. Job, en groupant autour des deux observations personnelles de M. Poncet, 14 observations empruntés à la littérature médicale (Ponfik, Köhler, König, Moosbrugger, Baumgarten, Bollinger, Orloff, Keller. Van der Stroeten, Martin), a pu tracer un tableau complet de la forme la plus rare, mais la plus maligne de l'actinomycose. Tandis en effet, que la mortalité atteint seulement 10 p. 100 dans la forme temporo-maxillaire, 83 p. 100 dans la forme thoraco-pulmonaire et 75 p. 100 dans la forme abdinale, elle est ici de 108 p. 100.

Comme la tuberculose (et M. Poncet a souvent insisté sur l'analogie) l'actinomycose des centres nerveux peut revêtir deux formes : tantôt elle se localise et se limite de façon à se comporter comme *une tumeur cérébrale*; tantôt au contraire il y a diffusion et alors on a le tableau d'une *méningo-encéphalite aiguë*. Sauf un cas, l'actinomycose cérébro-spinale a toujours été secondaire, et seule la constatation de la lésion primitive permet de préciser le *diagnostic*.

L'*anatomie pathologique* de l'affection en est complexe, l'association microbienne étant ici la règle. La présence des colonies actinomycosiques ne provoque pas de la part des tissus nerveux une réaction pathognomonique : il n'y a de précis et de réglé que la présence de ces colonies.

Pour la symptomatologie il en est de même. Suivant le mode d'infection diffus ou limité de l'actinomycose on aura les symptômes d'une méningite aiguë ou d'une tumeur cérébrale souvent torpide : mais de caractéristique et de particulier rien autre que les lésions primitives : actinomycose pulmonaire quand il s'agira de métastase, actinomycose cervico-fasciale quand il y aura propagation directe. Les 14 observations étudiées par l'auteur lui ont fourni un nombre de cas à peu près égal des deux catégories : il ne lui a pas été possible de faire des observations schématique avec les faits complexes et divers qu'il avait à décrire, mais il a pu en donner une description d'ensemble intéressante et complète.

Le pronostic est très grave : la mort est la conclusion de toutes les observations publiées. Mais *la marche* est beaucoup plus rapide dans la forme méningitique que dans la forme localisée : et une survie de 8 mois obtenue dans un cas de Celler par une intervention chirurgicale permet d'espérer que l'application d'un traitement chirurgical hâtif et surtout complet pourra, particulièrement dans cette dernière forme, corriger cette effrayante statistique. On ne saurait trop compter sur le traitement médical. L'iodure de potassium a, surtout pour cette localisation de l'actinomycose, démenti la réputation de spécifique qu'on tendait à lui accorder. Dans un des cas les plus foudroyants relatés par l'auteur, le malade avait absorbé 400 grammes d'iodure.

M. Guignot. *Les pseudo-actinomycoses ; nouvelle mycose à grains jaunes.*

Après une étude morphologique rapide du champignon de l'actinomycose, qui doit être rattaché à la famille botanique « streptothrix de Cohn », famille qui a reçu les divers noms de Nocardia, Oospora (Sauvageau et Radais), etc., M. Guignot énumère les autres variétés de cette famille, parasites pour l'homme et les animaux. Les affections diverses, causées par eux, ont des points communs avec l'actinomycose, et méritent la dénomination de pseudo-actinomycoses, sous laquelle elles vont être rapidement décrites. Il s'agit du farcin du bœuf (oospora farcinica),

du pied de Madura (oospora Madura) des concrétions lacrymales produites par l'oospora Fœrsteri, enfin les pseudo-tuberculoses d'Eppinger dues à l'oospora asteroides.

I. — *Le farcin du bœuf* (parasite découvert par Nocard, 1892) se localise au ventre et aux membres des animaux, formant des tumeurs circonscrites et des cordes sous-cutanées, qui, à l'incision donnent issue à une matière blanchâtre, ressemblant à de la crême épaisse : engorgement constant des ganglions. L'allure de l'affection est fort lente : la phthisie en est la terminaison habituelle,

II. — *Le pied de Madura,* maladie commune dans l'Inde et l'Indo-Chine, est constitué par un gonflement diffus indolore du pied, avec des petites tumeurs truffoïdes qui, abcédées laissent écouler de la sanie contenant des grains jaunes. M. Vincent (d'Alger) a fait une étude très complète du parasite spécial, très facilement cultivable dans les infusions végétales, et a noté soigneusement les différences qui le séparent de l'actinomycose.

III. — *Concrétions lacrymales produites par le streptothrix de Fœrster :* ces concrétions calcaires formées dans le conduit lacrymal inférieur — signalées pour la première fois par De Græfe, étudiées par Babès, sont dues à l'agglomération de filaments ressemblant au leptothrix buccalis.

IV. — Enfin la *pseudo-tuberculose d'Eppinger,* étudiée ensuite par Féré et Faguet, ayant une allure clinique spéciale, a permis à ces auteurs de décrire un parasite (oospora asteroides) très voisin de l'actinomyces.

M. Guignot, à ces actinomycoses, se propose d'adjoindre une nouvelle affection. Trois observations recueillies dans le service de M. le professeur Poncet, dix autres fournies par la littérature médicale (Mosetig Morhof, Ruge, Sawtchenko) fournissent tous les éléments nécessaires pour donner de cette affection une description complète.

Au point de vue clinique, l'allure est absolument calquée sur celle de l'actinomycose.

Il y a gonflement de la région temporo-maxillaire, trismus, écoulement de pus avec grains jaunes. Ceux-ci, notablement plus gros que les grains jaunes actinomycosiques, constituent ainsi le principal élément du diagnostic.

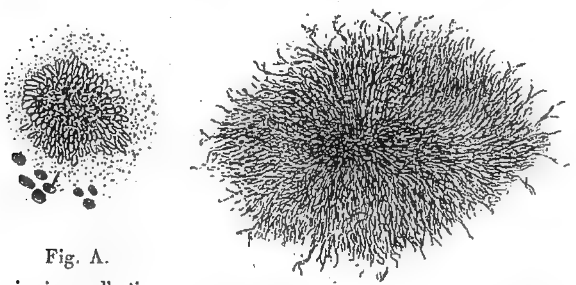


Fig. A. Grain jaune d'actinomycose vraie.

Fig. B. — Grain jaune de pseudo-actinomycose.

L'étude parasitaire a été faite par M. Dor, chef du laboratoire de M. Poncet, qui a publié ses recherches dans la *Gazette hebdomadaire*, 1896, sous le titre de *Nouvelle mycose à grains jaunes.* Dans le tableau comparatif qui permet de distinguer le nouveau champignon du champignon rayonné, il faut noter surtout : le volume plus considérable du grain jaune nouveau ; sa consistance moindre ; ses filaments plus gros et plus longs : rareté de leur dichotomisation ; absence de massues ; plus grande facilité de la culture dans le bouillon.

L'étiologie de la nouvelle mycose n'est pas moins obscure que celle de l'actinomycose. Il semble que le parasite aime la bouche et s'y localise, souvent dans le tissu lymphoïde des amygdales.

L'ouverture et le drainage des phlegmons secondaires semblent le *traitement* unique : la médication iodurée n'a, dans aucune des treize observations, produit de résultats bien appréciables.

E. Démias. *De l'actinomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise.*

Cette thèse, qui présente un grand intérêt étiologique, peut servir en quelque sorte de préface aux autres travaux que nous résumons. Il s'agit d'une minutieuse enquête faite à l'aide des vétérinaires inspecteurs Leclerc, Coquet et Deruel dans les différents abattoirs de la région lyonnaise; les statistiques recueillies permettent à M. Démias d'affirmer la fréquence moindre de l'actinomycose animale en France que dans la plupart des contrées d'où proviennent les viandes d'alimentation importées (Allemagne, Angleterre, Amérique).

A Lyon, on rencontre l'actinomycose environ une fois sur 1000 animaux abattus (de race bovine). Ces chiffres doivent ètce majorés, car de nombreux cas passent inaperçus : l'actinomycose pulmonaire est souvent confondue avec la tuberculose, et les maxillaires saisis sont souvent livrés aux marchands d'os sans être portés sur la contrôle.

La forme la plus fréquente, la forme type, est la localisation au maxillaire inférieur avec ou sans participation de la langue au processus.

Les métastases sont très rares chez les animaux. La saisie limitée à la pièce infectée est une mesure suffisante : mais tout poumon suspect doit commander un examen sévère des régions d'élection.

La *cuisson* n'est pas une garantie : les spores résistant très bien à une température supérieure à 100°. Enfin l'iodure, chez les animaux comme chez l'homme (M. Poncet) ne saurait offrir de garantie absolue : il ne jouit de quelque efficacité que pour les formes superficielles.

M. Hinglais. *Essai sur l'actinomycose appendiculo-cæcale; appendicite et typhlite actinomycosiques.*

L'auteur avait commencé à l'instigation de M. Poncet une revue générale sur ce sujet, fondée uniquement sur l'étude des cas épars dans la littérature médicale, quand un cas lyonnais, diagnostiqué par M. Gangolphe, vint à point lui permettre d'ajouter des données cliniques personnelles à son travail,

Cette observation très typique et très complète, accompagnée d'une aquarelle et de tracés de températures est suivie de 37 cas résumés suivant Ullmann, Roux, Regnier, Kosenski, Ammentrop, Illich, Barth, Grill, Langhaus, Ransom, Elliassons, etc. De cet ensemble, M. Hinglais a su dégager un tableau clinique très caractéristique qui peut se résumer ainsi :

L'actinomycose se localisant, dans la généralité de ces cas particuliers autant sur le cæcum que sur l'appendicite, doit être dénommée *appendiculo-cæcale*. Elle atteint plus les hommes que les femmes et dans un âge moyen de 35 à 45 ans. La profession ouvrière semble plus facilement atteinte. L'infection se fait par le tube digestif et au moyen des céréales.

Les *symptômes :* tumeur ligneuse, de consistance *osseuse* dans la fosse iliaque droite, avec tendance au ramollissement partiel et à une fistulation un peu spéciale, comparable au travail souterrain de la taupe.

La *marche* chronique, de 2 à 4 ans dé durée, est ordinairement entrecoupée de complications graves, telles que métastases et associations microbiennes.

Le *pronostic* est sombre (80 p. 100 de morts environ). La mort arrivant par suite des progrès d'une cachexie spéciale que M. Hinglais nomme *cachexie actinomycosique*.

Le traitement médical, qui ne doit pas être négligé, devra être complété hâtivement par un traitement chirurgical complet : destruction aussi radicale que possible de tous les points injectés. La figure jointe à la thèse indique d'une façon frappante, l'intervention tentée par M. Gangolphe dans son cas particulier.

M. Naussac. *De l'actinomycose pulmonaire.*

Fondée sur les faits contenus dans 19 observations dont 4 personnelles à M. le professeur Poncet, la monographie de M. Naussac, très complète, étudie surtout l'anatomie pathologique de la question. Trois formes anatomiques et cliniques, déjà déterminées par le Dr Pic :

1° La broncho-actinomycose, forme rare. Une seule observation de Canali.

2° La pneumonie-actinomycose (4 observations).

3° La pleuro-pneumo-actinomycose. De beaucoup la plus fréquente.

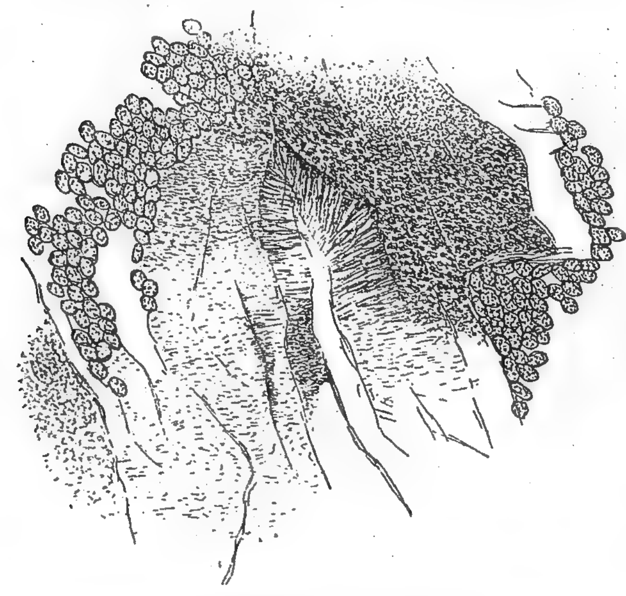
Il s'agit en réalité plutôt de différences de marche que de dif-

férences de localisation; la 3e forme semble l'aboutissant nécessaire des deux autres.

Dans la grande majorité des cas en effet les plèvres sont intéressées : épaississement, adhérences aux parois, prolongements



Naussac. — Fig. 1. — Grains pris dans les crachats d'un malade. Filaments très gros.



Naussac. — Fig. 2.
Coupe de poumon actinomycosique,

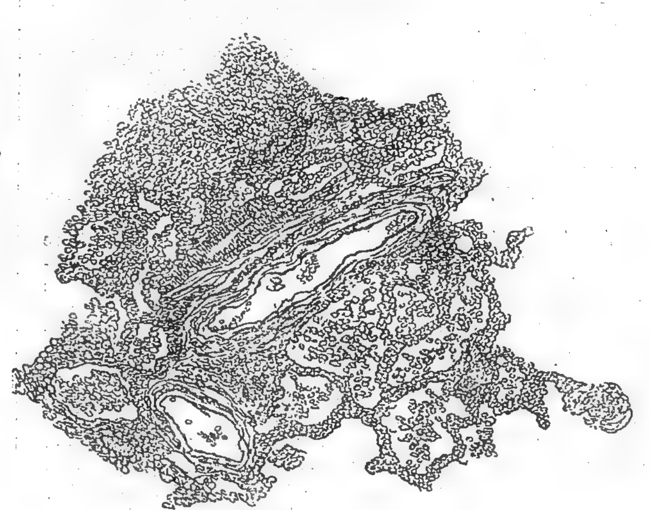
fibreux intra-parenchymateux. Presque toujours existe de l'épanchement, le plus souvent purulent.

Les poumons sont tantôt épaissis, œdémateux, hépatisés; tantôt sclérosés et rétractés suivant les tendances évolutives de l'affection.

Histologiquement « l'actinomycose produit dans le poumon des lésions qui ressemblent beaucoup par leurs formes à un gros foyer de broncho-pneumonie » (Ziegler) (fig. 1). Ces lésions semblent et sont secondaires au développement dans le poumon de petits foyers de grains jaunes, pathognomiques. Ils sont une occasion



Naussac. — Fig. 3.
Coupe de poumon actinomycosique.



Naussac. — Fig. 4.
Coupe de bronchite actinomycosique.

de suppuration, de cavernalisation : phénomènes qui se propagent de proche en proche jusqu'aux deux feuillets pleuraux (fig. 2 et 3).

Un fait capital : *c'est l'intégrité absolue des parois des vaisseaux*. C'est un grand signe différentiel d'avec la tuberculose : c'est l'explication du peu de fréquence des hémoptysies dans l'actinomycose pulmonaire (fig. 4).

Il y a en somme association de productions néoplasiques dues à l'agent spécifique et de zones inflammatoires dues aux agents surajoutés. Cette complexité explique la difficulté du *diagnostic :* la présence *du champignon dans les crachats*, présence qu'on omet de rechercher, est la seule preuve formelle.

La *symptomatologie* varie avec les formes anatomiques ; mais les phénomènes sont calqués sur ceux de la tuberculose. La coexistence de lésions cervico-faciales donne seule une allure particulière à l'affection. En effet il y a deux *modes étiologiques* : l'infection pulmonaire est directe et primitive (respiration de poussières provenant de plantes contaminées), c'est le cas le plus rare ; elle est secondaire et indirecte et se propage par continuité.

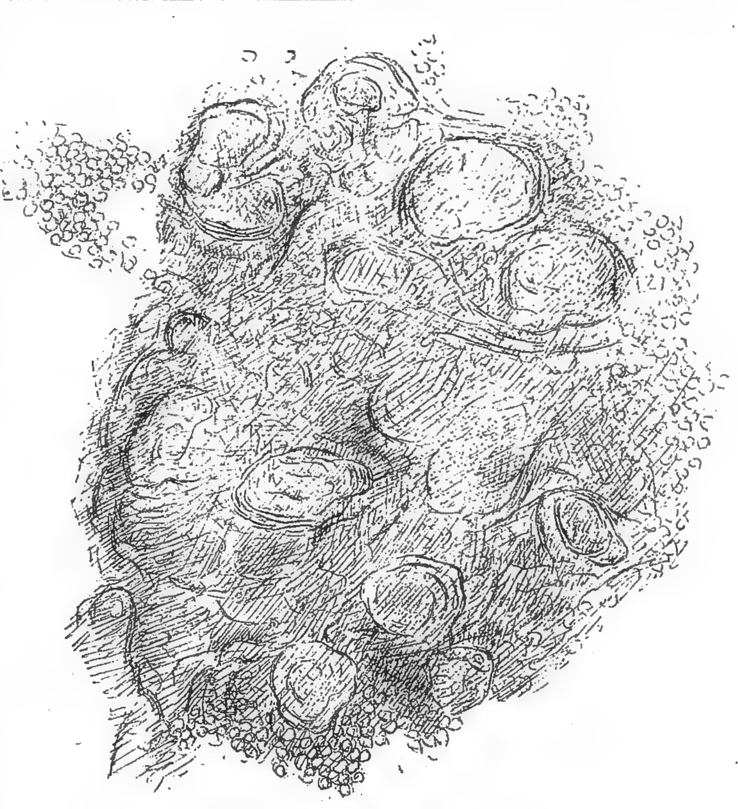
Qu'elle soit primitive, ou qu'elle survienne à titre de complication, la localisation pulmonaire de l'actinomycose a un *pronostic* très grave. La statistique de la mortalité est en effet de 83 p. 100.

Le *traitement* par l'iodure de potassium, en l'absence de médication spécifique reste le traitement de choix de l'actinomycose pulmonaire malgré les déconvenues qu'il a causé. La campagne, de bonnes conditions hygiéniques sont des moyens adjuvants de toute première importance.

M. Rouffiandis. *Sur une dermite perlée non décrite, à allure clinique d'actinomycose.*

Ce travail est basé sur deux observations appartenant, l'une à M. le professeur Poncet, l'autre à M. Vallas et qui donnèrent lieu à d'intéressantes discussions de diagnostic (fig. 1). Leur étude approfondie et l'ensemble de ces discussions ont permis de conclure que la constatation macroscopique dans une production néoplasique de grains jaunes n'autorisait pas, malgré les ressemblances cliniques possibles, à affimer le diagnostic d'actinomycose. Il n'y a qu'un critérium : l'examen microscopique (fig. 2).

La maladie étudiée par M. Rouffiandis est d'origine inflammatoire, et ne peut être considérée comme une tumeur, malgré des caractères communs (et cette énumération donnera une bonne idée de l'aspect des cas décrits) avec : *épithélioma lobulé, épithélioma tubulé, épithélioma perlé, cylindrome, tuberculose, lupus, lèpre, syphilis, rhinosclérome, actinomycose, pseudu-actinomycose, psorospermose folliculaire végétante*, cette maladie doit être classée à part. Sa caractéristique est la présence d'innombrables grains jaunes dans le pus qui s'écoule des fistules produites. Ces grains jaunes sont constitués par des cellules épithéliales imbriquées, au centre desquelles il est impossible de trouver des actinomyces qui, s'ils existaient, ne sauraient passer inaperçus (fig. 3).



Rouffiandis. — Fig. 2. — Grains jaunes.



Rouffiandis. — Fig. 1. — Dermite perlée.

Avec M. le professeur Poncet et M. Dor, l'auteur propose la dénomination provisoire de *dermite oerlée à allure clinique d'actinomycose* (fig. 4 et 5).

M. D. Bonnet. *De l'actinomycose de la langue.*

L'actinomycose linguale, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, est plus rare qne les autres formes de l'infection.

Cette rareté reconnaîtrait probablement pour cause, suivante M. le professeur Poncet des conditions anatomiques spéciale à la langue.

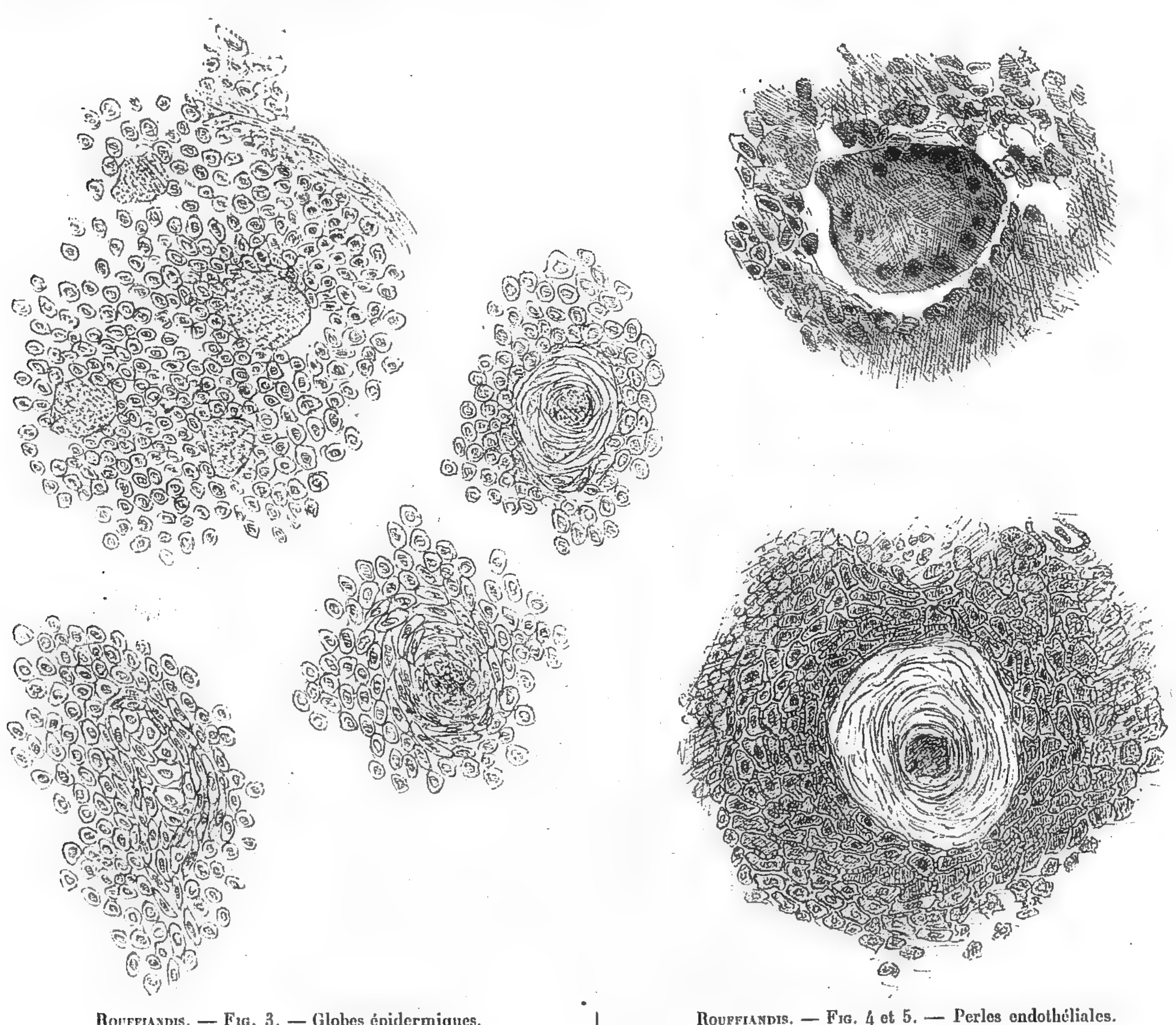
Constituée, en effet, par des masses musculaires épaisses, elle offre au développement des actinomyces un terrain beaucoup moins favorable que le tissu cellulaire lâche, qui sous forme de couches parostales, entoure, par exemple, le maxillaire inférieur, et qui s'étend au loin, du côté de la face temporale et des muscles masticateurs.

M. Bonnet a réuni cinq observations humaines et trois observations animales, ces dernières lui ont permis, avec l'aide de M. Bérard, d'étudier d'une manière complète l'anatomie pathologique de l'affection.

Les cinq observations chez l'homme appartiennent appartiennent à Hochenagg (de Vienne), à Fischer (de

Kiel), à Maydel (*Intern. klinisch. Rundschau*, 1889), à H. Gibbings, à Jurinka (de Gratz); enfin la dernière à M. Poncet. De cet ensemble, M. Bonnet a pu conclure : que le sexe masculin paie le plus fort tribut à l'affection : seule, l'observation de M. Poncet porte sur une femme. L'âge le plus favorable à l'évolution du parasite serait 35 ans, âge moyen que présentaient les malades étudiés.

Dans trois cas, l'infection s'est faite par des épis de blé ou d'orge qui, mâchonnés ont blessé la langue et l'ont inoculée. Dans un cas l'infection serait d'origine animale. Chez deux des



Rouffiandis. — Fig. 3. — Globes épidermiques.

Rouffiandis. — Fig. 4 et 5. — Perles endothéliales.

malades l'évolution de l'actinomycose a été favorisée par des érosions linguales dues à des chicots et chez un autre par l'irritation chronique de l'organe due à l'abus du tabac.

L'affection se manifeste le plus souvent par de la tuméfaction et des nodosités dures, légèrement élastiques, fixes, en nombre variable, et recouvertes d'une muqueuse saine. Quelquefois il il y a des fissures et des rhagades. Ces deux formes cliniques tendent également à la formation d'abcès dont le contenu est caractérisé par la présence des grains jaunes, tout au moins si la lésion est récente.

Les phénomènes, douleur et gêne dans les mouvements, sont très variables.

Le diagnostic, surtout avec les lésions syphilitiques est très difficile. Seul l'examen microscopique peut lever tous les doutes.

Tous les malades étudiés ont guéri rapidement : l'actinomycose linguale peut être considérée comme comportant un pronostic plus favorable que les diverses autres manifestations de l'affection.

Au point de vue *traitement :* deux méthodes, qui doivent être associées : médicale, iodure de potassium, et chirurgicale, incision et curetage du foyer.

E. Briau.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la broncho-pneumonie infantile par les bains chauds,

D'après M. le docteur Th. Kuborn.

Après avoir appliqué systématiquement l'eau froide au traitement des broncho-pneumonies infantiles, voici qu'on préconise maintenant la puissance thérapeutique du bain chaud. Cette méthode, d'abord expérimentée cliniquement par M. le professeur A. Renaut (de Lyon) dans plus de 100 cas, ne lui aurait donné aucun échec, lorsque le traitement était institué dès le second jour de la fièvre. A son tour M. J. Renaut, chef

de clinique de M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades, voulant se rendre compte de l'efficacité thérapeutique des bains chauds, a traité ainsi 68 petits pneumoniques et a obtenu 37 guérisons, soit 54,4 p. 100, chiffre qui n'avait jamais été atteint de nos jours. Ce sont les résultats de la pratique de son maître que M. Th. Kuborn nous expose dans sa thèse inaugurale (1).

La technique est des plus simples; un bain est préparé à la température de 38°. L'enfant est mis tout nu dans l'eau, où il demeure de 10 à 20 minutes. On peut placer une compresse froide sur sa tête pendant toute la durée du bain, et il est favorable de lui donner, de temps en temps, un peu de grog ou de champagne. On sort l'enfant rapidement de la baignoire et on le roule dans une couverture de laine chaude.

Les indications sont tirées des signes physiques et de la fièvre. Une température rectale de 39°, l'agitation et la dyspnée, la fréquence extrême du pouls, commandent le bain à 38°.

Les effets immédiats sont des plus favorables. Le petit malade, qui était dans l'agitation et l'anxiété, se calme et s'endort d'un sommeil tranquille. La température, qui s'est élevée de quelques dixièmes, redescend bientôt au-dessous du degré initial; la respiration devient moins fréquente. Les urines sont plus abondantes et leur toxicité augmente, preuve de l'élimination des poisons élaborés sous l'influence des bactéries. Les oxydations sont facilitées dans les tissus; l'activité des phagocytes est stimulée.

Les dangers et les contre-indications n'existeraient guère : les accidents (syncope, collapsus cardiaque) seraient rares. Néanmoins les complications du côté du cœur doivent rendre très prudent dans l'administration des bains. Il importe enfin de prendre toutes les précautions pour éviter les refroidissements à l'entrée et à la sortie de l'eau.

De cet exposé doit-on conclure avec M. Kuborn que les bains à 38° constituent la médication de choix de la broncho-pneumonie infantile? Certes les résultats de M. A. Renaut (de Lyon), la statistique très favorable de M. J. Renaut, semblent de puissants arguments en faveur de la méthode. Cependant nous croyons qu'il est préférable, en pratique courante, de s'adresser aux *bains tièdes*, ou au moins, suivant le conseil de M. Le Gendre, à des bains à températures, successivement moins élevées, c'est-à-dire commencées à deux degrés au-dessous de la température initiale du petit malade et continués à des températures progressivement décroissantes. La seule règle à observer est la suivante :

La durée du bain doit être inversement proportionnelle à la différence de la température initiale de l'enfant avec celle de l'eau dans laquelle il est plongé.

Ainsi un enfant ayant 40° de température pourra être maintenu par exemple :

15 minutes dans un bain à 35°
10 minutes dans un bain à 32°
5 minutes dans un bain à 30°
3 minutes dans un bain à 28°

Ainsi comprise la balnéation dans la broncho-pneumonie ne présente aucun danger et rend le maximum des services qu'on est en droit d'attendre d'elle. Les bains à 38° sont en effet plus que calmants : ils sont déprimants. Et, à notre avis, ils doivent être proscrits dans les formes adynamiques.

Le bain tiède, ou tout au moins à une température initiale qui n'excède pas 5° au-dessous de celle de l'enfant, est un tonique vasculaire : il élève la pression artérielle, sans accélérer le rhythme comme le fait le bain à 38°, ce qui du reste, de l'avis même de ses protagonistes, le contre-indique dans tous les cas de complications cardiaques. L'action sur le rein est tout au moins aussi énergique et le bien-être éprouvé par l'enfant, plus accusé avec les bains tièdes qu'avec les bains chauds. Enfin, si la réaction fébrile paraît, dans les idées actuelles, l'expression de la résistance de l'organisme contre l'agent pathogène, elle n'en demeure pas moins, dans certains cas, dangereuse par elle-même et relève par conséquent de l'effort thérapeutique. Aussi est-ce dans les pyrexies excessives, hors de proportion avec la lutte à soutenir, que le praticien peut intervenir avec succès, par la balnéation tiède, en se conformant aux règles quasi mathématiques que nous avons posées.

G. Maurange.

1. Th. Kuborn. Les bains chauds dans la broncho-pneumonie des enfants (th. de Paris, 1897, n° 309).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les diplômes et les examens en France et à l'étranger. — Diplômes sanitaires.

Notre dernier article, relatif au recrutement des sages-femmes n'a pas été compris de tous nos lecteurs. Nous tenons donc à affirmer encore que nous sommes très éloigné d'approuver les examens tels qu'ils se font aujourd'hui et le recrutement des sages-femmes tel qu'il est assuré. Mais nous devons maintenir que le nombre des candidats reste, pour les sages-femmes comme pour les médecins de tout ordre, très supérieur aux besoins réels, que seule leur répartition est mauvaise. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet en parlant des examens imposés aux dentistes et de l'enseignement en France de la stomatologie. Puis nous arriverons à l'étude critique des examens et des concours auxquels sont astreints les médecins désireux d'obtenir un titre officiel.

Pour aujourd'hui, en vue de répondre à l'un de nos correspondants dont la lettre très intéressante nous fournira la matière de plusieurs articles, nous voudrions parler des diplômes spéciaux, en particulier des diplômes d'hygiéniste et de médecin légiste.

Nous laissons sur ce sujet la parole à notre ami le Dr A.-J. Martin dont la compétence sur ces questions est si bien connue.

L. L.

« La spécialisation en matière d'art médical ne se discute plus; ses avantages ne sont plus contestés, pourvu que l'éducation générale reste la base de toutes les études préparatoires. Mais si cette spécialisation peut se faire sans inconvénient, en toute indépendance pour l'exercice proprement dit de telle ou telle branche de la médecine, on conçoit qu'elle doive être entourée de certaines garanties quand il s'agit de l'imposer pour des fonctions publiques. Dans un certain nombre de pays on l'a bien compris; il arrive même que les Français y trouvent une cause de difficultés professionnelles assez grandes, faute de pouvoir témoigner officiellement des mêmes aptitudes.

Nous n'en voulons pour preuve que les faits suivants qui viennent de se passer dans une des colonies anglaises les plus florissantes, où l'influence française a néanmoins reçu quelque crédit : deux membres du Conseil du gouvernement qui s'occupent particulièrement des questions d'hygiène publique avaient imaginé de pousser un de leurs amis qui venait d'être reçu médecin en Angleterre, à prendre un diplôme de médecin hygiéniste, et « nous savions, nous écrit l'un de nos correspondants, qu'ils projetaient de faire obtenir à ce jeune confrère, tout frais éclos des écoles de médecine, un poste élevé de l'administration sanitaire auquel aspiraient et avaient droit de prétendre, en raison de leur mérite autant que de leurs anciens services, d'autres membres de sa profession. Il est possible que ces messieurs se soient illusionnés au point

de croire que le diplôme de ce jeune confrère donnait plus de garanties au public que l'expérience de ses concurrents; nous pensions, nous que ceux-ci, dussent-ils faire un voyage en Europe pour compléter leur instruction en visitant les travaux accomplis récemment dans quelques grandes villes, pouvaient grâce à leur expérience professionnelle et à la connaissance de notre milieu, offrir des garanties plus grandes que le diplôme en hygiène... »

« Nous ne voulons retenir de ces réflexions que le fait de la faveur naturellement accordée par l'administration publique à un tel diplôme dès qu'il s'agit de confier aux médecins des postes administratifs. Aussi voyons-nous les divers pays s'efforcer d'organiser à la fois l'enseignement propre à l'obtenir et les conditions de son obtention. Non pas qu'on tienne partout au diplôme par lui-même, qui n'existe guère que dans la Grande-Bretagne, mais bien plutôt aux études spéciales qui sont indispensables pour l'admission à certains emplois. C'est ainsi qu'en Allemagne les médecins sanitaires qui exercent un rôle soit consultatif, soit exécutif auprès des diverses autorités de police administrative doivent avoir fréquenté les instituts d'hygiène et avoir fait préalablement en quelque sorte un stage à la fois administratif et scientifique. De même en Autriche, en Hongrie, en Russie. Il en a été de même aussi en Italie dès que Cagliani prit possession de la Direction de la santé publique au Ministère de la santé publique et s'empressa d'organiser une école de perfectionnement d'où sont successivement sortis les médecins sanitaires provinciaux et déjà un certain nombre de médecins sanitaires des grandes agglomérations. Nous ne croyons pas qu'il existe aujourd'hui nulle part en Europe une école d'hygiène plus complète et mieux comprise; on ne peut que souhaiter que les événements politiques n'en compromettent pas irrémédiablement l'existence.

« En Angleterre, l'éparpillement des coprs enseignants et leur particularisme ont conduit à une solution toute différente. Un excellent article de M. L. Vintras dans la *Revue d'hygiène* (p. 281, 1896) nous apprend en effet qu'il y a aujourd'hui seize diplômes d'hygiène et de science sanitaire dans le Royaume-Uni : à l'Université de Londres, un diplôme de docteur ès médecine d'État (ces diplômes sont accordés au lieu du baccalauréat et du doctorat ordinaires); au Collège royal des médecins de Londres et au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre qui se réunissent pour former une seule faculté pour les examens : un diplôme de santé publique (*diploma of public health*); aux Universités de Cambridge et d'Oxford : chacune un diplôme de santé publique; à la Victoria University (Manchester), un diplôme de service sanitaire; à l'Université de Durham, un doctorat en hygiène, ou baccalauréat en hygiène, un diplôme de santé publique; également un certificat du service sanitaire et une licence ès sciences sanitaires, aujourd'hui graduellement remplacés par les autres diplômes; à l'Université d'Aberdeen, un diplôme de santé publique; à l'Université d'Edimbourg, un baccalauréat et un doctorat ès sciences (sanitaires); au Collège royal des médecins et au Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, un diplôme de santé publique; à la Faculté des médecins et des chirurgiens de Glascow, un diplôme de santé publique; à l'Université de Dublin, un diplôme de médecine d'État; à l'Université royale d'Irlande, un diplôme de science sanitaire. Le Collège royal des médecins d'Irlande et le collège royal des chirurgiens d'Irlande, réunis, décernent un diplôme de médecine d'État.

« Comme valeur pratique, ajoute M. Vintras, le diplôme de Cambridge, celui des deux diplômes de Londres et le baccalauréat ès hygiène de Durham sont ceux qui tiennent le premier rang et pour lesquels les candidats se présentent en plus grand nombre; le doctorat de Londres, celui d'Edimbourg et le diplôme d'Oxford sont, au point de vue abstrait et purement scientifique, peut-être les plus importants. Tous d'ailleurs sont reconnus par les autorités sanitaires de toute l'Angleterre et, dans le choix pour les postes de médecin inspecteur d'hygiène, il n'y a pour ainsi dire pas de préférence.

« Nous savons bien que cette multiplicité d'écoles et de diplômes n'a pas été, surtout au début, sans causer de graves inconvénients : un trop grand nombre de jeunes médecins ont pu les acquérir en peu de temps, bien que les postes à occuper fussent loin d'être dans une même proportion; d'où beaucoup de mécomptes et de crainte de constater en peu de temps une sorte d'avilissement du diplôme lui-même; mais cette situation qui tient au mode d'enseignement des sciences médicales en Angleterre lui est particulière. Il n'en faut pas moins reconnaître l'effort réalisé pour que les postes sanitaires, dont on compte plus d'un millier en Angleterre, ne puissent être accordés que sur titres justifiés. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il n'en pourrait être ainsi en France tant que l'administration sanitaire y sera aussi peu organisée qu'elle l'est aujourd'hui. Sans exiger un diplôme particulier qui, avec nos habitudes centralisatrices et notre éducation d'ordre si général, ne peut être prévu que dans un avenir assez éloigné, si même il peut être utile de le prévoir, il est désirable qu'un enseignement approprié à la science sanitaire puisse être organisé sur des bases suffisamment pratiques. Ce ne sont pas seulement les progrès incontestés de l'hygiène en France qui font un devoir de s'en préoccuper; mais nos intérêts à l'étranger, et notamment dans nos colonies et dans les pays qui ont pas perdu de nous tout souvenir l'exigent impérieusement. La lettre que nous avons reproduite plus haut en est une preuve; il serait facile d'en montrer d'autres sur les divers points du globe. Il y a vingt ans, on a paru entrer dans cette voie; la constitution nouvelle des Universités rend plus facile l'institution d'un enseignement mixte, qui puisse emprunter aux diverses facultés des éléments nécessaires à l'instruction des hygiénistes. On voit de quelle importance pour notre influence même peut être une telle réponse dont nous exposions le programme et le moyen d'exécution en 1882 et que nous avons vu se développer si heureusement depuis... ailleurs qu'en France.

« A.-J. M. »

— Nous ne voulons pas terminer cette causerie sans signaler la perte que vient de faire le corps médical versaillais. M. le Dr Leroux, président de l'Association de Seine-et-Oise, vice-président de l'Association générale, chirurgien honoraire de l'hospice de Versailles, était un des plus honnêtes, un des plus laborieux, un des plus éclairés de ces praticiens qui gardent toujours les traditions de scrupuleuse probité et de dévouement professionnel que leur ont léguées leurs maîtres. Il avait su mériter le respect, l'affection et l'estime de tous ses confrères. Nous avions été heureux de lui témoigner nos sentiments de gratitude en l'appelant à la vice-présidence de notre Association.

L. L.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement du mal de Pott (p. 541).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Traitement du mal de Pott. — Atrophie consécutive de la prostate. — Kyste du canal de Gärtner (p. 543). — Calculs de l'uretère. — *Académie des sciences.* Muscle sphincter ani. — Tatouage. — Statistique médicale (p. 544). — Rayons de Röntgen. — Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires. — Influence du poids tenseur sur la chaleur dégagée par le muscle pendant la contraction. — *Société anatomique :* Pylore. — Ovaro-salpingite tuberculeuse. — *Société de biologie :* Main succulente. — Action des toxines sur des parasites végétaux non bactériens (p. 545). — Ablation des capsules surrénales. — Pouvoir agglutinatif du sérum à pneumocoques. — *Société de chirurgie :* Coxalgie (p. 546). — Kystes hydatiques du rein. — Hydronéphrose. — *Société médicale des hôpitaux :* Helminthiase. — Bicyclette (p. 547). — *Société des sciences médicales de Lyon :* Râles caverneux rhythmés par le cœur. — Actinomycose appendiculo-cæcale. — Pleuro-péricardite. — Cancer musculaire lisse. — Traitement du zona par le salicylate de méthyle. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Médication thyroïdienne dans les fractures. — Thrombus de la vulve. — Pyramidon (p. 548). — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Fibres musculaires de l'utérus. — Fibro-myome du mésentère. — Kyste dermoïde de l'ovaire. — *Société de médecine de Nancy :* Fibrome utérin (p. 549). — Cancer du pancréas. — Péritonite suppurée. — Tuberculose de la conjonctive (p. 550).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — ALLEMAGNE. *Société de médecine berlinoise :* Drainage des épanchements séreux (p. 550). — Inflammations pleurales. — *Société médicale de Hambourg :* Maladie de Basedow. — Redressement de la gibbosité pottique. — ANGLETERRE. *Clinicol Society of London :* Anévrysme dans les deux plèvres. — Thrombus de l'oreillette gauche (p. 551). — AUTRICHE. *Société império-royale des médecins de Vienne :* Peste (p. 552).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Traitement des morsures de serpents par le sérum antivenimeux (p. 552).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du mal de Pott.

Compte rendu d'un rapport lu à l'*Académie de médecine*

Par M. MONOD.

Le traitement du mal de Pott, et particulièrement celui de la gibbosité qu'il détermine, est entré tout récemment dans une voie nouvelle, que d'aucuns qualifieraient volontiers de voie triomphale.

On s'en va répétant par la plume, par l'image, voire même par l'affiche au coin de nos rues populeuses, que le redressement des bossus n'est plus aujourd'hui qu'un jeu, que coupables seraient ceux qui voudraient soustraire leurs malades aux bénéfices d'une thérapeutique hardie, en apparence, mais en réalité sans danger et singulièrement efficace.

Jusqu'à quel point ces affirmations sont-elles fondées? Sommes-nous réellement en possession d'un traitement du mal de Pott qui en assure la guérison, et la guérison sans difformité? La question vaut assurément d'être examinée avec quelque attention.

L'Académie a entendu, dans ces derniers mois, trois communications sur ce sujet.

La première, et la non moins retentissante, est celle de M. le Dr Calot (de Berck).

M. Calot n'est certes pas le premier chirurgien qui ait songé à redresser les gibbosités pottiques (1); mais, et c'est là l'originalité de sa méthode, il pratique ce redressement en un seul temps (2), en ayant au besoin recours, pour atteindre le but, à la plus grande violence. Voici, d'après lui-même, comment il opère :

« Quatre aides solides, attelés deux à deux aux extrémités du patient, tirent en sens inverse, tandis que le chirurgien, les mains appliquées sur la gibbosité, exerce sur ce point une pression extrêmement vigoureuse, allant jusqu'à l'extrême limite de ses forces, jusqu'à ce que les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau, et même au-dessous des vertèbres voisines. On perçoit sous la main et l'on entend quelquefois des craquements osseux qui témoignent du désengrènement des deux segments rachidiens. »

M. Calot fait ordinairement précéder le redressement du rachis de l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ainsi que du segment de peau souvent épaisse qui les recouvre. Il peut ainsi mieux diriger ses pressions, et met son malade à l'abri des eschares qui pourrraient se produire sous l'appareil contentif, au niveau des pointes apophysaires.

Si la bosse est très vieille, il peut être indiqué de pratiquer, avant le redressement, une résection cunéiforme du rachis, — soit parce que les deux segments de la colonne malade se sont réunis, soit parce qu'on redoute, après avoir violemment écarté en avant les surfaces malades, qu'il ne reste de ce côté un hiatus qui ne puisse se combler; en enlevant en arrière un coin osseux à base répondant à la gibbosité, et à sommet antérieur, répondant à l'angle de flexion, on obtiendra le contact en ligne droite des deux segments de la colonne vertébrale.

Deux fois, mais deux fois seulement, M. Calot a pratiqué cette résection complémentaire, dont on ne saurait méconnaître les difficultés et les dangers.

Le redressement obtenu par l'un des moyens que je viens de dire, le malade est immobilisé dans un grand appareil plâtré, à la bonne application duquel M. Calot attache la plus grande importance. Cet appareil sera renouvelé 2 ou 3 fois, à des intervalles de 3 à 4 mois. Au bout de ce temps, l'enfant est autorisé à marcher avec un corset. La correction de la difformité a duré de 5 à 10 mois.

M. Calot nous disait, en décembre dernier, qu'il avait pratiqué 37 fois ce redressement de la gibbosité pottique, et cela avec des résultats immédiats parfaits. Non seulement il n'a pas eu de morts, mais jamais aucun accident.

La moelle, en particulier, n'a jamais paru souffrir de ces manœuvres; une seule fois, quelques phénomènes de lourdeur et de parésie des membres inférieurs, qui ont vite disparu. Bien plus, dans un cas, une paralysie existante a paru céder à la suite de l'opération.

Chez 2 opérés seulement, des abcès à distance (fosse iliaque, fesse), se sont montrés 4 à 6 mois après le redressement; ces abcès furent traités et guéris par les moyens ordinaires. Par contre chez 3 malades qui avaient, au moment de l'opération, des abcès par congestion dans la fosse iliaque, ces abcès se résorbèrent et disparurent spontanément.

Ces résultats sont presque trop beaux, et peu en rapport avec ce que l'on sait du traitement de la tuberculose osseuse en général et de celui du mal de Pott en particulier. Aussi M. Calot ne disconvient pas qu'il est, sans doute, tombé sur une série heureuse.

Encore aurait-il valu la peine de rapporter avec quelque détail des faits de cette importance. Mais M. Calot, préoccupé sans doute de ne pas fatiguer l'attention de l'Académie, s'est borné à nous donner de courtes notes sur les malades qu'il nous a présentés, et ces malades sont au nombre de 6 seulement.

Six observations sur 37 cas... c'est peu. Sur les autres, nous ne savons rien que les conclusions que M. Calot en tire. Nous ne savons rien, en particulier, ni du degré de la déviation, ni de l'époque de son apparition, point capital, comme nous le montrerons tout à l'heure. Nous avons quelques raisons de croire qu'il s'est presque toujours agi de gibbosités relativement récentes et peu prononcées, puisque, comme je l'ai dit, M. Calot n'a eu que deux fois recours à la résection orthopédique du rachis, manœuvre complémentaire qu'il réserve aux cas où la bosse est ancienne et accentuée.

Ces insuffisances sont plus manifestes encore si nous essayons de nous rendre compte des résultats définitifs de l'opération préconisée par M. Calot. Il nous dira sans doute qu'il n'est pas

1. V. LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, 1888, p. 234 et suiv.

2. Je dirai dans un instant que M. Chipault revendique pour lui a priorité de cette idée.

ici en faute, qu'un long temps, 6 mois au moins, est nécessaire pour que la guérison puisse être considérée comme assurée et que la plupart de ses opérés le sont depuis trop peu pour que l'on puisse juger encore du résultat définitif. A cela nous répondrons, à notre tour, qu'il eût peut-être mieux valu attendre plus longtemps avant de venir affirmer l'excellence d'un procédé dont les résultats ne peuvent encore être connus.

Quoi qu'il en soit à cet égard, ce n'est plus 6 cas (sur 37), mais bien 4 seulement qui demeurent. Le 5e enfant présenté, en effet, est l'un de ceux qui ont subi la résection cunéiforme; il était opéré depuis 9 mois, mais il n'y avait que 12 jours qu'il marchait et il ne pouvait encore se passer de corset.

Le 6e n'était opéré que depuis 4 mois, il était encore dans son appareil plâtré. Sa bosse était énorme, elle datait de 4 ans 1/2, conditions particulièrement défavorables; mais nul ne peut encore dire si la correction se maintiendra.

Pour les 4 opérés depuis 3 à 12 mois, ils nous ont été montrés redressés et libres de tout appareil, 1 depuis 15 jours, 2 depuis 2 mois, 1 depuis 6 mois. Pour 2 d'entre eux la gibbosité datait de 7 à 9 mois, pour 2 depuis 2 à 3 ans.

Ces résultats sont suffisants pour justifier l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Calot. S'ils se montrent semblables pour ses 33 autres opérés, notre confrère pourra bien dire qu'il a victoire gagnée.

Jusqu'ici il est simplement permis de conclure que l'opération paraît innocente, qu'elle donne un résultat immédiat excellent, mais toute réserve doit être faite pour les résultats définitifs.

La seconde communication dont j'ai à vous entretenir est celle de M. Chipault. Elle vous a été faite le 19 janvier 1897. Elle est intitulée : « Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires ».

Au redressement forcé, pratiqué à l'aide de manœuvres semblables à celles de M. Calot, M. Chipault conseille d'ajouter la ligature en 8 de chiffre à l'aide de fils d'argent des apophyses épineuses correspondant à la gibbosité. Il considère que c'est la le meilleur moyen de maintenir la correction obtenue. Il s'appuie pour soutenir cette opinion sur les recherches anatomo-pathologiques de M. Regnault, établissant « qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des arcs et des apophyses ». Les ligatures apophysaires qu'il recommande ne font donc que régler et hâter le travail de guérison dans le sens où il se fait spontanément.

Les résultats obtenus par M. Chipault dans cinq cas, où il ne s'agissait, il est vrai, que de petites gibbosités facilement réductibles, ont été excellents. Dans un sixième, la bosse était considérable et ancienne, mais le fait est trop récent pour pouvoir entrer en ligne de compte.

Il va sans dire que M. Chipault associe aux manœuvres de réduction et aux ligatures apophysaires l'immobilisation prolongée du malade, non dans un appareil plâtré, mais sur une planche *ad hoc* où il est maintenu à l'aide de sangles passant au niveau des aisselles, des hanches et des genoux.

Il est intéressant de voir que M. Chipault, comme M. Calot, a osé redresser de force des gibbosités pottiques et cela sans observer, plus que son confrère, des accidents résultant de cette réduction.

Mais ici encore les résultats éloignés ou définitifs n'ont été constatés que pour de petites gibbosités facilement réductibles.

Dans une nouvelle note lue à cette tribune le 6 avril dernier, M. Chipault s'est efforcé d'établir qu'il a eu avant M. Calot l'idée du redressement forcé, et en un seul temps, des gibbosités pottiques. Dans un article publié dans *la Médecine moderne* le 22 juillet 1896, c'est-à-dire 6 mois avant la communication de M. Calot, et avec ce titre « Un traitement nouveau du mal de Pott » il écrivait :

« J'ai, au dernier Congrès de chirurgie (1895) insisté sur l'intérêt de la technique nouvelle auprès de plusieurs de mes confrères, et, en particulier, auprès de mon ami Calot qui voulut bien me promettre de l'expérimenter largement. »

Comme les premières opérations de M. Calot datent de décembre 1895, c'est-à-dire des jours qui suivirent le Congrès de 1895, il semble bien que les tentatives déjà faites par son ami M. Chipault aient été pour quelque chose dans sa détermination.

Les deux auteurs ne diffèrent que sur un point, le mode suivant lequel ils assurent le maintien de la correction obtenue.

L'un ligature les apophyses épineuses et immobilise l'opéré sur une planche.

L'autre résèque, au contraire, volontiers les apophyses épineuses et enferme son malade dans un immense appareil plâtré. M. Calot soutient même que c'est dans la bonne construction de cet appareil qu'est le secret des succès qu'il obtient.

Je le veux bien. Mais le point vraiment original du procédé, comme je le disais il y a un instant, n'est-il pas la correction forcée et en un seul temps de la difformité?

Aussi semble-t-il que M. Chipault avait raison de nous dire que, « sans contester à son collègue et ami Calot le rôle important de vulgarisateur qu'il a joué, il réclamait pour lui-même la priorité (idée et exécution) de la réduction en un temps, sous chloroforme, de gibbosités pottiques ».

Il m'a paru du moins équitable de mettre sous les yeux de l'Académie les pièces de ce petit procès de revendication scientifique.

J'en viens à la dernière des trois communications que je vous rappelais en commençant ce rapport — celle toute récente M. Ménard (de Berck).

Avec M. Ménard nous entendons une tout autre cloche. Il condamne absolument les tentatives de ses confrères; il les considère comme dangereuses et forcément inefficaces (voir *Gazette*, p. 505).

A mon tour, Messieurs, de conclure et d'essayer de prendre parti entre des opinions aussi diamétralement opposées.

Il est un point sur lequel tout le monde sera, je crois, d'accord, c'est que certaines gibbosités devront être absolument respectées, et cela pour les raisons bien mises en lumière par M. Ménard. Ce seront celles où l'écart produit par le redressement sera tel que la consolidation sera matériellement impossible. Pour M. Ménard, ces cas sont de beaucoup les plus nombreux. Il en sera du moins ainsi, certainement, lorsque la bosse datera de quatre, cinq ans et plus.

A la crainte de voir, en pareille circonstance, la difformité se reproduire, on peut ajouter la possibilité d'accidents immédiats qui ne feront peut-être pas toujours aussi complètement défaut que dans l'heureuse série de M. Calot : ruptures des méninges adhérentes et hémorrhagies intra-rachidiennes, lésions des vaisseaux du médiastin et des organes intra-thoraciques; ouvertures d'abcès et de foyers tuberculeux avec infection consécutive, ou même tuberculose généralisée par suite du réveil d'une lésion qui demeurait isolée et enkystée, etc., etc.

Toutes ces éventualités sur lesquelles M. Lambotte (d'Anvers). dans un article récent, appelait avec raison l'attention, ne sont pas tellement improbables que l'on ne doive les faire entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de redresser des bosses déjà anciennes.

Je sais bien que chez l'un des opérés de M. Calot, la difformité, très accentuée, avait plus de 4 ans d'âge, et que non seulement le redressement n'a eu aucun effet immédiat fâcheux, mais que la correction paraissait se maintenir. Mais l'opération ne datait, en décembre dernier, que de 4 mois. Que si, chez cet enfant, la colonne reste droite après ablation de son appareil, force sera bien de reconnaître qu'une fois encore les faits peuvent avoir raison contre les meilleures théories. Mais, je le répète, ce fait démonstratif, nous le demandons, il n'existe pas encore.

A l'autre extrémité de la série se placent les gibbosités récentes, celles qui datent de 5, 6, 7 et 9 mois. J'avoue que, pour celles-ci, je comprends que l'on tente le redressement forcé. J'ai pu récemment assister mon collègue et ami, M. Brun, dans deux opérations de ce genre, auxquelles il avait bien voulu me convier, et j'ai pu constater avec quelle facilité la correction était obtenue, et, en apparence, au plus grand bénéfice des malades. Je ne sais si la guérison sera, de la sorte, plus rapide; du moins, on peut espérer qu'elle sera sans difformité.

M. Calot nous a présenté deux enfants opérés dans ces conditions et guéris. Le résultat est encourageant et autorise de nouvelles et semblables tentatives.

Restent les cas intermédiaires, gibbosités de deux, trois, quatre ans au plus, dans lesquels la détermination à prendre est assurément plus difficile.

En voici la preuve :

Des quatre malades opérés par M. Calot, et amenés ici libres de tout appareil, il en est deux, je l'ai dit, dont la gibbosité datait de deux à trois ans.

Or, la pièce si démonstrative que nous a montrée M. Ménard, celle sur laquelle le redressement pratiqué sur le cadavre avait produit un écart de plus de 4 centimètres de hauteur, correspondant à la destruction de trois corps vertébraux, vaste hiatus dont la disparition par consolidation osseuse paraît *a priori* impossible, avait été recueillie sur un enfant dont l'affection ne remontait pas à plus de trois ans.

Qu'est-ce à dire, sinon qu'il importe de tenir compte au point de vue des décisions à prendre non seulement de l'âge de la lésion, mais aussi de son degré?

Avant d'agir, il serait donc bon de pouvoir connaître le nombre des vertèbres atteintes. Il suffirait pour cela, d'après M. Ménard, de compter extérieurement les apophyses épineuses appartenant nettement à la courbure pathologique. A ce nombre correspond habituellement celui des corps vertébraux détruits.

Si l'on arrive, par ce moyen, à la conviction que ceux-ci le sont sur une hauteur telle que la cavité produite par le redressement doive nécessairement rester béante, mieux vaut assurément s'abstenir, alors même que la gibbosité daterait de moins de 3 ans. Dans le cas contraire, on serait autorisé à agir, même si la bosse avait cet âge.

Je m'efforce, vous le voyez, Messieurs, de préciser les indications de l'intervention, tout en ne me dissimulant pas que ces distinctions manquent encore de la base solide que peut seule donner une observation clinique prolongée.

En fait, la question est encore à l'étude et il faut attendre les résultats définitifs pour pouvoir préciser dans quels cas on pourra compter sur une correction durable. Sachons gré à MM. Chipault et Calot de nous avoir montré que le redressement brusque est possible sans danger (1), mais sachons gré aussi à M. Ménard de nous avoir mis en garde contre de trop cruelles désillusions.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Juin 1897.

Traitement du Mal de Pott.

M. Monod. — Voir page 541.

M. Péan adopte les conclusions de M. Monod et ajoute que, d'après sa pratique personnelle, le redressement est bien supporté. Dans un cas, il a vu cesser ainsi une paralysie qui jusque-là avait été rebelle. Il y a donc là une indication.

M. Berger admet que l'on redresse ces gibbosités, mais il veut dire à M. Péan que la paraplégie n'est pas une indication suffisante et que cette complication peut fort bien guérir sans cette manœuvre. Elle ressort, en effet non pas à la compression osseuse, en général, mais à la pachyméningite.

M. Le Dentu s'associe aux conclusions de M. Monod, et il pense que ce redressement, dont on a eu peut-être trop peur, entrera peut-être dans la pratique comme y est entré le redressement de la hanche, du genou. Sans doute, il faut se demander, avec M. Ménard, si la réparation sera possible, et, avant de se prononcer définitivement il faut attendre. En tout cas, M. Le Dentu veut confirmer sur la paraplégie ce qu'a dit M. Berger.

M. Monod dit que les faits anatomiques et cliniques ont démontré que le redressement ne paraît pas toucher à la moelle : tout se passe en arrière d'elle. Quant aux résultats définitifs, M. Monod répète qu'à son sens on ne doit pas se prononcer encore.

1. On a vu dans une récente séance de la Société de chirurgie (12 mai), que MM. Brun, Michaux, Poirier, Broca, sont entrés dans cette voie ou disposés à y entrer.

Traitement des prostatiques par la sonde à demeure avec déambulation. De l'atrophie consécutive de la prostate.

M. Bazy. — L'engouement passager qu'avait provoqué ce qu'on a appelé à tort la cystostomie sus-pubienne, et qu'il convient mieux d'appeler le méat hypogastrique, paraît aujourd'hui beaucoup tombé, malgré les efforts de M. Poncet (de Lyon) et de ses élèves.

Il est démontré, depuis longtemps pour nous, que la sonde à demeure peut remplacer, dans la plupart des cas, l'établissement d'un méat hypograstique.

Je viens aujourd'hui apporter un plaidoyer nouveau en faveur de la sonde à demeure; je viens montrer les avantages qu'elle peut donner dans des cas réellement graves. Il ne s'agit plus ici de la sonde à demeure laissée pendant quelques jours, quelques semaines avec séjour au lit. Il s'agit de la sonde à demeure, laissée pendant des mois, en permettant aux malades de se lever et de se livrer à leurs occupations habituelles.

Je ne ferai qu'indiquer la question, le sujet devant être développé à fond par mon interne Escat, que j'ai chargé, en raison de sa compétence particulière, du soin de poursuivre ces recherches, dès son entrée dans mon service, le 1er février dernier.

Dans mon travail sur le méat hypogastrique chez les prostatiques, j'avais signalé le fait d'un malade à qui j'avais, en 1895, laissé à demeure, pendant plus d'un mois, une sonde en caoutchoux rouge. Le séjour prolongé de cette sonde avait été nécessité par des difficultés renaissantes de cathétérisme. Au bout de ce temps, le cathétérisme avait pu devenir facile.

Mais voici un fait plus important, plus démonstratif. Ce n'est que la fin de l'histoire d'un malade dont j'ai publié les premiers détails dans un rapport lu à la Société de chirurgie, sur le méat hypogastripue, séance du 12 février 1896 : la miction normale s'est rétablie.

Cet homme a conservé sa sonde depuis le mois de mai 1895 jusqu'au mois de septembre 1896, c'est-à-dire pendant dix-huit mois. Avec cette sonde, il allait, venait, se livrait à toutes les occupations que peut avoir un vieillard de soixante-dix-sept ans.

J'ai observé encore une fois le même fait.

A quoi peut être dû le rétablissement de la miction spontanée chez ces personnes? Très probablement à la diminution considérable du volume de la prostate.

J'ai deux pièces anatomiques provenant de deux prostatiques infectés, morts dans mon service et qui avaient longtemps conservé la sonde à demeure.

Or, chez ces deux malades, la prostate, au moment des accidents pour lesquels ils étaient venu se faire soigner était volumineuse (la constatation avait été faite *de visu*, pour l'un d'eux qui avait été traité par un de nos collègues, et pour l'autre par moi au moyen du toucher rectal).

A l'autopsie nous avons constaté une prostate tout à fait atrophiée. Chez le premier malade, cette atrophie avait été constatée sur le vivant quelque temps avant la mort.

On voit donc que la sonde à demeure, longtemps portée, peut aboutir à un résultat aussi bon que la castration double, et sans entraîner cette odieuse mutilation. Je n'ai pas l'intention de dire qu'il en sera toujours ainsi, pas plus du reste qu'on ne peut répondre que la miction se rétablira après la castration double.

Kyste du canal de Gärtner.

M. R. Blanchard lit un rapport sur un travail de M. de Magalhaës (de Rio-de-Janeiro), relatif à un kyste séreux de la petite lèvre par dégénérescence d'un reste du corps de Wolff. Il s'agit d'une mulâtresse de 26 ans dont la tumeur, occupant la petite lèvre droite, pendait au-devant de la vulve. Cette tumeur, irréductible, se vidait, paraît-il, lors des grossesses, avec écoulement d'un liquide glaireux. La tumeur, qui gênait le coït, fut enlevée et la guérison se maintient depuis 14 mois. Le kyste est tapissé d'un épithélium prismatique et M. de Malgahaës conclut à un kyste wolffien par reste du canal de Gärtner. Les restes du corps de Wolff existent, dit Debierre, dans 79,3 p. 100 de femmes, mais leur dégénérescence kystique est très rare.

Calculs de l'uretère.

M. Doyon présente une série de calculs de l'uretère qu'il a pu extraire. Dans un de ces cas, le point intéressant est que le calcul, dont on avait nié l'existence, a été démontré par la radiographie. Deux fois, M. Doyon a enlevé ces calculs par la taille vaginale de l'uretère faite de deux côtés en une séance. Les calculs étant arrêtés en bas de l'uretère et ayant coudé l'uretère, le cathétérisme de l'uretère a été impossible aussi bien de bas en haut que de haut en bas après taille rénale. Après la taille rénale et la taille uretérale, si les voies d'excrétion sont perméables, la plaie se ferme d'elle-même sans aucune suture.

M. Tuffier lit une observation de grossesse extra-utérine sur laquelle M. Pinard fera un rapport.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance des 24 et 31 mai 1897.

Recherches physiologiques sur le muscle sphincter ani; particularité offerte par son innervation et sa contraction réflexe.

MM. Arloing et **E. Chantre** ont estimé que les dernières observations de MM. Goltz et Ewal sur des chiens dont la moelle épinière lombo-sacrée a été enlevée, appellent de nouvelles recherches sur la physiologie des muscles circulaires, le sphincter ani en particulier. Ils ont pensé que dans ces nouvelles recherches il fallait d'abord commencer par étudier comparativement le sphincter et un muscle strié volontaire ordinaire. Aujourd'hui, ils font connaître une particularité principale se rapportant à l'innervation et à la contraction réflexe du sphincter.

Après avoir décrit leur technique expérimentale, les auteurs font connaître les phénomènes qui se passent dans le sphincter lorsqu'on excite le bout périphérique et le bout central de l'un de ses nerfs, l'autre étant intact ou sectionné, et aussi ceux qui se passent dans le court péronier latéral par l'excitation de son nerf.

De leurs expériences, il résulte : 1° que le muscle sphincter est relié à la moelle par deux branches nerveuses paires comprenant chacune des neurones centrifuges et des neurones centripètes; 2° que ces derniers puisent dans le muscle en contraction une excitation ordinairement capable de mettre en jeu le centre moteur réflexe de l'organe; 3° qu'une contraction du sphincter entraînera une contraction subséquente plus ou moins prompte, plus ou moins énergique; 4° que, sous ce rapport, le sphincter diffère des autres muscles chez lesquels une secousse provoquée par l'excitation du nerf moteur n'entraîne pas de réaction apparente; que cette particularité rend compte de l'existence des mouvements rythmiques du sphincter (spontanés de quelques-uns) signalés par Goltz, Chauveau, etc.; 6° que l'appareil sphinctérien peut fournir, chez les mammifères, un excellent objet d'étude pour la démonstration physiologique des nerfs centripètes musculaires.

Ancienneté du tatouage employé comme moyen de traitement.

M. Fouquet (du Caire). — Depuis longtemps mon attention avait été attirée par des tatouages d'un aspect très particulier que présentaient certains malades. Composés uniquement de lignes ou de points, placés dans les régions les plus variées et souvent les moins apparentes, ils n'avaient aucun des caractères des tatouages que l'on observe habituellement.

Les sujets interrogés cherchaient presque toujours à faire une réponse évasive; je finis pourtant par savoir que ces raies et ces points étaient le fait d'un traitement presque toujours destiné à combattre soit une périostite, soit l'inflammation chronique d'une séreuse, gaine tendineuse ou synoviale articulaire, le plus souvent sans autre résultat que la trace indélébile d'un traitement inutile. Trois fois seulement j'ai observé des lignes parallèles tatouées au creux épigastrique pour des affections chroniques de l'estomac; six fois deux larges points bleus ou noirs aux tempes, comme traitement de la migraine; cinq fois des tatouages en forme de gril sur l'articulation du poignet ou sur les malléoles; une fois des points et des raies sur le genou d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de rhumatisme chronique. Sur 15 malades (dont 10 femmes), 7 affirmaient et déclaraient avoir retiré de bons effets de leur tatouage; chez 6, le résultat avait été nul; 2 regrettaient le traitement. L'opération est faite par des femmes qui traversent les quartiers indigènes du Caire en criant : « Faire les tatouages, percer les oreilles et couper les clitoris! »

La fréquence plus grande de ces pratiques chez les Coptes m'avait bien donné à penser qu'il s'agissait de la persistance d'un usage de l'ancienne Egypte, mais le hasard de mes recherches sur l'embaumement devait m'en fournir une preuve irréfutable, grâce à la momie d'une prêtresse d'Hator, qui vivait à Thèbes il y a environ cinq mille ans.

Cette momie fut développée par mes soins le 8 octobre 1891. Lorsqu'elle fut mise à nu, je me trouvai en présence d'une femme jeune encore, d'une maigreur extrême, aux traits tirés et contractés, la bouche ouverte et tordue par la souffrance. Le ventre, creusé en bateau, portait, d'une façon très visible, trois séries de tatouages et de scarifications, les dernières faites assez longtemps avant la mort pour avoir laissé des cicatrices apparentes se détachant en blanc sur le ton jaunâtre de la peau et formant une légère saillie.

Ces petits traits, colorés en bleu foncé, ont la plus grande analogie avec les tatouages observés sur les Coptes de notre époque. Ils sont formés de lignes colorées ayant sensiblement la même longueur que les espaces de peau saine qui les séparent. Leur examen sur la momie ne peut laisser aucun doute dans l'esprit : il s'agit du traitement d'une affection du petit bassin et très probablement d'une pelvi-péritonite.

Statistique médicale du corps d'occupation de la Cochinchine.

M. le prof. **Lannelongue** présente à l'Académie, au nom de M. le Dr **Bonnafy**, médecin en chef de la marine, un travail de statistique médicale du corps d'occupation de la Cochinchine.

Ce travail embrasse une période de 28 années, de 1861 à 1888. Dès le début, en 1861, année par excellence de l'action militaire, la mortalité a atteint le chiffre de 115 p. 1000; elle est descendue à une moyenne de 13,9 pour 1000 durant les 10 dernières années.

En comparant la mortalité, durant cette dernière période de dix années, avec celle des corps d'occupation stationnés dans les pays inter-tropicaux, c'est-à-dire dans l'Inde anglaise et les Indes orientales néerlandaises, on trouve les résultats suivants :

Cochinchine	16,9 pour 100
Indes anglaises	16,2 —
Indes orientales néerlandaises	30,3 —

Notre mortalité, bien inférieure à celle des Hollandais, est légèrement plus élevée que celle des Anglais.

Par contre, la morbidité comparée, durant cette même période de dix années, donne des résultats qui nous sont particulièrement avantageux :

Cochinchine	90,7 pour 1000
Inde anglaise	152,1 —
Indes orientales néerlandaises	260,6 —

L'auteur en conclut que l'âge minimum auquel le soldat peut utilement servir aux colonies serait vingt-deux ans, limite fixée pour les soldats anglais servant dans l'Inde.

En second lieu, il estime qu'il serait utile de promulguer dans nos colonies et spécialement dans l'Indo-Chine, dont le corps d'occupation est de 20 000 hommes, la loi du 7 juillet 1877 sur l'hospitalisation des militaires dans les établissements civils, loi par laquelle les soldats sont placés dans des salles spéciales, dites salles militaires et traités par leurs médecins militaires, ordinairement les médecins régimentaires de la garnison, comme cela se pratique, du reste, dans la métropole et en Algérie.

Appréciation médico-légale des lésions traumatiques au moyen des rayons de Röntgen.

M. Foveau de Courmelles. — J'ai eu l'occasion d'observer ces temps derniers un ouvrier couvreur, victime d'un accident dans l'exercice de sa profession (fracture du péroné vers son tiers inférieur), qui a pu faire reconstituer par la radiographie l'état de sa lésion osseuse, laquelle remontait à plus d'un an.

La visibilité du cal et la forme des fragments rapprochés ont décelé l'infériorité professionnelle de cet homme et lui ont permis d'actionner son patron en justice.

Ce procédé de reconstitution des lésions osseuses longtemps après l'accident peut également être un moyen de reconnaître les individus dont on retrouverait, par suite de crimes ou de catastrophes, des membres isolés.

L'âge des lésions et l'identité individuelle peuvent être ainsi révélés par les rayons X.

Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires.

M. J.-P. Morat. — Dans une précédente note j'ai indiqué des faits physiologiques démontrant l'existence d'éléments nerveux *centrifuges* dans les racines *postérieures* médullaires, et j'ai insisté sur les caractères un peu particuliers de la dégénération de ces éléments après section. Les accidents qui se produisent à la suite de cette section sont des phénomènes d'ordre *trophique* et surviennent dans le champ de distribution de ces nerfs centrifuges, lesquels sont des nerfs fonctionnels. Ainsi l'on voit, sur la face plantaire des orteils du membre correspondant aux racines sectionnées, apparaître, après un temps variable (rarement moins d'un mois), des ulcérations qui vont grandissant en largeur et en profondeur ; il y a chute des poils et des ongles, épaississement des os, infiltration et induration du derme et du tissu conjonctif sous-cutané, toutes lésions qui rappellent celles que l'on a décrites en clinique sous le nom de *mal perforant* du pied.

Influence du poids tenseur sur la chaleur dégagée par le muscle pendant la contraction.

Mlle M. Pompilian. — Nous avons repris l'étude des phénomènes thermiques de la contraction musculaire par la méthode thermo-électrique. Nos expériences, faites sur le cobaye chloralisé, ont démontré : 1° que dans le cas d'excitation neuromusculaire directe, à mesure que le poids augmente, la chaleur dégagée va en diminuant ; 2° que la proportionnalité inverse ne se retrouve pas dans le cas de contraction réflexe. Ici, la contraction est d'autant plus forte et la chaleur dégagée d'autant plus grande que le poids à soulever est plus fort. Il en est de même dans le cas de contraction volontaire.

Dans ces deux cas, ce n'est plus une excitation de même intensité et d'égale durée, comme dans le cas d'excitation neuromusculaire directe, qui détermine la dépense d'énergie dans le muscle, mais le système nerveux intervient et proportionne, par une action réflexe immédiate, l'énergie dépensée au travail qui est à effectuer.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 Juin 1897.

Occlusion du pylore par un calcul biliaire.

M. Montprofit (d'Angers) présente l'estomac d'une femme qui a succombé à des signes d'obstruction pylorique, que la laparotomie exploratrice n'avait pu conjurer. Cet estomac, dilaté, descendant jusqu'au pubis, renfermait des corps étrangers et des aliments non digérés. En palpant le pylore, on sent un corps arrondi, qui au stylet donne un bruit sec. En ouvrant, on voit qu'il s'agit d'un calcul biliaire, arrêté au niveau du pylore, enclavé entre deux replis : l'un le séparant de l'estomac, l'autre du duodénum.

La dissection des parties voisines révèle une adhérence du fond de la vésicule biliaire à la région duodéno-stomacale. La vésicule renferme encore un calcul. Une fistule cicatrisée conduit à l'estomac, une autre, encore perméable, arrive dans la cavité duodénale. Le calcul, arrêté au pylore, a été déversé dans l'estomac par la vésicule.

La gastro-entérostomie eût sauvé la malade.

Ovaro-salpingite tuberculeuse.

M. Faitout présente des pièces de salpingo-ovarites tuberculeuses. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans entrée dans le service de M. Nélaton, pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Après évacuation par laparotomie d'une assez grande quantité de liquide péritonéal, M. Nélaton, suivant la pratique qu'il recommande, fit l'exploration du petit bassin pour savoir si les ovaires ou les trompes n'étaient pas le point de départ de la tuberculose péritonéale. Comme la séreuse abdominale, les organes étaient parsemés d'un très grand nombre de granulations de volume variable ; l'ovaire droit était complètement caséeux, les deux trompes contenaient en abondance du pus tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 Juin 1897.

De la main succulente dans l'hémiplégie.

MM. A. Gilleur et **Garnier** ont observé chez une hémiplégique l'aspect spécial de la main décrit par M. Marinesco sous le nom de *main succulente* et considéré par cet auteur comme caractéristique de la syringomyélie. Il s'agit dans le cas actuel d'une femme de 53 ans qui a eu une attaque d'hémiplégie gauche à l'âge de 31 ans, attaque dont la cause reste indéterminée ; cette attaque n'a laissé après elle qu'une diminution de la force musculaire et des troubles vaso-moteurs et trophiques. Ces troubles donnent à la jambe un aspect éléphantiasique et à la main la forme de la main succulente. Toutefois il n'y a pas ici d'atrophie musculaire appréciable, et c'est ce qui différencie cette main succulente de celle de la syringomyélie.

Action des toxines sur des parasites végétaux non bactériens.

MM. Mangin et **Charrin.** — On connaît les actions directes d'un microbe sur un microbe, attendu que Guignard et Charrin ont montré que si on fait agir des toxines sur la bactéridie, on observe des modifications dans la forme, la pullulation, le développement.

Depuis quelques mois, nous avons étudié comment se comportent certains parasites, l'aspergillus glaucus, des variétés de penicillium, le muguet, etc., ensemencés sur des milieux épuisés par le développement des germes. Or, dans ces conditions, en semant ces végétaux sur des bouillons où a vécu le bacille de Löffler, de la tuberculose, du pus bleu, etc., on obtient de très belles cultures ; c'est l'inverse des phénomènes enregistrés à propos des bactéries.

De même, ces végétaux résistent beaucoup plus à certains agents tels que les sels de cuivre, le sulfate ou le chlorure d'or.

Ces expériences éclairent la question des antiseptiques, en prouvant une fois de plus que, suivant les groupes, la valeur d'un produit varie. Mais elles sont surtout intéressantes au point de vue de la pathologie générale.

Quand une infection favorise une infection, le premier germe agit en partie par ses toxines, en affaiblissant le terrain ; c'est un effet indirect ; ces toxines n'exaltent pas la virulence du germe venu secondairement.

Quand le parasite qui s'associe à un microbe appartient à une catégorie plus élevée, les toxines peuvent agir sur lui directement ; peut-être doit on attribuer à l'imprégnation des tissus par des sécrétions microbiennes, qui les altèrent aussi les cellules, la facilité avec laquelle on observe des mycoses dans les poumons des bacillaires.

On sait, du reste, par nos études, que les préférences alimentaires ne sont pas absolument identiques ; c'est ainsi que des variétés d'oïdium recherchent les principes hydro-carbonés plus que certaines bacilles très avides d'éléments protéiques ; on a là un commencement d'explication pour ces phénomènes intéressants en biologie générale.

Les lésions des cellules du système nerveux central après l'ablation des capsules surrénales.

M. Donetti a pratiqué l'ablation des deux capsules surrénales par la voie dorso-lombaire chez des cobayes et des lapins. Les animaux sont morts plus ou moins longtemps après l'opération suivant leur degré de résistance individuel.

L'examen du système nerveux central fut pratiqué avec la méthode de Nissl : l'auteur a trouvé des lésions disséminées partout mais beaucoup plus marquées au bulbe ; les altérations étaient de degré variable. Certaines cellules avaient leur protoplasme gonflé et un noyau vésiculeux plus ou moins périphérique ; d'autres qui semblaient diminuées de volume n'avaient plus de noyau et la substance chromatique était plus ou moins détruite ; ce qu'il en restait avait un aspect granuleux. Dans le protoplasme cellulaire on trouvait des stries et des vacuoles brillants. Les prolongements présentaient des altérations analogues aux altérations des cellules.

Pouvoir agglutinatif du sérum dans les infections expérimentales et humaines à pneumocoques.

MM. F. Bezançon et **V. Griffon.** — Nous avons étudié au point de vue de l'agglutination les propriétés du sérum au cours de l'infection pneumococcique expérimentale et chez des malades atteints d'affections pneumococciques variées. Chez des animaux porteurs de lésions pneumococciques locales, le sérum prélevé pendant la vie possède à un degré considérable le pouvoir agglutinatif. Si l'on ensemence le pneumocoque dans un tube de ce sérum, le milieu porté à l'étuve ne se trouble pas, comme le fait le sérum de lapin normal, mais reste limpide et présente en son fond une véritable capsule caverneuse, consistante, que le microscope montre formée par d'énormes amas de diplocoques encapsulés. L'intensité de ce pouvoir est telle que la réaction persiste encore dans des dilutions au 1/50 dans le bouillon.

Nous avons étudié le sérum de 7 malades porteurs de lésions à pneumocoques et comparativement le sérum de 10 individus sains.

Nous avons dû, pour cette étude, renoncer à la technique décrite par M. Widal pour la fièvre typhoïde, le pouvoir agglutinatif ne paraissant pas exister généralement à un degré suffisant dans le sérum des pneumocoques pour que l'on puisse le déceler dans les milieux dilués. Nous avons, comme dans nos recherches expérimentales, ensemencé directement le pneumocoque dans le sérum des malades, porté à l'étuve à 37°, et examiné au bout de 24 heures. Tandis que dans le sérum d'individus sains le pneumocoque pousse mal et ne donne que de rares diplocoques encapsulés, dans le sérum d'individus porteurs de lésions pneumococciques, comme nous l'avons vu dans 5 cas, le microbe pousse plus abondamment, perd sa capsule et s'agglutine en chaînettes plus ou moins longues, isolées ou enchevêtrées, rappelant ainsi, à un degré moindre, la culture du pneumocoque en sérum de lapin vacciné.

Dans 2 cas, la propriété agglutinante a tout d'abord semblé manquer ; mais l'étude du microbe isolé dans ces 2 cas nous a conduits à une constatation importante. Cultivés dans le sérum de lapins fortement infectés par le pneumocoque vulgaire, les 2 microbes n'ont pas été agglutinés ; cultivés par contre dans le sérum des malades qui en étaient porteurs, ils ont donné avec une grande netteté le phénomène de l'agglutination. Dans un cas, il était tellement intense qu'il était décelable même dans les dilutions. L'un de ces microbes différait d'ailleurs du pneumocoque vulgaire tant par ses caractères morphologiques que par les lésions toutes spéciales, expérimentales, humaines, qu'il détermine.

En somme, si cette constatation rend moins simple qu'on aurait pu l'espérer la pratique du séro-diagnostic des infections à pneumocoques, elle nous apporte du moins cette notion de la pluralité des races pneumococciques au point de vue de l'agglutination.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 Juin 1897.

Traitement de la coxalgie chez l'enfant.

M. Broca. — Je pourrai être très bref, car c'est sur des détails seulement que je diffère d'avis avec M. Kirmisson. Notre principe fondamental est le même : la résection de la hanche — comme toutes les résections précoces — est chez l'enfant une mauvaise opération, et le traitement doit être essentiellement conservateur.

Pour la coxalgie au début, sans attitude vicieuse, je préfère l'extension continue sur la planche de Lannelongue à l'appareil plâtré. Je reconnais que cet appareil, dont les partisans sont nombreux, peut donner de bons résultats, mais j'aime pouvoir surveiller constamment la région. L'enfant une fois plâtré, les parents ont trop tendance à le laisser marcher, et assez souvent, quand on retire l'appareil, on trouve sous lui un abcès qu'on a laissé évoluer. C'est à mes yeux surtout un appareil de convalescence, et encore peut-on s'en passer, si on fait alors marcher le sujet avec des béquilles, une semelle haute surélevant le membre sain et une semelle de plomb faisant l'extension du membre malade.

Pour la coxalgie non suppurée mais avec attitude vicieuse, l'extension continue seule reste souvent insuffisante et alors je crois formellement indiqué le redressement brusque sous le chloroforme. Moins que M. Kirmisson je crains la tuberculose aiguë consécutive, et sur ce point je suis de l'avis de mon maître Lannelongue, que citait M. Reclus à notre dernière séance : je me borne aujourd'hui à cette profession de foi, quitte à la documenter si le débat s'engageait spécialement sur ce point. Quelquefois, après redressement, l'extension ne peut prévenir le retour de la déviation : alors surtout est indiqué à mon sens le grand appareil plâtré.

Lorsque la coxalgie est suppurée, on obtient de bons résultats par l'injection d'éther iodoformé, mais je crois les insuccès plus rares que ne le pense M. Ménard, moins même que M. Kirmisson, et après échec avéré de la première je prend le bistouri. Mais alors je me déclare incapable — et si c'est par maladresse je crois que je serai en bonne compagnie — d'obtenir un nettoyage « intégral » tel que je puisse réussir sans drainage. Même pour les jointures accessibles, pour le coude, le genou, ce nettoyage « intégral » des parties molles me paraît bien aléatoire ; à plus forte raison pour la hanche. Quant aux os, à supposer que l'on puisse enlever radicalement la tête, le col et au besoin une partie de la diaphyse de fémur, il resterait les lésions cotyloïdiennes, constantes à cette période. Pour celles-là, on n'est armé que de la curette : or je crois exceptionnel que dans un os spongieux tuberculeux, même superficiel, la curette fasse une besogne assez radicale pour permettre la réunion sans drainage.

M. Brun est partisan du grand appareil plâtré et ne conserve l'extension continue que dans les cas où il existe de la douleur. Une fois l'appareil mis, on fait adapter au pied sain une bottine à semelle et à talon élevés, et le petit malade marche avec des béquilles sans s'appuyer sur le membre malade. On peut ainsi soigner beaucoup plus d'enfants qu'on ne pourrait le faire si on immobilisait les malades dans le lit.

Quand il existe une position vicieuse, M. Brun pratique le redressement du membre pour pouvoir l'immobiliser dans une bonne position. Il n'est nullement convaincu de la production des auto-inoculations tuberculeuses sur le redressement. Depuis 3 ans, il a vu un enfant mourir de méningite 3 semaines après un redressement brusque de la hanche. Par contre, il a recueilli 5 observations d'enfants présentant des tuberculoses chirurgicales auxquelles on n'a pas touché, et qui sont cependant morts aussi de méningite. C'est que la méningite est la fin de la plupart de

ces malheureux chroniques qui ont des fistules intarissables auxquelles on ne touche pas.

Comme tout le monde, M. Brun traite les abcès de la coxalgie par les injections modificatrices, et plus spécialement par le naphtol camphré, sans attacher, du reste, grande importance à la nature du liquide injecté. Dans aucun cas, il ne s'acharne à répéter ces injections et jamais il ne va jusqu'à 8 ou 10 injections dans le même abcès. En présence d'un abcès qui se renouvelle après les ponctions, il n'hésite nullement à employer le bistouri, à ouvrir largement, et à racler à la curette les parois de la poche.

Quant au curetage intégral, il le croit impraticable.

M. Reynier estime que les indications de tel ou tel appareil varient suivant les cas et suivant la position sociale de l'enfant. L'essentiel est de changer les conditions hygiéniques.

M. Quénu préfère l'extension continue de Lannelongue qui donne d'excellents résultats, aussi bien dans les coxalgies au début, que dans les coxalgies avec abcès. Dans ces derniers cas, M. Quénu pratique volontiers la tunnellisation de l'os et le drainage de l'articulation à travers le grand trochanter.

Kystes hydatiques du rein.

M. Houzel (de Boulogne) rapporte deux cas d'intervention transpéritonéale pour kystes hydatiques du rein.

Le premier se rapporte à une femme de 26 ans, chez laquelle on trouva un rein unique occupé par un énorme kyste hydatique. On ne fit pas l'ablation complète de l'organe, mais un moignon glandulaire fut laissé. La malade mourut d'urémie le 5e jour.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 43 ans, qui éprouvait des crises de coliques néphrétiques depuis l'âge de 12 ans. A l'opération on trouva le rein occupé par une poche bourrée d'hydatides filles, ce qui donnait au contenu un aspect gélatineux. Le kyste fut ouvert et les parois de la poche fixées à la peau. Le malade guérit.

M. Kirmisson préférerait la voie lombaire à la voie transpéritonéale. Il se demande si, dans les cas où l'on n'est pas sûr de la dualité des reins, il ne faudrait pas pratiquer systématiquement la cystoscopie, qui permettrait de voir s'il y a deux uretères.

M. Peyrot a opéré par la voie transpéritonéale 4 cas de kyste hydatique du rein. Dans son premier cas, la malade mourut de septicémie, à la suite de la rupture de l'estomac dans la cavité péritonéale quelques jours après l'opération. Les 3 autres ont guéri après ouverture et drainage de la poche.

M. Bazy a opéré 2 cas de kyste hydatique du rein par la voie transpéritonéale. Dans un de ces cas, l'injection de 40 grammes de sublimé au millième donna au malade une élévation considérable de température.

M. Lucas-Championnière est partisan de la voie lombaire.

Hydronéphrose volumineuse vidée par cathétérisme des uretères.

M. Schwartz présente un malade qui était porteur d'une hydronéphrose droite très volumineuse, qui fut vidée en trois séances différentes de cathétérisme des uretères.

M. Lejars présente des radiographies montrant la disposition de grains de plomb dans la main d'un malade qui a reçu un coup de fusil de chasse.

M. Quénu présente un malade auquel il a enlevé un carcinome rectal adhérent à la prostate. Le malade a repris ses occupations, il rend ses selles par un anus-périnéo-coccygien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 Juin 1897.

Helminthiase à forme dysentérique provoquée par l'ascaris lumbricoides et le trichocephalus dispar.

MM. Sabrazès et Cabannes. (de Bordeaux). — Un enfant de 6 ans a, depuis quelques années, quelques troubles intestinaux vagues suivis d'expulsion de lombrics, lorsqu'en novembre 1896 il est pris de coliques violentes, avec épreintes, besoins impérieux diurnes et nocturnes, diarrhée glaireuse et muqueuse avec hémorrhagies. Cet état se perpétue et l'enfant va s'anémiant. On pense à une dysentérie chronique et on administre successivement de l'ipéca et de l'extrait de racine de simarouba.

L'examen microscopique vient lever l'inexactitude du diagnostic en montrant une véritable débâcle d'œufs d'ascaris lumbricoides et de trichocephalus dispar et l'absence de vibrions, d'amibes et d'anguillules. Le traitement anthelminthique a fait évacuer, en 2 jours, 12 lombrics et des trichocéphales, et mis fin brusquement à cet état de pseudo-dysentérie.

Dans cette observation, on peut relever une autre particularité intéressante; c'est l'existence, en très grand nombre dans les selles, des cristaux losangiques de Charcot, ce qui montre que ces cristaux ne sont pas l'apanage exclusif de l'ankylostomiase.

La bicyclette dans l'étiologie et la thérapeutique médicales.

M. L.-H. Petit rapporte cinq nouveaux cas de mort survenue à bicyclette ou immédiatement après, et attribuables à une maladie du cœur. Il en conclut que les sujets atteints d'une affection cardiaque doivent s'abstenir de cet exercice ou du moins ne s'y livrer qu'avec une extrême modération. Il en est de même des phthisiques. Par contre, les prédisposés à la tuberculose en retirent de bons effets, de même que les sujets atteints de certaines affections nerveuses, telle que la neurasthénie.

M. Rendu, qui a observé des complications d'apparence très grave qui étaient sous la dépendance d'aortite à laquelle parut succéder un certain degré de dilatation de l'aorte, avec état syncopal, apparaissant immédiatement après la montée d'une côte et symptômes ultérieurs d'aortite, pense que l'usage de la bicyclette doit être déconseillé après un certain âge, ou tout au moins que cet usage doit être très prudent lorsque le cœur et les vaisseaux ont perdu leur souplesse.

M. Le Gendre a vu l'usage de la bicyclette faire apparaître une affection cardiaque latente jusque-là, dans un cas de rétrécissement mitral.

Il est bon également de savoir que certaines personnes sont gênées par leur cœur, parce qu'elles ne savent pas bien respirer, ou plutôt parce qu'elles ne peuvent pas bien respirer à cause d'affections nasales; il faut, dans ces cas, songer d'abord à améliorer la perméabilité des fosses nasales.

D'un autre côté, M. Le Gendre a constaté que, chez les femmes qui ont des règles abondantes, l'exercice modéré à bicyclette amène une amélioration.

M. Hallopeau attire l'attention sur un phénomène qui traduit la fatigue cardiaque : une pause qui apparaît toutes les 50 ou 100 pulsations.

M. P. Merklen a vu cette pause cardiaque survenir vers 40 ans, après une fatigue quelconque. C'est un phénomène assez banal de fatigue cardiaque.

M. Debove a trouvé ces intermittences cardiaques en dehors de toute fatigue, et dans un cas elles se montraient surtout au repos, et, de préférence, le soir, au moment où le sommeil se produit.

M. Faisans estime que toute la question est de savoir si le sujet qui veut faire de la bicyclette est bien portant de par le cœur et de par les vaisseaux; si oui, la bicyclette doit être recommandée.

Les tuberculeux ne doivent pas monter à bicyclette car ils sont déjà tachycardiques, et la bicyclette exagérerait cette tachycardie. Par contre, les tuberculeux guéris peuvent en faire, et on pourrait dire doivent en faire, d'une façon modérée toutefois. De même pour les névropathes : loin d'être défavorable, la bicyclette peut rendre service.

M. Debove résume toute la discussion en disant que, en tout, l'excès est nuisible; l'excès d'un surmenage quel qu'il soit affecte le cœur. En somme, il y a deux catégories de sujets : 1° les malades qui, en règle générale, doivent s'abstenir de tout sport; 2° les sujets bien portants qui doivent se livrer à

l'usage de la bicyclette, mais avec une certaine défiance, car ce sport est très entraînant et le surmenage facile, mais ce surmenage n'a rien de spécial.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances des 26 Mai et 2 Juin 1897.

Râles caverneux rhythmés par le cœur.

M. Bonnet présente une malade du service de M. Lannois, atteinte de tuberculose pulmonaire. A l'auscultation de la partie moyenne du poumon gauche en arrière, on entend des râles caverneux rhythmés par le cœur. Ces râles ont un tel éclat qu'on les perçoit à distance. Comme dans tous les cas analogues, la malade a eu antérieurement de la pleurésie qui a laissé des adhérences. C'est par leur intermédiaire que le cœur imprime au poumon des alternatives de compression et de décompression donnant lieu à ces râles au niveau d'une caverne.

Actinomycose appendiculo-cæcale.

M. Viaunay présente des pièces provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Gangolphe, mort d'actinomycose appendiculo-cæcale. Depuis 3 ans, il avait des crises douloureuses rappelant la colique appendiculaire; en même temps se développait une induration gagnant peu à peu la région hypogastrique et les fosses iliaques. Deux interventions successives conduisirent sur un foyer purulent, contenant des grains jaunes. Le diagnostic d'actinomycose fut confirmé par l'examen microscopique, dû à M. L. Dor.

Le malade mourut quelque temps après; l'affection avait gagné le psoas, l'articulation coxo-fémorale et des fusées purulentes s'étaient ouvertes dans la cuisse. L'autopsie montra que l'appendice portait une perforation à bords violacés et noirâtres. Il était fixé au milieu d'adhérences solides qui l'unissaient à la portion terminale de l'iléon et à l'anse intestinale sus-jacente. C'est en ce point que semblait être l'origine du processus. Il n'y avait pas de lésions intestinales, ni d'autres foyers actinomycosiques dans les viscères.

Pleuro-péricardite suppurée expérimentale.

M. P. Courmont a isolé, dans le pus d'une pleurésie putride de l'homme, accompagnée de péricardite, un bacille qu'il a inoculé sous la peau d'un lapin. L'animal est mort avec une pleuro-péricardite suppurée.

Du cancer musculaire lisse.

MM. Paviot et **Bérard** ont étudié 6 cas de tumeurs utérines (cysto-sarcomes, dégénérescences myxo-sarcomateuses, etc.), provenant du service de M. Fochier.

Ils pensent que le sarcome de l'utérus ne représente pas une notion plus définitive que ne le fut celle des sarcomes des autres organes ou tissus. Ceux-ci ont été peu à peu distraits de cette classe trop générale, à mesure qu'on les a mieux connus. L'origine musculaire de ces tumeurs, telle qu'elle a été soutenue par Kahlden, Williams, Pick, est seule capable d'expliquer tous les faits; elle est en conformité avec la loi générale, la fibre musculaire lisse ayant son cancer comme tout tissu. La transformation des cellules myomateuses en cellules sarcomateuses ne peut être admise pour ce que l'on appelle le sarcome d'emblée. Les fibres-cellules que l'on trouve dans les sarcomes utérins ne sont ni les fibres lisses préexistantes de l'utérus, ni les cellules d'un myome bénin subissant l'évolution maligne; elles représentent l'aboutissant naturel du mode évolutif fatal des cellules dites sarcomateuses vers la fibre musculaire lisse.

La prétendue dégénérescence myxoïde, kystique ou colloïde de certaines tumeurs malignes du muscle utérin, n'est pas une dégénérescence, car, loin d'être des points de diminution de nutrition, les zones mucoïdes sont le siège d'un processus d'accroissement suractif, c'est là qu'apparaissent les cellules les plus petites et les plus embryonnaires de la tumeur; enfin, il est un fait d'expérience que ces zones permettent d'affirmer que la tumeur s'accroissait (Tripier).

Traitement du zona par le salicylate de méthyle.

M. Chambard-Hénon a traité par les badigeonnages de salicylate de méthyle un cas de zona intercostal classique, rebelle à l'antipyrine. Une amélioration très notable a été obtenue.

M. Lannois a essayé le salicylate de méthyle dans un grand nombre de cas, depuis sa communication au Congrès de Nancy, où il le préconisait dans le rhumatisme articulaire aigu, et surtout chronique. Il a constaté que l'élément douleur était atténué, sauf dans de très rares cas.

M. L. Dor a eu également à se louer du salicylate de méthyle dans deux cas de névralgies oculaires.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 31 Mai 1897.

Médication thyroïdienne dans les fractures.

M. Poncet lit au nom du Dr **G. Gauthier** (de Charolles) un mémoire intitulé : médication thyroïdienne dans les fractures avec retard de consolidation.

Dans deux observations de fractures (fractures du tibia au 1/3 inférieur, du radius à la partie supérieure) avec absence de consolidation après plusieurs mois de traitement, la médication thyroïdienne amena promptement un cal solide. C'est la première fois que le traitement thyroïdien est employé dans le but d'activer la formation d'un cal retardé.

M. Lépine rappelle que l'année dernière il a publié un cas de myopathie qui avait été très notamment amélioré par le traitement thyroïdien appliqué d'une façon énergique.

Après une rechute, un nouveau traitement a été également suivi de succès.

M. Lépine croit que lorsque la myopathie est au début, le traitement peut être d'une grande utilité; après le cas qu'il a publié, et qui est le premier, un second a paru en Allemagne.

Thrombus de la vulve.

M. Vinay rapporte l'observation d'une malade de son service qui a présenté un thrombus de la vulve au 6e mois de la grossesse. On sait que ces hématomes des grandes lèvres se produisent le plus souvent au moment de l'accouchement.

L'infection étant menaçante, on fit une large ouverture pour évacuer l'épanchement sanguin. Les suites furent bonnes.

Sur le valeur clinique du pyramidon.

M. Lépine n'a eu qu'à se louer de l'emploi du pyramidon comme analgésique chez une vingtaine de nerveux. Habituellement il suffit, pour calmer les douleurs, chaque jour de deux ou trois doses, chacune de vingt-cinq centigrammes. Chez un tabétique, souffrant de douleurs fulgurantes atroces, qui résistaient à tous les agents connus, y compris la morphine, le pyramidon a dû être employé à la dose de 3 grammes par jour. Les douleurs ont été calmées complètement. Pour le moment M. Lépine n'oserait aller au delà de cette dose. Il n'a d'ailleurs observé aucun inconvénient de son emploi. — Jusqu'ici tous les malades ont préféré 1 gramme de pyramidon à 3 grammes d'antipyrine; l'estomac notamment le tolère mieux que l'antipyrine. Enfin, chez un typhique rebelle aux bains froids, M. Lépine a eu accidentellement recours à une dose de vingt-cinq centigrammes de pyramidon toutes les trois heures. Il y a eu un abaissement notable de la température, aucun effet fâcheux. Le malade dont l'état était grave, a bien guéri. En résumé M. Lépine pense que le pyramidon est un analgésique qui semble fort recommandable et qui mérite d'être expérimenté sérieusement.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 13 Avril 1897.

Étude de la disposition normale des fibres musculaires de l'utérus d'après une série de coupes.

M. Fieux. — Je présente des coupes d'utérus dont la méthode de coloration permet de différencier nettement le tissu conjonctif du tissu musculaire et de se rendre compte de leur disposition. Elle montre que s'il est peu de chose à ajouter sur la musculature des zones supérieure et moyenne, il n'en est pas de même au niveau du segment inférieur, région que les auteurs précédents n'ont pas différenciée du reste de l'organe au point de vue du détail et de la structure.

Brusquement au niveau de la grosse veine circulaire, limite supérieure du segment inférieur, les fibres circulaires disparaissent, les fibres longitudinales de la couche interne et de la couche moyenne se groupent en un faisceau unique qui longe le tiers moyen, à peu près de toute la longueur du segment inférieur. Tout le reste est conjonctif.

Cette disposition permet de comprendre la formation de l'anneau de contraction. Cet anneau n'est pas le résultat d'une musculature spéciale à ce point. C'est la fin brusque à ce niveau de l'anse musculaire circulaire : au-dessus l'organe peut se rétracter et se contracter de la périphérie vers le centre, au-dessous il ne peut le faire qu'en longueur, c'est pourquoi il reste flasque.

Dans la portion sus-vaginale, on retrouve la même disposition qu'au segment inférieur. Dans le tiers interne, fibres musculaires longitudinales, partie moyenne et interne, rien que du tissu conjonctif. Tout à fait à l'unisson du segment inférieur et du col, se voient entre les fibres longitudinales et en dedans d'elles quelques faisceaux circulaires; ces derniers représentent sans doute l'orifice interne. Enfin le museau de tanche est exclusivement conjonctif, le tissu est purement fibrillaire et farci de larges capillaires dilatés, c'est un bloc conjonctif vasculaire, absolument dépourvu de fibres musculaires. Toutes les fibres longitudinales de la portion sus-vaginale se perdent dans le vagin et non dans la portion sous-vaginale.

Fibro-myome du mésentère.

MM. Binaud et **Bégouin** présentent un fibro-myome du poids de 620 grammes.

Le diagnostic porté avait été celui de fibro-sarcome de l'ovaire droit. L'extirpation fut laborieuse et la malade mourut le 17e jour. L'autopsie montra un abcès rétro-péritonéal, mais pas de lésions capables d'expliquer une mort si rapide.

M. Demons. — La tumeur a saigné beaucoup. Elle n'était pas péduculisée; la dissection en a été difficile, surtout en raison de ses adhérences avec l'uretère qui était tortueux, mais non comprimé. Quant à l'hémostase, je l'ai assurée par des ligatures multiples.

M. Boursier. — Cette présentation est du plus haut intérêt, car les fibro-myomes du mésentère sont très rares.

Kyste dermoïde de l'ovaire cause de dystocie.

M. Fieux. — Il s'agit d'une femme de 22 ans, marchande ambulante qui entra à la Maternité, le 15 mars 1896, en travail depuis le matin.

La grossesse actuelle a évolué sans particularités. Au moment de l'examen, elle souffre énormément. La tête fœtale non mobilisable est fortement appuyée au niveau du détroit supérieur. Au toucher, on trouve, remplissant le vagin et paraissant même à la vulve, une tumeur dure, rénitente du volume d'une très grosse orange et en arrière le col dilaté.

Comme cette tumeur s'opposait au passage de la tête, nous la ponctionnons à sa face antérieure à 3 centimètres au-dessus du point culminant du diverticule rectal. On retire environ 450 grammes d'un liquide grumeleux.

L'enfant est rapidement extrait par une application de forceps.

Suites de couches opératoires apyrétiques et normales.

Deux mois après, M. Lannelongue diagnostique un kyste dermoïde de l'ovaire qui est enlevé avec succès par laparotomie.

Cette observation paraît intéressante à plusieurs degrés : 1° Elle est une nouvelle preuve de la relation qui paraît exister entre la grossesse et le développement des kystes dermoïdes de l'ovaire. 2° Elle montre l'importance de faire un diagnostic précoce d'où dépend en effet la conduite à tenir, car les kystes dermoïdes, au contraire des kystes multiloculaires, restent cachés pendant la grossesse, puis au moment du travail peuvent tomber dans l'excavation et constituer de véritables tumeurs prævia.

Plus tard, si au moment du travail, on trouve la tumeur prolabée dans le Douglas, on devra chercher à la réduire dans l'intervalle des contractions. Si cette réduction est impossible, nous croyons que la meilleure ligne de conduite est l'incision, le lavage de la cavité et la terminaison de l'accouchement.

M. Audebert. — Les faits de dystocie par kyste dermoïde ne se terminent pas toujours aussi bien. Hergott, en 1896, cite une femme atteinte d'un kyste dermoïde chez laquelle, après 3 jours de physométrie, il dut faire l'amputation de Porro; la femme succomba. Ces faits semblent apporter un argument de plus aux chirurgiens qui, à l'exemple de Fehling, de Mangin, etc., conseillent la laparotomie pendant la grossesse.

M. Chavannaz. — Je ne puis partager l'opinion de M. Fieux quant à la non-septicité des kystes dermoïdes de l'ovaire. Plusieurs auteurs, Lejars entre autres, ont signalé leur septicité. D'autre part, on sait qu'ils peuvent suppurer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 9 Mars 1897.

Fibrome utérin en dégénérescence mucoïde.

M. Vautrin. — J'ai extirpé il y a 5 jours, sur une malade de 52 ans, cachectique et affaiblie un fibrome de l'utérus que j'avais hésité à opérer en raison de l'affaiblissement de la malade, d'une légère albuminurie et de l'existence d'un teint jaune paille qui avait fait penser à un épithélioma végétant de l'ovaire.

J'ai fait l'hystérectomie totale abdominale. La malade s'est relevée facilement du choc et se trouve en bonne voie de guérison.

En incisant la tumeur, on trouve une cavité kystique du volume d'une tête de fœtus, puis autour de cette cavité une masse mucoïde, représentée par des alvéoles nombreux constitués par les anciennes travées fibreuses de la tumeur, distendues, refoulées et dégénérées au point qu'elles tombent en déliquium. Il s'agit d'une dégénérescence qui allait aboutir à la formation d'une immense loge kystique. Le processus est donc évident sur cette pièce. Le mode de formation de certains kystes, mais non de tous, est bien celui que l'on observe dans le fibrome actuel.

La dégénérescence intéresse aussi la partie corticale, qui se trouve minée, tunnellisée par des espaces qu'un liquide d'infiltration distendait.

Je me permets d'appeler encore l'attention sur l'altération de l'état général qui survient chez les malades atteintes de fibrome utérin en voie de dégénérescence mucoïde, et qui peut quelquefois faire supposer qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

M. Gross. — J'ai enlevé cette année deux fibromes très mous, analogues à celui de M. Vautrin et dont le diagnostic était assez difficile à établir avec des kystes ovariques. Il n'y avait pas de loge centrale mais le tissu en était franchement myxomateux. Je me rappelle avoir présenté il y a quelques années à la Société une tumeur kystique à pathogénie obscure et remarquable par la présence d'un épithélium spécial qui tapissait les parois kystiques, ainsi que le démontra l'analyse de M. Baraban. Cette pièce ressemblait à d'autres déjà observées autrefois chez Kœberlé et dont les dilatations kystiques étaient considérées par ce dernier comme des sinus lymphatiques.

M. Vautrin. — Les formations kystiques dans les fibromes peuvent se rapporter à trois types principaux : le type lymphatique qui s'observe dans les petits fibromes, le type hématomateux, enfin le type mucoïde avec dégénérescence centrale consécutive à l'infiltration du tissu interstitiel.

Cancer du pancréas avec obstruction duodénale.

MM. Spillmann et **G. Etienne.** — Ces pièces proviennent d'une femme âgée de 73 ans qui, en proie depuis 6 semaines à de violentes crises de douleurs abdominales avec vomissements alimentaires, survenant environ 2 heures après les repas, sans hématémèses ni mélæna, s'était considérablement amaigrie et présentait un léger œdème des membres inférieurs. Au palper, on trouve dans l'hypochondre droit une masse dure, volumineuse, qu'on peut saisir par le palper bimanuel, douloureuse à la pression. Sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, est une autre masse dure, également douloureuse. Clapotage dans la région péri-ombilicale. Pas d'ictère, pas de glycosurie; traces d'albumine dans l'urine.

On porte le diagnostic probable de sténose néoplasique du pylore avec généralisation hépatique. La malade ayant succombé quelques jours après, à l'autopsie, on trouve le pancréas transformé en une volumineuse masse cancéreuse, grosse comme les deux poings, occupant toute la moitié droite de l'abdomen, mesurant en diamètre 12 centimètres sur 11. Le foie est très augmenté de volume; toute la partie inférieure du lobe droit est occupée par une masse grosse comme une orange, dont le centre est transformé en une caverne; à la partie inférieure du lobe gauche est une petite tumeur, comme une noix, presque pédiculée. L'estomac est ratatiné, complètement rejeté du côté gauche, à direction presque verticale; les parois, de même que le pylore, sont indemnes. Mais le duodénum est enserré, complètement étranglée entre le cancer du pancréas et la masse néoplasique du lobe droit du foie.

M. Spillmann insiste sur la difficulté du diagnostic des tumeurs pancréatiques lorsque manquent, comme ici, la symptomatologie pancréatique et les accidents de voisinage habituels.

Péritonite suppurée.

MM. G. Etienne et **Jacques** présentent les pièces provenant de l'autopsie d'une malade morte de *péritonite suppurée*. Cette jeune femme de 20 ans, fille publique, apportée à la clinique, succomba pendant le trajet.

A l'autopsie, on trouve la cavité péritonéale remplie de pus; le petit bassin est occupé par un amas de fausses membranes d'adhérences très serrées, au milieu desquelles il est impossible de reconnaître les organes. Seule, fait partiellement émergence une poche de forme sphérique, remplie de pus, percée à son sommet d'un orifice et qui est prise tout d'abord pour une vessie à parois très épaisses. Une dissection de la pièce montre que la vessie se trouve plus en avant, très attirée en haut par des adhérences; elle a entraîné avec elle l'utérus; le vagin est déjeté à droite, contourné en S; derrière cet organe est la volumineuse poche dont il a été question, flanquée à droite d'une poche plus petite, toutes deux remplies de pus. Ces poches paraissent être des péritonites enkystées, dont la rupture a infecté la cavité générale. Le tout est noyé dans des adhérences extrêmement serrées qui rendent très difficile l'établissement des rapports. L'appendice vermiculaire, démesurément long, contourne cette volumineuse masse, vient se fixer à son côté gauche, s'enchevêtre dans les fausses membranes, s'y creuse un canal, s'y contournant deux fois en double S et se termine en cul-de-sac. Sur la paroi de la plus volumineuse poche, à part les adhérences, il paraît sain.

Tuberculose de la conjonctive.

M. Rohmer. — Cette fillette âgée de 8 ans et demi présentait sur l'œil droit une tumeur arrondie mesurant environ 7 à 8 millimètres en tous sens, située en haut et en dehors de la cornée sans intéresser cette membrane. Sur les bords de la tumeur, la conjonctive était ulcérée, s'entrebâillant pour laisser passer la tumeur, qui avait l'aspect d'un chou-fleur, à surface végétante. Il a 8 jours, la tumeur a été excisée au ras du globe d'un coup de ciseau; on a vu une large base d'implantation au centre de laquelle était un point noirâtre qui n'était autre que la choroïde apparaissant à travers la sclérotique ulcérée à cet endroit. La vision est bonne et l'ophthalmoscope ne révèle rien d'anormal dans le fond de l'œil. Le jour de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on sentait un petit ganglion au-devant de l'oreille droite. Sur la joue gauche, au devant de la parotide, est un autre ganglion développé à ce niveau, mais anormal comme siège. La tumeur de l'œil droit a été diagnostiquée « tuberculome de la conjonctive et de la sclérotique », diagnostic qu'a confirmé l'examen histologique, mais sans qu'on ait trouvé de bacille de Koch. En 8 jours, la tumeur a de nouveau acquis le volume qu'elle avait avant l'excision.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette tumeur, comme toutes celles nées sur la face externe du globe, n'a que peu de tendance à envahir la cavité de l'œil. A ce propos, voici deux yeux énucléés, portant des épithéliomas de la région scléro-cornéenne, l'un développé depuis plus d'un an, assez volumineux, ayant envahi toute la périphérie du globe et n'ayant poussé qu'un petit prolongement vers la cavité, l'autre, datant de 7 mois, qui s'est développé comme un anneau tout autour du bord de la cornée, sans perforer les membranes oculaires. L'examen histologique a montré que ces deux tumeurs étaient des épithéliomas cylindriques.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 Mai 1897.

Drainage des épanchements séreux.

M. Ewald a rapporté l'observation d'un homme âgé de 33 ans entré à l'hôpital pour une néphrite avec œdème des membres inférieurs, hydrothorax et ascite. Celle-ci fut évacuée la première; on plaça ensuite à demeure dans une des jambes un trocart qui, du mois de septembre au mois de novembre, donna issue à plus de 22 litres de liquide séreux. L'hydrothorax fut ponctionné 5 fois et on retira des plèvres 1200 grammes de sérosité, l'abdomen fut ponctionné 45 fois, et on évacua en tout 140 litres de liquide séreux. Les ponctions soulageaient toujours le malade, qui était le premier à les réclamer. La quantité d'albumine contenue dans l'urine alla toujours en diminuant pendant ce traitement.

Actuellement ce malade jouit d'une santé satisfaisante, mais il existe cependant chez lui un léger degré d'hypertrophie cardiaque.

M. Ewald en conclut que chez des malades de ce genre il ne faut pas ménager les ponctions abdominales.

M. Klemperer croit au contraire qu'on ne doit pas ponctionner une ascite avancée, surtout s'il s'agit d'une cirrhose du foie, parce que l'évacuation subite de grandes quantités de liquide est souvent suivie d'accidents qui compromettent la vie du malade, tels qu'hémorrhagies intestinales ou gastriques à la suite de l'afflux subit d'une grande quantité de sang dans les vaisseaux abdominaux qui étaient comprimés jusqu'au moment de l'issue du liquide ascitique.

M. Stadelman a observé un brightique qui a été également très soulagé par des ponctions répétées : sa plèvre gauche fut ponctionnée 40 fois.

M. Senator partage l'opinion de M. Ewald sur les bons effets du drainage à demeure. Chez un malade il s'écoulait par des tubes placés au niveau de ses membres inférieurs, 8 à 10 litres de liquide par jour.

Pathogénie des inflammations pleurales.

M. Grawitz a rapporté l'observation d'une femme de 53 ans qui, quelques jours après avoir avalé un fragment d'os dont on n'avait pu faire l'extraction, fut prise de fièvre intense, avec expectoration fétide contenant des débris de tissu pulmonaire gangrené. Plus tard il se forma un épanchement pleural du côté droit dont la ponction donna issue à un liquide qui contenait un morceau de tissu noir et un fragment de muscle strié. Il n'y avait pas de germes pathogènes dans le liquide pleural. La guérison survint rapidement.

L'examen microscopique montra que le tissu noir était une parcelle de la plèvre costale détaché par la canule et contenant des parcelles de charbon. Depuis cette époque, M. Grawitz a examiné plusieurs fois la plèvre de sujets jeunes dont les poumons étaient indemnes d'anthracosis et fait la même constatation. Pour savoir comment ces grains de charbon pouvaient venir se greffer sur la plèvre costale, il insuffla de la poussière de charbon, de fer et de cinabre dans la trachée-artère de lapins; or, au bout de vingt-quatre heures, il a pu constater que quelques-unes de ces poussières étaient venues se fixer sur la plèvre costale.

Les mêmes expériences, faites chez des lapins chez lesquels on avait fait un pneumothorax, ont montré qu'au bout de vingt-quatre heures, cette poussière avait pénétré dans le poumon et dans la plèvre costale du côté resté indemne, tandis que du côté où avait été pratiquée l'opération, la poussière n'avait pas dépassé les grosses bronches, et la plèvre costale n'en contenait pas pas trace.

Il résulte de ces expériences que la poussière que l'on trouve dans la plèvre y pénètre par l'intermédiaire des poumons. Il est donc possible que l'aspiration de poussières irritantes ou caustiques produise des inflammations de la plèvre en l'absence de tout agent microbien ou de toute cause traumatique, ce qui expliquerait les nombreux cas de pleurésie grave où l'on ne constate l'existence d'aucune bactérie pathogène dans les crachats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 27 Mai 1897.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

M. Nonne présente un homme de 25 ans, ancien basedowien, auquel on avait 7 ans auparavant extirpé presque en totalité un goître. Mais dans ce cas il ne s'agissait pas en somme de maladie de Basedow primitive. Le malade portait un goître depuis l'âge de 3 ans, et ce goître se compliqua 3 ans avant l'opération d'exophthalmie et de phénomènes de compression de la trachée. La trachéotomie, puis l'extirpation du goître firent disparaître l'exophthalmie.

Dans un autre cas où la maladie de Basedow prit d'emblée une marche rapide, l'opération fut suivie de mort de la malade. Les cas de ce genre se présentent avec des symptômes faisant penser à une intoxication aiguë, et l'on peut se demander si dans ces cas l'extirpation précoce du goître ne remplit pas une indication causale. D'autant que si l'on se rapporte à la statistique de M. Kummel, l'opération a beaucoup perdu de sa gravité.

M. Sänger intervient une seconde fois dans la discussion pour défendre le traitement médical. Il montre 2 malades, un garçon de 10 ans et une femme âgée qui, par la galvanisation, ont été tellement améliorés qu'ils peuvent vaquer à leurs occupations. C'est justement dans le cas grave de goître exophthalmique primitif que l'opération dangereuse est contre indiquée. Par contre, elle réussit fort bien dans le goître avec phénomènes basedowiens secondaires.

M. Kümmel pense qu'il faut laisser de côté, dans cette discussion, le goître avec maladie de Basedow secondaire.

M. Seligmann présente deux femmes qui offraient une affection génitale à côté de leur maladie de Basedow. L'une de ces malades, qui a été strumectomisée en 1892 a eu une récidive de sa maladie de Basedow au bout d'un an et présente actuellement une atrophie des organes génitaux.

Redressement de la gibbosité pottique d'après la méthode de Calot.

M. Krause a montré une fille de 6 ans, qui depuis 2 ans 1/2 présentait une gibbosité au niveau des trois premières vertèbres lombaires, et, depuis un an, un abcès par congestion au niveau de la fosse iliaque, traité par les injections iodoformées. Le redressement forcé de la colonne vertébrale fut au commencement facile et M. Krause sentit des adhérences fibreuses se rompre. Mais pour amener l'effacement complet da la gibbosité il a fallu employer une grande force. Le redressement a ainsi demandé 45 minutes, et encore la seconde vertèbre forme-t-elle une saillie de 1 centimètre environ, laquelle saillie pourra plus tard être enlevée au ciseau. L'application de l'appareil a aussi duré près de 45 minutes.

Il y a eu après l'opération quelques douleurs peu intenses. Trois jours après la malade a pu quitter le lit et marcher soutenue par une infirmière. Aujourd'hui elle peut marcher toute seule malgré le poids de son appareil.

Le second cas présenté par M. Krause, se rapporte à un garçon de 10 ans, qui depuis un an présentait une gibbosité dorsale. Comme au moment de son entrée à l'hôpital, il présentait encore des douleurs, il fut tout d'abord soumis à l'extension continue. Au bout de quelques semaines, quand les phénomènes inflammatoires ont disparu, on pratiqua le redressement forcé. L'opération dura 20 minutes. Ici encore, M. Krause sentit des adhérences fibreuses se rompre. La réduction a été incomplète en ce sens qu'il persiste une petite saillie formée par l'apophyse épineuse de la 9e dorsale. L'enfant a pu marcher au bout de 4 jours.

M. Kümmel s'élève contre l'emploi d'une trop grande force dans le redressement de la gibbosité. Dans un cas il a vu l'enfant rester pendant 3 jours dans un coma qui n'eut pas de suites. Pour ce qui est de la valeur de la méthode, il ne faut pas oublier que M. Calot n'a pas encore présenté un seul enfant guéri.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 28 Mai 1897.

Anévrysme ouvert dans les deux plèvres.

MM. Ewart et Roleston rapportent l'observation d'une femme de 43 ans qui, au cours d'une affection pouvant être une pneumonie ou une apoplexie pulmonaire a présenté les signes d'un rétrécissement mitral non compensé. A son autopsie on trouva un caillot qui du ventricule gauche passait dans l'oreillette droite à travers l'orifice mitral. L'examen de ce caillot a montré que sa partie centrale était de date récente. Le caillot s'attachait à la fossette ovale du ventricule gauche.

A ce point de vue clinique il est intéressant de noter que les symptômes de rétrécissement mitral étaient provoqués exclusivement par ce caillot, l'orifice mitral et les valvules ayant été trouvés sains,

Thrombus de l'oreillette gauche.

M. Bertram Hunt rapporte l'observation d'une femme de 43 ans entrée à l'hôpital pour un hémothorax gauche dont la ponction donna issue à 33 onces de liquide sanguinolent. La malade ayant succombé brusquement à l'hôpital au bout de 9 mois de séjour, on trouva un anévrysme disséquant de l'aorte qui commençait au niveau de la sous-clavière gauche et se terminait à la hauteur de l'iliaque primitive.

La mort avait été amenée par l'ouverture et l'anévrysme dans la plèvre droite. L'hémothorax gauche, qui s'était produit 9 mois auparavant était dû aussi à l'ouverture de l'aorte dans la

plèvre gauche où l'ancien orifice de préparation était fermé par des adhérences.

M. Havilan Hall a constaté que lorsque l'anévrysme s'ouvre dans une cavité séreuse, l'orifice de perforation est toujours grand, tandis qu'en cas d'ouverture dans une cavité muqueuse l'orifice est ordinairement fermé par une valvule.

M. Rolleston cite 2 cas où l'anévrysme s'était ouvert dans le péricarde. Dans le premier cas, où le malade succomba au bout de neuf jours avec les signes d'une péricardite aiguë, on trouva le péricarde distendu par une grande quantité de sang. Dans le second cas le péricarde renfermait 25 onces de sang.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 28 Mai 1897.

Clinique et bactériologie de la peste.

M. Albrecht a communiqué le résultat des recherches qu'il a faites sur la peste.

D'après lui, la forme la plus fréquente de la peste est la forme septico-hémorrhagique caractérisée par un bubon primitif hémorrhagique formé d'un paquet de ganglions. Lorsque les malades ne succombent pas dès le début, les bubons augmentent et la suppuration apparaît du 6e au 9e jour. Quand la maladie atteint les ganglions cervicaux, l'inflammation s'étend à la parotide, aux muqueuses buccales et laryngée; parfois même on voit survenir de l'œdème glottique. Dans le voisinage du bubon primitif apparaissent des furoncles ou des bulles remplies d'une sérosité limpide. Outre le bubon primitif, les autres ganglions présentent également des altérations consistant dans des taches rouges et jaunes. Les amygdales sont augmentées de volume et sont le siège d'hémorrhagies; on constate également des follicules hypertrophiés à la base de la langue.

Les ganglions lymphatiques sont farcis de bacilles de la peste. L'appareil lymphatique de l'intestin est aussi engorgé. Quelques vaisseaux lymphatiques offrent une infiltration dure; le canal thoracique est toujours intact. La rate est constamment augmentée de volume et présente à la coupe un aspect chagriné; les bacilles s'y rencontrent en quantité considérable. Dans les séreuses on trouve aussi des hémorrhagies, sauf dans le péritoine où elles sont rares; par contre, on découvre des hémorrhahies dont la paroi de la vésicule biliaire, au niveau de la muqueuse gastro-intestinale et, enfin, dans les muscles et les parois des veines au voisinage des bubons. Les viscères sont frappés de dégénérescence graisseuse. Exceptionnellement, le bubon primitif peut être de petit volume ou faire totalemement défaut.

Une seconde variété de peste est la forme septico-pyohémique, caractérisée par des lésions métastatiqnes et emboliques dans les poumons, le foie et les reins. Les foyers métastatiques sont remplis de bacilles. Deux fois on a rencontré des foyers emboliques dans le rein et des hémorrhagies profuses dans le bassinet.

Un troisième type, assez fréquent à Bombay, est la pneumonie pesteuse primitive. Il s'agit d'une pneumonie lobulaire confluente avec participation de la plèvre. La pneumonie pesteuse primitive a une marche foudroyante; les ganglions n'ont pas le temps de s'altérer. Dans trois cas les amygdales ont paru être la porte d'entrée des germes morbides.

Le bacille de Yersin et Kitasato est manifestement l'agent pathogène de la peste; on le trouve avec une abondance extrême dans le sang, en quantité variable dans la bile et les urines, mais jamais dans les matières fécales. Dans beaucoup de cas mortels on constate aussi une infection mixte surajoutée par les streptocoques, les staphylocoques et le diplocoque de la pneumonie.

La susceptibilité des différents animaux à l'égard de la peste est très variable : les une, tels que le rat et le singe, y sont particulièrement sensibles, tandis que d'autres, le vautour noir par exemple, y demeurent réfractaires.

La transmission de la maladie se fait de l'homme à l'homme et de l'animal (rats) à l'homme; elle se fait aussi par l'intermédiaire des sécrétions. Les infirmiers et les médecins sont presque toujours restés indemnes de la maladie.

La sérothérapie de la peste n'a donne aucun résultat, et il n'est pas prouvé que le sérum antipesteux jouisse de propriétés prophylactiques.

M. Paltauf a tâché d'immuniser des cobayes avec des cultures virulentes du bacille pesteux chauffées à 60°-65°. La plupart de ces animaux ayant succombé, leur sang se montra doué d'un pouvoir agglutinant de 10,5. Les lapins périrent également. Chez un mouton auquel on injecta des cultures de bacilles morts, le sang ne montra pas de propriétés agglutinantes. Chez le cheval, ces injections provoquèrent une infiltration ou des abcès, mais la réaction générale fut légère. La sérosité de ces abcès ne jouit par du pouvoir agglutinant, et cela à une époque où le sang possède ce pouvoir. L'injection intraveineuse fait rapidement apparaître la propriété agglutinante.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Traitement des morsures de serpents par le sérum antivenimeux, par A. CALMETTE (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1897, p. 214). — Ce traitement comporte en premier lieu l'injection à l'homme ou à l'animal mordu d'une ou plusieurs doses de sérum antivenimeux. Une dose de 10 cent. cubes, représentant au moins 20000 unités antivenimeuses, suffit dans la plupart des cas. Néanmoins, lorsque le serpent mordeur sera supposé appartenir à l'une des espèces les plus dangereuses, ou lorsque l'intervention sera tardive, on devra, par prudence, en injecter 2 ou même 3 doses simultanément.

L'injection, dans les cas ordinaires, sera faite sous la peau de l'abdomen, dans le flanc droit ou gauche, avec les précautions antiseptiques d'usage. Lorsque les phénomènes d'intoxication seront déjà manifestés, et qu'il conviendra d'agir promptement pour éviter la mort, on pratiquera l'injection par voie intraveineuse, dans la veine du pli du coude en toute autre veine superficielle.

Le sérum est efficace pour prévenir l'intoxication par tous les venins, quelle que soit l'espèce du serpent mordeur. Il est également efficace contre le venin des scorpions.

Chez un animal mordu (cheval, bœuf, mouton, chien, etc.), même si des signes d'intoxication grave se sont déjà manifestés, on pourra presque toujours empêcher la mort en pratiquant à cet animal l'injection sous-cutanée d'une dose de sérum antivenimeux.

Le traitement par le sérum n'entraîne aucune contre-indication aux moyens capables de détruire le venin restant dans les plaies ou de limiter son absorption. Il sera toujours utile de pratiquer la ligature du membre mordu, au-dessus des plaies, et on devra toujours laver très soigneusement les morsures avec une solution d'acide chromique à 1 p. 100, ou mieux encore avec une solution récente d'hypochlorite de chaux à 1 gramme pour 60 d'eau bouillie, ou une solution de chlorure d'or à 1 p. 100.

Il est inutile de pratiquer des cautérisations avec un fer rouge ou avec un agent chimique quelconque. On se bornera à faire un bon pansement antiseptique et à réveiller la sensibilité, si elle est déjà atteinte, par quelques frictions modérées. Les excitants du système nerveux, café, alcool, etc., sont plus nuisibles qu'utiles.

A la suite des injections de sérum antivenimeux, l'état des malades s'améliore très rapidement, en quelques heures, sans qu'on ait à redouter aucun accident consécutif.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

NEUROPATHOLOGIE. — Des troubles de sensibilité de la zone du nerf fémoro-cutané (p. 553).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Sur un cas d'extirpation du cæcum pour cancer (p. 556).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Règles pronostiques de l'albuminurie. — Ouvriers des houillères, leurs affections des voies respiratoires, anthracose. — Histoire médicale de la campagne du Dahomey en 1892. — Paralysies pneumoniques chez l'enfant. — Troubles de l'odorat. — Œdème brightique du larynx. — Angine diphthérique. — Perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes (p. 558). — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Conditions pathogéniques de l'œdème et sa physiologie pathologique. — Pouvoir antitoxique de la bile. — Névrites puerpérales. — Gangrène pulmonaire. — Zona ophthalmique. — Anesthésie par l'éther avec quelques considérations médico-légales (p. 559).
REVUE DE JOURNAUX. — *Médecine :* Physiologie du bacille diphthérique. — *Chirurgie :* Radioscopie cérébrale. — Perforation par ulcère de l'estomac (p. 560). — Ulcération intestinale. — Kyste chyleux du mésentère. — Anastomose intestinale. — Invagination intestinale. — Plaie pénétrante de l'abdomen (p. 561).
MÉDECINE PRATIQUE. — Salicylate de soude et allaitement. — Le thé de bouleau comme diurétique. — Albuminates et peptonates de mercure (p. 562).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'enseignement de l'art dentaire en France (p. 563).

NEUROPATHOLOGIE

Des troubles de sensibilité de la zone du nerf fémoro-cutané

(*Méralgie paresthésique de Roth*),

Par le Dr Charles Dopter (1).

Les troubles qu'on observe dans le domaine du fémoro-cutané se réduisent, comme pour tout nerf sensitif, à l'exaltation, à l'amoindrissement et à la perversion des fonctions de ce nerf, de manière à donner lieu à l'hyperesthésie, à l'anesthésie et à toutes les variétés de douleurs et de sensations innombrables que l'être peut percevoir.

Cependant, ces troubles fonctionnels prennent la plupart du temps dans ce territoire un caractère particulier qui rentre dans le cadre de ce que le professeur Roth (2) a appelé la « méralgie paresthésique ».

I. — **Troubles sensoriels communs à tout nerf sensitif, appliqués au nerf fémoro-cutané.** — On observe tous les phénomènes que l'on connaît de tout temps quand la sensibilité est exaltée, amoindrie ou pervertie; les troubles sont purement d'ordre sensitif, à l'exclusion de tout trouble de motilité. Parmi les causes ordinaires de ces troubles, il faut citer : 1° la *section nerveuse*, qui entraîne immédiatement, circonscrite à la zone de distribution du nerf, une anesthésie complète au-dessous de la section elle-même. On n'observe pas ici de sensibilité récurrente, en raison de l'absence d'anastomoses avec les nerfs voisins.

2° Sa *compression*, dont le siège est variable et peut exister soit au niveau des centres médullaires, soit sur le trajet du nerf, intra- ou extra-abdominal :

a) *Compression médullaire.* — Les abcès du mal de Pott en sont un exemple et la compression peut amener des troubles tant dans le domaine du génito-crural que du fémoro-cutané; elle siège au niveau de la 2e lombaire portant sur le tronc commun à ces deux nerfs.

b) *Compression sur le trajet intra-abdominal.* — Nous avons observé ce genre de compression chez un malade du professeur Poncet atteint d'une tumeur maligne du testicule gauche ectopié, chez lequel les troubles commencèrent à rétrocéder petit à petit après l'ablation de la tumeur, la terminaison fatale nous ayant empêché de constater le rétablissement progressif des fonctions sensorielles. Les deux rameaux, fémoral et fessier, étaient en cause, mais, dans ce cas, le fémoro-cutané seul était intéressé, la compression ne siégeant pas sur le tronc commun avec le génito-crural.

3° Pour ce qui concerne la *réfrigération*, la *calorification*, nous n'avons observé de troubles que ceux qui seront décrits sous le nom de méralgie.

4° Enfin, il existe des cas assez fréquents de troubles sensitifs siégeant dans cette région, consécutivement à des *éruptions de zona* qui s'y sont développées.

Ces troubles sensitifs sont variés et disséminés sans règle aucune : au milieu de régions hyperesthésiques, on trouve des points totalement ou presque totalement insensibles.

Telles sont les causes principales des troubles communs à tout nerf sensitif, appliqués au fémoro-cutané. Enfin les troubles de cette même région présentent un caractère négatif : dans certaines affections viscérales, il existe des réactions douloureuses en rapport avec l'organe malade, réactions qui se produisent quelquefois à une certaine distance de cet organe; Head, dans ses recherches, a trouvé des zones d'hyperesthésie bien prononcée, à contours nettement délimités, en rapport avec le viscère affecté, et a vu que toutes les paires dorsales avaient ainsi une zone d'hyperesthésie correspondant à tel ou tel organe. La 1re lombaire la possède encore, mais les 2e 3e 4e paires ne contiennent pas de fibres en rapport avec les localisations viscérales. Le phénomène apparaît de nouveau avec la 5e lombaire et toutes les paires sacrées. Donc l'hyperesthésie de la 2e lombaire n'est symptomatique d'aucune lésion organique spécialement déterminée.

II. — Troubles sensoriels spéciaux au nerf fémoro-cutané

(*Méralgie paresthésique*).

Symptomatologie. — Description. — Les symptômes sont surtout locaux; ils ne retentissent que peu ou pas sur l'état général; mais ils varient suivant qu'on observe les malades à l'état de repos ou à l'état de fatigue. Tous les malades les présentent, soit après une longue marche, soit après une station dans la position verticale, ou un piétinement prolongé, la rapidité de leur apparition variant avec les individus. Lucas-Championnière (1) fait observer que le piétinement plus que la marche favorise l'apparition des phénomènes.

a) Le premier symptôme est de *l'engourdissement* siégeant d'abord dans un point limité, situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la région externe de la cuisse. Il ne tarde pas à se transformer en fourmillement, et s'étend sur toute la région innervée par le fémoro-cutané; c'est-à-dire la région antéro-externe de la cuisse, limitée en avant par le milieu de la face antérieure, en arrière par une ligne séparant la face externe de la face postérieure, en haut par l'arcade de Fallope, en bas, finissant à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus des

1. Les observations se trouvent dans la thèse de M. Ch. Dopter. Lyon, 1896-1897, n° 3.
2. Roth, *Revue de médecine russe*, n° 7, 1895.

1. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1895.

condyles fémoraux. Mais le maximum reste toujours au point où il a débuté.

Chez Nacke (1) la sensation était tout autre, et consistait en un étirement, une sorte de raccourcissement apparent des muscles.

b) Une autre particularité (Roth), est une sensation de froid subjective éprouvée par le malade. Mais cette *cryesthésie* est loin d'être la règle.

c) L'anesthésie est la règle. Elle peut être subjective ou objective.

I. *Subjective* — L'anesthésie subjective est, en général, assez nette et marquée; parfois, cependant, elle est incomplète. Elle est compliquée d'une sensation bizarre, signalée pour la première fois par Bernhardt (2). Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger qui serait interposé entre les vêtements et le tégument cutané. Aux uns, il semble que leur cuisse, exactement dans la limite du fémoro-cutané, est recouverte d'une fourrure, de coton ou de duvet. Pour les autres, c'est une peau morte, ou du carton; ce sont ceux, semble-t-il, chez qui l'anesthésie est la plus complète.

II. *Objective.* — L'anesthésie objective est le plus souvent très peu marquée; elle peut même faire défaut, mais elle existe néanmoins dans le plus grand nombre des cas.

Au *contact*, on trouve une sensibilité émoussée, mais jamais abolie. Le malade a toujours nettement conscience qu'on le touche, mais la sensation qu'il éprouve est toujours amoindrie, comparée à celle du membre sain.

A la *piqûre*. — La piqûre faible n'est pas perçue; les malades prétendent la sentir comme à travers une peau étrangère. Les piqûres fortes, au contraire, provoquent une douleur très vive, et semblent beaucoup plus fines et plus cuisantes.

Au *pincement*. — Il n'y a pas d'anesthésie au pincement. Freud (3) prétendait ressentir la pression des plis de la peau autrement et plus douloureusement. Ce n'est donc pas un défaut de sensibilité, c'est une douleur qui naît au simple plissement sans même de pression.

A la *température*. — Une différence de deux degrés n'est pas toujours perçue. Chez certains malades, la sensibilité au froid est très amoindrie, tandis qu'elle est conservée pour la chaleur. Chez d'autres, c'est le contraire qu'on observe : abolition ou diminution de la sensibilité à la chaleur, sensibilité normale au froid.

Le Dr Rapin (4) a observé un malade chez lequel le froid, qui provoquait la chair de poule sur tout le reste du corps, ne produisait pas ce phénomène dans toute la zone du fémoro-cutané.

Roth relate un fait analogue avec la chaleur : dans un bain chaud, toute la zone paresthésiée restait pâle alors que tout le reste du corps était rouge. Ces deux signes objectifs dépendent évidemment de troubles vaso-moteurs qui marchent de pair avec la perversion des fonctions du nerf en question.

d) En même temps que l'anesthésie, les malades perçoivent des *douleurs* qui, elles aussi, sont d'ordre soit objectif, soit subjectif.

Subjectives. — Les douleurs subjectives ont, la plupart du temps, la rapidité, l'intensité des douleurs fulgurantes, et en possèdent tous les caractères. Aussi les avait-on au début rattachée aux troubles sensitifs du tabès, mais on les distingua bientôt en considérant l'absence du retentissement sur l'état général, et la marche si lente.

1. Nacke, *Neurologisches Centralblatt*, 1895.
2. *Neurologisches Centralblatt*, 1895.
3. *Neurologisches Centralblatt*, 1er juin 1895.
4. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1895.

Ces douleurs ne persistent pas continuellement; elles arrivent par accès quand le malade a beaucoup marché, ou surtout après une station debout prolongée (exercice militaire, longues revues, etc.). Elles s'accompagnent souvent de chaleur et de brûlure intermittentes ou continues, restant fixées plus ou moins haut sur le trajet du nerf, ou se déplaçant. Quand, après cette marche ou cette station prolongée, le malade vient à s'asseoir, les douleurs cessent immédiatement chez les uns, ou petit à petit chez les autres; elles reparaissent souvent dans le décubitus horizontal.

Elles sont exaspérées par le frôlement des vêtements et les contacts répétés. Bernhardt rapporte le cas d'un médecin militaire et d'officiers allemands chez qui le port du sabre était très pénible à cause du frottement qu'il exerçait à chaque pas sur la région antéro-externe de la cuisse.

Objectives. — On peut aire naître les mêmes douleurs par la pression, la piqûre, quand les malades sont au repos et ne souffrent pas. Le Dr Destot provoquait des douleurs vives avec sensation de brûlure et de broiement par l'effluve électrique alors que l'application des courants galvaniques et faradiques ne produisaient rien d'appréciable.

Le plus souvent on ne provoque aucune douleur par la pression au passage du nerf à travers l'échancrure innominée.

Voici ce qu'on observe par la fatigue, que donne l'état de repos? La position assise fait disparaître tous les troubles, immédiatement, ou bien petit à petit, les douleurs cessant d'abord, puis la paresthésie; enfin, au bout d'un certain temps, variable suivant les individus, les malades ne ressentent plus rien d'anormal et peuvent se lever et marcher, jusqu'à ce que, la fatigue arrivant de nouveau, ils recommencent à souffrir et à éprouver le besoin de se reposer.

Chez d'autres, les symptômes s'amendent au repos, mais incomplètement : il reste toujours un certain degré d'engourdissement, toujours la sensation de fourrure au contact des vêtements; en même temps, un peu d'anesthésie subjective.

Il n'y a aucun retentissement de cette affection sur tout l'organisme, et on ne trouve aucun signe qui permette de songer à un affection médullaire déterminée ou à une névrose, dont la méralgie serait elle-même un symptôme.

Les réflexes ne sont jamais abolis; une seule fois, on a trouvé de l'exagération en même temps qu'un peu de trépidation épileptique; on a signalé l'inégalité pupillaire, mais elle semble absolument indépendante de la névralgie; les troubles trophiques sont exceptionnels.

L'affection a donc pour caractère d'évoluer seule, indépendamment de toute entité morbide nerveuse à laquelle on pouvait penser la rattacher.

Anomalies. — Des anomalies peuvent subvenir principalement dans le rayon de distribution de la paresthésie. En effet, comme Roth le fait remarquer, une violente cuisson fait parfois dépasser les limites des troubles en bas et en avant. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant puisque les rameaux périphériques du fémoro-cutané s'anastomosent avec des rameaux du nerf crural, et parfois même s'étendent sur la peau au-dessus du genou. L'*unilatéralité* est le caractère de la méralgie, on rencontre parfois la bilatéralité; elle est relativement peu fréquente; dans ce cas, un côté est plus sérieusement atteint que l'autre : c'est en général celui par lequel l'affection a débuté; dans aucun cas nous n'avons observé de troubles

dans la région innervée par le rameau fessier. (Roth seul en aurait rencontré, mais ils étaient très atténués.)

Étiologie. — L'étiologie est très obscure. Le terrain masculin fournit incontestablement le plus fort tribut. Sur les quarante observations connues, il en est cinq seulement où le sexe féminin soit en cause.

L'âge semble avoir peu d'influence. Cependant, la plupart des sujets sont adultes et ont dépassé trente ans; parmi les influences plus directes tantôt ce sont des causes d'origine qui sont notées : le *traumatisme* dans deux cas a déterminé la paresthésie. Dans l'un d'eux le choc a porté sur la cuisse, dans l'autre sur le pied. C'est là une influence accidentelle. Le froid semble aussi avoir dans certains cas une influence déterminante.

Les *maladies infectieuses* donnent un tribut assez considérable (la fièvre typhoïde, l'influenza, la syphilis, etc., sont notés dans les antécédents).

Les causes d'*origine toxique* peuvent exister : beaucoup de malades sont des alcooliques. Le saturnisme a semblé devoir être invoqué par Bernhardt dans une de ses observations, ou bien c'est l'*origine dyscrasique* qui a été mise en cause. Dans la plupart des observations de Roth, de Bernhardt, les sujets sont atteint d'obésité et ont une nutrition ralentie; beaucoup d'entre eux ont des hémorrhoïdes et des varices.

Mais toutes ces causes n'ont qu'une influence prédisposante. Au rang des causes déterminantes se place l'influence de *la profession*. Les malades souffrent en effet après une marche prolongée ou un long piétinement. Le *froid* consécutif à une haute température intervient également et nous trouvons la méralgie chez un fondeur, un forgeron, un boulanger.

Notons qu'on n'a trouvé sur aucun malade de stigmates hystériques ou d'épilepsie et qu'il y a des cas nombreux où l'on ne trouve absolument aucune influence étiologique, aucune tare de quelque sorte qu'elle puisse être.

Marche. Pronostic. — L'évolution de la méralgie paresthésique est très lente. Au début, ce n'est qu'un engourdissement passager qui disparaît sans qu'on puisse en trouver la raison. Plus tard, son apparition devient plus fréquente et, au bout de quelques mois, il s'installe pour passer à l'état permanent; puis suivent les phénomènes que l'on connaît.

Si la période d'invasion est longue, la méralgie est de même très lente à disparaître. Chez beaucoup de sujets les phénomènes morbides s'amendent au bout de nombreuses années, sans toutefois disparaître entièrement; mais chez beaucoup, ils persistent dans toute leur intensité. Enfin, chez les uns ou les autres, il existe des périodes d'accalmie, après lesquelles la méralgie récupère de nouveau toute sa force.

Le pronostic n'a rien de fâcheux, n'était l'incommodité qu'éprouvent les malades à éviter les longues marches et les stations prolongées, et la gêne que ces dernières peuvent leur procurer quand il est impossible d'y échapper.

Pathogénie. — La marche et l'évolution de la méralgie fait écarter toute affection médullaire, en raison de l'absence totale de symptomatologie générale.

Sommes-nous en présence d'une névralgie? C'est peu probable : les accès douloureux spontanés, greffés sur une douleur sourde et permanente, font défaut; la pression sur le plan d'émergence du tronc et de ses branches n'a provoqué de douleurs que dans deux cas, et encore cette douleur était-elle peu intense.

S'agit-il d'un processus inflammatoire caractérisé? Roth dit à ce propos : « Il est évident qu'il ne s'agit pas d'un processus anatomique à marche progressive, capable de détruire les fibres nerveuses et de supprimer leur fonction. Indépendamment de la durée de la maladie, le fonctionnement du nerf n'est atteint qu'à un faible degré. La lésion anatomique la plus forte que nous puissions supposer est un certain degré de para- ou de périnévrite. »

Il faut ajouter, comme le fait remarquer M. Devic (1), qu'en ce cas, on observerait encore des troubles trophiques, ce que nous n'avons pas rencontré.

Nous pouvons donc éliminer d'emblée tout caractère inflammatoire ou scléreux aboutissant à la destruction da la fibre nerveuse. Il n'en est pas de même de la congestion.

La *congestion* peut être passive ou active. Roth semble incriminer de préférence la première, et croire à la possibilité d'un défaut de circulation veineuse, d'une stase des vasa-nervorum.

L'hypothèse n'a rien que de très vraisemblable, étant donné la fréquence des hémorrhoïdes et celles des varices chez les malades atteints de névralgie; la congestion veineuse passive gagnerait les troncs nerveux pour envahir le vasa nervorum.

La vraisemblance de cette hypothèse paraîtra plus évidente, si l'on se rappelle que Quénu (2) étudiant la sciatique a établi qu'il existe une relation étroite entre les phénomènes douloureux et l'état variqueux des troncs nerveux.

L'analogie frappera davantage si l'on considère que la sciatique à laquelle Quénu fait allusion ne présente pas les symptômes de la grande sciatique aiguë; il parle des phénomènes douloureux vaguement distribués, remarquables par leur ténacité et leur immobilité, tous caractères qu'on observe dans la méralgie.

De plus, cette congestion rend compte de la bilatéralité qui s'observe parfois; la plupart du temps l'état variqueux existe sur les deux membres inférieurs.

Nous sommes, par conséquent, en droit de supposer qu'il se passe pour le fémoro-cutané ce qui se passe pour les autres nerfs, et de conclure à la similitude de ces faits autant qu'à leur analogie.

Roth parle aussi d'une congestion active qui serait due à une irritation constante du nerf fémoro-cutané. M. Devic a conçu une hypothèse analogue en mettant en cause un certain degré d'inflammation ayant intéressé le périoste du bord antérieur de l'os iliaque pour donner lieu à une périostite.

Quant à la compression, la disposition anatomique du nerf ne l'explique pas.

D'autre part en étudiant la disposition du nerf nous avons constaté que s'il est des cas où le nerf est très relâché, il en est d'autres où il l'est très peu, au point de devenir presque tendu. Pendant la marche ou la station debout, par conséquent, ce nerf pourrait être tiraillé, et les douleurs s'expliquent fort aisément dans ce cas. Quand on compare les phénomènes de la méralgie à ceux que l'on provoque en recherchant dans la sciatique le signe de Lasègue : le nerf est douloureux quand il est tendu, il ne l'est plus à l'état de laxité. Dans les deux cas, semble-t-il, c'est l'extension qui est douloureuse, la flexion ne l'est pas; dans la méralgie, les douleurs se font sentir dans la station debout, où la cuisse est tendue sur le bassin, elles disparaissent dans la position assise où la cuisse est fléchie sur le bassin, et souvent elles reviennent dans le décubitus horizontal où l'extension est obtenue de nouveau.

1. *Province médicale*, 29 juin 1895.
2. 6e Congrès de chirurgie, avril 1892.

Il y a donc exacte similitude avec ce qu'on observe dans la sciatique.

Pour expliquer la méralgie paresthésique on peut donc admettre une *influence congestive incontestable*, se caractérisant par une stase veineuse envahissant les vasa-nervorum, congestion, active au passive, dont l'origine doit être recherchée dans les occupations journalières des sujets, leur genre de vie, leur profession et leur tempérament. Mais la congestion ne suffit pas à expliquer certaines particularités symptomatiques. Il faut admettre une *disposition anatomique* spéciale à la région, et dire que le nerf doit subir une tension exagérée qui donne, comme nous l'avons montré, l'explication des phénomènes douloureux de la méralgie.

Reste à expliquer l'anomalie consistant en ce que le rameau fessier du fémoro-cutané n'est jamais atteint.

L'anatomie ne peut l'expliquer puisque l'absence de troubles du côté du rameau fessier est constante et que ce n'est qu'exceptionnellement que le rameau fessier se détache du grand abdomino-génital. Nous avons conclu à une influence circulatoire. La région innervée par le rameau fessier est en effet irriguée par un réseau veineux extrêmement pauvre, alors que toute la région antérieure et antéro-externe de la cuisse possède des veines nombreuses et volumineuses. Si la région fessière ne reçoit que peu de sang veineux, il est probable que les vasa-nervorum, en recevant beaucoup moins, sont beaucoup moins prédisposés à la stase veineuse dont nous parlions.

Diagnostic. — Traitement. — Le diagnostic est aisé. L'affection se présente avec des signes tellement particuliers qu'on ne peut la confondre avec aucune autre. Un seul cas pourra être embarrassant, c'est celui où la méralgie coïnciderait avec des troubles d'autres nerfs sensitifs; mais, à moins d'un hasard inexplicable, la méralgie n'aurait certes pas eu la même évolution, et se ferait remarquer en outre par sa ténacité et par le peu de gravité des conséquences qu'elle pourrait entraîner.

Au début seulement, l'engourdissement primitif pourrait faire songer à une compression intra- ou extra-abdominale. Mais les doutes se lèveraient d'eux-mêmes par l'apparition des douleurs en piqûres d'épingle si caractéristiques de l'affection, qui ne peuvent guère entraîner vers l'idée vite exclue de tabès au début.

On a fait usage, pour traiter la méralgie paresthésique, de nombreux moyens.

Comme traitement local on obtiendra des meilleurs résultats par le massage qui aura pour effet de rétablir et de régulariser la circulation gênée des vasa-nervorum et des veines superficielles et profondes des membres inférieurs et qui rendra aux vaisseaux le tonus des fibres musculaires siégeant dans leur paroi.

Les frictions alcooliques ou térébenthinées pourront avoir le même effet.

Le traitement général consistera à prendre des mesures hygiéniques. On devra éviter autant que possible la station debout, qui est si favorable à l'évolution de la méralgie car elle aide l'apparition des dilatations variqueuses des membres inférieurs, varices qui envahissent les vasa-nervorum.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de Palerme. — M. Tansini.

Sur un cas d'extirpation du cæcum pour cancer; guérison,

Par le Dr Jean Palleroni,
Aide-chirurgien.

L'extirpation totale du cæcum pour cancer avec réunion consécutive de l'iléum au côlon est une opération très grave, intéressante et qui a été bien rarement encore tentée avec succès.

Je crois donc digne d'intérêt de publier, avec quelques détails, le cas que j'eus l'occasion d'observer dans notre clinique chirurgicale et dont mon maître, le professeur Tansini, a bien voulu me confier la relation.

Lip... Françoise, âgée de 46 ans, domestique, née à Camporeale (Sicile).

Rien de particulier dans sa famille pour l'hérédité. Chez cette femme, la menstruation apparut à 14 ans, et à partir de ce jour les règles se succédèrent chez elle d'une manière tout à fait normale; présentement elle est entrée dans la ménopause. Elle n'a jamais souffert d'aucune maladie si ce n'est de celle dont je vais m'occuper.

Il y a environ 9 mois, elle commença à ressentir une douleur très forte au flanc droit, douleur qui se manifestait par des élancements et qui irradiait dans la région lombaire correspondante et dans la cuisse droite, surtout durant la défécation.

En même temps, venant à se toucher la région endolorie, la malade sentit la présence d'un corps dur, de la grosseur d'une noix, et qui, au palper, lui causait une vive douleur.

La tumeur est allée grossissant avec rapidité, jusqu'à atteindre les dimensions actuelles, et, durant son développement, la douleur a toujours continué, et à certaines heures de la journée elle devenait aiguë au point de faire pleurer la malade et de la forcer à rester à plat ventre sur son lit.

Les fonctions du tube gastro-intestinal se sont accomplies pendant 9 mois et continuent à s'accomplir avec difficulté et en causant une douleur à la partie malade; les évacuations alvines se succèdent à l'intervalle de 4, de 5 et quelquefois de 7 jours, et encore faut-il toujours recourir aux purgatifs.

Cette femme ne s'est jamais aperçue qu'elle ait expulsé, avec les matières fécales, du sang ou du mucus; elle fut toujours apyrétique.

Elle fut admise dans la clinique le 16 janvier dernier.

Nutrition générale laissant fort à désirer, squelette bien conformé, masses musculaires flasques, tissu adipeux sous-cutané rare, coloration de la peau pâle, muqueuses visibles roses, température normale.

On ne relève rien de particulier ni à la tête, ni au cou, ni à la poitrine, sauf un léger degré d'athéromasie de l'aorte. Rien de particulier aux membres non plus.

L'abdomen dans la fosse iliaque droite, sur le prolongement de l'hémiclaviculaire, apparaît tuméfié par l'existence d'une saillie, qui atteint le volume d'un œuf de dindon.

A palper dans la correspondance de la fosse iliaque droite, l'on remarque une tumeur du volume d'un gros cédrat, à la surface bosselée et aux limites indéfinies; en haut on sent la masse jusqu'à un doigt sous l'ombilicale transverse; en bas jusqu'à deux doigts du pubis et à 3 centimètres de la ligne iléo-peltinée; en dedans jusqu'à cinq centimètres de la ligne médiane.

Cette masse a une consistance fibreuse et elle est assez fixement implantée pour ne pas permettre le moindre déplacement en quelque sens que ce soit; elle est douloureuse par elle-même et la douleur est lancinante et s'irrite à la pression.

La femme souffre d'une grande constipation, et ne va jamais

spontanément à la selle mais seulement après avoir pris quelque purgatif.

L'examen des selles ne présente rien de remarquable. Les urines sont normales tant au point de vue clinique que microscopique.

Les organes génitaux n'offrent rien d'important; il en est de même pour le système ganglionnaire lymphatique.

Le professeur Tansini établit le diagnostic de carcinome du cæcum et propose l'extirpation de cet organe.

On prépare le sujet en lui administrant des purgatifs et en lui appliquant des entéroclysmes.

Le 15 février, après avoir placé la femme dans la position de Trendelenburg et lui avoir administré le chloroforme, on procède à la laparotomie.

A droite, à 6 centimètres environ de la ligne médiane et en correspondance avec le bord externe du muscle droit, l'opérateur fait sur la paroi abdominale une incision longitudinale de 12 centimètres, qui, de deux doigts au-dessous de l'ombilicale transverse, sur le prolongement de l'hémiclaviculaire arrive jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'arcade de Goupart.

Sur le parcours de l'incision, l'opérateur trouve l'artère épigastrique qu'il lie en deux endroits et qu'il coupe entre les deux ligatures. Après quoi, il trouve le péritoine et l'ouvre.

Au travers de cette brèche, il reconnaît l'exactitude du diagnostic et remarque que la masse néoplastique appartient surtout à la paroi postérieure du cæcum.

Il indique alors les graves difficultés qu'on rencontrerait si l'on voulait procéder à l'extirpation de la tumeur par cette voie et la probabilité moindre de succès à vouloir en pratiquer une démolition complète, d'autant plus que la tumeur étant maligne, elle demande un déracinement complet et large; voilà pourquoi il se décide pour la voie extrapéritonéale déjà suivie par Novaro et Körte.

Il ferme donc provisoirement par trois points l'incision pratiquée au péritoine et, après avoir décollé ce dernier, il arrive dans la fosse iliaque au bord extérieur de la masse, la détache après un travail pénible; ce fut là un moment difficile et très délicat à cause des fortes attaches que la tumeur avait avec des vaisseaux iliaques, ou pour mieux dire, avec leur gaine. La difficile dissection dut s'étendre bien loin (7 ou 8 centimètres environ).

La partie externe des vaisseaux iliaques étant ainsi dégagée, le professeur Tansini se dirige vers le bord interne, là il rencontre l'uretère droit où la tumeur avait fixé aussi quelques attaches et qu'elle cachait complètement et il le dégage à son tour.

On trouve aussi des adhérences au ligament large, que l'opérateur détache en les coupant après ligature.

Après quoi, le professeur Tansini replace la tumeur, rouvre le péritoine, après avoir enlevé les points de suture provisoire et l'isole complètement ainsi que tout le cæcum.

Puis il applique, à cet effet, une pince longue, à mors revêtus d'un tube de gomme, sur l'iléum à trois centimètres environ de son insertion dans le cæcum, et un lien élastique sur le côlon ascendant à six centimètres à peu près au delà du néoplasme; et, après l'avoir isolé du mésocôlon, il réussit de cette façon, à l'aide des ciseaux, à en extirper complètement, en même temps que le péritoine déjà décollé sur le parcours où il adhérait, la masse néoplasique ainsi que le cæcum. Dans l'intention de réunir l'extrémité de l'iléum avec l'extrémité du côlon ascendant, l'opérateur procède au rapetissement de la lumière de ce dernier, et, coupant l'intestin grêle en bec de flûte, il rend les deux extrémités proportionnées et les réunit par la suture Lembert en soie et catgut à points alternés.

La toilette péritonéale achevée, le professeur Tansini tamponne la vaste brèche dépourvue de péritoine avec de la gaze au sulfophénate de zinc, en la refoulant jusque sous la ligne de suture intestinale et réunit la plaie abdominale à l'aide d'une suture à anse en laissant sortir de l'angle inférieur l'extrémité du tampon.

L'opération dura environ deux heures.

Trente-six heures après, le professeur Tansini enlève le tampon de gaze qui se trouve propre et inodore et le remplace par un drain.

Les douleurs lancinantes, qui depuis 9 mois n'avaient point abandonné la malade, cessèrent dès le lendemain de l'opération.

Dans les deux premiers jours, la femme n'accuse aucun dérangement; elle eut des fuites de gaz intestinaux et un écoulement de mucus sanguin du vagin.

Le troisième jour fut notée une élévation de la température qui atteignit 39°1, et qui dura avec des rémissions pendant un septénaire; et durant ce temps la malade se trouva dans un état très satisfaisant. La fièvre tomba à la suite de l'administration d'un purgatif et la température retourna à 37°.

Quatre jours après, les fonctions intestinales reprirent leur cours normal, car la femme eut des selles abondantes sans effort ni douleur, ces déjections présentaient des parties dures mêlées à des molles.

Le huitième jour, on supprime le drainage et tous les points de suture sont enlevés.

Seize jours après l'opération la femme quitta le lit, et le 22° jour elle sortit de la clinique complètement guérie et complètement remise sous le rapport de la nutrition générale.

Examen de la tumeur. — La masse extirpée pèse 400 grammes, elle se présente à peu près avec le volume d'une tête de fœtus, à la surface bosselée, elle a une consistance dure, et elle est formée en très grande partie d'un néoplasme conglobé avec le cæcum, dont une partie petite seulement présente l'aspect et la couleur normale. A la coupe, on vérifie la dureté déjà remarquée à la palpation et dans sa partie centrale se trouve une cavité aussi grande que celle d'un cœur humain, qui présente une surface irrégulière et tapissée par une espèce de couenne purulente d'une couleur jaune verdâtre. Cette cavité communique amplement avec celle de l'intestin et l'on peut clairement induire que le développement du néoplasme s'est produit dans les deux tiers postérieurs de ce dernier.

Le morceau d'intestin enlevé conjointement à la tumeur mesure 20 centimètres de longueur.

De *l'examen microscopique* il résulte qu'il s'agit d'un carcinome.

Ce cas donne plus de prix au procédé opératoire extrapéritonéal qui rend vraiment l'opération plus facile tandis que M. Billroth lui-même a pu dire : « La résection du cæcum présente des difficultés techniques énormes ».

On peut ensuite aisément comprendre comment, par un tel procédé, l'on peut, avec plus de sûreté, extirper complètement la tumeur et comment il est plus facile de travailler pour deux bons tiers de l'opération à péritoine fermé.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. COISCOU (Rodolpho). *Quelques considérations relatives aux règles pronostiques de l'albuminurie.* N° 311. (H. Jouve.)

M. OBERTHÜR (J.). *Etude médicale sur les ouvriers des houillères, leurs affections des voies respiratoires, anthracose et tuberculose.* N° 259. (Oberthür. Rennes.)

M. SZMIGIELSKI (B.). *Histoire médicale de la campagne du Dahomey en 1892.* N° 310. (P. Delmar.)

M. ENOUF (Paul). *Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques chez l'enfant.* N° 261. (P. Delmar.)

M. BIBARD (Camille). *Contribution à l'étude des troubles de l'odorat.* N° 260. (H. Jouve.)

M. BROUSSE (Pierre-Joseph-Guillaume). *Œdème brightique du larynx (en dehors de l'anasarque).* N° 280. (H. Jouve.)

M. GUILLEMAUT (Jules). *Etude sur le diagnostic clinique de l'angine diphthérique.* N° 257. (H. Jouve.)

M. ARRAULT (Henri). *Des perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes.* N° 258. (A. Malverge.)

La constatation seule de l'albumine n'a pas de valeur absolue au point de vue du pronostic des albuminuries. Pour M. Coiscou, elle ne vaut que par son association à d'autres signes, c'est-à-dire aux autres éléments constituants de l'urine.

Les différents éléments constituants de l'urine sont les termes essentiels de la phrase urologique.

Il est des caractères particuliers de l'urine superposables à des états anatomiques déterminés du rein.

La connaissance de la phase urologique tout entière rend compte des lésions du rein dont la notion est nécessaire pour juger du pronostic d'une albuminurie.

M. Oberthür souhaite que les progrès qui ont été déjà réalisés dans l'industrie houillère au profit de la santé des ouvriers qu'elle emploie, ne s'arrêtent pas en si bon chemin et que tous les centres houillers arrivent peu à peu aux perfectionnements si nécessaires à l'hygiène, que beaucoup de mines possèdent déjà. L'air que les ouvriers respirent est presque partout suffisamment pur : il importe, tout en ayant soin de le renouveler fréquemment, d'éviter les refroidissements produits dans les premières voies d'entrées de l'air dans la mine par une ventilation trop active. Il est aussi nécessaire, pour diminuer le nombre des affections *a frigore* chez le mineur, de faciliter la réaction au sortir du travail. La douche chaude donnée aussitôt à la sortie de la mine, que beaucoup de compagnies ont maintenant adoptée, est, à son avis, le moyen prophylactique le meilleur contre ces affections.

Si le charbon est indifférent pour le poumon sain, il n'est pas curatif; mais, à la faveur d'une lésion du poumon, il peut s'insinuer plus facilement dans le parenchyme et contribuer aussi à augmenter la gêne respiratoire.

Il est donc nécessaire que les houilleurs, lorsqu'ils sont atteints d'une affection de poitrine, ne reprennent leur travail qu'après complète guérison.

Si la tuberculose, rare dans les houillères, est liée à la contagion impossible pendant le travail, on doit essayer de réaliser des conditions analogues dans les autres professions.

De ses observations pendant la campagne du Dahomey, M. Szmigielski tire des conclusions relatives à l'alimentation, aux mesures contre les maladies endémiques et au service médical. Après quelques remarques sur l'utilité de l'usage du thé, du café, de l'alcool, sur la nécessité des filtres en nombre suffisant et de transport facile. Il insiste surtout sur l'importance de la quinine et des préparations de quinquina comme agent préventif contre le paludisme.

Pour lui, on prévient la dysentérie par l'emploi unique de l'eau bouillie au préalable et filtrée, et par tous les articles d'équipement qui préservent de l'humidité du sol. Il serait donc désirable que les troupes coloniales fussent pourvues de la couverture imperméable en usage dans l'armée des Indes.

Chez l'enfant, d'une manière exceptionnelle d'ailleurs, on peut voir des paralysies survenir comme complications de la pneumonie. Ces paralysies qu'étudie M. Enouf surviennent dans deux ordres de faits. Parfois elles se montrent en même temps que des troubles cérébraux graves, en même temps que des symptômes ataxoadynamiques et alors la pneumonie se termine par la mort.

D'autres fois les pneumonies, dans lesquelles les paralysies se sont montrées, se sont terminées par la guérison, mais ont toujours présenté des allures sérieuses.

Ces paralysies ont affecté le type paraplégique, hémiplégique ou monoplégique. La troisième paire a été atteinte une fois. Une autre fois, en même temps que les deux jambes, un bras a été paralysé. Ces paralysies sont passagères. Leur durée varie de quelques heures à quelques semaines. Leur pronostic est donc bénin.

D'après M. Bibard, dans l'étude de l'anosmie, sa nature causale est la plus importante à déterminer avec précision, tant au point de vue du pronostic que du traitement. Le pronostic de l'anosmie est entièrement subordonné à la nature de sa cause. Le traitement devra être essentiellement pathogénique et on s'appliquera à prévenir ou à modifier les lésions capables d'amener la perte de l'odorat. Chaque cas particulier exigera un traitement spécial. Le seul traitement local un peu efficace consistera dans l'emploi de l'électrisation sous forme de courants faradiques ou galvaniques.

La parosmie se présente sous deux aspects cliniques bien différents : tantôt elle est objective, tantôt elle est subjective.

La cacosmie objective sera naturellement traitée en attaquant la lésion qui cause la mauvaise odeur; la cacosmie subjective sera plus réfractaire au traitement et ne reconnaîtra guère comme traitement local que l'électrisation et le massage vibratoire interne.

Le mal de Bright peut avoir comme premier symptôme un œdème du larynx à caractère bien tranché, à évolution propre; cet œdème brightique du larynx qu'étudie M. Brousse est presqu'invariablement précédé par de la pharyngite de même nature. L'œdème laryngé albuminurique se produit sous l'influence d'une action réflexe à point de départ variable. Le centre du réflexe est au bulbe au niveau des noyaux de la dixième paire. La voie centrifuge est constituée par le pneumogastrique, ce qui peut expliquer la coïncidence fréquente des troubles laryngés, pulmonaires et cardiaques. On doit s'efforcer de découvrir la diathèse syphilitique, quand elle existe, à cause de la nocuité reconnue de l'iodure de potassium sur le développement de l'œdème laryngé. Le pronostic de l'œdème brightique du larynx est toujours grave, il est fatal quand il se complique d'œdème aigu du poumon.

Pour M. Guillemaut la constatation du bacille de Löeffler, tel qu'il nous est décélé par la simple culture et les réactions colorantes ne permet pas d'affirmer à coup sûr un processus diphthérique. Les signes cliniques de l'angine diphthérique conservent, dans la pratique, une valeur capitale et ne doivent pas être rejetés au second rang.

Lorsque l'angine diphthérique est bien caractérisée au point de vue clinique par l'aspect et la topographie des exsudats ou que les symptômes constatés font craindre une extension au larynx ou une forme toxique, le diagnostic peut être posé immédiatement et l'injection peut être pratiquée sans retard, sans attendre le résultat des cultures bactériologiques.

D'autre part, le bacille de Lœffler signalé dans les angines suspectes, sans fausses membranes, doit exciter la vigilance du clinicien, mais l'examen bactériologique ne peut à lui seul commander immédiatement l'injection d'un agent thérapeutique qui doit être manié avec une certaine prudence. Pour M. Guillemaut et son maître M. Variot, l'observation clinique reste donc le guide le plus sûr pour fixer les indications thérapeutiques.

Il est admis qu'il existe des abcès vermineux produits par des lombrics venus irriter la paroi abdominale après avoir traversé la paroi intestinale et le péritoine sans déterminer sur lui de réaction inflammatoire. Pour M. Arrault il n'est pas impossible non plus que ces mêmes vers fassent sur l'intestin sain des perforations telles qu'elles laissent échapper dans la cavité péritonéale des matières intestinales qui provoque une péritonite, pour lui cette perforation, d'ailleurs exceptionnelle, semble prouvée par plusieurs des observations qu'il rapporte dans sa thèse.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Théaulon (Charles). *Les conditions pathogéniques de l'œdème et sa physiologie pathologique.* N° 30.

M. Jardon (Louis). *Contribution à l'étude du pouvoir antitoxique de la bile.* N° 48.

M. Bayle (Louis-Pierre). *Des névrites puerpérales (grossesse et puerpérium).* N° 7.

M. Langlois (Gaston). *Etude de 23 cas de gangrène pulmonaire, sa forme prolongée.* N° 52.

M. Duméry (Georges). *Du zona ophthalmique et de ses manifestations graves.* N° 43.

M. Baron (Baptiste). *Étude psychologique de l'anesthésie par l'éther avec quelques considérations médico-légales.* N° 47.

M. Théaulon considère l'œdème comme une inondation des espaces intertissulaires dont la cause prochaine est un changement dans les rapports osmotiques qui existent à l'état normal entre la lymphe et le sang.

Pour lui les conditions pathogéniques, facteurs de l'œdème, peuvent se répartir en deux groupes distincts, suivant que l'équilibre osmotique est rompu :

1° Soit par majoration de l'indice de concentration du plasma lymphatique, comparativement au plasma sanguin;

2° Soit par abaissement du degré de concentration du plasma sanguin par rapport au plasma lymphatique. Les conditions du premier groupe agissent :

a) Soit en créant un obstacle à l'élimination des produits de la désassimilation;

b) Soit en troublant les processus métaboliques des éléments organisés.

Les conditions du second groupe agissent par altération du sang.

On doit, dans tous les cas, tenir compte de l'intervention propre de la paroi vasculaire.

D'après M. Jardon, l'opération de la fistule biliaire détermine, chez le chien, une augmentation du pouvoir toxique des urines, quel que soit d'ailleurs le régime alimentaire. L'hypertoxicité urinaire cesse de se produire si, dans les mêmes conditions, la bile est administrée par la voie stomacale. Ces deux faits reconnaissent pour cause le pouvoir antitoxique que possède la bile et qui résulte de ses actions :

a) Sur le contenu intestinal (digestion et absorption des graisses : ralentissement de la vie microbienne par dilution du milieu; dilution favorisant aussi l'action du foie sur les toxines, etc.);

b) Sur les fonctions de la muqueuse intestinale;

c) Sur les fonctions du foie (biligénie, glycogénie, destruction des poisons). Ce pouvoir antitoxique justifie l'emploi de la bile en thérapeutique et permet d'en attendre, dans certains cas, une diminution de la toxicité urinaire.

La polynévrite puerpérale, pour M. Bayle, se divise en deux formes :

Une forme généralisée et une forme localisée. Cette dernière comprenant deux types : un type inférieur et un supérieur.

1° La forme généralisée débute soit pendant la grossesse, soit dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. Les vomissements incoercibles en sont la cause déterminante. La maladie frappe les quatre membres; elle s'accompagne parfois de troubles de la phonation, de la déglutition et de l'intelligence.

2° La forme localisée se développe à la faveur de l'infection puerpérale.

Elle se divise en deux types : un supérieur et un inférieur.

Dans le type supérieur la paralysie atteint de préférence les branches terminales des nerfs médian et cubital

Dans le type inférieur, ce sont les muscles de la partie antéro-externe de la jambe qui se trouvent le plus généralement atteints. La forme généralisée de la polynévrite qui se développe à la faveur des vomissements incoercibles semble avoir comme cause pathogénique une auto-intoxication.

Dans la forme localisée, la maladie est presque toujours précédée d'une réaction fébrile qui porte le cachet d'une infection septique. L'anatomie pathologique de la polynévrite existe à peine. Les deux seules autopsies pratiquées ont permis de constater que les rameaux terminaux des nerfs étaient très atteints, alors qu'il n'existait aucune altération médullaire nette; les lésions étaient celles de la névrite parenchymateuse. Lorsque la paralysie atteint les quatre membres, qu'elle s'accompagne de troubles de la phonation, de la déglutition et de l'intelligence, le pronostic est loin d'être aussi bénin qu'on l'avait admis jusqu'aujourd'hui puisque, sur 18 cas, 4 ont eu une issue fatale.

Lorsque la maladie ne porte que sur un membre le pronostic est des plus favorables.

Dans le service de M. Bard, M. Langlois a trouvé, en onze années, 23 cas de gangrène pulmonaire formant 2,09 o/o de la mortalité. Trois cas de contagion intérieure ont été relevés en regard de seize cas d'origine extérieure et de six cas de complication ultime de tuberculose. Dans la plupart des cas la gangrène s'est développée chez des malades atteints d'affections chroniques préexistantes des voies respiratoires. L'expectoration présente des caractères très variables, mais parfois sa coloration lie de vin ou au contraire grisâtre est absolument caractéristique. L'odeur caractéristique existe dans le plus grand nombre des cas; mais parfois légère ou tardive, elle peut même manquer absolument (25 p. 100 des cas environ).

Indépendamment des gangrènes qui surviennent comme complication ultime d'une affection grave des voies respiratoires, affection qui est presque toujours une tuberculose pulmonaire à marche rapide, on peut distinguer trois formes cliniques de gangrènes du parenchyme pulmonaire :

1° Forme pseudo-pneumonique d'une durée moyenne de 20 jours;

2° Forme pleuro-pulmonaire d'une durée à peine supérieure;

3° Forme prolongée dont les lésions présentent une tendance manifestement fibreuse, d'une durée moyenne de 3 mois, pouvant atteindre 6 ou 7 mois.

Dans les observations de M. Langlois ces 3 formes cliniques se sont montrées dans les proportions suivantes ;

1° Forme pseudo-pneumonique, 56,25 p. 100 des cas;

2° Forme pleuro-pulmonaire, 18,75 p. 100 des cas;

3° Forme prolongée à tendance fibreuse manifeste, 25 p. 100 des cas.

Le zona ophthalmique qu'étudie M. Duméry est caractérisé par une éruption papulo-vésiculeuse pouvant siéger dans tout le domaine du nerf ophthalmique ou se localiser à quelques-uns de ses rameaux.

La présence de l'éruption au niveau de la région temporale, en avant et en dehors de l'os malaire, indique, ainsi que l'étude du névrome plexiforme de la paupière supérieure, que les filets temporo-malaire appartiennent au nerf ophthalmique et non au nerf maxillaire supérieur. Le zona ophthalmique peut amener des désordres graves du côté de l'œil : ulcération et perforation de la cornée se terminant par un leucome; perforation de la cornée et panophthalmie consécutive; iritis, irido-choroïdite; exceptionnellement atrophie de la papille, névrite optique, rétinite hémorrhagique.

Il n'est souvent (Brissaud l'a montré) que la première manifestation d'une lésion encéphalique paraissant siéger au niveau du pied du pédoncule cérébral de la protubérance. Suivant que cette lésion est plus ou moins étendue en surface et en profondeur, elle donne naissance à des troubles nerveux plus ou moins durables, parfois permanents.

L'hémiplégie pédonculaire, conséquence de la lésion centrale, se traduit par le syndrome de Weber avec ou sans hémianesthésie alterne. Les nerfs de la face intéressés sont variables. Les nerfs moteurs sont le plus souvent atteints; dans certains cas, le trijumeau seul est frappé. On a alors une hémiplégie alterne du type sensitif. La paralysie des membres présente des degrés très variables; elle peut être complète, partielle ou même ne pas exister du tout.

De la fréquence des désordres oculaires consécutifs, de la possibilité d'une lésion encéphalique dont le zona n'est que la première manifestation résulte la gravité du pronostic.

Classant les organes nerveux par ordre de susceptibilité à l'action anesthésique de l'éther, M. Baron distingue trois étapes : 1° *une étape cérébrale; 2° une étape médullaire; 3° une étape bulbaire*, qui est l'étape toxique. L'étape cérébrale est marquée par la dissociation et la disparition progressive de nos facultés intellectuelles, des plus hautes, des plus complexes aux plus instinctives; les facultés *coordinatrices* (attention, volonté) disparaissent les premières; puis c'est le tour des *facultés imaginatives* (imagination, mémoire, celle-ci persistant la dernière).

L'éther, en agissant sur la volonté et les mouvements, va du plus complexe et du plus volontaire au simple réflexe.

Il agit de même d'abord sur *la sensibilité*, forme supérieure de l'acte sensitif, réflexe psychique sensitif, il agit ensuite sur la *sensitivité*, réflexe sensitif médullaire et, partant, involontaire et inconscient. Au réveil, l'homme recouvre l'usage de ses facultés dans l'ordre inverse de leur disparition.

Avant de paralyser, l'éther, obéissant à une loi physiologique générale, excite; cette période primordiale d'excitation, par l'attirance de son brillant cortège psychologique, provoque une manie toxique : *l'éthéromanie*. Cette passion n'a pas de conséquences trop fâcheuses pour l'organisme. La période de besoin qu'elle présente est loin d'avoir l'irrésistibilité de la période de besoin de la morphinomanie. Il existe cependant une dipsomanie pour l'éther comme pour l'alcool; dans ce cas seul l'irresponsabilité de l'éthéromane doit être prononcée.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Contribution à l'étude de la physiologie du bacille diphthérique, par L. Cobbette (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1897, p. 251). — Le bacille diphthérique peut pousser dans les milieux acides ou alcalins; les limites d'alcalinité compatibles avec la culture sont de 40 à 50 cent. cubes d'alcali normal par litre; les limites d'acidité de 6 à 13 cent. cubes d'acide normal par litre.

Les cultures en bouillon alcalin ne deviennent pas acides, à moins qu'il n'y ait du sucre, d'autres hydrates de carbone et de la glycérine. Le degré d'acidité atteint dépend de la quantité de glucose présente et aussi de l'intégrité de la pellicule superficielle qui, une fois disloquée, est gênée dans la production de substances alcalines. Lorsqu'il y a 2 à 4 p. 100 de glucose dans un bouillon dont l'alcalinité initiale est de 5 à 6, l'acidité peut monter entre 5 et 13. La culture peut alors continuer et devenir à nouveau alcaline. Mais la plus légère agitation suffit alors à arrêter sa croissance et à la rendre acide d'une façon permanente. La présence de 45 p. 100 de glucose et même plus, dans un bouillon de culture dont l'alcanité est de 5 à 6, le rend acide d'une façon permanente.

Les cultures dont le développement n'a pas été arrêté par une excessive formation d'acide demeurent toujours alcalines. Le maximum d'alcalinité observé a été de 36.

Le passage d'un courant d'air à la surface des cultures s'est montré sans influence sur la formation des produits alcalins ou de la toxine.

Les cultures faites dans de bonnes conditions deviennent vite toxiques et atteignent leur maximum en une huitaine de jours.

La marche de développement de la toxine est à peu près parallèle à celle des produits alcalins au début de la culture. L'alcalinité peut donc servir à apprécier la toxicité. Vers le milieu de la seconde semaine, le pouvoir toxique peut diminuer et l'alcalinité augmenter. Puis l'alcalinité diminue à son tour.

Les produits alcalins peuvent être séparés par distillation et n'ont aucune action sur le cobaye.

Pour que la toxine se produise rapidement, il est très important que les cultures soient dans un parfait repos, surtout lorsque le bouillon contient plus que des traces de glucose.

CHIRURGIE

Radioscopie cérébrale (A case of bullet in the left hemisphere of the brain shown by skiagraphe), par Bell (*Annals of gynæcology and pædiatry*, mars 1897, p. 353). — Une petite fille de 4 ans 1/2 jouant avec un revolver, tomba et le coup partit : la balle entra dans le front au-dessus du milieu de l'orbite gauche; l'enfant ne perdit pas connaissance et ne parut pas souffrir beaucoup. On chloroforma l'enfant; on incisa au niveau de la plaie; on enleva des fragments osseux et quelques caillots : on agrandit l'ouverture dans l'os et les membranes et on retira, à l'aide de pinces, 4 fragments osseux de la substance cérébrale; en introduisant la pince on la sentit butter sur la balle à une profondeur de 5 centimètres; mais on ne put la retirer. On introduit un tube à drainage en verre. Guérison rapide. On put, à l'aide du skiagraphe, voir la position exacte occupée par la balle.

Perforation par ulcère de l'estomac (Two cases of operation for perforation of gastric ulcer followed by recovery), par Hawkins et Wallace (*British. med. jour.*, 10 avril 1897, p. 914). — L'auteur relate deux opérations ayant abouti à la guérison. La première est celle d'une fille de 21 ans qui avait depuis plusieurs mois des troubles gastriques, pas de vomissements de sang. Brusquement les douleurs devinrent très vives et la malade présenta les signes d'une péritonite générale. On fit la laparotomie : on rompit quelques adhérences ; on trouva une perforation dans la paroi antérieure de l'estomac, près de l'œsophage. On ne put en exciser les bords qui étaient indurés, en raison de l'éloignement de la perforation de la ligne médiane; on se contenta de les retourner en dedans et de faire des sutures de Lembert à la soie ; encore n'y arriva-t-on qu'avec beaucoup de peine, la perforation étant sous le rebord costal. Drainage de la plaie. On fit une contre-ouverture sous l'ombilic, ce qui permit de débarrasser le bassin d'un liquide sanieux et de faire un lavage de cette région. Dès le 3e jour se développa un double bubon parotidien, qui guérit sans suppuration. Seize jours après l'opération, quand la convalescence semblait établie, la fièvre se ralluma et la malade rendit du pus par le rectum; il est probable qu'un abcès pelvien s'était ouvert dans le rectum. L'écoulement de pus cessa au bout de 4 ou 5 jours. Le 20e jour, réapparition de la fièvre et thrombose des veines profondes de la jambe gauche, qui disparut graduellement en 15 jours.

Le second cas concerne une fille de 17 ans qui avait depuis 2 ans des troubles gastriques; pas d'hématémèses. Elle fut brusquement prise de grandes douleurs abdominales et présenta les signes de la péritonite. On opéra 24 heures après le début des accidents. Incision médiane de l'ombilic au cartilage xiphoïde : on trouva beaucoup de lymphe, quelques adhérences; en soulevant le lobe gauche du foie on trouva une perforation de l'estomac qu'on ne vit pas tout d'abord sur la surface rugueuse du viscère, mais qu'on découvrit par la palpation. On gratta les bords de l'ulcération à la curette de Volkmann. On mit une série longitudinale de 6 sutures de Lembert. Suture de la paroi abdominale. Au cours de la convalescence la malade fut prise, un jour, d'une dyspnée considérable, qui fit penser à une embolie pulmonaire. Cette attaque se dissipa en une heure, mais pendant quelques jours on nota des signes de consolidation du lobe inférieur du poumon gauche, avec un peu de fièvre. Ces symptômes disparurent peu à peu. Plus tard un abcès secondaire se développa dans la paroi abdominale. Guérison.

Morse (Three cases of ruptured gastric ulcer treated by laparotomy, suture and washing out of the peritoneum, *British med. Jour.*, 13 février 1897, p. 389) de son côté apporte 3 observations. Dans l'une, la perforation se fit le 7 décembre 1893 ; opération 5 heures après le début des accidents. Pour ce qui a trait à la suture de l'ulcère et au lavage du péritoine même chose que dans les observations suivantes. Guérison complète en un mois.

Une fille de 21 ans avait depuis 2 ans des symptômes de dyspepsie. Sa sœur était morte de la perforation d'un ulcère gastrique. Brusquement elle présenta des symptômes de péritonite ; la douleur commença dans l'hypochondre gauche et aussitôt envahit tout le ventre. Opération 4 h. 1/2 après le début des accidents : incision à gauche de la ligne médiane, de façon à pouvoir sortir plus facilement tout le viscère hors de la cavité abdominale. Perforation arrondie sur la face antérieure de l'extrémité cardiaque de l'estomac : sutures de Lembert ne comprenant que le péritoine et les couches musculaires; 2e rangée de sutures de façon à mettre en contact 2 surfaces suffisamment larges. Lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie. Drainage et suture de la plaie. La convalescence fut retardée par la formation d'un abcès dans la cavité pleurale gauche, qu'on ouvrit et qu'on draina en arrière. Guérison.

Une fille de 22 ans, anémique et dyspeptique depuis quelque temps, fut brusquement prise de douleurs abdominales violentes : signes de péritonite; la douleur avait commencée immédiatement à gauche de l'appendice xiphoïde. Opération 24 heures après le début des accidents : incision au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane; on attira tout l'estomac hors de la cavité péritonéale qui contenait des gaz, des liquides colorés par de la bile et du lait caillé; perforation sur la face antérieure,

au voisinage du cardia. Avec une aiguille courbe, on plaça 2 rangées de sutures de Lembert. Lavage de la cavité péritonéale. La malade mourut au bout de quelques heures.

Ulcération intestinale par action de corps étrangers d'origine alimentaire; péritonite localisée de voisinage; perforation; péritonite généralisée; occlusion intestinale par torsion, par Pitois (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, avril 1897, p. 302). — Un homme de 22 ans, rapatrié de Madagascar, arrive à l'hôpital de Blidah pour fièvre et anémie palustre. Le 4 septembre, accès de fièvre franc; le 8, autre accès s'accompagnant de douleurs abdominales et d'un vague empâtement de l'hypochondre droit. Dans la nuit du 10 au 11, le malade est réveillé par une violente douleur dans le flanc droit; vomissements bilieux et fécaloïdes. Le malade avait avalé quelques jours auparavant 2 kilos de raisin. Faciès grippé, extrémités froides. L'auteur rapporte tous ces symptômes à une occlusion intestinale déterminée par l'accumulation de pépins de raisins. On fit la laparotomie : comme le péritoine paraissait sensiblement enflammé, on ne poussa point plus loin l'opération, d'après un plan arrêté d'avance. Le malade mourut une heure après. L'autopsie révéla une péritonite fibrino-purulente concentrée au flanc droit, mais irradiée sur tout le reste de la cavité abdominale. Il y avait une poche circonscrite par les anses intestinales et s'étendant du foie au petit bassin; elle contenait un liquide purée de pois. Appendice et cæcum sont sains; le cæcum contient de nombreux grains de raisin. Les 10 derniers centimètres de l'intestin grêle, aplatis et exsangues, ont subi une torsion en demi-spire qui en a réduit notablement le diamètre. L'ileum présente 2 ulcérations creusées chacune dans une plaque de Peyer, légèrement tuméfiée; l'une d'elles aboutit par son fond à une perforation de l'intestin.

Kyste chyleux du mésentère (Chylous cyst of mesentery; operation; recovery), par O' Conor (*British med. Journ.*, 13 février 1897, p. 391). — Un homme de 41 ans, avait tous les matins depuis 2 ans des envies de vomir, il avait souvent des douleurs lancinantes dans la partie inférieure du ventre; à plusieurs reprises, à la suite de fatigues, le malade dut rester pendant plusieurs jours au lit. Un jour, après avoir sauté d'un tramway il ressentit des douleurs épouvantables et dut se mettre au lit. Alors pour la première fois le malade constata la présence d'une tumeur au-dessous et à droite de l'ombilic.

Cette tumeur était tendue, fluctuante, mobile et du volume d'une noix de coco. Palpation très douloureuse. Antécédents héréditaires et personnels excellents. Incision sur la ligne médiane directement au-dessus de la tumeur. C'était un kyste de couleur gris sale, avec de grosses veines courant sur sa surface. La tumeur fut soulevée en même temps que le mésentère dans lequel elle s'était développée, et une anse intestinale qui lui adhérait. Le kyste était si adhérent au mésentère et il aurait fallu lier tant de vaisseaux pour l'énucléer qu'on le draina; on le ponctionna et on en retira un liquide lactescent; on agrandit l'ouverture faite avec le trocart et on réséqua aux ciseaux la paroi antérieure; on dut lier de nombreux vaisseaux; toute la masse fut replacée dans la cavité abdominale et les bords sectionnés du kyste furent suturés à la plaie pariétale. Suture de la plaie, après bourrage de la cavité kystique à la gaze iodoformée, vomissements incessants pendant 4 heures. Guérison.

Anastomose intestinale (Three cases of intestinal anastomosis), par Cripps (*British med. Journ.*, 27 mars 1897, p. 777). — I. *Anastomose bout à bout de l'iléon à l'iléon.* — Chez une jeune femme une occlusion intestinale se produisit à la suite d'une hystérectomie; on fit une entérotomie provisoire mais la malade ne tarda pas dépérir, toute la nourriture s'échappant grâce à l'entérotomie pratiquée sur un point élevé de l'iléon; on fit une laparotomie, on sectionna l'intestin juste au-dessous du siège de l'occlusion et juste au-dessus du point où on avait pratiqué l'entérotomie. On réunit les deux bouts. Guérison.

II. *Double anastomose du gros intestin et de l'intestin grêle.* — Un homme de 55 ans, avait de temps en temps depuis 8 mois des douleurs paroxystiques dans l'abdomen; il y a ordinairement de la constipation, quelquefois de la diarrhée.

Sur la ligne du mamelon gauche, à une dizaine de centimètres au-dessous du rebord costal, on sent une tumeur de la grosseur du poing, mobile, se déplaçant avec les mouvements respiratoires. Incision allant du cartilage xiphoïde à l'ombilic; il s'agissait d'une tumeur maligne occupant le colon transverse près de sa courbure splénique. Une anse de l'iléon était comprise dans cette tumeur par suite de l'extension progressive de cette dernière. Le tout formait, avec de l'épiploon adhérent, une masse du volume d'une noix de coco. Au-dessus et au-dessous de la tumeur on passa autour de l'anse d'iléon comprise, un fil de caoutchouc. On prit l'iléon entre des pinces, de chaque côté de la tumeur; puis on coupa l'intestin juste en deçà des pinces, taillant en même temps un lambeau de mésentère en forme de V. On rejoignit les bouts coupés à l'aide de sutures de Lembert. On prit de même avec des pinces le côlon, on le coupa en travers. En même temps que la tumeur, on enleva de l'épiploon épaissi. On réunit les 2 bouts du côlon l'un à l'autre. Le malade mourut le 5e jour.

III. *Invagination et anastomose latérale de l'iléon au côlon.* — Une femme de 23 ans, à laquelle on avait fait une ovariotomie 7 mois auparavant, fut prise de crises douloureuses dans l'abdomen et finalement présenta les symptômes de l'occlusion intestinale. Le toucher vaginal permettait de sentir un gonflement vague dans le voisinage du ligament large. Incision au niveau du cæcum; on trouva une distension énorme de la dernière partie de l'intestin grêle; on la fixa au péritoine pariétal et à la peau et on l'ouvrit. Tous les symptômes disparurent presque aussitôt; huit jours après on trouvait dans la plaie un petit lambeau sphacélé d'intestin grêle avec morceau de mésentère : il s'agissait évidemment d'une invagination qui s'était gangréné, on unit l'iléon au côlon descendant. Guérison.

Invagination intestinale (Intussusception : a report of two cases with a plea for early operation), par Meek (*Medical Record*, 13 mars 1897, p. 374). — Obs. I. — Un enfant de 8 ans fut brusquement pris de colique à l'école, le 17 avril 1896; vomissements, douleurs abdominales pendant toute la nuit. Le lendemain même état; on trouve une tumeur dans la fosse iliaque droite; occlusion intestinale complète. Le 19, vomissements, tumeur plus petite. On donne des lavements. Le 20, pas d'amélioration. Le 21, on opère et on trouve une invagination de l'iléon; l'appendice et le cæcum sont normaux, contrairement à ce qu'on avait vu d'abord, on déchira l'intestin en voulant réduire; on dut faire une résection, puis réunir les deux bouts à l'aide du bouton de Murphy. Mort du choc une heure après l'opération.

Obs. II. — Un enfant de 7 mois eut, le 13 septembre à 8 heures du matin, une selle abondante et peu après fut pris de vomissements, d'agitation, de douleurs, puis d'écoulement sanglant et muqueux par l'anus. Examen anal négatif. Abdomen mou et non distendu. Le 9 la palpation permet de sentir une tumeur en forme de boudin à gauche de l'ombilic. Diagnostic, invagination. Incision médiane de l'abdomen; il y avait une invagination iléo-colique; le cæcum était aussi partiellement invaginé. Il y avait déjà des adhérences, qui rendirent la réduction plus difficile. Guérison.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup d'épée-baïonnette Lebel; guérison, par Weil (*Archiv. de méd. et de pharmacie militaires*, avril 1897, p. 294). — Le 3 octobre 1896, à 5 heures du soir, un caporal porte à un homme un coup de baïonnette, dans un accès d'aliénation mentale. L'homme était à jeun; l'arme pénétra de haut en bas et d'arrière en avant sur la ligne axillaire du 8e espace intercostal gauche. Le blessé la retira lui-même et tomba : la baïonnette était teintée de sang sur une longueur de 21 centimètres. La blessure ressemblait à une piqûre de sangsue. Pas d'hémorrhagie externe. Douleur spontanée, vive, pongitive au niveau de l'hypogastre; la pointe avait dû arriver à ce point sans perforer la sangle abdominale. Pas de nausées, pas de vomissements : signes de choc péritonéal : téguments pâles, angoisse, stupeur; respiration brève et saccadée. Extrémités froides. Pansement au sublimé; application d'une vessie de glace sur l'abdomen; injection de caféine, diète absolue. Amélioration très rapide. Guérison.

MÉDECINE PRATIQUE

Salicylate de soude et allaitement (1),

Par le Dr S. Remy,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Peut-on donner du salicylate de soude à une nourrice ? Telle est la question que peut se poser le médecin appelé près d'une femme qui nourrit et qui est atteinte de rhumatisme. On sait que le sulfate de quinine administré aux femmes qui nourrissent n'exerce aucune action nuisible sur l'enfant (2).

Le salicylate de soude, à son tour, n'aura-t-il aucune action funeste sur la mère pendant la puerpéralité et sur l'enfant qu'elle nourrit ? Telle est la question que je me suis posée et que l'observation suivante paraît trancher par la négative.

Observation. — Fille accouchée à la Maternité de Nancy en septembre 1895. Elle est atteinte d'un rhumatisme de l'articulation acromio-humérale gauche : gonflement, douleur spontanée et provoquée. Ce rhumatisme paraît avoir été occasionné par le froid, une fenêtre ayant été ouverte sur la malade. Nous lui administrons deux grammes de salicylate de soude par jour ; pendant ce temps elle continue à donner le sein à l'enfant, celui-ci va bien, ne se plaint pas et augmente de poids.

La sage-femme m'avertit que l'accouchée perd plus abondamment depuis qu'elle prend du salicylate ; elle combat ses pertes par des injections chaudes.

La douleur étant peu influencée par la première dose, je donne du sirop thébaïque pour la nuit, et je prescris 3 grammes de salicylate de soude. L'état de l'épaule s'améliore, le volume diminue. Malgré l'usage quotidien du salicylate, l'enfant prospère bien au sein ; l'écoulement sanguin, d'abord fort, a cessé.

Une seule fois on a constaté une diminution de 20 grammes ; à la pesée suivante l'enfant avait gagné 80 grammes.

L'épaule guérit, suspension du traitement. L'enfant pesé comme tous les autres enfants, tous les deux ou trois jours, a présenté les poids suivants :

2.750 grammes	3.360 grammes
2.970 —	3.400 —
3.000 —	3.530 —
3.110 —	3.610 —
3.300 —	3.630 —
3.280 —	

Deux choses peuvent être relevées dans cette observation : d'une part, l'enfant n'a pas paru souffrir de l'action du salicylate de soude, il a prospéré, a gagné 880 grammes pendant son séjour à la Maternité. Il serait intéressant de savoir si une partie du médicament s'élimine par le sein ; quoi qu'il en soit, l'enfant n'a pas paru incommodé.

D'autre part, on a noté un écoulement sanguin puerpéral plus marqué que d'habitude, écoulement qu'il a fallu combattre par les injections chaudes. Ce phénomène n'est pas fait pour nous étonner, puisque cette action du salicylate de soude sur les écoulements sanguins de l'utérus a déjà été signalée en dehors de l'état puerpéral. L'action du salicylate sur certaines formes de dysménorrhée ne s'expliquerait-elle pas par la détente exercée du côté de l'organe malade par le fait de l'écoulement facile et abondant du sang des règles ? Dans tous les cas, l'écoulement puerpéral, s'il a été plus accentué que de coutume, n'a pas réclamé d'autre traitement que de simples injections vaginales chaudes.

Le thé de bouleau comme diurétique.

M. le professeur W. Winternitz a eu l'occasion de constater l'action puissamment diurétique des feuilles de bouleau, chez une malade atteinte d'une affection rénale pour laquelle tous les moyens habituels avaient été essayés sans résultat. Il entreprit alors une série de recherches sur ce sujet, qui lui ont permis d'établir une posologie exacte de ce médicament.

Les feuilles de bouleau sont recueillies à la fin du printemps et mises à sécher dans un endroit aéré et à l'abri de la lumière. Pour faire une tasse d'infusion, on prend de 25 à 35 grammes de ces feuilles sèches : on les met comme du thé dans 150 à 200 grammes d'eau bouillante ; on laisse sur le feu une ou deux secondes ; on retire, on laisse une ou deux heures à infuser et on passe à la passoire. Ce thé, qui n'a aucun goût prononcé, à peine un peu d'amertume, peut être pris froid ou tiède à la dose de 2 à 3 tasses par jour, entre les repas.

L'action diurétique est rapide et énergique. Elle s'accuse dès les premières vingt-quatre heures. Elle ne s'accompagne d'aucune irritation du parenchyme rénal. Bien au contraire l'albumine, les cylindres, les cellules épithéliales tendent à disparaître. M. Winternitz dans un certain nombre de cas où la quantité d'urine atteignait 24 heures, à peine 300 à 400 centimètres cubes, a pu la voir s'élever à 2000 à 2500 centimètres cubes. Cette action se maintient pendant toute la durée d'administration des feuilles de bouleau et même persiste quelques temps après qu'on en a cessé l'usage.

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1er juin, n° 4.
(2) Oui (*Annales de gynécologie*, nov. 1892).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Albuminates et peptonates de mercure.

Généralités. — Les *albuminates* et *peptonates* de mercure sont des préparations solubles, sur l'assimilation rapide desquelles on avait fondé les plus grandes espérances. Nous avons vu en effet que tous les sels mercuriels solubles et insolubles passaient pour être absorbés, par un état intermédiaire d'albuminates. En fait, on ne peut compter sur l'activité thérapeutique de ces combinaisons, qui se comportent le plus souvent à la manière des sels insolubles et qui, dans les cas les plus favorables, ne sont ni mieux ni plus mal tolérées que les sels dont elles tirent leur origine. De plus elles sont, de toutes les préparations mercurielles, celles qui donnent lieu au plus grand nombre d'accidents locaux (abcès, nodus, etc.), en raison de la difficulté qu'il y a à obtenir des produits parfaitement aseptiques.

Pharmacologie. — Les peptonates et albuminates sont des composés mal définis, qui se décomposent aisément sous l'action de la chaleur. Leur stérilisation est donc impossible. Aussi faut-il les préparer avec les précautions de la plus minutieuse asepsie et autant que possible le jour même de l'injection.

Ce sont là des conditions malaisément réalisables en pratique, sans compter que les manipulations, étant généralement assez longues, exposent à des fautes qui compromettent la stérilité du produit, et cela même entre les mains des préparateurs les mieux exercés.

Les formules sont innombrables. C'est dire qu'aucune n'a été universellement adoptée. La plupart des auteurs, après de multiples essais, en sont revenus au calomel, au sublimé, à l'huile grise ou au cyanure de mercure. Nous donnerons néanmoins la nomenclature de quelques-unes de ces préparations, et cela à titre d'indications, la formule idéale étant encore à trouver. En tous cas et jusqu'à plus ample informé, on devra s'adresser de préférence aux combinaisons de peptones ammoniacales.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats*. — Ils sont très variables suivant les formules : généralement la douleur est assez supportable. Néanmoins il est impossible d'établir une règle générale sur ce sujet, pour les raisons que nous avons indiquées.

b) *Eloignés*. — Les abcès peuvent être moins facilement évités qu'avec les autres préparations mercurielles. Les nodus ne sont pas rares. Les stomatites et autres accidents d'intoxication hydrargyrique sont peut-être moins fréquents qu'avec les combinaisons insolubles.

Dose usuelle. — On doit injecter une quantité correspondante à 2 à 10 milligrammes du sel de mercure peptonisé. Les injections doivent être répétées seulement tous les 4 à 5 jours, les albuminates et peptonates, quoique solubles, se comportant quelquefois à la manière des composés insolubles.

Technique. — Les peptonates seront injectés profondément dans le tissu musculaire, avec les mêmes précautions que le calomel ou l'huile grise. Il faudra éviter avec le plus grand soin la pénétration dans les veines, en raison de l'action particulièrement nuisible de la peptone sur les globules. C'est dire que *dans aucun cas* on ne devra employer la voie intra-veineuse.

Le praticien, qui en règle générale s'abstiendra de ces préparations, devra, dans les cas exceptionnels où il en fera usage, avertir le malade des accidents possibles. Il s'assurera en outre de l'homogénéité parfaite de la solution et, autant que possible, de la stérilité : il redoublera enfin de précautions dans l'acte opératoire lui-même.

FORMULES

Peptone mercurique ammonique. .	0 gr. 40
Eau *stérilisée*.	30 gr.

1 centimètre cube.

(Delpech.)

Peptone mercurique ammonique. .	0 gr. 40
Eau distillée.	25 gr.
Glycérine neutre.	6 gr.

1 centimètre cube.

(Bourneville et Bricon.)

Peptone mercurique ammonique. . . .	1 gr.
Eau. . . . . Q. s. p. f.	100 cent. cubes.

1 centimètre cube.

(Martineau.)

Peptone hydrargyrique ammonique. .	1 gr.
Eau distillée.	25 gr.
Glycérine pure.	5 gr.

1/2 centimètre cube.

(Martineau et Delpech.)

Peptone en poudre Catillon. . . .	āā 9 gr.
Chlorure d'ammonium pur. . . .	āā 9 gr.
Sublimé corrosif.	6 gr.

Faire dissoudre dans :

Glycérine pure.	72 gr.
Eau *stérilisée*.	24 gr.

5 grammes de cette solution filtrée p. 25 grammes d'eau stérilisée.

1 centimètre cube.

(Bourneville et Bricon.)

Sérum de sang de bœuf.	40 gr.
Solution chaude à 50° de sublimé à 10 p. 100.	30 gr.
Solution de chlorure de sodium à 35 p. 100. .	20 gr.
Eau distillée. . . . . Q. s. p.	200 gr.

15 milligrammes de sublimé associé à l'albumine par gramme.

1/2 centimètre cube.

(Bockhardt.)

Chlorhydrate de glutino-peptone sublimé (25 p. 100 de sublimé).	4 gr.
Eau distillée. . . . . Q. s. p.	100 centimètres cubes.

1 centimètre cube.

(Hafler, Martineau et Delpech.)

Peptone en poudre Catillon. . .	āā 0 gr. 30
Chlorure d'ammonium.	āā 0 gr. 30
Sublimé.	0 gr. 20
Glycérine.	5 gr.
Eau.	15 gr.

1 centimètre cube.

(Dujardin-Beaumetz.)

Solution A.

Bichlorure de mercure.	āā 1 gr. 25
Chlorure d'ammonium.	āā 1 gr. 25
Chlorure de sodium.	4 gr. 25
Eau distillée.	125 gr.

Solution B.

Blanc d'œuf.	N° 1.
Eau distillée. . . . . . . Q. s. p. f.	125 gr.

Mêlez.

1 centimètre cube.

(Schutzenberger.)

Peptone sèche.	9 gr.
Chlorure d'ammonium.	8 gr.
Bichlorure de mercure.	6 à 12 gr.
Eau distillée.	24 gr.
Glycérine.	72 gr.

1 centimètre cube.

(Besnier.)

Bichlorure d'hydrargyre.	0 gr. 30
Solution albumineuse.	40 gr.

1 centimètre cube.

(Bamberger.)

Solution de sublimé à 5 p. 100. . . .	20 c.c.
Solution de chlorure de sodium à 20 p. 100.	15 à 16 —
Solution filtrée de peptone de viande à 2 p. 100.	50 —
Eau distillée. . . . . Q. s. p.	100 —

1 centigramme de mercure par centimètre cube.

(Bamberger.)

Solution A.

Blanc d'œuf.	N° 2.
Pepsine.	Q. s.

Solution B.

Bichlorure de mercure.	10 gr.
Chlorure de sodium.	5 gr.

Dissolvez A et B dans :

Eau *stérilisée*.	1 litre.

1 centimètre cube.

(Yvon.)

Solution A.

Peptone sèche.	āā 15 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . . .	āā 15 gr.
Bichlorure de mercure.	10 gr.

M. s. a.

Solution B.

Solution A.	1 gr.
Glycérine.	5 gr.
Eau distillée.	25 gr.

1 centimètre cube.

(Delpech.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'enseignement de l'art dentaire en France.

On a pu voir, par la lettre de M. le Dr Pamard, que le recrutement des sages-femmes se faisait mal, qu'un grand nombre de communes où elles pourraient rendre de signalés services s'en trouvaient dépourvues ; qu'elles affluaient au contraire dans les grandes centres où elles servaient de gardes, faisaient de la gynécologie et quelques-unes même les opérations les plus dangereuses... pour ne pas dire plus !

Nous avons fait remarquer à ce sujet que, pour doter les petites communes de sages-femmes capables de bien

soigner les femmes en couches et les nouveau-nés, il fallait exiger d'elles non seulement les connaissances qui leur serviront plus tard, mais encore les notions élémentaires de pathologie, de thérapeutique et d'hygiène que l'on demande aux infirmières, aux ambulancières, aux surveillantes d'hôpital. On ne nous contestera pas, en effet, que dans les campagnes pauvres une sage-femme intelligente pourra, en cas d'urgence, faire quelque bien en attendant l'arrivée du médecin ou en l'absence de celui-ci.

En pareille matière, comme bien souvent d'ailleurs, il ne faut rien exagérer et il est aussi ridicule de demander à une sage-femme des notions précises sur la structure de l'œil ou de la moelle épinière que de limiter son instruction à l'étude du bassin, de la matrice et de ses annexes.

En ce qui concerne l'enseignement de l'art dentaire les mêmes objections peuvent être adressées au système français. A plusieurs reprises les colonnes de la *Gazette* ont été ouvertes à notre regretté confrère Magitot qui voulait que tous les dentistes fussent docteurs en médecine et qui, en vue de relever la profession qu'il exerçait, avait singulièrement exagéré les garanties scientifiques qu'il convient d'exiger de ses confrères et trop négligé, comme Dechambre l'a déjà fait observer, le côté technique de la profession de dentiste.

Dans un récent travail, M. le Dr Claude Martin (de Lyon) a très bien fait ressortir les inconvénients que présentent à cet égard la loi de 1892 et la manière dont elle est appliquée.

Le dentiste n'a-t-il pas besoin de connaissances spéciales, d'une éducation de la main, d'un perfectionnement technique, artistique et industriel qui lui permette de lutter avec avantage contre les habiles praticiens qui nous viennent de l'étranger? Or cet enseignement pratique, où le trouve-t-il? « Il suffit de voir, dit M. Martin, que dans les facultés de médecine aucun cours, aucune clinique n'aborde l'odontologie et qu'elle se réduit en somme à un court chapitre enclavé dans les manuels de petite chirurgie ». Il faut donc aller à l'étranger pour acquérir ces notions spéciales. Mais le séjour à l'étranger est onéreux et n'est guère accessible à nos jeunes docteurs. Qu'arrive-t-il dès lors? C'est que les docteurs en médecine devenus dentistes n'acquièrent que difficilement et après un long stage ce qu'obtiennent si rapidement les praticiens américains.

A côté des docteurs en médecine on donne le diplôme de chirurgien-dentiste aux élèves des écoles dentaires. Mais ici encore l'examen est mal compris et les juges incompétents pour s'assurer des connaissances du candidat.

« Il y a un contraste étrange entre les questions posées aux candidats et les connaissances nécessaires à la pratique de l'art dentaire. Tout ou presque tout y est sacrifié à la partie théorique. L'habileté manuelle, la connaissance de la technique sont laissées dans l'ombre et il semble vraiment que la loi ait été faite plutôt contre l'enseignement professionnel que pour le favoriser. »

Les examens tels qu'on les impose aujourd'hui tendent donc à faire « bien plus des médecins incomplets que dentistes accomplis. »

Comment remédier à cet état de choses? M. le Dr Martin propose de créer un enseignement officiel de la stomatologie dans les facultés, « enseignement complémentaire, juxtaposé à l'enseignement général de la médecine et de la chirurgie sans se confondre avec lui, constituant une sorte d'école annexe, ouverte tout à la fois à ses élèves particuliers, les chirurgiens dentistes, et aux étudiants en médecine générale désirant étudier la spécialité de l'odontologie, comprenant des cours théoriques, une clinique dentaire, des travaux pratiques universitaires donnant à la technique une part considérable ». C'est en un mot, l'annexion par la Faculté d'une école dentaire qui deviendrait officielle et donnerait à ses élèves un diplôme présentant plus de garanties que ceux des écoles dentaires libres.

Nous ne demandons pas mieux. Mais il faudra bien des années pour faire accepter cette idée et bien des appuis au Parlement pour faire voter les fonds qu'exigerait, si elle veut être viable, une institution de ce genre.

Nous voudrions, en attendant, que l'on acceptât la deuxième partie du programme présenté par M. le Dr Claude Martin et que l'on consacrât par le titre de chirurgien-dentiste la situation des assistants, des techniciens, de ceux qui, après avoir longuement et sérieusement étudié toute la partie mécanique et artistique de la dentisterie, ont acquis une expérience et un tour de main qui leur permettent d'exécuter les travaux les plus difficile de la prothèse dentaire.

Si l'on ne veut décourager à jamais ces artistes, il faut leur donner un titre. M. Claude Martin propose qu'après un stage de 12 à 15 ans ils puissent concourir, sans études universitaires préalables, pour le diplôme de chirurgien dentiste. Il n'est pas dit si ces nouveaux diplômés pourront ouvrir un cabinet à leur nom, soigner toutes les maladies de la bouche et pratiquer l'anesthésie. Si telle est l'idée de notre confrère, nous doutons qu'elle soit accueillie favorablement. Mais s'il ne s'agit que de consacrer par un diplôme honorifique une situation dans laquelle des travailleurs très méritants auront rendu de réels services, tout le monde pourra se mettre d'accord pour faciliter l'association d'un de ces mécaniciens avec un docteur en médecine et créer ainsi des instituts dentaires dignes de rivaliser avec ceux de l'étranger.

L'essentiel, nous le répétons, est de faciliter par des examens, dont les programmes seraient rédigés avec plus d'intelligence et plus d'esprit pratique, le recrutement des plus utiles auxiliaires du corps médical.

Le dernier vœu exprimé par M. le Dr Claude Martin est trop conforme aux idées que nous avons souvent émises pour que nous ne puissions pas le signaler. Il voudrait que les dentistes appelés à faire un service militaire soit autorisés à pratiquer leur art dans l'armée : « On utilise bien, dit-il, les boulangers, les cordonniers... » pourquoi ne pas utiliser les dentistes et obliger les jeunes soldats à recourir à des mains inexpérimentées et à des praticiens qui ne peuvent que pratiquer l'extirpation des dents?

Que l'armée serait mieux organisée si l'on savait utiliser les aptitudes de ceux qui en font partie! Mais n'est-il pas utopique de l'espérer? En France l'égalité, ou pour mieux dire le nivellement égalitaire, prime tout et, dans l'armée, chaque soldat doit apprendre, ne dût-il jamais être appelé à s'en servir, le maniement du fusil et les exercices dits militaires. On le voit pour les étudiants en médecine, on le verra longtemps, sinon toujours, pour ceux qui, grâce à une éducation ou à une instruction spéciale, pourraient passer pour supérieures à leur camarade. C'est la loi! Protestons; mais n'espérons pas.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Néphrites à caractères cliniques différents (p. 565).

REVUE DES CONGRÈS. — *Quinzième Congrès allemand de médecine interne* : Rhumatisme chronique (p. 565). — Rhumatisme aigu (p. 568).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de la coqueluche par la quinoléine (p. 568).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Paralysie ascendante aiguë (p. 568). — Traitement ambulatoire des fractures de jambe. — *Société anatomique :* Lymphosarcome du tibia. — Tubercule du bulbe. — Maladie d'Addison (p. 569). — Dilatation des bronches. — Cancer de la langue. — *Société de biologie :* Tuberculine de Koch. — Dyspnée urémique. — Traitement de l'ataxie. — Radiographie de l'estomac (p. 570). — La main succulente. — Myélite expérimentale subaiguë. — *Société de chirurgie :* Coxalgie. — Fractures de la rotule. — *Société médicale des hôpitaux :* Synovites multiples à pneumocoques (p. 571). — Fièvre de surmenage. — Hydro-pneumothorax. — Les métrorrhagies dans les maladies de cœur (p. 572). — *Société de thérapeutique :* Côlite muco-membraneuse. — Traitement des urémies (p. 573). — *Société de dermatologie et de syphiligraphie ;* Séborrhées et alopécies. — Pelade et lichen (p. 574). — Nævus de la région du coude. — Lichen de Wilson. — Érythrodermie prémycosique. — Ulcères phéniqués. — Traitement externe de l'eczéma (p. 575).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — ALLEMAGNE. *Société de médecine interne de Berlin :* Endocardite traumatique.— ANGLETERRE. *Royal medical and chirurgical Society :* Souffle de la pointe dans le rétrécissement aortique (p. 576).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Application du procédé de MM. Achard et Castaigne dans 2 cas de néphrites à caractères cliniques différents,

Par M. G.-H. LEMOINE (Val-de-Grâce).

Le procédé de MM. Achard et Castaigne pour juger du degré de perméabilité du rein vient d'être employé par M. Bard (1) dans des circonstances particulièrement intéressantes.

Témoin de phénomènes semblables à ceux observés par cet auteur, je veux simplement rapporter les 2 cas qui se sont présentés récemment à mon observation. Il s'agit de deux malades, l'un atteint de néphrite interstitielle, avec urines abondantes, claires (3 à 4 litres) contenant peu d'albumine (0,40 par litre), n'ayant jamais présenté et ne présentant pas d'œdème; l'autre atteint d'anasarque à son entrée et d'accidents urémiques, n'urinant que 300 grammes dans les 24 heures et présentant une certaine quantité d'albumine dans les urines (4 grammes par litre).

Chez le premier (néphrite interstitielle) l'élimination du bleu de méthylène commença seulement 4 heures après l'injection, et se continua pendant 3 jours, mais d'une façon fort irrégulière. Ainsi, le soir du premier jour on constata l'absence complète de la coloration bleue dans l'urine. Vint ensuite la réapparition du bleu le second jour, disparition à la miction de 7 heures du soir, puis réapparition à 1 heure du matin. Il en fut de même le 3e jour, la coloration des urines teintées allant cependant en diminuant progressivement.

Pour le second malade, l'épreuve du bleu de méthylène fut pratiquée quelques jours après l'entrée du malade; à ce moment toute menace d'urémie avait disparu, l'anurie n'existait plus, le malade urinait 800 à 900 gr. et l'albumine, sans avoir complètement disparu, était peu considérable.

Il y avait encore de la bouffissure de la face et un peu d'œdème des jambes. Après l'injection ce malade eut, à ma grande surprise, une miction teintée au bout d'une heure, les urines offrirent ensuite une coloration de moins en moins accusée, mais la coloration mise en évidence par le chloroforme se continua le lendemain jusqu'au soir 8 heures, c'est-à-dire 34 heures après l'injection.

Je dois ajouter aussi que l'intensité de la coloration, chez ce dernier malade, a été plus grande, mais il est bon d'observer que la quantité d'urine sécrétée par le rein était beaucoup moins considérable que celle éliminée par le premier malade. Cette intensité de coloration ne doit donc pas vraisemblablement être mise sur le compte d'une élimination plus forte.

Reste le double phénomène de l'apparition relativement hâtive du bleu dans les urines du malade atteint de néphrite avec anasarque et de l'élimination plus rapide sans intermittences.

Est-ce là un signe permettant de différencier la nature anatomo-pathologique de la lésion rénale, comme le pense M. Bard? Un plus grand nombre d'observations avec examen histologique pourraient seules trancher la question. En tout cas, on ne peut méconnaître qu'il existe là un fait digne d'attirer l'attention, et que l'interprétation qu'en a donné M. Bard est séduisante.

1. BARD, *Gazette hebd.*, 1897, p. 494.

REVUE DES CONGRÈS

QUINZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 9 au 12 Juin 1897.

Le rhumatisme chronique et son traitement.

M. Bäumler (de Fribourg-en-Brisgau), rapporteur, a tenu tout d'abord à établir ce qu'il faut comprendre sous le terme de rhumatisme chronique. Après avoir montré que ce terme est employé diversement en Allemagne, en Angleterre et en France, il montre que, logiquement, on devrait comprendre sous ce mot la forme chronique du vrai rhumatisme. Ces formes existent. Elles s'établissent à la suite d'accès subaigus répétés, de rechutes de cas aigus traités trop peu de temps ou insuffisamment. En pareil cas, on peut observer de légères ascensions thermiques, une tendance aux sueurs abondantes; les manifestations articulaires cèdent à l'emploi de salicylate de soude ou d'antipyrine. Cette forme, qui peut se compliquer d'affections cardiaques, est devenue beaucoup plus rare depuis le traitement par l'acide salicylique.

Dans d'autres cas, il s'agit de modifications durables de certaines articulations commençant à la suite d'un accès très violent, de longue durée et ayant présenté peut-être des caractères spéciaux, chez un individu très jeune et peu résistant, soumis à un traitement trop peu énergique. Dans d'autres cas encore, on

a affaire à des reliquats d'un accès de rhumatisme, avec ankyloses fibreuses, raccourcissement des muscles et gêne des mouvements, conséquences d'une position vicieuse longtemps gardée.

Les cas de rhumatisme chronique vrai, en relation évidente avec un accès de rhumatisme articulaire aigu certain, sont sans doute bien peu nombreux. Par contre, il est fort possible qu'un individu ayant subi une attaque de rhumatisme articulaire aigu soit atteint plus tard de la forme généralement appelée rhumatisme chronique depuis les travaux de von Volkmann et de Waldmann. Cette maladie n'a rien à voir avec le rhumatisme articulaire aigu, pas plus qu'avec les arthrites chroniques de la blennorrhagie, de diverses maladies infectieuses aiguës, ni de la tuberculose ou de la syphilis.

Cette affection est polyarticulaire dans les cas typiques, comme le rhumatisme articulaire aigu. Ce qui la caractérise, ce sont les déformations des extrémités articulaires qui surviennent souvent de très bonne heure et sont dues à diverses altérations. La synoviale, les cartilages, les ligaments et même les parties osseuses avoisinantes subissent des pertes de substance ou des proliférations qui les modifient profondément et que le terme d'arthrite déformante exprime bien.

Les altérations précoces du cartilage ne se rencontrent jamais dans le rhumatisme polyarticulaire aigu; elles serviront donc à le différencier du rhumatisme chronique, qui peut avoir parfois un début assez aigu. Le fait que l'arthrite déformante chirurgicale n'aboutit pas à l'ankylose fibreuse ne peut pas être invoqué pour différencier cette affection du rhumatisme déformant multiple, car elle ne survient pas fréquemment dans ce dernier cas. Il s'agit donc bien d'un seul et même processus; suivant sa durée et certaines circonstances adjuvantes, les lésions articulaires arriveront ou non au degré de l'arthrite déformante chirurgicale.

A ces affections articulaires chroniques, à début subaigu le plus souvent, qui prennent ensuite une marche très lente, sans fièvre, qui frappent plusieurs ou la plupart des articulations et provoquent les déformations les plus graves, M. Bäumler donne le nom d'*arthrite* ou *polyarthrite déformante*.

La symptomatologie de cette affection est assez connue. On peut pourtant relever quelques points. D'abord les effets d'un long séjour au lit avec les troubles de la nutrition, la pâleur l'aspect cachectique ou, au contraire, l'excès d'embonpoint. Dans tous les cas, atrophie musculaire très accentuée, surtout pour les muscles en rapport avec les articulations malades. La peau qui recouvre les doigts déformés est amincie, brillante, tendue, souvent fortement pigmentée près du sillon unguéal; les ongles eux-mêmes présentent des sillons longitudinaux ou transversaux. Quant aux articulations prises, ce sont surtout les genoux et les petites jointures des pieds et des mains qui sont gravement atteintes, tandis que les hanches sont souvent épargnées. En les faisant mouvoir on produit un craquement qu'on peut sentir et entendre. Les membres s'immobilisent dans des positions vicieuses, d'où rétraction des muscles et des ligaments. Les difformités sont donc dues à la tuméfaction articulaire, à la position anormale des parties et, en outre, à la luxation plus ou moins complète des diverses articulations.

On n'a pas signalé de troubles des échanges nutritifs analogues à ceux de la goutte.

La fièvre peut manquer complètement dans les nouvelles poussées articulaires, ou bien elle atteint seulement 38°.

Les altérations anatomiques du début, qui seraient les plus intéressantes à connaître, ont encore été peu étudiées. Il est possible qu'il ne s'agisse dans les premiers mois que d'épanchement, avec épaississement de la capsule et végétations de la synoviale. Puis le cartilage est détruit par places, tandis qu'il s'hypertrophie en d'autres points, en raison des modifications de pression. Le repos absolu contribue aussi à produire des troubles de nutrition dans les parties articulaires; la dégénérescence graisseuse frappe les divers tissus, entre autres le cartilage.

Au point de vue étiologique, on ne trouve dans nombre de cas que des influences atmosphériques, l'action durable du froid humide particulièrement. On ne connaît aucun trouble des échanges organiques qui assigne au rhumatisme chronique une origine humorale. Ce n'est pas non plus une maladie de misère, car elle est très fréquente dans la clientèle aisée. A ces causes prédisposantes on peut ajouter la constitution individuelle et les antécédents héréditaires. Charcot et Trastour font jouer un rôle important aux antécédents héréditaires dans cette affection, mais Garrod, Ballantyne ne leur reconnaissent pas une grande valeur étiologique. Pourtant la prédominance de cette maladie dans le sexe féminin plaide en faveur d'une certaine influence du tempérament nerveux. L'apparition du rhumatisme chronique vers 40 à 50 ans chez la femme semble prouver le rôle de la fatigue, de l'épuisement. La scrofule a été incriminée par Charcot; la tuberculose familiale par Fuller, Lane et Griffiths.

La théorie de l'influence du système nerveux, entrevue par J. Mitchell, Remak, a reçu un appui des études de Charcot sur les arthropathies tabétiques. Il ne manque pas de troubles trophiques dans l'arthrite déformante qui pourraient être attribués à l'action du système nerveux (atrophie musculaire rapide, altérations cutanées). Mais Charcot lui-même a fait remarquer que les lésions du tabès sont différentes; l'atrophie des os est beaucoup plus rapide. Fuller a trouvé dans 3 cas d'arthrite déformante une atrophie des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle; mais l'atrophie musculaire que l'on observe dans l'arthrite déformante n'a aucun des caractères de celle de la poliomyélite antérieure. Par contre, Pitres et Vaillard n'ont constaté qu'une névrite périphérique sans lésion médullaire. Les troubles trophiques de la peau peuvent s'expliquer aussi sans invoquer l'influence de nerfs ou de centres trophiques dont l'existence n'est pas encore démontrée. On a enfin voulu faire de la polyarthrite déformante une forme de la neurasthénie, à laquelle on peut tout au plus attribuer le rôle de cause déterminante. Ord a incriminé l'action réflexe de divers troubles des organes génitaux chez la femme.

L'origine infectieuse de la maladie a naturellement été mise en avant, et l'on a recherché des microorganismes dans le liquide articulaire. Schüller, en 1892, a décrit un bacille qu'il y a trouvé presque constamment. Ballantyne et Wohlmann ont décelé dans 24 cas sur 25 un très petit bacille ressemblant à celui de Schüller, et que Blaxall a retrouvé dans le sang de quelques malades. Il n'existe pas dans la synovie normale.

Toutes ces recherches montrent seulement que la cause de la polyarthrite déformante n'est pas unique. Le traumatisme joue certainement un rôle très important pour chaque articulation en particulier. Les troubles de la nutrition générale, la goutte, le scorbut, la diathèse hémorrhagique, les états anémiques, l'épuisement général causé par la misère, le chagrin, etc., enfin une infection spécifique survenant comme cause déterminante, tels sont les facteurs qui peuvent se combiner de diverses manières pour produire la maladie.

Quant aux relations de l'arthropathie déformante avec la goutte, si on a eu raison de différencier ces deux affections, il n'en est pas moins vrai que dans quelques cas elles se rencontrent concurremment. L'hérédité goutteuse peut être une cause prédisposante de l'arthrite déformante; la goutte peut aussi coexister avec cette dernière.

En résumé, le nom de rhumatisme doit être réservé au rhumatisme articulaire aigu et aux formes morbides qui peuvent en être considérées à coup sûr comme des variantes.

Il existe une affection qui atteint habituellement plusieurs articulations et ressemble ainsi au rhumatisme articulaire aigu, mais qui est caractérisée par une marche éminemment chronique, sans tendance aux complications cardiaques, qui n'est pas influencée par les préparations salicylées et qui conduit de bonne heure à des déformations et peu à peu à la destruction de l'articulation; on peut la dénommer : arthrite ou polyarthrite déformante. La cause n'en est pas encore connue. Tous les agents de débilitation, les affections articulaires antérieures entre autres, le rhumatisme articulaire aigu sont des causes prédisposantes. Le sexe féminin est le plus fréquemment atteint, et il semble y avoir une relation entre la maladie en question et divers processus siégeant dans les organes génitaux. Les classes pauvres ne sont pas spécialement frappées. On ne peut pas établir de rapport direct entre cette maladie et les affections organiques ou fonctionnelles du système nerveux; il ne s'agit pas d'une trophonévrose de cause centrale ou réflexe. Il n'est pas improbable que cette maladie soit de nature infectieuse.

Enfin, il est possible que plusieurs causes, des infections diverses, agissent à la fois ou successivement pour déterminer la maladie, qui dure un grand nombre d'années.

M. A. Ott (de Prague), co-rapporteur, pose en principe que le traitement du rhumatisme chronique, c'est-à-dire de la polyarthrite déformante qui succède au rhumatisme articulaire aigu, et de cette arthrite souvent mono articulaire nommée *malum senile*, parce qu'elle survient surtout chez les personnes âgées, doit être institué dès les premières atteintes du mal. Les malades devront éviter les refroidissements et se vêtir en conséquence; user des frictions sèches, des lotions froides, demi-bains, affusions, etc., pour accélérer et régulariser la circulation périphérique; prendre de l'exercice en plein air. L'alimentation, suffisante et facilement assimilable, consistera en viande, œufs, poissons, légumes, beurre et fromage; peu d'aliments hydrocarbonés. L'usage abondant du lait pendant et entre les repas doit être recommandé. L'eau est la meilleure boisson; peu de boissons alcooliques et surtout pas de vins blancs acides; de la bière légère.

Le traitement proprement dit est basé sur l'une des trois vues théoriques qui sont le plus en vogue pour expliquer l'étiologie de la maladie.

Charcot donnait de fortes doses de bicarbonate, jusqu'à 30 gr., admettant qu'il y avait hyperproduction d'acide dans l'organisme et diminution de l'alcanité du sang. Les eaux alcalines ont le même effet.

Le second mode de traitement a pour but d'agir sur le système nerveux par les toniques, l'électricité, les eaux minérales indifférentes et l'hydrothérapie.

Enfin, l'hypothèse de la nature infectieuse de la maladie a amené à faire de l'antisepsie générale et locale (administration interne de quinine, de préparations salicylées, de teinture d'iode; injections de solution phénol-salicylée à 2 ou 3 p. 100 dans les articulations malades, compresses de solution phénol-salicylée, de thymol, etc.).

Il faudra souvent faire de la thérapeutique empirique contre divers symptômes. Lors des poussées subaiguës, on prescrira le repos absolu, l'extension permanente recommandée par Schüller, les enveloppements de Priessnitz, les applications d'acide salicylique, d'essence de Wintergreen. Les révulsifs seront peu employés; les applications énergiques de teinture d'iode peuvent hâter la résorption des exsudats. Dans le cas d'épanchement très abondant, on ponctionnera l'articulation.

Dans la période chronique, on pourra employer la teinture d'iode, l'ichthyol pour favoriser la résorption des exsudats. La compression par des bandes élastiques a donné aussi de bons résultats.

Les bains chauds de toute espèce seront utiles quand il n'y aura plus aucun symptôme d'irritation; on devra atteindre progressivement des températures aussi élevées que possible. Les bains salins, chlorurés-sodiques, bains d'eaux-mères auront une action plus irritante sur la peau.

Parmi les autres bains médicamenteux, on peut mentionner les bains arsenicaux vantés par Guéneau de Mussy et Charcot, les bains résineux.

Le traitement par les eaux thermales naturelles aura souvent de bons effets s'il est conduit méthodiquement et dans de bonnes conditions. Les eaux qui conviennent sont celles dont la température dépasse 35°.

Les eaux dites indifférentes seront applicables aux individus à système nerveux très irritable. L'altitude élevée de quelques-unes de ces stations les fera choisir dans certains cas pour leur action tonique.

Les eaux salines, dont l'action est augmentée par l'acide carbonique, et qui exercent une irritation très marquée sur la peau, seront indiquées dans les cas de scrofule et de lymphatisme avec tendance aux catarrhes.

Les eaux sulfureuses jouissent d'une antique réputation; leur effet est excellent quand on les emploie chaudes concurremment avec des applications de boue et l'usage de douches, le massage, la gymnastique. La durée du traitement est longue et ses effets remarquables, particulièrement au début de la maladie.

Les bains de boue, les bains de limon, les bains de fange, agissent surtout par leur haute température. Les mêmes matières servent à faire des applications locales sur tout le corps. Les bains de sable ont produit de bons effets. Les bains de vapeur et d'air chaud exercent une action révulsive des plus marquées; les bains de soleil agissent de même. Les étuves naturelles rentrent dans cette catégorie.

La douche, la douche-massage constituent des pratiques très utiles. Les affusions froides après un enveloppement sec ou après les bains chauds doivent être maniées avec prudence. Les douches froides, les bains de mer pourront être utilisés après le traitement thermal pour tonifier l'organisme et augmenter sa résistance. Le massage est extrêmement favorable, employé conjointement au traitement thermal; il ne doit pas se limiter aux articulations malades, mais s'exercer surtout sur les muscles voisins. Les mouvements actifs et passifs, la marche, la gymnastique sont nécessaires pour lutter contre la raideur et l'ankylose, mais exigent beaucoup de précautions.

L'électricité est employée depuis longtemps; ce seront surtout les courants constants et induits auxquels on aura recours.

Le choix du climat a une grande importance pour les rhumatisants chroniques. Un climat chaud, à température constante, sec, à l'abri des vents est celui qui devra être choisi.

Le traitement interne n'a pas grand effet sur la polyarthrite arrivée à la période de chronicité. La teinture d'iode, l'iodure de potassium, les préparations arsenicales sont d'un usage classique; Charcot prescrivait cependant l'emploi de l'arsenic, qui peut être nuisible. Le traitement interne doit surtout lutter contre l'anémie et tendre à relever les forces.

Les eaux minérales alcalines, alcalines-salines, chlorurées et ferrugineuses seront prises à la source, en même temps que les bains, ou à domicile.

Le traitement chirurgical et orthopédique peut être nécessaire dans certains cas (arthrectomie, extension forcée ou appareils divers).

L'arthrite déformante coxo-fémorale ne réclame pas de traitement spécial : on prescrira une balnéation modérée, le repos avec un peu de mouvement cependant, le port d'appareils orthopédiques au cas où la laxité de l'articulation deviendrait trop grande. Le traitement général et hygiénique demeure le plus important.

M. Schüller (de Berlin) distingue au point de vue pratique deux formes d'arthrite déformante : dans la première, l'arthrite hyperplasique, on trouve des végétations énormes, mollasses, de couleur rouge ou violacée; la synoviale, épaissie, offre aussi des lésions inflammatoires chroniques et quand on ouvre l'articulation, il n'y a pas ou presque pas de liquide. L'autre forme est caractérisée par une ankylose fibreuse, avec ratatinement des parties molles articulaires. Les os et les cartilages peuvent être intacts. Dans les deux cas on trouve à l'intérieur des végétations extirpées et dans le liquide intra-articulaire un petit bacille dont l'inoculation dans le genou des lapins produit une arthrite ressemblant à celle du rhumatisme chronique, sans altérations du cartilage ni des os.

Parmi les divers traitements employés, l'injection intra-articulaire d'iodoforme en émulsion n'a pas donné de résultats. L'addition de gaïacol a, au contraire, amené la disparition d'énormes tuméfactions; mais ce traitement est douloureux, et pour le genou il faut répéter 5, 6, 8 fois les injections à des doses qui peuvent atteindre 15 centim. cubes. Dans les petites articulations il en faut moins; une seule suffit parfois.

M. Thoma (de Magdebourg) pense que dans l'arthrite déformante, l'altération primitive serait celle de la synovie articulaire, dépendant elle-même de troubles de la nutrition générale, d'épuisement, de sénilité. Il en résulte une usure des surfaces articulaires et un processus de réparation dépassant le but et produisant les végétations, les épaississements de la capsule, les hyperostoses. Les bacilles trouvent un milieu de culture favorable dans le liquide altéré et leurs sécrétions toxiques contribuent à aggraver le mal.

M. Davidsohn (de Berlin) a vu sous l'influence de la boue de Battaglia se produire des sueurs abondantes, la température s'élève un peu, le pouls se ralentit, les douleurs s'atténuent et la tuméfaction articulaire diminue.

M. R. Friedländer (de Wiesbaden) recommande pour le traitement de la polyarthrite déformante les bains secs (bains d'air chaud et surtout de sable), qui provoquent une transpiration abondante. L'hydrothérapie froide ne me paraît pas appli-

cable dans ces cas. Les douches doivent être évitées chez les malades irritables. Les applications locales de boue de Battaglia peuvent être bonnes, mais cette substance ne convient pas pour les bains généraux. La gymnastique ne sera employée qu'avec une grande douceur et très progressivement.

M. von Noorden (de Francfort-sur-le-Mein), qui a essayé sa « cure de citrons » dans le rhumatisme chronique sans aucun effet réel, a constaté que l'énorme absorption d'acide n'a presque pas modifié les éliminations urinaires ; ainsi, les phosphates n'ont pas varié, pas plus que la chaux ; quant à l'ammoniaque, elle a à peine diminué.

L'iodure de potassium donne de bons résultats : les douleurs s'amendent et les malades se trouvent mieux. Certains sujets retirent un réel bénéfice d'une cure d'amaigrissement.

Étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Chvostek (de Vienne) a fait avec un résultat négatif sur le vivant 17 fois l'examen bactériologique de l'exsudat articulaire et 16 fois celui du sang. Au contraire, après la mort, il a trouvé diverses bactéries (streptocoques, etc.), dans les jointures, même dans les cas qui ont fourni des résultats négatifs pendant la vie.

Il croit donc que les résultats positifs annoncés par certains auteurs concernent des pseudo-rhumatismes infectieux ; ou bien qu'il s'agit d'infections mixtes, les bactéries rencontrées dans les articulations provenant de métastases d'un foyer inflammatoire quelconque.

D'après M. Chvostek on peut s'expliquer la nature infectieuse de cette maladie en admettant que les bactéries existent en un point quelconque de l'organisme (angine, pleurésie, etc.); les produits toxiques qu'elles sécrètent, exerçant une action nuisible sur les articulations prédisposées probablement par leur structure et exposées aux traumatismes, causent l'arthrite rhumatismale. Quant aux microorganismes, point n'est besoin d'admettre l'existence d'une seule et unique bactérie spécifique.

M. Siner (de Vienne) qui a observé un grand nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, a trouvé fréquemment des bactéries dans le sang, le liquide intra-articulaire, l'urine des malades : c'étaient des pyogènes vulgaires, staphylocoques, streptocoques.

M. Michaelis (de Berlin) qui a fait des recherches bactériologiques dans un grand nombre de cas de rhumatisme aigu provenant de la clinique de M. von Leyden, n'a jamais décelé de bactéries ni dans les articulations, ni dans le sang. Au contraire, on trouve des streptocoques et des gonocoques dans les cas de pseudo-rhumatisme.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la coqueluche par la quinoléine,

D'après M. le Dr Marius Martin.

La quinoléine est une huile incolore, d'une saveur âcre, d'une odeur d'amandes amères qui provient du goudron de houille ou est retirée de la cinchonine par distillation avec la potasse. Peu soluble dans l'eau froide, elle est plus soluble dans l'eau chaude et est très soluble dans l'alcool et l'éther.

Cette substance possède des propriétés antiseptiques assez énergiques pour avoir été employée avec succès dans le traitement de la diphthérie par Seifert. Cet auteur s'en servait comme topique, et par inhalations : il n'est pas sans intérêt de rappeler ses formules :

Collutoire

Quinoléine pure	5 gr.
Alcool	} ââ 50 gr.
Eau distillée	

Inhalation

Quinoléine pure	1 gr.
Eau distillée	500 gr.
Alcool	50 gr.
Essence de menthe	X gouttes.

Cette médication appliquée systématiquement fit tomber la mortalité de 35,2 à 16,6 p. 100.

Plus récemment G. Koch préconisa ce même médicament dans la coqueluche. Il prescrivait la quinoléine à l'intérieur à la dose de 0 gr. 25 à 1 gr. par jour suivant l'âge, la nature et la gravité de la maladie. Il faisait prendre, par exemple, une cuillerée à bouche de la potion suivante toutes les 3 heures :

Tartrate de quinoléine	1 gr.
Eau distillée	} ââ 75 gr.
Sirop simple	

Les résultats obtenus furent des plus encourageants : la durée de la maladie parut notablement abrégée, les quintes devenaient plus rares dès la première semaine de la cure.

Malheureusement, ce médicament a l'inconvénient d'être souvent mal supporté par l'estomac. On a signalé bon nombre de fois des vomissements et de la diarrhée. Aussi M. M. Martin (1) a-t-il eu l'idée, sous l'inspiration de son maître M. Weil, de s'en tenir exclusivement aux inhalations. Vingt-neuf malades du service de M. Weil furent soumis à cette médication. Voici en quoi elle consistait : 3 ou 4 fois par jour, les petits coquelucheux du service étaient réunis dans une salle au milieu de laquelle se trouvait un récipient quelconque contenant 100 centimètres cubes d'eau bouillante auxquelles on ajoutait X à XX gouttes de quinoléine synthétique par enfant. Les petits malades respiraient tout en jouant, pendant 15 à 20 minutes, les vapeurs de quinoléine et pour la plupart, ils aimaient cette atmosphère et ressentaient après chaque séance un très réel soulagement.

Sous l'influence de ce traitement, les quintes diminuent rapidement d'*intensité*, et leur *nombre* décroît, parfois même assez vite. Les caractères de la maladie se modifient : la coqueluche se transforme bientôt en un simple catarrhe bronchique. Enfin la durée de cette affection, essentiellement cyclique, semble être quelque peu réduite.

La quinoléine paraît ici agir comme antispasmodique et, peut-être aussi, comme antiparasitaire. M. M. Martin a reconnu en effet que la coqueluche n'est pas seule influencée par ce médicament : ceux de ses petits malades qui étaient tuberculeux paraissaient retirer grand bénéfice du traitement ; après quelques séances d'inhalation, l'état général et l'état local s'amélioraient d'une façon très sensible.

Cette médication a pour elle d'être facilement acceptée par les enfants, de ne présenter aucun inconvénient, et d'influencer très nettement la marche de la maladie. Elle peut donc être légitimement essayée. Mais il ne faut pas oublier qu'elle a ses insuccès, de même au reste que tous les traitements qui ont été successivement regardés comme spécifiques et dont la fortune tenait simplement à une série heureuse.

G. M.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 Juin 1897.

Paralysie ascendante aiguë au cours du traitement antirabique.

M. Rendu. — Le 19 mars 1897 entrait à l'hôpital Necker, dans le service de M. Barth, un homme qui le soir même y mourait de la rage. Le lendemain, à l'autopsie, le garçon d'amphithéâtre se fit une piqûre en enlevant le pancréas. Le 22 mars on commença chez cet homme, à l'Institut Pasteur, le traitement antirabique ; jusqu'au 1er avril il subit 16 injections. A cette

1. M. Martin, Traitement de la coqueluche par la quinoléine (th. de Lyon, 1896).

date, un peu de courbature, de malaise; le lendemain, jambes lourdes, fourmillements, on cesse le traitement; le soir un peu de fièvre, lumbago, hyperesthésie dans les jambes et à partir de ce moment il ne peut plus se lever. Le 3 avril, M. Barth constata une paraplégie incomplète; le soir, rétention d'urine; le 4, paraplégie complète avec anesthésie, pas de fièvre, mais état général mauvais; le 5, vomissements; le 6, les deux bras commencent à se prendre, les mouvements du cou sont difficiles, enfin il y avait une tachycardie extrême, 146 pulsations, de la dyspnée. Evidemment, la paralysie remontait au bulbe. Fallait-il continuer le traitement antirabique? M. Chaillous fut d'un avis affirmatif, mais on ne fit plus qu'une injection par jour. Le 7 avril, une amélioration notable se dessina, les mouvements revinrent peu à peu les jours suivants, enfin la guérison fut lente, mais complète à la fin du mois d'avril. Actuellement, le malade a repris son service à l'hôpital.

Lorsque, au 12e jour du traitement, survinrent les accidents, MM. Barth et Rendu se sont demandé s'il ne s'agissait pas d'une rage paralytique contractée par la piqûre accidentelle. Mais l'incubation est trop courte pour cette hypothèse; d'autre part, si on passe en revue les observations de l'importante thèse d'Ygouf, on voit que l'évolution clinique n'est pas celle qui a été observée ici. Toujours, il y a des phénomènes pharyngés. D'autre part, il n'y a pas encore de cas de guérison. Au contraire, l'analogie clinique est parfaite, avec la paralysie ascendante aiguë d'origine toxique ou infectieuse, comme celle qu'ont provoquée expérimentalement et qu'ont étudiée Roger, Œttinger, Marinesco, Marie.

Mais quelle est l'origine de cette myélite infectieuse? On n'échappe guère à cette conclusion que les toxines ont été introduites par les injections de moelle émulsionnée. Mais alors, comment s'expliquer l'amélioration malgré la persistance du traitement? Il est donc difficile d'incriminer complètement les seules injections. On pourrait supposer que les premières injections étaient toxiques : mais les malades qui ont été traités en même temps, avec les mêmes moelles, n'ont eu aucun accident. Ce qui est probable, c'est que le terrain a un rôle considérable : respirer constamment des miasmes cadavériques met sans doute le sujet en état de réceptivité morbide, et dès lors des toxines, en général innocentes, ont pu dans ces conditions causer des accidents.

M. Roux. — M. Rendu incline à penser que cette paraplégie est due, chez un individu prédisposé, aux toxines injectées. Si cette opinion était exacte, les injections continuées pendant la maladie auraient aggravé les accidents. Les faits de ce genre en tout cas sont rares; cependant, M. Roux en connaît un autre, chez un malade qui avait subi le traitement du 4 au 18 mai, et tout rentra dans l'ordre spontanément. Mais M. Roux en a vu exactement autant chez un étranger qui, venu pour se faire inoculer, ne l'avait pas été. Sur 19 000 cas traités à l'institut Pasteur, cela fait seulement 2 observations : sur 10 000 sujets quelconques, auxquels on n'a rien fait, ne peut-il pas y avoir 1 cas de paralysie ascendante aiguë? Et sur aucun animal on n'a d'accidents analogues. Certes oui, il y a des toxines dans l'injection, mais on procède d'une manière spéciale, avec intensité progressive. Pas plus que M. Rendu, M. Roux ne sait la cause de cette paraplégie, mais il ne croit pas qu'il faille incriminer le traitement antirabique.

M. Rendu. — M. Roux a eu de la chance de voir 3 cas de paralysie ascendante aiguë : M. Rendu dans toute sa carrière n'en a vu que deux. Et il est bien remarquable qu'un autre injecté ait eu précisément les mêmes accidents.

M. Laveran a observé il y a quelques années un cas analogue sur un militaire soigné à l'institut Pasteur. Il eut au cours du traitement de la paraplégie incomplète avec accidents généraux assez graves; le traitement fut suspendu, et le malade guérit peu à peu. M. Laveran a publié ce cas à la Société médicale des hôpitaux comme un cas de rage abortive, et c'est également ainsi qu'il interprète le cas de M. Rendu.

M. Grancher. — Au cours de la première année du traitement, lorsque M. Grancher faisait lui-même les injections, il a vu à plusieurs reprises des accidents paralytiques. Une bonne partie étaient évidemment des cas de rage paralytique causée par la morsure du chien et non par le traitement. C'est ainsi que nous avons appris que la rage paralytique était loin d'être rare chez l'homme, et l'on conçoit que Peter ait pu soutenir l'opinion, aujourd'hui reconnue fausse, que ces rages provenaient du traitement. Et bien des hypothèses sont encore soutenables chez le malade de M. Rendu : ce malade n'est-il pas hystérique, alcoolique, n'a-t-il pas des accidents dûs simplement à la piqûre anatomique? En tout cas, rien ne prouve la réalité de l'opinion de M. Rendu, et au contraire elle est incompatible avec la guérison malgré la persistance du traitement.

M. Brouardel croit que la vraie origine de l'infection est dans la piqûre anatomique, et il a vu des accidents médullaires analogues dans d'autres cas. Il apportera ses documents sur le sujet à la prochaine séance.

Traitement ambulatoire des fractures de jambe.

M. Reclus décrit l' « appareil ambulatoire » permettant la marche pendant le traitement d'une fracture de jambe. Il relate ses 8 observations, dont il a présenté les sujets récemment à la Société de chirurgie, et il montre que, malgré les critiques adressées à la méthode par M. Hennequin, c'est vraiment un appareil de marche. Quoiqu'on en ait dit, les eschares ne sont pas plus fréquentes qu'avec tous les autres appareils plâtrés bien surveillés; et d'autre part le cal se forme en moyenne plus vite, de 8 à 20 jours. Enfin, quand la fracture est consolidée, le membre est immédiatement utile, au lieu d'être encore plus ou moins longtemps impotent; d'ailleurs Lucas-Championnière a déjà bien montré que c'est le résultat obtenu par le massage et la mobilisation précoce.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 Juin 1897.

Lymphosarcome du tibia.

M. Ombredanne rapporte l'observation d'un homme qui a eu, il y a 17 ans, une ostéite du tibia dont l'évolution clinique a nécessité, 3 ans plus tard, l'évidement de l'os. Il y a 6 mois, apparut, au niveau de la perte de substance osseuse restée fistuleuse, une tumeur molle, pédiculée, semblant implantée au centre de l'os.

L'examen histologique du tibia fait après amputation du membre, a montré qu'il s'agissait d'un lymphosarcome.

Il est intéressant de constater l'apparition d'une semblable tumeur sur un foyer d'ostéite probablement tuberculeuse.

Tubercule massif de la protubérance et du bulbe.

M. Charles Lévi a rapporté l'observation d'un enfant de 9 mois entré à l'hôpital avec une paralysie faciale gauche, de type périphérique, datant des premières semaines de la vie. L'enfant mourut de tuberculose chronique apyrétique sans avoir présenté ni d'autre paralysie ni de convulsion.

A l'autopsie, on a trouvé des tubercules dans le poumon, le foie, la rate. Dans la moitié gauche de la protubérance se trouvait un gros tubercule qui avait creusé d'une caverne la partie centrale du bulbe. Le raclage de cette tumeur a montré des bacilles de Koch.

Pigmentation des ganglions de l'aine dans la maladie d'Addison.

M. Castaigne présente des préparations de ganglions de l'aisselle et de l'aine, d'un malade mort de maladie bronzée. Il a trouvé sur les coupes de ces ganglions les deux espèces de pigments que l'on s'est efforcé de différencier : le pigment ocre et le pigment noir. Il a constaté, comme l'avait indiqué M. Brault, que le pigment noir diffère essentiellement du pigment ocre par l'absence des réactions ferrugineuses (précipité noir par addition de sulfhydrate d'ammoniaque, précipité bleu de Prusse par addition de ferrocyanure de potassium). Il insiste, d'une part, sur la présence simultanée de ces deux pigment, chez le même individu et dans le même organe, ce qui ne prouve pas cependant que le pigment noir soit dû à la transformation du pigment ocre. D'autre part, il rappelle qu'il est classique de

dire que le pigment mélanique est un produit fabriqué par des cellules spéciales analogues aux chromatophores des batraciens et qu'il ne se trouve à l'état pathologique que dans les points où ces cellules existent à l'état normal. La présence du pigment noir dans les ganglions ne vient pas contredire cette théorie, mais elle pourra peut-être éclairer la question de l'élimination du pigment. Audry avait déjà constaté que dans le tatouage, des grains de matière colorante se trouvent entraînés par les lymphatiques jusqu'aux ganglions correspondants. Paul Carnot avait montré, à la suite d'injections sous-cutanées, que les pigments noirs semblent se détruire par une sorte de digestion intra-cellulaire dans les cellules lymphatiques.

M. Castaigne se demande si, dans la maladie d'Addison, l'élimination du pigment ne pourrait pas se faire d'une façon analogue et si, à côté de l'hypothèse d'Ehrmann, admettant que la dépigmentation résulte de la desquamation épidermique, on ne pourrait pas admettre que, dans certains cas de pigmentation abondante, les pigments sont détruits dans les ganglions.

Sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches.

MM. Millian et **Chevallier** présentent un poumon droit dont le lobe supérieur est transformé en tissu de sclérose avec dilatation des bronches : aspect de fromage troué ou de pierre vermoulue caractéristique.

Il s'agit d'une femme, âgée de 71 ans, qui eut en 1870 une fluxion de poitrine. Depuis cette époque, à chaque hiver, elle avait de gros rhumes qui devenaient de plus en plus graves.

Depuis 5 ans, l'affection était passée à l'état chronique : toux, expectoration purulente moyennement abondante, non fétide, petites hémoptysies par intervalles. A l'auscultation, signes cavitaires manifestes au sommet droit.

On pense tout d'abord à la tuberculose, mais on ne tarda pas à repousser ce diagnostic pour celui de sclérose pulmonaire, à cause des raisons suivantes : longue durée de l'affection; état général excellent sans amaigrissement; pas de température; pas de bacilles tuberculeux dans les crachats, malgré plusieurs examens espacés.

La mort survint subitement par hémoptysie foudroyante, fait peu commun en dehors de la tuberculose.

Cancer de la langue.

M. P. Emile Weil présente des coupes de langue et de cœur cancéreux. Ces pièces proviennent d'un malade mort cachectique d'un cancer de la langue à évolution assez lente; à l'autopsie, on ne trouva rien de particulier dans aucun organe, si ce n'est un noyau blanchâtre, gros comme une noisette, situé à la base du ventricule droit et faisant saillie à la surface libre du myocarde. Macroscopiquement, la limitation est très nette. A la coupe, on constate un cancer infiltré dans le muscle, dont les éléments sont repoussés et atrophiés; ce noyau présente la même structure que le cancer de la langue. Celui-ci est un épithélioma lobulé corné avec globes épidermiques; aucun symptôme n'avait attiré l'attention sur la localisation cardiaque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 Juin 1897.

Recherches sur la nouvelle tuberculine de Koch.

M. E. Maragliano (de Gênes) a injecté la nouvelle tuberculine à 3 malades atteints de tuberculose et à un qui en était indemne. Chez tous, il y a eu production ou augmentation de la fièvre, qui s'est maintenue pendant 2 à 4 jours. Chez les tuberculeux, l'injection a fait apparaître des troubles physiques dans les endroits du poumon où il n'y en avait pas auparavant.

Chez les cobayes sains et tuberculeux, la température est augmentée par l'effet de l'injection. Avec des doses égales de nouvelle et d'ancienne tuberculine, les animaux, sains ou tuberculeux, ont tous présenté la même réaction.

L'examen microscopique du produit, qui était trouble, a pu confirmer le fait déjà constaté en France par M. Nocard, à savoir la présence des bactéries et de levures.

M. Maragliano pense que la différence signalée par M. Koch entre l'ancienne et la nouvelle tuberculine n'existe pas en réalité, et que la nouvelle est inférieure à l'ancienne au point de vue de la pureté du produit.

Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose.

MM. G. Lemoine et **Gallois** (de Lille). — L'éther constitue un moyen puissant de soulager et même de guérir les accidents dyspnéiques dus à l'urémie. L'un de nous se sert de ce médicament pour les cas de ce genre depuis près de 10 ans et réussit à arrêter par lui les accidents urémiques respiratoires les plus graves, à condition que les reins ne soient pas définitivement lésés; c'est-à-dire que l'urémie due à la néphrite aiguë, à la congestion rénale aiguë, aux congestions rénales survenant au cours de la néphrite scléreuse, aux néphrites infectieuses a les plus grandes chances de guérir par le traitement à l'éther. Seule l'urémie liée à la désorganisation lente du rein par l'artério-sclérose ne cède pas à cette médication. Il en est de même, en général, des autres types d'urémie, soit comateuse, soit convulsive; mais de ce côté nos tentatives sont restreintes. Le traitement consiste à donner de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, selon les cas, 2 ou 3 cuillerées à café d'éther dans un peu d'eau sucrée. Le mieux est de remplacer une partie de cette médication par des injections sous-cutanées d'éther, et de donner par exemple toutes les 3 heures une injection de 2 ou 3 centimètres cubes d'éther, et le reste du temps l'éther par la bouche comme nous venons de le dire. Nous en avons fait prendre à des malades 300 centimètres cubes et davantage, sans le moindre inconvénient, sans même d'ivresse. L'éther amène de la diurèse abondante, très notable dans les cas heureux, il relève le pouls et calme le spasme respiratoire. C'est un mode de traitement à mettre à côté de la saignée, sur le même plan qu'elle, par ses heureux résultats.

Traitement des douleurs de l'ataxie par le bleu de méthylène

M. G. Lemoine (de Lille). — A l'occasion de mes recherches sur le bleu de méthylène, j'ai expérimenté 9 fois ce produit contre les douleurs des ataxiques. Dans 2 cas, je n'ai obtenu aucune amélioration; dans les 7 autres j'ai eu 5 fois une grande diminution de l'intensité et de la fréquence des douleurs, et deux fois une sédation complète et prolongée. Les douleurs qui cèdent le plus vite sous l'action du bleu de méthylène sont les douleurs fulgurantes des membres et les douleurs en ceinture; celles qui résistent le plus sont les douleurs viscérales surtout celles qui siègent à l'estomac ou au rectum. Les douleurs vésicales disparaissent encore assez vite. Les deux malades chez lesquels la médication a totalement échoué présentaient des douleurs gastriques à l'exclusion de toutes autres. L'effet du bleu de méthylène est très rapide et la diminution de la douleur survient 2 ou 3 heures après que l'urine est colorée en bleu; un autre avantage, c'est qu'il persiste pendant plusieurs jours après que le malade ne prend plus de bleu et même pendant plusieurs semaines. C'est donc non seulement un calmant presque immédiat, mais encore un médicament qui améliore d'une façon durable.

Sur l'emploi des rayons de Röntgen pour l'étude de la motricité de l'estomac.

MM. Roux et **Balthazard** communiquent une série d'expériences faites dans le laboratoire du Dr Mathère, sur les contractions de l'estomac chez la grenouille. Après avoir rendu opaque aux rayons X le contenu de l'estomac, ils ont pu obtenir des radiographies intantanées en série, qui leur ont permis de suivre les contractions et leur propagation le long du tube digestif.

D'après ces études, au point de vue fonctionnel, l'estomac de la grenouille présente deux parties distinctes; la région supé-

rieure, réservoir des aliments, sorte de point mort presque immobile, où viennent finir les contractions œsophagiennes, et où naissent les ondes qui se propagent vers le pylore; la partie inférieure ou région périphérique, qui est l'organe moteur de l'estomac, et qui peu à peu par une suite de contractions, chasse dans l'intestin les matières accumulées dans la cavité stomacale.

La main succulente.

M. Déjerine rapporte 3 cas d'atrophie musculaire progressive par poliomyélite chronique simple, dont un avec autopsie, dans lesquels existait la main succulente qui, d'après M. Marinesco, serait pathognomonique de la syringomyélie. D'un autre côté, M. Déjerine a vu la main succulente se produire aussi chez des hémiplégiques, quand la paralysie du membre était complète.

M. Déjerine en conclut que la main succulente n'est nullement pathognomonique de la syringomyélie.

Myélite expérimentale subaiguë par intoxication tétanique.

M. H. Claude. — Un chien reçut en 8 injections souscutanées 4 centim. cubes de toxine tétanique. Au bout de 12 jours, il présenta une paralysie de la patte postérieure droite, puis la patte postérieure gauche se prit, et quelques jours après les pattes antérieures étaient également paralysées. La paralysie était incomplète, spasmodique, l'animal présentait des tremblements à l'occasion des mouvements, et de l'exagération des réflexes tendineux. Il fut sacrifié après plus de deux mois. L'examen histologique montra qu'il existait un grand nombre de petits foyers inflammatoires disséminés dans la moelle, le plus souvent nettement limités, parfois diffus, jamais accompagnés de ramollissement ni d'hémorrhagies. Ils étaient constitués par un stroma formé d'une substance amorphe et contenant des fibrilles conjonctives et névrogliques, des cellules névrogliques, et un grand nombre de leucocytes. Les tubes nerveux présentaient une désintégration de la myéline à la périphérie des plaques et une disparition complète de celle-ci au centre. Les cylindres-axes étaient conservés, parfois hypertrophiés. Sur des coupes longitudinales les foyers apparaissaient allongés, constitués par les mêmes éléments déjà décrits; les fibrilles névrogliques étaient les unes parallèles, les autres perpendiculaires à la direction des tubes nerveux, qui se montraient intacts au-dessus et au-dessous de ces foyers. Les lésions se rencontraient surtout dans la région supérieure et dans la région inférieure de la moelle où ils siégeaient surtout dans la substance blanche, quelquefois ils occupaient en partie la substance grise. Autour et à l'intérieur de ces foyers de myélite, les artérioles et les capillaires ont un calibre très diminué, leurs gaines sont remplies de leucocytes qui forment également en dehors de celles-ci un épais manchon. Les méninges sont respectées et leurs vaisseaux sont sains. Le bulbe, la protubérance, le cervelet, les pédoncules présentent sur un certain nombre de points des lésions analogues. Quand les lésions gagnent la substance grise, les cellules nerveuses offrent des altérations manifestes.

Il s'agit donc en somme d'une affection de la moelle surtout, mais aussi de presque tout l'axe cérébro-spinal, caractérisée par des foyers disséminés, constituée par une prolifération active des éléments névrogliques et des cellules lymphatiques et conjonctives. En même temps que cette sclérose embryonnaire on relève des altérations profondes des vaisseaux des régions malades et des tubes nerveux sans destruction des cylindres-axes. Cette affection expérimentale à marche lente paraît aussi bien par les caractères symptomatiques que par ses lésions anatomiques, pouvoir être rapprochée, dans une certaine mesure, de diverses myélites diffuses décrites en pathologie humaine et notamment de la sclérose en plaques.

M. Langlois rapporte une série d'expériences tendant à montrer que le foie joue le rôle principal dans la destruction de l'extrait capsulaire dans l'organisme.

M. Claude communique ses expériences sur la myélite expérimentale subaiguë par injections de toxines tétaniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 Juin 1897.

Traitement de la coxalgie.

M. Ménard établit une distinction entre la coxalgie avec abcès non ouverts, qui sont de véritables tuberculomes, et la coxalgie avec abcès ouverts infectés, devenant fistuleux. Dans sa communication qui a provoqué la discussion, il n'a eu en vue que la coxalgie avec tuberculome et c'est dans ces cas seulement que le traitement conservateur par les injections amène très souvent la guérison. Mais, dans ce groupe aussi, on peut trouver des cas dans lesquels le traitement par les injections échoue, soit que l'abcès reste stationnaire ou disparaisse et apparaisse alternativement. Ces cas peuvent guérir par le curetage intégral, qui souvent fait découvrir un séquestre qui entretenait l'abcès et dont l'élimination spontanée aurait été très longue ou même impossible. Le seul temps difficile du curetage intégral est de suivre le trajet fistuleux qui conduit vers l'intérieur de l'articulation.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Peyrot fait observer que, dans les fractures de rotule, on voit souvent la rotule se fracturer plusieurs fois, souvent à l'occasion d'une cause insignifiante, ce qui indique que chez ces malades la rotule est particulièrement friable, peu résistante, A l'appui de ces faits, M. Peyrot cite 4 cas de fractures répétées de la rotule où l'opération montra plusieurs fois que la nouvelle fracture portait non pas sur le cal de l'ancienne fracture. mais sur le tissu osseux de la rotule.

Au point de vue du traitement, M. Peyrot considère la suture périostique comme insuffisante et lui préfère la suture osseuse avec un gros fil d'argent, mais sutout le cerclage.

M. Lucas-Championnière a traité jusqu'à présent une cinquantaine de fractures de rotule par la suture. Sur ce nombre, il perdit 4 opérés, qui ont succombé à des accidents indépendants de l'opération. Dans un cas, la malade succomba sous le chloroforme; dans un autre cas, où la fracture de la rotule existait en même temps que des lésions multiples d'autres organes produites par un écrasement, le malade succomba 15 jours après l'opération à des contusions internes. Dans le 3e cas, où il s'agissait d'un goutteux, le malade a été pris de vomissements incoercibles et succomba 21 jours après l'opération. Dans le 4e cas, enfin, où il s'agissait d'un alcoolique qui arriva avec une suppuration du genou : le malade succomba à la cachexie 4 mois après l'opération

Au point de vue opératoire, M. Championnière recommande l'ouverture large de l'articulation avec suture des fragments à l'aide de 2 ou 3 gros fils d'argent, après nettoyage complet de l'articulation. Avant de fermer le plaie, M. Championnière conseille de placer un drain en dehors de l'articulation. Le cerclage de la rotule, dans certains cas, a été fait par M. Championnière en 1886. Il ne présente donc pas de méthode nouvelle. La suture périostique est insuffisante.

En terminant, M. Championnière rapporte encore 5 cas de rupture du triceps ou du ligament sous-rotulien, traités par la suture au fil d'argent.

M. Berger présente un malade guéri par la méthode conservatrice d'un polype naso-pharyngien volumineux.

M. Potherat présente une malade à laquelle il a fait avec succès la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Juin 1897.

Synovites multiples à pneumocoques.

MM. Widal et Mercier. — Nous venons d'observer des synovites multiples à pneumocoques chez un homme de quarante-six ans qui fut pris, au déclin d'une pneumonie, de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. La rougeur et la tuméfaction gagnent bientôt le côté externe de la jointure et

remontent au-dessus de la malléole, le long des tendons péroniers. Les jours suivants les régions prérotuliennes gauche, puis droite, deviennent rouges et tuméfiées et l'articulation scapulo-humérale se prend à son tour. Enfin, au niveau de la main gauche, sur la face dorsale des métacarpiens, du médius et de l'annulaire, apparaissent de la douleur, des phénomènes inflammatoires et bientôt de la fluctuation au niveau de la gaine des extenseurs. Pendant qu'évoluent ces arthropathies et ces synovites, les symptômes généraux s'aggravent et le malade meurt dans le coma.

Le pus retiré, pendant la vie, de l'articulation tibio-tarsienne et de la gaine des extenseurs, contenait des pneumocoques à l'état de pureté.

A l'autopsie, on retrouva la même microbe dans les synoviales articulaires et tendineuses. L'examen histologique des synoviales et des gaines tendineuses ne montra que des altérations superficielles consistant en desquamation des cellules endothéliales, congestion vasculaire, infiltration leucocytaire et foyers d'hémorrhagies.

Les arthrites à pneumocoques sont rarement généralisées, comme dans notre cas, à un grand nombre de synoviales. Dans quelques observations antérieures on a pu déceler la cause du point d'appel du pneumocoque. L'un de nous a rapporté, avec M. Meslay, le cas d'une arthrite à pneumocoques chez un saturnin goutteux, localisée uniquement à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche qui était infiltrée de cristaux d'urate de soude. La localisation uratique préalable avait entraîné la localisation infectieuse. Récemment MM. Duflocq et Ledamany ont publié un cas d'athrites à pneumocoques frappant uniquement chez un malade des articulations profondément lésées par le rhumatisme chronique déformant. Dans le cas présent, notre malade rapportait que vingt-quatre ans auparavant, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, il avait été pris d'arthropathies douloureuses qui avaient persisté pendant quatorze mois. Les localisations articulaires infectieuses ne sont pas l'effet du pur hasard, elles doivent être le plus souvent régies par des conditions histologiques, humorales ou dynamiques qui échappent le plus souvent à l'observation clinique. Dans le cas actuel, il semble que notre malade ait eu une sensibilité toute spéciale de son système séreux qui s'était laissé toucher par l'infection pneumonique comme jadis par l'infection typhique.

Fièvre de surmenage causée par la bicyclette.

M. Mathieu communique l'observation d'un cycliste de vingt ans, qui à la suite d'une course sur piste d'une durée de vingt-neuf heures consécutives, fut pris en descendant de machine d'un grand malaise, avec étourdissements, céphalée violente, dyspnée, palpitations. Ces phénomènes ne tardèrent pas à s'accompagner d'une élévation de la température. Le malade eut un crachement de sang et dut se faire admettre à l'hôpital. La température monta rapidement à 40° et la fièvre dura huit jours; elle tomba brusquement au huitième jour, comme s'il s'était agi d'une pneumonie. L'examen du thorax ne révéla cependant rien d'anormal.

Les urines renfermaient une notable proportion d'albumine (2 gr. 50 par jour), mais l'albuminurie ayant persisté après la chute de la température, il est probable qu'elle n'était pas due tout entière à la fièvre de surmenage; celle-ci n'avait fait peut-être qu'exager une albuminurie qui préexistait. Le malade, ancien scarlatineux, pouvait bien, en effet, être porteur d'une néphrite latente.

M. Faisans rapporte l'observation d'un adulte qui, après une course à bicyclette de 45 kilomètres environ, faite à une allure rapide, fut pris d'un état typhoïde des plus graves (temrature élevée à 40°, 41°, céphalées, douleurs névralgiques généralisées). Cet état dura dix-huit à vingt jours durant lesquels l'examen des organes ne révéla rien d'anormal. Après la chute de la température apparurent des phénomènes qui semblaient dépendre d'une infection généralisée (phlébite des veines du mollet, myosites, myocardite).

M. Faisans fait remarquer que dans l'observation qu'il rapporte il y a eu deux phases bien distinctes : une première, pendant laquelle on nota un véritable empoisonnement, survenu brusquement à la suite de l'extrême fatigue causée par la course à bicyclette faite à une allure trop vive chez un homme non entraîné, et une seconde période, caractérisée celle-ci par une infection développée à la suite et à la faveur de l'intoxication première.

Hydro-pneumothorax chez un tuberculeux guéri en deux mois après deux ponctions.

M. Troisier rapporte l'observation d'un homme de 25 ans, tuberculeux au premier degré, qui, en rentrant de son travail, fut pris brusquement, d'un point de côté violent accompagné d'une dyspnée intense. Entré à l'hôpital quatre jours plus tard, ce malade présentait tous les signes d'un pneumothorax gauche qui s'accompagna bientôt d'épanchemement. Celui augmenta rapidement, déplaçant le cœur, produisant une dyspnée si vive, une cyanose si marquée qu'une thoracentèse s'imposa. Une ponction faite quinze jours après le début des accidents permit de retirer 750 grammes de liquide séreux. Après un soulagement immédiat, la dyspnée et la cyanose réapparurent et, quinze jours plus tard, en raison des menaces d'asphyxie, une seconde ponction dut être faite. On retira 900 gr. de liquide clair, fibrineux et albumineux comme lors de la première intervention.

L'amélioration qui suivit cette ponction persista les jours suivants. On constata bientôt la disparition graduelle des signes de l'hydro-pneumothorax et, au bout de deux mois, la guérison était définitive.

M. Troisier fait observer que généralement, chez un tuberculeux l'hydro-pneumothorax dure plus longtemps. La guérison met quatre, cinq, cinq, six mois et plus à se produire. Il faut admettre, en conséquence, que chez le malade la fistule broncho-pleurale était oblitérée au moment de la première ponction, peut-être et sûrement de la seconde. C'est à cette circonstance qu'est dû vraisemblablement le résultat favorable produit par les ponctions.

M. Rendu estime que dans l'hydro-pneumothorax la ponction doit être subordonnée à l'intensité des symptômes. L'abstention est préférable s'il n'y a pas de symptômes graves, et l'épanchement se résorbe alors progressivement.

M. Widal a observé un cas qui se rapproche beaucoup de celui de M. Troisier. Il s'agit d'un hydro-pneumothorax chez un jeune homme tuberculeux et qui guérit complètement au bout de trois mois. Cinq ponctions furent faites pendant ce laps de temps. Elles avaient été imposées par l'intensité de la dyspnée que présentait ce malade. L'ensemencement du liquide de la première ponction décela la présence de streptocoques qu'on ne retrouva plus par la suite.

Les métrorrhagies dans les maladies de cœur.

M. Dalché. — La fréquence et la gravité des métrorrhagies dans les maladies du cœur ont été appréciées de façons fort différentes, tant par les gynécologues que par les auteurs qui se sont occupés de pathologie cardiaque. Cela tient à ce que l'on n'a pas toujours assez tenu compte de la période à laquelle est arrivée la cardiopathie au moment où on examine la patiente. Cependant Maurice Raynaud et Vallon après lui avaient déjà remarqué que les règles sont souvent abondantes, profuses, au commencement des maladies du cœur et se suppriment à la phase ultime. En effet, dans la pathogénie de ces métrorrhagies entre un élément d'importance prépondérante, c'est la fluxion physiologique ou menstruation qui disparaît à l'époque de l'asystolie permanente et de la cachexie cardiaque, époque où la femme reste dans l'aménorrée; or, les premières pertes utérines surviennent toujours à l'occasion des règles. Les métrorrhagies se produisent de préférence lorsque la lésion cardiaque, encore bien compensée, se manifeste seulement par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essouflement, des vertiges, un peu d'œdème malléolaire le soir, l'irrégularité des battements propres aux mitraux compensés sans insuffisance tricuspidienne ou myocarde forcé.

La fonction ovarienne encore respectée provoque la fluxion utérine menstruelle qui à son tour appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive. De même qu'il existe un foie, un rein cardiaque, il y a un utérus cardiaque sur lequel un état de congestion se fixe de par le fait du molimen catamémial

simple ou d'une affection utérine ou péri-utérine, métrite chronique, fibromes, tumeurs ou phlegmasies ovariennes. C'est ainsi que les métrorrhagies de la puberté dues à un rétrécissement mitral sont favorisées par l'évolution de tout l'appareil génital qui, de l'état infantile et pubescent, passe à l'état adulte. Enfin il est une classe de métrorrhagies dont l'apparition précède toute manifestation symptomatique du côté du cœur.

Rares chez les aortiques, les métrorrhagies se montrent chez les mitrales, en particulier dans les cas de rétrécissement mitral. Les maladies du cœur droit ne les provoquent guère, et les malformations congénitales presque jamais. M. Huchard a signalé l'influence de l'hypertension artérielle; l'artério-sclérose peut altérer aussi les artères utérines. L'effet de ces diverses causes est encore exagéré et favorisé par la constipation chronique, les hémorrhoïdes, les affections du foie, etc.

Scanzoni a indiqué à tort ces métrorrhagies chez les enfants. A la puberté l'éruption des premières règles est difficile, leur abondance prend souvent le caractère des pertes, une dysménorrhée utérine et ovarienne aggrave la situation. Pendant la vie génitale, les troubles menstruels apparaissent tantôt en même temps que les palpitations les plus précoces, tantôt surviennent sous l'influence d'une fatigue, d'un surmenage, de la station debout, etc. Pour quelques auteurs il est des cas où l'hémorrhagie serait profitable et jouerait le rôle de décharge pour la circulation. A la ménopause et après, il ne faut pas oublier la possibilité de métrorrhagies dues à l'artério-sclérose.

Une intervention opératoire demeure insuffisante parce que derrière l'utérus, le cœur malade continue à commander aux accidents; il faut s'adresser à la digitale, à l'ergot, etc., et dans les cas d'hypertension artérielle à l'opium et aux sédatifs.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Juin 1897.

Traitement de la côlite muco-membraneuse.

M. Mathieu a résumé les indications thérapeutiques telles qu'elles découlent des symptômes fondamentaux de la maladie et qui sont la constipation, l'irritation du gros intestin, l'état nerveux et les ptoses viscérales ou les affections utérines et péri-utérines.

Parmi les purgatifs, M. Mathieu donne la préférence à l'huile de ricin mélangée à du sirop de cassis pour en masquer le goût, et prise durant plusieurs jours à la dose d'une demi- ou d'une cuillerée à café 10 minutes avant le premier déjeuner. La cascara sagrada associée à la magnésie et au bicarbonate de soude, la rhubarbe, le séné, etc., etc., peuvent être également conseillés.

Les antiseptiques chimiques (naphtol, benzonaphtol, résorcine, salicylate de bismuth) sont sans effet. Le meilleur antiseptique est encore l'évacuation du contenu intestinal par les grands lavements ou par les purgatifs salins pris à doses moyennes, tous les jours ou tous les 2 ou 3 jours, pendant 3 semaines environ.

Les grands lavements sont donnés avec un bock à injections, muni d'une canule à entéroclyse, et maintenu à une faible hauteur pour éviter une pression trop considérable. Ils ont pour but d'enlever les selles ovillées et de détacher les concrétions muco-membraneuses adhérentes à la paroi intestinale. Comme liquide on emploie de l'eau bouillie ou de l'eau de guimauve, parfois une solution de biborate de soude à 1/5000, de salicylate de soude à 1/1000, de chlorate de soude à 1/5000. L'eau boriquée et l'eau naphtolée sont trop irritantes. On ne doit pas employer une trop grande quantité d'eau, pour éviter de réveiller l'hyperesthésie intestinale, et il est bon, dans les premiers temps tout au moins, de s'arrêter dès que les coliques surviennent; deux litres d'eau suffisent en moyenne. Lorsqu'il existe des poussées dysentériformes, les lavements de nitrate d'argent à 1/4000, préconisés par Charrin, sont très utiles.

La douche ascendante chaude, tiède ou froide est en général mal supportée. La balnéation chaude, en effet, les compresses chaudes maintenues en permanence sur l'abdomen, parfois les compresses froides, peuvent déterminer une sédation marquée des *phénomènes douloureux*. L'extrait de belladone, qui présente sur l'opium et la morphine l'avantage de ne pas exagérer la constipation, est aussi très efficace. On peut utiliser dans le même but l'extrait de cannabis indica ou la codéine, à la dose quotidienne de 0 gr. 03 prise en solution.

Contre l'*état nerveux*, l'hydrothérapie (de préférence chaude) se trouve tout d'abord indiquée et il ne convient de recourir aux médicaments calmants qu'en dernier ressort. En pareil cas, l'emploi du valérianate d'ammoniaque est préférable à celui des bromures alcalins.

Le régime alimentaire répond à une indication de premier ordre. Il faut supprimer tout d'abord toute irritation inutile. A ce titre, les substances irritantes (épices, viandes faisandées, crustacés, poissons de mer) devront être défendues. Les végétaux, les fruits sont le plus souvent également contre-indiqués; cette contre-indication ne doit pas, il est vrai, être absolue, et l'on pourra autoriser dans une certaine mesure les fruits cuits ou en marmelade, les légumes en purée. Le régime lacté ne sera utile que lors des débâcles diarrhéiques ou s'il survient de l'embarras gastrique.

Traitement des urémies.

M. Le Gendre pose en principe que le traitement de l'urémie doit avoir pour but de combattre en bloc tous les poisons qui peuvent prendre part à l'intoxication urémique et qui peuvent provenir de l'alimentation ou de la désassimilation des cellules de l'organisme.

Pour restreindre autant que possible l'apport des poisons par l'alimentation, le meilleur moyen, de l'avis unanime, est l'usage du lait comme aliment exclusif, à la condition que la quantité de lait ingérée ne soit pas supérieure à celle que peut digérer le malade. S'il est impossible d'instituer le régime lacté exclusif dans le cas d'urémie menaçante, on devra au moins écarter le plus possible de l'alimentation les substances capables de donner naissance aux produits de décomposition les plus toxiques (viandes et volailles, gibier, poissons, extraits et poudres de viandes, fromages fermentés).

Pour diminuer la fermentation gastro-intestinale, on s'efforcera d'obtenir une digestion aussi parfaite que possible par la réglementation des heures et de l'abondance des repas, par l'évacuation régulière du contenu de l'intestin. Les purgatifs, les grands lavements sont des plus utiles à ce point de vue, de même que l'antisepsie intestinale.

La diminution de la quantité des poisons issus de la désassimilation peut être obtenue par une suractivité imprimée aux oxydations interstitielles : stimulation de la peau par les frictions, hydrothérapie, changement de résidence, inhalation d'oxygène ou d'air comprimé. Le foie, organe destructeur de poisons, peut être activé dans son fonctionnement par l'usage fréquent des sels neutres, par l'ingestion d'une certaine quantité de sucre.

Parmi les multiples moyens proposés pour faciliter l'élimination des poisons, tous ne sont pas également dignes de confiance, et dans le choix à faire on doit se guider d'après les causes probables des accidents urémiques dans chaque cas particulier.

Lorsque l'entrave apportée par la fonction rénale peut être attribuée au mécanisme de l'œdème congestif l'indication fondamentale est de décongestionner le rein : à cet égard, l'application de sangsues au niveau de la région lombaire est un moyen puissant. Après une action de ce genre, on peut espérer beaucoup plus de l'emploi des diurétiques. Le meilleur diurétique étant l'eau, c'est de boissons aqueuses abondantes et de lait écrémé qu'on fera d'abord usage. Mais dans les cas où l'intolérance gastrique entrave l'ingestion des boissons, on aura très utilement recours à l'emploi des lavements abondants ou multipliés.

Les diaphorétiques (bains de vapeur, jaborandi), les purgatifs salins ou drastiques ont joui d'une grande vogue. Les sudations et les diarrhées profuses diminuent toujours la quantité des urines, et l'analyse chimique comparative des sécrétions rénale, sudorale et intestinale a démontré que pour une même quantité d'eau elles sont loin d'entraîner la même quantité de substances minérales ou organiques, de poisons. On a reproché encore aux sudations et à la diarrhée d'abaisser notablement la

pression sanguine et, en déshydratant le sang, de concentrer les principes toxiques qu'il renferme. Ces objections visent surtout les diaphorétiques, dont il faudra réserver l'emploi aux cas où l'on ne pourra réussir à activer la sécrétion urinaire. Mais les purgatifs administrés d'une façon intermittente, ils contribuent à assurer l'antisepsie intestinale avec les lavements. Les drastiques sont les purgatifs de choix, et l'inconvénient qu'ils présentent de raréfier les urines pourra être évité si l'on a soin de donner en même temps au malade des boissons abondantes.

Pour extraire directement les poisons du sang, il faut s'adresser aux moyens héroïques, à ceux qui font merveille dans certaines circonstances, mais dont il faut savoir saisir l'opportunité : la saignée l'injection intraveineuse de sérum artificiel ou le lavage du sang.

Quant aux moyens plus spécialement propres à combattre chacun des principaux accidents urémiques, M. Le Gendre conseille d'opposer aux accidents éclamptiques les médicaments antispasmodiques et sédatifs, les bains chauds et les emmaillotements chauds. Le coma sera traité par les injections sous-cutanées de caféine, d'éther, les inhalations d'oxygène. Les vomissements seront combattus par la glace, la potion de Rivière, l'eau de Seltz, le champagne frappé, ou encore par l'eau oxygénée, l'eau chloroformée, l'acide lactique, les boissons chaudes abondantes. Enfin la diarrhée incoercible sera enrayée par de hautes doses de bismuth et de craie ou bien d'acide lactique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 Juin 1897.

Les séborrhées et les alopécies.

M. Brocq. — Certains phénomènes qu'on observe dans la séborrhée paraissent avoir échappé à M. Sabouraud : c'est ainsi que le visage des séborrhéiques jeunes, dans une première période, présente une pâleur spéciale, puis plus tard, à mesure que les lésions s'accentuent, il devient manifestement rouge. Les séborrhéiques éprouvent aussi, assez souvent, des sensations assez pénibles de picotement, de chatouillement; dans d'autres cas ils se plaignent d'une odeur fétide particulière, qui s'attache aux doigts lorsqu'ils touchent les parties grasses de leur visage, odeur qui parfois devient pour eux véritablement obsédante. On peut signaler en outre, une localisation des lésions aux parties médianes du visage qui s'observe chez un grand nombre de séborrhéiques.

Le microbe de M. Sabouraud est enfermé dans un cocon : comment agit-il donc sur le follicule pileux et sur le poil? M. Sabouraud invoque, il est vrai, l'action des toxines sécrétées par le microbe. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et pour expliquer l'altération des follicules à distance il faut encore supposer l'existence d'autres toxines. Certaines de ses expériences sur le lapin paraissent démonstratives, cependant, avec cette réserve, que dans ces cas la toxine injectée semble agir seulement sur le poil lui-même et non sur les sécrétions séborrhéiques.

D'après les travaux de M. Sabouraud, toute séborrhée consisterait en lésion microbienne. Or, d'après M. Brocq on doit tenir compte dans sa production du rôle joué par l'arthritisme qui, après quelques années de discrédit et d'oubli, a été réhabilité dernièrement, grâce aux travaux des bactériologues qui ont invoqué la question de terrain. Pour les rapports de la séborrhée huileuse et de la pelade, la clinique s'oppose à quelques-unes des conclusions des travaux de laboratoire. Autrefois on admettait plusieurs variétés de pelades, pelades nerveuses, pelades parasitaires; cette conception serait annulée par les conclusions de M. Sabouraud. Cependant, il n'y a pas qu'une alopécie péladoïde. On voit, en effet, à la suite d'un anthrax au cuir chevelu, tous les cheveux tomber autour de celui-ci, et laisser une plaque d'alopécie telle qu'il faut y regarder de près pour trouver la cicatrice qui en fait reconnaître la cause. Ici aussi il y a donc un autre microbe que celui de M. Sabouraud, qui semble agir à distance par ses toxines.

Le traumatisme d'un nerf peut aussi produire une alopécie semblable à celle de la pelade.

Enfin les cas de pelade non contagieuses sont nombreux.

Sans nier les rapports fréquents entre la pelade et la séborrhée huileuse, M. Brocq soutient que la clinique ne permet pas d'identifier absolument les deux maladies. La bactériologie cependant dit que le microbe des deux maladies est identique. M. Brocq ne saurait l'admettre, car on voit le même sujet avoir une alopécie peladique et une alopécie séborrhéique, l'une et l'autre évoluant distinctement, la première pouvant guérir tandis que l'autre persiste, et il pense que M. Sabouraud a confondu les deux microbes, les ayant rencontrés l'un et l'autre sur les mêmes sujets.

M. L. Jacquet estime que le micro-bacille étudié par M. Sabouraud ne peut être accepté sans preuves nouvelles et décisives, ni comme l'agent causal de la séborrhée, ni comme celui de la pelade, ni comme celui de la calvitie, et qu'on est en droit actuellement du moins, de le considérer comme un agent très répandu et très actif d'infection secondaire.

Les preuves expérimentales que M. Sabouraud a données lui semblent insuffisantes, car l'alopécie provoquée par M. Sabouraud chez les lapins après l'injection intra-musculaire d'une toxine pyrétogène, alopécie qui d'ailleurs évolua spontanément vers la guérison, et est plus aisément comparable aux dépilations diffuses et bénignes qui succèdent à certaines maladies infectieuses qu'à la pelade ou à la calvitie.

M. Darier peut confirmer la première conclusion de M. Sabouraud, à savoir que la séborrhée grasse est due à un micro-bacille spécial. Mais il ne saurait admettre avec lui que l'alopécie serait la conséquence fatale de l'infection séborrhéique.

Pour ce qui est de l'action des toxines, il trouve que les alopécies par staphylocoques sont très comparables à celles montrées par M. Sabouraud, mais il reconnaît absolument les analogies qui existent entre les deux affections : l'utricule peladique et l'utricule séborrhéique ont la même forme : il y a identité dans ce que l'on voit.

M. Barthélemy pense aussi que la question du terrain, loin d'être accessoire, domine et prime les autres. Si la séborrhée vraie n'existe pas chez l'enfant, on peut se demander si elle est vraiment due au parasite décrit par M. Sabouraud.

M. Hallopeau pense que si pour la séborrhée grasse, M. Sabouraud a démontré qu'elle coïncide constamment avec la présence d'un fin bacille, il ne s'ensuit pas qu'elle soit engendrée par ce bacille. Il est indiscutable que les glandes pilo-sébacées peuvent être en état d'hypercrinie comme les glandes sudoripares et donner lieu ainsi à une séborrhée non parasitaire; si donc on trouve ce bacille dans toute séborrhée, c'est qu'il n'en est pas la cause et qu'il y trouve seulement un terrain favorable. Pour ce qui est de la pelade, les différences de son évolution avec celles de la séborrhée grasse rendent bien invraisemblable qu'elle soit de même nature. D'ailleurs la démonstration scientifique de la genèse de la pelade par la prolifération du fin bacille n'a pas été donnée : l'inoculation n'a pas été pratiquée; l'alopécie produite par les toxines s'observe avec des agents de nature très divers, depuis l'abrine jusqu'au contage de la syphilis et des fièvres éruptives; il faut donc attendre des résultats positifs obtenus avec la culture du fin bacille pour considérer comme démontrée son action pathogénétique sur la pelade.

M. Sabouraud ne croit pas qu'on puisse opposer la vérité clinique aux vérités de laboratoire, car dans les arguments cliniques on n'entend que des opinions, on n'a pas le droit de se priver des ressources qu'offrent aujourd'hui les méthodes d'observation expérimentale pour augmenter nos connaissances scientifiques. La clinique a apporté sur les questions discutées ici toutes les lumières qu'elle pouvait y apporter. C'est au laboratoire qu'il appartient désormais de compléter cette œuvre.

Pelade et lichen.

M. L. Jacquet a observé un malade qui, à la suite d'une bronchite, a été pris de pelade de la tête et de la barbe et d'un lichen plan cutané bucco-lingual. Ces deux affections ont évolué côte à côte pendant 13 mois, puis ont guéri toutes deux après 1 mois de traitement par les douches tièdes.

A ce propos, M. Jacquet fait observer que ce qu'on sait au-

jourd'hui de précis sur le mécanisme de la lésion pilaire peladique, c'est qu'elle traduit simplement la *sidération*, la *léthargie* de la papille, permet de la rapprocher, au point de vue biologique général, des faits d'inhibition trop oubliés aujourd'hui, qu'a étudiés Brown-Séquard. Si l'on accepte ce rapprochement, on pourra interpréter la néoplasie lichénienne survenue dans le cas que je viens de citer, comme un de ces phénomènes dynamogéniques que Brown-Séquard déclarait associés à peu près inévitablement aux phénomènes d'inhibition.

Nævus de la région du coude.

MM. Besnier et **Barthélemy** ont montré une jeune fille présentant un nævus du coude empiétant sur le bras et l'avant-bras. Ce qui augmente l'intérêt de ce cas, c'est qu'il s'accompagne de certains phénomènes insolites tels qu'une adhérence de la peau aux parties profondes, de la douleur spontanée et à la pression, de l'œdème en certains points de la région malade. Les mouvements de l'articulation sont limités par une rétraction tendineuse. Il semble au premier examen qu'il y ait là lésion articulaire ou péri-articulaire. La radiographie a montré que les os et la jointure sont intacts. Toute l'inflammation est périostée et épipériostée, comme le démontrent la douleur très localisée et l'œdème. Il n'y a que de l'inflammation, comme dans les lymphangites et les phlegmons.

La lésion est donc localisée et chirurgicalement abordable, alors que la symptomatologie et le traitement jusque-là suivi étaient tout à fait ceux de la tuberculose intra-articulaire et de la coxalgie confirmée.

M. E. Besnier fait observer qu'il y a 2 ou 3 ans au moins qu'ont apparu chez cette malade la gêne fonctionnelle, les douleurs à la pression, l'atrophie musculaire des bras, la rétraction. On constate en outre, chez elle, une sensibilité sur toute l'étendue du cubitus et un empâtement œdémateux. Il y a donc là plutôt de l'épipériostite que de la périostose à proprement parler. Mais on reste fort embarrassé pour en déterminer la nature et on ne trouve chez la malade aucun signe de tuberculose, car vraiment des lésions tuberculeuses n'auraient pas évolué aussi lentement ni sans produire des altérations de la peau. Cela ne ressemble pas non plus à des manifestations rhumatismales. Par exclusion, on peut soupçonner la syphilis directe, héréditaire ou infantile, et cependant nous ne trouvons aucun signe qui justifie cette hypothèse.

Sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et remarquable hyperchromie.

MM. Hallopeau et **Poulain**. — Ce fait montre que les papules du lichen de Wilson peuvent se localiser dans les appareils pilo-sébacés; ils diffèrent de ceux du pityriasis rubra pilaire avec lesquels ils sont encore souvent confondus à l'étranger par leur mode de groupement, leurs localisations, les troubles fonctionnels qui les accompagnent et l'absence de desquamation. L'hyperchromie, phénomène banal dans le lichen de Wilson, atteint ici une intensité tout à fait exceptionnelle, à tel point que l'on aurait pu penser à une dystrophie papillaire et pigmentaire : elle est due vraisemblablement à ce que le sujet est par lui-même très brun.

Sur une érythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyngées.

MM. Hallopeau et **Weill**. — On retrouve dans ce fait les caractéristiques, aujourd'hui classiques, de cette dermatose et particulièrement le prurit féroce sans prurigo. Les sueurs profuses et généralisées revenant incessamment par poussées, l'alopécie, les lésions par places lichénoïdes, par places eczématiformes; comme particularités insolites, il faut mentionner des dilatations des orifices sudoripares avec aréoles congestives donnant lieu à des taches ponctuées d'un rouge plus sombre que les autres parties et prenant parfois l'aspect d'une petite cocarde et surtout l'existence sur le dos de la langue, la face interne des joues et la paroi postérieure du pharynx de plaques blanchâtres nombreuses et étendues avec ulcération à fond rougeâtre, c'est la première fois que ces altérations sont signalées dans ces érythrodermies prémycosiques.

Ulcères phéniqués.

M. du Castel présente une malade qui, souffrant de varices enflammées aux jambes, s'est appliquée, sur les conseils d'un médecin, des compresses imbibées d'une solution phéniquée. Peu de temps après le début de ces applications, il survint sur la peau une légère irritation qui s'accentua, bientôt suivie d'une petite plaie qui grandit, s'étendit progressivement jusqu'à faire la large ulcération qui envahit toute la jambe.

M. du Castel a remplacé les compresses phéniquées par des compresses amidonnées légèrement boriquées : immédiatement l'épiderme s'est reproduit, la cicatrisation s'est progressivement accentuée et actuellement la plaie est en voie de guérison.

M. Leredde voit continuellement des faits de ce genre à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Parmi les nombreux ulcères de jambe, il n'y en a pas qui ne soit aggravé par les pansements phéniqués.

M. Sabouraud fait remarquer qu'il est impossible d'appliquer un antiseptique fort sur la peau sans obtenir d'abord une pullulation microbienne abondante. Pour ne pas nuire en thérapeutique cutanée, il faut appliquer des topiques très doux. L'expérience a montré qu'une seule exception à cette règle, pour l'impetigo sur lequel le sulfate de cuivre agit merveilleusement.

La première action de l'antiseptique est d'atteindre les cellules organiques au contact desquelles il pénètre directement, avant les microbes qui sont situés plus profondément.

M. Darier tient à insister que si l'antiseptique fait pulluler le microbe, c'est en tuant les cellules organiques qui, une fois transformées en cadavres, deviennent une proie facile pour les microbes. L'acide phénique est un médicament kératolytique, qui tue les éléments organiques. La seule substance qui soit antiseptique sans être toxique, est la boricine, composée d'acide borique et de borax dissous en quantité égale dans l'eau. C'est un topique qui n'irrite pas la peau et sous lequel les cultures microbiennes paraissent moins actives que sous le cataplasme.

M. Brocq emploie avec d'excellents résultats dans les acnés et nombre d'affections du visage, l'eau bouillie dans laquelle il fait dissoudre un mélange de borate de soude et d'acide borique.

M. E. Besnier croit aussi à l'efficacité du bicarbonate de soude.

Note sur le traitement externe de l'eczéma.

M. Leredde. — J'ai employé l'acide picrique dans le traitement de l'eczéma, lorsque j'ai eu l'honneur de remplacer M. Tenneson à l'hôpital Saint-Louis. J'ai obtenu de remarquables résultats dans l'eczéma aigu et tout ce qu'on appelle dermatite artificielle. L'œdème disparaît avec la plus grande rapidité : il suffit, pour en juger, de traiter les lésions d'un côté du corps par l'acide picrique et celles de l'autre côté par quelque autre traitement que ce soit; les lésions épidermiques guérissent également très vite, il ne se produit aucune irritation. L'application du traitement est des plus simple : on recouvre les régions eczématisées de compresses trempées dans une solution aqueuse picrique, à saturation, et on enveloppe le tout d'une toile imperméable, le pansement est renouvelé tous les jours.

Dans l'eczéma chronique l'acide picrique ne présente aucun avantage. J'ai modifié de la manière suivante la méthode de traitement par le caoutchouc, telle que l'a réglée M. Tenneson. On applique après asepsie préalable le caoutchouc; au bout de 24 heures, on fait un premier badigeonnage au nitrate d'argent à 1/40, le caoutchouc est appliqué de nouveau après dessiccation; au bout de 24 heures nouveau badigeonnage à 1/30 et ainsi de suite, on peut élever la dose jusqu'à 1/15; s'il se produit un peu de réaction inflammatoire, ce qui est très rare, il suffit d'attendre 48 heures pour faire un nouveau badigeonnage et de diminuer le titre de la solution.

En somme, la méthode consiste à appliquer le nitrate d'ar-

gent sur la surface décapée, dénudée. Elle m'a paru abréger d'une manière remarquable la durée du traitement et ne pas offrir de contre-indication.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 31 Mai 1897.

Endocardite traumatique.

M. Litten a rapporté deux nouveaux cas d'endocardite traumatique.

Le premier concerne un ouvrier qui reçut plusieurs coups de manivelle sur le côté gauche du thorax. Il perdit connaissance, et quand il revint à lui, il se plaignit de douleurs dans la région cardiaque s'irradiant jusque dans l'épaule gauche; de sensation d'une déchirure interne, de dyspnée, de palpitations; le pouls était petit, fréquent et le blessé était cyanosé. On ne put d'abord constater aucun signe physique d'une lésion cardiaque quelconque. Ce ne fut que 15 jours après l'accident qu'on nota pour la première fois un bruit de souffle systolique très léger à la pointe du cœur. Quelque temps après, ce bruit était devenu très intense; mais on ne perçut ni alors, ni plus tard aucun signe d'hypertrophie du ventricule gauche. Neuf mois après, le bruit de souffle systolique avait entièrement disparu. Il s'est donc agi dans ce cas d'une endocardite simple subaiguë ayant guéri sans laisser trace de lésion organique.

La seconde observation a trait également à un ouvrier qui ne présentait aucun trouble du côté du cœur jusqu'au jour où il fit une chute d'une hauteur de plusieurs mètres et reçut en tombant des briques sur la poitrine. Comme le précédent, ce malade perdit d'abord connaissance et, quelque temps après, on constatait chez lui tous les signes d'une insuffisance mitrale avec hypertrophie du ventricule gauche, renforcement prononcé du second bruit de l'artère pulmonaire, renforcement moins prononcé du second bruit aortique. Ici encore on pouvait conclure à l'existence d'une endocardite d'origine traumatique.

M. Litten pense donc que dans ces divers faits, le traumatisme a bien été la cause d'une endocardite qui, chez deux malades, a eu pour aboutissant une lésion chronique du cœur.

Quant aux déchirures traumatiques des valvules saines, M. Litten pense qu'il faut distinguer les déchirures traumatiques des valvules saines de celles qui se produisent spontanément sur des valvules malades, bien qu'en réalité il n'y ait pas à proprement parler de déchirure spontanée et que, même pour les valvules malades, la lésion ne se produise qu'à la suite d'un traumatisme. Ce sont surtout les valvules aortiques qui sont le siège de ces déchirures, lesquelles peuvent être totales ou partielles; il en résulte une insuffisance quelquefois considérable, avec bruit de souffle diastolique. Ce bruit peut être tellement fort que l'entourage du malade et le patient lui-même le perçoivent. Le diagnostic n'offre donc pas de difficultés.

Le mécanisme de la déchirure des valvules est le même que celui de la déchirure des poumons : il s'agit toujours d'une augmentation de pression; de là leur fréquence pendant les travaux qui exigent de grands efforts musculaires.

C'est ainsi qu'un employé de chemin de fer, en portant une caisse d'une soixantaine de kilos dans un train en marche et en faisant un grand effort pour se tenir debout au moment où le train franchissait une courbe prononcée, chancela et se rompit deux valvules aortiques. Même accident se produisit chez un matelot qui, chargé d'un lourd fardeau au moment où le navire était secoué en tous sens, avait fait tous ses efforts pour ne pas tomber.

Le pronostic de l'insuffisance aortique qui est le résultat d'un traumatisme est bien plus défavorable que celui de l'insuffisance qui succède à une endocardite chronique. Cela tient à ce que, par suite de la déchirure valvulaire, l'insuffisance orificielle est tellement étendue que le ventricule gauche ne la compense plus malgré son hypertrophie. Les malades succombent assez vite avec des signes d'hydropisie et de cyanose.

Deux fois on a constaté chez les malades des bruits de souffle systoliques. L'autopsie montra que des lambeaux arrachés des valvules adhéraient encore au nodule de Morgagni et flottaient dans l'intérieur de l'aorte.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 8 Juin 1897.

Souffle de la pointe dans le rétrécissement aortique.

M. Hawship Dickinson a rapporté 4 cas de rétrécissement aortique où à l'auscultation on entendait un souffle systolique de la pointe. L'autopsie qui a été faite dans les 4 cas a permis de constater que dans un seul cas l'orifice mitral était sain; dans les 3 autres il était le siège des lésions analogues à celles de l'orifice aortique.

Dans le premier cas il s'agit d'un enfant chez lequel on entendait à l'auscultation un souffle systolique à la pointe, à timbre musical. A l'autopsie on trouva que l'orifice aortique était considérablement rétréci tandis que l'orifice mitral était normal. On ne pouvait donc expliquer l'existence d'un souffle systolique à la pointe qu'en admettant une dilatation du ventricule gauche par le fait du rétrécissement aortique, laquelle dilatation rendait possible le reflux du sang dans l'oreillette à chaque systole ventriculaire.

Le second cas est celui d'un homme entré à l'hôpital avec tous les symptômes du rétrécissement aortique et chez lesquel au cours du traitement apparut à la pointe un souffle systolique à timbre aigu. A l'autopsie on trouva une hypertrophie générale du cœur et principalement du ventricule gauche. La péricarde était complètement oblitérée par des adhérences anciennes. L'orifice aortique était rétréci par des productions fibreuses anciennes, l'orifice mitral recouvert de végétations et également rétréci.

Le 3e cas a trait à un homme âgé chez lequel on trouvait à l'auscultation un souffle systolique à la pointe. L'autopsie montra une calcification des valvules aortiques avec rétrécissement de l'orifice aortique; les valvules mitrales étaient épaissies,

Dans le 4e cas il s'agissait d'un homme de 54 ans à l'auscultation duquel on entendait un souffle musical systolique à la pointe. A son autopsie on trouva une hypertrophie générale du cœur; l'orifice aortique était presque complètement oblitéré en partie par d'anciennes productions fibreuses, en partie par des végétations récentes. Les bords des valvules mitrales et tricuspides étaient épaissis.

Dans tous ces cas il existait par le fait du rétrécissement aortique une élévation de la tension intra-ventriculaire qui faisait qu'à chaque systole ventriculaire le sang refluait vers l'oreillette.

M. Norman Moore, tout en acceptant l'explication de M. Dickinson pense que si le souffle systolique de la pointe s'entend au niveau de l'angle de l'omoplate il indique une insuffisance mitrale; dans le cas contraire il peut être aortique. De même si à l'auscultation on entend un souffle systolique à la pointe et à la base faisant penser à une insuffisance mitrale avec un rétrécissement aortique, ce diagnostic ne doit être fait que si les souffles s'entendent à l'angle de l'omoplate gauche et dans la fosse sus-épineuse droite; mais si le souffle n'est entendu qu'au niveau de la fosse sus-épineuse droite, on doit plutôt diagnostiquer un rétrécissement aortique sans insuffisance mitrale.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Éléphantiasis cartilagineuse du nez (p. 577).
REVUE DES CONGRÈS. — *Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie* : Rétroversion et rétroflexion de l'utérus (p. 580).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Fractures de la voûte palatine. — Œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. — Tumeurs solides du cordon spermatique. Épithéliomatose et sarcomatose mélaniques cutanées (p. 583). — Chancre de l'amygdale. — Leucokératose vulvo-vaginale. — Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale. — Morcellement des amygdales. — Hallux valgus. — Epididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule (p. 584).
REVUE DE JOURNAUX. — *Chirurgie* : Encéphalocèle (p. 584). — Fragilité idiopathique des os dans l'enfance et la jeunesse. — Paralysie spasmodique chez les enfants. — *Médecine* : Sarcomatose cutanée et encéphalique. — Lavements d'iodure de sodium et de quinine chez les enfants. — Spartéine (p. 585).
MÉDECINE PRATIQUE. — Cure radicale de la hernie inguinale. — Sublimé (p. 586).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Le concours des médecins des hôpitaux (p. 587).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Éléphantiasis cartilagineuse du nez,

Par E. Briau,

Interne des hôpitaux de Lyon.

L'éléphantiasis du nez est une affection relativement fréquente et qui, on le sait, est caractérisée essentiellement par une hypertrophie de la peau de cet organe et des tissus cellulaires sous-cutanés. Cette sorte de pachydermie chronique se rencontre habituellement chez d'anciens buveurs; cliniquement, elle se présente sous deux variétés principales : tantôt l'hypertrophie est uniforme, c'est-à-dire, suivant la remarque des auteurs du *Compendium de chirurgie* (1), « arrivant au même degré sur tous les points où elle se montre et particulièrement sur le lobule, les ailes et la sous-cloison » ; tantôt, au contraire, elle est plus prononcée en certains points, au niveau desquels elle produit une ou plusieurs tumeurs plus saillantes que dans les autres. Dans tous les cas, c'est la peau de l'auvent nasal qui est envahie et qui se trouve être le siège de ces déformations acquises.

On connait des exemples célèbres de tumeurs éléphantiasiques du nez, dont le poids a varié entre quelques grammes jusqu'à 2 kil. 500 (cas de Civadier) (2).

Ces observations anciennes et d'autres plus récentes — nous faisons allusion ici aux faits publiés dans ces 20 dernières années par MM. Ollier (3), Poncet (4), Lucas-Championnière, etc. — ont nettement établi la nature de ces productions pathologiques et aussi le traitement chirurgical qui leur est applicable. S'agit-il de tumeurs saillantes, parfois mobiles, pédiculées, etc. : l'opération est, comme pour les tumeurs semblables dans d'autres régions, d'une simplicité extrême : elle consiste dans l'excision pure et simple avec l'instrument tranchant. A-t-on affaire, au contraire, à une hypertrophie diffuse : on procédera à une décortication méthodique des tissus éléphantiasiques en conservant avec soin la charpente fibro-cartilagineuse de l'auvent nasal.

L'observation que nous publions diffère totalement de celles auxquelles nous venons de faire allusion.

Nous n'avons plus affaire à ces éléphantiasis cutanées, mais à ce que nous avons dû appeler *éléphantiasis cartilagineuse*.

A première vue, l'augmentation considérable de volume du nez, la teinte rouge carminée de la peau de cet organe pouvait laisser supposer une éléphantiasis ordinaire, mais un examen plus complet révélait bientôt une affection d'une toute autre nature. Le nez formait en effet une grosse masse, uniforme, sans bosselures à proprement parler. A ce niveau, d'autre part, la peau était lisse, tendue, sans être dure, sans verrucosités, etc. On constatait en outre, fait dans l'espèce des plus intéressants, que cette tuméfaction diffuse était translucide, qu'elle laissait passer les rayons lumineux à la manière d'une tumeur liquide, d'une hydrocèle vaginale par exemple. Cette translucidité n'affirmait en rien le diagnostic de tumeur liquide, car nous savons, et M. Poncet a publié autrefois plusieurs observations de ce genre, que des chondromes, que certains myxomes, des lipomes, etc., toutes tumeurs solides, sont susceptibles de se laisser traverser par des rayons lumineux comme une masse liquide. Il fut donc permis de porter le diagnostic de tumeur translucide du nez très probablement de nature myxomateuse.

Dès la première incision opératoire, M. Poncet reconnut la nature cartilagineuse de ce néoplasme qu'il fallait dès lors envisager comme une variété de chondromyxome de l'auvent nasal, développé dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané et ne faisant aucune saillie dans les fosses nasales qui étaient du reste complètement libres.

C'est cette observation d'éléphantiasis chondromateuse que nous publions et qui a tout au moins pour elle le mérite de la rareté, sans omettre l'excellent résultat définitif obtenu, principalement au point de vue esthétique. On peut en juger du reste par les deux photographies annexées à notre travail.

M..., 55 ans, épicier à Chavroche (Ain), entre le 11 mars 1897 dans le service de M. le professeur Poncet, pour se faire opérer d'une tumeur énorme du nez. Le malade ne présente d'autre antécédent à noter que des habitudes alcooliques invétérées : bon vivant, il passe des semaines sans se dégriser, il ne devient tempérant par intervalle, que quand son estomac surmené se révolte (fig. 1).

Il y a 15 ans, il commença à s'apercevoir de l'existence, dans la narine gauche, d'une petite excroissance non douloureuse qu'il ne cessa d'irriter, d'écorcher, d'arracher. Cette excroissance prit des proportions telles que M... alla consulter le médecin de son pays : celui-ci cautérisa, excisa. Finalement toute la moitié gauche du nez se tuméfia, et à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, son nez forme une masse énorme de 6 centimètres de diamètre dans tous les sens. La peau, sustendue et amincie, parcourue, par des veinules rouge vif, laisse nettement apercevoir *la translucidité* des bosselures qui la soulèvent. Cette translucidité mérite, comme l'examen anatomo-pathologique de la pièce le prouvera, une mention spéciale : comme caractère net, elle n'est alliée à aucune fluctuation ; il ne s'agit pas de kystes.

La narine droite est normale : la moitié droite du nez, du reste, est saine, quoique la tuméfaction semble médiane et totale. La narine gauche est obtruée par un champignon assez

1. Tome III. p. 27.
2. Civadier, Description de plusieurs tumeurs carcinomateuses, situées sur le nez et les environs, extirpées avec succès (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tome V, p. 57).
3. De l'éléphantiasis du nez et de son traitement par la décortication de cet organe (*Lyon médical*, février 1876).
4. *Gazette hebdomadaire*, 1873.

gros, terminé par une sorte de calotte noire, cruentée : c'est le vestige de l'excroissance, ou, suivant l'expression du malade, du *bouton* intérieur qui a été le point de départ de l'affection. Cette calotte noire tombe spontanément de temps à autre, avec, comme conséquence, des hémorrhagies assez abondantes.

Ces hémorrhagies s'accompagnent de céphalalgie : c'est le seul trouble fonctionnel ou subjectif dont le malade ait eu à se plaindre. En effet, malgré l'obturation apparente de la narine gauche, le malade se mouche facilement, et des deux côtés. Il expulse des mucosités normales.

M. Poncet posa le diagnostic provisoire d'éléphantiasis diffuse, en plastron du nez et décida d'intervenir. Une incision aux ciseaux ouvrit largement la narine gauche et permit au doigt et à la curette d'énucléer une masse de gelée granitée et incolore ayant tous les caractères macroscopiques du chondrome muqueux. Malgré une hémorrhagie en nappe assez abondante, il fut possible de faire une toilette parfaite de la tumeur. L'opération fu complétée par l'ablation d'une portion du cartilage de la narine, et l'excision d'une partie de la peau dilatée. Puis suture soigneuse et pansement iodoformé.

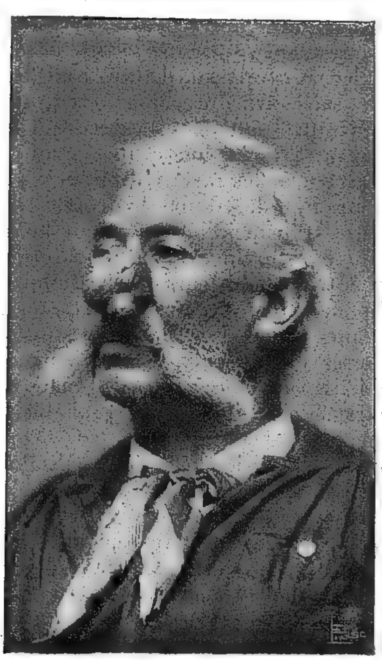


Fig. 1.

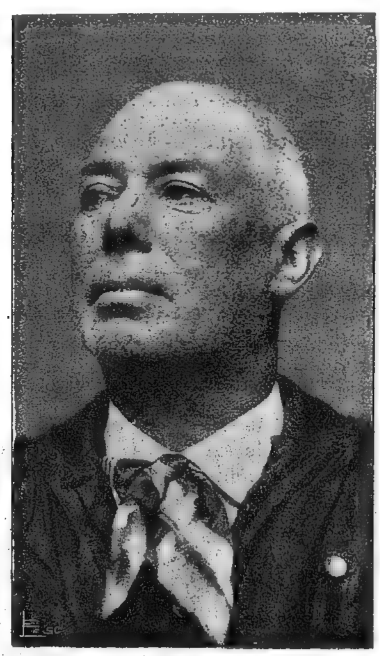


Fig. 2.

Durant l'intervention on nota l'intégrité absolue des cornets et de la cloison nasale.

Les suites furent remarquablement simples et le résultat inespéré. 3 semaines après l'opération le malade (voir fig. 2) a un nez aquilin, régulier, sur lequel on voit à peine une cicatrice sinueuse et un peu creusée. Les deux narines sont également perméables. Le malade se mouche sans peine et sans douleur.

Par suite du repos et surtout de la tempérance forcée du séjour à l'hôpital son teint s'est éclairci, sa face rouge, boursoufflée et granuleuse à son entrée, ne présente plus que quelques élevures acnéiformes : avec cela, l'absence de sa moustache a tellement transformé sa physionomie, que ses parents à la visite, ne le reconnaissent pas.

Voici maintenant la note fournie par M. le Dr Dor chef de laboratoire de M. Poncet :

« Les pièces qui ont été portées au laboratoire consistent en petits fragments de volume et d'aspect fort différents. On trouve d'abord un fragment de 2 à 3 centimètres de long sur 1 ou 2 de large et qui est constitué par un tissu de consistance grumeleuse et d'apparence de gelée de groseille, que l'on reconnaît être du tissu cartilagineux. A côté de ce fragment chondroïde, il y a des morceaux de peau assez mince mais qui sont doublés, tantôt par une couche de cartilage étalée en surface tantôt par un tissu conjonctif et fibroïde ; enfin il y a aussi un fragment du volume d'une noisette qui a une consistance charnue. Ces divers fragments ont été durcis d'une part par l'alcool et d'autre part par le liquide de Flemming.

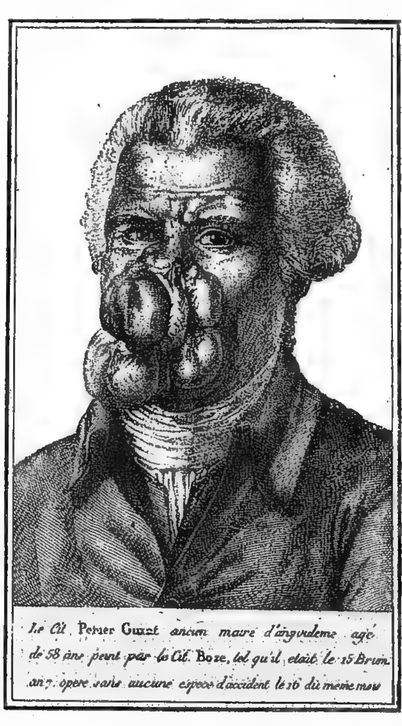
« Les colorations des coupes ont été faites avec le picrocarmin, l'hématoxyline, le réactif de van Giesen et le bleu de méthyle.

« Elles ont permis de reconnaître qu'il existait deux édifications pathologiques : premièrement un tissu cartilagineux et deuxièmement un tissu éléphantiasique ayant tous les caractères décrits dans ce processus morbide ; à savoir, une prolifération considérable de l'endothélium des lymphatiques aboutissant à l'oblitération de ces vaisseaux, une infiltration de leurs parois par des cellules endothéliales, lesquelles édifient en dehors des vaisseaux un tissu à apparence de lymphosarcome caractérisé par d'innombrables cellules toutes comprises dans des mailles d'un tissu réticulé. Cette prolifération considérable des cellules n'a toutefois aucune ressemblance avec celle que l'on rencontre dans les endothéliomes et doit être considérée comme d'ordre inflammatoire. Les vaisseaux sanguins présentent aussi un peu d'endophlébite et de périphlébite, mais le processus est certainement moins accusé sur les veines que sur les lymphatiques et il ne semble pas que les artérioles aient été touchées. Toutes ces lésions sont sous-cutanées et il n'existe pas de modifi cation bien appréciable dans l'épiderme, si ce n'est que les papilles sont un peu plus développées et que les glan des sébacées, toutes fortement colorées en noir par l'acide osmique, sont un peu plus volumineuses que dans la peau normale.

« Quant au tissu cartilagineux il se présente sous forme de bandes irrégulières dans lesquelles on trouve des cellules en voie de prolifération, qui, par leurs dimensions et leur aspect, diffèrent beaucoup des cellules qui infiltrent le tissu réticulé dont nous avons fait mention.

« Il s'agit à n'en pas douter de cellules cartilagineuses, mais le point qu'il est plus difficile d'établir, est celui de la signification morphologique de ce tissu cartilagineux. S'agit-il d'un véritable chondrome ou bien au contraire d'un tissu cartilagineux comparable à celui qu'on trouve dans les ecchondroses articulaires, dans les anévrysmes et l'athérome, dans les vieux goîtres, les vieilles hématocèles, etc.?

« Dans une hypothèse comme dans l'autre l'existence de ce tissu cartilagineux est en fait absolument unique; on n'a pas signalé dans les éléphantiasis une transformation du tissu en cartilage ni même une prolifération de cartilages sous-jacents, et on n'a pas signalé non plus, à



Le Cit. Perier Guzat ancien maire d'angoulême agé de 58 ans peint par le Cit. Boze, tel qu'il était le 15 Brum. an 7. opéré sans aucune espèce d'accident le 16 du même mois

Fig. 3.

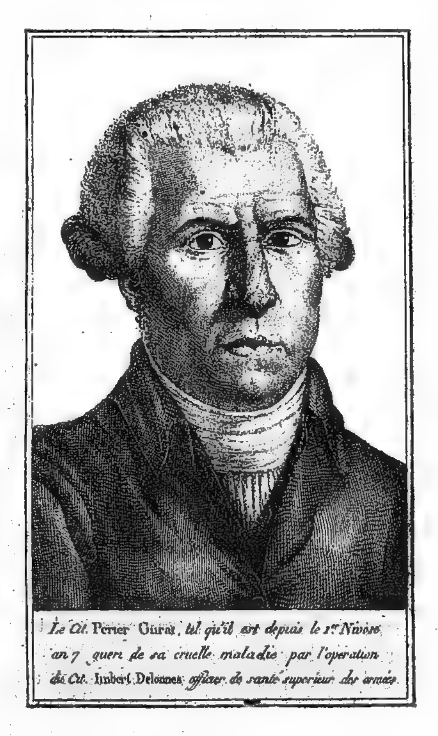
notre connaissance, de chondrome associé à l'éléphantiasis. Ce qui rend la solution de cette question très embarrassante c'est le fait que les cellules cartilagineuses sont le siège d'un processus inflammatoire et qu'elles présentent des signes de chondrite.

« Ce fait est plus en rapport avec l'hypothèse d'une prolifération anormale de cartilage, qu'avec celle d'un chondrome, mais à la rigueur on pourrait avoir affaire à un chondrome enflammé. Nous pensons qu'il vaut mieux ne rien affirmer et conclure seulement que nous sommes en présence d'un processus double, d'une part, une lésion éléphantiasique vraie du nez absolument comparable à l'éléphantiasis du scrotum et des membres inférieurs, et non pas à cette fausse éléphantiasis du nez, qui n'est autre que l'acné hypertrophique, et d'autre part, une néoformation cartilagineuse, qui est peut-être un chondrome vrai, développé aux dépens du cartilage de l'aile du nez, mais qui est peut-être aussi une simple inflammation, et ne mérite pas le nom de chondrome si l'on réserve cette appellation aux néoplasmes vrais.

« Nous considérerons donc ce cas intéressant *soit comme une association de deux processus morbides* greffés l'un sur l'autre, l'un inflammatoire, l'autre néoplasique, et dans ce cas nous dirons qu'il s'agit d'un chondrome greffé sur une éléphantiasis, *soit au contraire comme une évolution particulière* du processus éléphantiasique qui, pour une raison que nous ne connaissons pas, aurait donné naissance à des masses cartilagineuses dont la présence aurait la même valeur que celle des noyaux cartilagineux des anévrysmes, des vieilles hématocèles, des vieux goîtres, etc.

« La récidive de la tumeur serait la meilleure réponse en faveur de la première hypothèse. »

Il est dans cette observation certaines particularités que nous voulons mettre en relief. La première est rela-



Le Cit. Perier Gurat, tel qu'il est depuis le 1er Nivose an 7 guéri de sa cruelle maladie par l'operation du Cit. Imbert Delonnes officier de santé superieur des armées.

Fig. 4.

tive à la nature du néoplasme dont le point de départ aurait été, d'après M. Poncet, suivant certaines considérations faites pendant l'opération, le fibro-cartilage de l'aile du nez. La cloison était complètement indemne.

D'autre part on ne saurait pratiquer d'emblée une opération typique, c'est-à-dire réglée d'avance. On courrait, en effet, le risque de sacrifier des tissus sains qui doivent être conservés et par de telles pertes de substance altérer ainsi irrémédiablement la forme du nez. Il faut, par une longue incision entre autres, se donner du jour, et avec les ciseaux, avec la curette surtout, abraser largement ces tissus néoplasiques qui ne sont pas le fait cependant d'une néoplasie maligne, et dans tous les cas, conserver de la peau en quantité suffisante pour obtenir sur toute la longueur de l'incision une réunion par première intention. Les deux accidents à redouter, ainsi qu'on l'avait autrefois remarqué (1), étaient, dans le cours de l'opération, une hémorrhagie immédiate plus ou moins abondante, puis ultérieurement des hémorrhagies secondaires et l'érysipèle de la face. Avec les progrès réalisés dans la

1. Poncet, *loco citato*.

technique opératoire et dans le pansement des plaies ces complications ne sont plus aujourd'hui à redouter. L'emploi des pinces hémostatiques rend naturellement les plus grands services, mais il est une précaution qui nous paraît des plus utiles à prendre et que nous avons vu employer par M. Poncet chez son opéré, c'est celle qui consiste à tamponner préalablement les fosses nasales pour que le sang ne pénètre pas, parfois en assez grande quantité, dans l'arrière-gorge, au cours de l'anesthésie.

Quant à l'écoulement de sang par les surfaces cruentées il n'est jamais tel qu'il puisse constituer autre chose qu'un inconvénient, si l'opération est faite avec la rapidité nécessaire et surtout si on exerce pendant un temps plus ou moins long la compression qu'exige toute hémorrhagie en nappe. C'est ainsi qu'agira un pansement bien fait, légèrement compressif et qui s'opposera à l'écoulement sanguin post-opératoire. Quant aux hémorrhagies secondaires qui étaient exclusivement le fait de l'infection de la plaie, elles seront, au même titre, conjurées par des pansements ultérieurs bien faits, par une asepsie parfaite, du reste facile à réaliser, puisqu'il s'agit de plaies en surface pour lesquelles l'infection est plus aisée à conjurer que dans des plaies cavitaires.

Il nous a paru intéressant à propos de ce fait, dont nous ne connaissions pas, dans la littérature, d'observation semblable, de reproduire aussi complètement que possible deux observations d'éléphantiasis vraie, c'est-à-dire cutanée, que l'on trouve mentionnées un peu partout d'une façon plus ou moins brève et alors que nous avons eu la bonne fortune de retrouver des dessins qu'avait publiés avec les observations l'un des deux auteurs (Imbert Delormes) (fig. 3 et 4). Mise en parallèle avec le résultat obtenu chez notre malade pour une déformation des plus accentuées et qui augmentait chaque jour, il témoigne de l'excellence des suites éloignées de telles opérations, qui doivent être aussi complètes que possible, mais en restant très économiques, c'est-à-dire en se préoccupant de conserver la charpente et, par cela même, la forme de l'organe.

La gravure double que nous reproduisons est annexée à l'observation de l'ancien maire d'Angoulême, Périer de Gurat, publiée par Imbert Delormes dans ses deux ouvrages : *Considérations sur le cautère actuel* et *Progrès de la chirurgie en France*, in-4, Paris, an VII. Le malade portait sur le nez une tumeur bosselée d'environ 1 kilogramme, pendant sur le menton et fermant hermétiquement la bouche et les narines. Il ne pouvait manger ou dormir qu'en maintenant sa tumeur avec une fronde fixée à son bonnet. L'opération fut faite au bistouri ; elle consista en une véritable décortication.

Malgré nos recherches il ne nous a pas été possible de nous procurer les figures correspondant à l'observation de Theulot, de Chalon-sur-Saône. Cette observation, plus curieuse encore que la précédente, est publiée par Civadier dans son mémoire à l'Académie de chirurgie (voir plus haut). La voici en son ensemble : « En 1732 un particulier, âgé pour lors de 68 ans, se trouvait porter à la partie supérieure des deux ailes du nez quatre tumeurs qui, ayant commencé à se former depuis 30 ans, avaient acquis, surtout depuis 5 ans, un accroissement si prodigieux qu'elles lui fermaient les narines, couvraient entièrement la bouche, et tombaient jusqu'au bas du menton.

« Dans cet état, il ne pouvait respirer et prendre ses aliments qu'avec une peine extrême, et le volume de ces tumeurs était si considérable qu'elles semblaient menacées d'une mortification prochaine. Une de ces tumeurs était grosse comme un œuf de poule, deux autres chacune comme le poing, et la plus grosse avait le double de ce volume. Dans celle-ci, la colonne du nez était confondue ; et descendant jusqu'au menton, elle couvrait du côté gauche toute la base de la mâchoire inférieure... Je crus devoir préparer le malade à l'opération par des remèdes convenables ; ensuite je me déterminai à emporter les deux tumeurs moyennes, je les fis environner d'un cordonnet plat que je crus commode pour rétrécir un peu la base des tumeurs et pendant l'effusion du sang, lors de l'opération, en reconnaître la circonférence un peu plus aisément. 8 jours après, je fis l'amputation de la plus grosse, et à pareil intervalle de temps, j'ôtai la plus petite. Après les deux premières opérations, je garnis les narines de canules courtes, et propres à former un point d'appui opposé à la compression extérieure ; j'arrêtai l'hémorrhagie qui arriva à chaque opération, avec de l'eau styptique ; je ne pansai les plaies qu'avec un digestif ordinaire, et j'eus le plaisir de voir le malade exactement guéri en 20 jours, et débarrassé de quatre masses monstrueuses, dont le poids au total se trouva de 5 livres lorsque l'extirpation en fut faite. »

REVUE DES CONGRÈS

SEPTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE.

Tenu à Leipzig du 9 au 11 juin 1897.

Rétroversion et rétroflexion de l'utérus.

M. Schultze (d'Iéna), en envisageant les conditions étiologiques de la rétroversion et de la rétroflexion, incrimine les facteurs suivants :

1° Le relâchement de l'appareil fixateur de l'utérus, qui peut être produit par la grossesse et l'état puerpéral, la paramétrite postérieure en voie de résorption ; l'état habituel de plénitude du rectum ; le décubitus dorsal prolongé et surtout l'action de la pression abdominale dans ce décubitus.

2° La fixation du col dans une position plus antérieure qu'à l'état normal, soit par des brides cicatricielles résultant d'une paramétrite antérieure, soit par des brides provenant de déchirures étendues du col, ou survenant après le débridement bilatéral ou d'autres opérations pratiquées sur le col sans les précautions aseptiques nécessaires ; soit par des brides cicatricielles provenant de pertes de substance par gangrène en avant du col ou dues à l'existence de fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines.

3° La brièveté anormale du vagin et tout spécialement de sa paroi antérieure, résultant d'un arrêt de développement ou de l'atrophie sénile.

4° L'état habituel d'amplitude ou de distension exagérée de la vessie.

5° La vulve béante et les déchirures du périnée.

Ces cinq premières conditions étiologiques sont certainement les plus fréquentes et la coexistence de plusieurs d'entre elles ne fait naturellement qu'accentuer leur action déterminante.

6° Longueur anormale du col. Dans ce cas le corps utérin est le plus souvent en antéflexion normale ; cependant on constate parfois l'existence d'une rétroversion persistante, qui sera immédiatement guérie par le raccourcissement opératoire de la portion cervicale.

7° L'existence d'une tumeur dans la paroi utérine ou dans la paroi cervicale antérieure.

8° La descente insuffisante des ovaires (Küstner) ou le déplacement d'un ovaire ou d'une trompe en arrière de l'utérus à la suite de processus inflammatoires, ou les tumeurs ovariennes,

Le traitement prophylactique peut s'inspirer de ces données étiologiques.

Il convient d'éviter tout d'abord la distension excessive de la vessie chez les enfants et les jeunes filles; cette considération a son importance au point de vue de l'hygiène scolaire.

La paramétrite chez les vierges étant le plus souvent la conséquence d'une endométrite catarrhale, pour empêcher chez elles toute cause d'infection catarrhale, on devra prescrire le port de pantalons fermés; pendant les règles et dès leur première apparition on recommandera l'application d'un léger pansement aseptique.

On restaurera les déchirures périnéales, aussitôt après l'accouchement ou dès leur constatation, afin que la paroi vaginale antérieure n'ait pas à supporter seule la pression intra-abdominale. Il faut surveiller attentivement l'évacuation régulière des matières fécales pendant l'état puerpéral et les semaines qui suivent. Lorsque la régression utérine se fait mal ou trop lentement, on peut l'activer en administrant du seigle ergoté ou de l'ergotine en injections sous-cutanées.

Le traitement non opératoire de la rétroflexion consiste dans la réduction de l'organe déplacé, après s'être assuré s'il existe ou non des obstacles à cette manœuvre. En même temps que l'utérus, les ovaires doivent aussi réintégrer leur position normale s'ils sont libres d'adhérences.

Lorsqu'il n'existe aucun obstacle à la réduction ni aucune complication nécessitant un traitement préparatoire, on placera de suite un pessaire, de préférence un pessaire en celluloïd, et dont la forme soit adaptée à chaque cas particulier.

On ne procédera jamais à l'application d'un pessaire avant d'avoir réalisé la réduction complète de la rétroflexion. Il faudra contrôler pendant les premiers jours l'action du pessaire, le changer s'il ne remplit pas le but désiré; on ne devra jamais permettre à la malade d'enlever elle-même ou de replacer son pessaire. S'il n'y a pas d'autres indications en dehors de la présence du pessaire, les injections vaginales ne seront prescrites que pendant les premiers jours qui suivent les règles.

Pour favoriser l'action du pessaire et tâcher d'obtenir un résultat durable, on peut prescrire des lavements froids quotidiens et toujours un lavement froid après chaque garde-robe, du seigle ergoté pendant les règles. Dans certains cas, le massage et la faradisation peuvent être adjoints au traitement par les pessaires.

Les résultats éloignés sont d'autant meilleurs que la rétroflexion n'est pas de date trop ancienne. Ils sont également favorables, même dans les cas anciens, si la femme a eu un accouchement à terme ou une fausse couche peu de temps avant le début du traitement.

Les complications les plus fréquentes de la rétroflexion sont : la subinvolution de l'utérus, la métrite, l'endométrite, l'ovarite. La tuméfaction douloureuse des ovaires disparaît souvent très vite après la réduction : il en est de même des autres complications, si elles ne datent pas de trop longtemps.

Lorsque la métrite et l'endométrite sont très accentuées, on aura recours à la dilatation par les laminaires, aux irrigations méthodiques de la cavité utérine, au curetage. Ces différents moyens excitent les contractions de la musculature de l'utérus et des ligaments. Pendant ce traitement préparatoire on maintiendra l'utérus en antéflexion par un léger tamponnement placé en avant du col.

Les obstacles à la réduction devront être reconnus et précisés avec soin durant la narcose par la palpation recto-vaginale et abdominale; on détachera les adhérences péritonéales et l'on procédera à la remise en place de l'organe : si elle réussit, on appliquera aussitôt un pessaire ou bien on fera un bon tamponnement du vagin qui devra fixer le col dans la partie postérieure du bassin.

Les obstacles au maintien de la réduction sont de nature diverse; ils proviennent souvent d'un ovaire en prolapsus postérieur, d'adhérences de la face postérieure de l'utérus avec des anses intestinales ou avec la paroi antérieure du rectum, le plus souvent de brides cicatricielles siégeant dans le paramétrium ou sur la surface péritonéale, ou tous les deux à la fois, car les processus inflammatoires de cette région sont rarement isolés.

Si l'on ne peut vaincre ces obstacles pendant la narcose par le détachement manuel des adhérences, il faudra les opérer après ouverture de la cavité péritonéale.

Les brides cicatricielles partant d'une déhirure du col et s'étendant dans le paramétrium sont une cause fréquente d'immobilisation de la portion cervicale. Elles devront être opérées en même temps que la déchirure du col. Si cette dernière est insignifiante, le traitement par le massage est tout indiqué et donne d'excellents résultats, surtout en y ajoutant les bains, les injections et l'application de tampons.

Dans les cas où c'est le raccourcissement cicatriciel d'un des ligaments larges qui empêche la réduction de l'utérus en position normale, on pourra en quelque sorte y remédier en plaçant un pessaire en huit de chiffre, dont l'axe n'occupera pas la ligne médiane, mais sera dévié du côté indiqué.

L'action du pessaire ne sera parfaite que si le plancher pelvien se trouve dans de bonnes conditions : dans ce but, on aura souvent à faire des opérations plastiques sur le périnée. Lorsque la vulve est béante et que la rétroflexion est réductible, il est avantageux pour la malade de pratiquer dans la même séance, avant la périnéorrhaphie, la vagino- ou la vésico-fixation de l'utérus, ou d'exécuter l'opération d'Alexander-Adams.

M. Olshausen (de Berlin), co-rapporteur, envisage dans son rapport la symptomatologie et le traitement opératoire de la rétroflexion.

Les rétroflexions peuvent ne provoquer aucun troubles pendant des mois et des années et cependant en occasionner plus plus tard. Les signes les plus constants sont les douleurs lombaires, la céphalalgie, la pesanteur d'estomac, la sensation de pesanteur dans le bassin, les difficultés de la marche, la mélancolie plus ou moins accentuée, la constipation et la dysménorrhée. Des phénomènes nerveux de toutes sortes et siégeant dans toutes les parties du corps sont fréquemment sous la dépendance de la rétroflexion.

Les hémorrhagies se présentent, pour les anciennes rétroflexions sous la forme de menstruations trop abondantes ou trop fréquentes; les hémorrhagies atypiques et de longue durée ne se rencontrent que dans les cas récents et d'origine puerpérale; si elles surviennent dans les rétroflexions de date ancienne, on peut être certain qu'elles sont liées à des complications, le plus souvent à une endométrite fongueuse concomitante.

La stérilité n'est que rarement la conséquence directe de la flexion.

La rétroflexion est une cause fréquente de fausse couche, celle-ci survient dans le cours du 2° et du 3° mois de la grossesse. Dans d'autres cas, les avortements et les accouchements à terme se succèdent d'une manière fort irrégulière. Toutefois, dans la majorité des cas de rétroflexion, la gestation suit son cours normal, par le fait de la réduction lente et spontanée de l'utérus. Deux facteurs ont de l'importance pour le pronostic de la grossesse : la forme du sacrum, qui, par sa concavité plus profonde, rendra la réduction spontanée plus difficile, et l'état des parois utérines.

Les résultats obtenus par le traitement de la rétroflexion montrent d'une manière évidente la dépendance des symptômes que nous venons d'énumérer. Les phénomènes les plus pénibles disparaissent souvent dans les 24 heures qui suivent la réduction de l'organe et son maintien en antéflexion normale par un pessaire. C'est surtout le cas pour les troubles céphaliques et stomacaux et pour la disposition à la mélancolie. Le retour de ces symptômes après leur disparition à la suite du traitement est toujours un signe certain que la déviation s'est reproduite.

La dysménorrhée n'est en général pas très accentuée dans la rétroflexion : elle n'atteint jamais ce degré excessif avec coliques fort douloureuses que l'on rencontre si fréquemment chez les nullipares présentant de l'antéflexion. Elle est due quelquefois, mais rarement, à la sténose du col, plus souvent à l'endométrite, et, si elle est très prononcée, à une métrite parenchymateuse coexistante. Lorsque cette dernière complication atteint un certain degré, c'est-à-dire lorsque les parois utérines sont très dures, que l'organe a doublé ou même triplé de volume et de poids, on peut être sûr que la dysménorrhée dépend de cette complication et qu'elle ne disparaîtra pas après réduction de l'organe.

L'intervention opératoire, dans la rétroflexion, doit être limitée aux cas qui donnent lieu à des troubles importants. Lorsque

la flexion est mobilisable, la règle générale consiste à essayer tout d'abord l'emploi du pessaire. Cependant, des circonstances particulières peuvent décider le chirurgien à opérer de suite.

L'âge de la malade a une importance toute spéciale au point de vue du traitement et particulièrement du traitement chirurgical de la rétroflexion. Les femmes qui ont atteint la ménopause ou qui s'en approchent ont d'autant moins besoin d'être soignées pour leur rétroflexion que les troubles les plus graves n'existent plus à ce moment ou sont en voie de disparition complète.

Les malades avec lésions tubaires ou ovariennes, avec exsudats manifestes ou adhérences étendues, souffrent plus en général de ces complications que de leur rétroflexion. Le choix du traitement opératoire se fera ainsi d'après les complications existantes. Cependant quand on trouvera, lors d'une ablation des annexes, un utérus en rétroflexion bridée, on fera bien de le libérer de ses adhérences et de le fixer à la paroi abdominale, au cas où l'on ne donnerait pas la préférence à l'extirpation totale par la voie vaginale.

Le traitement chirurgical des rétroversions et rétroflexions pures, mobiles ou fixes, a été mis en œuvre dans ces derniers temps d'une façon exagérée et inconsidérée, mais, d'autre part, la bénignité des opérations abdominales et vaginales dans les cas où la cavité pelvienne ne contient pas de germes infectieux justifie actuellement, dans une certaine mesure, une intervention opératoire plus active que par le passé. Au point de vue du danger qu'elles font courir aux malades, les opérations abdominales et vaginales sont, dans les cas simples, équivalentes.

Les opérations suivantes doivent être prises en considération : 1° l'opération d'Alexander-Adams; 2° la ventrofixation; 3° la vaginofixation et la vésicofixation; 4° les interventions vaginales ayant pour but le raccourcissement des ligaments ronds et utéro-sacrés.

L'*opération d'Alexander-Adams*, surtout depuis qu'elle a été modifiée par Kocher et d'autres chirurgiens, paraît une opération très sûre. La difficulté de trouver les ligaments ronds quand le pannicule adipeux est très développé est la seule cause qui ait arrêté la plupart des opérateurs.

La ventrofixation bien exécutée est une opération aussi bénigne et aussi sûre dans ses résultats que l'opération d'Alexander. Pour les rétroflexions adhérentes, elle constitue la meilleure méthode opératoire.

La vaginofixation n'est pas une opération qui ait fait ses preuves. Les échecs et surtout les accidents graves au moment de l'accouchement observés après cette intervention ne doivent pas être mis sur le compte de l'opération elle-même, mais plutôt sur son mode d'exécution. On ne fixera pas l'utérus jusqu'à son fond à la paroi vaginale antérieure : il suffira d'en fixer une portion de 1 à 2 centimètres d'étendue au-dessus de l'orifice interne; on donnera aussi la préférence aux sutures perdues au crin de Florence. On ne réussit pas toujours à obtenir ainsi une antéflexion bien nette; d'ailleurs il suffit, pour faire rétrocéder les symptômes, que l'utérus ne puisse se replacer en rétroversion. Il n'est pas encore prouvé que la vésicofixation soit un progrès sur la vaginofixation; il est, *a priori*, peu probable que la fixation au péritoine ou à la vessie puisse donner des résultats durables. On n'aura jamais recours aux opérations vaginales dans les cas de rétroflexions adhérentes.

Les opérations par la voie vaginale ayant pour but le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés doivent être envisagées comme les méthodes opératoires les plus rationnelles, car l'allongement des ligaments est assurément une des causes les plus importantes des rétrodéviations.

On devra abandonner les méthodes opératoires qui ont pour but la suppression du cul-de-sac de Douglas ou le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par leur fixation au niveau du détroit supérieur.

M. Winter (de Berlin) évalue la fréquence de la rétroflexion, d'après les observations qu'il a faites à la policlinique de Berlin, à 12 à 13 p. 100 de la totalité des cas gynécologiques enregistrés. Dans 84 p. 100 des cas, il existait des complications parmi lesquelles il s'agissait 31 fois de périmétrites ayant une gonorrhée ascendante pour facteur étiologique le plus fréquent.

M. Dührssen (de Berlin) a fait depuis 6 ans 281 vaginofixations intrapéritonéales et n'a observé que 6 récidives; la plupart de ces malades avaient été déjà traitées auparavant. Tous les accouchements qu'il a faits lui-même chez ses opérées ont eu une issue favorable. Dans la totalité des cas opérés, 60 fois il existait des adhérences étendues et des complications nécessitant l'ablation des annexes. Il a eu 3 morts, dont une par hydronéphrose, et les deux autres par hémorrhagie intrapéritonéale dans deux cas d'adhérences avec épaississement extrême des trompes.

M. Dührssen a pratiqué en outre 6 fois la vésicofixation, et 29 fois la fixation vaginale d'un ou des deux ligament ronds, avec ou sans ablation des annexes. Contrairement à M. Olshausen, M. Dührssen soutient que la vaginofixation peut être exécutée pour des rétroflexions adhérentes, quoiqu'elle soit beaucoup plus difficile dans ces cas.

M. Werth (de Kiel) considère l'opération d'Alexander-Adams comme l'opération idéale pour les flexions mobiles.

M. Wertheim (de Vienne) a proposé, il y a quelques années, deux nouvelles méthodes opératoires pour la rétroflexion utérine : 1° la suture des ligaments ronds au vagin; 2° le raccourcissement de ces ligaments par la voie vaginale. Grâce à l'obligeance de M. le professeur Schauta, il a pu pratiquer depuis 1 an 1/2 cette dernière opération 14 fois pour des rétroflexions adhérentes. L'effet mécanique obtenu a été excellent; les résultats éloignés ont été satisfaisants, car il n'y a pas eu une seule récidive.

M. Veit (de Leyde) estime également que la rétroflexion sans complications ne donne pas lieu à des symptômes inquiétants, et que ceux-ci ne surviennent qu'au moment où les complications apparaissent. Il croit que la plupart du temps ces moyens thérapeutiques très simples suffisent.

Pour les rétroflexions mobiles, il préfère l'opération d'Alexander, et ne pratique la fixation vaginale que chez les malades âgées.

M. Fehling (de Halle) pense qne la méthode la plus sûre est évidemment la ventrofixation, mais elle a aussi ses inconvénients, car elle donne souvent lieu, surtout chez les femmes qui doivent travailler, à des douleurs, des tiraillements, causés par les adhérences des annexes.

M. Küstner (de Breslau) estime que le traitement par les pessaires est encore mal connu et trop peu employé; la malade qui porte un pessaire doit rester en traitement et être revue de temps en temps. Chez les femmes obligées de fournir un travail pénible, la rétroflexion doit être opérée par le procédé d'Alexander lorsqu'elle est mobile, par la ventrofixation quand elle est adhérente.

M. Löhlein (de Giessen) est d'avis de ne pas appliquer le traitement par les pessaires aux femmes âgées.

M. Martin (de Berlin) n'opère que rarement les rétroflexions simples, mobiles. Comme indications thérapeutiques, il n'attache d'importance qu'aux complications. Pour toutes les rétroflexions adhérentes, il anesthésie la malade, et après examen, il choisit la voie la plus avantageuse et opère ainsi tantôt par le vagin, tantôt par l'abdomen.

M. Léopold (de Dresde) tient à insister tout particulièrement sur la technique opératoire de l'opération de ventrofixation qui porte son nom. Il ne place que deux fils, l'un à 1 centimètre au-dessous des orifices tubaires, le second à 1/2 centimètre au-dessous du premier; ils doivent rester en place de 15 à 16 jours et sont ensuite enlevés. Il n'a jamais noté de complications obstétricales à la suite de cette intervention; il en a observé, par contre, dans les cas où elle avait été mal exécutée. Les résultats en sont excellents. Il n'a jamais vu de points de suture suppurer.

M. Fritsch (de Bonn) ne pense pas que l'on ne doit pas appliquer de pessaires aux femmes de la classe laborieuse. C'est un procédé de traitement qu'il a fréquemment mis en pratique, et en a eu de bons résultats en ce sens que la plupart des malades ont recouvré tout ou partie de leur capacité de travail. Si la ventrofixation donne d'excellents résultats au point de vue de la remise en place de l'organe, il n'en est pas toujours de même au point de vue fonctionnel : souvent les femmes, surtout celles qui doivent travailler, continuent à souffrir, notamment au niveau du point où l'utérus a été fixé, de douleurs, de tiraillements, etc. Il fait toujours la ventrofixation d'après la méthode de Leopold; il suture au catgut et n'emploie jamais

la soie, car il croit qu'elle peut donner lieu tôt ou tard à une élimination des fils ou à des suppurations ultérieures.

M. Chrobak (de Vienne) désire attirer l'attention sur un groupe de symptômes de la rétroflexion qui n'a pas été mentionné jusqu'ici : ce sont les symptômes rectaux, congestions et catarrhe glaireux du rectum.

Le traitement par les pessaires donne d'excellents résultats, mais il n'est ni simple, ni facile; il exige une grande expérience et une certaine habileté technique. Les résultats désastreux de la vaginofixation qu'il a observés chez des femmes opérées par d'autres que par lui l'ont éloigné de cette intervention. L'opération d'Alexander est excellente; seulement elle donne trop souvent lieu à des récidives. Il pratique aussi le raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale et la ventrofixation d'après le procédé d'Olshausen.

M. Pfannenstiel (de Breslau) a fait le raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale, surtout dans les cas de rétroflexion compliquée de prolapsus, et en a obtenu les meilleurs résultats. Il n'est pas nécessaire de sortir l'utérus après ouverture du cul-de-sac antérieur; on va simplement chercher avec le doigt le ligament rond et on peut facilement le raccourcir de 6 à 8 centimètres; on peut aussi se contenter de suturer le ligament au vagin, et cette manière de procéder lui a également très bien réussi.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Thomas (Jean-Louis). *Contribution à l'étude des fractures de la voûte palatine.* N° 355. (H. Jouve.)

M. Mimin (Charles). *De la valeur séméiologique de l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes.* N° 352. (H. Jouve.)

M. Deroyer (Albert). *Des tumeurs solides du cordon spermatique.* N° 349. (G. Steinheil.)

M. Gorgon (Jean-François). *Epithéliomatose et sarcomatose mélaniques cutanées.* N° 322. (Carré et Naud.)

M. Ferro (José). *Etude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale.* N° 364. (G. Steinheil.)

Mme de Puiffe de Magondeau (Léonie-Sénépart). *Contribution à l'étude de la leucokératose vulvo-vaginale.* N° 362. (H. Jouve.)

M. Stini (Jean). *Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale à tous les âges (état normal et état pathologique).* N° 320. (Soc. d'Ed. Scientifiques.)

M. Frémont (A.). *Morcellement des amydales.* N° 334. (Carré et Naud.)

M. Lucas (Hervé). *Contribution à l'étude de l'hallux valgus.* N° 333.

M. Dimitresco (Titus). *De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule.* N° 323. (Carré et Naud.)

Les solutions de continuité intéressant la voûte palatine peuvent être : 1° De cause directe (empalement, coup de feu) ou 2° De cause indirecte, que la force vulnérante ait porté sur le maxillaire supérieur ou qu'elle ait pris son point d'appui sur une région quelconque de la face (nez, maxillaire inférieur, os malaire). Dans le premier cas, il est impossible de prévoir quelle sera la forme et l'étendue de la lésion. Dans le second, les colonnes résistantes (apophyses montantes, colonnes jugo-malaires, apophyses ptérygoïdes) qui relient la voûte palatine à la base du crâne, chargées de transmettre le choc, peuvent influer sur le mécanisme de la fracture.

Il peut se produire des diastasis de la suture médio-palatine sans que les autres parties constitutives du maxillaire supérieur aient été fracturées. Mais il faudra alors que les sutures fronto-maxillaires aient cédé en même temps que les apophyses ptérygoïdes.

Les signes de ces fractures, très évidents dans certains cas, doivent être, dans d'autres circonstances, très soigneusement recherchés (fractures à signes rationnels). Parmi eux, l'emphysème sous-cutané mérite, d'après M. Thomas, une mention spéciale, car il peut suffire quelquefois à mettre sur la voie du diagnostic que confirmera la présence d'une ecchymose palatine.

La bénignité du pronostic et la rapidité de la guérison contrastent avec la gravité apparente du traumatisme. Dans la grande majorité des cas, les solutions de continuité de la voûte palatine guérissent spontanément.

M. Mimin conclut que l'œdème de la paroi thoracique ne permet pas de préjuger de la qualité de l'épanchement pleural. Bien souvent la pleurésie purulente évolue sans présenter aucune trace d'œdème. Mais si l'œdème ne peut permettre au praticien de connaître la nature de l'épanchement, il peut du moins lui en faire soupçonner l'abondance.

L'auteur se croit donc en droit de conclure à une réserve très grande sur l'emploi de ce signe comme moyen de diagnostic. Dans bien des cas, une simple ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz munie d'une longue aiguille, donnera au praticien un diagnostic sûr, qu'il n'aurait jamais pu établir autrement.

Il existe au niveau du cordon des tumeurs de diverses natures : lipomes, fibromes, sarcomes, myxomes, épithéliomes.

Les lipomes sont les plus fréquents. Ils se présentent nous dit M. Deroyer sous deux formes : 1° petits lipomes inguinaux simulant une épiplocèle irréductible et contenus dans le canal inguinal; 2° gros lipomes extra-inguinaux, lipomes vrais du cordon qui naissent de la portion épididymaire de cet organe. Quelle que soit leur variété, ils dissocient les éléments du cordon, adhèrent au testicule, sauf au début, et nécessitent la castration si on ne les enlève rapidement. Ils peuvent simuler des hernies, des varicocèles, des tumeurs liquides.

Les fibromes sont très rares, ils ont été niés par Mollière, cependant il en existe quelques observations authentiques.

Les tumeurs malignes comprennent des tumeurs conjonctives, sarcomes et myxomes, et des tumeurs épithéliales, carcinomes. Les sarcomes sont aussi fréquents que les lipomes, on doit les rapprocher des myxomes, car ils peuvent se combiner avec eux ou leur succéder. On les observe sous forme de sarcomes purs ou de tumeurs mixtes; lipomes sarcomateux, sarcomes myxomateux. Tous les éléments du cordon peuvent leur donner naissance, même le tissu cellulaire interstitiel du crémaster. C'est dans la portion juxta-épididymaire du cordon qu'ils naissent habituellement. Leur diagnostic est souvent difficile, car ils peuvent simuler des fibromes ou des myomes, suivant qu'ils évoluent selon le type fibreux ou le type musculaire (observation personnelle). Les sarcomes n'atteignent pas le système lymphatique, ils détruisent plus ou moins complètement les éléments du cordon et englobent le testicule qui reste sain. Les carcinomes sont rares, et comme il n'en existe pas d'observation probante, il est permis de mettre en doute leur existence à ce niveau.

Les tumeurs du cordon se développent dans la région juxta-épididymaire, parce qu'elle est riche en vestiges d'organes embryonnaires.

Le traitement des tumeurs du cordon consiste en une extirpation hâtive : nécessaire dans les lipomes parce que, au début ils n'ont pas encore dissocié les éléments du cordon, indispensable dans les tumeurs malignes à cause de la généralisation possible.

A côté des groupes désormais fixés, il reste bien des observations non dénués d'intérêt qu'on peut provisoirement classer sous l'étiquette d'épithéliomatose et de sarcomatose mélaniques cutanées.

L'hérédité semble avoir une certaine part dans la transmission des lésions épithéliomateuses et sarcomateuses mélaniques de la peau; mais la question de la nature infectieuse, sans être résolue, réunit cependant la majorité des suffrages.

La cancérose cutanée qu'étudie M. Gorgon a surtout comme caractères particuliers d'avoir une pigmentation plus ou moins foncée et d'évoluer tantôt en un temps très long, tantôt en un

temps relativement très court, en passant d'ordinaire par les trois phases successives de début, de généralisation cutanée et de généralisation viscérale. L'épithéliomatose et la sarcomatose mélaniques cutanées peuvent occuper toutes les couches de la peau et leurs éléments envahir tous les tissus, même et surtout le tissu osseux; la mélanine, de son côté, pénètre à l'intérieur des cellules néoformées, dont la plupart sont fusiformes, où elle s'amasse particulièrement autour des noyaux.

Le diagnostic se fait tantôt par les caractères cliniques de l'affection tantôt par le moyen de la biopsie ou examen histologique; toutefois, les affections dermatologiques avec lesquelles on peut confondre cliniquement la cancérose mélanique de la peau sont assez nombreuses. Les tumeurs mélaniques de la peau ont toujours un pronostic redoutable, et si l'on a le malheur d'y toucher de façon intempestive, on hâte la mort du sujet qui en est porteur.

Le traitement curatif de l'épithéliomatose et de la sarcomatose mélaniques de la peau est à peu près nul et le rôle du médecin est avant tout de combattre plutôt les symptômes de la maladie que de chercher une guérison dans une opération qui coûterait facilement la vie au malade.

La chancre de l'amygdale est une des localisations primitives de l'infection syphilitique dont la fréquence a été le plus longtemps méconnue. La forme douloureuse de ce chancre, étudiée par M. Ferro plus que toutes les autres, expose à l'erreur, parce qu'elle s'accompagne souvent de fièvre, de symptômes généraux qui font penser d'abord et avant tout à l'angine et non au chancre. Il importe se souvenir de cette douleur dont lr fréquence est presque aussi grande que celle de l'adénopathie, satellite du chancre de l'amygdale. Douloureux ou non, le chancre de l'amygdale peut être pseudo-membraneux, et il faut alors se souvenir des préceptes formulés par le professeur Dieulafoy sur l'importance de l'examen bactériologique des angines à fausses membranes. La coexistence de vésicules d'herpès avec un chancre de l'amydale peut se rencontrer; elle n'est donc pas un signe pouvant permettre de rejeter le chancre.

La leucokératose, surtout étudiée dans la région buccolinguale où elle est relativement fréquente, peut se rencontrer sur la muqueuse vulvo-vaginale. Quelle que soit la localisation de la leucokératose, elle donne fréquemment naissance au cancroïde. Dans l'état actuel, Mme Puiffe de Magondeau croit impossible de dire si le cancroïde est un processus surajouté ou s'il n'est qu'un mode particulier du processus initial. Cette dernière opinion devient de plus en plus probable. Aussi l'exérèse doit-elle être pratiquée pour peu que la plaque leucokératosique semble dévier le moins du monde de son type le plus simple.

Le canal vaginal et une partie du col sont habités par différentes espèces microbiennes, les unes pathogènes, les autres non pathogènes. A l'état pathologique et spécialement dans les métrites, on trouve des microbes pathogènes jouant le rôle de cause primordiale dans le mécanisme de ces affections. M. Stini admet qu'il existe quatre espèces d'inflammations génitales sous la dépendance de quatre espèces microbiennes bien distinctes : le *streptocoque*, le *staphylocoque*, le *gonocoque*, le *bacille tuberculeux*. On pourrait ajouter le coli-bacille. Avec les microbes précédents, on trouve souvent des associations microbiennes comme causes d'inflammations génitales. Il est vraisemblable que les inflammations du canal génital reconnaissent pour point de départ l'*auto-infection* (la tuberculose et la blennorrhagie exceptées). Il en découle la nécessité de procéder toujours à la désinfection du canal vaginal et cervical toutes les fois qu'on procède à une opération sur cette région, quelque simple qu'elle soit.

Chaque affection des tonsilles a pour elle, dit M. Frémont, un procédé préféré qui l'emporte sur les autres, sans cependant les exclure: au contraire, il les complète quelquefois. Dans certains cas, il est le seul applicable. Le morcellement est celui qui répond le mieux aux exigences multiples de la thérapeutique amydalienne. Avec lui, peu ou pas de douleur. Application facile. Sécurité complète. Pas d'hémorrhagie primitive. Pas d'hémorrhagie secondaire. Pas de réaction post-opératoire. Pas de tissu scléreux consécutif. Pas de blessure des piliers. Pas de craintes pour le patient pusillanime ni pour un entourage trop facile à émouvoir. Enfin, il est des cas où il est le seul procédé applicable : ainsi dans toutes les lésions des petites amygdales, à quel procédé avoir recours? Au morcellement exclusivement. De même pour les interventions sur les petites amygdales enchatonnées. Dans d'autres cas, le morcellement achève ce que le disciseur ou l'amygdalotome ont commencé : comme par exemple la destruction des tonsilles, résultant de la dilacération des cryptes par le disciseur. Inversement, le morcellement commence quelquefois l'opération qui sera continuée d'une autre façon. Ainsi, par exemple, chez un enfant atteint d'hypertrophie considérable des amygdales, une séance de morcellement permettra, grâce à la rétraction consécutive, l'application de l'amygdalotome, qui avait été d'abord tenté en vain.

L'*hallux valgus* est une affection assez fréquente. Quand les malades peuvent indiquer exactement le début de la déviation de l'orteil, on trouve que l'*hallux valgus* est une affection de l'adolescence. M. Lucas admet que la déviation de l'orteil en dehors est l'accident initial, et ne se complique qu'ultérieurement d'une exostose située au niveau de la tête du premier métatarsien. La cause première semble résider dans le cartilage dia-épihysaire de l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil, qui produit une épaisseur d'os plus grande en dedans qu'en dehors. Secondairement, par suite de l'action des muscles, l'*hallux valgus* s'exagère, la tête métatarsienne se dévie en dedans; puis apparaît l'exostose, qui se recouvre d'un durillon et d'une bourse séreuse sous-cutanée. Les accidents douloureux sont toujours dus à l'inflammation de cette bourse séreuse. Le traitement consistera donc essentiellement à agir sur cette bourse plus ou moins enflammée et sur l'exostose sous-jacente.

Il existe une tuberculose primitive du testicule avec intégrité complète des autres organes. Elle peut rester, dans la forme chronique, longtemps localisée au niveau de l'épididyme, avant de gagner le corps du testicule et les autres parties de l'appareil uro-génital. M. Dimitresco pense qu'il y a tout intérêt à arrêter l'extension du processus tuberculeux, et à conserver le corps du testicule en supprimant, dès le début, le foyer primitivement localisé à l'épididyme. La castration lui semble contre-indiquée à cette époque de la maladie, non seulement au point de vue moral, mais aussi au point de vue fonctionnel, car si les malades sont inféconds, ils ne restent pas impuissants. L'épididymectomie est donc l'opération indiquée tant que les lésions tuberculeuses sont encore localisées à l'épididyme et que le corps du testicule, comme les autres parties de l'appareil, sont indemnes. Il est donc d'une importance capitale de ne pas léser autant que possible les vaisseaux spermatiques si l'on veut conserver le corps du testicule avec son volume normal. Les résultats éloignés sont très encourageants. Il ne survient pas d'atrophie testiculaire quand on a conservé le pédicule vasculo-nerveux. La puissance génitale est toujours conservée, même après l'épididymectomie bilatérale. La récidive est très rare et l'opération a une très heureuse influence sur la marche des lésions tuberculeuses pulmonaires. Le traitement général contribue puissamment à la guérison définitive.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Encéphalocèle (Encephalocele and peculiar brain action), par Brown (*New York med. Jour.*, 13 mars 1897, p. 358). — Un nouveau-né présentait une tumeur dépendant du cervelet et faisant hernie à travers un orifice de la portion inférieure de l'occiput. Au bout de 10 jours la vitalité de l'enfant parut diminuer : la vue, l'ouïe étaient intactes. Plus tard l'enfant devint aphasique, mais, en raison de son jeune âge, on ne put savoir s'il s'agissait d'une aphasie amnésique ou ataxique; on pensa à un vice du développement dans la région de Reil. L'encéphalocèle était accompagnée d'hydroméningocèle. La tumeur était trop volumineuse pour qu'on pût songer à l'opérer.

Plaie du cœur et du péricarde, suture du péricarde (Stab wound of the heart and pericardium. Suture of the pericardium, recovery patient alive three years afterward), par Williams (*Medical Record*, 27 mars 1897, p. 437). — Un homme de 24 ans reçut un coup de couteau qui pénétra à travers le 5e cartilage costal, blessant les vaisseaux mammaires internes, le péricarde et le cœur. La blessure était parallèle au grand axe du cartilage costal. Pendant la nuit, l'hémorrhagie persista, il y eut de la douleur dans la région précordiale, une toux courte, aiguë, et des phénomènes de choc très marqués. Le lendemain matin, on agrandit la plaie à droite jusque vers le milieu du sternum; on sépara le cartilage à sa jonction avec le sternum, et un peu en dehors du sternum. On sectionna le bord inférieur du lambeau ainsi formé, lambeau qu'on releva en haut. On lia avec du catgut fin les vaisseaux mammaires en haut et en bas, on agrandit l'ouverture et on trouva une petite plaie du cœur, à droite de l'artère coronaire droite; on sutura la plaie du péricarde, après l'avoir irriguée avec une solution saline; on ferma la plaie intercostale. Pansement sec. Au cours de la convalescence le malade a une péricardite avec épanchement et une pleurésie gauche avec épanchement. Incision dans le 7e espace intercostal pour l'évacuation de cette dernière. Guérison.

Fragilité idiopathique des os dans l'enfance et la jeunesse (Idiopathic osteopsathyrosis (Fragilitas ossium) in infancy and childhood), par Griffith (*American Journ. of med. Scienc.*, avril 1897, p. 426). — L'auteur rapporte d'abord une série de cas qu'il classe de la façon suivante : 1° Ceux dans lesquels il y a une influence héréditaire bien marquée; 2° Ceux dans lesquels il n'y a pas d'hérédité directe, mais qui ont un caractère familial remarquable, plusieurs enfants de la même famille étant atteints de cette affection; 3° De très nombreux cas isolés où on ne retrouve ni hérédité directe, ni prédisposition familiale; 4° Viennent enfin des cas dans lesquels il n'est pas absolument prouvé que l'affection soit idiopathique. De l'étude de ces cas, l'auteur tire la description suivante de cette affection. Au point de vue de l'*étiologie* on doit admettre l'influence de l'hérédité, puisqu'on la retrouve 18 fois dans 67 observations; sur cette hérédité, c'est l'influence du père qui est de beaucoup prédominante. L'affection paraît frapper plus souvent les garçons et se montre en général de bonne heure. L'influence des maladies antérieures est problématique. Au point de vue de la *pathogénie* et de l'*anatomie pathologique* il y a bien des obscurités : l'ostéomalacie est une maladie tout à fait différente se caractérisant par le ramollissement des os et dans laquelle les fractures ne sont que des phénomènes secondaires. Le rachitisme se rapproche bien plus de l'ostéomalacie que de l'ostéopsathyrosis. Dans le rachitisme les os ont surtout une tendance à se courber, au contraire dans l'ostéopsathyrosis il y a une fragilité excessive des os. L'anatomie pathologique et la chimie des os n'ont donné que des résultats contradictoires. Pour Moreau cette maladie reconnaîtrait pour cause une lésion des cornes antérieures de la moelle. En général la réunion des os se fait promptement. Beaucoup d'auteurs ont insisté sur cette rapidité de la consolidation. Les *symptômes* consistent en fractures nombreuses se produisant sous l'influence de causes insignifiantes. Ces fractures sont généralement douloureuses. Quelquefois cependant la douleur est peu marquée. Les os le plus souvent brisés sont les os longs les membres, les clavicules, les côtes, les fractures sont plus fréquentes au niveau des membres inférieurs. La position de la fracture n'est pas influencée par les relations de diaphyse à épiphyse. Quand l'os est fracturé plusieurs fois, le plus souvent le trait de fracture ne porte pas au même niveau que les précédents. Pour faire le diagnostic de fragilité idiopathique, il faut éliminer les causes ordinaires de fragilité des os, telles que la syphilis, les maladies nerveuses, le rachitisme. On peut se demander si l'ostéomalacie vraie des enfants existe, bien qu'elle ait été décrite. On devra exclure l'ostéite, la carie, la tuberculose osseuse, les tumeurs des os, etc. Le pronostic est défavorable, en ce sens que la tendance aux fractures, une fois établie, peut continuer sans s'atténuer. Le traitement se borne à relever l'état général, à éviter les causes de fracture, sans toutefois proscrire tout exercice, ce qui amènerait de l'atrophie musculaire.

Traitement orthopédique de la paralysie spasmodique chez les enfants (The orthopedic treatment of spastic paralysis in children), par Ketch (*Medical News*, 27 mars 1897, p. 385). — Ces cas de paralysie spasmodique, paralysie d'Erb, paralysie avec régidité musculaire [Adams], paraplégie pseudo-tétanique [Seguin], etc., peuvent se répartir en 3 classes : 1) ceux dans lesquels l'enfant est idiot; 2) ceux chez lesquels l'intelligence est normale ou à peine diminuée. La difformité caractéristique de la paralysie spasmodique est due à une contraction d'un caractère non permanent, mais où l'élément d'irritation (plus ou moins marqué) est constant. Cette irritabilité se manifeste par l'augmentation des réflexes et par l'incoordination musculaire d'où résultent les difformités. Le traitement doit naturellement différer suivant la période à laquelle on l'applique. On peut diviser le traitement en : 1) général, 2) mécanique, et 3) opératoire. Le traitement général comprend : l'éducation mentale, l'électricité, le massage. L'application d'un appareil n'est indiquée que dans les cas où l'intelligence est intacte ou l'est à peu près. Le plus souvent les cuisses sont adduction, les pieds sont relevés et renversés en dedans; dans ces cas aucun appareil ne suffit pour les besoins de la locomotion. Dans les cas relativement rares où de simples groupes musculaires sont envahis, comme dans le pied-bot unilatéral ou même bilatéral, les appareils peuvent rendre plus de services. Il faut noter que chez la plupart de ces enfants, sauf ceux qui sont idiots, l'âge tend à amener une amélioration progressive de la marche. Les appareils rendent naturellement le plus de services quand l'état spasmodique est arrivé à son minimum. La distension des muscles produite par des exercices manuels ou par des appareils rend aussi des services. Le traitement opératoire comprend la ténotomie, la myotomie, la circovrosie, et la chirurgie cérébrale. La ténotomie est fort utile, mais seulement dans les cas convenablement choisis. La ténotomie devra surtout être réservée pour la période où le spasme est à son minimum. Quand à la circoncision elle est destinée à faire disparaître les troubles réflexes.

MÉDECINE

Sarcomatose cutanée et encéphalique (Sarcomatosi cutanea e viscerale, diffusa al cervello), par Bozzolo (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, janvier 1897, p. 13). — Femme de 57 ans; dégénérescence sarcomateuse d'un nævus situé au voisinage de l'ombilic, lequel est ulcéré; nombreux nodules secondaires sous la peau du tronc et des extrémités; pleurésie hémorrhagique gauche, foie bosselé. A l'autopsie, on trouve des nodules dans l'encéphale, à la partie antérieure du noyau lenticulaire gauche à la partie antérieure du putamen et dans l'hémisphère cérébelleux droit, lésions qu'aucun symptôme n'avait pu faire soupçonner pendant la vie.

Lavements d'iodure de sodium et de quinine chez les enfants (Sull' assorbimento dell' jodura di sodio e della chinina per la via rettale nei bambini), par E. Somma (*La Pediatria*, janvier, février et mars 1897, p. 1, 33 et 65). — L'iodure de sodium s'élimine à peu près aussi rapidement par les urines et par la salive, qu'il soit administré par la voie buccale ou en lavements; les lavements iodurés sont toujours bien supportés par les enfants, sont conservés et ne provoquent pas de symptômes d'irritation de la muqueuse rectale; on peut, par suite, les substituer à l'administration par la bouche toutes les fois que la voie gastrique doit être respectée on ne peut être utilisée.

La quinine apparaît un peu plus rapidement dans l'urine quand elle est administrée en lavements que quand elle est administrée par la bouche; les lavements de quinine sont difficilement retenus par les enfants, produisent presque toujours un ténesme très pénible, souvent aussi des symptômes d'irritation de la muqueuse rectale, et, à ce point de vue, ils ne peuvent pas toujours être conseillés quand l'administration du médicament par la voie gastrique n'est pas possible.

Spartéine (Ricerche sperimentali sul valore terapeutico del solfato di sparteina come cardiocinetico), par L. Scofone et F. Battistini (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, Mars 1897, p. 527). — D'expériences sur les animaux, l'auteur conclut que

la spartéine, bien loin de produire une augmentation de l'énergie du cœur, peut, même à des doses très faibles, comparables à celles qui sont conseillées en thérapeutique, produire un abaissement sensible de la pression sanguine. Ce médicamment doit donc être employé avec une grande prudence quand le cœur est déjà faible, et absolument déconseillé quand on doit promptement relever des forces.

MÉDECINE PRATIQUE

Cure radicale de la hernie inguinale.

De ses dissections cadavériques, M. P. Alexandron, aide d'anatomie à l'Université d'Athènes, conclut, ce qui d'ailleurs est admis par les auteurs les plus compétents, que la cause principale des hernies inguinales réside dans l'insuffisance des muscles larges de l'abdomen et non dans celle de leurs tendons ou aponévroses; la partie inférieure de ces muscles, chez les hernieux, serait tendineuse au lieu d'être musculaire. Dès lors, M. Alexandron propose de rendre musculaire la paroi du canal inguinal par un procédé myoplastique, comme on en a déjà conseillé plusieurs, et il nous envoie la description opératoire suivante :

« J'incise la paroi antérieure de la gaine du muscle droit de l'abdomen à une distance de 10-15 centimètres partant de son extrémité inférieure et près de sa lèvre extérieure; je fais ensuite une deuxième incision transversale qui se dirige de l'extrémité supérieure de la première en dehors; j'incise ainsi le petit oblique; ensuite, je détache cette portion du petit oblique de la paroi antérieure de la gaine du muscle droit; je la porte en bas, de sorte qu'une grosse portion de la partie musculaire du petit oblique constitue la paroi du canal inguinal et enfin je couds.

« J'espère que mon procédé, qui est basé sur l'anatomie, et qui imite complètement la nature, sera digne de la sanction de la pratique chirurgicale. »

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Sublimé.

Synonyme. — Bichlorure de mercure.

Généralités. — Le sublimé est, de tous les sels de mercure, le plus employé en hypodermie. A doses égales il est en effet le plus actif et le plus facilement maniable. Il se prête aussi bien à l'injection sous-cutanée qu'à l'injection sous-conjonctivale (Darier) ou intra-veineuse (Baccelli). Les accidents d'intoxication hydrargyrique générale (stomatites, etc.), sont réduits au minimum : quant aux accidents locaux (abcès, nodus, etc.), ils sont *toujours* dus à une erreur de technique et sont par conséquent imputables à l'opération et non à la méthode. C'est dire qu'ils peuvent être facilement évités.

Le seul inconvénient que présentent les piqûres de sublimé est d'être douloureuses; mais cette douleur, très vive au début, diminue rapidement et peut être considérablement atténuée par l'usage de solutions très étendues, c'est-à-dire ne dépassant pas le titre de 0,50 p. 1000, et portées à une température convenable (35° à 38°). En tous cas, cette douleur n'est nullement comparable comme intensité et comme durée, à celle que provoquent les injections de calomel.

Solubilité. — Soluble dans 15 parties d'eau, 5 parties d'alcool, 14 parties de glycérine.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 5 à 10 ans, 2 1/2 à 5 milligrammes par injection et par 24 heures; de 10 à 20 ans, 5 à 10 milligrammes par injection et par 24 heures. — *Chez l'adulte :* 1 centigramme par injection sous-conjonctivale, intra-musculaire ou intra-veineuse. Cette dose peut être élevée progressivement et dans certains cas exceptionnels à 25 milligrammes en 24 heures.

Technique. — Nous ne reviendrons pas ici sur la technique que nous avons exposée avec détails dans les précédents numéros. Disons seulement qu'il vaut mieux adopter la voie musculaire, jusqu'à ce que les perfectionnements de l'instrumentation permettent de faire avec sécurité l'injection intra-veineuse qui deviendra alors la méthode de choix tant par la rapidité et l'énergie de l'action thérapeutique que par l'absence de toute réaction locale.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Sous-cutanée ou sous-conjonctivale, très douloureuse. Intra-musculaire, peu douloureuse. Intra-veineuse, absolument indolore.

b) *Éloignés.* — A la suite de l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire la douleur persiste environ pendant 6 heures. Il n'y a pas d'induration lorsque la piqûre est faite aseptiquement.

Nous avons vu que les phénomènes d'intoxication générale mercurielle étaient très rares avec le sublimé. Néanmoins, pour qu'ils n'aient pas de gravité lorsqu'ils se produisent, faut-il surveiller de très près la bouche et les urines des malades en cours de traitement : la moindre menace de stomatite, la plus petite trace d'albumine doivent faire interrompre les injections.

La méthode intra-veineuse aurait le grand avantage de ne pas exposer à ces accidents, mais par contre les difficultés du manuel opératoire sont la source de complications parmi lesquelles la thrombose n'est pas la moins dangereuse.

Usages thérapeutiques. — Les injections de sublimé ne sont pas uniquement employées en syphylothérapie. On a tenté de les appliquer à la cure de quelques infections générales. C'est ainsi que Gonsalvi et Dazio auraient traité avec succès la méningite cérébro-spinale épidémique en injectant de 5 à 10 milligrammes de sublimé dans la région fessière des petits malades. 8 fois dans 9 cas la guérison fut obtenue et il n'y eut de complications mercurielles que 2 fois. De son côté, Von Kézmarsky obtint un résultat inespéré dans la pyémie puerpérale avec les injections intra-veineuses de bichlorure, après échec des injections sous-cutanées. R. Crockes obtint également 2 succès dans la lèpre par l'injection quotidienne pendant un mois de 12 milligrammes de sublimé. Arnaud aurait guéri de la même manière plusieurs cas de rhumatisme blennorrhagique. Disons enfin qu'on a plusieurs fois sans succès tenté par ce moyen de combattre l'anémie et la tuberculose pulmonaire.

Le sublimé paraît au contraire exercer la plus heureuse influence sur les suppurations de l'œil. C'est spécialement dans les panopthalmies, l'irido-cyclite suppurative que les résultats ont été les plus remarquables entre les mains de Darier, Abadie, Despagnet, Martin (de Bordeaux), etc. On a été même plus loin en présence des bons effets de l'injection sous-conjonctivale sur les milieux transparents de l'œil et on l'a successivement préconisée dans la plupart des affections cornéennes et iriennes. Enfin il n'est pas jusqu'aux choroïdites, aux rétinites, aux paralysies des muscles de l'œil, même celles paraissant bien nettement d'origine rhumatismale, à la myopie avec ou sans décollement de la rétine (Pacounoff, Abadie), où le subliné n'ait à son actif quelques succès.

De ces tentatives il convient de retenir comme fait positif l'action indiscutable d'arrêt qu'exerce le sublimé dans l'évolution de suppurations oculaires : il ne peut, bien entendu, remplacer l'intervention chirurgicale, mais il contribue puissamment à enrayer la marche de la maladie. A ce titre, il conserve, avec le cyanure que certains lui préfèrent, une place importante en thérapeutique ophthalmologique.

FORMULES

Nous donnons ci-après les principales formules employées par les différents auteurs en accordant naturellement la préférence à celles que nous avons nous-même indiquées dans un travail antérieur.

Sublimé. . . . . 0 gr. 50
Eau stérilisée. . . . . 1000 gr.
10 à 20 centim. cubes (voie sous-cutanée).
(Maurange.)

Sublimé. . . . . 1 gr.
Eau stérilisée. . . . . 1000 gr.
1 à 10 centim. cubes tous les 2 jours (voie intra-veineuse).
(Bacelli.)

Sublimé	0 gr. 50
Chlorure de sodium	7 gr. 50
Eau stérilisée	1000 gr.

2 à 10 centim. cubes à 37°-38°, et à dose progressive, tous les 3 jours (voie intra-veineuse).

(Maurange.)

Sublimé corrosif	0 gr. 20
Eau distillée	30 gr.

1 à 2 centim. cubes.

(Lewin.)

Sublimé	1 gr.
Eau distillée	70 gr.
Glycérine	30 gr.

1 à 5 centim. cubes.

(Liégeois.)

Sublimé corrosif	0 gr. 20
Glycérine pure	70 gr.
Eau distillée	20 gr.

1 centim. cube.

(Zeissl.)

Deutochlorure de mercure	0 gr. 10
Chlorure de sodium	1 gr.
Eau distillée	45 gr.

1 centim. cube.

(Van den Corput.)

Sublimé	0 gr. 50
Chlorure de sodium	1 gr.
Eau distillée	100 gr.

2 centim. cubes.

(Lewin.)

Sublimé	0 gr. 40
Chlorure de sodium	1 gr.
Eau distillée bouillie	100 gr.

1 centim. cube.

(Arnaud.)

Sublimé	ââ 0 gr. 50
Chlorure de sodium	
Eau distillée	10 gr.

1 centim. cube tous les 8 jours contre la syphilis grave, et spécialement la laryngite tertiaire.

(Irsai.)

Bichlorure d'hydrargyre	1 gr.
Chlorure de sodium	2 gr.
Eau distillée	100 gr.

1/4 à 2 centim. cubes.

(Abadie, Auspitz.)

Perchlorure de mercure	1 gr.
Chlorure de sodium	6 gr.
Eau distillée	100 gr.

1/2 à 1 centim. cube.

(Bamberger.)

Bichlorure de mercure	0 gr. 30
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Chlorure de sodium	0 gr. 10
Eau distillée	30 gr.

1 centim. cube.

(Plevani.)

Sublimé	ââ 0 gr. 50
Chlorure de potassium	
Eau distillée	10 gr.

1 centim. cube contre la syphilis du larynx.

(Lukasiewicz.)

Bichlorure de mercure	1 gr.
Eau distillée	100 gr.

1 centim. cube en injection sous-conjonctivale.

(Darier.)

Même formule.

1 centim. cube dans le traitement des paralysies rhumatismales du muscle droit externe de l'œil.

(Martin.)

Sublimé	0 gr. 10
Eau distillée	100 gr.

1 à 5 centim. cubes en injections intra-veineuses dans la pyémie puerpérale.

(Von Kézmarsky.)

Associations. — Le sublimé a été associé à la morphine, à l'urée et au salicylate de soude. Ces associations ne présentent aucun avantage spécial.

FORMULES

Sublimé	1 gr.
Salicylate de soude	2 gr.
Eau distillée	100 gr.

1 centim. cube.

(Vacher.)

Sublimé	1 gr.
Eau distillée chaude	100 gr.
Urée chimiquement pure	0 gr. 50

1 seringue.

(Schutz.)

Sublimé corrosif	0 gr. 20
Eau distillée	100 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10

2 centim. cubes.

(Liégeois.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le concours des médecins des hôpitaux.

La nécessité d'apporter une réforme au concours de médecine des hôpitaux apparaît plus clairement chaque année. La Société médicale des hôpitaux vient d'adopter le principe de cette réforme; mais, sagement inspirée, elle a pensé qu'il convenait, alors qu'un concours vient à peine de se terminer et qu'un autre se poursuit actuellement, d'ajourner l'étude de cette réforme au mois d'octobre, après ses vacances. D'ici là plusieurs projets ne manqueront pas d'être mis au jour et pourront servir de base aux discussions. Voici, à titre d'indications, quelques changements qui nous paraissent pouvoir être introduits avec avantage dans le régime actuel.

Deux griefs principaux sont formulés par les candidats. En premier lieu, les concours absorbent tout leur temps; il y a, d'une façon régulière maintenant, deux concours par an, qui durent de février à juillet ; c'est là, surtout pour les candidats qui sont en passe d'arriver, un effort beaucoup trop prolongé, dont les conséquences fâcheuses pour le travail personnel et la production scientifique ont été maintes fois signalées. En second lieu, avec le jury restreint qui est affecté à chaque concours, on reproche à la faveur de jouer dans les nominations un rôle prépondérant. Il est certain que cette faveur est bien souvent justifiée et ne va pas à des indignes; mais il n'en est pas moins vrai que cette faveur du juge pour l'élève dont il apprécie davantage la valeur parce qu'il le connaît mieux, s'exerce forcément au détriment d'autres candidats dont il connaît moins bien les mérites. De toute façon, le concours risque de perdre ainsi le caractère d'impartialité grâce auquel il est, en principe, supérieur

à tout autre mode de nomination. Il apparaît dès lors comme une élection déguisée, avec cette circonstance aggravante que l'élection a lieu à un suffrage singulièrement restreint. En effet, une majorité de 4 juges, formée dès le début des épreuves, suffit à conduire à bon port, s'il ne leur arrive pas en route quelque accident trop rude, 3 des candidats favoris. Les plaintes en pareil cas ne s'élèvent pas toujours du côté des candidats seulement et parfois cette manière de faire a pu paraître oppressive à la minorité du jury, dont les préférences allaient ailleurs et qui n'avait pas les mêmes raisons de faire entrer en ligne de compte les antécédents des candidats favorisés.

Comment atténuer ces deux inconvénients du régime actuel ?

Pour abréger le temps que les concours prennent aux candidats, on ne peut évidemment songer à diminuer la durée de chaque concours; les épreuves, en effet, sont déjà bien peu nombreuses, puisqu'elles se réduisent à 4 pour les candidats les plus heureux et que les autres sont évincés dès la première épreuve théorique ou après une épreuve théorique et une épreuve clinique seulement. L'unique moyen qui subsiste est donc de diminuer le nombre des concours, et de n'en plus faire qu'un par an pour les 6 places qui sont, en moyenne, disponibles.

Mais ici une objection surgit aussitôt : cette mesure a déjà été proposée il y a quelques années, et les candidats, dont j'étais à cette époque, l'ont unanimement repoussée. C'est qu'en effet, rien ne devait être changé dans la constitution du jury, et il est clair que si les 7 juges disposaient de 6 places, la faveur pourrait s'exercer avec une facilité bien plus grande encore qu'avec le système actuel. Pour éviter ce nouveau reproche, il faut donc, de toute nécessité, augmenter le nombre des juges, par exemple constituer pour ce concours unique les 14 juges qui prennent part actuellement aux deux concours de l'année. Il est évident que si 14 juges doivent pourvoir à 6 places, les groupements de la majorité seront plus difficiles à établir que lorsque 7 juges disposent de 3 places; le nombre des « combinaisons », suivant le terme consacré, deviendra plus grand et l'accord plus malaisé à conclure pour qui serait enclin à n'écouter que ses préférences. Par suite, les candidats devront attendre davantage de leur valeur propre et de leurs efforts personnels que de l'appui d'un chef influent, et l'on aura ainsi amoindri dans une large mesure l'une des critiques les plus désobligeantes à l'adresse du concours tel qu'il fonctionne actuellement.

Le principe d'un concours unique et d'un jury deux fois plus nombreux étant admis, il importe encore de réaliser deux conditions essentielles : d'une part, la durée de ce concours ne doit pas, autant que possible, excéder celle d'un seul de nos concours actuels; d'autre part, les candidats doivent pouvoir subir dans ce concours unique autant d'épreuves à peu près qu'ils en subissent aujourd'hui dans les deux concours de l'année. On y parvient aisément en appliquant le procédé qui est employé maintenant avec avantage dans les concours de l'externat et de l'internat : ce procédé consiste dans le sectionnement du jury, par voie de tirage au sort, en deux moitiés opérant parallèlement. Une moitié pourrait juger la question écrite, tandis que l'autre jugerait une épreuve orale, également théorique. La question orale de 20 minutes a la même valeur, en effet, à peu de chose près, que la question écrite, dans la préparation des conférences, et l'on aurait ainsi plus de variété dans les épreuves qu'en faisant faire aux candidats deux compositions écrites.

Ces épreuves théoriques terminées, les points donnés par chaque section du jury seraient additionnés et l'on établirait sur cette base la première admissibilité comprenant, comme aujourd'hui, une trentaine de candidats. Cette admissibilité résulterait donc de l'appréciation de 2 épreuves par 2 jurys indépendants, c'est-à-dire de la somme de 2 appréciations différentes.

Viendraient ensuite les épreuves cliniques. On pourrait n'en faire qu'une à la manière actuelle, devant tout le jury réuni. Mais, à mon avis, il vaudrait mieux qu'il y en eût deux, faites parallèlement devant chaque section du jury. Cette épreuve est, de l'avis de tous, celle qui offre aux candidats les chances les plus inégales; doublée, elle deviendrait plus sérieuse et plus juste, sans que la durée du concours s'en trouvât prolongée.

Après ces épreuves cliniques serait prononcée, d'après le total des points, la grande admissibilité. Elle pourrait s'étendre à 20 candidats, pour conserver la proportion actuelle; mais je la verrais sans inconvénient se restreindre à 12. Tout le jury se réunirait alors pour l'épreuve de nomination, qui consisterait en une leçon clinique. A l'épreuve de 2 malades, telle qu'elle existe aujourd'hui, il serait, je crois, préférable de substituer une épreuve portant sur un seul malade, mais dans des conditions qui la rendraient plus sérieuse. On accorderait au candidat plus de temps pour examiner son malade, pour réfléchir et faire sa leçon. Il pourrait ainsi prouver qu'il est à même non seulement de poser à la hâte un diagnostic, mais aussi d'étudier un malade; il montrerait le parti qu'il sait tirer d'un cas clinique pour la thérapeutique et pour l'enseignement, point qui n'est pas absolument à négliger dans nos fonctions hospitalières.

Avec ce système, le concours durerait à peu près autant qu'un seul des concours actuels. Si l'on faisait 20 admissibles, il y aurait exactement 3 séances de plus; si l'on n'en faisait que 12, il y aurait même une séance de moins qu'aujourd'hui; encore pourrait-on prévoir que le plus grand nombre d'épreuves entraînerait l'abstention d'un plus grand nombre de candidats, ce qui supprimerait une ou deux séances. Les candidats feraient, en somme, leurs 2 concours en même temps; il seraient examinés sur une épreuve de même ordre, alternativement ou simultanément par les deux jurys, et la nomination résulterait des appréciations additionnées des 14 juges. Il me semble donc que ce système atténuerait sérieusement les inconvénients du mode actuel.

On pourrait, d'ailleurs, introduire dans ce projet d'autres modifications. L'admissibilité définitive, prononcée sur les épreuves théoriques, dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, bien que, pour ma part, je n'y trouve aucun avantage durable pour les candidats au bout d'un ou deux ans, pourrait, si le principe en était admis, s'appliquer très aisément à ce système, puisque nous avons placé les épreuves théoriques en premier lieu. On pourrait aussi adjoindre à ce programme une épreuve de titres, jugée au début du concours par tout le jury réuni, d'après un exposé écrit remis par les candidats. Cette innovation, que je crois bonne, soulève, il est vrai, plus d'une objection: mais je n'y veux pas insister, parce qu'elle ne constitue qu'un élément accessoire dans le système que je propose, système dont les principes essentiels peuvent être résumés dans cette formule : moins de concours et plus de juges.

Ch. Achard.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — Traitement de l'ophthalmie sympathique par l'extrait de corps ciliaire de bœuf (p. 589).

REVUE DES CONGRÈS. — *Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie* : Du placenta prævia (p. 590).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Goître exophthalmique. — Vaccination antirabique (p. 592). — Traitement des anévrysmes. — Grossesse extra-utérine. — Myopie forte. — *Société de biologie* : Toxicité urinaire des nourrissons. — Corne d'Ammon. — Holocaïne en ophthalmologie (p. 593). — Tétanos. — Formation des antitoxines. — *Société de chirurgie* : Cancer du rectum (p. 594). — Hystérectomie abdominale. — *Société médicale des hôpitaux* : Phénomènes vasculaires d'ordre nerveux (p. 595). — Application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale (p. 596). — *Société de chirurgie de Lyon* : Ostéotomie de l'os hyoïde. — *Société des sciences médicales de Lyon* : Sclérose en plaques. — Insuffisance aortique. — *Société nationale de médecine de Lyon* : Fausse pellagre. — Gastro-entéro-anostome. (p. 597). — Péritonite post-opératoire. — Fracture du crâne. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* : Exotose ostéogénique. — Tumeur du frontal. — Action du suc ovarien sur le cobaye (p. 598). — Epithélioma primitif du vagin. — *Société obstétricale et gnécologique* : Eclampsie post-partum (p. 599).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin* : Diabète sucré et diabète insipide. — Paralysie du nerf péronier (p. 599). — Belgique. *Société belge d'ophthalmologie* : Méningo-encéphalocèle de l'orbite. — Exophthalmie intermittente. — Sarcome de l'orbite. — *Académie royale de médecine de Belgique* : Holocaïne (p. 600).

THÉRAPEUTIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Traitement de l'ophthalmie sympathique par l'extrait de corps ciliaire de bœuf,

par M. le Dr Louis Dor (de Lyon).

De plus en plus la théorie émise par Deutschmann de la nature infectieuse de l'ophthalmie sympathique est abandonnée; il suffit de lire les derniers travaux de Bocchi (Cong. de Rome), Alt (*Amer. Journal of ophtalmology*), Bach (*Archives de Græfe*), pour se rendre compte que de tous les côtés on revient à la conception de la théorie réflexe, et, grâce aux recherches de Boucheron, Nicati, Treacher Collins et Niesnamoff, il est devenu possible d'expliquer assez bien les différents symptômes de cette affection.

De la lecture de tous ces travaux, et aussi de quelques recherches personnelles il nous semble qu'il découle une pathogénie très claire de l'ophthalmie sympathique.

Voyons d'abord quels sont les faits bien mis en évidence dans ces dernières années :

En premier lieu il est établi que l'humeur aqueuse et le corps vitré sont sécrétés au niveau des procès ciliaires et que l'humeur aqueuse passe par la fente pupillaire, pénètre dans la chambre antérieure et est absorbée par les lacunes de Fontana et les puits lymphatiques de l'iris, tandis que le corps vitré qui a une trame spongieuse permanente, est imbibé par le même liquide sans que la circulation y soit aussi active et sans que l'on soit absolument fixé sur la part qui s'élimine au travers de la papille et sur celle qui, traversant la zonule, vient se mélanger à l'humeur aqueuse.

L'humeur aqueuse est entièrement renouvelée en une demi-heure, tandis que le liquide qui imbibe la trame spongieuse du corps vitré met plusieurs heures à se renouveler.

Le liquide sécrété au niveau des procès ciliaires contient une proportion infinitésimale d'albumine et il est entièrement privé de fibrinogène, de sorte qu'il ne se coagule jamais spontanément; mais si l'on vient à irriter l'endothélium de la cornée ou la surface de l'iris, le liquide oculaire se charge au contraire de fibrinogène et d'albumine, sa composition devient presque identique à celle du sérum sanguin et l'on a bien cette conception qu'un filtre a été forcé. Et c'est non seulement dans l'œil traumatisé que l'on voit survenir cette altération du liquide, mais l'humeur aqueuse de l'autre œil se charge aussi de fibrinogène par un phénomène réflexe qui se transmet par l'intermédiaire des nerfs ciliaires.

Tels sont les faits sur lesquels l'accord paraît établi.

Si nous cherchons maintenant à expliquer à l'aide de ces données les symptômes de l'ophthalmie sympathique nous verrons que la pathogénie de cette affection semble très simplifiée.

D'une part, dans l'œil sympathisant le liquide qui, après avoir imbibé le corps vitré, s'élimine par les voies postérieures et infiltre le nerf optique, étant devenu riche en substances dont il doit être dépourvu à l'état normal engendrera dans le nerf des phénomènes de névrite qui se propagent jusqu'au chiasma où ce même liquide pourra altérer les fibres nerveuses émanées de l'œil sympathisé, et ainsi s'expliqueront facilement tous les symptômes d'amblyopie et d'amaurose de l'autre œil.

D'autre part, si l'irritation des procès ciliaires subsiste dans l'œil sympathisant, l'humeur aqueuse et le corps vitré de l'autre œil contiendront d'une façon permanente du fibrinogène, et la moindre inflammation, amenant l'issue par diapédèse de globules blancs (riches en substance fibrinoplastique), aura pour conséquence la production de fibrine qui s'infiltrera dans l'iris et déterminera les synéchies et les iritis torpides qui marquent le début de l'ophthalmie sympathique.

Et puisque d'après cette théorie la présence de l'œil sympathisant est nécessaire pour qu'il survienne des phénomènes sympathiques, il devient très facile de comprendre non seulement pourquoi l'énucléation prévient, mais aussi pourquoi elle peut faire rétrocéder l'inflammation de l'œil sympathisé, tandis qu'avec la théorie infectieuse il est incompréhensible que l'énucléation puisse avoir un effet curatif.

Partant de cette théorie, nous avons pensé que la meilleure démonstration que l'on pourrait en faire serait de guérir des malades. Or le problème que nous nous sommes posé a été le suivant : Comment serait-il possible d'empêcher le liquide intra-oculaire de contenir du fibrinogène ?

Et d'abord pourquoi n'en contient-il pas à l'état normal ? La seule hypothèse que nous pouvions faire était celle de concevoir le protoplasma des cellules tapissant le corps ciliaire comme étant doué de la propriété de filtrer le sérum et de ne laisser passer que les substances non nuisibles pour l'œil; et, pour continuer notre hypothèse, nous admettions que, par l'excitation des nerfs ciliaires, cette substance disparaissait, et que dès lors le sérum passait en totalité dans l'œil. Si cette hypothèse était exacte nous pouvions essayer de faire des extraits de corps

ciliaires d'animaux et d'instiller ces extraits dans le cul-de-sac conjonctival des malades en comptant sur l'absorption très active de la conjonctive et sur les voies de communication évidentes du cul-de-sac conjonctival avec le corps ciliaire (atropine, ésérine, etc.) pour imprégner à nouveau d'une substance qui leur manquait les cellules qui tapissent les procès.

Nous avons demandé à M. Jacquet, bien connu à Lyon pour sa compétence à fabriquer des extraits organiques, de bien vouloir nous livrer des macérations de corps ciliaires et nous avons commencé nos expériences.

Nous avons soigné un premier malade avec cette méthode, du mois de février jusqu'à aujourd'hui, et c'est son observation que nous avons communiquée au Congrès d'ophthalmologie à Paris il y a un mois. Nous nous bornerons à la résumer en deux mots.

Mainand Jean, domicilié à l'Arbresle, présentant des phénomènes d'ophthalmie sympathique en février 1896, énucléé de l'œil droit par mon père à cette époque, et traité par lui pour l'œil gauche pendant une année entière au moyen d'injections de sublimé, de frictions mercurielles, d'une iridectomie etc. etc., bref, de tous les moyens dont on peut disposer. Malgré tous ces soins, le malade était devenu presque aveugle, il ne pouvait plus du tout se conduire seul, son œil était très mou, rouge et douloureux.

Depuis le mois de février, il a été traité exclusivement par l'extrait de corps ciliaire, son œil est redevenu dur, les milieux transparents et l'acuité visuelle qui était de 1/100 au moment où nous en avons parlé au Congrès d'ophthalmologie est actuellement de 1/50 c'est-à-dire que le malade reconnaît à 70 centimètres des lettres de 5 centimètres de hauteur, qu'il peut se conduire seul dans la rue et qu'il n'est plus à charge à sa famille d'une façon aussi complète.

Malheureusement il est obligé de continuer l'instillation de corps ciliaire et il dit que dès qu'il reste une journée sans en mettre, il voit apparaître un brouillard nouveau. Lorsqu'il a assez de liquide il s'en met toutes les deux heures une goutte, et c'est alors qu'il va le mieux. Il s'instille ces jours-là la valeur de la totalité de l'extrait obtenu avec un corps ciliaire entier de bœuf.

L'autre malade qui a été traitée par cette méthode est au contraire un type d'ophthalmie sympathique légère.

Elle a été énucléée, il y a 17 ans, de l'œil gauche et iridectomisée à cette époque à l'œil droit par M. le professeur Gayet pour des phénomènes sympathiques.

Elle a eu au mois de mars un réveil de troubles sympathiques que nous avons traité au début avec de l'atropine sans obtenir aucune amélioration. A partir du jour où nous lui avons remis de l'extrait de corps ciliaire elle a été rapidement améliorée, et en 15 jours son acuité visuelle a passé de 0,1 à 0,6, chiffre qu'elle ne dépassera probablement pas, en raison d'un astigmatisme très accentué.

Ces deux observations nous paraissent être une démonstration de la théorie pathogénique de l'ophthalmie sympathique que nous exposions, mais même pour ceux qui n'admettraient pas notre théorie, il nous semble qu'elles ont un intérêt pratique.

REVUE DES CONGRÈS

SEPTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Leipzig du 9 au 11 juin 1897.

Du placenta prævia.

M. Hofmeier (de Wurtzbourg) fait observer que le sens du mot varie suivant qu'on l'envisage au point de vue *anatomique* ou au point de vue *clinique*. Dans le premier cas, il s'agit de *placenta prævia* lorsque le placenta recouvre l'orifice interne du col dès la grossesse. Dans le second cas, il s'applique à tous les différents états dans lesquels le placenta s'est développé en totalité ou en partie dans le voisinage du segment utérin inférieur, lorsqu'il s'est détaché sur une plus ou moins grande étendue au cours et sous l'influence de l'accouchement et qu'il donne lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes.

Personnellement, M. Hofmeier pense que si on se place au point de vue anatomique exact, on ne doit accepter sous la désignation de *placenta prævia* que les cas où, le col étant encore fermé, une partie plus ou moins étendue du placenta recouvre l'orifice interne.

Suivant les dimensions de cette portion placentaire, on se trouvera en présence soit d'un *placenta prævia partiel*, soit d'un *placenta prævia total* ou *central*.

Au point de vue de la formation anatomique du placenta prævia M. Hofmeier admet que :

1° Il se formera un placenta prævia lorsque, après enveloppement de l'ovule par la caduque réfléchie et à la suite du développement ultérieur de l'œuf, la caduque se divisera, et que ce processus de division s'étendra jusqu'à l'orifice interne ou son voisinage immédiat; ou bien lorsque, dans les cas de placenta marginé, par le même phénomène de division de la caduque, l'orifice interne se trouvera entouré par les villosités placentaires.

2° La formation d'un placenta prævia pourra être encore due à l'existence d'un placenta réfléchi se placera au-dessus de l'orifice interne.

3° Il est douteux que le placenta prævia puisse se développer à la suite de l'implantation directe de l'ovule au-dessus de l'orifice interne, car les conditions anatomiques et embryologiques, telles que nous les connaissons actuellement, plaident fortement contre cette possibilité.

Il est de notion courante que, dans les cas de placenta prævia, la grossesse est souvent interrompue dans sa seconde moitié, et que la cause la plus fréquente de cette interruption est l'hémorrhagie qui survient à cette époque. Elle provient surtout de petits glissements ou déplacements s'effectuant entre la paroi utérine et le placenta ou de petites déchirures de la caduque qui ferme l'espace intervilleux du côté du col utérin. Ces déchirures sont occasionnées soit par des influences extérieures, soit par des contractions utérines se manifestant pendant les dernières semaines de la gestation et pouvant s'étendre jusqu'à un sinus veineux de la caduque ou même ouvrir l'espace intervilleux, d'où une hémorrhagie plus ou moins abondante et presque toujours d'origine veineuse. L'intensité et l'importance de cette hémorrhagie ne sont pas du tout en rapport avec le volume de la portion placentaire surplombant le col, car elle peut devenir rapidement mortelle avec un lambeau placentaire de faibles dimensions, tandis qu'elle peut n'être ni grave ni abondante avec un placenta prævia très volumineux.

Le diagnostic repose en première ligne sur l'existence de l'hémorrhagie et la constatation du tissu placentaire au-dessus du col. La persistance de l'hémorrhagie après la rupture de la poche des eaux plaide en faveur du décollement prématuré d'un placenta à siège normal ou siégeant indubitablement dans la partie supérieure de la cavité utérine.

L'indication primordiale de tout traitement du placenta prævia doit être l'arrêt définitif de l'hémorrhagie. Lorsque les premières hémorrhagies surviennent pendant la grossesse, le col étant encore fermé, un tamponnement solide et serré du vagin

à la gaze stérilisée ou iodoformée est tout indiqué; il sera renouvelé aussi longtemps que l'hémorrhagie persistera. Mais, à moins d'indications absolues, celui-ci ne devra pas être continué pendant plusieurs jours. Dès que le travail est commencé, le meilleur moyen pour arrêter l'hémorrhagie sera de procéder à la rupture de la poche des eaux; on évitera de cette façon un décollement plus étendu du placenta, car la partie fœtale qui se présente, en descendant et en appuyant sur le segment utérin inférieur, exercera une compression très efficace des surfaces saignantes.

Dans nombre de cas, surtout dans les présentations du sommet et lorsque le placenta prævia est partiel, l'hémorrhagie s'arrête alors complètement et l'accouchement se termine d'une façon spontanée et absolument normale. Mais le procédé en question ne remplit pas le but désiré lorsque le placenta est décollé sur une plus grande étendue, lorsque les douleurs sont insuffisantes et irrégulières et que l'hémorrhagie se reproduit malgré l'écoulement des eaux. Il est par conséquent plus sûr de ne pas se contenter seulement de la rupture de la poche des eaux, mais de la faire suivre immédiatement de la version combinée et de l'abaissement forcé du pied.

L'arrêt rapide de l'hémorrhagie à la suite de cette manœuvre indiquée par Braxlan Hicks est surtout dû à la rupture de la poche des eaux, mais le procédé en question présente encore d'autres avantages pratiques : d'abord les contractions utérines deviennent plus régulières et plus actives et, si l'hémorrhagie ne s'arrête pas ou se renouvelle, il sera facile de la faire cesser par des tractions sur le membre inférieur abaissé.

Si le col et les parties molles sont peu dilatées, il sera parfois indiqué, selon le conseil de Dührssen, de faire précéder la version et l'extraction de l'application intra-utérine d'un colpeurynter que l'on remplira graduellement d'eau et qui agira en même temps comme tampon et comme agent dilatateur.

La rupture de la poche des eaux suivie de la version podalique constitue encore la meilleure intervention dans les cas où l'on ne peut atteindre le bord du placenta, à cause de son insertion centrale et du peu de dilatation de l'orifice utérin. Naturellement on n'y parviendra qu'en traversant le placenta en son milieu et en déchirant le chorion et l'amnios; l'enfant sera le plus souvent sacrifié, mais on peut ajouter que dans ces conditions il n'y a presque aucun moyen de le sauver.

Chez les malades épuisées par une longue et abondante hémorrhagie, il faudra après le tamponnement ou la version s'occuper activement de rétablir la circulation et l'état des forces par des injections sous-cutanées d'eau salée, d'éther ou d'huile camphrée, par des lavements stimulants, etc.

La période de la délivrance doit être encre surveillée de très près, car l'utérus se contracte souvent fort mal dans ces cas, surtout le segment inférieur sur lequel s'insère le placenta; en outre, il existe fréquemment des adhérences très solides entre la paroi utérine et le placenta, adhérences habituellement dues à une endométrite coexistante; les placentas accessoires ne sont pas rares non plus.

On devra garder l'expectative aussi longtemps que possible, mais il est certain qu'il survient souvent à ce moment des complications qui nécessitent encore l'intervention manuelle intra-utérine.

M. Schatz (de Rostock), après avoir exposé le développement anatomique du placenta prævia, passe à l'étude des causes de cette disposition.

L'endométrite est généralement envisagée comme la cause la plus fréquente de la formation du placenta prævia. La fréquence particulière du placenta prævia chez les multipares, chez les femmes dont les grossesses se succèdent rapidement, chez celles qui ont de fortes déchirures du col ou des tumeurs fibreuses n'a certainement pas d'autres raisons que celles que nous venons d'indiquer pour l'endométrite.

Une autre cause de placenta prævia semble résider dans l'atrophie généralisée de la muqueuse utérine, dont la conséquence est une étendue beaucoup plus grande de la surface muqueuse prenant part au développement de l'enveloppe de l'œuf.

Le siège du placenta peut être reconnu à la fin de la grossesse par la comparaison des différentes parties de la paroi utérine; il pourra en être quelquefois de même dans les trois premiers mois de la grossesse, car à ce moment déjà l'utérus n'est pas distendu d'une façon uniforme et régulière, mais il l'est davantage au point d'insertion de l'œuf. Il sera donc parfois possible de diagnostiquer à ce moment le siège peu élevé de l'œuf et par conséquent le placenta prævia. A la fin de la gestation, ce sont surtout la hauteur de la partie fœtale qui se présente et la difficulté de sa palpation qui permettront le diagnostic; quant au ramollissement particulier du col et du vagin, il n'est pas du tout caractéristique du placenta prævia, ainsi qu'on l'a souvent prétendu.

Les hémorrhagies survenant à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement, quoique typiques, peuvent cependant faire commettre des erreurs : elles peuvent provenir de la caduque vraie et être aussi abondantes qu'en cas de placenta prævia.

Le pronostic du placenta prævia est toujours douteux, le plus souvent mauvais; cependant il peut être amélioré par la pré voyance et l'habileté de l'accoucheur.

L'état général de la femme a une importance majeure vu le danger couru au moment de l'accouchement, danger qui réside surtout dans l'intensité de l'hémorrhagie, l'étendue des lésions utérines et l'infection. La conduite de l'accouchement exige les plus grands soins et la présence constante de l'accoucheur auprès de sa malade; il devra surtout choisir le moment et le mode le plus favorables pour l'intervention opératoire, et celle-ci devra être exécutée avec autant de calme que d'énergie.

Le pronostic est surtout mauvais pour l'enfant, dont on se préoccupera, en cas de danger excessif pour la mère, d'autant moins qu'il n'est pas toujours à terme.

S'il existe vraiment un rapport entre le placenta prævia et l'endométrite, le curetage et le traitement consécutif de cette dernière rendront le placenta prævia ainsi que les adhérences et les anomalies placentaires beaucoup plus rares. Si le placenta prævia pouvait être reconnu dès les premiers mois de la grossesse, l'avortement artificiel serait non seulement autorisé, mais encore absolument indiqué et devrait être suivi d'un curetage de la muqueuse utérine. Mais, vu la difficulté d'un diagnostic certain, on fera cependant bien de ne pas faire figurer cette dernière intervention, un peu trop radicale, dans les traités et les manuels d'obstétrique. Contre les hémorrhagies des derniers mois de la grossesse on prescrira le repos au lit et les agents sédatifs de l'utérus, la morphine et le *viburnum prunifolium*. On administrera ce dernier remède pendant quelque temps. Si l'hémorrhagie est trop abondante ou qu'elle persiste malgré ce traitement, on aura recours au tamponnement du vagin jusqu'à ce que la dilatation obtenue permette de pratiquer la version d'après la méthode de Braxton Hicks. Cette version constitue l'intervention idéale par excellence; cependant on ne doit pas procéder à l'extraction rapide de l'enfant, car les déchirures graves du col sont fréquentes dans ces conditions et peuvent se produire même en usant de beaucoup de patience.

L'absence d'un certain degré de dilatation ou au moins de dilatabilité du col a donc beaucoup d'importance, et le tamponnement préalable n'est pas à dédaigner, malgré l'avis contraire de quelques opérateurs.

Le colpeurynter n'a pas répondu aux espérances qu'à plus d'un titre on pouvait fonder sur lui, et cela non seulement parce qu'il laisse filtrer le sang autour de lui, mais aussi parce que sa grande élasticité le fait descendre sous l'influence des contractions utérines et remonter dès qu'elles sont passées; de cette manière, il ne peut produire un tamponnement efficace dû à la formation d'un caillot solide au-dessus de lui, et son action hémostatique est presque nulle. Le tamponnement vaginal à la gaze stérilisée, n'étant pas élastique, est de beaucoup préférable et plus efficace, à condition toutefois qu'il soit solide et très bien fait et ne consiste pas en trois ou quatre tampons de la grosseur d'une noix, ainsi que certains auteurs le recommandent.

S'il ne survient pas de nouvelles hémorrhagies, on aura quelquefois la chance que l'accouchement simultané du tampon et de l'enfant tire l'accoucheur d'une situation souvent difficile.

La rupture de la poche des eaux a l'avantage d'empêcher le glissement du placenta contre la paroi utérine, mais elle a par contre l'inconvénient de retarder l'accouchement et de rendre dangereuse, par sa longue durée, une hémorrhagie même peu abondante. On ne devra donc la pratiquer que lorsque la tête sera engagée dans le bassin ou que la dilatation du col per-

mettra de pratiquer de suite la version podalique. Dans le cas contraire, on devra tamponner sans rompre la poche des eaux. Le détachement du plancenta prævia, d'après Simpson, n'a pas une action certaine sur l'hémorrhagie et il présente l'inconvénient de toujours sacrifier l'enfant.

L'application *intra-utérine* du colpeurynter après rupture de la poche des eaux, avec traction élastique légère et continue au moyen du tube de caoutchouc, méthode conseillée par Dührssen, offre assurément des avantages en ce qu'elle combine l'effet hémostatique à la dilatation graduelle de l'orifice interne. Bien qu'elle ne présente pas autant de danger pour l'enfant que la version, elle n'est cependant pas complètement inoffensive, vu le degré de dilatation que l'on doit donner au ballon (injection d'environ un demi-litre d'eau). La traction sur le tube, sans être trop forte, doit pourtant suffire à arrêter l'hémorrhagie et à provoquer les contractions utérines; la dilatation se fera d'autant mieux que la traction sera plus faible. L'inconvénient de cette méthode est qu'elle est d'une application difficile pour la plupart des praticiens, plus difficile que le tamponnement vaginal à la gaze.

La période de délivrance est souvent compliquée par des adhérences plus ou moins solides, dues aux hémorrhagies et aux poussées inflammatoires survenues pendant la grossesse; l'expression d'après la méthode de Credé échoue souvent on n'agit pas assez rapidement à cause de l'hémorrhagie due au détachement partiel du placenta, et l'on devra fréquemment avoir recours au décollement manuel. On tamponnera la cavité utérine si l'organe ne se contracte pas ou ne se contracte qu'insuffisamment.

M. Bayer (de Strasbourg), a dans presque tous les cas de placenta prævia, a constaté, au niveau du col, une espèce de stricture, correspondant sur les coupes microscopiques à une hypertrophie et hyperplasie musculaire très manifeste. La possibilité du placenta prævia cervical, lui semble certaine. Il croit en outre que l'on pourrait avantageusement diviser les placentas prævia en deux grandes classes, ceux qui donnent lieu à des hémorrhagies pendant la grossesse et ceux qui n'en déterminent.

M. Küstner a eu l'occasion de constater d'une façon qui ne laisse aucun doute l'existence du placenta prævia cervical.

Au point de vue du traitement du placenta prævia, M. Küstner est satisfait des résultats obtenus par l'emploi du colpeurynter. Sur 16 cas de placenta prævia qu'il a soignés à l'aide du colpeurynter, il a eu 11 enfants vivants.

M. Ahlfeld (de Marbourg) admet que chez la femme il existe dans l'utérus une place préformée où l'œuf vient se fixer : c'est cette partie libre de la muqueuse qui est située au-dessous du niveau des deux orifices tubaires, aussi fréquemment sur la paroi utérine antérieure que sur la paroi postérieure.

La cause de la fixation de l'œuf en position anormale, c'est-à-dire trop basse, dans le fait qu'il existe des modifications plus ou moins profondes de la muqueuse utérine et de sa sécrétion normale. La fréquence du placenta prævia chez les multipares plaide en faveur de cette manière de voir.

Une des questions les plus difficiles à résoudre est de savoir si un œuf, s'insérant à sa place normale, peut, par le développement ultérieur de son placenta, donner lieu à la formation d'un placenta prævia? M. Ahlfeld pense que M. Hofmeier a eu tort de repousser complètement l'hypothèse de la possibilité d'un accroissement unilatéral du placenta, car on voit encore fréquemment dans les cas de rétroflexion étranglée ou d'antéflexion exagérée à la suite d'une fixation vaginale, l'utérus gravide se développer aux dépens d'une de ses moitiés. Quoi qu'il en soit, il n'est guère probable qu'un placenta prævia puisse provenir d'un œuf inséré normalement, soit à l'aide d'un placenta soi-disant réfléchi ou bien d'un *placenta circumvallata* à extension anormale. Par contre, il existe des preuves de la formation du placenta prævia par fixation primitive de l'œuf dans la partie inférieure de la matrice. On se rapprochera donc de la vérité en admettant que la formation d'un placenta prævia est dépendante de la fixation de l'œuf dans le segment inférieur de l'utérus.

Une autre question qui se pose est celle de savoir s'il existe un véritable placenta central, c'est-à-dire un placenta dont les villosités choriales entourent complètement l'orifice interne en faisant partout corps avec la caduque vraie. Par contre, de nombreux comptes rendus d'autopsie relatent que l'insertion placentaire était visible tout au pourtour de l'orifice interne. Jusqu'à ces dernières années M. Ahlfeld considérait ces dernières preuves comme convaincantes, mais depuis lors il a observé, en explorant la cavité utérine des femmes accouchées depuis neuf à onze jours, que, dans les cas de siège un peu bas du placenta la presque totalité de la muqueuse utérine était recouverte des mêmes granulations que l'on ne rencontre d'habitude que sur la surface d'insertion du placenta, et cette constatation a encore ébranlé ma conviction dans l'existence d'un véritable placenta central.

Au point de vue de sa formation, il n'en peut exister que deux modes : accroissement direct au-dessus de l'orifice utérin; accroissement en fer à cheval autour de l'orifice interne.

Il est très difficile d'interpréter d'une façon satisfaisante la grande étendue qu'offre la masse placentaire dans certains cas de placenta prævia; en tout cas, il est un fait certain et indiscutable, c'est que le placenta peut parfois s'étendre à la fin de la grossesse depuis l'orifice interne jusqu'aux orifices tubaires.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Juin 1897.

Goître exophthalmique.

MM. Reclus et **Faure** ont observé une malade chez qui un goître exopthalmique débuta après une troisième grossesse, à la suite d'une émotion. Les traitements médicaux restèrent nuls, sauf une amélioration passagère due à l'électricité. Lorsque la malade fut envoyée à M. Reclus, l'exopthalmie était telle que l'occlusion des paupières était impossible, le cou était volumineux, le cœur battait couramment à 120-130 et les troubles cachectiques et nerveux (tremblement, diarrhée, amaigrissement, etc.) était accentués; il y avait même de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. Dans ces conditions, l'opération paraissait indiquée et M. Faure la pratiqua. Il opéra d'abord à droite, puis à gauche et, par une incision située le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, réséqua la plus grande partie du grand sympathique. L'opération fut facile et la dilatation vasculaire ne gêna en rien.

Pendant l'opération, aucun accident cardiaque. Après, amélioration de tous les accidents : dès le 7e jour l'exophthalmie avait presque disparu et les ulcérations cornéennes étaient cicatrisées; le cou a diminué; le pouls bat à 90; le tremblement est très peu marqué, la diarrhée, la polyurie, la sialorrhée ont disparu, l'état général s'est pour ainsi dire transformé.

Sans doute, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une amélioration passagère, car nous ne sommes qu'au 16e jour. Mais déjà il y a des opérations assez anciennes de Jaboulay, Jonnesco, G. Marchant sur lesquelles on pourrait avoir des renseignements qui permettraient un jugement définitif.

Vaccination antirabique et paralysie ascendante aiguë.

M. Brouardel. — M. Rendu reconnaît que dans son hypothèse la guérison, malgré la continuation des injections, est difficile à comprendre. Pour M. Brouardel, c'est même un argument victorieux. Sans doute, on ne connaît pas la toxine des émulsions de moelle rabique; mais, avec la toxine antidiphthérique, la mort dans ces conditions est constante si on continue l'inoculation malgré le début de quelques accidents. Peut-on dire que le traitement s'accompagne souvent de myélite ascendante? Nous sommes actuellement, en somme, à la tête de 4 observations : or, quoique en dise M. Rendu, la paralysie de Landry n'est pas très exceptionnelle; on n'a qu'à voir, pour en juger, l'abondance de la littérature qui la concerne. Cette myélite, comme l'a fort bien vu M. Rendu, est identique à celles qu'on

provoqué par des injections virulentes diverses et qu'ont étudiées récemment Roger, Marie, Œttinger, etc. Les observations cliniques sont également probantes, que l'on ait ou non mis en évidence à l'autopsie le microbe causal, et l'on connait bien aujourd'hui ces myélites aiguës consécutives à la pneumonie (par exemple le cas initial de Landry), à la grippe, etc.

Ces myélites, encore parfois mal catégorisées, relèvent, en somme, d'une infection quelconque, et l'on peut fort bien admettre que chez le malade de M. Rendu l'inoculation a eu lieu par la plaie accidentelle. Serait-ce donc un cas de rage? C'est peu admissible, car ce serait le premier cas connu de transmission de l'homme à l'homme. Aussi M. Brouardel conclut à une inoculation septique par une piqûre anatomique. Le cas dont a parlé M. Laveran n'est pas comparable : M. Rondot (de Bordeaux) a envoyé à M. Brouardel une observation semblable et, dans l'une comme dans l'autre, il faut conclure à une rage paralytique ayant débuté parce que le traitement a été institué trop tard mais il a cependant réussi à enrayer le mal.

Traitement des anévrysmes par l'injection sous-cutanée de gélatine.

M. Lancereaux. — Les physiologistes ont bien montré que par les injections intraveineuses de gélatine on augmente la coagulabilité du sang. Dès lors, ne pouvait-on y avoir recours pour favoriser les dépôts fibrineux dans les anévrysmes chirurgicalement inaccessibles? M. Lancereaux l'a pensé et a essayé ce traitement chez un malade atteint d'un énorme anévrysme aortique, avec tumeur grosse comme une tête de fœtus battant à la paroi thoracique antérieure. Il fit donc 12 injections successives de 150 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 1/1000 avec chlorure de sodium à 1/1000 : à partir de la première injection, l'accroissement de la poche a cessé, la tumeur a durci, les souffrances ont disparu, et le résultat est aujourd'hui très satisfaisant.

Grossesse extra-utérine.

M. Pinard. — Bien des chapitres sur ce sujet sont encore obscurs, malgré le nombre des observations actuelles, car les faits bien étudiés sont rares. De là l'intérêt des cas communiqués par MM. Routier et Tuffier.

M. Pinard résume d'abord l'observation de M. Routier (voir *Gazette* 1897, p. 232) et montre avec quelles péripéties l'extirpation totale fut enfin menée à bien, si bien par M. Routier, malgré son succès, conclut qu'au-dessus de 5 mois il faut, selon le conseil de M. Pinard, en rester à l'incision et au drainage du sac. Aussi M. Pinard félicite-t-il M. Routier à la fois de sa franchise et de son habileté.

D'une façon générale, l'intervention doit avoir pour but l'extériorisation du sac, par l'abdomen ou par le vagin; on enlève le fœtus, mais on ne doit enlever le placenta que si le fœtus est mort depuis deux mois déjà; on n'extrait la poche que si elle ne présente pas d'adhérences, ce qui est exceptionnel.

Le 8 juin, M. Tuffier relatait l'histoire d'une femme atteinte dans l'hypochondre droit d'une tumeur sur la nature de laquelle on hésitait. Cette tumeur, de nature biliaire probablement, évolua pendant une grossesse. On hésitait sur la possibilité d'une hydronéphrose, mais M. Tuffier conclut à une hydropisie de la vésicule. Une fois la poche ouverte, M. Tuffier y trouva un fœtus macéré de 5 mois environ, laissa le placenta en place, bourra à la gaze iodoformée et guérit sa malade.

La coexistence du kyste fœtal et de la grossesse extra-utérine est fort intéressante. Il faut ici distinguer deux cas. Dans l'un la grossesse normale survient chez une femme ayant déjà un kyste fœtal : les faits aujourd'hui en sont assez nombreux et ont été réunis par Schuhl.

D'autre part, il peut exister des grossesses gémellaires intra- et extra-utérines simultanées. M. Pinard, il y a plusieurs années, en a déjà réuni 23 observations, et d'après lui c'est ainsi qu'il faut interpréter le cas de M. Tuffier.

Pourquoi ce siège si élevé, sous-ombilical? Il est probable que le kyste fœtal a été soulevé par l'ascension abdominale de l'utérus et a été fixé par des adhérences. Dans les conditions où la malade a été observée, l'erreur de diagnostic était inévitable, mais elle ne porte aucun préjudice à la patiente.

Cette malade a guéri, avec intégrité de son appareil génital, et l'intérêt en est réel, car M. Pinard a deux opérées qui sont ultérieurement devenues enceintes.

Myopie forte.

M. Chauvel lit un rapport sur le mémoire de **M. Vacher** relatif au traitement de la myopie forte par l'extinction du cristallin transparent (voir *Gazette*, 1896, p. 512 et 1897, p. 280).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 Juin 1897.

Toxicité urinaire des nourrissons.

M. Ant. Riche. — J'ai entrepris, avec M. Charrin, une série de recherches relatives à l'urine des nouveau-nés.

A volumes égaux, à l'état normal, cette urine est moins toxique que celle de l'adulte : il faut 80 à 120 centim. au lieu de 40 à 60 centim. pour tuer 1 kilogramme d'animal.

En dehors de la simple dilution, on peut invoquer plusieurs arguments en faveur de ce défaut de toxicité, plus apparent qu'absolu.

On peut remarquer que le lait n'introduit pas de sels de potasse, que la désassimilation est peu active, que les débris fermentescibles des aliments sont rares, que les pigments urinaires accusés par Thudicum sont minimes, etc. Ce sont là les causes des origines de ces poisons de l'urine.

Chez le nouveau-né, les variations toxiques placent en lumière une fois de plus ces causes ou origines.

Si on remplace le lait par des aliments riches en potasse, si on se sert du contenu vésical d'un enfant à désassimilation augmentée par la maladie, l'hérédité, ou d'un nourrisson atteint d'entérite, etc. on voit s'accroître ce pouvoir toxique.

Les accidents engendrés sont, avec des différences dans l'intensité, à peu près ceux qu'occasionne la sécrétion rénale de l'homme mûr; on voit pourtant, à l'état pathologique, des poisons anormaux, en particulier ceux qui, comme certains pigments, passent de l'intestin dans la vessie, on note, dans des cas rares, des lésions particulières faisant suite à la pénétration d'urines pathologiques.

La ressemblance de ces accidents ne surprend pas, puisqu'il s'agit des résultats d'un même être à divers âges. — D'autre part, si on tient compte des poids, des volumes des 24 heures, on constate que le rein est toujours un excellent filtre, qu'il laisse passer au début de la vie, sensiblement, toutes proportions gardées, ce qu'il laisse passer plus tard au point de vue toxique; en dépit des apparences premières, pour 1000 grammes de nouveau-né le rein est traversé par une dose de poison capable de tuer 400 à 600 grammes de matière vivante : c'est à peu près ce qui a lieu dans l'âge mûr.

Trajet des fibres de la corne d'Ammon.

M. Déjerine a eu l'occasion de faire l'examen d'un cas où il existait une lésion de la corne d'Ammon, lésion strictement corticale ayant laissé intacte la substance blanche sous-jacente.

Sur des coupes en série, il a pu constater que la corne envoie des fibres commissurales vers la corne du côté opposé et que l'origine de la partie non-olfactive de la commissure antérieure vient exclusivement de la corne d'Ammon.

Emploi de l'holocaïne en ophthalmologie.

M. Emile Berger — Deux à trois gouttes de chlorhydrate d'holocaïne (à 1/100) instillées dans l'œil provoquent une anesthésie du globe d'une durée de 18 à 20 minutes sans aucun des symptômes fâcheux de l'anesthésie cocaïnique (mydriase, troubles de l'accommodation) ou eucaïnique (hyperémie forte, hypersécrétion lacrymale). Malgré la grande toxicité de l'holocaïne, M. Berger n'a jamais pu constater des symptômes d'in-

toxication, même chez des enfants. L'association de la cocaïne avec un myotique augmente l'action de ce dernier, ce qui ne s'observe pas si ce dernier est associé à l'holocaïne. La cocaïne, en effet, produit par le desséchement de l'épithélium cornéen des éraillures, par lesquelles la résorption d'un myotique est favorisée; ces éraillures constituent également des portes d'entrée pour les microbes pyogènes. Ces éraillures ne se développent pas dans l'œil holocaïnisé dont l'humidité est nullement altérée.

De l'action du chlorhydrate de morphine sur le tétanos.

M. J. Babinski. — J'ai observé un fait clinique et quelques faits expérimentaux relatifs à l'action du chlorhyorate de morphine sur le tétanos qui me paraissent dignes d'être relatés. Voici d'abord le fait clinique.

Une femme, âgée de 44 ans, faisant depuis près de 20 ans usage de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, contracte le tétanos, vraisemblablement à la suite d'une injection pratiquée avec une seringue ou un liquide contaminé. Cette affection a commencé à se manifester par du trismus qui a apparu brusquement pendant que la malade était à table. Le même jour elle a senti de la raideur dans les membres inférieurs et de la difficulté à se tenir debout. Ces troubles ont été en s'accentuant. Deux jours après les muscles du cou se sont contracturés. La malade entre à l'hôpital quatre jours après le début de l'affection. On constate immédiatement à l'entrée une contracture très prononcée des membres inférieurs avec une notable exagération des réflexes tendineux et de l'épilepsie spinale, une légère raideur des membres supérieurs, de la contracture des muscles de la région cervico-dorsale avec renversement de la tête en arrière, du trismus et de la contracture des muscles de la face. Une heure environ après le premier examen la malade est prise d'un accès de dyspnée très intense et de secousses spasmodiques des membres inférieurs et des membres supérieurs. La température est de 38°. Ces paroxysmes se reproduisent plusieurs fois dans la journée. La malade prend dans les 24 heures 6 grammes de polybromure et 4 grammes d'hydrate de chloral en lavement et on lui injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané 35 centigr. de morphine. Le lendemain légère amélioration. On continue le même traitement, et après plusieurs alternatives en bien et en mal les troubles s'atténuent. Le 4e jour après l'entrée l'amélioration est déjà très nette; la malade peut ouvrir un peu la bouche, la raideur des jambes est moindre, les accès de dyspnée ne se reproduisent plus. La guérison ne paraît complète qu'au bout d'un mois. A ce moment tous les troubles dépendant du tétanos, y compris même l'épilepsie spinale, qui jusqu'alors avait persisté, ont complètement disparu.

Est-ce à l'usage de la morphine que nous avons pu injecter sa forte dose en raison de l'accoutumance de la malade à ce médicament qu'il faut attribuer la guérison dans ce cas? La morphine a-t-elle au moins contribué à la guérison? Certes il est impossible d'être affirmatif à cet égard, mais c'est là une hypothèse très soutenable. On sait, du reste, que le médicament a été préconisé contre le tétanos.

Quoiqu'il en soit l'observation de ce fait m'a conduit à pratiquer des expériences relatives à l'action du chlorhydrate de morphine sur le tétanos. Ces expériences sont faites sur des cobayes; elles sont en cours d'exécution; je vais indiquer les premiers résultats obtenus.

1re *Expérience* (3 cobayes). Le 26 janvier 1896, on fait une injection sous-cutanée à chaque cobaye d'une goutte d'une solution de toxine tétanique. L'un des animaux sert de témoin. Aussitôt après l'injection de la toxine on injecte dans le tissu cellulaire de l'un des deux autres cobayes 3 centigr. 33 de chlorhydrate de morphine et le lendemain 5 centigrammes, il meurt le 29, 69 heures après l'injection de la toxine. Le 27 on injecte au 3e cobaye 33 centrigr. 33 de morphine; il succombe le 29, 69 heures et demie après l'injection de la toxine. Le cobaye témoin était mort le 28, n'ayant survécu que 45 heures.

2e *Expérience* (6 cobayes). Le 8 juin 1897, on fait une injection sous-cutanée de chlorydrate de morphine à 4 cobayes (3 centigr. 6 par animal), puis on injecte dans le tissu cellulaire de ces 4 cobayes et de 2 cobayes témoins une solution de toxine tétanique (1/4 de centimètre cube par animal). Le 9 l'un des cobayes témoins meurt, 31 heures après l'injection de la toxine, l'autre témoin meurt le 10, 43 heures après l'injection de la toxine. Les autres cobayes, dont 3 avaient encore reçu, le 10, 4 centigr. 8 de morphine chacun succombent au bout de 47 heures 48 heures et demie et 52 heures.

3e *Expérience* (6 cobayes). Le 11 juin 1897, on fait une injection sous-cutanée de chlorydrate de morphine à 4 cobayes (4 centigr. 8 par animal), puis on injecte dans le tissu cellulaire de ces 4 cobayes et de 2 cobayes témoins une solution de toxine tétanique (1/4 de centimètres cube par animal). Les deux témoins meurent le 14, au bout de 61 heures et de 61 heures un quart. Des quatres autres cobayes, qui ont reçu quotidiennement 4 centigr. 8 de morphine chacun, deux sont morts le 14, l'un presque en même temps que les témoins, l'autre 5 heures et demie plus tord; le troisième a vécu jusqu'au 18, ayant survécu 191 heures et demie à l'injection de la toxine tétanique; le quatrième enfin était en parfait état aujourd'hui 19 à midi, et n'avait encore présenté aucun signe de tétanos.

L'action retardante du chlorhydrate de morphine dans le tétanos ressort nettement de ces expériences. Il paraît même vraisemblable que ce médicament peut, dans certaines circonstances exercer une action retardante.

Cultures des organismes unicellulaires sur des milieux contenant des toxines.

M. Metchnikoff, en revenant sur la communication faite dans la séance précédente par MM. Charrin et Maugin, expose let résultats de ses expériences sur les cultures des levures et des moisissures sur des milieux contenant des toxines.

Il a constaté que, suivant la nature des microorganismes cultivés, les toxines sont altérées ou non. Quelquefois, le liquide acquiert des propriétés préservatrices, mais jamais franchement antitoxiques.

D'une façon générale, le pouvoir de former des antitoxines sembla n'appartenir qu'aux vertébrés. La réaction fébrile n'est pas pour cela nécessaire. Ainsi l'animal qui fournit le plus rapidement des toxines antitétaniques est le crocodile, et pourtant chez le crocodile on ne provoque pas de fièvre.

MM. Athanasiu et **Langlois** ont constaté que si l'on injecte rapidement dans la veine jugulaire d'un chien 120 gr. d'eau à 94°, on ne provoque pas la mort de l'animal ni immédiatement, ni à longue échéance. La température du cœur s'élève à ce moment ou pour quelques secondes à 55°.

M. Lapicque rapporte ses expériences sur l'élimination du fer par l'intestin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Juin 1897.

Extirpation du cancer du rectum.

M. Quénu lit un mémoire sur le choix des procédés opératoires dans l'extirpation des cancers du rectum, qui aboutit aux conclusions suivantes :

1° Nous réservons l'extirpation sacro- ou périnéo-abdominale au cancer sigmoïde ou recto-sigmoïde.

2° Nous conseillons la voie périnéale par notre procédé de dénudation prérectale, dans tous les cancers anaux ou ano-ampullaires ne débordant pas le cul-de-sac péritonéal ou coccygien.

3° Dans les cancers de l'ampoule, nous distinguons les cas d'épithéliomes très limités, justiciciables du Kraske type, avec plaie cutanée ouverte, et les épithéliomes étendus à toute l'ampoule; à ces derniers conviennent la voie sacrée comme voie d'attaque, le retournement comme traitement du bout supérieur.

4° Dans les cancers occupant la totalité du rectum, nous recourons encore au retournement après avoir abordé la lésion successivement par le périnée, puis, s'il est nécessaire, par le coccyx et le sacrum.

5° L'anus iliaque préalable est applicable à la plupart, sinon

à tous les cas ; il faut profiter de l'incision iliaque, non seulement pour explorer avec le doigt l'état des parties voisines, mais encore pour introduire la main toute entière dans l'excavation pelvienne, et reconnaître, de la façon la plus précise, la hauteur du cancer par rapport au cul-de-sac recto-utérin ou recto-vésical en avant, par rapport au méso-rectum en arrière, l'état des ganglions sacrés, l'état des ganglions lombaires et pelviens latéraux.

6° Si le siège élevé d'un cancer rectal proprement dit et son étendue font prévoir qu'il faudra sacrifier tout le bout sous-jacent à l'anus iliaque et accepter un anus iliaque définitif, il est quelques précautions à prendre pour faciliter le retournement. Il faut, pour cela, évidemment, que l'anus iliaque soit établi aussi près que possible du cancer, afin d'avoir pour la pince la traversée la plus courte. Dans le cas contraire, du reste, on en serait quitte pour réséquer préalablement un plus long bout d'intestin.

Hystérectomie abdominale.

M. Richelot décrit un procédé d'hystérectomie abdominale pour le cas où l'on fait l'extirpation de l'utérus avec les annexes.

La malade est placée dans la position de Trendelenburg et le ventre est ouvert. Des compresses isolent l'intestin refoulé en bas. Si l'exploration démontre des lésions bilatérales des annexes, on taille d'abord à la face antérieure de l'utérus un lambeau péritonéal que l'on rabat sur la vessie. Puis on pince et on lie l'utérine que l'on trouve facilement. On ouvre ensuite le cul-de-sac antérieur, on saisit le col, on l'attire en haut et on libère les ligaments larges de bas en haut. En déchirant le feuillet antérieur du ligament large, on parvient à isoler les annexes, à les décortiquer toujours de bas en haut, à les pédiculiser avec le fond de l'utérus, de telle façon que tout l'appareil utéro-ovarien est enlevé d'un seul bloc. Il reste à pratiquer les ligatures que l'on fera toujours au catgut.

Au cours de l'opération, les poches kystiques annexielles ont pu être extraites sans rupture ou bien se sont rompues. Dans le premier cas, il n'y a pas de toilette spéciale à faire et on peut refermer le ventre. Dans le second, on lave la cavité pelvienne, on la tamponne et on la draine avec un tube de verre et de la gaze.

M. Kirmisson présente deux malades opérés avec succès, de coxalgie par le grattage et le drainage de l'articulation.

M. Albarran présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès diverses interventions successives pour la cure d'un uretère surnuméraire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Juin 1897.

Phénomènes vasculaires d'ordre nerveux.

M. H. Vaquez fait une communication sur les accidents vasculaires d'ordre nerveux qui peuvent survenir au cours d'affections aiguës ou chroniques des artères et des veines, ou bien comme épiphénomènes pendant l'évolution de certaines maladies nerveuses, ou bien enfin, isolément, à titre d'accident purement local, chez des sujets ne semblant être porteurs d'aucune autre affection.

Les accidents auxquels il fait allusion ont été déjà signalés, mais d'une façon incidente, dans les nombreuses études faites sur la pathologie des artères. Ils se subdivisent en deux ordres de troubles : les uns, purement objectifs, accompagnent surtout les affections bien caractérisées de ces vaisseaux, les autres subjectifs, consistant en sensations diverses, apparaissent de préférence chez des sujets atteints d'affections nerveuses définies ou de névroses, telles que l'hystérie et la neurasthénie.

Parmi les phénomènes d'ordre objectif il faut signaler les dilatations passagères ou durables des artères atteintes de lésions de diverse nature.

On sait par exemple que l'artérite aiguë s'accompagne habituellement d'un état paralytique du vaisseau, caractérisé par une augmentation de l'amplitude du battement artériel avec diminution de la tension sanguine intra-vasculaire.

L'aortite agit de même et c'est sous l'influence de l'inflammation de la paroi interne de ce vaisseau que son calibre s'élargit et que sa zone de matité à la percussion devient plus nettement appréciable.

A côté de ces faits, il en est d'autres où une dilatation paralytique de l'artère peut également apparaître, en dehors de toute lésion du vaisseau. C'est ce que l'on peut voir dans le cours de certaines affections des centres nerveux ou des névroses. La migraine s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs qui peuvent parfois envahir les vaisseaux de plus gros calibre et provoquer par exemple des modifications du volume de la temporale. Le goître exophthalmique en fournit des exemples plus remarquables encore.

Dans un cas observé par M. Vaquez, où les carotides étaient dilatées à l'excès, on pouvait noter aussi une dilatation manifeste de la crosse aortique dont la matité à la percussion dépassait de deux travers de doigt le bord droit du sternum en même temps que la sous-clavière était notablement surélevée. Tous ces phénomènes disparurent avec la guérison du goître exophthalmique.

Dans tous ces cas, les troubles sont purement objectifs et le malade n'en a pas spécialement conscience. Il en est d'autres où, avec ou sans dilatation vasculaire appréciable, le sujet atteint souffre de phénomènes douloureux, spasmes, battements dont la nature et l'intensité peuvent parfois en imposer pour une maladie véritable des vaisseaux ; c'est ce que l'on voit par exemple chez les sujets neurasthéniques, et l'on sait que certains d'entre eux peuvent être affectés de battements épigastriques très pénibles avec dilatation aortique appréciable, ce qui parfois a pu conduire à admettre faussement l'existence d'un anévrysme à ce niveau.

D'autres fois ce sont des spasmes artériels qui affectent le malade. Dans un cas de cet ordre, M. Vaquez a pu voir, chez un sujet neurasthénique, des battements sensibles et pénibles de l'artère temporale, accompagnés d'une dilatation du vaisseau avec état de rigidité toute particulière et semblable à celle de l'athérome. Les battements, qui étaient incessants, donnaient au doigt une sensation très nette de tremblement spasmodique. Ces troubles durèrent très longtemps, empêchant presque le sommeil et mirent le sujet qui en était porteur dans un véritable état mélancolique. Mais ils finirent par disparaître complètement et actuellement, chez ce malade encore tout jeune, la temporale ne donne plus aucune sensation anormale ; son élasticité a reparu et il semble bien qu'il s'agissait là d'une simple névrose vasculaire.

La pathologie veineuse est moins riche en faits de ce genre ; ceux-ci cependant ne sont pas exceptionnels et si on les ignore on peut commettre certaines erreurs de diagnostic qui ne sont pas sans importance.

La dilatation des veines avec rigidité de la paroi n'est pas très rare dans le cours de certaines affections aiguës de ces vaisseaux.

On sait ce que l'on observe dans le cours des varices chroniques, car les modifications de la structure des parois expliquent le plus souvent les phénomènes. Mais ils ont plus d'importance dans le cas de varices qui se sont développées rapidement. C'est ce que M. Vaquez a pu voir chez les femmes enceintes. Il n'est pas rare de voir apparaître chez ces femmes, surtout à la suite de la fatigue, des dilatations des veines variqueuses avec douleur vive à ce niveau. Le vaisseau semble distendu à l'excès, en même temps que l'on constate une véritable rigidité de sa paroi. La sensation est bien celle donnée par la phlébite et cependant il n'y a aucune rougeur de la région, et, de plus, si l'on appuie doucement et progressivement sur le vaisseau, on verra son calibre s'effacer et la veine s'aplatir complètement ; ce qui prouve bien qu'il n'y a pas de coagulation dans son intérieur. Le plus souvent d'ailleurs, cet accident guérit vite et spontanément, ou bien la dilatation excessive du vaisseau peut s'accompagner d'une rupture partielle de ses tuniques et d'une hémorrhagie localisée dans le tissu conjonctif qui l'entoure. C'est alors que l'on voit apparaître le long du vaisseau une petite ecchymose qui rétrocède lentement. Cet état de rigidité des veines variqueuses avec épaississement subit de leurs parois a été, au dire de M. Censier, retrouvé par Weinlecher au cours d'opération de varicocèle.

M. Censier sépare avec raison ces cas de ceux observés par MM. Duponchel et Letulle, cas où il s'agissait de phlébites chroniques et d'indurations veineuses. Il est arrivé à M. Vaquez, alors qu'il recherchait avec soin toutes les manifestations cliniques de la phlébite, de constater l'existence, en de certains points, d'indurations veineuses dont il ne retrouva point de traces à l'autopsie.

La cause pathogénique de ces divers accidents qui peuvent atteindre les artères et les veines est à coup sûr différente suivant les cas, mais elle agit par l'intermédiaire des éléments nerveux et musculaires des parois des vaisseaux. C'est de cette façon que s'expliquent ces modifications si spéciales du calibre du vaisseau et de l'élasticité de sa paroi, celles-ci apparaissent plus volontiers chez certains sujets lorsqu'il y a déjà des altérations anatomiques même légères, mais on conçoit qu'elles puissent se manifester spontanément sous certaines influences chez des individus prédisposés.

Sur l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale.

MM. Achard et **Castaigne**. — Depuis notre première communication, nous avons recueilli 50 observations nouvelles et fait 18 autopsies. Ces faits confirment les précédents. Sur 22 cas d'élimination normale du bleu, nous avons vérifié 25 fois à l'autopsie l'intégrité du rein, notamment chez un phthisique et un pneumonique albuminuriques. De même, sur 28 cas d'élimination tardive, nous avons constaté les lésions des reins dans les 13 autopsies que nous avons pratiquées. Parmi les faits de cet ordre, nous signalerons notamment 3 cas d'infection urinaire avec pyélo-néphrite suppurée, un cas de néphrite interstitielle avec atrophie considérable des reins qui pesaient chacun 60 grammes seulement, des reins kystiques trouvés à l'autopsie d'un cardiaque albuminurique, un rein unique et présentant des infarctus chez une femme morte d'urémie. Il convient de noter aussi que, dans le cas de lésions circonscrites du rein, si le reste de parenchyme est sain, la perméabilité demeure normale : c'est ce que nous avons vu dans un cas où l'un des reins présentait deux foyers tuberculeux caséifiés.

Nous avons pu suivre chez quelques malades les variations de la perméabilité et nous avons constaté ainsi son retour à la normale, après guérison d'une affection aiguë (pneumonie, ictère catarrhal...); inversement, après l'avoir trouvée normale chez un tuberculeux, nous l'avons vue subir un retard lorsque survinrent de l'albuminurie et de l'anasarque.

Ce n'est pas seulement à la médecine proprement dite que l'épreuve du bleu peut fournir des résultats utiles, mais aussi à la chirurgie urinaire, en indiquant si les reins fonctionnent d'une façon normale. Un fait très intéressant de M. Schwartz en donne une démonstration remarquable : chez un malade atteint d'hydronéphrose et chez qui le cathétérisme de l'uretère permettait de recueillir l'urine de chaque rein séparément, le bleu ne passa pas du côté de l'hydronéphrose et passa avec un léger retard par le rein considéré comme sain et dont l'urine renfermait, il est vrai, des traces d'albumine.

Depuis notre dernière communication, M. Bard a attiré l'attention sur les néphrites épithéliales donnant lieu à un excès de perméabilité rénale; nous avons observé un fait qui s'en rapproche : chez un tuberculeux éliminant le bleu en 25 à 30 heures, nous avons pu voir se développer de l'albuminurie. L'ingénieuse interprétation de M. Bard n'est pas encore vérifiée anatomiquement; mais si elle est exacte, elle est en parfait accord avec l'interprétation que nous donnons de l'épreuve du bleu, puisque notre procédé dans ces cas met en évidence l'excès de perméabilité qui est attesté aussi par d'autres substances telles que les iodures et bromures.

Relativement aux variations qui pourraient résulter d'une absorption défectueuse du bleu, nous avons constaté que l'œdème, même considérable, n'empêche pas le bleu d'apparaître normalement dans l'urine, et par conséquent ne peut fausser les résultats de notre épreuve. Pour vérifier l'état de l'absorption, nous avons employé avec avantage les injections de 20 centigrammes de chlorate de soude, substance qui s'élimine à la fois par la salive et par l'urine, et qui présente sur l'iodure de potassium, auquel nous nous étions adressé tout d'abord, l'avantage de ne produire ni douleur ni irritation locale. L'apparition du chlorate dans l'urine est plus tardive que dans la salive chez les sujets dont la perméabilité rénale défectueuse est attestée par l'épreuve du bleu.

En ce qui concerne la technique de notre procédé, nous conseillons de faire les injections de bleu profondément, afin d'éviter la formation de petits nodules d'induration. Il importe aussi d'employer du bleu de méthylène véritable et non d'autres bleus d'aniline, qui ne donnent pas les mêmes résultats. Un moyen simple de distinguer le bleu de méthylène est l'examen streptoscopique des solutions diluées : cet examen révèle une bande très foncée dans le rouge, que ne présentent pas les autres bleus du commerce.

Une question très intéressante, posée par les recherches de MM. Voisin et Hauser, est la présence de dérivés incolores de bleu de méthylène dans l'urine des sujets soumis à l'épreuve. Nous avons étudié le dérivé incolore qui se transforme en une couleur verte, quand on chauffe l'urine avec de l'acide acétique.

Ce chromogène peut être séparé du bleu dans l'urine, car il est insoluble dans le chloroforme; il peut être transformée en bleu et dosé en cet état.

Chez 29 sujets, nous avons étudié comparativement l'élimination du bleu et celle du chromogène. Chez 9 d'entre eux, le bleu et le chromogène apparaissent simultanément dans le délai normal d'une heure. Chez 8 malades, il y avait un retard, à la fois pour le bleu et le chromogène; il s'agissait dans ces cas de lésions plus ou moins profondes du rein, plusieurs fois vérifiées par l'autopsie. Dans ces cas, le chromogène passait parfois avant le bleu; il semble donc être plus diffusible et traverser plus facilement le rein malade. Enfin chez 11 malades, il y avait un retard pour le bleu seulement et le chromogène apparaissait dans le délai normal. Plusieurs faits cliniques de cet ordre semblent montrer qu'il s'agit, en pareil cas, de troubles des fonctions du rein, et deux autopsies nous ont montré des lésions dégénératives des épithéliums. En somme, on peut provisoirement conclure que le retard portant à la fois sur le bleu et le chromogène est un signe de perméabilité défectueuse et que le retard portant sur le bleu seulement et non sur le chromogène se rencontre dans des cas où le trouble de la perméabilité est moins profond. Mais on ne peut affirmer qu'un trouble des fonctions rénales soit la cause exclusive de ce retard limité au bleu seulement.

En tout cas, il y a intérêt à rechercher systématiquement le chromogène dans les urines des malades qui ont un retard dans l'élimination du bleu. La multiplicité des substances auxquelles donne lieu l'élimination du bleu de méthylène est un avantage à l'actif de la méthode, car ces substances sont inégalement diffusibles, et l'on pourra sans doute tirer de leur élimination comparative des données utiles pour le diagnostic.

M. Voisin. — Nous avons appliqué, M. Hauser et moi, le procédé de MM. Achard et Castaigne à l'examen de la perméabilité rénale chez des épileptiques pendant et après les paroxysmes. Chez 4 de ces malades, examinés aux 2 périodes, nous avons rencontré des résultats qui nous paraissent dignes d'être notés. Dans l'intervalle des crises, l'élimination apparente (c'est-à-dire la coloration des urines) commence à la première heure, devient maxima vers la troisième, et se prolonge jusque vers la cinquantième; l'élimination réelle, mesurée par l'examen à chaud, reste parallèle à l'élimination apparente, mais toujours de quelques degrés supérieure.

Pendant les états de crise, l'élimination se fait sur un mode différent; l'élimination apparente ne commence que vers la 12e et quelquefois la 18e heure; elle se prolonge ensuite bien plus longtemps qu'à l'ordinaire, mais cependant l'élimination réelle se fait comme pendant l'intervalle des crises; la présence du chromogène dans les urines, dès la première qui suit l'injection, en est la preuve.

Il se produit donc un phénomène qui peut être sous la dépendance d'une modification de la perméabilité rénale, mais qui peut, tout aussi bien, être le résultat d'une modification chimique du bleu de méthylène par suite d'un trouble de la nutrition générale.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont à rapprocher de ceux que nous avons étudiés touchant l'albuminurie post-paroxystique et l'abaissement de la toxicité urinaire.

M. Debove demande quels sont les résultats thérapeutiques obtenus par M. Achard.

M. Achard croit avoir constaté que le bleu de méthylène ne possède aucune action, ni nocive, ni favorable.

M. Rendu a soigné une diabétique chez laquelle il lui semble que le bleu de méthylène, même à faibles doses, avait été la cause de céphalées très pénibles.

M. Hirtz a employé le bleu de méthylène dans 6 cas d'albuminurie, et cela sans bénéfice appréciable.

M. Chantemesse a pu donner le bleu de méthylène à la dose de 1 gramme, sans aucun résultat, il est vrai, mais également sans aucun accident.

M. Galliard a publié, en 1891, un mémoire sur le traitement des névralgies par le bleu de méthylène; parmi les 12 malades traités par cette méthode, quelques-uns présentèrent de la dysurie, peu grave et passagère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 17 Juin 1897.

Indications de l'ostéotomie de l'os hyoïde.

M. Vallas précise les indications de l'ostéotomie de l'os hyoïde, opération pratiquée par lui pour la première fois en janvier 1896.

Le manuel opératoire est des plus simple (voir *Gazette hebdomadaire*, 8 avril 1897, p. 334) mais, après la section médiane de l'os hyoïde, deux voies peuvent être suivies, selon que l'opérateur a pour but le pharynx ou la base de la langue.

Pour le premier cas (pharyngotomie trans-hyoïdienne) il existe 3 indications principales :

1° Les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, surtout de petit volume, tels que des épingles, etc.

2° Les tumeurs de l'épiglotte seront plus facilement atteintes par le nouveau procédé que par la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne, qui n'a guère été exécutée qu'une trentaine de fois et qui a le double inconvénient de donner peu de jour et d'exposer à la section du laryngé supérieur.

3° Les rétrécissements syphilitiques de la partie inférieure du pharynx. Bien qu'ils soient plus rares que ceux du pharynx supérieur, on les rencontre parfois cependant et M. Vallas en a opéré deux cas par la voie trans-hyoïdienne. Cette méthode est certainement supérieure aux anciennes interventions, qui consistaient dans la dilatation et la section des brides. De telles opérations, dangereuses parce qu'elles sont aveugles, ne mettent du reste pas à l'abri des récidives, comme M. Vallas a pu s'en convaincre dans un cas traité ultérieurement avec succès par la pharyngotomie trans-hyoïdienne.

Une question importante se pose : faut-il faire une trachéotomie préventive, et placer une canule-tampon? M. Vallas pense que l'on peut s'en passer pour les corps étrangers et les rétrécissements syphilitiques. Par contre, les tumeurs de l'épiglotte donnant en général des hémorrhagies assez abondantes, semblent justifiables de la canule-tampon.

Pour le deuxième cas (interventions sur la langue) deux indications peuvent être posées :

1° Les tumeurs bénignes de la base de la langue. M. Vallas fit pour la première fois la pharyngotomie trans-hyoïdienne chez une jeune fille atteinte d'un kyste développé aux dépens du canal de Bochdalek (L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un goitre.) Une intervention antérieure, suivie de récidive, avait montré les difficultés extrêmes de la voie sus-hyoïdienne latérale.

2° Le cancer lingual. Lorsque l'on doit enlever la langue au delà du foramen cæcum, les voies naturelles sont insuffisantes. La section de l'os hyoïde devra être précédée de la ligature des deux linguales, qui assurera l'hémostase et permettra de plus le nettoyage du territoire lymphatique de la langue, les ganglions pouvant être enlevés par ces mêmes incisions. M. Vallas a déjà montré (*Gazette hebdomadaire*, 20 mai 1897, p. 479) les avantages qu'offrent dans ce cas la section de l'os hyoïde sur l'ostéotomie du maxillaire inférieur.

La ligature des linguales dispense naturellement de la trachéotomie préventive.

M. Vallas fait remarquer en terminant que la consolidation de l'os hyoïde se fait en un mois environ, avec une légère déviation; la courbure de l'os s'éloigne de la parabole normale et tend vers l'ellipse, les deux branches de l'os se rapprochant un peu en arrière. Aucun inconvénient n'en est résulté chez les opérés.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 16 Juin 1897.

Sclérose en plaques.

MM. Fayolle et **Perret** présentent une malade atteinte de sclérose en plaques à caractères un peu spéciaux. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans sans tare névropathique héréditaire, sans antécédents personnels nerveux ou infectieux. La maladie a débuté il y a 4 ans; actuellement la malade présente des troubles moteurs consistant en une démarche cérébelleuse avec ataxie statique, et sensation constante de vertige. Les mouvements volontaires s'accompagnent de secousses musculaires irrégulières donnant l'apparence d'une véritable incoordination; les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

Il a y des zones d'anesthésie cutanée, un nystagmus assez prononcé, une surdité complète du côté droit avec sensations subjectives de bourdonnement. La parole est lente, bredouillée, mais non véritablement scandée. On peut songer à l'hystérie, surtout en raison des zones d'anesthésie, mais il semble plus probable que l'on ait affaire à une sclérose en plaques fruste, intermédiaire entre les cas types et l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Insuffisance aortique.

M. Bonnet présente des pièces provenant d'un malade du service de M. Bard.

Ce malade avait tous les signes centraux et périphériques de l'insuffisance aortique, mais le choc précordial « en dôme » signalé par M. Bard dans cette affection manquait. M. Bard porta le diagnostic d'aortite subaiguë avec dilatation de l'aorte et intégrité des valvules. L'autopsie confirma entièrement le diagnostic.

M. Bard insiste sur l'importance du choc en dôme. Il peut exister dans un certain nombre de cas de dilatation du cœur, sans insuffisance aortique, mais quand il manque, on peut en général nier l'insuffisance aortique.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances des 14 Juin 1897.

Fausse pellagre.

M. Dreyfus présente une malade du service de M. Lépine, atteinte d'un érythème de la face dorsale de la main, récidivant. Elle a habité pendant onze ans Constantinople, et depuis la dernière année de son séjour en Orient, c'est-à-dire depuis six ans, elle présente chaque année au printemps un érythème.

Celui-ci est symétrique, il apparaît sur le dos des mains; la face, abritée par le chapeau, est restée indemne.

L'affection a été plus accentuée les années précédentes que celle-ci. On se trouve en présence d'une fausse pellagre, remarquable par le fait que l'étiologie doit être uniquement rapportée à un certain degré d'alcoolisme, que présente la malade.

Gastro-entéro-anastomose.

M. Briau présente un malade auquel M. Jaboulay a pratiqué, il y a près d'un an, une gastro-entéro-anastomose, pour une sténose du pylore survenue en 10 ans environ. Ce malade pèse actuellement 70 kilog. et peut vivre de la vie ordinaire, s'occuper de jardinage, etc. Il pesait 88 kil. avant le début de

sa maladie, 54 seulement au moment de l'opération. Celle-ci fut simple et les suites ne présentèrent aucune complication, il sortit de l'hôpital le 15e jour.

Péritonite généralisée post-opératoire.

M. Poncet rapporte une observation de péritonite généralisée post-opératoire traitée avec succès par la laparotomie.

Il s'agit d'une femme opérée par M. E. Rollet, pour un kyste de l'ovaire, dans des conditions telles qu'on ne peut enlever le fond du kyste adhérent aux organes du petit bassin, et qu'on dut faire la marsupialisation

Une fistule ayant persisté, M. Poncet fit, plusieurs mois après, une deuxième intervention, à la suite de laquelle la malade présenta une péritonite généralisée avec état général particulièrement menaçant. Une laparotomie fut suivie, au bout de peu de jours d'une amélioration, puis de la guérison. M. Poncet ajoute que si, dans un cas de ce genre, on se trouvait en présence d'une péritonite à suppuration abondante, il conviendrait d'ouvrir de plus le cul-de-sac vaginal postérieur pour assurer le drainage.

Fracture du crâne.

M. Berchoud rapporte au nom de M. Vincent l'observation d'un enfant de 7 ans 1/2 environ qui fit, il y a 2 mois, une chute de la hauteur d'un deuxième étage. Il y eut une fracture étendue de la voûte crânienne siégeant à droite, sur le pariétal et le frontal. Une notable quantité de substance cérébrale s'écoulait au dehors. Il y avait perte de connaissance, et hémiplégie gauche.

M. Vincent enleva plusieurs esquilles volumineuses, et l'enfant se rétablit peu à peu. Actuellement, toutes les fonctions sont revenues dans toute leur intégrité; il ne persiste que du ptosis à droite.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 30 Avril 1897.

Volumineuse exostose ostéogénique de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Bégouin. — Voici un enfant de 13 ans qui présente une tumeur de l'extrémité supérieure du bras droit dont le début remonte à 5 ans.

Cette tumeur est constituée par une masse bosselée, irrégulière, de consistance manifestement osseuse qui est implantée par une large base sur l'humérus formant autour de son extrémité supérieure comme un large collier bouclé ouvert seulement en avant, au niveau de la gouttière bicipitale.

Les faces postérieure, externe et interne de l'os sont enveloppées par la tumeur. Celle-ci en haut n'atteint pas l'articulation dont tous les mouvements sont libres; en bas elle s'arrête un peu au-dessus de l'insertion deltoïdienne.

Les rayons de Röntgen n'ont fait que confirmer ces données. Les muscles ont leur consistance et leur contractilité normales, mais le paquet vasculo-nerveux a été soulevé et on voit battre l'artère humérale sur la partie saillante de la tumeur en dedans, Il s'agit manifestement d'une exostose ostéogénique intéressante par son volume qui est considérable pour une tumeur de ce genre.

Au point de vue du traitement l'intervention ne s'imposera que si la tumeur augmente de volume et entrave les fonctions du membre.

M. Pousson. — Y a-t-il chez ce sujet d'autres exostoses? C'est une affection ordinairement multiple et héréditaire.

M. Binaud. — J'ai examiné ce sujet à l'écran fluoroscopique. On voit très bien l'humérus s'élargir et se confondre avec la tumeur.

Tumeur du frontal.

M. Lagrange présente une femme atteinte d'une tumeur du front et de l'orbite consécutive à un traumatisme. Cette tumeur qui est survenue en août 1896 a toujours persisté depuis. Elle fait corps avec le frontal et envoie une expansion dans l'orbite. On trouve du même côté un gros ganglion derrière l'oreille. Le diagnostic d'ostéo-sarcome du frontal s'impose. Ce qui est à mettre en relief c'est 1° l'action du traumatisme, 2° l'engorgement ganglionnaire survenu 3 mois après la tumeur. Il serait peut-être intéressant de discuter la possibilité d'une intervention en pareil cas.

Dans ce cas particulier, ce n'est pas de la syphilis; ce n'est pas de l'ostéo-périostite, mais c'est de l'ostéo-sarcome.

M. Vitrac. — Il me semble qu'il y a de la fluctuation; je ne crois pas dans tous les cas qu'on puisse la nier avant d'avoir fait une ponction exploratrice. Il me semble d'autre part que de simples bosses sanguines peuvent simuler des tumeurs en partie solides, en partie liquides et peuvent dans quelques cas s'accompagner d'adénopathie. Je me rappelle un cas de mammite chronique ayant eu des caractères de pseudo-fluctuation on la traita par la compression. Un jour, sans cause appréciable, elle a fait une poussée avec adénopathie. Au bout de 4 mois on s'apprêtait à intervenir, tout rentra dans l'ordre, ganglions et tumeur disparurent.

Je crois que les ostéo-sarcomes ramenant si rapidement de l'adénopathie sont au moins aussi rares que les bosses sanguines avec ganglions.

M. Binaud. — Je ne crois pas à l'ostéo-sarcome, qui est développé en surface sur les os plats.

Je penserai soit à une bosse sanguine, soit à une collection froide en frontal.

M. Vitrac. — Evidemment ce n'est pas une bosse sanguine superficielle. Je la crois développée aux dépens des parties profondes et du périoste.

M. Lagrange. — Le diagnostic d'ostéite n'est guère soutenable car la tumeur supérieure est dure, et si elle avait envoyé une fusée purulente vers l'orbite, il y aurait eu empâtement diffus assez étendu. Je répondrai à M. Vitrac, qui croit à un céphalomatome, que la disposition des parties molles et dures est ici l'inverse de ce qu'elle devait être. Contre l'ostéosarcome il n'y a pour moi que la douleur, mais la marche et les autres signes sont probants. Ce sera d'ailleurs mon diagnostic avant de faire la ponction qui lèvera tous les doutes à ce sujet.

Note préliminaire sur l'étude, sur l'action du suc ovarien sur le cobaye.

MM. G. Ferré et **L. Bechasi.** — Quand on injecte du suc ovarien de truies (ovaires 20 gr. ; glycérine 60 gr. ; eau distillée 120 gr.), filtré sur bougie Chamberland et reconnu aseptique, à des cobayes on observe les résultats suivants ;

1° *A cinq centimètres cubes*, chez la femelle pas d'accidents locaux, pas d'accidents généraux, augmentation de poids.

Chez le mâle, réaction locale, pas d'accidents généraux, diminution du poids.

2° *A dix centimètres cubes*, chez la femelle, réaction locale, légère eschare consécutive, pas d'accidents généraux, augmentation de poids notable.

Chez le mâle, réaction locale considérable, eschare de grande surface avec gros empâtement, diminution passagère de la température et retour à la normale au bout de deux ou trois jours, de plus on observe une notable diminution de poids.

3° *A quinze centimètres cubes*, chez la femme réaction locale faible, un peu d'œdème suivi d'eschare légère. Elévation de quelques dixièmes de degré de la température le jour de l'injection.

Chez le mâle, réaction locale considérable avec œdème et empâtement d'une grande étendue.

Phénomènes généraux. Tremblements nerveux qui se produisent également avec l'injection de dix centimètres cubes chez le mâle, mais beaucoup plus intense ici.

Dépression intense. Hypothermie très marquée. La température décroît d'une façon continue de 2° au moins par jour après l'injection. Diminution de poids très notable. Mort dans un laps de temps de quatre à six jours. Ecoulement du liquide visqueux par l'urèthre.

A l'*autopsie*, rien de bien saillant à première vue, dans l'état

des organes ; les centres nerveux seront examinés plus tard. Ces faits dénotant une différence d'action si considérable chez le mâle et la femelle nous ont paru assez intéressants.

Epithélioma primitif du vagin.

M. Frachini. — Il s'agit d'une malade, 38 ans, souffrant depuis plus d'un an de constipation et de leucorrhée. Il y a 6 semaines elle commença à perdre par le vagin des glaires sanguinolantes sans odeur. Au toucher vaginal on sentait sur la paroi postérieure du vagin entre la vulve et l'insertion utérine, une tumeur surélevée, formée par des champignons en choufleur, saignant au moindre contact, séparée du col utérin qui était normal par une bande de muqueuse saine large d'un centimètre.

Cette tumeur, du diamètre approximatif d'une pièce de cinq francs, était mobile sur la cloison recto-vaginale et peu douloureuse. Un examen attentif n'a pas décelé d'envahissement ganglionnaire.

L'extirpation a été faite par le vagin. La tumeur a été enlevée largement en empiétant sur les parties saines ; suture de la plaie par dix points de catgut. La réunion s'est faite rapidement. Il y a quelque temps M. Boursier eut l'occasion de revoir la malade et n'observa rien au point de vue de la récidive.

L'examen histologique a démontré que la tumeur était un épithélioma type.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 10 Juin 1897.

Eclampsie post-partum.

M. Maygrier. — Une primipare de 26 ans arrive à Lariboisière, en travail, à terme. Depuis 1 mois, elle présentait de la céphalée et de l'œdème des membres inférieurs. Sept heures et demie après l'accouchement, elle eut une première attaque d'éclampsie suivie de trois autres de 11 heures du matin à 2 heures. Entre chaque crise, elle reprenait connaissance. De 2 heures du soir à 6 heures, elle reste calme ; à 6 heures, elle eut une nouvelle attaque à la suite de laquelle le coma persista. Son état s'aggrave rapidement et elle meurt à 7 heures du soir. Cette observation est intéressante en ce sens que l'éclampsie post-partum, d'habitude bénigne, a eu une terminaison fatale. Il y a de plus lieu de faire remarquer que cette observation va à l'encontre des idées soutenues par les partisans de la provocation du travail dans les cas d'éclampsie de la grossesse. L'auteur en prend acte pour s'opposer à cette manière de faire. Il est bien entendu cependant qu'il reste partisan de la terminaison rapide du travail chez les éclamptiques, conduite qui ne peut donner que d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 31 Mai 1897.

Les rapports entre le diabète sucré et le diabète insipide.

M. Senator admet qu'il existe des rapports intimes entre le diabète insipide et le diabète sucré, comme cela résulte des faits physiologiques et expérimentaux, du rôle que le système nerveux joue dans ces deux affections et enfin du fait très connu de la transformation sensible de la polyurie en diabète. Personnellement M. Senator a observé plusieurs cas qui montrent la possibilité de cette transformation.

Dans un cas il s'agissait d'un ouvrier dont le père a succombé à une affection de la moelle epinière et qui, depuis plusieurs années avait un diabète sucré. Un jour il a contracté une affection fébrile et son diabète se transforme en polyurie simple. Dans un autre cas il s'agissait d'une femme de 66 ans, d'une famille de goutteux, qui avait une glycosurie à 1, 2 p. 100 de sucre dans l'urine. Sous l'influence de plusieurs cures à Carlsbad, le sucre disparut de l'urine, mais la polyurie persista.

Dans un troisième cas, les conditions sont plus compliquées. Une femme de 39 ans dans la famille de laquelle il y avait six diabétiques, présente un diabète avec 0,3 à 0,5 p. 100 du sucré dans l'urine. Sous l'influence du régime et de plusieurs cures à Carlsbad le sucre disparaît de l'urine de même que la polyurie. Quelque temps après la malade présente de l'œdème des membres inférieurs et l'examen de l'urine, dont la quantité n'était pas augmentée, montre l'absence de sucre et la présence d'albumine. Peu de temps après la soif redevint vive et la polyurie reparut. Les choses se passèrent exactement de la même façon dans un quatrième cas où il y a eu successivement de la glycosurie avec polyurie, de l'albuminurie sans polyurie et enfin de la polyurie simple qui, comme dans le cas précédent, finit par disparaître.

Les cas où l'on voit la polyurie simple se transformer en glycosurie ont une évolution plus grave. Ainsi M. Senator a soigné une femme de 43 ans qui, depuis son enfance, avait une polyurie essentielle. Elle urinait 12 à 15 litres par vingt-quatre heures, dont le poids spécifique oscillait entre 1,001 et 1,003. Il y a trois ans seulement on trouva un peu de sucre (0,3 p. 100 dans l'urine). L'état général qui jusqu'alors était excellent déclina et la malade maigrit énormement.

L'apparition alternative de glycosurie et de polyurie chez le même malade a été signalé par Westphal.

D'après M. Senator, tous ces faits établissent suffisamment les rapports entre le diabète et la polyrie essentielle.

Paralysie du nerf péronier.

M. Kron a présenté une fille de 16 ans, atteinte il y a 2 ans d'une paralysie des deux pieds, surtout du pied droit. Elle ressentit d'abord des fourmillements dans les pieds pendant un travail qu'elle accomplissait dans une attitude accroupie, et en se relevant ne put plus les mouvoir. Elle avait une paralysie des péroniers dont il reste encore des traces du côté droit. La jambe est atrophiée dans sa partie supérieure, le pied reste encore très en retard dans les mouvements d'extension (paralysie de l'extenseur commun et du jambier antérieur). Il y a réaction partielle de dégénérescence à l'exploration électrique.

En 1883, Jenker avait observé plusieurs cas de ce genre chez des paysans occupés à récolter des pommes de terre dans une position accroupie. Les années suivantes, Roth, Ott, Bernhardt, Remak et Hoffmann étudièrent cette affection, dont le mécanisme n'est pas encore élucidé.

Pour élucider ce mécanisme M. Kron a fait une série d'expériences sur des cadavres dont il mettait les genoux en flexion forcée : il a trouvé le nerf péronier ployé, mais pas au point de provoquer une paralysie grave. Mais une expérience sur le vivant explique le fait : en faisant plier le genou à une personne et en plaçant l'index dans le creux poplité, il devient très difficile de ramener au côté externe l'index qui se trouve retenu par le tendon du biceps fortement tendu. Le nerf péronier suit le bord interne du tendon jusqu'à la tête du péroné, en arrière de laquelle il se divise en une branche superficielle et une branche profonde qui entourent la tête du péroné avant de parvenir au côté antérieur de la jambe. C'est là le point où le nerf peut être comprimé contre le péroné par le muscle qui se contracte, au point d'en supprimer la fonction.

La paralysie n'est pas grave en général, mais chez les malades de M. Kron on en voit encore les restes après 2 ans. Pour prévenir cette paralysie, on peut conseiller à ceux qui travaillent dans la position accroupie de se soutenir avec une main de manière à éviter la flexion forcée du genou et la compression du nerf qui en résulte. Si les deux mains sont nécessaires au travail, il faut préférer l'attitude couchée. L'ouvrier devra suspendre son travail dès qu'il sentira des fourmillements et de l'engourdissement dans les pieds.

M. Bernhardt a observé plusieurs fois cette paralysie chez des ouvriers bitumiers et une fois chez un employé des postes. Dans le dernier cas, il ne put découvrir aucune étiologie, pas même le tabès dorsal qu'il a parfois constaté comme condition étiologique.

M. Kron a observé plusieurs cas de ce genre qu'il a cherché à interpréter par l'existence d'une névrite.

M. Gerhardt a observé un cas de paralysie du nerf péronier. Le malade atteint de psoriasis, avait eu auparavant une paralysie du bras par compression pendant le sommeil et une paralysie du péronier par ce qu'il avait dormi la jambe droite sur la jambe gauche.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 24 Avril 1897.

Méningo-encéphalocèle de l'orbite.

MM. Moyart (Celles) et **Van Duyse** (Gand). — Voici un enfant âgé de quelques mois, qui, à l'âge de 6 semaines, présenta une tuméfaction à l'angle interne de l'orbite. L'accouchement ayant nécessité l'emploi du forceps, on aurait pu penser à un hématome, mais celui-ci est excessivement rare dans cette région et il n'y avait jamais eu d'ecchymoses. Un kyste dermoïde est toujours très petit au moment de la naissance. On ne pouvait songer à une méningo-encéphalocèle, la tumeur étant située très profondément, très dure, ne donnant pas de sensation de fluctuation (ce qu'on connaît bien en pathologie générale pour les kystes fort tendus). Un peu plus tard, l'œil devenant malade, on se décida à intervenir. On avait posé, mais avec hésitation, le diagnostic de sarcome congénital. Dans l'opération, un liquide clair jaillit avec force. La tumeur enlevée avait le volume d'une grosse olive et l'examen microscopique fit reconnaître la structure d'une méningo-encéphalocèle, couche externe fibreuse analogue à la dure-mère, couche moyenne vasculaire, couche interne complexe renfermant des cellules épendymaires, nerveuses et névrogliques. On reconnut pendant l'opération qu'il y avait une seconde petite tumeur, située beaucoup plus en avant et simulant une hydropisie du sac lacrymal. De Wecker a déjà insisté sur cette confusion possible. A la ponction, il sortit de cette seconde poche une quantité de liquide 4 à 5 fois plus considérable que le kyste paraissait pouvoir en contenir. Nous croyons donc que cette seconde poche, au lieu d'être isolée comme la première, communique avec les centres nerveux, et penchons pour la non-intervention.

M. Venneman propose de faire une ponction sacro-lombaire pour voir si la tumeur s'affaisserait.

M. Coppez père. — Je ne crois pas que la seconde poche communique avec les centres nerveux. Habituellement, s'il y a communication, la pression sur la poche amène des troubles graves, convulsions, etc. Ces phénomènes font défaut ici. Quant à la quantité exagérée du liquide recueilli à l'exploration, elle n'a point non plus de signification bien marquée. Je rappellerai un cas de tumeur lacrymale opérée par voie cutanée, où j'ai pu introduire, sans parvenir encore à combler la cavité, 15 mètres de bande de gaze iodoformée de 5 centimètres de largeur. M. Delstanche ne put retrouver la bande dans aucun des sinus. Ce fait prouve que l'on peut étrangement se méprendre sur le volume réel des cavités kystiques ou autres dans le voisinage de l'orbite.

M. Pergens demande quelle sera l'issue probable en cas de non-intervention.

M. Van Duyse pense que la tumeur s'ulcérera, le liquide céphalo-rachidien s'écoulera par la fistule et la mort surviendra.

M. Coppez père est d'autant plus partisan de l'intervention.

Exophthalmie intermittente.

MM. Moyart et **Van Duyse.** — Cette jeune fille, à l'état normal, offre une très légère propulsion du globe oculaire gauche, 1 millimètre environ. Le sillon orbito-palpébral supérieur gauche est très profond. Si la jeune fille baisse la tête, après 30 secondes environ, il y a projection manifeste du globe; la vision disparaît, mais elle revient au bout de 4 à 5 secondes. Le globe retourne à son siège normal en une demi-minute. Le même phénomène se produit si l'on comprime les jugulaires, si la malade fait un effort ou si elle se couche sur le côté gauche.

Ce cas doit être rapproché de celui publié dans les *Archives d'ophthalmologie* par MM. Van Duyse et Bribosia. Il s'agit sans doute de varice des veines ophthalmiques. Il est à remarquer cependant que l'on n'a jamais fait l'autopsie de cas de ce genre.

Sarcome de l'orbite.

MM. Coppez père et **fils** (Bruxelles). — Cette jeune fille, âgée de 19 ans, est malade depuis 2 ans et 1/2 environ. Elle donne comme origine probable un coup reçu dans le voisinage de la glande lacrymale. Elle fut opérée en février 1895. L'œil fut énucléé et l'orbite exentéré dans toute son étendue. L'examen histologique montra un sarcome à petites cellules, dont le point de départ paraissait être dans la loge orbito-lacrymale. La récidive fut en quelque sorte immédiate. L'orbite se remplit, puis la tumeur souleva les paupières. Actuellement, le néoplasme, qui a le volume d'une grosse tête d'enfant, descend jusqu'à la commissure labiale gauche. La bouche est déviée. En haut et en arrière, la tumeur passe déjà sous le cuir chevelu; le néoplasme est dur, il n'est pas douloureux à la pression. La surface est sillonnée de grosses veines turgescentes. L'état général est bon. La malade n'est nullement cachectique. Il n'y a d'ailleurs aucun engorgement ganglionnaire. Elle a bon appétit. Les règles sont assez régulières, mais peu abondantes.

Un fait intéressant : il y a 6 mois environ, la patiente se trouva fort indisposée, nausées, vomissements, paresse dans les membres inférieurs. A l'ophthalmoscope, on put constater une névrite par stase du côté droit, avec acuité visuelle réduite au dixième. C'était la preuve évidente, d'après nous, d'une propagation plus rapide du néoplasme dans la boîte crânienne, avec irritation méningée. Le seul traitement auquel on eut recours consista en applications de collodion cantharidé derrière l'oreille. Peu à peu les phénomènes disparurent et la névrite s'amenda. Actuellement, la papille est en voie de redevenir normale et l'acuité visuelle est remontée à 2/3.

M. Coppez fils présente des photographies de la malade prises à différentes époques. Cette jeune fille se trouve dans le service du Dr Depage, à l'hospice de l'Infirmerie.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 Mars 1897.

Holocaïne.

M. Deneffe a expérimenté à la clinique ophthalmologique un nouveau succédané de la cocaïne. Il s'agit de l'holocaïne, récemment introduite dans la thérapeutique par Pleuser. Destiné à remplacer la cocaïne, ce corps, en solution à 1 p. 100, n'irrite aucunement l'œil, même lorsque celui-ci est déjà enflammé. Lorsqu'on laisse tomber dans l'œil une goutte de cette solution, on constate que l'anesthésie commence déjà à se produire après 15 secondes. Si l'on ajoute alors une 2e goutte de la solution, on constate, au bout de 3 minutes, qu'il existe une anesthésie complète et profonde de l'œil, sans vascularisation ni ischémie. . . . . .

La cocaïne produit, comme on sait, une dilatation de la pupille avec amoindrissement de la vision, d'où une gêne persistante pour le sujet. L'eucaïne, que M. Deneffe avait expérimentée précédemment, n'a pas le même inconvénient, mais elle irrite fortement l'œil et détermine l'injection de la conjonctive. Il fallait donc y associer une certaine quantité de cocaïne, ce qui faisait perdre le bénéfice obtenu. L'emploi de l'holocaïne fait disparaître ces inconvénients, tout en donnant une anesthésie parfaite.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE. — Troubles de l'appareil cutané dans l'arsenicisme (p. 601).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Tabès dorsalis. — Lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines (p. 607). — Caractères micro-chimiques du mucus dans les tissus normaux. — Sciatique double. — Névrite ascendante. — Diathèses. — Le bacille de Friedländer, son rôle pathogène. — Insuffisances aortiques (p. 608).
REVUE DE JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Migraine ophthalmoplégipue (p. 608). — Paralysie générale infantile chez deux sœurs. — Poliomyélite antérieure et paralysie faciale. — Aphasie. — Hérédité. — Méningite cérébro-spinale épidémique. — *Médecine :* Dépôts d'urates sous la plante des pieds. — Insuffisance chronique du cœur. — Agar-jaune d'œuf comme milieu de culture pour les gonocoques. — Infection chez les animaux dératés (p. 609). — Amygdale linguale dans la syphilis. — Fragments de muqueuse gastrique extraits par la sonde. — Ethers sulfoniques dans l'urine. — Fièvre typhoïde (p. 610).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement des néphrites par les applications externes de pilocarpine (p. 611). — Cyanate et cyanure de mercure (p. 611).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Les études à la Faculté de médecine de Paris (p. 611).

DERMATOLOGIE

Troubles de l'appareil cutané dans l'arsenicisme

(Etiologie, symptomatologie et évolution)

Par M. le Dr G. Brouardel (1).

Historique. — D'une façon générale, on peut diviser la série des observations et des travaux publiés sur les troubles cutanés arsenicaux en deux périodes : dans la première, il s'agit surtout d'éruptions locales par application externes ; dans la seconde, on s'occupe surtout des éruptions de cause interne.

Première période. — Au siècle dernier et au début de celui-ci quelques cas isolés furent seuls publiés. Puis, en 1835, nous en trouvons quelques cas dans la thèse de Motard (2); en 1838 nous voyons pour la première fois signalé un empoisonnement avec troubles cutanés causés par l'hydrogène arsénié (3).

A partir de cette époque, jusqu'en 1868, on s'occupa beaucoup des accidents professionnels chez des ouvriers maniant l'arsenic; et de nombreux mémoires parurent sur ce sujet : Chevalier (4), Basedow (5), Blandet (6) etc.

Peu après l'observation de Follin (7) Imbert Gourbeyre (8) fait paraître un premier mémoire sur l'histoire des éruptions arsenicales. Il rapporte les cas qu'il a pu réunir, et après avoir combattu l'opinion de Trousseau et Pidoux qui niaient les accidents de l'arsenicisme, conclut que le poison peut donner lieu chez les ouvriers à des pétéchies, des papules, de l'urticaire, des vésicules, de l'érysipèle, des pustules, des ulcérations et de la gangrène. Plus tard, dans un autre mémoire, il signale la prédilection de l'arsenic pour les organes génitaux et donne à ce sujet un assez grand nombre d'observations.

Bazin (1) en 1862 donne quelques observations d'éruptions par les arsenicaux et en produit même artificiellement.

Jusqu'à cette époque on étudia surtout les lésions de cause externe, professionnelle, bien qu'on eût déjà noté quelques cas d'éruption de cause interne, mais ces études ne datent que de la période contemporaine.

Seconde période. — On publie surtout des observations détachées. Il n'y a que très peu de travaux d'ensemble.

Hutchinson (2) soutient en 1887 que le cancer peut être dû en certain cas à une intoxication arsenicale et fait une communication à ce sujet; son opinion, est vivement combattue. Prince A. Morrow (3) en 1884 décrit plusieurs variétés de lésions cutanées : et admet que ces lésions se produisent par l'intermédiaire du système nerveux périphérique :

Rollet (4) en 1880 publie un travail sur les éruptions et lésions arsenicales professionnelles de la peau et des muqueuses nasales et oculaires et s'attache à démontrer que toutes les lésions sont dues à un action locale du poison agissant directement ou transporté par les mains; ses recherches sont surtout étiologiques

L'étude la plus importante est celle de Rash (5) qui en 1893 décrit un certain nombre de cas d'éruptions de cause interne, chroniques, et admet 10 modes éruptifs : pigmentation, érythème, urticaire et œdème, vésicules, bulles, papules, pustules, purpura, chute des poils et des ongles, kératose.

Des observations isolées de kératose sont venues appuyer l'opinion de Besnier qui le premier a rapporté ce système à une origine arsenicale (Hardavay (6), Gaucher et Barbe, A. Mathieu, Brocq (7), Juliano Moreira (8) etc.

1. Georges Brouardel, *Etude sur l'arsenicisme* (thèse de Paris, n° 170, G. Steinheil).
2. Motard, th. Paris, 1835.
3. Schindler, *Journ. von Graef. u. Walther*, 1838.
4. Chevallier, *Ann. d'hyg.*, t. XXXVII, p. 96, 1847.
5. Deux mémoires, 1846-1848.
6. Blandet, *Journ. de méd. de Beau*, t. III, 1845.
7. Follin, *Arch. gén. de méd.*, 1857.
8. Imbert Gourbeyre, *Mon. des hôpitaux*, 22 décembre 1857, et Action de l'arsenic sur les parties génitales externes (*Union médicale*, 1864, t. XX, p. 193).

1. Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, 1862, p. 124.
Les éruptions arsenicales n'ont été produites expérimentalement que par lui; il fit des frictions sur des hommes sains avec une pommade composée de vert de Scheele et d'axonge dans la proportion de 8 gr. p. 30. Dans un cas, le vert de Scheele fut remplacé par l'iodure d'arsenic; les effets furent sensiblement les mêmes. Les frictions étaient faites 2 fois en 24 heures, et prolongées chacune pendant 3 à 5 minutes. Après quelques frictions, la peau se recouvrit « de rougeurs érythémateuses diffuses, bientôt recouvertes de pustules à base rouge, enflammée, entourées d'une vive auréole et couronnées à leur sommet d'un point vésiculeux variable en volume et rempli d'un liquide purulent ». Dans les intervalles sains les follicules pileux étaient enflammés et Bazin se demande si ces follicules ne seraient pas le siège anatomique des pustules arsenicales. A la dernière période des ulcérations remplaçaient les pustules qui augmentaient par de nouvelles applications de pommade et atteignaient bientôt 1 centimètre et plus de diamètre, conservant toujours une forme exactement circulaire.
2. Hutchinson, Cancer arsenical (*Pathol. Society of London*, 6 décembre 1887).
3. Dr Prince A. Morrow (*Journ. of cutaneous and venereal diseases*, juillet 1886, p. 195).
4. Rollet, Des éruptions et des lésions arsenicales professionnelles de la peau et des muqueuses nasales et oculaires (*Ann. de dermatol.*, 1880).
5. Rash (de Copenhague), Contribution à l'étude des dermatoses d'origine arsenicale (*Ann. de dermatol.*, 1893, p. 150).
6. Hardavay, *The Brit. Journ. of dermatol.*, octobre 1893, p. 304.
7. Gaucher, Barbe, A. Mathieu et Brocq, *Soc. de dermatol.*, mai et juin 1894.
8. Juliano Moreira, *The Brit. Journ. of dermatol.*, décembre 1895 p. 388.

Enfin dans les rapports médico-légaux de certains empoisonnements, tels que ceux d'Hyères, de Saint-Denis, du Havre, sont signalés de nombreux exemples d'éruptions asenicales.

Étiologie et pathogénie. — *Le poison. Le terrain.* — Ce n'est pas le médicament, c'est le malade qui fait l'éruption, dit Besnier à propos des éruptions médicamenteuses. Cette affirmation s'applique exactement aux troubles arsenicaux. L'appareil cutané, comme tous les autres appareils de l'économie, est attaqué par le poison, soit qu'il se borne à ne toucher qu'un point quelconque comme dans les applications externes, soit qu'il ait pénétré dans l'organisme par la peau, le tube digestif ou les poumons. Suivant les individus, il réagit ou non; dans le premier cas, la réaction est rapide ou lente et se fait suivant un mode quelconque d'irritation; dans le second, la peau reste indemne, bien que le contact toxique puisse être prouvé par l'analyse chimique des tissus et des sécrétions.

L'atteinte plus ou moins profonde et l'immunité ne sauraient s'expliquer par la composition de l'agent toxique, tous les composés arsenicaux pouvant produire des éruptions; ni par le mode de pénétration : des éruptions ont été signalées dans tous. Reste le facteur le plus important : le sujet, ou plutôt l'appareil cutané pris comme individu; mais si on peut souvent comprendre pourquoi il y a eu ou non réaction, il y a pourtant un certain nombre de cas dans lesquels on ne peut que penser à la prédisposition individuelle, à l'idiosyncrasie.

M. Besnier en a bien montré l'importance à propos de la pathogénie des érythèmes; le malade est en imminence morbide de telle ou telle éruption; l'arsenic vient comme cause occasionnelle et la réaction cutanée se produit. Mais outre cette prédisposition individuelle, le terrain est encore créé par plusieurs autres causes : l'hérédité joue certainement un rôle, soit en faisant de la peau un « locus minoris resistentiæ », soit en transmettant une impressionnabilité nerveuse capable de donner naissance, sous l'influence du poison à une éruption quelconque.

Pour nous qui voyons surtout comme cause directe le contact immédiat de l'arsenic, qu'il vienne de l'extérieur ou de l'intérieur, nous pensons qu'il faut ajouter à ces modificateurs du terrain l'état des autres émonctoires et la durée de l'élimination cutanée.

En cherchant les localisations du poison chez des animaux ayant subi un mode d'intoxication quelconque, nous avons pu constater l'importance des organes d'élimination : les reins, le tube digestif, les poumons, la peau, et de l'organe d'arrêt, d'emmagasinement, le foie. Qu'un de ces viscères soit le siége d'une lésion ou préexistante ou causée par la première poussée d'élimination de l'arsenié, il devra être supplée ou complété dans sa tâche par les autres émonctoires d'où contact plus intense, irritation plus vive pour ces derniers.

D'autre part l'arsenic, dans les cas d'empoisonnement par dose unique s'élimine lentement; il se fait une sorte d'emmagasinement et pendant un nombre de jours variable, le toxique se répand dans tous les organes, non pas à dose mortelle, mais à dose suffisante pour produire des lésions. Plus le contact sera prolongé, plus grandes seront les chances de réaction. Ce fait est encore plus prononcé dans les intoxications chroniques, par doses répétées.

Au point de vue de la localisation des éruptions de cause externe Jacquet (1) fait encore valoir un autre facteur, l'éruption, lorsqu'elle n'est pas entièrement généralisée, se fait aux endroits les plus exposés aux traumatismes, aux excitations externes ou aux sécrétions : mains, pieds, plis des aines, plis articulaires, coudes, genoux.

Dans ces cas aussi, l'élimination du poison par la sueur doit jouer un rôle important, et les plis cutanés sont sans doute plus atteints parce qu'étant plus humidifiés par les glandes, ils sont en contact plus intense avec le poison que contient leur suc.

Pour nous, en effet, la grande cause des lésions cutanées est le contact direct de l'arsenic avec la peau, quel que soit le mode d'introduction; on retrouve constamment l'arsenic dans la peau, les poils, les ongles. Certains auteurs attribuent une grande importance au trouble apporté dans le système nerveux par la cause morbide ayant pénétré dans la circulation générale, troubles qui causent des phénomènes d'origines réflexes. Vernois admet aussi que pour qu'une éruption d'origine externe puisse se produire, il faut toujours une écorchure, une plaie préalable; pour Bazin au contraire aucune lésion antérieure n'est nécessaire.

Causes des troubles de l'appareil cutané. — Les troubles cutanés arsenicaux dépendent soit d'une action externe du toxique, soit de sa pénétration par le tube digestif (bouche, rectum) ou par l'appareil pulmonaire,

Le poison, agissant directement sur la peau, peut produire soit une lésion locale, immédiate, limitée au point touché, soit une lésion à distance, due au transport de l'agent nocif par les mains, les vêtements, c'est là une nouvelle lésion locale; de plus l'arsenic peut ne pas limiter son action à la partie atteinte, mais pénétrer dans l'organisme par la peau et donner naissance à des symptômes d'intoxication générale : les éruptions qui peuvent se produire consécutivement sont dues en ce cas à l'élimination par la peau du poison qui a envahi l'organisme entier, au même titre que les lésions cutanées consécutives à l'absorption du toxique par le tube digestif ou l'appareil pulmonaire.

Lésions locales cutanées. — a) *Limitées au point de contact de l'arsenic.* — C'est là un cas fréquent que peuvent produire toutes les substances arsenicales. On en trouve en grand nombre d'exemples chez les ouvriers qui manient l'arsenic (mineurs, fabricants de couleurs arsenicales, ouvriers en fleurs artificielles, papiers peints, etc.) et aussi chez des individus atteints accidentellement (usage d'objets colorés aux couleurs arsenicales, pommades arsenicales).

b) *Eruptions locales à distance. Transport par un intermédiaire.* — Le poison déposé en un point cutané quelconque peut être transporté à un autre point soit par les mains, soit par les vêtements et produire une nouvelle lésion également locale dont le mécanisme pathologique sera absolument semblable à celui de l'éruption directee Les deux points de prédilection sont la face et les organes génitaux externes, surtout chez les hommes; l'arsenic se trouve naturellement transporté sur ces derniers par les mains au moment de la miction. Dans les points touchés secondairement la lésion ne revêt pas forcément la même forme que dans les premiers atteints, soit qu'une quantité moindre ou supérieure de poison y ait séjourné plus ou moins longtemps, soit que la peau y réagisse différemment. Tous les auteurs n'admettent pas cette manière de voir. Vernois, Bazin, Pietra Santa, l'ont signalée. Ils ont plutôt même trop attribué toutes les lésions cutanés à des causes directes : Rollet tombe dans le même excès et combat l'opinion de Jaccoud qui dit que la dermatite ulcéreuse siégant sur des parties non découvertes doit

1. Jacquet, *Dermatologie. Pathologie générale cutanée.* Brocq et Jacquet.

être envisagée comme le résultat de l'absorption. Pour lui, les lésions cutanées sont toujours le résultat d'nn contact direct.

Imbert Gourbeyre, après Wurmb (1), crut remarquer une affinité particulière de l'arsenic pour les organes génitaux externes. Il réunit un certain nombre d'observations portant sur des lésions de ces organes; mais n'y voyant qu'un siège de prédilection pour les éruptions, il les rapporte toutes à une intoxication interne, ne cherchant pas l'origine externe possible en certain cas.

En dépouillant les observations d'éruptions arsenicales, nous trouvons relativement peu d'éruptions des organes génitaux signalées dans les empoisonnements internes; au contraire, presque toujours lorsqu'il y a eu une lésion locale primitive, on voit bientôt une lésion des organes génitaux. Les éruptions des organes génitaux méritent donc d'être divisées; la constitution particulière de la peau, les traumatismes peuvent créer un *locus minoris resistentiæ*, capable d'être lésé aussi dans les intoxications internes.

Il y a souvent aussi des éruptions siégeant aux pieds à la face plantaire, sur les bords, aux orteils, dans les espaces interdigitaux; Rollet cite un malade qui avait à la plante des pieds des bulles volumineuses et irrégulières comme des brûlures au deuxième degré; pour cet auteur, les éruptions des extrémités inférieures chez les ouvriers maniant l'arsenic seraient des lésions locales à distance, produites par des substances arsenicales déposées sur le sol; les poussières traverseraient les chaussures mal closes et se glisseraient au dessous des pantalons pour atteindre ainsi la face dorsale du pied et les parties saillantes.

II. — Lésions dues a l'élimination de l'arsenic qui a envahi l'économie. — a) *Applications externes; le poison a pénétré dans l'organisme par la peau.* — Les paralysies arsenicales succèdent parfois à une intoxication due à l'application externe du poison. Dans ces cas, le poison se répand dans l'organisme et, suivant ses lois de diffusibilité, atteint le système nerveux; il atteint tous les organes, surtout les éliminateurs comme la peau; l'appareil cutané réagit par une éruption quelconque, ou laisse passer l'élimination sans manifestation suivant le sujet; les accidents peuvent être plus ou moins graves et on connaît de nombreux cas où les applications externes ont entraîné la mort avec ou sans éruption secondaire. D'après Prince Morrow (2), l'emploi d'une préparation arsenicale très violente serait moins nocif que celui d'une préparation arsenicale faible; l'intensité de la réaction inflammatoire qu'elle provoque empêcherait l'absorption de se faire et les accidents resteraient purement locaux. Chez les enfants qui furent empoisonnés à Brighton on compta 13 morts; beaucoup présentèrent des éruptions secondaires telles que pigmentation secondaire des aines, des aines, des parties génitales, des creux axillaires, des plis du cou.

Méau (3) rapporte qu'à la suite de l'application d'une pommade sur un ulcère de jambes, parut une éruption de taches rouges généralisées sur tout le corps. Dans sa thèse Charvet (4) donne l'observation d'un homme de 56 ans, employé à la fabrication de la fuchsine, qui présenta une éruption des bourses, des pieds et des mains. Un certain temps il présenta un œdème considérable de la verge et des bourses; un léger œdème des mains et des pieds et une éruption ortiée prurigineuse.

Enfin Gaucher et Barbe (1) signalent un cas intéressant : un homme, âgé de 70 ans, ouvrier chimiste, travailla pendant 6 mois à la préparation du vert de Schweinfurth; après des lésions ulcératives de la main, des pieds et du scrotum, il présenta un grand degré de kératose palmaire et plantaire, de la bouffissure du visage et des paupières, symptômes dus à l'intoxication interne, et apparus en même temps que d'autres signes, céphalalgie, crampes, douleurs dans les membres inférieurs, oppression, indiquant bien l'absorption du poison.

b) *Pénétration par l'estomac.* — Les troubles cutanés consécutifs à l'ingestion de l'arsenic sont très fréquents. Comme les éruptions de cause externe, ils varient dans leur existence, leur intensité et leur forme suivant les sujets qui ont absorbé le poison.

Si le poison a été ingéré en doses répétées, l'élimination se faisant constamment, la peau est sans cesse en présence de l'agent morbide : l'éruption dépendra et du sujet et de la quantité d'arsenic éliminé.

S'il a été ingéré en une seule dose il se fait une sorte d'emmagasinement du poison, trop faible pour amener la mort, mais suffisant pour produire des accidents par sa lente diffusion.

α) Troubles succédant à des doses répétées. — Ils sont très fréquents et peuvent revêtir toutes les modalités éruptives.

Fowler (2) signala certains œdèmes qui peuvent envahir la face ou les membres à la suite de la médication arsenicale longtemps prolongée. Devergie décrivit les éruptions secondaires; il observa des éruptions papuleuses, des pigmentations développées sous l'influence du médicament. Enfin Besnier attribua le premier à l'arsenic le développement de certaines kératoses.

Hutchinson (3) en 1887 soutint que l'arsenic pris longtemps peut produire des lésions cancéreuses; opinion d'ailleurs vivement combattue.

En 1888, à Hyères (4), dans le cours des nombreux empoisonnements par du vin qui avait été plâtré par erreur avec de l'acide arsénieux et qui avait servi à préparer d'autres vins par la pratique du coupage et du mouillage, on observa de nombreuses éruptions : exfoliations, vésicules, pustules, œdèmes, urticaire; toutes ces éruptions furent assez fréquentes pour que les médecins en fassent une période à part, la 3ᵉ de la maladie; Dubrandy dit avoir observé aussi des exfoliations furfuracées sur la poitrine, l'abdomen, les membres, et squameuses sur la plante des pieds, la paume des mains, exfoliations précoces se produisant parfois d'emblée, sans érythème préalable. Dans les descriptions données de ces multiples intoxications, les pigmentations furent les dernières manifestations cutanées, et se produisirent seulement à des périodes tardives.

Depuis, nombre d'observations de rougeurs, érythème pigmentation, kératose à la suite de traitements par l'arsenic ont été publiées (Rash, Mathieu, Brocq, Richardière, Moreira, Schlesinger, etc.).

β) Troubles succédant à une seule dose. — Très fréquents également, ils le sont pourtant moins que ceux qui succèdent à l'absorption de doses répétées du poison : l'arsenic emmagasiné peut ne produire une réaction

1. Wurmb, *Œsterr. Zeit. f. Homœopathie,* Wien, 1845.
2. Prince Morrow, *loc. cit.*
3. Méau, *Bibl. méd.*, 1821.
4. Charvet, *Accidents des ouvriers employés à fabriquer de la fuchsine* (thèse 1863).

1. Gaucher et Barbe, *Soc. de dermatol.*, 14 juin 1894.
2. Fowler, *Medical reports of the effects of Arsenic in the cure of agues.*
3. Hutchinson, *Pathol. Society of London*, 6 décembre 1887.
4. Consulter la thèse de Barthélemy, *De l'empoisonnement chronique par l'arsenic* (Aff. d'Hyères), Montpellier, 1889.

cutanée que très tardivement, après un long temps d'élimination; aussi trouverons-nous encore ici toutes les modalités éruptives.

Ils succèdent aux causes principales d'ingestion unique : crime, suicide, accidents.

c) *Éruptions de cause interne, absorption par la voie rectale.* — L'empoisonnement par la voie rectale est excessivement rare. Nous n'en avons trouvé qu'un exemple dû à Christison (1) : un homme empoisonna sa femme par des lavements répétés contenant de l'arsenic; celle-ci présenta une éruption eczémateuse de la face, des bras et des ulcérations buccales et gingivales.

d) *Éruptions consécutives à la respiration de vapeurs arséniées.* — Ces éruptions sont également extrêmement rares; elles s'expliquent aisément par l'absorption facile du poison par la surface pulmonaire, absorption que nous avons pu très facilement réaliser expérimentalement.

Nous n'en connaissons qu'un exemple (2); Schindler, chimiste, s'empoisonna par mégarde avec de l'hydrogène arsénié; au bout de 3 semaines apparut une éruption vésiculeuse prédominante aux organes génitaux; les vésicules aboutirent à des ulcérations.

III. — Symptomatologie. — L'arsenic peut provoquer tous les modes de réaction cutanée, à toutes les périodes de l'intoxication.

Pourtant nous verrons, en étudiant la marche des troubles cutanés, que certains semblent plutôt appartenir à la phase aiguë, tandis que d'autres semblent réservés aux intoxications chroniques.

Erythème. — L'érythème est le premier degré des lésions cutanées arsenicales; il succède aux intoxications externes et internes et se montre généralement dans les premiers jours qui suivent l'absorption.

Il est quelquefois passager, mais constitue rarement le seul mode de réaction; généralement au bout d'un certain temps on le voit se compliquer de vésicules, de pustules. Il peut se présenter sous l'aspect de taches rubéoliformes, comme dans le cas de Mac Nab (3) où il était consécutif à l'absorption de petites doses de liqueur de Fowler pendant 3 semaines. Dans les intoxications d'Hyères par des vins arséniés et dans d'autres observations il se montra parfois sous forme de plaques isolées, siégeant surtout aux membres inférieurs (Girdlestine. P. Brouardel, J. Moreira, etc.)

Papules. Urticaire. — Ce mode d'éruption est très fréquent également et très souvent contemporain de l'érythème.

Dans les cas de Juliano Moreira (4 personnes, père, mère, enfant, élève, empoisonnés accidentellement par mort-aux-rats) on put observer une éruption papuleuse en même temps que l'éruption érythémateuse. Les papules peuvent se produire aussi bien par un empoisonnement interne que par un empoisonnement externe; dans ce dernier cas elles peuvent constituer la seule lésion et même succéder à un très léger contact. Fordyce (4) cite un exemple d'éruption papuleuse à développement très rapide : un ouvrier qui déchargea une cargaison d'arsenic présenta bientôt une éruption de petites papules sur la face, le tronc, les cuisses et de l'œdème du scrotum et du pénis; il eut en même temps des troubles digestifs prouvant le passage du poison dans l'organisme. Les papules peuvent être généralisées.

L'urticaire se montre comme les lésions papuleuses; il appartient aussi le plus souvent à la période de début et constitue un accident passager; il nous a semblé presque toujours consécutif à la pénétration de l'arsenic dans l'organisme.

Purpura. — Le purpura est plus rare; il semble se développer assez vite, tel est le cas signalé par Leod (1) deux jeunes filles s'empoisonnent par erreur en prenant de l'arsenic pour du sucre candi; le lendemain parurent des taches purpurines sur la poitrine et sur la nuque. P. Brouardel, dans un cas d'empoisonnement (2), observa un piqueté hémorrhagique qui couvrait la peau au niveau des paupières œdématiées. Enfin, Dubrandy observa chez un des empoisonnés d'Hyères (vin arsénié) des taches ecchymotiques étendues, siégeant aux membres inférieurs, au-dessus des malléoles, sur des parties ayant été ou étant œdématiées.

Vésicules, herpès, zonas. — Les éruptions vésiculeuses appartiennent à tous les modes d'intoxication : elles succèdent souvent à l'érythème, mais quelquefois lui sont contemporaines; elles peuvent disparaître en quelques jours, ou bien le liquide qu'elles contiennent se trouble peu à peu, devient purulent; l'éruption devient pustuleuse; dans ces cas, elles semblent ne former qu'un lien de passage. Les exemples en sont nombreux.

Le zona est une manifestation rare de l'arsenicisme; il succède à une intoxication par doses répétées.

Hutchinson le premier, en 1864, put dans quelques observations prouver son origine arsenicale : dans les cas cités par lui il avait succédé à des traitements prolongés. Ce zona arsenical a parfois tendance à s'ulcérer. Rosh, J. Moreira en ont également rapporté des cas. Ce zona précède généralement la kératose palmaire et les troubles nerveux.

Bulles. — Les soulèvements épidermiques peuvent être plus importants que dans les cas précédents; leurs dimensions peuvent atteindre celles d'un œuf de poule; et leur cavité peut contenir un liquide séreux, séro-purulent ou sanguinolent. On est alors en présence d'éruptions bulleuses qui sont plus ou moins généralisées. Elles se dessèchent le plus ordinairement au bout d'un temps variable, et se terminent par exfoliation; nous en avons trouvé 5 cas consécutifs à l'ingestion par le tube digestif; dans un cas il n'y eut qu'une seule dose de poison absorbée; dans un autre, deux doses (chez un phthisique); dans 3 cas enfin il y eut intoxication chronique. Au point de vue du siège et de l'intensité, tantôt l'éruption a été localisée (cas de Girlestone (3) où elle se limita aux fesses, cas de Winiwarter (4) limité aux 2 mains, tantôt les bulles étaient plus généralisées et plus volumineuses comme chez le phthisique de Rash qui avait pris en 2 jours XVIII gouttes de liqueur de Fowler; elles occupaient les mains, les pieds, les genoux, la poitrine, le dos, les parties génitales, et leurs dimensions variaient de celles d'un pois à celles d'un œuf de poule; elles se terminèrent par une exfoliation en grands lambeaux.

J. Moreira rapporte un cas analogue. Enfin le cas le plus généralisé nous est fourni par Henschen (5) qui rapporte une observation d'arsenicisme à manifestations intenses (troubles digestifs, paralysie, etc.), consécutif à

1. Christison, *Edinb. med. Journ.*, janv. 1856.
2. Schindler, *Journ. von Graefe und Walther*, 1838.
3. Mac Nab, *Medical Times and Gazette*, 1868.
4. Dr Fordyce, *The New York dermatological Society*, 234. Regular meeting, 24 avril 1894.

1. Leod, *Edinb. med. Journ.*, 1819.
2. P. Brouardel, Rapport, aff. C., 1880.
3. Girdlestone, *London medic. and physical Journal*, février, 1806.
4. Winiwarter, *Œsterrliche medicin. Jahrbücher*, 1877.
5. Henschen, On arsenical paralysis (presented to the *Royal Society of the science of Upsala*), sept. 1893.

l'absorption d'une demi-cuillerée à thé de solution arsenicale. L'éruption bulleuse parut quelques jours après le début des phénomènes paralytiques et se répandit rapidement sur tout le corps; les bulles se rompirent et se desséchèrent en quelques jours et les croûtes qui en résultèrent tombèrent en 15 jours.

Pustules et ulcérations. — Les pustules ont été signalées dans tous les modes d'empoisonnement. Elles peuvent se produire d'emblée sur un fond plus ou moins érythémateux ou succéder aux vésicules, elles ont une tendance à se terminer par des ulcérations. Elles apparaissent généralement peu de temps après l'empoisonnement, dans les cas d'absorption d'une seule dose (Christison (1), Orfila (2), Pfann (3).

Parfois le développement est plus lent : ainsi il coïncide avec l'amélioration des autres symptômes dans un cas d'empoisonnement accidentel des cinq personnes signalées par Barrier (4).

Dans les cas d'absorption par doses répétées, le développement des pustules semble beaucoup plus lent; il fallut des mois pour que se développât une éruption pustuleuse dans le cas de Rash. Bien que généralisés ici, les éléments étaient néanmoins plus nombreux au tronc qu'à la périphérie. Dans un cas de Bazin une éruption pustuleuse se montra au flanc droit, immédiatement au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, 2 mois après le début d'un traitement arsenical pris contre un eczéma.

Dans les cas de contact externe, la durée de développement est des plus variables, le plus souvent rapide (Imbert Gourbeyre, Cathelineau (5), Horst (6).

Nous n'avons trouvé qu'un cas d'éruption pustuleuse consécutif à un empoisonnement par l'hydrogène arsénié celui du chimiste Schindle chez lequel des vésicules purulentes couvrirent le prépuce et le gland 3 semaines après l'accident.

Quant à la fréquence de ces éruptions, nous ne pouvons apporter ici que des chiffres approximatifs. Dans les empoisonnements de Saint-Denis (pain arsénié) on les constata 5 fois sur 60 cas; quant aux éruptions pustuleuses d'origine externe, Pietra Santa (7) dans un atelier où l'on travaillait l'arsenic les constata chez six ouvriers sur quinze.

Les pustules peuvent apparaître sur toute la surface cutanée; elles prédominent généralement sur le tronc; à la racine des membres et aux organes génitaux dans les absorptions internes. Le poison agissant à l'extérieur soit directement, soit par transport, peut manifester partout son action sous forme d'éruption pustuleuse, mais les points les plus touchés sont les mains, la face, et les organes génitaux.

Mélanose arsenicale. — La mélanodermie constitue une des variétés les plus curieuses de l'arsenicisme; elle semble toujours consécutive à la pénétration du poison dans l'organisme; il en a été ainsi dans tous les cas (24) que nous avons pu réunir; elle semble se produire surtout dans les intoxications chroniques par doses répétées : dans un seul cas nous avons vu la mélanose succéder à une absorption unique (Juliano Moreira), dans ce cas, le début a été rapide, et s'est produit 10 jours après l'absorption. Il n'en est généralement pas ainsi et la date

1. Christison, *A treatise on poisons*, 1830.
2. Orfila, *Traité de toxicologie.*
3. Pfann, *Sammlung verschied. merkwurd. Falle*, Nurnberg, 1750.
4. Barrier, cité par Tardieu, *loc. cit.*, obs. XIV.
5. Cathelineau, *Soc. de dermatol.*, 7 avril 1893.
6. Horst, *Medic. Zeitung in Preussen*, 1840.
7. Pietra Santa, *Ann d'hyg. et de méd. lég.*, t. X, 1858.

d'apparition la plus ordinaire varie de la 3e semaine au 3e mois. Dans une observation de Boucher, citée par Lolliot (1) des plaques de psoriasis furent remplacées par des taches brunâtres après 2 mois de traitement arsenical (une cuillerée à bouche par jour d'une solution de 10 centigrammes d'arséniate de soude pour 300 d'eau).

La mélanodermie peut être complètement généralisée; Lescynsky (2) en cite un cas chez un enfant de 9 ans, à la suite d'une absorption prolongée de liqueur de Fowler; Haffter (3) a vu se développer une pigmentation occupant toute la surface du corps chez une femme qui absorba pendant 3 ou 4 ans 15 à 30 grammes par jour d'une solution arsenicale; Hutchinson (4) la compare dans une observation à la maladie bronzée; Richardière (5) rapporte l'histoire d'une femme de 19 ans, anémique, sur laquelle il vit se développer une pigmentation généralisée après l'absorption de 500 gouttes de liqueur de Fowler; il y avait une coloration presque noire au niveau des aisselles, du cou, de la nuque et des doigts. Cette teinte disparut après cessation du médicament, sans desquamation.

A. Mathieu (6) rapporte l'observation d'un homme de 51 ans qui prit de 3 à 4 centigrammes d'arséniate de soude par jour et eut une pigmentation cutanée qui débuta au cou, et se généralisa, avec maximum sur le tronc, et qui, très accentuée encore aux aines allait, en s'atténuant vers les extrémités; la peau avait un aspect moucheté. Cet homme eut en outre de la kératose plantaire et palmaire.

Mais la pigmentation n'est pas toujours aussi généralisée : elle peut présenter sous formes de plaques isolées, de taches, comme dans les cas de Rash (femme ayant pris 9 pilules arsenicales par jour pendant un an). Hirschgasser, Förster (7), Muller (8) en ont signalé des exemples; dans un cas la topographie de la zone pigmentée fut curieuse : un homme de 43 ans, observé par H. Schlesinger (9), prit de la liqueur de Fowler à dose croissante contre une tumeur de la région axillaire; au bout de 3 semaines, toute la peau devint très foncée, seuls les mains et les pieds restèrent absolument indemnes.

Cheadle vit la pigmentation prédominer aux seins et aux jarrets, et Wyss (10) en observa deux cas chez des enfants qui avaient pris de la liqueur de Fowler contre de la chorée.

La mélanose n'occupe donc pas le plus souvent la surface totale du corps; débutant généralement par le cou, les épaules, elle s'étend plus ou moins sur le tronc et les membres; quelquefois elle n'atteint que ces derniers; mais elle peut être généralisée et nous l'avons trouvée telle dans 6 cas. Elle disparaît peu à peu, après la cessation de l'empoisonnement, avec ou sans desquamation.

Kératose. — Besnier le premier signale la possibilité d'un épaississement de la peau de la paume des mains sous l'influence de la médication arsenicale longtemps prolongée. Depuis, quelques faits sont venus confirmer son opinion; nous en avons trouvé 18 cas.

La kératose semble toujours consécutive à la pénétration du poison dans l'économie. Nous avons trouvé une

1. Lolliot, th. 1868, p. 82.
2. Lescynsky, *New York med. Record.*, 1889.
3. Haffter, *Corresp. f. schweiz. Aerzte*, 1889.
4. Hutchinson, Arsenic as a drug (*Brit. med. Journ.*, 1891).
5. Richardière, *Soc. méd. des hôp.*, 27 avril 1894.
6. A. Mathieu, *Soc. fr. de dermatol. et de syphilig.* 11 mai 1894.
7. Förster, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1890.
8. Muller, Ueber Arsenmelanose (*Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1893, p. 165).
9. H. Schlesinger, *Soc. méd. de Vienne*, 25 octobre 1895, et *Wien. klin. Wochenschr.*, 1895, p. 779.
10. Wyss, *Corresp. f. schweizer. Aerzte*, 1890, p. 473.

seule fois l'origine externe; mais là évidemment le poison pénétra par la brèche et la kératose fut consécutive à l'intoxication interne qui résulta de l'absorption cutanée; c'est d'ailleurs l'opinion de MM. Gaucher et Barbe qui en donnèrent une observation,

L'état kératosique peut être mis sur le compte de l'hyperhidrose qui se produit dans les régions palmaire et plantaire sous l'influence de l'arsenic et qui produit ainsi un contact très intense et prolongé du toxique avec les téguments [Radcliffe Crocker (1)]; c'est l'opinion de Rash qui va même plus loin et se demande s'il ne faudrait pas rapporter à l'arsenic donné souvent dans les maladies de Dühring l'hyperkératose palmaire qui se produit parfois dans le cours de cette affection.

La kératose se développe généralement très lentement, elle est postérieure à la pigmentation, et s'il fallait compter pour le développement de celle-ci de 3 semaines à 3 mois, il faut ici compter parfois des années.

Brocq (2) signale un cas où l'épaississement s'est développé après 5 années de médication arsenicale; Hardavay (3) rapporte l'observation d'un homme de 28 ans qui prit 4 gouttes de liqueur de Fowler par jour pendant 3 ou 4 ans contre l'épilepsie; les faces palmaires et plantaires furent atteintes d'un épaississement de l'épiderme de couleur brunâtre, avec quelques points très pigmentés; outre des verrues communes sur la face dorsale des doigts, au niveau des articulations, on remarquait, se détachant sur le fond, de nombreuses petites saillies brunâtres et des rugosités variables; les orifices sudoraux n'étaient pas particulièrement atteints.

Après cessation de l'ingestion du toxique, la kératose diminue peu à peu.

Œdèmes. Sueurs. — L'œdème est un des symptômes les plus fréquents de l'intoxication arsenicale. Il semble quelquefois causé par une application directe. Dans le cas de Horst (4), par exemple (ouvrier tamisant arsenic), il y eut œdème rapide de la face et du scrotum.

Mais le plus souvent, il succède à une intoxication interne et il peut être rapide ou tardif; dans ce dernier cas il semble souvent dû à la néphrite arsenicale.

Il se produit généralement très vite, le lendemain ou le surlendemain de l'intoxication, en même temps que les premiers phénomènes éruptifs. Il disparaît très vite.

Dans les empoisonnements de Saint-Denis (pain arsénié), il se montra 2 ou 3 jours après le premier repas, plus prononcé le matin que le soir, disparaissant généralement après 3 ou 4 jours et atteignant surtout les paupières; les parties génitales ou les membres inférieurs peuvent être touchés également, bien que moins fréquemment.

L'œdème fut signalé par Fowler (5) qui rapporte que même des doses faibles ont occasionné la bouffissure de quelques parties du corps, surtout de la face (paupières) et quelquefois une enflure généralisée.

Les sueurs sont très fréquentes; nous les avons trouvées signalées dans un grand nombre d'observations. Marik les a vues très profuses dans un cas; Leroy d'Etioles les a notées; enfin, dans les empoisonnements d'Hyères, le Dr Marquez les a observées tantôt prédominantes aux pieds, tantôt occupant les quatre extrémités, ayant quelquefois une odeur alliacée.

Les œdèmes rapides sont essentiellement passagers; les sueurs semblent persister pendant l'élimination; elles jouent évidemment un grand rôle dans la genèse des éruptions et particulièrement de la kératose.

Poils et ongles. — Les poils tombent généralement dans le cours des intoxications arsenicales. On peut d'ailleurs y retrouver le poison lorsqu'on les soumet à l'analyse chimique. Nous avons observé ce fait expérimentalement; tous nos animaux perdaient abondamment leurs poils qui, examinés dans l'appareil de Marsh, donnèrent un anneau très net.

Les troubles des ongles appartiennent plus aux troubles trophiques qu'aux éruptions; on peut y trouver l'arsenic. Seeligmuller (1) a signalé leur chute; Scolosuboff (2), leur chute et leur déformation; Gaucher et Barbe des déformations; chez un malade de A. Mathieu les ongles étaient amincis et déformés aux mains et aux pieds.

Cancer arsenical. — Hutchinson soutint en 1887, à la Société de médecine de Londres, que l'administration de l'arsenic comme médicament interne pendant une longue période pouvait produire une forme de cancer épithélial présentant certaines particularités.

Il rapporta 3 observations.

Chez un malade qui avait pris de l'arsenic pendant longtemps contre un psoriasis, se développa à la plante du pied une ulcération recouverte de tissus cornés; la même lésion se forma aux mains. L'examen histologique ne fut pas concluant.

Un médecin qui avait pris de l'arsenic à fortes doses pendant longtemps eut la paume des mains et la plante des pieds couvertes de productions cornées. Deux tumeurs apparurent bientôt sur les bras; elles s'ulcérèrent et devinrent fongueuses. Il mourut malgré l'amputation et on trouva à l'autopsie des ganglions axillaires cancéreux.

Le troisième malade prenait de l'arsenic à hautes doses depuis des mois; il présenta une tumeur cancéreuse du cou.

L'opinion de Hutchinson est d'ailleurs restée uniquement personnelle.

Evolution. — Les troubles cutanés arsenicaux ne comportent en eux-mêmes qu'un pronostic bénin; ils disparaissent assez rapidement après la cessation du médicament; les lésions les plus dangereuses sont les ulcérations, qui peuvent atteindre des dimensions considérables et forment autant de portes ouvertes aux infections secondaires.

Au point de vue de l'évolution, nous pouvons diviser les troubles cutanés arsenicaux en trois groupes :

A. Troubles locaux, de cause externe.

B. Troubles causés par intoxication interne, dose unique.

C. Troubles causés par intoxication interne, doses répétées.

A. *Troubles locaux de causes externes.* — Ces cas sont généralement très légers : chez un ouvrier qui manie l'arsenic paraît une poussée érythémateuse sur les mains, les pieds ou les organes génitaux (transport). A cette poussée succède une éruption vésiculeuse ou pustuleuse ou vésico-pustuleuse. Quelques ulcérations s'ajoutent aux pustules. L'ouvrier cesse alors son travail de lui-même et l'état redevient normal au bout d'un certain temps.

B. *Troubles causés par des intoxications internes, dose unique.* — Ces troubles ressemblent beaucoup aux suivants; pourtant le processus va généralement moins loin

1. Cité par Rash, *loc. cit.*
2. Brocq, *Soc. de dermatol et syphil.*, 10 mai 1894.
3. Hardaway, *The brit. Journ. dermatol.*, octobre 1893, p 304.
4. Horst, *Medical Zeitung in Preussen*, 1840.
5. Fowler, *Medical reports of the effects of arsenic in the cure of agues.*

1. Seeligmuller, Ueber Arseniklähmung (*Deutsche med. Wochenschrift.*, 1881).
2. Scolosuboff, *Gaz. méd.*, 1875.

et il y a certaines modalités éruptives beaucoup plus rares.

On peut admettre qu'il se fait un emmagasinement de poison qui se répand les jours suivants dans l'organisme et s'élimine peu à peu. Cette élimination est généralement terminée avant de pouvoir donner naissance aux dernières manifestations cutanées, à la mélanose et à la kératose, Il y a au début des poussées œdémateuses, de l'urticaire, des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, généralisées ou limitées aux points que nous avons indiqués plus haut. Si la dose a été forte, si le terrain cutané est en opportunité morbide, il peut y avoir des ulcérations, du zona. Enfin, dans quelques cas très rares, la peau brunit, devient très pigmentée; la paume des mains et la plante des pieds s'épaississent et deviennent rugueuses.

L'élimination terminée, les accidents s'arrêtent, décroissent et disparaissent avec ou sans exfoliation.

En résumé, pour ce mode d'empoisonnement, les éruptions érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses et pustuleuses sont très fréquentes; beaucoup plus rare est le zona, enfin exceptionnelles la mélanodermie et la kératose.

C. *Troubles causés par des intoxications internes, doses répétées.* — Les troubles peuvent atteindre tous les degrés, suivant que la cause morbide est plus ou moins prolongée et suivant aussi que le terrain est plus ou moins favorable au développement des manifestations cutanées. Dans les degrés légers, on s'aperçoit de la cause au bout d'un temps plus ou moins long, et on la fait cesser : les accidents diminuent alors et disparaissent.

Lorsque la cause reste longtemps inconnue et que le terrain est bon, on peut voir évoluer successivement tous les modes d'éruption cutanée.

Nous n'insisterons pas sur l'époque d'apparition de chacun de ces modes éruptifs ; les premiers éléments éruptifs paraissent presque immédiatement (œdème, érythème le deuxième jour) puis les autres éléments s'échelonnent à des intervalles déjà mentionnés; les derniers en date sont la mélanose (quelques semaines après le début) et la kératose (semaines, mois ou quelques années)

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Philippe (Claudien). *Contribution à l'étude anatomique et clinique du tabès dorsalis.* N° 263. (G. Steinheil).

M. Claude (H.). *Essai sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines.* N° 286. (G. Carré et Naud.)

M. Landel (Georges). *Recherches sur les caractères microchimiques du mucus dans les tissus normaux de quelques vertébrés et dans les tissus pathologiques de l'homme.* N° 359. (H. Jouve.)

M. Lago (Jean-Nelson). *Sur la sciatique double.* N° 360. (H. Jouve.)

Mlle de Majewska (Gabrielle). *Contribution à l'étude de la névrite ascendante.* N° 339. (G. Steinheil.)

M. Bailhache (Julien.) *Contribution à l'étude des diathèses.* N° 351. (Imp. A. Cornois.)

M. Léon (Fernand.) *Le bacille de Friedländer, sou rôle pathogène.* N° 347. (H. Jouve.)

M. Julia (Edouard). *Des insuffisances aortiques.* N° 330. (G. Carré et C. Naud.)

L'anatomie pathologique du tabès médullaire comprend pour M. Philippe deux problèmes : 1° topographie des lésions; 2° caractères histologiques du processus.

L'étude topographique des lésions du tabès médullaire doit être basée sur la nouvelle architecture des cordons postérieurs, établie par les travers récents faits avec la méthode des dégénérations secondaires de la moelle humaine (zones radiculaires ou exogènes, zones endogènes). Cette étude faite sur des coupes transversales sériées a démontré à l'auteur que *a*) le tabès initial atteint d'abord le système radiculaire postérieur, depuis la racine jusqu'au cordon correspondant de la moelle. Cet envahissement du système radiculaire postérieur, par zones successives, constitue la première étape anatomique du tabès.

b) Le tabès avancé est caractérisé par la destruction des zones endogènes descendantes (virgule de Schultze, bandelette périphérique dorso-lombaire, centre ovale de Flechsig, faisceau triangulaire médian du cône terminal); et des zones endogènes ascendantes (fibres commissurales). Cette destruction des zones endogènes constitue la deuxième étape anatomique du tabès.

c) La sclérose du cordon de Goll, si elle est, dans certains cas, le résultat d'une dégénération secondaire des fibres longues lombo-sacrées, peut aussi être produite par une lésion primitive, toute locale, au cours d'un tabès cervico-dorsal intense.

L'étude histologique du processus montre que le processus tabétique consiste dans la lésion du tube nerveux tout entier (gaine de myéline et cylindre-axe), sans participation de la cellule originelle. Cette lésion est, avant tout, une lésion primitive, quelle que soit la zone atteinte, endogène ou exogène, au niveau des racines comme au niveau des cordons postérieurs.

Cette formule anatomo-pathologique qui admet non pas la lésion initiale et unique d'une seule région, mais bien la prise de plusieurs systèmes de fibres, s'accorde mieux avec le polymorphisme des formes cliniques de l'ataxie locomotrice.

Dans son importante thèse, M. Claude, après quelques notions générales sur le rôle du foie et du rein dans les intoxications, étudie plus spécialement les lésions de ces organes sous l'influence de certaines toxines. Par ses expériences, au nombre de soixante-douze, faites avec diverses toxines (diphthérique, tétanique, coli-bacillaire, streptococcique, staphylococcique, pyocyanique, ricine, abrine), M. Claude a déterminé des intoxications de durée et d'intensité très différentes.

Il a obtenu ainsi des hépatites et des néphrites aiguës, semblables à celles que détermine l'inoculation des microbes — et très analogues aux lésions expérimentales produites par la présence de poisons minéraux, végétaux ou animaux dans l'économie. De ces expériences il conclut que si l'animal survit à une intoxication profonde, mais passagère, plusieurs cas peuvent se présenter :

Les lésions généralisées au foie et au rein ou à l'un d'eux seulement, s'accentuent de plus en plus et l'animal meurt dans un laps de temps variable. On trouve alors dans les organes des altérations inflammatoires et dégénératives aiguës, étendues à la totalité de ceux-ci.

Les lésions restent localisées à certaines parties seulement du rein ou du foie où l'on trouve tantôt une fibrose de nature cicatricielle, tantôt des altérations inflammatoires ou dégénératives, chroniques, silencieuses au point de vue symptomatique. Le reste du parenchyme a réparé ses lésions et retrouvé son intégrité fonctionnelle.

Les lésions localisées peuvent continuer à évoluer et donner lieu à des symptômes morbides, mais une partie de parenchyme est encore saine (hépatites subaiguës ou cirrhose en évolution, néphrite subaiguë partielle à prédominance interstitielle ou épithéliale).

Si l'intoxication est continue et progresssve, deux cas peuvent également se présenter :

L'animal ayant acquis une sorte d'état réfractaire peut n'offrir aucune lésion sur l'un ou l'autre des deux organes foie ou rein, ou seulement quelques traces d'un processus inflammatoire antérieur éteint.

L'animal offre des lésions à évolutions progressives, prédominant tantôt sur le foie, tantôt sur le rein, mais souvent semblables sur les deux organes — avec localisation élective parfois sur le tissu interstitiel.

Pour l'auteur, les faits expérimentaux permettent d'affirmer que les lésions du foie et du rein dans les maladies infectieuses sont le plus souvent de nature toxique.

Ils amènent à penser que l'intoxication microbienne, aiguë,

subaiguë ou chronique, peut jouer un rôle actif dans la détermination d'un certain nombre d'états morbides, en pathologie humaine. Les hépatites aiguës et l'ictère grave, certaines cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques, pour une certaine part; les cirrhoses biliaires surtout, et parmi elles la maladie de Hanot pourraient être considérées comme de nature toxi-infectieuse; — le mal de Bright dans quelques cas, certaines néphrites aiguës, subaiguës et chroniques n'ont parfois sans doute pas d'autre pathogénie qu'une ou plusieurs intoxications, aiguë ou chronique, récentes ou anciennes, déterminées par des toxines microbiennes.

Les caractères micro-chimiques du mucus sont assez mal connus; par un grand nombre d'expériences personnelles dont il donne les résultats dans sa thèse, M. Landel a montré qu'on peut observer dans les tissus des vertébrés deux variétés de mucus présentant des caractères micro-chimiques différents; si aucun de ces caractères micro-chimiques ne peut être considéré en particulier comme spécifique, ils suffisent par leur ensemble pour différencier le mucus de toutes les autre substances; il n'existe aucun caractère micro-chimique permettant de différencer le mucus des tissus normaux du mucus des tissus pathologiques.

Pour M. Lago, à côté de la sciatique névralgie et de la sciatique névrite, il faut faire une place spéciale à la sciatique double. C'est un syndrome clinique que l'on observe soit comme affection essentielle des nerfs sciatiques, soit comme complication d'un grand nombre de maladies. La sciatique double névralgie et la sciatique double névrite correspondent trait pour trait aux deux formes cliniques de la sciatique simple. La sciatique double peut exister dans les complications de la blennorrhagie, accompagnant le rhumatisme blennorrhagique, ou indépendamment de lui. La sciatique double diabétique met souvent sur la voie d'un diagnostic ignoré. Toutes les affections qui compriment les nerfs sciatiques, depuis leur entrée dans le bassin jusqu'à leur pénétration dans la moelle, peuvent, pendant un temps déterminé, ne donner lieu cliniquement qu'au syndrome étudié dont l'importance est alors considérable (tumeurs de la queue de cheval, fibromes, etc.). Le syndrome de la sciatique double n'est accompagné d'aucun phénomène sphinctérien. Le meilleur traitement de la sciatique double est celui de l'affection causale, d'où l'importance du diagnostic de celle-ci.

Pour M[lle] de Majewska, la névrite ascendante est d'origine infectieuse par excellence : même dans les cas où il n'y a pas de plaie, l'infection doit tout de même être maintenue. Celle-ci remonte de proche en proche par le système vasculaire. La névrite ascendante peut être chronique d'emblée ou le devenir après une phase aiguë; sa durée est difficile à présumer. Le diagnostic de la névrite ascendante est difficile, le pronostic le plus souvent sérieux. Le traitement incertain varie avec les formes de névrite et les individus qui en sont atteints.

Après avoir défendu l'idée de diathèse, et exposé quels sont, d'après lui, les principaux caractères des diathèses, M. Bailhache déclare que, outre les diathèses arthritique et lymphatique, il y a lieu d'admettre une diathèse para-syphilitique. La syphilis, comme la tuberculose, crée chez l'individu qui en est porteur l'aptitude à transmettre héréditairement, non pas la maladie elle-même, mais un terrain spécial, un mode de nutrition défini et vicié, c'est-à-dire une diathèse.

Pour l'auteur, de même qu'il y a un type d'arthritique héréditaire, candidat à la goutte, et un type de lymphatique héréditaire, candidat à la tuberculose, il existe un type de para-syphilitique héréditaire, dont Fournier a esquissé les grandes lignes. D'après M. Bailhache, il est rationnel de regarder les diathèses comme des névroses et ces névroses sont probablement produites par l'action de certains poisons de l'organisme et des toxines tuberculeuse et syphilitique sur les cellules du système nerveux central.

Le bacille encapsulé de Friedländer dont M. Léon étudie les caractères a une individualité propre.

Il vit normalement dans les cavités naturelles de l'homme sain. On le trouve dans l'eau, dans l'air et dans le sol. Habituellement saprophyte inoffensif, il peut devenir plus ou moins virulent, et donner lieu à des manifestations pathologiques variables selon la virulence et selon l'organe intéressé. Il porte son action, très inégalement, sur tous les organes, mais avec une prédilection marquée pour l'appareil respiratoire. Il a une grande tendance à la généralisation et détermine souvent des accidents septicémiques et des suppurations. Dans diverses manifestations morbides il a pu, à juste titre, être considéré comme l'agent pathogène. Mais les affections qu'il détermine ne paraissent pas présenter des formes cliniques ou anatomiques spéciales, sauf toutefois la broncho-pneumonie qui semble avoir quelques caractères particuliers (viscosité plus grande des crachats, avec odeur sulfurée caractéristique; à l'autopsie forme pseudo-lobaire). Quoiqu'il en soit, le diagnostic ne peut être affirmé qu'après l'examen bactériologique. Le pronostic, très grave pour les localisations respiratoires, est moins sévère pour les autres manifestations sans généralisation.

Pour M. Julia, il n'y a pas lieu d'établir, parmi les insuffisances aortiques, des types morbides différents en rapport avec la variété et la diversité séméiologique. Deux grandes catégories demeurent : l'insuffisance à type endartérique et l'insuffisance endocardique. Pour l'auteur, si l'on garde strictement à la terminologie : maladie fonctionnelle, sa logique rigoureuse, il n'y a pas d'insuffisance aortique fonctionnelle.

Il y a des cas patents d'insuffisance par simple dilatation de l'anneau aortique, mais l'exemple d'observations un peu plus avancées, et la considération que les centres inflammatoires sont voisins des parties qu'on suppose indemnes, permet de croire qu'au cours d'une artérite de l'aorte, d'une péricardite suivie de symphyse cardiaque, d'une myocardite, le tissu de l'anneau fibreux peut être attaqué par l'inflammation et sa résistance diminuée : la dilatation est plus vraisemblablement le fait de l'inflammation propre que des forces voisines, développées par l'aorte ou le ventricule ectasiés qui, pour un tel résultat, sont insuffisantes ou mal composées.

Cette dilatation aortique, pendant l'évolution de l'endartérite, paraît être un stade de la maladie vraie de Hogdson (avec épaississement athéromateux des valvules), mais rien n'empêche de penser que la régression inflammatoire ramène à ses dimensions normales l'anneau comme l'artère. On aurait, dans ce cas, des guérisons relatives, comparables à celles qu'on observe, consécutivement à l'endocardite, alors que le tissu de néo-formation n'a pas encore suffisamment altéré les valvules.

Les observations cliniques d'insuffisance aortique, au cours d'une myocardite, sont trop rares pour qu'on soit en droit d'établir entre ces deux maladies un rapport certain. La haute tension artérielle, dans le brightisme, n'est pas la cause directe de l'insuffisance aortique observée parfois. Les lésions de l'anneau dépendent vraisemblablement de l'aortite concomitante; mais l'augmentation de la pression sanguine et sa variation peuvent être la cause occasionnelle d'une manifestation prématurée ou intermittente de l'insuffisance sgmoïdienne.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Migraine ophthalmoplégique (La paralisi recidivante del nervo oculo motorio), par le professeur Mingazzini (*Società editrice Dante Alighieri*, Roma, 1897). — Dans cet opuscule, l'auteur résume 59 observations (y compris 2 cas personnels inédits), antérieures à 1897. La partie la plus intéressante du travail est la discussion de la pathogénie de cette affection. Après avoir montré combien ses phénomènes douloureux diffèrent de ceux de la véritable migraine, passé en revue les caractères de la paralysie oculaire, il admet qu'il s'agit primitivement d'une névrite des fibres de l'automoteur entraînant, par voie rétrograde, des altérations nucléaires. Celles-ci ne seraient pas proportionnelles en intensité et en précocité aux lésions des fibres, c'est-à-dire que les neurones qui constituent l'oculo-moteur au-

raient tantôt leur centre, tantôt leur prolongement axile plus gravement atteint.

Paralysie générale infantile chez deux sœurs (General paralysis in two sisters, commencing at the age of ten and fifteen respectively. Autopsy in one case), par Hoch (*Journal of nervous and mental disease*, New-York, février 1897, n° 2, p. 67-85). — Hérédité : sénilité prématurée chez le père, nervosisme chez la mère; malgré l'absence de stigmates de syphilis héréditaire chez les enfants et malgré les dénégations du père, il est certain que celui-ci eut la syphilis (cicatrices de gommes).

Chez les deux sœurs, le tableau clinique fut celui d'une simple démence progressive, qui dans le cas de la plus jeune se termina par la mort au bout de six ans, et qui, chez l'aînée, date de quatre ans.

A l'autopsie de la plus jeune sœur on trouva sur les hémisphères les lésions corticales caractéristiques, des altérations analogues des ganglions de la base du cerveau et de l'écorce du cervelet; à la partie supérieure de la moelle, la substance grise était altérée; les faisceaux pyramidaux et ceux de Gowers (région cervicale) étaient en partie dégénérés.

Poliomyélite antérieure et paralysie faciale (Acute anterior poliomyelitis, associated with facial palsy), par Léo Stieglitz (*Journal of nervous and mental disease*, février 1897, n° 2, p. 98). — Un petit garçon de 6 ans eut une paralysie faciale droite; puis, quelques jours *après*, une poussée de fièvre (3 jours de durée) au cours de laquelle il perdit l'usage de ses membres supérieurs (paralysie complète à droite, moins marquée à gauche) et aussi un peu d'une jambe (gauche). Pendant la période fébrile, douleurs intenses dans 4 extrémités.

S'agit-il 1) d'une névrite multiple infectieuse aiguë avec participation du nerf facial? 2) d'une poliomyélite antérieure aiguë avec participation du noyau droit du facial? 3) d'une poliomyélite associée à une paralysie faciale périphérique.

Après discussion, l'auteur admet cette dernière manière de voir (2 affections indépendantes l'une de l'autre).

Aphasie (A study in aphasia), par Onuf (*Journal of nervous and mental disease*, février et mars 1897, p. 86 et 138). — On a considéré longtemps le centre de Broca comme moteur; on a parlé d'images motrices verbales en les opposant aux images verbales sensorielles. La situation anatomique de ce centre n'est pas en contradiction avec cette manière de voir; ce centre est contigu à la zone rolandique et peut être considéré comme en faisant partie.

Mais la fonction du centre de Broca est autrement complexe que celle du centre d'un membre, et il est douteux que ses cellules soient en connexion avec les noyaux bulbaires à la façon du centre d'un membre avec la substance grise médullaire. Il semble bien probable que les fibres émanées du centre de Broca vont se terminer aux centres corticaux du larynx, de la langue, de la face inférieure, et qu'il est besoin d'un second neurone pour établir les connexions avec le bulbe. Centre d'un ordre supérieur, le centre de Broca a d'autres centres sous sa domination. N'a-t-il pas, de plus pour fonction de coordonner et de fusionner les images verbales sensorielles avec les images motrices? N'appartient-il pas alors au lobe frontal, lobe tout d'association, de coordination des impressions, siège, par conséquent, des facultés mentales les plus élevées (Bianchi)?

C'est pour démontrer la réalité de cette hypothèse que M. Onuf discute longuement les phénomènes d'aphasie motrice et sensorielle que présenta une jeune femme assez cultivée (lésion orificielle, embolie cérébrale).

Hérédité (Some studies of heredity), par Martin Barr (*Journal of nervous and mental disease*, mars 1897, n° 3, p. 155). — On connaît l'exemple de transmission héréditaire d'une mentalité parfaite que présenta pendant huit générations successives la famille Bach. A l'opposé, on sait que la famille Juke a produit en 75 ans 200 voleurs et meurtriers, 220 infirmes ou idiots, 90 prostituées et 300 individus qui moururent en bas âge.

Ce sont là deux extrêmes : on peut se demander ce qu'il arrive dans les cas pour ainsi dire moyens, ceux où un ancêtre névropathe s'est uni avec une femme normale et a fait souche. L'auteur donne l'histoire d'une famille de ce genre suivie pendant sept générations. On voit les descendants former deux groupes de plus en plus distincts, l'un tendant vers la santé de corps et d'esprit complète, l'autre accentuant sa névrose et son peu de vitalité. Ainsi, à la 5e génération, 11 normaux de cette famille se marient à des normaux et font 22 enfants normaux. D'autre part, 7 névropathes de cette famille s'unissent à des névropathes et donnent issue à 9 normaux, 8 morts-nés ou morts en bas-âge, un idiot, un nerveux, un épileptique. Enfin les unions de normaux et de névropathes à cette même génération donnent un résultat intermédiaire. Il est à remarquer que dans l'ensemble, la famille a été peu prolifique : 28 mariages (11, 7, 10), ont produit 55 enfants (22, 20, 13) dont 10 (0, 8, 2) morts d'une façon précoce.

Méningite cérébro-spinale épidémique (Ein neuer Fall von epidemischer Cerebrospinal-Meningitis), par W. Stoelzner (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 16, p. 333). — Tout l'intérêt de cette observation réside dans ce fait que la malade, une enfant de 3 ans, guérit sous l'influence du traitement par les bains chauds et que dans le liquide retiré par la ponction lombaire l'examen bactériologique montra la présence du méningocoque intracellulaire considéré par Heubner comme l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

MÉDECINE

Les dépôts d'urates sous la plante des pieds (Ueber Uratablagerungen in der Fussohle; ihre Entstehung und Behandlung), par Kittel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 17, p. 358). — L'auteur a observé un certain nombre de goutteux chez lesquels il y a eu formation de tophi sous la plante des pieds, ce qui rendait la marche très difficile, parfois même impossible. Comme ces malades présentaient en même temps des déformations articulaires des membres inférieurs et qu'ils n'attiraient pas l'attention sur l'état de leurs pieds, les troubles ou l'impossibilité de la marche étaient attribués aux déformations articulaires.

Au point de vue du traitement l'auteur insiste sur ce fait que le traitement de la diathèse seule n'a pas de prise sur les tophi de la plante du pied. Ceux-ci doivent être traités par le massage dont le but principal est de faire disparaître les aspérités qu'ils présentent et qui rendent la marche si douloureuse.

Traitement de l'insuffisance chronique du cœur (Chronische Herzinsufficienz, deren Behandlung nach eigener Beobachtung), par Fr. Neumann (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, nos 18 et 19). — Dans les troubles cardiaques chez les artério-scléreux présentant toutefois un myocarde en bon état, l'auteur a obtenu de bons résultats par la digitale à haute dose associée à l'iodure de potassium, continuée pendant quelque temps. Il a constaté que cette médication relève l'action du cœur pour un temps assez long pendant lequel on peut alors se passer de tout médicament et s'en tenir aux mesures hygiéniques et diététiques. Quand les troubles reparaissent, on reprend pour quelques jours le traitement par la digitale associée à l'iodure de potassium.

Ce traitement est contre-indiqué chez les artério-scléreux dont le myocarde est atteint de dégénérescence graisseuse.

Agar-jaune d'œuf comme milieu de culture pour les gonocoques (Eidotteragar ein Gonokokken-Nährboden) (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 18, p. 379). — On mélange un jaune d'œuf avec 3 fois son volume d'eau. On en prend 20 grammes et on ajoute 10 grammes d'une solution de biphosphate de soude à 20 p. 100 et 90 grammes d'agar à 3 p. 100. On verse le mélange dans des tubes on le laisse se solidifier.

Sur ce milieu on peut cultiver soit les gonocoques du pus, soit les gonocoques en culture. Ils y poussent pourtant moins abondamment que sur du sérum-agar.

Résistance à l'infection chez les animaux dératés (Experimentelle Untersuchungen über Infections-Krankheiten nach Milzexstirpation), par L. Blumreich et M. Jacoby (*Berlin.*

klin. Wochenschr., 1897, n° 21, p. 441). — Les recherches faites sur des cobayes ont montré aux auteurs que les cobayes dératés supportaient mieux que les animaux normaux l'infection par le bacille diphthérique ou pyocyanique ou cholérique. L'infection par la bactéridie charbonneuse et l'intoxication par la toxine diphthérique, pyocyanique ou cholérique étaient supportée de la même façon par les animaux dératés et par les animaux normaux.

Le sérum des animaux dératés exerçait une action bactéricide plus manifeste que celui du sérum des animaux normaux. L'action sur les toxines étaient la même dans les deux.

La résistance plus grande des animaux dératés à l'infection par des bactéries virulentes est attribuée par les auteurs à l'hyperleucocytose considérable que provoque chez les animaux la splénectomie.

L'amygdale linguale dans la syphilis (Contribugione allo studio delle manifestazioni sifilitiche della tonsilla linguale), par C. Ricci (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, janvier 1897, p. 83). — L'amygdale linguale, au cours de la syphilis secondaire, est le plus souvent hypertrophiée, de même que les autres organes hématopoiétiques; dans la syphilis tertiaire, elle est constamment le siège d'une atrophie plus ou moins prononcée qui n'aboutit cependant jamais à sa disparition complète.

Séméiologie des fragments de muqueuse gastrique extraits par la sonde (Sull' importanza diagnostica rei frammenti di mucosa gastrica estratti dallo stomaco digipino), par L. Sansani (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, Janvier 1867, p. 25). — La sortie par la sonde de fragments de muqueuse gastrique extraits de l'estomac à jeun est un symptôme important d'ulcère stomacal et non pas de gastrite muqueuse ou de simple érosion stomacale comme on le pense généralement. Ce signe est assez fréquent et il n'a été considéré comme rare que parce qu'on fait rarement l''examen microscopique du sédiment de l'eau de lavage.

Éthers sulfoniques dans l'urine (L'eliminazione digli eteri sulfonici per le urine), par Casciani (*Riforma medica*, 16 décembre 1896, p. 771). — Dans l'élimination des éthers sulfoniques il y a des oscillations journalières, souvent élevées, qui ne dépendent pas seulement de l'état de la putréfaction intestinale. L'élimination de ces éthers par les urines n'est pas toujours la mesure exacte du degré de putréfaction intestinale. L'influence de la diète sur leur élimination n'a pas une valeur absolue et constante; la diète ne suffit pas à produire un changement dans la putréfaction intestinale, le microbisme intestinal a peut-être une influence plus considérable. Dans la constipation il n'y a pas toujours augmentation des éthers sulfoniques dans les urines. L'usage des eaux chlorurées sodiques purgatives produit une diminution des éthers sulfoniques dans les urines, diminution d'autant plus notable que l'action de ces eaux est prolongée.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde (La siero-diagnostica della febbre tifoide), par C. Comba (*Riforma medica*, 14 et 15 décembre 1896, p. 749 et 759). — L'auteur a confirmé dans 13 cas les données acquises sur la valeur de la réaction agglutinative dans le diagnostic de la fièvre typhoïde; il a constaté son absence dans les premiers jours de la maladie et sa persistance pendant la convalescence.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des néphrites par les applications externes de pilocarpine,

D'après M. le Dr E. Julia.

Frappé des résultats obtenus dans certaines affections chirurgicales (hydarthrose, entorse, etc.) par les applications externes de jaborandi, M. H. Mollière eut l'idée d'employer la pilocarpine en friction dans le traitement des néphrites. Ces premiers essais furent heureux : l'action de l'alcaloïde parut même plus décisive, plus rapide et moins dangereuse, que celle qu'on obtenait par les injections sous-cutanées. Dès lors une série de malades furent soumis à cette thérapeutique. M. H. Mollière s'efforça d'en préciser les indications et les effets, et c'est le résumé de ces recherches, poursuivies depuis 10 ans, que nous donne M. E. Julia dans son importante thèse inaugurale (1).

La médication consiste à oindre toute la région dorso-lombaire de la pommade suivante :

Nitrate de pilocarpine . . .	5 à 10 centigr.
Vaseline blanche	100 grammes.

On recouvre d'une couche épaisse de coton cardé et d'une feuille d'un tissu imperméable; le tout est maintenu au moyen de bandes de tarlatane. Au bout de deux heures, l'appareil peut être enlevé, mais, sauf le cas où la sudation est excessive, il n'y a généralement que des avantages à le maintenir plus longtemps.

Le premier effet observé est une transpiration très abondante qui commence habituellement une 1/2 heure après la friction et qui n'est pas comparable, comme quantité, à celle qu'on obtiendrait par la simple application d'ouate sans pommade. Peu après s'établit une *diurèse*, quelquefois excessive. A une excrétion presque nulle, boueuse, succèdent des urines claires, dont le volume peut atteindre en 24 heures de 1 litre 1/2 à 3 et 4 litres et dont la densité s'élève parallèlement, fait particulièrement important au point de vue de l'action de la pilocarpine sur l'élimination. Cette polyurie se produit indépendamment du régime lacté, qu'il est néanmoins toujours favorable d'instituer. Enfin la diminution de la proportion de l'albumine est la règle : quant à l'urée, ses variations sont insignifiantes.

Ces phénomènes permettent de prévoir les heureux effets de la vaseline pilocarpinée dans le traitement des néphrites. Sous l'influence de frictions quotidiennes, les symptômes s'amendent dès les premiers jours de la médication pour céder dans le courant de la deuxième, quelquefois de la troisième semaine. Les œdèmes surtout disparaissent avec rapidité : les malades accusent un sentiment de bien-être qui n'est pas l'un des moindres bienfaits de la méthode.

On conçoit que les guérisons sont plus facilement obtenues dans les formes aiguës : les formes chroniques sont simplement améliorées, mais cette amélioration est souvent durable. Aussi est-on autorisé à appliquer la médication dans toutes les affections rénales, et l'attaque d'urémie elle-même, dans laquelle les moyens énergiques devront être tout d'abord employés, sera souvent favorablement influencée par les onctions à la pilocarpine, qui d'ailleurs, dans aucun cas, ne peuvent être nuisibles au malade.

Le caractère propre de ce mode d'utilisation de cet alcaloïde est d'agir uniquement sur les reins et sur la peau. Administré par la voie sous-cutanée ou à l'intérieur, il augmente indistinctement toutes les sécrétions; il y a en particulier une exagération quelquefois notable de la sécrétion salivaire et bronchique, tandis que l'effet diurétique reste médiocre. Enfin la pilocarpine est un médicament dont il faut surveiller les effets : car il peut dans quelques cas devenir dangereux.

Ces phénomènes de diaphorèse et de diurèse sont-ils bien le résultat de la présence de la pilocarpine dans la friction? Oui, répondent M. H. Mollière et avec lui M. Julia. Car d'autres substances expérimentées dans les mêmes conditions n'ont pas amené les mêmes effets : la spartéine en particulier s'est montrée tout à fait inefficace. Malgré l'affirmation de M. Julia, les larges cataplasmes sinapisés sur la région dorso-lombaire ont fréquemment une action diurétique très puissante; ce fait est bien connu de tous ceux qui s'occupent des maladies des voies urinaires.

Il n'en est pas moins vrai que la pilocarpine joue ici un rôle

1. E. Julia, Des applications externes de pilocarpine dans le traitement des néphrites et de leur effet diurétique en particulier (th. de Lyon, 1896, n° 9).

certain : car, en dehors de la diurèse, l'augmentation de la densité des urines, la diminution de l'albumine sont des phénomènes assez constants dans les observations pour être mis à l'actif des seuls enveloppements ouatés.

Peut-on interpréter physiologiquement ces faits? Il s'agit là en effet de simples actions de *contact*, transmises à distance par l'intermédiaire du système nerveux, l'alcaloïde n'étant pas absorbé. Mais ce n'est là qu'une explication insuffisante, basée sur une hypothèse gratuite. C'est au laboratoire à compléter sur ce point les données de la clinique : cette étude expérimentale, que M. Julia a négligée, semblait bien la conclusion naturelle de son intéressant travail.

G. M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Cyanate et cyanure de mercure.

Généralités. — Les cyanate et cyanure de mercure, mais surtout ce dernier, se prêtent particulièrement à l'usage hypodermique. Ils sont l'un et l'autre solubles dans l'eau, stérilisables par la chaleur, sont d'une stabilité parfaite, n'attaquent ni l'un ni l'autre le métal des seringues, ni ne coagulent l'albumine. Ils présentent donc de nombreux avantages et l'on ne s'explique pas que leur usage ne soit pas plus répandu en pratique médicale. Les propriétés antiseptiques de l'oxycyanure de mercure, récemment mises en lumière par MM. Monod et Macaigne, contribueront à populariser un médicament dont l'activité dépasse celle du sublimé, sans en avoir les inconvénients.

Une des raisons qui peut-être ont empêché une application plus générale des cyanures est tirée de leur toxicité. Sans doute ils sont plus toxiques que le sublimé : mais à doses thérapeutiques, c'est-à-dire entre 5 milligrammes et 2 centigrammes, la différence de toxicité est négligeable.

Car cette toxicité est surtout due au radical cyanogène qui, à faibles doses, se détruit facilement dans l'organisme, et non au mercure lui-même. En fait, les accidents d'intoxication hydrargyriques sont moins fréquents avec les cyanures qu'avec le sublimé. On peut donc les employer en toute sécurité.

Pour nous, nous considérons que les cyanures doivent être classés parmi les meilleures préparations de mercure injectable. La constance des résultats, la réduction au minimum des accidents, la stabilité des solutions, leur maniement facile, sont autant de raisons qui doivent les faire préférer par le praticien. Enfin, par l'absence d'action sur l'albumine, les cyanures paraissent le sel de choix pour les injections intra-veineuses, à condition de les employer à des doses inférieures de moitié à celles du sublimé.

Solubilité. — Les cyanates, produit d'oxydation des cyanures, sont solubles dans 13 parties d'eau. Nous nous adressons de préférence aux cyanures qui sont solubles dans 8 parties d'eau.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* On n'a pas encore déterminé la dose exacte; aussi convient-il de s'abstenir. — *Chez l'adulte :* 1/2 centigramme à 1 centigramme par injection sous-conjonctivale, sous-cutanée ou intra-musculaire; 1/2 centigramme seulement en injection intra-veineuse.

Ces doses peuvent être respectivement portées à 15 milligrammes et à 1 centigramme en 24 heures. Les injections seront répétées tous les 2 jours oumême tous les jours.

Technique. — Nous n'avons rien à ajouter de particulier sur ce point. Disons seulement qu'on peut employer la voie souscutanée aussi bien que la voie intra-musculaire, à cause de l'absence de réaction locale.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — La douleur de l'injection est très supportable. Elle est un peu plus vive qu'avec une solution de morphine et tout à fait comparable à celle que produit l'eau de laurier-cerise. Dans les muscles, cette douleur est insignifiante. Elle est nulle par la voie intra-veineuse.

b) *Éloignés.* — A la suite de la piqûre il n'y a généralement pas longue persistance des phénomènes douloureux : il n'y a ni induration, ni nodus.

Peu d'accidents d'intoxication générale. Surveiller en tous cas très exactement la bouche et les urines des malades.

Applications particulières des injections de cyanure de mercure. — Plus encore que le sublimé, le cyanure de mercure exerce une action d'arrêt dans les suppurations oculaires. Les expériences de Fromaget et Laffay ont établi le bien-fondé des données de la clinique. Abadie, Galezowski, Despagnet, Küsel, avaient observé cette influence *empêchante* dans les cas de panophthalmie. Aujourd'hui ces faits sont classiques et si l'injection de cyanure ne suffit pas à elle seule à guérir la maladie, elle constitue un utile adjuvant dans le traitement des phlegmons de l'œil.

En pratique on injecte dans ces cas sous la conjonctive, à 1/2 centimètre du rebord cornéen, 1/4 de centim. cube d'une solution de cyanure à 0,05 p. 100. Cette injection peut être répétée les jours suivants. Quelques ophthalmologistes injectent la même dose en plusieurs piqûres, au pourtour de la cornée: il vaut mieux, à notre avis, ne pas multiplier les effractions dans une muqueuse que l'on ne peut aseptiser, car ce sont autant de foyers d'inoculation, de portes d'entrée ouvertes à l'infection. Il est superflu d'ajouter que bien qu'on opère en milieu septique, on est tenu aux mêmes précautions de la plus rigoureuse asepsie.

FORMULES

Cyanate de mercure . . . . . . 0 gr. 50
Eau stérilisée. . . . . 1000 gr.
5 à 10 centim. cubes à 38° (voie intra-veineuse).

La même injection peut servir par la voie sous-cutanée à la dose de 10 à 15 centim. cubes.

(Maurange.)

Cyanate de mercure. . . . . . . 2 gr.
Eau *stérilisée*. . . . . 100 gr.
1/4 à 1/2 centim. cube.

(Schutz et Prochorow.)

Cyanure de mercure. . . . . 1 gr.
Eau *stérilisée*. . . . . 100 gr.
1 centim. cube (voie intra-veineuse).

(Abadie.)

Cyanure de mercure. . . . . . . 0 gr. 50
Eau *stérilisée*. . . . . 20 gr.
1/4 de centim. cube contre la syphilis oculaire.

(Galezowski et Despagnet.)

Cyanure de mercure. . . . . . . 1 à 3 gr.
Eau *stérilisée*. . . . . 1 000 gr.
2 centim. cubes (voie intra-veineuse).

(Küsel.)

Nous préférons employer cette dernière formule en raison de la plus grande dilution du sel hydrargyrique.

Associations. — Abadie introduit dans sa solution quantité égale de chlorhydrate de cocaïne. Ainsi il supprime toute sensation douloureuse. Mais sans compter que les injections de cyanure sont aisément tolérées, nous pensons avec Hallopeau que cette addition de cocaïne n'est pas sans danger. Aussi n'hésitons-nous pas à proscrire la formule suivante qu'Abadie préconise :

Cyanure de mercure. . . . . } āā 0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne . . . . }
Eau *stérilisée*. . . . . 50 gr.
1/2 à 1 centim. cube.

(Abadie.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les études à la Faculté de médecine de Paris.

De tous côtés on se rend compte que, pour arriver docteur en médecine il suffit à peu près de s'inscrire comme étudiant à notre Faculté. D'un état officiel dressé il y a

quelques jours, il résulte qu'il en est à peu près de même en province, la Faculté de Nancy mise à part.

Répéter éternellement les mêmes doléances sous une forme variée me paraît inutile, et le mieux est, à mon sens, de poser la question comme l'a fait en janvier dernier la *Gazette des hôpitaux* : il ne sera pas inutile, après 6 mois de repos, d'attirer de nouveau l'attention sur ce point.

A. B.

Il y a 11 ans, le chiffre des examens à la Faculté de médecine de Paris était de 3 856.

Pendant l'année scolaire suivante, c'est-à-dire :

En 1886-1887	il a été de	4 076
1887-1888	—	5 082
1888-1889	—	5 165
1889-1890	—	5 597
1890-1891	—	5 468
1891-1892	—	5 910
1892-1893	—	6 803
1893-1894	—	8 340
1894-1895	—	8 238
1895-1896	—	8 955

Ainsi, pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, 8 955 examens ont été subis. On croirait volontiers, en voyant doublées, grâce au nouveau régime d'études, les épreuves qu'ont à subir les nouveaux étudiants, que le niveau scientifique doit s'élever proportionnellement et qu'il est aujourd'hui plus difficile qu'autrefois d'acquérir le titre de docteur de la Faculté de Paris. Ce serait là une profonde erreur que les chiffres se chargent de détruire.

En effet, en 1894-1895, sur 8 238 épreuves, il y avait eu 1 394 ajournements. En 1895-1896, sur 8 955 épreuves, il y a eu 1 319 ajournements, soit 717 épreuves en plus et 75 ajournements en moins. Ainsi le fait brutal est là, les épreuves ont été multipliées et le résultat a été tout autre que celui qui était évidemment attendu : les ajournements sont de plus en plus rares et l'examen tend de plus en plus à devenir une simple formalité, dont la consignation à la caisse sera la partie principale et dont l'épreuve devant le jury sera la partie tout à fait accessoire. Chose curieuse, plus les matières exigées des candidats sont importantes au point de vue professionnel et purement médical, plus l'indulgence des juges paraît grande. Voici, en effet, la proportion p. 100 des ajournements :

1er Examen		38,96	p. 100
2e Examen. —	1re partie (anatomie)	22,70	—
—	2e partie (physiologie)	13,73	—
3e Examen. —	1re partie (pathol. externe)	13,50	—
—	2e partie (pathol. interne)	15,13	—
4e Examen. —	Thérapeutique, méd. légale	14,51	—
5e Examen. —	1re partie { chirurgie. accouchements }	7,39	—
—	2e partie (médecine)	6,55	—
Thèse		0,33	—

Ainsi, au premier examen qui porte, quoi qu'on puisse dire, sur des matières accessoires, la proportion des refus est près de 40 p. 100, tandis que de suite elle tombe à 13 p. 100 pour la pathologie et à 6 et 7 p. 100 pour la clinique !

Ainsi, cet examen clinique, qui termine à vrai dire les études, qui est l'épreuve ultime, celle qui doit consacrer docteur, car de la thèse il ne saurait être question, cette épreuve est tellement dénuée de valeur, que 93 p. 100 des candidats la subissent d'emblée, sans ajournement, et même, si l'on veut aller plus loin, ce n'est plus à 7 p. 100, mais à 3 ou 4 p. 100 que tombe la proportion des refus pour le 5e examen; car la première partie comprend un examen de clinique chirurgicale et un examen de clinique obstétricale. Ce sont ces deux examen réunis qui donnent une proportion de 6 p. 100 d'ajournement, soit 3 p. 100 pour chacun d'eux. C'est-à-dire que l'examen, incontestablement le plus difficile et le plus important n'existe plus à la Faculté de Paris, et qu'en définitive les épreuves éliminatoires n'existent plus guère chez nous. Il suffira bientôt de passer régulièrement à la caisse chaque année, pour retirer directement du caissier principal, au bout du temps légalement assigné, une quittance générale des droits acquittés qui tiendra lieu de diplôme.

Ainsi, les examens pour l'obtention du doctorat en médecine sont devenus, à la Faculté de Paris, d'une facilité telle que peu à peu ils se sont, surtout pour les examens cliniques, transformés en une simple formalité. Si l'on veut leur comparer les examens du baccalauréat classique et ceux du certificat qui tient lieu du baccalauréat ès sciences restreint, on verra de combien est plus forte, pour ces derniers, la proportion des insuccès, ce qui mène à cette conclusion indiscutable : qu'il est plus difficile de subir les épreuves du baccalauréat que les épreuves exigées pour le doctorat en médecine. Le nombre des fruits secs de l'enseignement secondaire n'ayant jamais pu obtenir leur baccalauréat est des plus appréciables. Le nombre des étudiants en médecine, désertant la Faculté et quittant définitivement leurs études, par suite de leur incapacité, est des plus minimes et absolument négligeable.

Consultons encore les chiffres officiels, 835 élèves docteurs ont quitté la Faculté, savoir : 594 reçus docteurs, 127 pour passer dans une autre Ecole, 11 sont décédés, 8 ont renoncé aux études, 95 n'ont fait aucun acte de scolarité depuis 10 ans. Examinons ce que veulent dire ces chiffres. Mettons de côté les transfuges d'une Faculté dans une autre, ceux qui sont décédés, il reste 103 élèves paraissant avoir abandonné leurs études. De ces 103 élèves, 95, suivant le rapport académique, n'ont pas fait d'acte de scolarité depuis 10 ans, ce qui fait une moyenne de 9,5 par an. Sur ces 9 étudiants, les uns, et ce sont les plus nombreux, n'ont même pas subi d'examen, et, à peine inscrits à la Faculté, ont cessé leurs études pour un motif ou pour un un autre. D'autres abandonnent par suite de revers de fortune, ou parce qu'ils prennent une autre situation; de sorte qu'en réalité, dans cette catégorie d'élèves, n'ayant pas fait d'acte de scolarité depuis 10 ans, il n'y en a pas plus de 2 ou 3 par année qui renoncent au doctorat à cause de la difficulté des examens. Il en est de même pour les 8 qui, officiellement, ont renoncé aux études. Ils ont obéi aux mêmes motifs que les premiers. Aussi, sur ces 17 élèves qui, annuellement, cessent leurs études, y en a-t-il 3 ou 4 qui reculent devant la difficulté des examens? Le fait est possible; mais la proportion est peut-être encore plus faible. On peut donc dire que tout élève inscrit à la Faculté de médecine de Paris deviendra fatalement docteur, puisque la proportion de ceux qui sont arrêtés par les examens ne dépasse pas 6 pour 1000 et n'atteint pas 1 pour 100.

On cherche bien loin la cause de l'encombrement des études et le remède à l'encombrement ultérieur de la profession : il nous semble qu'il est inutile de chercher si loin. Nous l'avons déjà dit et répété, nos Facultés de médecine ouvrent trop facilement leurs portes, délivrent avec trop de complaisance des diplômes immérités, et contribuent ainsi à l'avilissement du titre de docteur en médecine.

Le fait est si réel et si connu qu'il y a quelques semaines, dans un journal politique très répandu, paraissait un article fort documenté où l'on disait nettement que l'exercice de la médecine pouvait être considéré chez nous comme un exercice libre, étant donné les simples formalités à remplir pour obtenir le diplôme de docteur. L'auteur de l'article, continuant sur ce thème, demandait que les médecins retombassent sous la juridiction commune; que l'exercice de la médecine fût reconnu officiellement libre puisqu'il l'était en réalité, du fait du peu d'importance des connaissances exigées devant les Facultés.

Tout ce que nous venons de dire plus haut prouve, chiffres en mains, qu'en réalité les examens ne constituent plus une barrière infranchissable pour les paresseux et les ignorants, et qu'il suffit d'un peu de persévérance à tout étudiant pour devenir docteur, quelque limitées que puissent être ses connaissances médicales.

La réforme complète et sérieuse des examens s'impose donc à brève échéance, et c'est là une question vitale pour notre profession.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Deux cas d'occlusion intestinale (p 613).

REVUE DES CONGRÈS. — *Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie* : Voie opératoire vaginale en gynécologie. — Mécanisme de l'avortement. — Pathologie des corps jaunes. — Hystérectomie abdominale pour cancer. — Injections intra-utérines (p. 614). — Grossesse extra-utérine. — Fistules uretérales. — *Quinzième Congrès allemand de médecine interne* : Epilepsie (p. 615). — Nouvelle tuberculine, mort. — Maladie de Basedow (p. 616). — Thérapeutique étiologique. — Les iodures dans les affections de l'appareil circulatoire. — Incision du péricarde. — Ponction lombaire (p. 617). — Traitement des cardiopathies. — Dégénérescence graisseuse (p. 618).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Inoculation antirabique. — *Société anatomique* : Abcès et tumeur du cerveau (p. 618). — Angiome et bec-de-lièvre. — Abcès intra-crânien. — Hernie propéritonéale étranglée. — Calcul du ligament large. — Phlébite puerpérale. — Fibrine introduite dans les séreuses. — Grossesse ectopique. — Fibrine dans les plaies expérimentales du foie. — Artérite syphilitique (p. 619). — Ostéomalacie. — *Société de biologie* : Intoxication générale et infection biliaire. — Sécrétion lacrymale. — Temps de réaction dans la mélancolie (p. 620). — *Société de chirurgie* : Traitement de la coxalgie. — Traitement des fractures de la rotule. — *Société médicale des hôpitaux* : Application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale (p. 621). — Diabétiques lévulosuriques. — Bacille de Löffler (p. 622). — *Société des sciences médicales de Lyon* : Déplacement du cœur à droite par un épanchement pleural ancien. — Malformation congénitale du cœur. — *Société des sciences médicales de Lyon* : Déplacement du cœur à droite par un épanchement pleural ancien. — Malformation congénitale du cœur. — *Société nationale de médecine de Lyon* : Redressement des gibbosités pottiques (p. 623).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Réunion libre des chirurgiens de Berlin* : Abcès sous-diaphragmatique. — Hernie rétro-péritonéale antérieure. — Appendicite et affection génitale. — *Société de médecine berlinoise* : Syphilis chez un individu tatoué. — Sténose laryngée avec fistule entre le larynx et l'œsophage. — Diagnostic clinique de la scrofule (p. 624).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Deux cas d'occlusion intestinale,

Par M. le Dr Legueu,

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. Broca.

M. le Dr Legueu nous a lu, il y a quelque temps, deux observations intéressantes d'occlusion intestinale.

La première, qui a trait à une *torsion du còlon ascendant*, relève, on le voit, d'une lésion que sa rareté rend intéressante. Elle concerne un homme de 37 ans, qui depuis un an avait été pris environ tous les mois de coliques brusques, sans diarrhée, assez violentes pour le forcer à quitter son travail ; chaque crise durait 3 à 4 heures ; aucun trouble intestinal dans l'intervalle. Le 13 mars 1896, débuta l'occlusion, par une crise qui d'abord ne sembla pas plus intense que les autres mais se transforma vite en occlusion. Au bout de 3 jours, après échec des purgatifs et des lavements, le malade se décida à entrer à l'hôpital et M. Legueu, appelé d'urgence, pratiqua la laparotomie. La première exploration fut pour la fosse iliaque droite, où rien d'anormal ne fut senti ; alors, après avoir constaté que l'S iliaque était rétracté et l'intestin grêle distendu, M. Legueu eut recours à l'éviscération partielle. Il vit ainsi faire saillie dans la partie supérieure de l'incision une portion d'intestin distendue au point de ressembler à un estomac dilaté. Mais en l'abaissant, il reconnut qu'en réalité c'était le cæcum, situé au-dessous d'une torsion de l'extrémité inférieure du côlon ascendant. Le cæcum avait ainsi fait un demi-tour de gauche à droite ; en outre, il avait subi une translation en haut et à gauche, de façon à venir se loger dans la région épigastrique.

La remise des parties en position normale fut aisée, mais la réduction exigea l'évacuation du cæcum par incision franche suivie de suture. Le malade succomba le 19 mars, avec tous les signes d'une septicémie péritonéale aiguë.

L'autopsie permit de vérifier la disposition anatomique, constatée déjà au cours de l'opération, grâce à laquelle avait été possible cette torsion : le mésocôlon ascendant ne commençait que notablement au-dessus du cæcum, en sorte que l'extrémité inférieure du colon était libre, entourée de toutes parts de péritoine. C'est là une disposition rare, mais non très exceptionnelle, en particulier chez l'enfant en bas âge, et je me souviens d'en avoir disséqué plusieurs cas, dont un où le mésocôlon ne commençait qu'à peine au-dessous de l'angle droit du colon, en sorte que l'angle iléo-cæcal était assez mobile pour pouvoir être rabattu au-devant de l'appendice xiphoïde.

J'insisterai sur la distension du cæcum ; on sait qu'elle est la règle pour les différents segments d'intestin atteints de volvulus et que von Wahl (de Dorpat) en a tiré un signe important pour le diagnostic. Dans le cas actuel, M. Legueu n'avait pas trouvé dans le ventre, avant l'opération, le météorisme limité et fixe décrit par von Wahl. On conçoit combien cette notion est contraire au traitement par l'anus contre nature, car on risque fort d'ouvrir à l'extérieur précisément l'anse tordue, qui souvent remplit presque l'abdomen, et le résultat, naturellement, est nul. Il y a déjà longtemps que mon ami Hartmann a fait valoir cet argument. Il est inutile d'insister davantage, car aujourd'hui je crois que les partisans de l'anus contre nature sont très raréfiés.

C'est peut-être pour la deuxième observation de M. Legueu que l'anus contre nature compterait encore quelques adeptes. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 61 ans chez laquelle des accidents graves d'occlusion complète persistèrent après la réduction d'une hernie étranglée pendant une journée. Au deuxième jour, soupçonnant une réduction en masse, M. Legueu fit la laparotomie : il ne trouva aucun obstacle mécanique, mais à la jonction de la partie distendue et de la partie affaissée il vit un sillon noir, marquant bien évidemment la place du contour de la partie serrée de l'ancien étranglement herniaire. Après quelques manipulations ayant démontré la perméabilité de l'intestin à ce niveau, M. Legueu referma le ventre : une heure et demie après la débâcle se produisait, et la malade guérit sans encombre.

Ces cas de *pseudo-étranglement par paralysie* sont rares, mais incontestables. On en a déjà observé à la suite de taxis, de kélotomie, de laparotomie pour occlusion, et ils ont donné lieu à un travail tout récent de Heidenhain (1). C'est dans ces conditions que l'on obtient des succès rapides par l'administration d'un purgatif. Mais dans l'espèce M. Legueu devait-il recourir à cette thérapeutique ? Je ne le pense pas, car le diagnostic exact de la lésion extra-abdominale était impossible. Les signes sont bien douteux, pour permettre d'éliminer à coup sûr la réduction en masse, la réduction de l'anse toujours enserrée par le collet, la persistance d'un pincement dans un collet profond, toutes lésions auxquelles convient seule la laparotomie aussi rapide que possible. L'observation de M. Legueu prouve qu'une fois le contour serré forcé par quelques manipulations, le résultat favorable peut être acquis grâce à la laparotomie ; elle nous montre aussi que dans ces conditions la laparotomie simple est bénigne et ainsi tombe un des derniers arguments en faveur de l'anus contre nature, dont les quelques succès définitifs, avec guérison ultérieure de la fistule, concernent sans doute des pseudo-occlusions paralytiques.

(1) Heidenhain, *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, t. XLIII, p. 201.

REVUE DES CONGRÈS

SEPTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Leipzig du 9 au 11 juin 1897.

La voie opératoire vaginale en gynécologie.

M. Döderlein (de Groningue) fait observer qu'il existe deux méthodes opératoires principales; la colpotomie antérieure et la colpotomie postérieure. Veit a, le premier, proposé d'ajouter à ces deux méthodes la colpotomie latérale, qui, après ligature d'un des ligaments larges, permet d'atteindre des organes situés profondément et donne beaucoup de jour au champ opératoire.

M. Döderlein a employé une seule fois ce dernier procédé pour l'extirpation d'un kyste ovarien du volume d'une tête d'enfant : le procédé a été d'une grande utilité.

Un procédé, distinct de ces colpotomies, venu de France, consiste à pratiquer l'ablation préliminaire de l'utérus sain, dans le but d'arriver aux organes malades. C'est renoncer d'emblée à une intervention conservatrice. On n'est autorisé à pratiquer cette opération radicale que lorsque tout l'appareil génital (utérus, trompes, ovaires) est atteint, comme dans les cas de gonorrhée ascendante; mais il n'en est pas de même quand il s'agit d'enlever un utérus sain pour arriver aux annexes malades.

Sur un total de 87 colpotomies, M. Döderlein a été obligé 5 fois de terminer l'opération par la laparotomie.

Pour ce qui est de la valeur respective des deux colpotomies, M. Döderlein préfère la colpotomie postérieure. Il a exécuté 14 fois la colpotomie antérieure et 13 fois la colpotomie postérieure pour pratiquer l'ablation d'annexes atteintes de tumeurs ou lésées d'autre façon. Il a perdu une des opérées du premier groupe, quatre semaines après l'intervention, du fait d'un hématome du volume du poing siégeant dans le ligament large et qui est devenu le point de départ d'une infection généralisée. Dans 3 autres cas, il a constaté la formation d'hématomes du ligament large qui se sont résorbés, mais ont beaucoup retardé la guérison.

Du reste la colpotomie postérieure n'est pas non plus à l'abri de tout reproche. Elle convient surtout à l'ablation des petites tumeurs mobiles facilement morcelables. Si l'hémostase des parois pelviennes n'est pas absolue, M. Dœderlein a recours au tamponnement du Douglas à la gaze iodoformée, qu'il enlève le deuxième ou le troisième jour.

M. Martin a fait jusqu'à présent 454 opérations vaginales pour affections diverses. Sur ce nombre, il a eu 4 décès. Il ne pratique ces opérations vaginales que pour les tumeurs de petit ou moyen volume, surtout pour les tumeurs mobiles. Il tient avant tout à conserver l'utérus.

M. Chrobak estime que les dangers des opérations vaginales proviennent en grande partie, de ce que souvent l'on ne voit pas exactement ce que l'on fait et que l'on ne peut produire des lésions de l'intestin sans les reconnaitre. Cela arrive certainement plus souvent qu'avec la laparotomie, où l'on travaille à ciel ouvert. Sur 87 utérus myomateux qu'il a enlevés par la voie vaginale, il a eu 2 morts, l'une due à l'infection, l'autre à des lésions de l'intestin.

M. Olshausen (de Berlin) constate qu'il y arrêt dans l'enthousiasme exagéré pour les opérations vaginales; on en a fait un réel abus. Il a vu des cas où l'utérus devait être enlevé par la voie vaginale, mais il n'a pas voulu venir; dans d'autres, les annexes devaient être enlevées, mais l'utérus seul a été extirpé. Les conséquences éloignées des opérations par la voie vaginale sont souvent sérieuses.

M. Wertheim tient à dire qu'à la clinique de M. Schauta on réserve la voie vaginale pour les petites tumeurs mobiles (kystes dermoïdes, fibromes peu volumineux, petits kystes); les fibromes du tissu sous-séreux, du paramétrium ne sont pas favorables à la méthode. On a complètement abandonné l'emploi des pinces, auquel on préfère les ligatures comme étant aussi faciles à appliquer et offrant beaucoup plus de garantie au point de vue hémostatique.

Mécanisme de l'avortement.

M. Skutsch (d'Iéna) a rapporté l'observation d'une jeune femme, n'ayant jamais eu d'enfant ni de fausse couche, qui expulsa, après de fortes douleurs et une légère perte de sang, une membrane qui fut recueillie dans le vagin. En examinant la pièce, on constatait qu'elle représentait le moulage exact de la cavité utérine; elle n'avait qu'une petite ouverture correspondant à l'orifice interne. On supposa que la fausse couche était complète, que l'œuf avait passé inaperçu dans le sang et les caillots.

Mais deux jours après les douleurs recommencèrent et la femme expulsa un œuf complet, d'un diamètre d'environ 4 centimètres. M. Skustch suppose que dans ce cas il s'est agi d'un avortement tubaire; la caduque vraie a été expulsée la première; ensuite est venu l'œuf contenu dans la trompe droite.

Pathologie des corps jaunes.

M. Orthmann (de Berlin), en s'appuyant sur l'étude des préparations provenant de la clinique de M. Martin, met en lumière le rôle des corps jaunes dans la pathologie des ovaires. Pour lui, le corps jaune peut être le point de départ d'un abcès susceptible d'atteindre un volume variant depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une mandarine, d'une calcification, d'une hémorrhagie, qui ne peut acquérir d'importance que par son abondance. Le corps jaune peut donner lieu à la formation de kystes à contenu séreux ou sanguin, ayant ceci de caractéristique, que leurs parois se composent de deux ou trois couches superposées et faciles à isoler les unes des autres. L'examen microscopique de ces parois montre la couche jaune d'une façon très nette; les cellules de lutéine y sont abondantes et constituent aussi un caractère essentiel de ces sortes de kystes.

De l'ablation totale de l'utérus carcinomateux par la voie abdominale.

M. Kustner, qui a fait 16 fois l'hystérectomie abdominale pour cancer du corps, a eu 4 morts par infection. L'hystérectomie abdominale totale est certainement beaucoup plus dangereuse dans ces cas que lorsqu'on la pratique pour l'ablation de tumeurs fibreuses. Cela tient à ce que l'utérus est fortement infecté avant l'opération. Depuis les recherches de Menge, il n'est pas douteux que son contenu soit septique, et il est probable que dans ces conditions les microbes passent plus facilement dans les ligaments larges.

M. Mackenrodt (de Berlin) fait depuis deux ans et demi toutes les ablations d'utérus carcinomateux par la voie vaginale et se sert pour cela uniquement du fer rouge. Depuis deux ans et demi il a opéré 30 cas par cette méthode et n'a eu jusqu'à présent aucune récidive.

Injections intra-utérines.

M. Döderlein a fait quelques expériences pour savoir si un liquide, injecté dans l'utérus avec les précautions habituelles, pouvait se frayer un chemin à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Il a choisi 6 utérus qui devaient être extirpés par la voie vaginale, et immédiatement avant l'opération, après dilatation du conduit cervical à l'aide des sondes en cuivre de Schrœder afin d'assurer le libre reflux de l'excès de liquide, il a injecté une pleine seringue de Braun de l'une des trois solutions suivantes, préalablement stérilisées : quatre fois une solution de violet de méthyle, une fois de la teinture d'iode concentrée et une fois une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100. Dans la première série d'expériences, une fois le violet de méthyle avait pénétré dans le Douglas et le cul-de-sac antérieur en telle quantité qu'il avait suffi à teindre tout le champ opératoire, y compris les mains; deux fois les trompes étaient oblitérées, mais remplies de la solution colorée jusqu'au pavillon; dans le quatrième cas, les trompes étaient libres, mais la substance colorante n'avait pénétré que jusqu'au pavillon. Chez

la femme qui avait reçu de la teinture d'iode, il existait une endométrite ancienne avec fongosités d'au moins 1 centimètre d'épaisseur; le liquide n'avait pas pénétré dans les trompes, celles-ci étant oblitérées. Dans le cas où on a fait une injection au chlorure de zinc, on trouva dans la cavité péritonéale la valeur de trois à quatre cuillerées à soupe d'un liquide trouble, laiteux, contenant de la fibrine coagulée sans éléments proprement dits, liquide provenant d'un exsudat péritonéal; la trompe droite était très rouge, tuméfiée, mais n'offrait aucun signe de véritable cautérisation.

Tout dernièrement un fait a appris à M. Döderlein que le liquide peut passer en certaine quantité à travers les trompes. Une femme, dans un but de manœuvres abortives, s'introduit, en se servant du doigt comme conducteur, un longe tube en caoutchouc mou dans l'utérus; ensuite elle adapte ce tube à un simple clysopompe et s'injecte environ 500 grammes d'une solution de lysol très faible : aucun liquide ne ressort par les parties externes; elle est prise de douleurs terribles, à l'examen on constata très nettement la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Heureusement pour cette femme, la solution était stérile, et le lendemain la malade était guérie et remise de sa terrible émotion.

M. Olshausen croit qu'il n'est pas très rare que le liquide injecté dans l'utérus traverse les trompes et pénètre dans la cavité péritonéale, même sans que la pression soit considérable et malgré toutes les précautions. Une douleur spontanée latérale indique le côté où le liquide a pénétré; quelques heures après survient de la douleur à la pression; il se fait souvent un petit foyer de péritonite localisée.

Grossesse extra-utérine.

M. Rossier (de Lausanne) a opéré à la clinique du prof. Roux, 18 cas de grossesse extra-utérine. Un seul concerne une grossesse dans sa seconde moitié, coexistant avec un kyste de l'ovaire gauche; les deux tumeurs furent enlevées par laparotomie et la malade guérit sans complications. Les autres cas se divisent en 9 grossesses tubaires, 3 grossesses ovariennes, 5 hématocèles rétro-utérines. Toutes ces femmes furent opérées et guérirent, sauf 2. Dans l'un de ces cas, la malade a été emportée par une hémorrhagie survenue la veille du jour où l'opération devait avoir lieu.

Sur ces 17 cas la colpotomie fut pratiquée 5 fois : 2 fois il fallut la faire suivre d'une laparotomie, dans un cas immédiatement pour arrêter l'hémorrhagie dont on ne pouvait avoir raison par la voie vaginale, la seconde fois huit jours après la première opération pour insuffisance de drainage. Les 3 autres colpotomies concernent des cas où la tumeur siégeait très bas dans la cavité de Douglas.

Deux heures après l'opération, une violente hémorrhagie nécessita un second tamponnement.

Les malades opérées par laparotomie guérirent plus simplement et plus rapidement : 3 purent rentrer chez elles au bout de 15 jours.

La laparotomie semble être l'opération de choix, la toilette du péritoine pouvant se faire avec plus de soin, la séparation des adhérences étant plus facile et moins dangereuse; après avoir enlevé les caillots, on peut presque toujours refermer le ventre et s'abstenir de drainage; enfin il est plus aisé par cette voie d'appliquer la méthode conservatrice de Martin, car on a une meilleure vue d'ensemble du champ opératoire. Les désavantages consistent dans l'éventualité d'une laparotomie secondaire et d'une hémorrhagie post-opératoire.

La colpotomie reste cependant la meilleure méthode lorsqu'il y a déjà des symptômes d'infection.

D'après M. Rossier on peut formuler les règles suivantes relativement aux indications opératoires.

Quand le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé, lorsqu'il y a rupture ou qu'il survient un avortement abdominal, il faut pratiquer immédiatement la laparotomie, et, dans les cas très favorables seulement, la colpotomie;

En présence d'une hématocèle, il est préférable de pratiquer la laparotomie, parce que dans ce cas l'opération peut être faite avec plus de soin.

En ce cas d'infection ou de suppuration de l'hématocèle, la colpotomie garde toute sa valeur; mais on doit conserver l'utérus, si possible.

Traitement opératoire des fistules uretérales par implantation abdominale de l'uretère dans la vessie.

M. J.-A. Amann (de Munich) relate deux cas de fistules uretéro-cervicales qu'il a opérées par implantation directe de l'uretère correspondant dans la vessie en utilisant la voie abdominale (l'une des deux malades avait été opérée sans résultat par le vagin). Les deux malades ont guéri et les résultats ont été excellents. Voici la méthode opératoire qu'il a employée :

Après incision médiane des parois abdominales, on va à la recherche de l'uretère en se guidant sur l'artère iliaque (dans les deux cas il était considérablement épaissi et dilaté), on pratique une boutonnière dans le péritoine et on libère complètement le canal urinaire à ce niveau. Ceci fait, on cherche le point où l'uretère pénètre dans le tissu cicatriciel du plancher pelvien, on le libère aussi à ce niveau et, après l'avoir incisé entre deux ligatures, on attire son bout supérieur à travers la fente péritonéale au niveau de l'artère iliaque. Il s'agit maintenant d'établir le nouveau chemin que doit suivre l'uretère pour arriver à la vessie; on le fait à l'aide d'un instrument mousse en partant de la plaie abdominale et en passant latéralement au niveau de la ligne innominée sous le péritoine jusqu'à la boutonnière péritonéale iliaque; l'uretère est alors attiré à travers cette nouvelle voie à l'aide d'une pince longuette. De cette manière, au lieu de descendre dans le petit bassin, il longe latéralement celui-ci au niveau de l'os iliaque. A l'aide d'un gros cathéter, on repousse la vessie à la rencontre de l'uretère et on la fixe par de nombreuses sutures dans cette nouvelle position, à peu près au niveau de la fosse iliaque interne. La vessie et le bout inférieur de l'uretère ainsi rapprochés, rien n'est plus facile, après fermeture de toutes les incisions péritonéales, y compris l'incision du péritoine correspondant à la plaie abdominale, de procéder *extrapéritonéalement* à la suture oblique de l'uretère à la vessie. Les avantages de cette opération sont les suivants :

1° On fait suivre à l'uretère, pour arriver à la vessie, une voie relativement courte et située en dehors de la cavité péritonéale.

2° On déplace la vessie à la rencontre du canal urétéral jusque dans la fosse iliaque correspondante.

3° La suture de la vessie et de l'uretère se fait en dehors du péritoine et après fermeture complète de la cavité péritonéale.

4° Dans le cas où la réunion de l'uretère à la vessie ne se ferait pas par première intention, on peut arriver très facilement au lieu d'implantation, situé dans le voisinage de la paroi abdominale. La malade succomberait inévitablement si l'implantation était exécutée dans la cavité péritonéale et que la réunion ne se fit pas par première intention.

QUINZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 9 au 12 Juin 1897.

L'épilepsie.

M. Unverricht, après avoir passé en revue l'historique de la question, rapporte ses expériences personnelles qui montrent que c'est dans l'écorce cérébrale que se trouve l'origine de l'accès épileptique.

L'accès provoqué par l'irritation de l'écorce cérébrale chez le chien se décompose en deux phases : d'abord les muscles du côté opposé à l'hémisphère irrité entrent en convulsion; puis l'irritation se transmet comme une onde liquide à l'autre hémisphère et les muscles du côté irrité se convulsent. La contracture générale peut se développer très rapidement, comme dans l'épilepsie essentiellement humaine, et l'on peut obtenir expérimentalement un état semblable à l'état de mal épileptique, par une série de convulsions.

L'importance de l'écorce cérébrale est encore prouvée par la modification profonde de l'accès après extirpation de la région motrice : les muscles qui correspondent à la région détruite n'entrent pas en convulsion. D'après M. Unverricht, cette expérience est fondamentale.

L'irritation cérébrale produit des convulsions aussi bien toniques que cloniques, et il n'y a pas lieu d'admettre une action de l'écorce qui provoquerait le clonus tandis que ce serait l'irritation des ganglions de la base qui déterminerait les convulsions toniques. Une irritation corticale unilatérale peut donner lieu au clonus d'un côté et au tonus de l'autre.

L'irritation des parties postérieures de l'écorce provoque les convulsions épileptiformes, comme celle des parties antérieures.

Les recherches faites par M. Unverricht sur l'état de la respiration dans l'épilepsie corticale ont montré qu'avant les convulsions il y a d'abord simplement arrêt de la respiration par une action inhibitoire inconnue; puis les muscles inspirateurs ou expirateurs entrent en contraction tonique, comme on l'observe chez les malades; enfin, dans un troisième stade, les mouvements se rétablissent ou se régularisent.

Quant au pouls, on obtient la courbe sphygmographique suivante : première phase, accélération du pouls pendant que s'établissent les convulsions; deuxième phase, bradycardie, puis de nouveau accélération; troisième phase, le pouls redevient normal après cessation des convulsions. Ces variations du pouls ne dépendent pas des troubles respiratoires et ne sont pas en relation avec les spasmes musculaires, car ils restent presque identiques chez les chiens curarisés.

D'après M. Unverricht, ces faits, permettent d'assigner à l'épilepsie essentielle de l'homme une origine corticale. Si l'écorce cérébrale est épileptogène chez le chien, elle le sera àplus forte raison chez l'homme, car plus on s'élève dans la série animale, plus les fonctions motrices volontaires sont localisées dans l'écorce. L'existence de l'aura, des hallucinations post-épileptiques est une preuve en faveur de l'origine corticale, ainsi que les divers équivalents de l'épilepsie. Du reste, on ne voit pas de raisons pour attribuer une origine différente à l'épilepsie essentielle et à l'épilepsie symptomatique corticale. L'épilepsie essentielle est probablement, elle aussi, le symptôme d'une affection que nous ne connaissons pas encore, comme dans les cas très voisins d'épilepsie syphilitique, alcoolique, urémique, saturnine, où la maladie principale est la syphilis, l'alcoolisme, etc., dont les décharges convulsives ne sont qu'un symptôme.

M. Flechsig (de Leipzig), qui a fait des recherches sur les modifications de la nutrition produites par la médication bromurée et sur l'élimination du bromure par l'urine, a prouvé qu'une grande quantité de ce médicament est retenue dans l'organisme.

Par contre, le chlore est éliminé en grande quantité et le brome s'y substitue. Le taux de l'urine diminue et son poids spécifique augmente. En revanche, si l'on administre de l'opium la quantité d'urine augmente, les accès convulsifs s'atténuent.

Pour éviter l'intoxication par le bromure de potassium, M. Flechsig administre au malade de fortes doses de chlorure de sodium, et y ajoute un régime végétal. En alternant le traitement opiacé avec la médication par le bromure, celui-ci étant donné à la dose de 6 à 8 grammes, on obtient des résultats satisfaisants.

L'opium convient surtout aux cas anciens et n'a pas d'effet sur l'état de mal.

M. Binswanger (d'Iéna) n'admet pas uniquement l'origine corticale de la maladie. On peut très bien se représenter que l'excitation partie de l'écorce se porte sur des centres inférieurs, appareils sous-corticaux. Ainsi, si l'on excite le corps strié ou la couche optique, on ne provoque pas de convulsions chez le lapin, mais des mouvements de course; ces faits sont à rapprocher de l'épilepsie procursive dont Bourneville vient de publier une étude intéressante.

Pour ce qui est de la forme clinique des attaques, M. Binswanger n'a trouvé les accès convulsifs typiques que dans 35 p. 100 des cas. Tous les autres faits pouvaient être considérés comme atypiques : tantôt les convulsions toniques et cloniques existaient simultanément, tantôt il y avait des convulsions isolées de forme variée, toniques à droite, cloniques à gauche, puis tantôt clonus généralisé; enfin la phase tonique manquait tout à fait.

De toutes ces observations, on peut conclure qu'il s'agit d'une maladie complexe, et qu'une seule explication pathogénique ne convient pas à tous les cas.

M. Rump (de Hambourg) emploi la méthode mixte de Flechsig, c'est-à-dire l'opium alternant avec le bromure de potassium, et en obtient de bons résultats.

M. Jolly (de Berlin) admet aussi une théorie mixte de l'épilepsie, car la théorie corticale ne s'applique pas à tous les cas. Les cicatrices siégeant sur le trajet des faisceaux moteurs sont la cause de convulsions épileptiformes, l'écorce restant intacte.

Le traitement mixte ne lui a donné que des améliorations passagères.

Phthisie laryngée traitée par la nouvelle tuberculine; mort.

M. Langerhans (de Berlin) montre le larynx d'un maçon traité depuis le 3 avril par la nouvelle tuberculine de Koch pour une légère laryngite tuberculeuse, avec infiltration du sommet gauche; il n'y avait pas de fièvre et l'état général était satisfaisant. Le cas paraissait favorable à l'essai du traitement. Après la deuxième injection du remède apparurent des frissons, de la fièvre; les signes locaux s'aggravèrent. Les injections furent continuées, et le malade mourut le 28 mai avec une tuberculose miliaire et une aggravation considérable des lésions locales. C'est la répétition des accidents causés par l'ancienne tuberculine.

M. Petruschky (de Berlin) croit que l'apparition des frissons et de la fièvre fait supposer l'existence d'une infection secondaire, et qu'il est impossible de se faire d'après ce cas une opinion sur la valeur du traitement de Koch.

M. Rumpf, qui a en traitement un grand nombre de tuberculeux, peut affirmer que chez aucun d'eux la nouvelle tuberculine n'a causé de fièvre ni de réaction locale fâcheuse.

Maladie de Basedow.

M. Eulenburg (de Berlin), rapporteur, montre que pour expliquer la nature de la maladie de Basedow on avait d'abord la théorie hématique, puis la théorie nerveuse, auxquelles succède aujourd'hui la théorie thyréogène. On admet notamment une intoxication par des produits chimiques provenant du fonctionnement anormal du corps thyroïde. Depuis que l'on connaît le myxœdème post-opératoire et la cachexie strumiprive, le contraste frappant entre cette maladie et le goître exophthalmique n'a pas manqué d'être relevé, et l'on a pensé qu'une exagération de l'activité fonctionnelle de la glande thyroïde suffisait à expliquer la pathogénie de la maladie de Basedow. Mais il faut admettre aussi une altération qualitative de la sécrétion thyroïdienne qui acquiert une toxicité plus grande et exerce une action pathogène spécifique.

Les preuves qu'on invoque à l'appui de cette hypothèse sont les suivantes : le coefficient de toxicité urinaire est augmenté chez ces malades (Chevalier); l'urine contient des ptomaïnes; les goîtres manquent d'iode, etc.

Mais on peut se demander si cette perversion du fonctionnement du corps thyroïde se trouve ou non sous la dépendance d'un trouble de l'appareil nerveux sécréteur. Hurthle a prouvé que l'irritation nécessaire à la sécrétion de la glande ne vient pas du système nerveux, mais qu'elle dépend surtout de la composition du sang. On revient ainsi à la théorie hématogène. Ce sont des modifications de la quantité et de la qualité du sang qui circule dans le corps thyroïde qui sont la cause des altérations de sécrétion de cette glande. L'altération de la sécrétion vient donc au second rang dans la pathogénie.

Cette dyscrasie sanguine est en relation avec la chloro-anémie que l'on constate souvent dans la maladie de Basedow, elle est en rapport également avec l'ictère, les troubles digestifs graves et les troubles de nutrition (glycosurie alimentaire), etc., qui existent fréquemment.

Il y a des conditions accessoires qui favorisent l'intoxication. Renaut a montré que les veines sont dilatées, elles aussi, dans

le goître exophthalmique et que les voies lymphatiques sont altérées et obstruées par un processus d'inflammation chronique sclérosant. Il est vraisemblable que, dans ces conditions, la substance toxique sécrétée en plus grande abondance est résorbée directement par les veines et se mêle immédiatement à la masse sanguine sans subir l'action antitoxique du système lymphatique.

Quant au traitement, on constate que toutes les vues théoriques sur la pathogénie ont conduit à peu près aux mêmes procédés thérapeutiques.

La meilleure méthode est celle qui favorise et régularise l'hématopoièse, la circulation, la nutrition. Tous les moyens qui peuvent tonifier l'organisme en dehors des médicaments, les cures diététiques, l'hydrothérapie, le séjour prolongé dans un climat de haute altitude, même en hiver, tous ces moyens sont recommandables. L'électrothérapie et la psychothérapie peuvent servir d'adjuvants. Tout ce qu'on peut dire de mieux du traitement iodé, c'est qu'il est parfois inoffensif, et quant à l'usage interne des préparations thyroïdiennes, il est sans résultats, comme on pouvait s'y attendre.

On n'est pas d'accord sur la valeur du traitement opératoire, notamment sur l'extirpation du goître; cette méthode est aussi surfaite par certains que dénigrée par d'autres. L'intervention semble particulièrement et exclusivement indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'une compression de la trachée ou de divers accidents locaux auxquels il est impossible de remédier par d'autres moyens.

M. Matthes (d'Iéna), qui a fait des recherches sur l'état des échanges nutritifs dans la maladie de Basedow, a trouvé que la désassimilation des substances albuminoïdes est exagérée chez les sujets atteints de cette affection, et que cette augmentation est due à l'existence du goître. Après l'extirpation de la glande thyroïde, le taux de l'azote total diminue dans les urines, même dans les cas où les recherches ont été continuées longtemps après l'opération.

Mais il suffit de faire absorber à un malade opéré de la poudre préparée avec le goître même qu'on lui a extirpé pour voir immédiatement la désassimilation azotée prendre une marche ascendante et revenir aux chiffres qu'elle atteignait auparavant. Si on cesse l'administration de poudre thyroïdienne les chiffres redeviennent normaux.

M. Dolega (de Leipzig) a observé une jeune fille qui s'est présentée avec des signes de syphilis tertiaire et le tableau clinique du goître exophthalmique. Le traitement ioduré a amené une guérison complète. M. Delega a revu cette jeune fille quelques années après : elle présentait de légers symptômes de maladie de Basedow.

M. Bluhm (de Francfort-sur-le-Mein) est arrivé à préparer artificiellement une substance albuminoïde iodée qui a les mêmes propriétés que la thyroïodine de Baumann. Par l'administration de cette substance, il a vu guérir des chiens thyroïdectomisés qui présentaient déjà de la tétanie.

Thérapeutique étiologique.

M. Behring (de Marbourg) montre que c'est la méthode expérimentale, basée sur la connaissance de l'étiologie des maladies, qui a permis d'arriver à une thérapeutique étiologique sous forme de sérums spécifiques antitoxiques. On sait quels résultats le traitement par le sérum antitoxique a donnés dans la diphthérie; son action ne peut être comparée à celle d'aucun médicament connu; son innocuité est avérée. Tout ce qu'on peut dire de son action mystérieuse, c'est qu'il ne détruit pas la toxine, laquelle subsiste dans l'organisme, mais qu'il agit sur les éléments vivants.

On ne sait rien non plus de sa nature, et on s'est efforcé en vain de préparer l'antitoxine pure. On peut prédire que l'on n'y arrivera jamais, car l'antitoxine n'est pas une *substance;* le pouvoir antitoxique est une force, une propriété nouvelle attribuée aux substances albuminoïdes du sérum. C'est une modification de l'état physique que l'on peut comparer à l'aimantation qui donne au fer de nouvelles propriétés. Ce que l'on sait de plus certain, c'est le peu de durée de l'immunisation passive par l'antitoxine, en comparaison de la longue durée de l'immunisation active.

Parmi les sérums antitoxiques utilisés déjà depuis quelques années, celui du tétanos, tel qu'on est arrivé à l'obtenir, a un effet curatif certain, et si on l'appliquait dès l'apparition des premiers symptômes tétaniques, on guérirait la moitié des malades. Les effets du sérum de Marmorek sont douteux. Le sérum de Maragliano n'est nullement antituberculeux. Le sérum de la peste préparé par l'Institut Pasteur est essayé actuellement aux Indes anglaises. Quant à celui du choléra, il n'a qu'un pouvoir encore beaucoup trop faible. Quant à la tuberculose, nous ne connaissons pas encore sa vraie toxine. L'ancienne tuberculine de Koch est très peu toxique pour les animaux sains, comme on sait. La nouvelle préparation obtenue par Koch est déjà 5 fois plus active sur le cobaye sain. En débarrassant les produits microbiens de toutes les substances indifférentes et en employant des cultures très virulentes, M. Behring a obtenu un produit qui est 250 fois plus toxique pour le cobaye que l'ancienne tuberculine. En persévérant dans cette voie on peut espérer que l'on arrivera à isoler la véritable toxine tuberculeuse et à découvrir le sérum antituberculeux.

Les iodures dans les affections de l'appareil circulatoire.

M. Vierordt (de Heidelberg) qui emploie depuis 5 ans dans l'artériosclérose les iodures préconisés par Huchard, n'a eu qu'à s'en louer. Leur usage prolongé n'amène pas de troubles stomacaux, ni d'amaigrissement, ni albuminurie, ni même de dépression cardiaque.

Dans le cas de faiblesse du cœur, M. Vierordt joint à l'iodure de sodium la digitale. Ce traitement donne surtout de bons effets dans l'angine de poitrine par sclérose des artères coronaires, l'état général s'améliore et les accidents cardiaques disparaissent ou s'atténuent.

Incision du péricarde dans la péricardite fibrineuse.

M. Fränkel (de Berlin) fait observer que si la péricardite fibrineuse guérit le plus souvent, mais en laissant des adhérences ou une symphyse plus ou moins étendue et qui a de sérieux inconvénients, on peut prévenir la formation d'adhérences, en incisant et en drainant le péricarde. D'un autre côté cette opération peut parfois s'imposer par le fait de l'abondance de l'exsudat.

Cette opération faite chez une petite fille a amené la chute de la fièvre et une grande amélioration des symptômes.

La ponction doit être repoussée comme dangereuse et agissant d'une façon aveugle; on doit lui préférer l'incision, car il faut songer que le cœur flotte en quelque sorte à la surface du liquide et que le trocart peut blesser une branche de la coronaire.

Sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire.

M. Lenhartz (de Hambourg) a fait 24 fois la ponction lombaire dans la chlorose grave avec œdèmes, céphalée pénible; presque toujours il a trouvé une augmentation de la pression du liquide céphalorachidien et une quantité du liquide. Le résutat thérapeutique a été satisfaisant. Il semble que la diminution de pression agit favorablement sur l'état général et fait cesser les maux de tête.

Sur 46 cas de méningite tuberculeuse, il n'a décelé le bacille de Koch que 21 fois, même en employant la centrifugation. Donc un résultat positif fixe le diagnostic, mais un résultat négatif n'exclut pas la tuberculose.

Sur 24 cas de méningite cérébro-spinale il a trouvé 13 fois le diplocoque de Weichselbaum; 9 fois le diplocoque de A. Fränkel a été rencontré seul; il n'a pu être reconnu pendant la vie que dans 3 cas seulement. Dans 1 cas on n'a pas trouvé de bactéries. On voit donc que le méningocoque de Weichselbaum ne peut être considéré comme le seul microbe pathogène de la méningite cérébro-spinale. Suivant les épidémies, on trouve plus fréquemment soit le méningocoque de Weichselbaum, soit le diplocoque de Fränkel.

Dans un cas, où avait porté le diagnostic de méningite tu-

berculeuse, on trouva le diplocoque de Weichselbaum. Or, l'autopsie confirma plus tard le diagnostic de méningite tuberculeuse. Comme dans les observations de Fürbringer et de Heubner, la méningite tuberculeuse s'est compliquée dans ce cas de méningococcie.

M. Fürbringer, qui a eu l'occasion de faire la ponction lombaire dans 26 nouveaux cas de méningite tuberculeuse, n'a rencontré le bacille de Koch que dans 14 cas.

Pour lui la ponction lombaire est très utile pour le diagnostic d'épanchements sanguins intra-crâniens ou rachidiens, par traumatisme ou hématome de la dure-mère. On peut retirer du sang pur ou presque pur, ou bien un liquide coloré en rouge. C'est ainsi que dans un cas de delirium tremens, il a été possible de diagnostiquer une hémorrhagie intra-crânienne d'origine traumatique, qui eût échappé sans la ponction.

M. Lenhartz a vu un cas d'hématome crânien énorme où le liquide rachidien était si peu coloré que le diagnostic ne pouvait être basé sur ce signe.

M. Krönig (de Berlin) estime que pour obtenir de bons effets thérapeutiques de la ponction et éviter les accidents, il faut se garder de provoquer une décompression trop rapide.

Du traitement des cardiopathies avec calcification des vaisseaux.

M. Rumpf, pour étudier le rôle que joue dans les troubles cardiaques la calcification des vaisseaux, a recherché l'influence de l'administration et de l'élimination des sels de chaux. Ces recherches lui ont montré :

1° Que si l'on fournit à l'organisme des sels calciques en abondance, il en retient une quantité notable ;

2° Que dans le cas de calcification des vaisseaux, la quantité de chaux éliminée peut être inférieure à celle qui est introduite ;

3° Que le sang contient des quantités de sels calcaires variables suivant qu'il s'agit de cas normaux ou pathologiques.

En second lieu, en examinant l'action des médicaments sur l'élimination de la chaux, l'auteur a trouvé que cette dernière est augmentée par l'administration des acides chlorhydrique, lactique, ainsi que des sels organiques de soude. L'action la plus intense est due à l'emploi simultané de ces deux groupes de substances, par exemple d'acide lactique, et de lactate de soude. Le phosphate de soude diminue l'excrétion de la chaux ; l'acide oxalique, l'oxalate de soude, l'iodure de potassium et l'acide salicylique n'ont pas donné de résultats définitifs.

Quant à la cause de la calcification des artères, on sait que l'alcoolisme, la goutte, l'exagération de la désassimilation des albuminoïdes et divers troubles de nutrition la produisent. Pour la conjurer, il importe de diminuer autant que possible les substances albuminoïdes alimentaires. Il ne faut pas réduire la ration d'albumine à 53 grammes comme on l'a proposé, à moins d'augmenter notablement la quantité des corps gras et hydrocarbonés ; dans ces conditions, le poids peut se maintenir normal pendant des années chez un malade qui déploie un minimum de forces. Une ration de 60 à 80 grammes d'albumine donne de bons résultats. Il faut y adjoindre une alimentation riche en soude et en potasse (légumes, fruits) ; en tout cas, l'alimentation mixte est indispensable.

De la dégénérescence graisseuse.

M. Rosenfeld ne pense pas que la théorie de la dégénérescence graisseuse, telle qu'elle a été énoncée par Virchow, puisse être admise. La formation de graisse aux dépens de l'albumine du protoplasma n'est nullement prouvée ; au contraire, tout conduit à penser que l'apport de graisse ne provient que des hydrocarbones et corps gras alimentaires, ou qu'il s'agit d'une migration de la graisse contenue dans le pannicule adipeux de l'individu lui-même.

Diverses expériences ont démontré à M. Rosenfeld que la graisse animale introduite par l'alimentation se dépose presque sans modification dans le tissu cellulaire et garde les caractères de celle de l'animal d'où elle provient. Ainsi, un chien engraissé avec de la graisse de mouton conserve cette graisse telle quelle. Si on empoisonne alors l'animal par le phosphore, cette graisse sera transportée par le sang du tissu adipeux au foie : organe où on la retrouve avec ses caractères indéniables de graisse de mouton. Si dans une autre expérience on prive le chien d'aliments, la graisse sera consommée, et après intoxication par le phosphore, l'animal ne présentera pas la soi-disant dégénérescence du foie, parce qu'il ne possède plus de graisse qui puisse émigrer dans les cellules du foie.

Lorsqu'on nourrit avec de la graisse de mouton une chienne pleine, puis qu'on ne lui donne à manger que de la viande, son lait offrira les caractères du lait de brebis, qui sont bien différents de ceux du lait de chienne.

Le protoplasma cellulaire dégénère sans donner lieu à la formation de graisse ; celle-ci provient du tissu adipeux de l'économie, et il s'agit là probablement d'un processus réparateur de la cellule qui n'atteint pas son but. Cette graisse retirée des tissus dégénérés garde les caractères qui permettent de reconnaître son origine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Juin 1897.

Inoculation antirabique.

M. Rendu lit une observation de **M. Gros** (d'Alger), relative à un homme de 28 ans, entré à l'hôpital pour une paralysie survenue au cours d'un traitement antirabique. Cet homme, de bonne santé habituelle, est mordu par un chien inconnu et est pris au bout de quelque temps de l'idée fixe qu'il est enragé, quoique les chiens mordus par l'animal suspect, d'ailleurs perdu de vue, fussent restés bien portants. Au 5e jour du traitement alors entrepris à l'Institut antirabique d'Alger, survint une paralysie légère, bientôt aggravée. Le traitement fut continué jusqu'au 13e jour, 15 novembre, puis fut suspendu, la myélite s'aggravant de plus en plus. Puis peu à peu la guérison survint et le 10 janvier elle était complète. Le malade, actuellement, a très bonne santé ; il n'a jamais présenté aucun stigmate hystérique. Il est à noter qu'il y a eu une éruption scarlatiniforme et un peu d'albuminurie.

M. Cornil lit un mémoire sur le rôle de la fibrine dans les plaies expérimentales du foie (voir p. 619).

M. G. Marchant lit une observation de résection du grand sympathique cervical pour goitre exophthalmique qui sera publiée dans notre prochain numéro.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 18 et 25 Juin 1897.

Abcès et tumeur du cerveau.

M. Jeanne présente le cerveau d'un malade qui a été atteint d'épithélioma récidivant de l'angle interne de la région orbitaire droite avec destruction de l'os frontal. La mort a été déterminée par un abcès intra-cérébral du lobe frontal correspondant. On a trouvé de plus, à l'autopsie, une tumeur accolée à la face interne des méninges, comprimant l'origine de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. On avait noté, pendant la vie, des convulsions du côté gauche du corps, et une paralysie avec contracture du bras droit pendant 2 jours.

Il est classique de localiser au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale le centre des mouvements du membre

supérieur; la lésion est ici au pied de la troisième circonvolution, et avait amené des troubles moteurs du bras.

Angiome et bec-de-lièvre.

M. de Bovis (de Reims) a observé un angiome de la lèvre supérieure situé au point habituel du bec-de-lièvre. On constatait en outre une encoche de la lèvre esquissant le bec-de-lièvre. Cette coexistence des deux affections congénitales est très rare; on n'en connaît qu'un cas, dû à M. Lannelongue.

M. Mauclaire a constaté un cas analogue chez un malade de 40 ans; la difformité siégeait du côté droit.

Abcès intra-crânien compliquant une mastoïdite récidivante.

M. Mauclaire apporte le crâne d'un de ses opérés, dont il a dû trépaner l'apophyse mastoïde pour des phénomènes méningitiques. L'intervention était rendue difficile par ce fait que le malade avait subi la même opération un an auparavant, et que les points de repère n'étaient plus nets. La recherche de l'abcès au siège habituel, c'est-à-dire à la face antéro-supérieure du rocher, demeura stérile. Le malade mourut, et à l'autopsie on constata un abcès au niveau de la face postérieure ou cérébelleuse du rocher et une méningite suppurée.

M. Mauclaire insiste sur la facilité relative avec laquelle il a pu éviter le sinus latéral, grâce à la coloration bleuâtre et aux battements qu'il a constatés.

Pour faire une intervention efficace, il eût fallu trépaner directement la fosse cérébelleuse, immédiatement en avant du sinus latéral.

Hernie propéritonéale étranglée.

M. Mauclaire a opéré une hernie chez un malade qui présentait des signes d'obstruction intestinale. L'étranglement ne paraissait pas certain. On pratiqua la laparotomie, qui permit de voir dans le petit bassin une masse semblant être la vessie. Le malade mourut, et à l'autopsie on vit que cette masse était, en réalité, un sac de hernie propéritonéale, perforé en un point par un orifice circulaire, qui avait permis à l'intestin de s'engager directement dans le sac. On ne s'explique pas la création de cette ouverture.

Calcul du ligament large.

M. Ardouin présente une tumeur dure, calcifiée, du volume d'un petit œuf, qu'il a rencontrée dans le ligament large d'une femme ayant subi l'hystérectomie vaginale, le 11 mai 1897, pour un volumineux polype sphacélé de l'utérus. La tumeur, presque entièrement formée de carbonate de chaux, était contenue entre les deux feuillets du mésosalpinx d'où elle fut facilement énucléé. Il y a lieu de croire que cette masse indurée n'est autre qu'un fibrome calcifié, soit né primitivement dans le ligament large, soit provenant de l'utérus lui-même. La présence du fibrome, qui nécessita l'hystérectomie, fait pencher en faveur de cette dernière opinion. La malade est sortie guérie le 1er juin 1897.

Phlébite puerpérale d'une branche de la veine mésaraïque.

MM. Maygrier et **Letulle** ont observé une localisation rare de la phlébite chez une femme enceinte depuis 6 mois. Cette malade, dans ses accouchements antérieurs, avait eu des accès d'éclampsie. Elle présentait, à son entrée, de l'albumine dans les urines. Elle accoucha prématurément, et, contre toute attente, mourut bientôt avec tous les signes de la péritonite aiguë.

A l'autopsie, on nota l'absence de lésions pelviennes. Le point de départ de l'infection péritonéale était une anse intestinale qui, à partir d'un mètre et demi du duodénum, et sur une longueur d'environ 60 centimètres, était rouge et épaissie, ainsi que la portion du mésentère correspondante. Les coupes successives du mésentère à ce niveau ont montré qu'il y a eu thrombophlébite du rameau de la veine mésaraïque, dont dépendait l'anse intestinale enflammée.

Organisation de la fibrine introduite expérimentalement dans les séreuses

MM. Cornil et **Carnot** montrent des préparations de lésions déterminées par l'introduction de fibrine dans le péritoine des chiens. La fibrine, introduite expérimentalement, s'organise de la même façon que la fibrine transsudée dans les inflammations. Les fragments adhèrent très vite au grand épiploon, et au bout de 4 jours il y a déjà pénétration de la masse par les nouveaux vaisseaux. Si l'on prend des corps plus durs que la fibrine, du blanc d'œuf cuit, par exemple, le processus existe encore, mais apparaît beaucoup plus tardivement.

D'autre part, si l'on pratique chez un animal une plaie du foie et si l'on remplit de fibrine la perte de substance ainsi créée, la fibrine y reste, s'y accole et s'organise immédiatement, de sorte qu'au bout de 24 heures l'adhérence est déjà définitive.

Grossesse ectopique.

M. Couvelaire rapporte l'histoire d'une grossesse ectopique de 3 mois et demi, rompue. La malade a été opérée par M. Marchand, le lendemain de la rupture. Le péritoine était rempli par une quantité énorme de sang et de caillots. Le fœtus, mort et déjà quelque peu macéré, était relié par un cordon à une masse placentaire contenue dans le kyste fœtal. Celui-ci est constitué par une poche formée de fausses membranes épaisses auxquelles est accolé l'ovaire avec son corps jaune de grossesse. Cette poche communique avec la partie externe de la trompe distendue par l'orifice du pavillon, qui est lui-même dilaté et a 2 centimètres et demi de diamètre. Dans cette trompe, on trouve encore du placenta adhérent. Il y a donc eu greffe ovulaire dans la trompe, puis passage progressif de l'œuf dans la cavité péritonéale par l'orifice du pavillon, et, tandis que le placenta tubaire se décollait par à-coups successifs, ainsi qu'en témoigne l'histoire clinique de la malade, l'œuf, mis en rapport avec le péritoine, se greffait secondairement en dehors de la trompe.

Organisation de la fibrine dans les plaies expérimentales du foie.

MM. Cornil et **Carnot** apportent également des coupes de foies auxquels ils ont pratiqué des plaies expérimentales, qu'ils ont ensuite comblées de fibrine. On voit, qu'au bout de 4 à 5 jours, la cicatrice est déjà constituée. Le tissu conjonctif de cette cicatrice est parcouru par des vaisseaux. Tout autour, il y a de la cirrhose manifeste, séparant les cellules hépatiques, surtout au niveau des espaces portes. La cellule hépatique, dans cette zone, se mortifie rapidement, dès le premier et le second jour. Au milieu de la cicatrice, on constate des amas de canaux biliaires; dans l'intérieur de ces canaux sont de grandes cellules, avec plusieurs noyaux, véritables cellules géantes. On en trouve deux ou trois dans chaque canalicule; dans les canaux plus importants, on trouve encore des traces de l'épithélium cylindrique. Enfin, autour de ces canaux biliaires, le tissu conjonctif est enflammé et renferme des cellules granuleuses d'Ehrlich, qui se montrent déjà quatre à cinq jours après l'intervention.

Ramollissement du lobe gauche du cervelet. Artérite syphilitique.

MM. Claude et **Josué** présentent les pièces d'un malade qui avait manifestement des signes de tumeur du cervelet : vertiges, démarche ébrieuse. A l'autopsie, on trouva un ramollissement portant sur tout le lobe gauche du cervelet. Les coupes, pratiquées dans le magma du foyer, ont montré des artères atteintes de péri- et méso-artérite gommeuse; d'autres vaisseaux présentaient des lésions plus avancées, leur lumière est oblitérée par des caillots organisés.

L'aspect des altérations artérielles permet d'incriminer la syphilis, quoique ni l'interrogatoire ni l'examen du sujet n'aient permis de diagnostiquer cette maladie pendant la vie.

Ostéomalacie.

MM. Letulle et **Péron** montrent les différents os du squelette d'un homme de 35 ans, ostéomalacique, ne présentant rien de particulier au point de vue clinique.

A l'autopsie, on trouve les os en état de ramollissement rouge au niveau des points fracturés et une friabilité générale de tout le squelette. Au microscope, on constate, au niveau de la tête du fémur, du trochanter, du corps du fémur, les grandes cellules à noyaux multiples, décrites par M. Cornil. Dans certains points, les cellules en question se trouvent groupées, sans qu'il y ait autour de substance osseuse. On ne trouve pas d'autre élément histologique spécial.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 Juin 1897.

Intoxication générale et infection biliaire.

M. H. Claude. — Il semble que, sous l'influence de certaines intoxications, la migration des microbes de la partie terminale du cholédoque soit favorisée, et la virulence de ces derniers accrue.

Un certain nombre de lapins avaient reçu à plusieurs reprises des urines fraîches et non-infectées de nouveau-nés en état de déchéance physiologique, issus de mères malades. On sait que les urines des enfants sont, dans ces conditions, plus toxiques qu'à l'état normal. Or deux de ces lapins qui moururent après avoir été malades pendant 3 semaines présentèrent à l'autopsie des vésicules biliaires distendues par un liquide purulent.

Chez le premier, l'examen histologique de la vésicule montra les altérations suivantes : la paroi est épaissie par suite d'une prolifération conjonctive très marquée. Des cellules embryonnaires sont répandues en grande quantité autour des vaisseaux, ou des vestiges de glandes. La muqueuse est en partie détruite, des villosités ont disparu, l'épithélium est tombé et l'on ne voit plus que quelques culs-de-sac glandulaires rares déformés, noyés dans le tissu néoformé.

Dans le foie, les canaux biliaires sont le siège d'une prolifération épithéliale très accusée. La paroi est infiltrée de cellules rondes et dans les espaces portes agrandis se voit une accumulation des mêmes cellules plus particulièrement abondante dans la zone biliaire.

Le parenchyme hépatique n'est pas atteint. Les artérioles offrent des lésions d'endartérite. En somme il s'agit d'une cholécystite surtout avec angiocholite et périangiocholite aiguë intra-hépatique.

Dans le second cas, l'examen microscopique a montré que toute la paroi de la vésicule dans toute son épaisseur était en voie de nécrobiose.

Les colorants habituels n'avaient plus aucune élection sur les divers éléments qui prenaient une teinte uniforme, sans qu'aucun détail de structure pût être apprécié. A l'intérieur du foie et notamment au voisinage de la vésicule on trouva un certain nombre de foyers de nécrose complète bien délimités.

Dans les espaces portes, les mêmes lésions d'angiocholite et périangiocholite ne se trouvent que dans le cas précédent mais plus accentuées et l'infiltration des zones porto-biliaires est plus accusée.

Ces altérations nécrobiotiques paraissent être le résultat d'oblitérations artérielles développées à la faveur de la toxhémie car la plupart des artères se montrent fort malades. Les examens bactériologiques du contenu de la vésicule n'ont pas été faits, mais sur les coupes du foie ou de la vésicule on décelait un bacille décoloré au jour répondant sans doute au bacterium coli.

Il est permis de supposer que l'infection colibacillaire ascendante de l'arbre biliaire a été consécutive à un état de moindre résistance particulier de celui-ci.

Cet état a été favorisé soit par une altération primitive des conduits biliaires chargés d'éliminer des substances toxiques, soit par des altérations vasculaires d'origine toxique également qui ont été assez intenses pour provoquer la nécrobiose.

Quelle que soit l'interprétation de ces deux faits, ils montrent en tout cas l'influence de l'intoxication générale dans la production de l'infection biliaire.

La sécrétion lacrymale après la section du grand nerf pétreux superficiel.

M. Campos. — Par un procédé que nous avons communiqué en détail à la Société, nous sommes parvenus à sectionner le grand nerf pétreux superficiel, dans l'intérieur du rocher, au niveau du ganglion géniculé. L'opération a été faite sur un singe le 29 mai. La cicatrisation, qui s'est faite par première intention, était complète au bout d'une semaine. L'animal est actuellement vivant et bien portant sans aucun autre trouble qu'un peu de parésie faciale qui est d'ailleurs en train de se dissiper.

Dans le but d'étudier la sécrétion lacrymale, nous nous sommes servi de plusieurs substances et nous nous sommes aperçu que c'était le chloroforme qui activait le mieux la sécrétion. Nous avons constaté que l'animal étant couché sur le côté gauche (côté lésé) les larmes s'accumulaient de ce côté, en suivant la pesanteur, au niveau de l'angle externe et de là coulaient sur la peau environnante qui était vraiment trempée de liquide lacrymal.

Du côté sain, au contraire, l'œil était humide, mais grâce à la position de l'animal, les larmes convergeaient vers l'angle interne et de là s'écoulaient par les voies naturelles d'excrétion.

Nous croyons pouvoir conclure de nos expériences que le nerf lacrymal contient des fibres sécrétoires, au moins très nombreuses, indépendantes du nerf facial.

Le temps de réaction dans la mélancolie.

MM. Toulouse et **Vaschide** ont étudié les temps de réaction d'une mélancolique circulaire, âgée de 33 ans, présentant des périodes d'excitation et de dépression alternant dans les 10 à 12 jours environ. Ils séparent les processus élémentaires, réactions simples qui confinent à l'automatisme, des processus plus complexes, où un jugement (le choix) intervient, rapprochant ces deux groupes de phénomènes élevés chez la malade de ceux qu'on constate chez des individus normaux pour les comparer entre eux.

1° Relativement à l'état normal, l'excitation et la dépression se caractérisent par une attention moins soutenue (variations moyennes) et une difficulté des opérations complexes (réactions de choix). Dans l'excitation seule, les opérations élémentaires (réactions simples) sont plus rapides qu'à l'état normal.

2° Relativement entre eux, l'excitation se caractérise par une plus grande rapidité des processus simples et par une rapidité bien moindre des processus complexes ; par une attention plus soutenue et par des erreurs plus nombreuses (réactions mauvaises). L'excitation représente l'automatisme pur avec son accélération et l'absence de réflexion.

Dans la dépression, l'intelligence est moins rapide, l'attention se fatigue facilement (quelques réactions très longues) mais les erreurs sont beaucoup plus rares.

M. Sabrazès a constaté que le sérum de l'homme ou d'un animal tétanique exerce une action agglutinante sur les bacilles de Nicolaier. Cette action n'existe ni dans le sérum normal, ni dans le sérum antidiphthérique, ni dans le sérum antistreptococcique.

M. Lejars communique deux observations de gangrène de membres par rupture traumatique des tuniques moyenne et interne des artères. La gangrène s'est accompagnée dans ces cas de troubles trophiques particuliers qui font supposer l'intervention d'un élément nerveux.

M. Mirallié communique une observation de myopathie atrophique progressive chez une femme qui présentait la main dite succulente.

M. Bardier a constaté que la bile décolorée prend les propriétés qu'elle possède de modifier le rhythme cardiaque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 Juin 1897.

Traitement de la coxalgie.

M. Gérard-Marchant a eu l'occasion, il y a un an, de redresser le genou tuberculeux d'une petite fille sous le chloroforme. Après l'opération, il y eut de la fièvre pendant 3 semaines environ. Au bout de ce temps, tous les phénomènes de la méningite s'installèrent et la malade succomba 6 semaines après le redressement.

Dans cette observation, il semble impossible de ne pas attribuer la méningite au redressement brusque du genou. Il ne doit pas s'agir seulement là d'une simple coïncidence. Et pourtant il n'existait plus, au moment du redressement, qu'un peu de tuméfaction du condyle fémoral.

M. Berger emploie dans les abcès de la coxalgie les injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré. Les résultats sont satisfaisants.

M. Berger distingue 2 variétés d'abcès : les abcès du décours de la coxalgie, qu'on observe après l'ablation des appareils : ces abcès guérissent facilement par les injections.

D'autre part, on trouve les abcès quand la coxalgie est en pleine évolution. Les injections ne réussissent pas à guérir ces abcès. Dans ces faits, il faut ouvrir et cureter aussi complètement que possible l'abcès. Pendant le curetage, il faut, après chaque coup de curette, nettoyer cette dernière pour ne pas risquer des inoculations secondaires grâce à la curette. Or, ces curetages aussi intégraux que possible ont toujours donné de mauvais résultats, quoique, dans quelques cas, ils aient été de véritables résections.

Le traitement général de la coxalgie est variable d'ailleurs suivant les cas. Il est variable d'ailleurs dans la pratique de l'hôpital et dans celle de la ville. A l'hôpital, il faut placer des appareils inamovibles.

M. Jalaguier se déclare ennemi de la résection, sauf dans la coxalgie rebelle avec fistules, auquel cas il fait des résections atypiques. Le curetage intégral de la hanche lui semble difficile à appliquer.

Les injections modificatrices mettent les malades en bonne posture pour leur permettre de supporter les résections atypiques. Dans les autres cas, il fait l'extension continue, s'il peut surveiller les enfants, puis au bout de quelque temps, il met un appareil plâtré permettant la marche. S'il existe une attitude vicieuse, il fait le redressement brusque sous le chloroforme; s'il n'y a pas d'abcès, il applique un appareil plâtré. Il ne croit pas aux accidents pouvant résulter du redressement brusque.

Dans 122 cas de coxalgie traités d'après ces principes à Trousseau, 67 enfants avaient des abcès; sur ces 122 malades, 11 sont morts,

46 enfants ont été traités par l'extension continue, et, sur ces enfants, 5 enfants sont morts par méningite et 4 de complications pulmonaires; 41 enfants ont subi le redressement brusque, sans qu'aucun enfant ne soit mort.

18 abcès ont guéri après 68 injections de naphtol camphré seul; 22 abcès ont guéri après des injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré combinés; 23 abcès ont guéri après 52 injections d'éther iodoformé.

M. Kirmisson constate que presque tout le monde a proclamé la supériorité de la méthode conservatrice dans le traitement de la coxalgie. On a rejeté en somme les résections, le curetage intégral, sauf dans quelques cas particuliers. Presque tous les autres chirurgiens donnent la préférence à l'extension continue. M. Kirmisson pense que l'immobilisation met la jointure dans de bonnes conditions de guérison; les appareils sont plus simples et permettent de faire sortir le petit malade. Mais il y a nécessité absolue de placer le membre dans une position modérée d'abduction. C'est de cette position que dépend le bon résultat de la guérison.

Quant au redressement forcé, M. Kirmisson garde sa conviction que le redressement forcé peut provoquer une méningite qui éclatera au bout de 3 à 4 semaines.

Quand la coxalgie est arrivée à la période de suppuration, M. Kirmisson distingue nettement, tout comme M. Ménard, la suppuration aseptique et la suppuration septique. Le curetage de l'articulation tuberculeuse ne peut jamais être intégral et donnera toujours de mauvais résultats. Il vaut mieux faire des injections modificatrices; et l'éther iodoformé est supérieur au naphtol camphré. Les injections modificatrices ne sont pas applicables aux véritables tuberculomes, à l'inverse de ce que dit M. Ménard. Quand il y a tuberculome, il y a masse caséeuse; or pour ce tuberculome l'injection reste sans effet. Les injections réussissent au contraire bien dans les abcès contenant du pus, septique ou non.

M. Berger a eu raison de distinguer les abcès du début de la coxalgie de ceux du décours. Mais même dans les abcès du début, les injections peuvent donner de bons résultats.

Les injections échouent dans un certain nombre de cas; on peut faire alors des évidements, des curetages, des tunnellisations.

Deux cas d'occlusion intestinale.

M. Broca. — Voir p. 613.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Berger pense, contrairement à M. Lucas-Championnière, que le cerclage de la rotule peut donner d'excellents résultats quand la suture n'est pas possible. Ce cerclage est indiqué quand, pendant la suture, un des fragments éclate; ou qu'il s'agit d'une fracture itérative; ou qu'un des fragments est trop petit.

M. Championnière objecte que le cerclage est une méthode incomplète, non opératoire. Mais en faisant le cerclage, non pas sous-cutané, mais après ouverture large de l'articulation, on peut de la sorte vider l'articulation des caillots qu'elle contient.

Le cerclage de la rotule est une opération facile, rapide; il évite les manœuvres intra-articulaires, l'entrée de poussières osseuses dans les jointures lors de la suture.

La suture de la rotule n'est pas la perfection même : il peut se produire des fractures secondaires; il peut rester des raideurs de l'articulation. D'ailleurs la suture n'est pas une opération très simple, à la portée de tout le monde.

M. Faure présente une malade chez laquelle il a extirpé les deux grands sympathiques au cou pour un goître exophthalmique. L'amélioration est manifeste; l'exophthalmie et le goître ont diminué. Mais ce sont surtout les phénomènes nerveux qui se sont modifiés heureusement.

M. Nélaton présente un malade atteint d'une tumeur de l'orbite. M. Nélaton pense à un ostéome éburné ayant son point de départ dans les cellules ethmoïdales.

M. Ricard présente un malade chez lequel il a pratiqué une gastrostomie pour néoplasme malin de l'œsophage. M. Ricard a appliqué le procédé valvulaire de Fontan, de Toulon. Le résultat est très bon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Juin 1897.

Sur l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale.

MM. Jules Voisin et **G. Hauser**, en revenant sur la communication de MM. Achard et Castaigne, soutiennent que si le chromogène n'est pas identique au blanc de méthylène, c'est au moins une substance très voisine, dont il ne diffère qu'en ce qu'il est un peu plus stable, qu'en ce qu'il ne s'oxyde à l'air que par un contact prolongé, au lieu que le bleu s'oxyde immédiatement. Cette stabilité plus grande est peut-être due à la combinaison avec certains éléments de l'urine ou du sang. Il semble aussi que par oxydation du chromogène on obtient le bleu de méthylène dont il dérive.

M. Achard fait observer que le chromogène dont il a parlé a été séparé du bleu après une série de traitements successifs de

l'urine par le chloroforme, de manière à entraîner tout le bleu. Il se distingue du blanc de méthylène par son insolubilité dans l'éther et le chloroforme. De même la substance verte, obtenue par chauffage du chromogène avec l'acide acétique est insoluble dans le chloroforme et l'alcool amylique, ce qui la distingue du bleu. Mais on peut la transformer en bleu, en employant les réactions propres à transformer le blanc de méthylène en bleu.

Deux cents cas de sérodiagnostic.

M. Gasser a eu l'occasion de pratiquer le sérodiagnostic de Widal chez 200 malades. Dans chacun de ces cas, le diagnostic de fièvre typhoïde pouvait être discuté le premier jour de l'observation clinique.

Dans 112 cas, il s'agissait de fièvre typhoïde, et la réaction fut toujours positive. Elle a été trouvée une fois au 3e jour, une fois au 4e, 12 fois au 5e, et, les autres fois, du 8e au 10e jour, c'est-à-dire au moment de l'entrée des malades à l'hôpital. Dans un seul cas, la réaction fut retardée et n'apparut qu'au 20e jour.

M. Gasser a recherché la réaction chez un grand nombre de malades pouvant être suspects de dothiénentérie, soit dans 52 cas d'embarras gastriques fébriles, dans 30 cas de fièvres continues palustres, dans 3 cas de granulie, dans un cas de tuberculose généralisée subaiguë, dans 2 cas de pneumonie franche. Dans tous ces cas, la réaction fut négative, sauf chez les deux pneumoniques. Dans ces 2 cas, on n'a pas pratiqué la mensuration du pouvoir agglutinatif. Cependant, pour l'un d'eux, la réaction fut recherchée par le procédé lent, et on a vu la clarification du tube se faire à l'étuve après mélange de 1 de sérum pour 20 de bouillon.

Peut-être ces deux malades avaient-ils été sous l'influence d'une infection typhoïdique fruste ? L'un d'eux vivait dans un milieu qui avait fourni un certain nombre de cas de fièvre typhoïde; l'autre avait souffert de diarrhée peu de temps avant son entrée à l'hôpital.

M. Widal trouve que l'hypothèse émise par M. Gasser, au sujet des antécédents de ses deux pneumoniques, est très plausible. La clinique avait depuis longtemps enseigné les cas frustes de typhoïde ambulatoire que révèle seulement une péritonite par perforation. Au cours d'épidémies familiales, le sérodiagnostic a déjà permis, par exception, de déceler l'influence typhique chez des sujets restés, en apparence, bien portants.

Dans les deux cas de M. Gasser, bien que la mensuration du pouvoir agglutinatif n'ait pas été faite, on avait conclu avec raison à un résultat positif, puisque la clarification des cultures se faisait à 1 pour 20. Le sérodiagnostic force donc à serrer de plus près l'anamnèse des malades.

Sur un syndrome clinique et urologique constitué par un état mélancolique avec insomnie et impuissance chez des diabétiques lévulosuriques.

MM. Pierre Marie et **R. Robinson** (de Constantinople). — Les auteurs rapportent deux observations singulièrement analogues. La première concerne un homme de 50 ans, qui, à la suite de quelques soucis d'affaires, était tombé dans un état mélancolique avec tendance au suicide; ce malade était intimement persuadé qu'il marchait à sa ruine d'une façon inévitable. Depuis 2 mois, il existait de l'impuissance. L'insomnie était permanente, et aucune médication hypnotique ne parvenait à la vaincre. Pas de polydipsie, de polyphagie ni de polyurie notables.

L'examen des urines révéla une réduction de la liqueur cupropotassique, et l'existence dans l'urine d'une substance lévogyre. Le régime alimentaire antidiabétique fut institué, et, dès le 2e ou 3e jour, l'insomnie avait disparu; 8 jours après, il en était de même pour l'impuissance. L'état mental s'améliorait de jour en jour. Un mois après le début du traitement, le malade était autorisé à reprendre ses affaires, et, depuis lors, de l'avis de ses proches et de son propre avis, il a repris son état normal.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme de 43 ans qui, également à la suite de quelques difficultés dans ses affaires commerciales, tomba dans un état mélancolique prononcé, avec idées de ruine prochaine et tentatives de suicide. Insomnie résistant à tous les hypnotiques. Impuissance permanente. Pas de polydipsie, de polyphagie, ni de polyurie notables. La réduction de la liqueur cupropotassique avait lieu, mais en donnant une coloration plus foncée que la teinte jaune orangé ordinaire. Un examen d'urine pratiqué par un chimiste montra la réaction de la lévulose (réaction de Séliwanoff).

On institue le régime alimentaire antidiabétique : 48 heures après, le malade dort pendant 9 heures consécutives du sommeil le plus calme.

Trois jours après le début du traitement, l'état mental s'était tellement amélioré que l'infirmière qui avait été placée auprès du malade, à cause de ses tentatives de suicides, put être congédiée; l'impuissance disparut quelques jours plus tard.

MM. P. Marie et R. Robinson insistent sur la singulière analogie que présentent ces deux observations, et concluent à l'existence d'un syndrome clinique et urologique, dont les principaux caractères sont les suivants :

État mélancolique avec prédominance des idées de ruine et tendance au suicide; insomnie rebelle aux différents médicaments hypnotiques; impuissance permanente; peu ou pas de polydipsie, de polyphagie, de polyurie; densité de l'urine restant normale, ou peu s'en faut; réduction peu intense, et avec coloration un peu différente, de la liqueur cupropotassique; présence dans l'urine d'une substance sucrée, déviant à gauche le plan de polarisation (lévulose ?), coexistant ou non avec de la dextrose; rapidité extraordinaire (en 2 ou 3 jours) de l'amélioration des troubles nerveux et de la diminution ou de la disparition de la lévulose, sous l'influence de la suppression des hydrates de carbone dans l'alimentation.

Les auteurs passent en revue nos connaissances actuelles sur la lévulosurie, et, rappelant les travaux critiques de Külz et de May sur ce sujet, et les difficultés techniques que l'on rencontre quand il s'agit de caractériser chimiquement la lévulose dans les urines, se gardent d'affirmer que la substance lévogyre rencontrée dans les urines de leurs malades soient incontestablement de la lévulose; s'ils emploient dans leur communication l'épithète de diabète lévulosurique, c'est surtout pour rapprocher les une des autres leurs observations et celles déjà publiées sous ce nom, dans lesquelles il existait dans l'urine une substance lévogyre.

Virulence du bacille de Löffler dans ses rapports avec les formes cliniques de la diphthérie.

M. G.-H. Lemoine (Val-de-Grâce). — Dans 37 observations d'angine pseudo-membraneuse à bacille de Löffler, le bacille diphthéritique retiré des fausses membranes a été trouvé pathogène pour le cobaye 33 fois. Dans 29 de des cas, il s'agissait d'angines présentant tous les caractères cliniques de l'angine diphthéritique; les 4 autres cas se rapportent à des angines pseudo-membraneuses fort bénignes ne présentant pas des signes clinique suffisants pour affirmer la nature diphthéritique de l'affection. L'expérimentation cependant est venue faire voir les qualités pathogènes du bacille de Löffler, retiré des fausses membranes; mais la virulence s'est montrée très atténuée; expliquant par là même la bénignité de l'infection chez l'homme.

Quant aux 4 dernières observations, le bacille de Löffler s'y est montré complètement dénué de virulence; l'examen clinique, d'ailleurs, faisait déjà prévoir qu'il ne s'agissait pas d'angine diphthéritique. L'une d'elle présenta les caractères typiques de l'angine herpétique.

Lorsque le bacille s'est montré doué de virulence, l'examen microscopique a fait voir qu'on se trouvait en présence de formes longues et moyennes. Quatre fois seulement, il appartenait à la forme courte, mais dans ce cas, il s'est montré d'une virulence très atténuée, tuant le cobaye du 8e au 11e jour.

On peut donc dire, d'une façon générale, qu'il y a concordance entre les résultats fournis par l'examen bactériologique et ceux donnés par la clinique, en ce qui regarde la nature de l'angine diphthéritique.

Il n'en est plus de même si on veut faire reposer sur l'examen bactériologique et sur l'expérimentation l'état de gravité de l'affection chez l'homme. Cela tient, d'une part, à ce que l'ani-

mal choisi comme réactif est d'une sensibilité extrême à l'infection diphthéritique; on pourra donc de ce fait observer chez l'homme des angines diphthéritiques légères ou de moyenne intensité lorsque le bacille se montre très pathogène pour l'espèce animale. D'autre part, la contradiction existant entre les données bactériologigiques et cliniques peut tenir, ou bien au rôle d'associations microbiennes favorisantes, ou bien encore à certains états de l'organisme offrant au bacille un terrain de culture encore plus favorable que l'organisme animal.

La contradiction dans les faits n'est donc qu'apparente si on tient compte de ces derniers éléments.

Dans 3 cas de diphthérie grave, en effet, le bacille diphthérique se montra d'une virulence atténuée, mais l'étude bactériologique, poussée plus loin, démontra la virulence considérable du streptocoque, du colibacile. Pour d'autres observations, il est rationnel d'admettre l'influence de l'organisme qui, là comme dans toutes les maladies, doit jouer un rôle important.

Au point de vue pratique, on ne saurait donc baser sur l'examen bactériologique seul le diagnostic d'angine diphthérique.

La présence exclusive de bacilles courts surtout paraît devoir imposer des réserves.

Quant aux formes longues et moyennes, elles semblent bien être l'indice certain de la diphthérie. Mais qu'il s'agisse de formes longues, moyennes et surtout courtes, il y a lieu de tenir compte du nombre des éléments trouvés, non seulement du nombre des colonies développées sur tube de Semm, mais encore de la quantité de bacilles entrant dans la constitution de la fausse membrane. Pour que l'examen donne un élément solide de diagnostic, il est nécessaire que cet examen porte non pas sur du mucus pharyngé ou sur le produit de grattage de la surface de la fausse membrane, comme on le pratique ordinairement avec une spatule, mais sur la fausse membrane elle-même détachée à l'aide d'une pince et lavée au préalable dans un peu d'eau stérile.

Par l'emploi de ce procédé, l'examen direct a donné des résultats concluants dans les observations rapportées, et chez un malade ayant succombé à une strepto-diphthérie, cet examen avait permis d'affirmer l'association effective du streptocoque.

L'observation clinique reste donc le fondement du diagnostic de l'angine diphthéritique, elle seule peut indiquer le moment de l'intervention thérapeutique; la bactériologie reste chargée d'indiquer le mode d'intervention; mais si d'autres séries d'observations menées parallèlement avec l'étude de la virulence du bacille diphthérique viennent confirmer les résultats obtenus ici, ce rôle de l'examen bactériologique restera secondaire en tant qu'indication de la nature de l'infection, puisque là où la clinique pose le diagnostic de diphthérie, le bacille de Löffler est bien l'agent virulent de la maladie, et puisque de toutes manières l'emploi du sérum s'impose lorsqu'on se trouve en face d'une angine diphthérique clinique.

Les cas légers ou de moyenne intensité, qui souvent se présentent sous des formes variées et douteuses, rendent seules le diagnostic bactériologique nécessaire. Ici encore faudra-t-il que celui-ci tienne rigoureusement compte de la forme et de la confluence des éléments trouvés.

M. H. Barbier peut confirmer pour sa part que les angines à bacille court présentent des caractères objectifs de bénignité qui ne permettent pas la confusion avec les angines à bacille diphthérique long.

MM. Béclère, Oudin et **Barthélemy** présentent une nouvelle série d'épreuves radiographiques pour prouver que cette méthode est utile au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire.

M. Hirtz lit 2 observations de purpura cachectique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 23 Juin 1897.

Déplacement du cœur à droite par un épanchement pleural ancien.

M. Pic présente un malade de son service, âgé de 69 ans, dont le cœur est très nettement dévié à droite. Cette notion est appréciable par la percussion, les espaces intercostaux donnant un son mat le long du bord droit du sternum, par la palpation, la paroi étant soulevée en masse par un battement isochrone aux pulsations radiales, dans cette même région. Enfin l'auscultation démontre nettement que la pointe bat à l'appendice xyphoïde et que la base, délimitable par le foyer maximum du bruit diastolique, se trouve au niveau du 3e espace droit, au-dessus et à droite du foyer des bruits de la pointe. Par conséquent, l'axe du cœur dans ce cas est à droite, parallèle à la direction qu'il devrait avoir à gauche.

S'agit-il d'une dextrocardie congénitale ou acquise?

M. Brard a montré que dans la dextrocardie congénitale, l'axe du cœur a, à droite, une direction symétrique à sa direction normale à gauche, c'est-à-dire que la pointe est en dehors. Dans la déviation acquise, au contraire, l'axe du cœur est sensiblement parallèle à sa direction ordinaire.

Il s'agirait donc, dans le cas actuel, d'un cœur pathologiquement déplacé. Cette hypothèse est confirmée par le récit que fait le malade d'une affection aiguë qu'il aurait eue il y a un an et qui semble être une pleurésie.

D'autre part, si, le malade étant dans le décubitus dorsal, on délimite la matité précordiale à l'aide du crayon dermographique, on remarque que ce tracé demeure invariable si l'on fait coucher le malade sur l'un ou l'autre côté. Il semble donc évident que le cœur est fixé par des adhérences pathologiques dans une position anormale. Ce signe, consistant dans l'immuabilité de la matité, n'a pas vraisemblablement été signalé jusqu'à ce jour.

M. Pic termine en faisant remarquer l'importance d'un semblable diagnostic, particulièrement au point de vue médico-légal.

Quant à la radiographie, elle a présenté dans ce cas une ombre très estompée, où le siège respectif de la pointe et de la base du cœur reste impossible à déterminer.

Malformation congénitale du cœur.

M. Cade présente le cœur d'un enfant de 6 mois, du service de M. Colrat. Cet enfant avait succombé à des crises convulsives, après avoir présenté une cyanose très accentuée. Il n'y avait rien à l'auscultation du cœur.

L'autopsie a permis de constater qu'un tronc artériel unique naissait du ventricule droit.

Il n'y avait pas de cloisonnement de l'oreillette, les deux orifices auriculo-ventriculaires étaient incomplètement séparés, il y avait une étroite perforation interventriculaire. Il s'agit donc d'un cœur à trois cavités, ou mieux d'un intermédiaire entre le cœur à deux cavités et le cœur à trois cavités, puisque les deux ventricules communiquaient par la perforation interventriculaire; c'est là le type du cœur d'un animal à sang froid; et ce type est relativement rare parmi les malformations congénitales du cœur.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 21 Juin 1897.

Redressement des gibbosités pottiques.

M. Vincent rend compte des résultats que lui a donnés le redressement des gibbosités pottiques d'après le procédé de Calot.

D'une façon générale, le résultat a été insignifiant, sinon mauvais.

M. Ollier a, dès le début, systématiquement repoussé les manœuvres de Calot; il reste partisan, pour les maux de Pott qui peuvent se redresser, du repos forcé dans le lit-gouttière de Bonnet, modifié par lui.

M. Poncet pense également que le redressement brusque est inutile chez l'enfant et très dangereux chez l'adulte.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 10 Mai 1897.

Abcès sous-diaphragmatique.

M. Körte a communiqué l'observation d'une femme de 30 ans, sujette depuis longtemps à des troubles gastriques relevant d'un abcès de l'estomac, et qui fut prise brusquement, quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, de symptômes faisant penser à une péritonite par perforation. A l'examen de la malade, très affaiblie et d'un aspect cachectique, on trouva une tuméfaction de la région épigastrique, les parties latérales de l'abdomen donnaient à la percussion un son mat ; au niveau de la ligne médiane, le son avait un timbre métallique. Le cœur et le foie étaient repoussés en haut.

La laparotomie médiane conduisit sur une cavité remplie de pus fétide et qui était limitée en haut par le diaphagme, en bas par le lobe gauche du foie, à droite par le ligament suspenseur du foie ; à gauche la cavité s'étendait jusqu'à la limite de la ligne axillaire postérieur. A ce niveau on réséqua une partie de la dixième côte, après quoi on lava la collection avec de l'eau bouillie et on la draina. On ne trouva pas de perforation de l'estomac.

Les suites opératoires très simples furent troublés au 10e jour par une pneumonie intercurrente. La malade a guéri dans d'excellentes conditions et est sortie de l'hôpital engraissée et avec tous les attributs de la santé.

Hernie rétro-péritonéale antérieure.

M. Brentano. — Il s'agit d'un homme de 45 ans, pris brusquement de phénomènes d'iléus et entré à l'hôpital trois jours après le début des accidents. L'opération faite le jour même de l'entrée du malade montra qu'il s'agissait d'une hernie rétro-péritonéale antérieure étranglée, c'est-à-dire d'une hernie dont l'anneau se trouvait dans la fossette vésicale médiane et dont le sac était situé entre la paroi abdominale et le péritoine pariétal,

La laparotomie sous-ombilicale permit d'arriver sur l'orifice herniaire qui était situé entre le ligament médian et le ligament gauche et la vessie avait les dimensions d'une pièce de 1 franc, des bords tranchants. Après section de l'orifice on put réduire l'anse intestinale étranglée. L'extirpation du sac a été impossible à cause des adhérences qui l'entouraient. Guérison.

Appendicite et affection génitale.

M. Schrader a rapporté l'observation d'une jeune fille de 19 ans qui, dans le temps, a eu une attaque de pérityphlite et qui a été opérée par le professeur Sonnenburg à l'occasion d'une nouvelle attaque.

Cette seconde attaque a été caractérisée par une tuméfaction générale de l'abdomen, une fièvre élevée, un pouls à 180. Le ventre était douloureux, surtout au-dessous de l'ombilic et dans les deux fosses iliaque. Dans la région hypogastrique le son était mat à droite, tympanique par place à gauche.

Une incision faite dans la fosse iliaque droite permit de constater une injection du péritoine et l'existence d'un exsudat trouble dans la région cæcale. Comme après l'évacuation de l'exsudat la matité ne disparaissait pas au niveau de la fosse iliaque gauche, on fit à ce niveau une incision qui permit de constater que le péritoine était sain. Après son incision, il s'écoula 150 centimètres cubes de liquide séreux clair, et on aperçut alors une tumeur bleuâtre pédiculée qui s'attachait par son pédicule au ligament large. Les anses intestinales ne présentaient à ce niveau aucune particularité.

On enleva la tumeur, et après avoir assuré l'hémostase on retourna à la fosse iliaque droite pour extirper l'appendice épaissi et avec lui l'ovaire qui lui adhérait.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un kyste para-ovarique multiloculaire.

M. Karewski a eu l'occasion d'opérer deux cas analogues. Dans un cas où il s'agissait d'une fille de 30 ans ayant eu plusieurs attaques de pérityphlite, on trouva, soudé à l'appendice malade, un kyste para-ovarique. L'appendice et le kyste furent enlevés et la malade guérit.

Dans le second cas il s'agissait d'une femme de 40 ans ayant un utérus myomateux. Après son dernier accouchement il se forma à droite un abcès qui fut ouvert. Plus tard la malade a eu plusieurs accès d'appendicite à intervalles assez rapprochés. La laparotomie permit de trouver un abcès en avant du cæcum et un appendice malade qui fut extirpé. La malade succomba dans le collapsus quelques jours après l'opération.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 Juin 1897.

Syphilis chez un individu tatoué.

M. Behrend rapporte l'observation d'un homme qui en 1890 s'est fait orner l'avant-bras de plusieurs dessins de tatouage ; en janvier 1897, il eut, avec un phimosis, un chancre induré qui fut excisé, puis il suivit un traitement par les frictions. Malgré tout, il eut une syphilis à grosses papules, et l'on constate dans les lignes de tatouage de petites nodosités disposées en séries, et M. Behrend tire de ce fait deux conclusions : 1° l'excision du chancre n'arrête pas l'éruption de la syphilis générale ; 2° le traitement général de la syphilis n'arrête pas ces accidents, on doit donc l'instituer seulement après l'apparition des accidets secondaires.

Sténose laryngée avec fistule entre le larynx et l'œsophage.

M. Edmond Meyer a rapporté l'observation d'un garçon qui fut trachéotomisé il y a 6 ans. La sténose était produite par une membrane qui allait du cartilage arythénoïde droit au cartilage gauche et qui était située un peu au-dessous de la corde vocale droite. L'intubation ne réussissant pas, on fit la trachéotomie et la dilatation, mais il survint une bronchite et l'enfant succomba à la cachexie. L'autopsie montra, en dehors d'une tuberculose étendue des deux poumons, une rétraction cicatricielle de l'épiglotte et une fistule entre la paroi postérieure du larynx et l'œsophage par suite d'une perte de substance du cartilage cricoïde. Il est probable que la paroi du larynx a été blessée dans la trachéotomie faite antérieurement. La blessure a produit une inflammation et un séquestre.

Diagnostic clinique de la scrofule.

M. Hermann estime que la scrofule est toujours de nature tuberculeuse, seulement elle présente beaucoup de symptômes qui ne ne sont pas tuberculeux. La scrofule des glandes cervicales est la manifestation la plus fréquente. Ici le diagnostic de la tuberculose est facile à faire ; l'infection part soit de la gorge, soit des poumons, en prenant le chemin déterminé des ganglions bronchiques, bien qu'on ne puisse cependant exclure une affection primitive des ganglions cervicaux. Le diagnostic de la lésion tuberculeuse des ganglions bronchiques est rendu possible par ce fait que les ganglions tuméfiés établissent une relation de tissus entre la trachée et la colonne vertébrale, et que par suite on entend une respiration bronchique rude au niveau de la région dorsale. La présence des ganglions cervicaux scrofuleux peut entrainer des inflammations des amygdales et de la gorge. Le catarrhe nasal persistant détermine une déformation du squelette de la face. Les dents se recouvrent d'un enduit verdâtre solide qui produit une carie circulaire. Les eczémas qu'on observe fréquemment ne sont pas toujours scrofuleux, mais la conséquence d'irritations cutanées consécutives à la rhinite. Il en est de même de la conjonctivite phlycténulaire. L'infection scrofuleuse se développe dans les 4 premières années de la vie ; on observe alors le mal de Pott, le scrofuloderme, la méningite tuberculeuse.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU DIMANCHE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goître exophthalmique (p. 625). — Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os (p. 627).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Rôle fonctionnel des capsules surrénales. — Délire religieux en Bretagne. — Diabète sucré (p. 629). — Rougeole et pemphigus des enfants. — Albuminurie des multipares. — Expulsion de l'œuf en bloc dans le dernier trimestre de la grossesse. — Occipito-postérieurs. — Traitement du cordon ombilical après la naissance, action des bains. — Anémie aiguë. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Pyélo-néphrites gravidiques (p. 630). — Grossesse double au point de vue médico-légal (p. 631).
REVUE DE JOURNAUX. — *Médecine :* Scopolamine chez les aliénés. — Croup prolongé. — Action agglutinante de l'urine dans la fièvre typhoïde. — Alcalinité du sang dans l'hyper- et l'anachlorhydrie. — *Chirurgie :* Fracture suivie de nécrose (p. 631). — Coxa vara. — Chancre mou. — Calcul de l'urèthre. — Gonorrhée chronique. — Péritonite tuberculeuse. — Lipome du mésentère. — Suture osseuse. Trépanation pour épilepsie traumatique. — Névrome lingual. — Influence de l'anesthésie sur la température et la pression sanguine (p. 632).
MÉDECINE PRATIQUE. — De quelques usages thérapeutiques du salophène. — Biiodure de mercure (p. 633).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Duchenne (de Boulogne) (p. 634).
VARIÉTÉS. — (P. 635).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goître exophthalmique,

Par le Dr Gérard Marchant,

Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Mon maître M. Reclus m'a en quelque sorte invité à publier un cas de goître exophthalmique opéré par la résection bilatérale du grand sympathique cervical. Bien que ma malade ait été opérée le 5 avril dernier, je n'avais cru devoir publier encore son observation, car le temps seul nous permettra de juger la valeur de cette méthode thérapeutique, qui donne, il est vrai, des résultats immédiats appréciables, encourageants, peut-être pas définitifs, et à cette tribune si retentissante, mais si respectable, ne doivent trouver place que des faits longuement et sérieusement mûris.

J'ai tort de dire *ma malade*, car elle appartient doublement à M. Abadie qui me l'adressa à Tenon pour l'opérer. Dans les formes oculaires du goître exophthalmique, c'est l'ophthalmologiste qui est d'abord consulté : tel est le cas de la malade de M. Reclus et de celle dont je vais vous rapporter l'histoire.

Je vous ferai grâce des antécédents de la malade : retenons que sa mère et sa sœur sont impressionnables et qu'elle-même accuse le même *nervosisme* de l'irritabilité.

C'est en mars 1896, au début d'une *grossesse* (terminée à 7 mois) que ses yeux ont *commencé à devenir saillants*. En août de la même année, le goître est constaté par un médecin. Le *tremblement* est apparu en janvier 1897 ; on doit noter un amaigrissement progressif, sensible depuis quelques mois, bien que l'appétit ait toujours été conservé. La malade est sujette à de la diarrhée de temps en temps, mais jamais cette diarrhée n'a été paroxystique, comme on le voit souvent dans la maladie de Basedow.

A l'examen de ma malade, à son entrée dans notre service le 30 mars dernier, nous sommes frappés de suite par *l'exorbitisme*, qu'elle présente et dont on peut se rendre compte sur la photographie antérieure à l'opération: il est si prononcé que les paupières ne peuvent plus recouvrir *le globe oculaire :* il y a intégrité de la musculature interne et externe de l'œil : le champ visuel est normal et la vue intacte, et les pupilles sont très dilatées.

La tachycardie est presque nulle : la malade a 70 pulsations au lit, 80 debout, 93 à 100 après l'ascension d'un escalier. Elle n'a jamais eu de crises paroxystiques, de palpitations ou de dyspnée. Le cœur a sa pointe un peu abaissée, et paraît légèrement hypertrophié. A l'auscultation, on perçoit un roulement présystolique et le premier bruit est prolongé.

Le corps thyroïde a le lobe droit un peu hypertrophié (circonférence du cou 34 centimètres) ; mais ce goître ne frappe pas immédiatement l'attention : il faut le rechercher pour le reconnaître. Au niveau du goître, l'oreille perçoit un souffle vasculaire.

Le *tremblement* des membres supérieurs et *inférieurs* est des plus appréciables.

Je note enfin, d'après la note remise par mon interne M. Auclair, qu'il n'existe *aucun trouble trophique*, aucun *trouble de sensibilité, aucun stigmate hystérique*, et qu'enfin le poumon, le tube digestif, les *reins* paraissent absolument sains.

Nous avions donc affaire à une forme fruste de la maladie de Basedow, caractérisée surtout par la prédominance de l'exophthalmie,

Trois considérations me décidèrent à pratiquer chez cette malade la *résection du grand sympathique*.

I. — Je connaissais le danger, l'aléa des interventions diverses sur la glande thyroïde (*thyroïdectomie partielle, exothyropexie*) suivies parfois d'accidents tellement foudroyants que l'on invoque pour les expliquer une *toxlhémie thyroïdienne* dont l'action se produirait dans la *plaie*, sur le *bulbe*, par un empoisonnement suraigu.

Dans une statistique d'Allen-Starr (1), nous trouvons 23 morts sur 190 cas de goître exophthalmique opérés : de semblables désastres opératoires sont arrivés à Paris à des collègues très estimés.

II. — Les interventions sur le grand sympathique cervical, tentées 7 fois à Lyon par Jaboulay, répétées 2 fois à Bucharest par Jonnesco, sans aucun insuccès opératoire, nous entraînèrent dans cette voie.

III. — Mais c'est surtout M. Abadie qui, par ses communications au dernier Congrès de chirurgie (1896) et dans la *Presse médicale* (3 mars 1897) sur la nature et le traitement du goître exophthalmique, amena notre conversion.

Par des arguments *nombreux* et *décisifs*, notre si distingué collègue démontra que la maladie de Basedow était due à une excitation permanente des vaso-dilateurs de la tête et du cou : il affirma que par la section du sympathique cervical on combattait non seulement l'exophthalmie, mais aussi le goître et en partie la tachycardie (2).

Cette théorie nouvelle, si nettement exprimée, expliquait les succès de Jaboulay et justifiait enfin à nos yeux la légitimité de l'intervention qui nous était proposée : il

1. *The medical News*, 16 avril 1896, n° 16.
2. Il est juste de dire que M. Jaboulay a eu le mérite incontestable d'exécuter le premier la section du sympathique cervical dans le goître exophthalmique, mais que c'est M. Abadie qui nous a révélé sa théorie nerveuse applicable à cette affection.

fallait, je vous l'avouerai, des arguments de cette valeur pour m'engager à réséquer deux *branches nerveuses* dont le rôle physiologique paraissait primordial, et dont la suppression pouvait présenter à une échéance plus ou moins longue des accidents sérieux.

Je pratiquai l'opération le 5 avril dernier, après *éthérisation* et les précautions antiseptiques habituelles.

J'ai suivi les temps opératoires indiqués par M. Jonnesco dans un article paru dans les *Archives provinciales de chirurgie* au début de cette année. On va à la recherche du sympathique cervical par une incision qui s'étend de la pointe de l'apophyse mastoïde au tiers externe de la clavicule, incision qui permet de passer en arrière du sterno-mastoïdien et de récliner en avant et en dedans le paquet vasculo-nerveux du cou, après avoir sectionné et lié la veine jugulaire externe et quelques filets nerveux du plexus cervical superficiel.

Le sympathique apparaît alors sous la forme d'un filet assez grêle, blanc, appliqué par l'aponévrose prévertébrale contre le muscle long du cou, mais ce nerf n'est pas facilement reconnaissable, et on ne peut être sûr qu'on a à faire au sympathique que par la découverte du ganglion cervical supérieur, c'est-à-dire du *renflement fusiforme*, absolument caractéristique.

Aussi pour éviter toute hésitation et toute section désastreuse, conseillons-nous une incision franchement prolongée vers la mastoïde et donnant un jour suffisant pour découvrir ce ganglion.

L'opération sur le sympathique *cervical gauche*, qui comprend la résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur avec 4 centimètres environ du tronc nerveux sous-jacent, dura 1/4 d'heure.

Celle du côté droit dura 10 minutes seulement, et la résection du nerf fut faite sur la même longueur.

Il est à noter que le ganglion cervical moyen n'était appréciable ni d'un côté ni de l'autre.

Aucune modification des pupilles ne se produisit au moment de la section des nerfs.

On note *seulement de petits épanchements* sanguins sous-conjonctivaux très apparents, existant dans le segment externe du globe oculaire à droite seulement, et apparus au moment de l'opération.

Nous reviendrons tout à l'heure sur la signification de cette hémorrhagie.

On ferme les deux plaies par un plan de sutures profondes perdues et un plan superficiel de sutures intradermiques destinées à rendre moins visible la cicatrice.

Immédiatement après l'opération, la malade a 80 pulsations et ne présente pas de changements dans ses mouvements respiratoires, l'exophthalmie a déjà diminué à gauche (premier sectionné) au point que les paupières recouvrent presque complètement le globe oculaire. A droite, au contraire, l'exophthalmie est encore très sensible.

Le soir de l'opération, la malade a 37°6 (température vaginale), elle est très calme et n'a que 60 pulsations, chiffre qui reste à peu près constant jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le lendemain 6 avril on note une *diminution* très sensible de l'exorbitisme, de l'ouverture pupillaire et de la dilatation vasculaire de la région frontale droite. La malade se plaint d'un peu de douleur au niveau et en arrière des oreilles et accuse la sensation d'une sorte d'engourdissement, surtout marqué dans le côté gauche du cou. Cet engourdissement persiste du reste les jours suivants et est dû probablement à la section de quelques filets du plexus cervical superficiels.

Le surlendemain l'exophthalmie diminue encore et l'opérée peut complètement fermer les yeux.

Le 9 avril, 4 jours après l'opération, le pansement est renouvelé pour enlever les deux petits drains de sûreté. Rien de particulier au niveau des deux lignes d'incision. mais il semble que ce jour l'exorbitisme est plus accusé que les jours précédents. La dilatation vasculaire du côté droit persiste encore.

Le 14 avril la malade quitte le service absolument guérie de son *exophthalmie*, de sa *dilatation pupillaire* et de la turgescence veineuse prédominante à droite.

Cependant, sous l'influence de l'émotion, les yeux paraissent encore un peu saillants, mais la malade nous dit qu'elle a toujours été ainsi.

Le résultat opératoire immédiat a donc été parfait et ses enfants étaient heureux d'embrasser une maman qui ne leur faisait plus de gros yeux. Cependant, sous l'influence de l'émotion, de la fatigue, l'exophthalmie reparaît, quelquefois momentanément, bien qu'à un moindre degré qu'avant l'opération, mais pour disparaître aussitôt ainsi qu'il est facile de le constater sur les épreuves photographiques.

Mais il est facile d'ajouter qu'il n'y a plus trace de goître, que l'état général physique et moral est demeuré excellent.

Un mot sur les hémorrhagies sous-conjonctivales qui se sont montrées à l'œil droit, après la section du sympathique cervical droit.

Voici l'explication qu'à proposée M. Abadie :

Quand Dastre et Morat entreprirent leurs remarquables recherches sur l'origine des nerfs vaso-dilateurs de la face, une de leurs expériences fut la suivante :

On coupe sur un chien le sympathique cervical d'un côté; après la section, on a beau exciter le bout supérieur et le bout inférieur, il ne se produit aucun phénomène de vaso-dilatation de ce côté de la tête. Mais si on vient à exciter le bout supérieur, on constate une vaso-dilatation dans la région des lèvres, de la joue opposée, phénomène qui ne se reproduit plus si l'on sectionne également le sympathique du côté opposé. Le résultat est absolument net et se produit constamment. Dastre et Morat signalent ce fait, mais n'en donnent pas l'interpétation.

Il nous semble que la suivante serait plausible. Quand on a coupé le sympathique cervical d'un côté et qu'on excite le bout supérieur, l'excitation nerveuse a d'abord tendance à parcourir le circuit formé par le sympathique cervical de ce côté; mais ce circuit se trouvant interrompu par la section, le courant passe alors par la moelle et va transmettre une excitation aux vaso-dilatateurs du sympathique cervical du côté opposé.

Le courant nerveux est ici comparable à un courant électrique qui traverse un circuit fermé de résistances inégales. Il passe tout d'abord et constamment là où la résistance est le plus faible ; mais, si ce chemin vient à lui être fermé, il est obligé de prendre celui où la résistance est plus grande.

Or, cette expérience physiologique si importante sur les vaso-dilatateurs du cou a été exactement reproduite dans le cours de l'opération. Quand à gauche on a tout d'abord coupé le sympathique cervical, puis tiraillé avec la pince et excisé une portion du ganglion cervical supérieur, on a produit une excitation négative, sans effet pour le côté opéré, mais qui s'est traduite par une dilatation des vaso-moteurs du côté opposé. Cette vaso-dilatation, venant s'ajouter à celle qui existait déjà, a provoqué des injections vasculaires et des extravasations sanguines sous la conjonctive.

Tel est le fait que j'avais à vous présenter : vous excuserez les longs détails dans lesquels j'ai dû entrer ; vous remercierez avec moi M. Reclus d'avoir ouvert le débat dans cette enceinte où il ne peut que grandir et éclairer, mais vous conviendrez que ces deux faits sont encore insuffisants pour établir la valeur définitive de la résection du sympathique cervical dans le traitement du goître exophthalmique.

Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os,

Par M. le Dr J. L. Faure.

Chirurgien des hôpitaux.

Il est malheureusement bien souvent nécessaire, au cours de l'extirpation des tumeurs malignes de la langue, du plancher de la bouche, de la région sus-hyoïdienne etc., de réséquer une portion plus ou moins considérable du maxillaire inférieur envahi par le néoplasme. C'est un sacrifice douloureux, mais devant lequel il ne faut pas hésiter. Il faut, avant tout, lorsqu'on s'en mêle, enlever tout le mal, quels que soient les délabrements qui en puissent résulter, quels que soient les inconvénients plastiques ou fonctionnels qui doivent succéder à ces opérations. Et d'ailleurs, malgré leur étendue, celles-ci restent malheureusement presque toujours incomplètes, ainsi que le démontre la récidive ou plutôt la continuation presque constante du mal.

Il n'en est pas moins vrai que cette mutilation osseuse présente un très grave inconvénient. Les deux segments du maxillaire, séparés par toute la largeur du fragment que l'on a jugé nécessaire d'extirper, restent indépendants l'un de l'autre, mobiles, plus ou moins déviés sous l'action des muscles voisins, les arcades dentaires ne se correspondent plus, la mastication est très difficile, et la situation de ces malades, qu'attriste déjà leur difformité, devient véritablement douloureuse.

Dans ces conditions la prothèse, soit immédiate, soit consécutive, peut rendre de très grands services, mais elle est souvent fort difficile à exécuter, et donne parfois, surtout lorsqu'on l'emploie immédiatement après l'opération en implantant dans les tronçons du maxillaire un arc métallique destiné à les maintenir en bonne position, les résultats les plus médiocres. En tous cas la meilleure pièce artificielle ne vaudra jamais l'arc osseux qu'elle est destinée à remplacer.

Aussi faut-il s'efforcer, lorsque la nature de l'intertion le permet, de conserver précieusement un fragment de cet arc osseux suffisant pour qu'il puisse maintenir la continuité du maxillaire, solidariser les deux fragments, et remplir avec avantage le rôle de cette pièce prothétique, toujours défectueuse, toujours insuffisante.

Mais il ne faut sous aucun prétexte que la conservationde cet arc osseux nuise à l'étendue de l'exérèse reconnue nécessaire. Tout ce qui est malade ou soupçonné de l'être doit être enlevé. Mieux vaut un délabrement trop étendu qu'une extirpation trop parcimonieuse, et les imperfections plastiques ou fonctionnelles les plus pénibles valent mieux qu'une récidive.

Or le maxillaire inférieur, par sa constitution anatomique, permet précisément, au moins dans un certain nombre de cas, peut-être même plus nombreux qu'on ne le pense généralement, de conserver cet arc osseux, cette sorte de tuteur naturel, dont je viens, en quelques mots, de montrer la grande utilité.

Cet os est composé, au moins dans sa portion horizontale qui nous intéresse surtout, de deux tables de tissu compact, extrêmement dense, l'une externe, l'autre interne, séparées par une couche de tissu spongieux beaucoup moins solide, que le canal dentaire creuse même sur une longue étendue d'une cavité véritable qui établit entre les deux tables une séparation des plus nettes.

Le tissu osseux qui forme ces deux tables est d'un grain très serré, d'une dureté excessive, et oppose, par conséquent, à l'envahissement par les néoplasmes qui viennent à son contact, une résistance sérieuse. Lorsque le périoste a été envahi par la tumeur, lorsque celle-ci adhère au maxillaire, il s'en faut que l'os soit atteint jusque dans son centre. Il est certain qu'il faut un temps relativement long pour que les boyaux épithéliaux envahissants aient mordu dans cet os et perforé cette couche éburnée pour pénétrer dans le tissu aréolaire central où ils peuvent alors se développer librement. Il est bien évident que peu à peu l'os entier peut être envahi et désorganisé dans toute son épaisseur, et les cas n'en sont que trop fréquents. Mais je suis convaincu qu'il faut un certain temps pour en arriver là et que si l'intervention n'est pas trop tardive, lorsque le néoplasme ne fait qu'adhérer au maxillaire depuis quelque temps, on a des chances très sérieuses pour que les couches les plus superficielles de la table compacte, qui a au moins deux bons millimètres d'épaisseur, soient seules suspectes ou envahies, et pour que le tissu spongieux qui remplit le centre de l'os et à plus forte raison la table compacte opposée soit encore absolument indemne et ne renferme pas la moindre cellule maligne.

Il sera donc possible, dans ces cas, de garder une portion de la table compacte non envahie pour en faire ce tuteur naturel, cet os réunissant les deux portions principales du maxillaire et leur permettant de garder, en même temps que leurs rapports réciproques, leur exacte situation vis-à-vis des parties correspondantes du maxillaire supérieur.

Il s'agit donc en un mot d'exécuter un véritable *dédoublement du maxillaire inférieur*.

J'ai fait deux fois cette opération et les résultats que j'ai obtenus me paraissent assez remarquables pour mériter d'être publiés.

Voici ces deux observations :

I. — Mme B..., 75 ans, demeurant au Raincy, opérée à la Pitié le 20 août 1896. — Au mois de mai, cette malade a été opérée à la Pitié pour un volumineux cancroïde de la lèvre inférieure. Opération à la cocaïne faite par M. Reclus : incision en V. Réunion immédiate.

Revient trois mois après. La lèvre est complètement guérie et ne présente aucune trace de récidive.

Au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur, du côté gauche, existe une nouvelle tumeur de la grosseur d'une noix, adhérente au maxillaire aux dépens duquel elle paraît s'être développée. Elle fait saillie dans la région sous-maxillaire et, d'autre part, passant par-dessus la hanche horizontale de l'os, dans le sillon gingivo-labial où se trouve une ulcération en communication avec le centre de la tumeur.

Le diagnostic est hésitant entre : ganglion néoplasique consécutif à l'épithélioma de la lèvre et adhérant secondairement au maxillaire, ou tumeur primitive de cet os. L'examen histologique a confirmé cette deuxième hypothèse. Il s'agissait d'un *sarcome* assez limité et développé soit aux dépens de la table externe du maxillaire, soit aux dépens du périoste.

Extirpation par une incision externe de six centimètres environ parallèle au bord inférieur du maxillaire. La tumeur est enlevée en totalité. La table externe de l'os ainsi que le bord alvéolaire qui sont envahis sont enlevés à la pince gouge sur une assez grande étendue. Je laisse simplement, pour maintenir les régions antérieure et postérieure de la branche horizontale solidaires

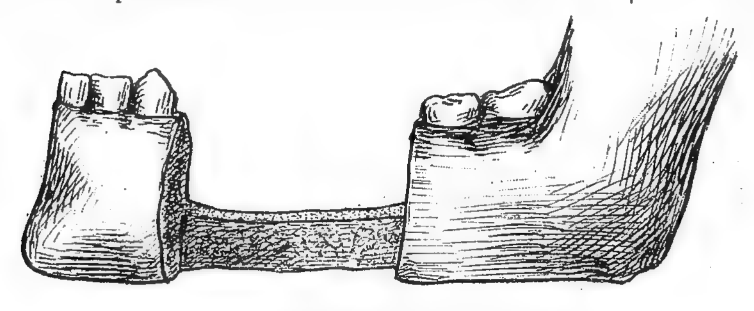


Fig. 1. — Portion de maxillaire enlevé dans l'obs. I.

l'une de l'autre, une languette osseuse de 5 centimètres de long sur un centimètre de haut et 3 millimètres environ d'épaisseur, constituée par la partie la plus inférieure de la table interne de l'os (voir fig. I). Cet arc osseux paraît absolument sain. La muqueuse ulcérée est ensuite réséquée. La portion de gencive correspondante ayant été complètement enlevée, la muqueuse du sillon gingivo-lingual est suturée par un surjet au catgut à la muqueuse correspondante qui double la face interne de la lèvre. La cavité buccale est ainsi isolée autant que possible de la plaie. Réunion au crin de Florence.

Légère suppuration de la plaie, qui ne tarde pas à se fermer complètement. Le maxillaire semble solide et fonctionne parfaitement.

II. — Camp... Emile, 55 ans. Opéré à l'hôpital Laënnec le 12 janvier 1897.

Début six mois auparavant. Extension progressive.

Au moment où je l'examine, le malade porte au niveau du plancher de la bouche une tumeur ulcérée, ligneuse, saignante et qui présente les caractères évidents d'un épithélioma.

Toute la région qui s'étend de la face inférieure de la langue à l'arcade dentaire est envahie.

Le frein de la langue est pris, ainsi que la muqueuse environnante, mais la langue elle-même ne semble pas altérée dans sa profondeur. Sur les côtés le néoplasme arrive jusqu'au maxillaire auquel il est adhérent. Il en est de même en avant. En ce point, au niveau de la symphyse, il y a une fusion véritable entre la néoplasme et l'os. Celui-ci est même en partie envahi, car les incisives sont ébranlées. — La consistance du plancher buccal est ligneuse, mais celui-ci n'est pas pris dans toute son épaisseur et le mal ne dépasse pas le mylo-hyoïdien, car la région sus-hyoïdienne est souple.

En un mot, il s'agit d'un épithélioma occupant toute la région du plancher buccal située entre le frein de la langue et le maxillaire, qui adhère lui-même au néoplasme et dont la table interne et le bord alvéolaire sont envahis.

Pas de ganglions appréciables.

Bon état général.

L'idée d'une extirpation complète du plancher de la bouche et de la portion correspondante du maxillaire se présentait naturellement à l'esprit. Mais, à cause des graves inconvénients que présente l'absence de soudure ultérieure sur la ligne médiane, je me décidai, malgré les difficultés évidemment beaucoup plus considérables de cette opération, à conserver la table externe du maxillaire sur une partie de sa hauteur de façon à maintenir la solidarité des deux moitiés du maxillaire.

L'opération fut pratiquée le 12 janvier 1897.

Anesthésie au chloroforme. Je renonçai, malgré les facilités qui en eussent résulté, à fendre la lèvre inférieure sur la ligne médiane et à la décoller du maxillaire. J'aurais eu ainsi beaucoup de jour, mais j'ai craint que cette dénudation de la table externe de l'os ne compromît sa vitalité et je préférai faire l'opération tout entière par la voie sus-hyoïdienne sans toucher à la lèvre inférieure.

Le malade est mis dans la position de Rose.

Incision courbe longue de 10 centimètres immédiatement en arrière du bord inférieur du maxillaire, sous le menton. Du milieu de cette première incision, en part une seconde, médiane, qui descend jusqu'à l'os hyoïde. C'est en somme une incision en T à branche horizontale courbe et parallèle à l'arc du maxillaire.

Le bistouri passe entre les deux génio-hyoïdiens et sectionne sur la ligne médiane le plan musculaire mylo-hyoïdien : toutes les insertions musculaires du digastrique, du génio-hyoïdien et du mylo-hyoïdien sont séparées du maxillaire dont le bord inférieur est ainsi mis à nu. D'un coup de bistouri, qui entre par la région sus-hyoïdienne et ressort dans la région sublinguale, je sépare rapidement de l'arc osseux, en rasant la table interne du maxillaire, le néoplasme tout entier. Cette manœuvre amène nécessairement la section des insertions des génio-glosses. Pendant ce temps la langue, saisie avec une pince à griffes, est portée en haut et en arrière, de façon à ne pas gêner la manœuvre du bistouri.

Deux pinces hémostatiques sur les parties latérales du plancher de la bouche et une troisième sur la ligne médiane qui étreint les tissus sous la face inférieure de la langue, de chaque côté du filet, isolent complètement le néoplasme qui est ainsi extirpé en quelques coups de ciseaux.

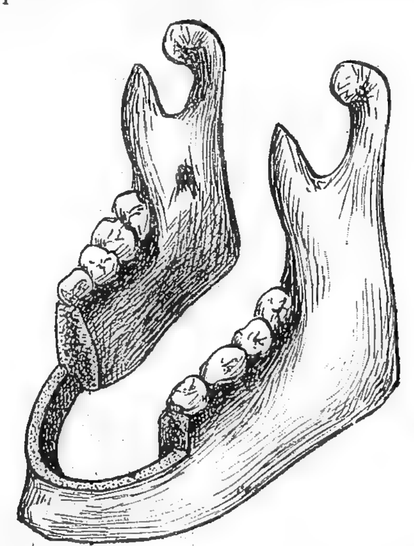


Fig. 2. — Arc osseux résultant du dédoublement du maxillaire dans l'obs. II.



Fig. 3. — Coupe du maxillaire (obs. II). La partie hachée représente l'os enlevé (bord alvéolaire tout entier et table interne).

Il s'agit alors de pratiquer la résection de l'os suspect.

Les incisives, les canines et les premières prémolaires de chaque côté sont enlevées avec un davier — en tout 8 dents. Puis la muqueuse est coupée tout au fond du sillon gingivo-labial,

dans toute l'étendue de l'os édenté. Alors, avec une pince emporte-pièce à larges mors bien coupants, le bord alvéolaire tout entier est réséqué de façon à ne laisser au maxillaire qu'une hauteur de 1 centimètre environ. Cette résection demande à peine une minute. La résection de la table interne est un peu plus difficile; elle n'en est pas moins très rapide et il est assez simple, avec une bonne pince gouge à mors courbes, en agissant soit par la bouche, soit par la brèche sus-hyoïdienne, d'enlever la totalité de cette table interne. Le maxillaire se trouve alors réduit à un arc osseux ayant environ 1 centimètre de hauteur sur 2 ou 3 millimètres d'épaisseur.

La face postérieure, dénudée, regarde la plaie, tandis que la face antérieure adhère à la lèvre intacte qui continuera à nourrir l'os (fig. 2 et 3).

La base de la langue, qui tend à tomber en arrière par suite de la section des génio-glosses, est ramenée en avant et fixée au périoste de l'arc osseux par un fort catgut.

La muqueuse labiale est suturée par un surjet au catgut à la muqueuse de la région sublinguale, de sorte que la cavité buccale est isolée autant que possible de la plaie sus-hyoïdienne. Les muscles mylo-hyoïdien, digastrique et génio-hyoïdien désinsérés sont fixés par des catguts dans leur position primitive, au périoste du bord inférieur du maxillaire. L'incision courbe est suturée, tandis que l'incision médiane génio-hyoïdienne, fermée par un crin de Florence près de la symphyse et près de l'os hyoïde, est laissée ouverte dans sa partie moyenne qui contient une petite mèche destinée à permettre le drainage de cette plaie.

Suites des plus simples. Aucun incident, malgré le voisinage de la bouche, la suppuration par la plaie sus-hyoïdienne est extrêmement faible. Au bout de quelques jours la muqueuse labiale et la muqueuse sublinguale se désunissent en partie, laissant sous la langue une cavité bourgeonnante qui est régulièrement désinfectée et lavée.

Peu à peu cette cavité se comble. Au bout d'un mois elle est comblée, il ne reste plus que quelques bourgeons charnus qui sont de temps en temps touchés au nitrate d'argent. Une fistulette qui persiste dans la région sus-hyoïdienne se tarit également.

Au 15 mai, c'est-à-dire 4 mois après l'opération, la cicatrisation est déjà depuis longtemps complète; il n'y a aucune trace de récidive. La muqueuse buccale est saine, la région sus-hyoïdienne l'est aussi. Les mouvements de la mâchoire sont normaux, l'alimentation se fait bien, seule la parole est un peu gênée, parce qu'il s'est établi entre la base de la langue et l'arc maxillaire une soudure qui nuit un peu aux mouvements de la langue et à l'articulation des mots.

En somme, le résultat est excellent.

Il est certain que le port d'un appareil prothétique quelconque n'eût jamais permis d'obtenir un résultat aussi beau, d'autant plus que rien n'empêcherait ce malade de porter un appareil qui ferait disparaître l'inconvénient qui résulte de la suppression de ses huit dents inférieurs. Mais les avantages qui tiennent au maintien de la solidarité des deux moitiés des maxillaires sont incontestables.

D'autre part, la conservation de cet arc osseux si utile ne semble pas avoir nui au résultat de l'opération puisque jusqu'ici aucune trace de récidive ne saurait être soupçonnée.

C'est donc un beau résultat et qui m'engage à publier ce procédé qui pourra certainement, dans des cas assez nombreux, rendre des services importants.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Wendling. *Considérations sur le rôle fonctionnel des capsules surrénales.* N° 329. (P. Delmar.)

M. Baderot (Albert). *De l'influence du milieu sur le développement du délire religieux en Bretagne.* N° 337. (H. Jouve.)

M. Winter (Charles-Emile-Félix). *Les complications rénales du diabète sucré.* N° 365 (H. Jouve.)

M. Ablaire (Eugène). *Recherches sur la nature de la maladie dite « des chiens » dans ses rapports avec la rougeole et le pemphigus des enfants.* N° 285 (H. Jouve.)

M. Blandeau (Francis). *Albuminurie des multipares.* N° 271.

M. Gorman (Joseph). *Contribution à l'étude de l'expulsion de l'œuf en bloc dans le dernier trimestre de la grossesse.* N° 294.

Mlle Botkowskaia (Beila) *Des occipito-postérieurs, étude statistique.* N° 293.

M. Bastard (Gustave). *Contribution à l'étude du traitement du cordon ombilical après la naissance, action des bains.* N° 272.

M. Amillet (Paul). *Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorrhagies puerpérales par les injections d'eau salée.* N° 123.

Concluant à la nécessité de la fonction des surrénales, M. Wendling la rapproche des fonctions du corps thyroïde au point de vue physiologique; à l'instar de la rate, du thymus et des ganglions lymphatiques, ces organes agissent par le mécanisme de la sécrétion interne en déversant directement dans le torrent circulatoire un principe indispensable à l'organisme et dont l'action toxicolytique s'exerce surtout sur le système neuro-musculaire. Bien que l'essence même de cette sécrétion reste encore mal déterminée pour ce qui concerne tout au moins les glandes surrénales et le corps thyroïde, on doit toutefois admettre un rapport intime entre ses altérations quantitatives ou qualitatives et la genèse des principaux symptômes de la maladie bronzée et du myxœdème, affections d'ordre toxique.

Les mœurs, les coutumes, le milieu, en un mot, où vivent les habitants d'un pays ont une grande influence sur le développement du délire religieux dans ce pays. D'après M. Baderot, en Bretagne, où les sentiments religieux sont encore très vifs, le délire religieux est très fréquent.

On peut le rencontrer dans toutes les affections mentales. Mais on le trouve surtout chez les débiles et les dégénérés. Les alcooliques en ont aussi fréquemment.

Ce délire, qui persiste longtemps, est généralement triste et les idées de damnation prédominent.

Pour montrer sa fréquence en Bretagne, M. Baderot a recherché tous les délires religieux présentés par les aliénés entrés à l'asile de Rennes du 1er janvier 1896 au 15 avril 1897 et est arrivé aux chiffres et aux moyennes suivantes : 121 entrées hommes avec 25 délires religieux soit une moyenne de 20, 66 p. 100; 143 entrées femmes avec 49 délires religieux soit une moyenne de 34, 26 p. 100. Moyennes très supérieures à celles que l'on atteint habituellement.

Pour M. Winter, le rein diabétique est un rein surmené, d'où hypertrophie de cet organe. Les cellules épithéliales du rein sont des cellules intoxiquées :

1° Par des poisons fabriqués dans l'intimité des tissus.

a) Par le glycogène; d'où les lésions des épithéliums de la zone limitante, désignées sous le nom d'altération d'Armanni-Ehrlich.

b) Par l'acide oxybutyrique et ses dérivés (acétone et acide diacétique); d'où les nécroses épithéliales signalées par Ebstein et la dégénérescence graisseuse partielle de l'épithélium des tubes contournés décrite par MM. Cornil et Brault et ultérieurement par Fichtner.

2° Par des toxines microbiennes; d'où les lésions de la néphrite diffuse. La néphrite interstitielle, rare dans le diabète, y paraît presque toujours liée à l'artério-sclérose. L'hypertrophie des reins ne peut qu'être soupçonnée pendant la vie des malades; pour la lésion d'Armanni-Ehrlich, l'unique symptôme de valeur est l'apparition du glycogène dans les urines; enfin chez des individus ayant présenté à l'autopsie les lésions d'Ebstein et de Fichtner on a observé peu avant et pendant la période du coma la présence de cylindres caractéristiques dans les urines.

L'existence simultanée du diabète ne modifie que légèrement les symptômes observés; ce sont les mêmes que ceux que l'on trouve chez les brightiques ordinaires.

Parmi les complications rénales du diabète le pronostic n'est favorable que pour l'hypertrophie simple des reins; il est incertain pour la lésion d'Armanni-Ehrlich et grave pour les altérations d'Ebstein et de Fichtner et les néphrites interstitielles et diffuses.

De toutes les maladies humaines auxquelles on a comparé la maladie dite « des chiens », il n'en est pas, d'après M. Ablaire de plus proche parente que la rougeole infantile. Il montre les nombreux liens de similitude et insiste sur l'analogie parfaite des inflammations des muqueuses oculaire, auriculaire, naso-bronchique, intestinale; le seul désaccord porte sur les manifestations éruptives beaucoup moins constantes dans la maladie des chiens; celle-ci, lorsqu'elle existe, faussement attribuée à un processus de variole, se rapproche par ses caractères objectifs et son mode d'efflorescence du pemphigus humain; l'auteur considère cette éruption pemphigoïde des chiens comme due à de la staphylococcie vulgaire résultant d'une auto-inoculation de la peau. L'auteur relate les diverses recherches expérimentales tentées pour reproduire de l'enfant morbilleux à l'animal le syndrome de la maladie dite des chiens et insiste sur leur importance en raison des conséquences prophylactiques qu'elles amèneraient si l'hypothèse du chien morbillifère se trouvait par elles confirmée.

M. Blandeau étudie l'albuminurie des multipares et montre que les femmes qui ont eu de l'albumine dans un précédent accouchement peuvent mener à bien les grossesses suivantes si elles sont surveillées de près et soignées d'une façon rationnelle.

Sur 23 observations prises dans le service de Pinard, 13 fois l'albuminurie n'a pas récidivé au cours d'une grossesse ultérieure. Dans 8 cas les derniers accouchements se sont accompagnés d'albuminurie comme les premiers, mais la quantité d'albumine était moins considérable, et les enfants atteignaient un poids supérieur; 2 fois seulement on a vu se produire l'accouchement avant terme et l'expulsion de fœtus macérés.

Le traitement de choix consiste dans le repos, le régime lacté exclusif, les purgations répétées (drastiques), les frictions cutanées au gant de flanelle et le séjour dans un appartement à température constante (de 20° à 24°).

Pour M. Gorman, au début de la grossesse, l'expulsion de l'œuf en bloc est très fréquente. A une époque plus avancée, elle constitue une exception, du moins dans l'espèce humaine, car c'est un fait physiologique chez certains animaux (chienne, chatte, truie).

Les causes prédisposantes sont : d'abord *du côté de la mère*, amplitude du bassin; la laxité des parties molles (grandes multipares); la grossesse gémellaire, le second jumeau trouvant le passage tout frayé; l'énergie des contractions utérines. *Du côté de l'œuf* : la résistance exceptionnelle des membranes que l'on rencontre surtout dans la syphilis, l'albuminurie, l'endométrite gonorrhéique; la flaccidité de l'œuf; l'insertion basse du placenta; enfin le décollement prématurée du placenta, qu'il soit dû à une endométrite, à des hémorrhagies intra ou rétroplacentaires, à une brièveté du cordon.

L'expulsion de l'œuf entier peut être la cause d'accidents graves pour la mère : hémorrhagie et inversion internes, rupture du périnée. Quelquefois les enfants nés coiffés sont vivants et viables, il faut se hâter en pareil cas de rompre les membranes.

M. Botkowskaia constate que dans les occipito-postérieures la marche et la durée de l'accouchement sont tout autres que dans les positions antérieures. A la clinique de la rue d'Assas, sur 1 255 accouchements par le sommet en positions postérieures la durée moyenne du travail a été chez les primipares de 21 h. 30 m. chez les multipares, de 13 h. 30; 70 fois on fut obligé de recourir au forceps, 2 fois à la version, 13 fois à la manœuvre de Tarnier; 63 fois le périnée fut déchiré.

Mortalité fœtale, 25, soit 1,99 p. 100.

Mortalité maternelle, 3.

18 fois seulement la rotation de la tête ne s'est pas effectuée et le dégagement a eu lieu en O. S.

Quand, à la dilatation complète, la rotation ne se produit pas spontanément, on doit d'abord chercher à faire tourner la tête au moyen de la manœuvre de Tarnier (doigt derrière l'oreille). Si l'on échoue, on recourra au forceps. D'après l'auteur, on donnera la préférence à la méthode de 2 applications de forceps successives; la première oblique, pour ramener l'occiput sous la symphyse; la seconde directe, pour extraire la tête.

Pour M. Bastard, la coutume si répandue de baigner les nouveau-nés, sans attendre la cicatrisation de la plaie ombilicale, n'est-elle point dangereuse? A cette question il répond par l'affirmative; en chirurgie on a abandonné les pansements humides qui retardaient la formation de l'épiderme cicatriciel : or, la plaie ombilicale devant être assimilée à une plaie chirurgicale, la balnéation *a priori* doit par conséquent être nuisible à la dessication du cordon.

Les faits cliniques concordent parfaitement avec les considérations théoriques : 1° sur 110 nouveau-nés qui n'ont pas été baignés, le cordon ombilical est tombé en moyenne le 5e jour 4/10 et 7 fois seulement la cicatrisation ne s'est pas faite d'une façon absolument normale.

2° Chez 110 enfants qui ont été baignés chaque jour, la chute du cordon a eu lieu en moyenne le 7e jour 4/10; 21 fois on a observé des complications telles que suppuration, érythème péri-ombilical, etc.

Donc la balnéation chez les nouveau-nés a un double inconvénient : elle retarde la chute du cordon et favorise l'éclosion des phénomènes inflammatoires ou infectieux dans la zone ombilicale.

M. Amillet, après avoir passé en revue l'action physiologique du sérum salé sur le sang, la circulation, les reins et l'utérus, et résumé les travaux de Jolyet et Laffont, Dastre et Loye, Malassez et en particulier ceux de Keiffer, qui a montré que les injections salées agissaient sur l'utérus en amenant des contractions (action hémostatique), l'auteur étudie quelle est la voie la plus favorable pour faire pénétrer les solutions salines dans l'organisme : l'absorption par le rectum est lente, et de plus l'intestin garde difficilement le liquide injecté. La voie vasculaire est plus *rapide* que toute autre et malgré les objections qu'on a pu lui opposer (longueur des préparatifs, complication de la technique, danger de l'entrée de l'air dans les veines, etc.,) elle est préférable à la voie hypodermique, parce que son efficacité est plus prompte, et qu'elle convient admirablement à tous les cas *d'urgence*.

Les injections intra-veineuses ou intra-cellulaires sont indiquées toutes les fois qu'une femme a perdu une quantité de sang suffisante pour altérer gravement son état général, que l'hémorrhagie se produise pendant la grossesse, l'accouchement ou la délivrance, voire même au cours d'une grossesse extra-utérine. Avant de pratiquer d'abondantes transfusions salées, il sera bon de s'assurer de la perméabilité du rein, et de tenir compte des faits expérimentaux qui ont établi que les animaux chloroformés supportaient mal les injections massives.

Le liquide à employer est une solution de chlorure de sodium à 10 p. 1000, les solutions à titre inférieur altèrent les globules du sang (Malassez). On peut, pour pratiquer les injections, employer la seringue d'Olivier, le séro-transfuseur d'Audebert, l'appareil de Leclerc, de Dumouthiers, de Chevretus, etc. Tout accoucheur doit avoir dans sa trousse l'outillage nécessaire pour faire en quelque minutes une transfusion salée

Pour les injections *intra-veineuses*, il faut dénuder une veine du membre supérieur, puis sur la paroi du vaisseau saisie par une pince à griffe, on taille une petite valve au-dessous de laquelle on introduit la pointe de la canule; la hauteur à laquelle doit être placée le réservoir varie de 50 centimètres à 2 mètres. Il faut environ 15 à 25 minutes pour faire passer 2 litres de liquide dans la veine.

L'injection *intra-cellulaire* doit être faite dans les flancs ou dans le sillon rétro-trochantérien; on n'injecte pas plus de 200 grammes dans le même endroit.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Navas (Hippolyte). *Des pyélo-néphrites gravidiques*. N° 57.

M. Dejovany (Albert). *De la grossesse double au point de vue médico-légal*. N° 46.

Connue surtout depuis la communication de Reblaub en 1892, la pyélo-néphrite puerpérale, qui est une affection rare, survient le plus souvent vers le 5e mois de la grossesse, jamais avant; elle siège toujours à droite et les lésions qu'on observe sont toujours d'ordre mécanique; le développement plus marqué de

l'utérus à droite et la rotation de gauche à droite que subit cet organe font comprendre pourquoi l'uretère droit est plus fréquemment comprimé que le gauche. La pyélo-néphrite passe par deux phases : d'abord la compression de l'uretère amène la rétention d'urine avec distension des voies urinaires et formation d'une poche (hydronéphrose), puis cette poche devient septique (pyonéphrose); cette infection peut se faire par la voie ascendante, par continuité; ou par la voie descendante, voie sanguine; le coli-bacille est souvent l'agent pathogène de l'infection.

La pyélo-néphrite se révèle d'abord : par la douleur au niveau du rein, l'albuminurie continue ou intermittente, la pyurie intermittente aussi, la présence de bacilles dans l'urine. De plus, le palper bimanuel permettra de constater l'augmentation du volume du rein.

Le palper doit être pratiqué sur le sujet étendu dans le décubitus dorsal; une main placée sur la région lombo-costale forme un plan résistant sur lequel vient s'appliquer la tumeur qui est ainsi mieux saisie par la main antérieure.

Si l'on a soin de refouler l'utérus, on pourra ainsi obtenir le ballottement ou signe de Guyon. La percussion peut aussi être utile, en dénotant en avant de la tumeur une zone de sonorité.

La pyélo-néphrite est à forme chronique et s'accompagne rarement de fièvre et de symptômes généraux bien accusés.

Les principales causes prédisposantes sont la compression par l'utérus gravide, amenant la congestion et la rétention. Au nombre des causes déterminantes il faut compter l'infection, le surmenage, le froid.

Le pronostic est d'ordinaire bénin; sur 11 cas cités par N. la guérison est survenue 9 fois; 2 fois la pyélo-néphrite a provoqué l'avortement.

Si l'abcès se vide par l'uretère, le traitement sera purement médical et consistera dans le régime lacté, l'administration de l'eau de Vittel, de l'acide benzoïque, l'usage des révulsifs sur la région lombaire.

Si l'état général s'aggrave il faut avoir recours à une intervention chirurgicale, la néphrotomie, qui a donné deux succès entre les mines d'Albarran et de Poncet.

L'accouchement provoqué doit être rejeté; il ne ferait que hâter l'apparition des phénomènes urémiques.

D'après une statistique s'étendant pour la France de 1861 à 1188, M. Dejevany établit que la moyenne des grossesses doubles par rapport aux grossesses ordinaires est de 9,78 p. 1000. La France est un des pays de l'Europe où la gémellité est la moins fréquente. Dans le midi de la France la moyenne est moins forte que dans le Nord-Est. La mortalité des jumeaux est 3 fois plus forte que celle des enfants nés de grossesses simples. Le diagnostic médico-légal de la grossesse double s'appuie sur les symptômes obstétricaux classiques, en particulier ceux révélés par le palper. D'ordinaire les jumeaux contenus dans des œufs séparés ont une vitalité plus grande que ceux provenant d'une grossesse univitelline.

L'auteur étudie ensuite quelques points contestés en médecine légale, tels que l'existence de la superfétation et de la superfécondation, la priorité de naissance entre jumeaux, l'infanticide commis sur des jumeaux, et termine par une description des monstruosités doubles dont il rapporte plusieurs exemples célèbres, entre autres Rosa-Josepha, Millie-Christine, les frères Siamois, etc.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Scopolamine chez les aliénés (Azione della scopolamina negli alienati), par S. Tomasini (*Riforma medica*, 16 janvier 1897, p. 135). — La scopolamine est un bon hypnotique dans les accès d'agitation, mais non dans les cas d'insomnie habituelle. Elle produit un sommeil calme, tranquille, qui se rapproche du sommeil physiologique. Elle ne cause pas de troubles consécutifs, en particulier pas de nausées. C'est un excellent sédatif, employé spécialement dans les cas d'agitation maniaque aiguë et de folie cyclique. Les malades s'habituent facilement à son usage, et on est obligé d'augmenter la dose aux injections suivantes.

Croup prolongé (A proposito di alcune forme prolungate di difterite laringea), par L. Concetti (*La Pediatria*, 1896, n° 9). — Garçon de 6 ans, pris le 26 décembre des symptômes du croup ; ces symptômes progressent lentement et il n'y a de menaces de suffocation qu'au bout de 3 à 4 semaines : du 24 au 28 janvier, pour la 1re fois, injections de sérum antidiphthérique, qui produisent une amélioration passagère; à la fin de février, nouveaux accès de suffocation, amélioration de courte durée à la suite d'injection de sérum; le 26 mars, trachéotomie ; la canule reste en place pendant 29 jours, au bout desquels l'enfant ne présente plus de troubles laryngés, mais est dans un état d'anémie profonde.

Le 24 février, on trouva dans le mucus pharyngé du bacille de Löffler très peu virulent. Après la trachéotomie, l'examen des fausses membranes ne révéla que le bacille de Friedländer, le streptocoque, des staphylocoques, mais pas de bacille de Löffler.

Action agglutinative de l'urine dans la fièvre typhoïde (Della azione agglutinativa dell' urina dei tifosi sul bacillo di Eberth), par A. Bormans (*Riforma medica*, 26 et 27 novembre 1896, p. 579 et 590). — L'urine des malades atteints de fièvre typhoïde présente, à un moindre degré que le sérum, la propriété d'agglutiner les bacilles d'Eberth; pour produire cette réaction, il faut faire un mélange à peu près à parties égales d'urine et de bouillon et maintenir la culture à l'étuve 12 à 24 heures; la présence de microcoques, n'empêche pas la réaction de se produire. L'auteur s'est servi dans ses recherches d'urines contenant toutes une quantité plus ou moins considérable d'albumine; il a constaté, d'autre part, que les liquides albumineux provenant d'individus non atteints de fièvre typhoïde n'ont pas d'action sur le bacille d'Eberth.

Alcalinité du sang dans l'hyper- et l'anachlorhydrie (Dell' alcalinità del sangue nell' ipercloridria e nell' anacloridria), par V. Greco (*Riforma medica*, 19, 20 et 21 octobre 1896, p. 183, 194 et 207). — Chez les hyperchlorhydriques, l'alcalinité du sang à jeun est égale ou un peu supérieure à ce qu'elle est normalement. Une heure après le repas, l'alcalinité du sang augmente, et cette modification est favorable, parce qu'elle contre-balance les effets du suc gastrique acide sur la paroi de l'estomac. Chez les anachlorhydriques à jeun, l'alcalinité du sang est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal ; elle ne se modifie pas pendant la 1re période de la digestion et augmente la seconde.

CHIRURGIE

Résection du coccyx pour fracture suivie de nécrose (Excision of the coccyx for fracture and necrosis, with a report of four cases), par Liell (*Medical News*, 13 mars 1897, p. 332). — Souvent on néglige sur le moment les fractures du coccyx consécutives à la parturition ou à des traumatismes d'autre nature; mais au bout d'un certain nombre de mois les malades reviennent avec une nécrose de l'os accompagnée de suppuration, de fistules; ces malades se plaignent de coccygodinie; la contracture des muscles devient le point de départ de douleurs atroces. On peut facilement faire le diagnostic de fracture du coccyx en saisissant cet os entre l'index introduit dans le rectum et le pouce resté en dehors. Pour remédier à ces accidents on a proposé la ténotomie, procédé abandonné depuis qu'on sait que presque toutes ces fractures s'accompagnent de nécrose. La seule mesure logique est la résection de la portion osseuse fracturée et nécrosée. C'est une opération délicate, en raison du voisinage du rectum qu'il ne faut pas blesser. Pour la dissection du fragment osseux et la section des attaches musculaires, l'auteur se sert de ciseaux à pointes mousses et du manche d'un scalpel. Dans le cas de nécrose il y a de la suppuration et on ne doit fermer que la partie supérieure de la plaie et bourrer le reste de gaze iodoformée. Renouveler les pansements tous les 2 ou 3 jours.

L'auteur rapporte ensuite brièvement 4 observations.

Coxa vara (Ueber Schenkenhalsverbiegung), par Zehnder (*Centrabl. f. Chir.*, 1897, n° 9, p. 241). — L'auteur rapporte dans son travail 6 observations de coxa vara dont une chez un homme de 42 ans et 5 autres chez des enfants de 4 ans et demi à 12 ans. Bien que suivant Leusser et Lauenstein le rachitisme serait fréquent dans la coxa vara des enfants, l'auteur n'a trouvé des stigmates rachitiques que chez deux de ses 5 petits malades. Une autre particularité des cas qu'il a observés consistait en ce que dans deux cas la rotation du membre en dehors, caractéristique de la coxa vara, était remplacée par une rotation en dedans. Dans un de ces cas on aurait même cru à une luxation congénitale de la hanche, si l'opération (ostéotomie linéaire du col) n'avait montré l'existence de l'incurvation typique du col.

A part le cas où l'on a fait l'ostéotomie linéaire du col, les autres malades furent traités par le massage.

Traitement du chancre mou (Zur Therapie des Ulcus molle), par A. Lanz (*Deut. med. Wochenschr.*, 1896, n° 17). — L'auteur rapporte dans son travail plusieurs cas de chancre mou typique ayant résisté à tous les traitements topiques habituels et qui ont rapidement guéri par l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

Calcul de l'urèthre (Beitrag zur Steinbehandlung), par R. Kutner (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 13, p. 273). — L'observation se rapporte à un garçon de 13 ans qui depuis 6 ans présentait de temps en temps des accès de rétention incomplète d'urine. L'exploration montra l'existence d'un calcul enclavé dans le bulbe de l'urèthre. Après l'échec d'un essai d'extraction simple, le calcul a été broyé en place avec une pince solide et les fragments enlevés par un lavage. Le malade guérit après avoir présenté une rétention d'urine par tuméfaction de l'urèthre antérieur derrière le méat.

Traitement de la gonorrhée chronique (Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Gonorrhœ), par L. Casper (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 15, p. 314). — Quand la gonorrhée est étendue d'une façon diffuse, le meilleur traitement consiste dans les lavages d'après la méthode de Janet avec du permanganate de potasse, de la thalline, du sublimé qu'on remplace par le nitrate d'argent ou les astringents quand les sécrétions diminuent et deviennent plus ou moins transparentes.

Dans les cas où le processus s'est localisé à certaines parties de l'urèthre, il est indiqué de porter à l'aide d'un uréthroscope, le topique (solution faible de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc) au contact même du foyer.

Le traitement mécanique par la dilatation avec des bougies enduite ou non d'une pommade antiseptique doit être réservé aux cas où il existe des foyers d'infiltration de la muqueuse. C'est dans ces cas encore que les instillations de Guyon réussissent d'une façon parfois merveilleuse.

Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (Sul processo intimo di regressione della peritonite tuberculare per laparotomia semplice), par G. Gatti (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, novembre 1896, p. 467). — D'expériences sur les animaux, l'auteur conclut que la laparotomie a pour effet de faire passer les tubercules péritonéaux à l'état fibreux; cette transformation n'est pas due à la réaction phlogistique et à la prolifération active du tissu connectif, mais à une dégénération hydropique des cellules épithélioïdes, qui sont résorbées avec disparition simultanée des cellules lymphoïdes et des bacilles et persistance seulement du stroma fibreux préexistant avec ses vaisseaux. La guérison de la péritonite tuberculeuse à la suite de la laparotomie simple serait donc due à une réaction du péritoine sous forme d'une exsudation plutôt abondante, laquelle imbibe le tissu tuberculeux et tue ou atténue le bacille de Koch.

Lipome du mésentère (Lipoma del mesentere in bambino di mesi 22), par F. Cima (*la Pediatria*, 1896, n° 5). — Garçon de 22 mois, peu développé, pâle, maigre, ayant un abdomen volumineux; à la palpation, on constate une tumeur qui se déplace par la pression, à contours mal délimités, avec son obscur dans la région hypogastrique et mésogastrique, jusqu'à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic; transmission des vibrations de percussion à travers cette tumeur. Décès par broncho-pneumonie. A l'autopsie, tumeur du volume d'un rein, à grand diamètre transversal, adhérente au mésentère dans la partie correspondant à l'iléon; cette tumeur mesure 22 centimètres de long sur 15 de large et 8 d'épaisseur; elle est formée de tissu adipeux.

Suture osseuse (Alcune considerazioni su trentasette casi di suture ossea), par F. Sorrentino (*Riforma medica*, 5, 7 et 8, janvier 1897, p. 27, 38 et 51). — Les fils de fer et les fils d'argent se valent pour la suture osseuse. L'encapsulement ou le non-encapsulement du fil métallique est en rapport avec les conditions locales du foyer de la fracture et des tissus moins avoisinants. Ordinairement, on ne doit pas pratiquer la suture osseuse immédiatement après l'accident dans toutes les fractures compliquées de graves altérations des parties molles du voisinage; on obtient de meilleurs résultats en attendant que tout danger de complication soit écarté. Dans les pseudarthroses, le processus de guérison est beaucoup favorisé par la perforation des fragments et par la présence des fils métalliques qui réveillent un processus actif de néoformation osseuse.

Trépanation pour épilepsie traumatique (Trapanazione del cranio per epilessia traumatica; guarrigione), par A. Negretto (*Riforma medica*, 21 novembre 1896, p. 531). — Enfant de 10 ans ayant eu, à la suite d'une plaie de la région frontale produite par une fourche, un abcès suivi de nécrose du frontal; ablation du séquestre le 12 novembre 1894, guérison complète en 11 jours. En avril 1896, apparition de crises épileptiformes qui se reproduisent presque toutes les semaines et résistent au bromure de potassium, puis deviennent quotidiennes et même se reproduisent plusieurs fois par jour, portant principalement sur le côté gauche de la face et le membre supérieur gauche. Trépanation le 2 juillet, au niveau de la dépression inférieure du frontal; on enlève un petit caillot sanguin à la face interne de l'os et on ne trouve aucune autre lésion. Les accès convulsifs s'éloignent et finissent par céder à la médication bromurée.

Névrome lingual (Di un neurome plessiforme nel dominio del nervo grande ipoglosso propagosi alla lingua), par G. B. Boccasso (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, novembre 1896, p. 487). — Garçon de 10 ans, présentant depuis 4 mois une tuméfaction un peu douloureuse dans la région sous-maxillaire droite entre l'angle de la mâchoire et la glande salivaire, toute la moitié droite de la langue est augmentée de volume, surtout à sa partie moyenne, mais peu douloureuse. La tumeur fut enlevée; elle présentait les caractères histologiques du névrome plexiforme.

Influence de l'anesthésie sur la température et la pression sanguine (The effect of anœsthesia upon temperature and blow-pressure), par D. A. Allen (Extrait de *American journ. of med. Scienc.*, mars 1897). — De ses expériences sur 35 chiens et de ses observations sur 80 malades, l'auteur a tiré les conclusions suivantes:

Les chiens perdent de la chaleur sous l'influence d'une anesthésie prolongée, à la température ordinaire. On peut empêcher en grande partie cette perte de calorique, en couvrant l'animal. Si on couvre l'animal et si on l'entoure de bouillottes, on peut, tout en l'anesthésiant, élever sa température. On ne veut pas dire par là qu'il soit désirable d'obtenir cette élévation de température au cours des opérations, mais on veut simplement montrer que la chose est possible; à plus forte raison peut-on empêcher le refroidissement. Il résulte nettement des expériences que ces changements dans la température de l'animal étaient en rapport direct avec l'anesthésie. Après disparition de l'anesthésie la tendance de la température (élevée ou abaissée) a été généralement de revenir à la normale. L'ergotine et le sulfate d'atropine paraissent avoir retardé la perte de température sous l'influence de l'anesthésie. Dès qu'on arrête l'inhalation de l'éther, l'animal regagne rapidement sa température. Après anesthésie par le chloroforme et la mixture A.-C.-E., la température continuait à baisser pendant quelque temps après la cessation des inhalations. Les observations paraissent démontrer

que la diminution de la pression sanguine est absolument parallèle à la chute de la température. Un lavement à l'alcool tend à faire remonter la pression, mais diminue la rapidité avec laquelle l'animal récupère sa température. Dans une chambre ayant une température élevée (entre 30° et 35°) la température du chien anesthésié fut grandement augmentée, en même temps que la pression sanguine baissait de 32 mm. Le chien était très essoufflé et mouillé par la transpiration; il semblait épuisé après l'expérience. Il semble donc que les opérations faites dans une chambre où règne une température élevée soient très fatigantes pour les malades. Enfin des opérations exécutées lentement et accompagnées de perte de sang produisent un abaissement de la pression beaucoup plus marqué que des opérations bien plus importantes exécutées rapidement de façon à éviter les hémorrhagies.

MÉDECINE PRATIQUE

De quelques usages thérapeutiques du salophène,

D'après M. le Dr D. Baqué.

Le salophène, éther salicylique de l'acétylparamidophénol, est un excellent succédané du salicylate de soude, dont il n'a pas les inconvénients. Il n'est pas toxique, ne détermine ni vertiges, ni céphalée, ni bourdonnements d'oreille. Aussi a-t-on tenté de l'employer systématiquement dans tous les cas où le salicylate de soude était indiqué. Quels ont été les résultats de cette substitution? c'est la question qu'examine dans sa thèse M. le Dr D. Baqué (1).

Dans le rhumatisme articulaire aigu avec fièvre intense, le salophène est quelque peu inférieur au salicylate de soude. Sans doute les douleurs sont calmées, la température s'abaisse, mais moins rapidement qu'avec le salicylate de soude. Par contre, le salophène a l'avantage de ne jamais déterminer de phénomènes d'intolérance et d'être facilement accepté par les malades qui n'en redoutent pas les effets nuisibles sur leur estomac.

Mais c'est dans le rhumatisme subaigu, dans la forme musculaire spécialement, que le salophène est véritablement héroïque. Il agit d'abord comme analgésique : la disparition du gonflement suit de près celle des douleurs.

L'accès est terminé en très peu de temps. Dans plusieurs cas il a suffi de 6 à 8 grammes de salophène pour obtenir la guérison complète.

Cette action sur la douleur est particulièrement remarquable dans la *migraine*, qui est, comme on le sait, une manifestation arthritique. Un grand nombre de rhumatisants, après avoir épuisé toute la série des dérivés aromatiques : antipyrine, phénacétine, etc., ont vu disparaître leurs accès de migraine avec quelques grammes de salophène.

Dans la *sciatique*, les résultats ne sont constants que dans les cas où il y a coexistence d'un lumbago : dans la forme névralgique proprement dite, dans la forme variqueuse, la douleur est à peine apaisée, et en tous cas ne l'est pas davantage qu'avec tout autre médicament analgésique.

Les résultats de l'emploi du salophène dans la goutte sont encore contestables d'après M. Baqué. Pour nous, la suppression rapide des douleurs est encore ici la règle : le gonflement ne nous a pas paru disparaître plus vite qu'avec les autres traitements (alcalins, etc.). Nous nous sommes constamment bien trouvés de prescrire simultanément la pipérazine et le salophène.

En résumé, on peut dire que le salophène est l'*analgésique* par excellence des rhumatisants. A ce titre, il mérite une large place dans la thérapeutique journalière. Il faut se rappeler seulement que s'il est supérieur au salicylate de soude contre les *algies*, il lui est inférieur contre l'*hyperthermie* accompagnant une manifestation aiguë du rhumatisme.

Enfin, dans tous les cas, il est toujours mieux toléré que le salicylate de soude.

G. M.

1. D. Baqué, Contribution à l'étude du salophène et de ses propriétés thérapeutiques (th. de Paris, 1897, n° 331.)

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Biiodure de mercure.

Solubilité. — Le biiodure de mercure est très peu soluble dans l'eau (0,004 p. 1000), très soluble dans l'eau additionnée d'un iodure alcalin (biiodohydrargyrate de potassium ou de sodium), miscible, nous n'osons dire soluble dans l'huile à 70°.

Généralités. — Le biiodure de mercure est un sel très actif qui, administré par la voie gastrique, a donné les résultats les plus concluants en syphilothérapie. Dans les manifestations cutanées rebelles de la période secondaire à forme papuleuse, dans celles de la période tertiaire, le sirop de Gibert donne des succès qu'on n'obtient avec aucune autre préparation hydrargyrique. Essayé par la voie hypodermique, le biiodure a présenté de tels inconvénients en raison de son insolubilité et de sa toxicité, entre les mains de Ragazzoni, Bourneville et Bricon, Letamendi, qu'il semblait devoir être rayé de la liste des médicaments sous-cutanés. On connaît en effet l'action particulièrement irritante des iodures alcalins sur le tissu cellulaire : leur présence dans l'injection, obligatoire pour assurer la solubilité du biiodure, augmentait en effet l'intolérance. D'autre part, on ne pouvait songer à l'employer à la manière d'une préparation insoluble, comme le calomel, le mercure cru ou l'oxyde jaune : car le dosage était particulièrement difficile en raison des effets toxiques d'un sel dont les conditions d'absorption étaient d'autre part fort mal connues.

La question en était là, lorsqu'au cours d'essais entrepris dans le service de M. le professeur Fournier, on découvrit que le biiodure trituré dans de l'huile d'olives à 70 degrés se dissolvait et que cette solution persistait après refroidissement. On avait ainsi une injection parfaitement titrée, d'une absorption facile, présentant les garanties et les avantages des préparations solubles. Malgré ces conditions favorables, l'expérimentation clinique commencée par Vibert et Fournier n'avait pas été poursuivie, lorsque M. de Lavarenne vint rendre compte, le 27 février 1896 à la Société de dermatologie, des résultats remarquables qu'il avait obtenus depuis 4 années avec l'huile biiodurée. Ces résultats ont été confirmés depuis, en particulier par Barthélemy : nous-même nous avons fait un certain nombre d'expériences très concluantes. Aussi pensons-nous que l'huile biiodurée marque une étape décisive dans le traitement hypodermique de la syphilis. Nous en étudierons donc avec quelques détails l'action thérapeutique.

Pharmacologie. — L'huile biiodurée est d'une fabrication délicate. On emploie de l'huile d'olives débarrassée par un lavage à l'alcool de toute trace d'acide oléique et soigneusement stérilisée à 120° en ballons fermés à la lampe. Cette huile chauffée à 70° reçoit par centimètre cube 4 milligrammes de biiodure : on triture longuement dans un mortier de verre stérilisé, maintenu au bain-marie à une température constante de 70°. Au-dessous de 70°, le biiodure ne se dissout pas; au-dessus, il se décompose et se précipite sous la forme d'une poudre jaune insoluble. Au bout d'une demi-heure, la dissolution est complète. On filtre et l'on met en flacon de verre coloré, préalablement passé à l'autoclave. On termine l'opération en stérilisant les flacons et leur contenu pendant plusieurs jours par des passages successifs à l'étuve à 65°, suivant la méthode de Tyndall.

Cette solution est d'une conservation pour ainsi dire indéfinie.

Dose usuelle. — 2 à 8 milligrammes par injection et par 24 heures. Généralement on injecte 4 milligrammes tous les deux jours, ou 8 milligrammes tous les trois ou quatre jours (De Lavarenne).

Technique. — Les injections doivent être rigoureusement intra-musculaires (région de Galliot) et *poussées avec la plus grande lenteur*. En procédant ainsi, on n'observe *jamais* de phénomènes d'intolérance.

Il va sans dire qu'on prend pour la piqûre les précautions habituelles d'asepsie que nous avons à maintes reprises recommandées.

M. De Lavarenne conseille en terminant, de pratiquer pendant trois ou quatre minutes environ, dans le but de diffuser l'huile, un massage profond, excentrique, des masses musculaires où a été faite la piqûre.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats*. — La douleur est pour ainsi dire nulle, à condition que le liquide de l'injection ne pénètre pas dans le tissu cellulaire : *toute piqûre immédiatement douloureuse est sous-cutanée*. De là l'indication de se servir d'aiguilles d'autant plus longues qu'on a affaire à des sujets plus gras.

La seule sensation est un engourdissement de la région, comparable à celui que produirait un coup de poing ou une contusion. Les malades n'éprouvent aucune gêne dans la marche : ils peuvent reprendre sur-le-champ leurs occupations ou leurs plaisirs; c'est dire que les piqûres sont aisément acceptées par les malades. Enfin, il n'y a pas de réaction locale, pas d'abcès, pas de nodus. Lorsqu'il y a induration, c'est encore que l'injection a été faite dans le tissu cellulaire.

b) *Eloignés*. — On n'observe jamais de stomatites, de gastro-entérite ou autres phénomènes d'intoxication générale avec l'huile biiodurée. Elle se comporte comme les préparations solubles que nous avons déjà examinées.

Action thérapeutique. — Si l'on compare le biiodure avec le sublimé et les cyanures au point de vue de l'efficacité, l'avantage reste incontestablement à ces derniers. Dans un cas pressant, grave, de localisations cérébrales de la syphilis, par exemple, dans les manifestations viscérales à marche aiguë, il faut donc continuer à s'adresser au bichlorure ou au cyanure de mercure. L'huile biiodurée paraît au contraire la médication de choix des syphilides *chroniques*, de certaines formes de syphilis nerveuses à marche lente, des lésions ulcéro-crustacées de la peau, des gommes sous-cutanées. Elle est enfin particulièrement héroïque contre les accidents secondaires, même les plus tenaces, des syphilis à évolution normale. Ainsi l'avons-nous adoptée dans notre pratique comme méthode générale de traitement de a syphilis.

Nous avons développé ailleurs les raisons qui nous faisaient dans *tous les cas*, sauf refus de la part des malades, préférer la voie hypodermique à la voie gastrique, pour l'administration du mercure. C'est pourquoi nous engageons le praticien à recourir, comme règle, dès le diagnostic de la syphilis établi, aux injections d'huile biiodurée, quitte à les remplacer dans les cas graves et urgents par celles de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre. Si l'on peut reprocher à cette méthode thérapeutique de nécessiter l'intervention fréquente du médecin, elle a pour elle le grand avantage d'être exempte des dangers et même des inconvénients que présentent la plupart des injections mercurielles, spécialement les injections insolubles, et de résumer les conditions de dosage facile et exact, de rapidité, d'absorption et d'efficacité auxquelles ne peuvent prétendre les pilules ou les frictions. Malheureusement les médecins continueront longtemps encore à prescrire les pilules et les frictions, parce qu'ils ont été élevés dans la crainte des injections mercurielles et qu'ils sont encouragés dans leurs préjugés par la résistance inexpliquable et inexpliquée de quelques-uns de nos maîtres (1). Comme les autres mercuriaux solubles, l'huile biiodurée a été employée dans les cas de syphilis oculaire (Panas, Rochon-Duvigneaud), spécialement dans les affections iriennes (Letamendi). Et c'est là encore un fait rempli d'enseignements. Les oculistes sont les plus fervents adeptes de la méthode hypodermique : cela parce qu'ils sont intéressés à prendre les moyens les plus énergiques et les plus rapides pour guérir leurs malades d'affections impatiemment supportées. Leur critérium est donc le succès. Aussi, ne se sont-ils pas attardés aux préparations insolubles, dont leur clientèle accepterait pourtant volontiers les inconvénients, si elles étaient plus efficaces. Les résultats cliniques ont bien vite démontré la supériorité des injections solubles, sublimé, cyanure, biiodure. Les ophthalmologistes les redoutent si peu qu'ils n'hésitent pas à y recourir même dans les cas douteux et l'on compte dès maintenant le nombre de ceux qui restent fidèles aux formules anciennes. Que le praticien médite ces réflexions et en fasse son profit.

Dans les affections non syphilitiques de l'œil, les panophthalmies en particulier, l'huile biiodurée paraît donner des résultats inférieurs au cyanure et au sublimé. Cela tient uniquement au véhicule. L'huile en effet s'absorbe plus lentement qu'une solution aqueuse, circonstance favorable pour une médication générale, mais discutable par une action locale.

FORMULES

Nous donnons ci-dessous à titre de document, une formule de solution aqueuse que nous avions autrefois employée et que nous avions trouvée moins nuisible que les autres formules usitées avant nous. Nous indiquons également un mélange préconisé par Yvon et qui serait sans effet sur l'albumine. Mais il est bien entendu que la préparation de choix est celle que nous avons presque uniquement étudiée au cours de cet article, nous voulons parler de l'huile biiodurée.

Biiodure de mercure. . . . . . 0 gr. 40
Huile stérilisée. . . . . q. s. p. 100 cent. cubes.
1 à 2 centimètres cubes.
(De Lavarenne, Vibert, Fournier, Panas.)

Biiodure de mercure. . . . . . 0 gr. 20
Iodure de sodium. . . . . . . q. s. p.
Eau stérilisée. . . . . 1000 gr.
10 centimètres cubes.
(G. Maurange.)

Biodure de mercure. . . . . . . } ââ 1 gr.
Iodure de potassium. . . . . . . }
Phosphate tibasique de soude. . . 2 gr.
Eau *stérilisée*. . . . . q. s. p. 50 cent. c.
1/2 centimètre cube.
(Yvon.)

Associations. — Le biiodure a été associé à l'atropine dans le traitement des affections iriennes d'origine syphilitique.

FORMULE

Biiodure de mercure. . . . . . . 0 gr. 04
Eau *stérilisée*. . . . . 20 gr.
Sulfate neutre d'atropine. . . . . 0 gr. 03
1/4 à 1/2 centimètre cube.
(Letamendi.)

Dans le but de le rendre plus tolérable on l'a injecté sous forme d'iodure double de mercure et de morphine. C'est une préparation rendue inutile depuis l'huile biiodurée.

FORMULE

Iodure double de mercure et de morphine. 0 gr. 50
Eau *stérilisée*. . . . . 20 gr.
(Bourneville et Bricon.)

G. Maurange.

1. Voir à ce sujet une leçon récente de M. le professeur Fournier : Du choix d'un traitement mercuriel (*Sem. méd.*, n° 31, 30 juin 1897, p. 245).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Duchenne (de Boulogne).

Dimanche dernier a été inauguré à la Salpêtrière, sous la présidence de M. le Ministre de l'Intérieur, le monument élevé à la mémoire de Duchenne (de Boulogne).

Rehaussée par la présence des délégations envoyées par l'Académie et la Faculté de médecine, la Société médicale

des hôpitaux, la Société médico-psychologique et la Société de médecine de Paris, enfin par la Faculté de médecine de Lyon, la cérémonie a été digne de celui dont elle perpétuera la renommée et de ceux qui ont eu à cœur d'honorer un médecin dont la vie fut aussi modeste que l'œuvre féconde et méritoire.

Aussi n'est-il pas sans intérêt, en ces jours troublés où l'on cherche à diviser le corps médical si longtemps uni et d'autant plus fort et plus respecté que son union était plus utile, de montrer ce que furent les maîtres dont on s'efforce vainement de ternir la mémoire, de prouver que leurs successeurs savent, comme ils l'ont fait, tendre la main à tous ceux de leurs confrère qui sont dignes de la serrer.

Duchenne, en effet, dont notre confrère Raymond a si bien analysé l'œuvre scientifique, dont Mathias Duval a si bien fait ressortir les qualités d'analyste et de chercheur, dont M. Motet a, pour la deuxième fois, raconté la vie en des termes dont on ne sait ce qu'il faut louer le plus, ou la forme toujours si élégante ou la sincérité et la justesse des appréciations, Duchenne, s'il a dû sa gloire à son incessant labeur, doit sa popularité aux maîtres qui lui ont permis de faire ressortir l'importance et la signification des faits qu'il avait observés dans leurs services hospitaliers.

Certes, il a eu l'immense mérite de savoir chercher et d'avoir la continuité dans l'effort. Du jour où il s'est mis à étudier les applications de l'électricité au traitement des maladies, c'est avec une patience inaltérable et une ténacité constante qu'il poursuivit ses recherches. Mais, comme M. Motet l'a dit de la manière la plus charmante, il lui fallait, pour bien traduire sa pensée, le secours et l'appui des maîtres bienveillants dont il suivait les leçons. Je l'ai dit moi-même il y a quelques années : « Duchenne n'arrivait que lentement et difficilement à exposer avec précision les résultats de ses patientes recherches. Trousseau l'écoutait avec attention et traduisait ensuite dans un langage d'une lumineuse clarté les idées originales mais parfois confuses du novateur. S'il voyait, au cours de ses développements, Duchenne hocher la tête ou exprimer quelques réserves : « Ce n'est pas cela, disait Trousseau, eh bien, recommencez ». Puis, après quelques nouvelles explications, le maître orateur trouvait un tour plus nouveau, une forme plus précise et, au grand étonnement de son auditoire et de Duchenne (de Boulogne) lui-même, il faisait une leçon admirable sur le sujet que venait d'étudier son savant confrère. Il ouvrait à ses ingénieuses recherches des aperçus nouveaux, il donnait à ses découvertes une formule définitive. Si bien que les spectateurs journaliers de cette collaboration si profitable se demandaient ce qu'il fallait admirer le plus, ou le génie de l'observateur qui venait de créer une maladie nouvelle, ou la merveilleuse ouverture d'esprit du professeur éloquent qui arrivait, pour en mieux faire admettre l'existence, à en préciser la nature et les symptômes (1) ».

Ce que fut Trousseau, ses émules Lasègue, Charcot puis, après eux, Joffroy, Straus et tant d'autres le furent pour Duchenne. Et c'est pourquoi il s'est toujours montré, Mathias Duval l'a rappelé, si reconnaissant et si généreux envers ceux dont il savait comprendre la droiture et la bonté.

Il importe donc qu'on le rappelle aujourd'hui que certains médecins déclarent la guerre — et quelle guerre faite d'invective et de calomnies! — à tous ceux qui ont un titre officiel. Sans le concours et l'appui de ceux-ci, l'œuvre de Duchenne fut restée inféconde. Et aujourd'hui, sans l'initiative et le dévouement de ces *officiels*, la mémoire de Duchenne n'aurait pu recevoir l'hommage éclatant qu'elle méritait.

C'est en effet à notre ami Joffroy qu'est due l'initiative de la cérémonie qui a été si émouvante dans sa simplicité. C'est à lui et à ses collaborateurs, presque tous *des officiels* — puisque l'on y fait rentrer les médecins qui n'ont d'autres distinctions honorifiques que ceux que leur a valus l'estime de leurs confrères — qu'est dû le monument qu'un sculpteur de talent, élève de Mathias Duval, a tenu à édifier gratuitement. Joffroy n'a songé qu'à continuer les traditions de son maître Charcot. Il s'est souvenu que lui aussi avait été le collaborateur et l'ami de Duchenne, que l'histoire de la paralysie labio-glosso-laryngée leur devait la première et la plus complète observation anatomo-clinique qui eût été publiée sur ce sujet. Il a voulu, comme notre regretté collègue Straus, qu'une souscription exclusivement médicale fît les frais de l'hommage qu'il songeait à rendre à la mémoire de Duchenne et je n'ai pas à redire ici tous les efforts dont j'ai été témoin, toute la persévérance et tout le dévouement mis par Joffroy au service de cette méritoire entreprise.

Le succès a couronné ses efforts et il a pu montrer que les maîtres actuels de l'enseignement public étaient, comme leurs prédécesseurs, respectueux des œuvres et des mérites de tous ceux — qui ont honnêtement travaillé.

C'est ce que M. Barthou, ministre de l'Intérieur, a su faire ressortir en termes élevés. Il a salué respectueusement la mémoire de Charcot en même temps qu'il a loué celle de Duchenne. Il a parlé des maîtres de la Faculté et des hôpitaux dans un langage digne de ceux qui ont rendu à la science française d'éminents services. Il a prouvé, par sa présence, son affabilité et son éloquence, que la signification de cette fête ne lui avait pas échappé.

L. L.

1. *Bretonneau et ses correspondants.* Introduction, p. XII, 1892.

VARIÉTÉS

Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisée à accepter, au nom de ladite Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de 15 000 francs fait par Mme veuve Clarens, née Cabouat, pour fonder un prix annuel (Prix Clarens).

Concours pour le clinicat chirurgical. — Le concours pour le clinicat chirurgical qui avait été fixé au 28 juin est reporté au 25 octobre; il sera pourvu non pas à la nomination de deux chefs de clinique adjoints, mais à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — Se faire inscrire avant le 11 octobre 1897.

Concours pour le clinicat des maladies des voies urinaires. — Un concours s'ouvrira le 25 octobre prochain pour la nomination d'un chef de clinique adjoint des maladies des voies urinaires. — Se faire inscrire avant le 11 octobre 1899.

Stage hospitalier (Pendant la période des vacances). — MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1896-97 (du 1er décembre 1896, au 15 juin 1897), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au

1er octobre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés.

Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

Association française d'urologie. — La seconde session de l'Association française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 21 au 23 octobre 1897.

Voici les deux questions qui ont été mises à l'ordre du jour et qui seront l'objet d'un rapport :

1° Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate;

2° Des uréthrites non gonococciques.

Exercice de la médecine. — Le tribunal d'Angers vient de rendre une décision qui fixe l'application des principes de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

Un sieur Mouroux, établi magnétiseur à Angers, était poursuivi par le parquet de cette ville, qui lui reprochait de nombreux faits d'exercice illégal de la médecine.

Le syndicat des médecins d'Angers se portait partie civile. Après des débats assez mouvementés, la décision suivante vient d'être rendue et fait suffisamment connaître les faits :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et de l'audience que le prévenu s'est borné vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins à pratiquer sur elles et par-dessus leurs vêtements des passes magnétiques et à fournir à quelques-unes de la ouate aimantée.

« Attendu que les notes remises par Mouroux à quelques-unes des personnes qu'il a soignées n'ont aucunement le caractère d'un certificat médical.

« Qu'il est d'ailleurs établi que Mouroux n'a jamais pris le titre de docteur, mais s'est toujours donné comme magnétiseur à ceux qui le consultaient.

« Attendu que si la loi du 30 novembre 1892 admet comme passible des peines qu'elle édicte ceux qui, sans être munis de diplôme, prennent part habituellement ou par direction suivie exceptant les cas des maladies ou affections chirurgicales... en au traitement d'urgence avérée.

« Attendu qu'il ressort du rapport fait sur cette loi à la Chambre par M. le député Chevandier, que jamais il n'est entré dans l'intention de la commission de viser les masseurs et les magnétiseurs, les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pouvant leur être appliqués, ajoute le rapporteur, que le jour où ceux-ci sortiraient de leurs pratiques habituelles et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments et chercheraient à réduire des luxations ou des fractures.

« Attendu que Mouroux en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus indiquées et en donnant de la ouate aimantée ne peut être considéré comme ayant exercé un traitement ou prescrit un médicament de nature à entraîner contre lui la peine édictée par la loi du 30 novembre 1892. »

Par ces motifs, le tribunal d'Angers, après plaidoiries de Me Comby, du barreau de Paris, qui se présentait pour le prévenu, et de Me Cheneau, du barreau d'Angers, qui se présentait pour le syndicat des médecins de Maine-et-Loire, a déclaré mal fondé dans ses conclusions M. Grippat, président du syndicat, partie civile, et acquittait de la prévention le magnétiseur Mouroux en le renvoyant des fins de la poursuite sans dépens.

Le syndicat des médecins d'Angers a interjeté appel.

Le montant des honoraires médicaux doit être évalué d'après les ressources du client et non d'après celles du patron qui s'est engagé à payer. — Le Tribunal civil de la Seine a jugé dernièrement que lorsqu'un médecin a fait une opération à un employé, et que le patron de celui-ci s'est engagé à payer les honoraires, cette circonstance ne saurait permettre au médecin d'élever le chiffre de ses honoraires à une somme supérieure à celle que comportent la situation et les ressources de l'opéré. En pareil, il appartient au tribunal de fixer, d'après les circonstances de la cause, le montant des honoraires dus au médecin.

Voici le texte du jugement rendu par la 6e Chambre du tribunal :

« Attendu que par exploit en date du 2 septembre 1896, le Dr X... a formé contre la veuve Brun et la Société Générale une demande tendant au payement d'une somme de 2500 fr. pour honoraires d'une opération qu'il aurait faite en juillet dernier au jeune Brun, employé à la Société Générale;

« Attendu que le Dr X... ne conteste pas avoir reçu 600 fr. qui lui ont été adressés par la dame Brun, le 26 août, dans une lettre chargée; mais qu'il prétend que cette somme ne peut être qu'un acompte, ses honoraires devant, d'après lui, être fixés à 2500 fr. qui devaient lui être payés et par la dame Brun et par la Société Générale solidairement, celle-ci s'étant, d'après les dires du Dr X..., formellement engagée à payer les soins donnés au jeune Brun;

« Attendu que le Dr X..., par ses dernières conclusions, demande subsidiairement que le tribunal ait recours à une expertise pour rechercher quelle était la gravité de l'opération chirurgicale pratiquée sur Brun, de dire quelles difficultés elle présentait et de donner un avis sur l'importance des frais et honoraires à lui dus;

« Mais attendu que, d'un côté, la dame Brun prétend s'être libérée par l'envoi des 600 fr. susrelatés; que, d'un autre côté, la Société Générale prétend n'avoir pris aucun engagement envers le Dr X...;

« Attendu que la première question à résoudre par le tribunal est de déterminer quel peut être le montant des honoraires dus au Dr X...;

« Attendu que le tribunal a, dès à présent, les éléments pour apprécier la nature et la gravité de l'opération et la rémunération qui peut être due à l'opérateur;

« Attendu qu'il s'agissait de l'énucléation de l'œil blessé, opération qui peut comporter des dangers pour l'opéré lorsqu'il y a panophtalmie, ce qui était le cas, mais opération toujours très rapide et ne présentant pas de difficultés sérieuses pour l'opérateur;

« Attendu qu'il s'agissait d'un blessé dans une situation très modeste, et par lui-même, puisqu'il gagne de très minimes appointements à la Société Générale, et par sa famille, puisque sa mère, veuve, n'a même point les ressources suffisantes pour payer les frais de l'instance judiciaire;

« Attendu que, de plus, l'opération a été faite non pas au domicile du blessé, mais dans la clinique même du Dr X..., dont le dérangement a, par conséquent, été moindre;

« Attendu que, même en admettant que la Société Générale soit tenue de payer les soins à donner à son employé, ce fait ne saurait permettre au tribunal d'élever les honoraires dus au Dr X..., dans une proportion qui, pour se rapprocher de la situation de la Société Générale, dépasserait la situation même de l'opéré;

« Attendu que, eu égard à la situation de Brun et à celle très honorable du Dr X..., le tribunal trouve dans les circonstances de la cause les éléments suffisants pour fixer à 600 francs les honoraires du Dr X...;

« Attendu que, le chiffre étant ainsi fixé et cette somme ayant été payée, toutes les autres questions disparaissent des débats;

« Par ces motifs, déclare le Dr X... mal fondé en ses demandes, fins et conclusions; l'en déboute et le condamne en tous les dépens. »

Les médecins des hôpitaux sont-ils considérés comme fonctionnaires publics? — La Chambre criminelle de la Cour de cassation a rendu récemment un arrêt par lequel elle a décidé que la juridiction correctionnelle était compétente pour connaître d'une action en diffamation intentée par un médecin d'hôpital à propos d'attaques relatives à l'exercice de ses fonctions. La Cour s'est fondée sur ce que les médecins des hôpitaux ne détiennent aucune portion de la puissance publique et ne peuvent, dès lors, être considérés comme des citoyens chargés d'un service ou d'un mandat public dans les termes de la loi.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Bronchopneumonie à tétragènes purs (p. 637).

REVUE DES CONGRÈS. — *Quinzième Congrès allemand de médecine interne :* De l'excitabilité des neurones (p. 639).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Traitement des hernies (p. 639). — Cure radicale des hernies inguinales — Opération césarienne. — Faux sourd-muet. — *Société anatomique :* Passage du coli-bacille à travers la paroi vésicale. — Epithélioma de la vésicule biliaire. — Endocardite végétante. — Oblitération de l'artère rénale. — *Société de biologie :* Immunité vaccinale (p. 640). — Cirrhose alcoolique hypertrophique diffuse. — Fistules congénitales de la région sacrée. — Kystes ovariques. — Anilipyrine. — Tuberculine. — Maladie de Pavy (p. 641). — Cancer d'origine parasitaire. — Changements de forme du cœur. — *Société de chirurgie :* Obstruction intestinale. — Suture de la rotule. — Extirpation du rectum (p. 642). — *Société de médecine légale :* Déclaration des fœtus. — Impuissance de l'examen chimique du sang à déceler la grossesse ou l'accouchement récent. — *Société médicale des hôpitaux :* Tétragènes et pleurésies. — Hernie du poumon consécutive à la pleurotomie. — Diphthérie (p. 643). — *Société de thérapeutique :* Traitement de l'urémie. — Tension artérielle. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Séquestre des conduits auditifs (p. 644). — Section du sympathique. — Toxicité des sérums. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Troubles nerveux d'origine sympathique. — Kyste de l'ovaire avec torsion. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Albuminurie des nouveau-nés (p. 645). — Hémorrhagie chez un enfant de 8 mois. — Kyste dermoïde de la grande lèvre. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Tumeur sanguine du plancher de la bouche. — Myocardite typhique. — Ulcération syphilitique de la joue. — Imperforation du rectum (p. 646).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Endocardite traumatique. — Cancer intestinal. — *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin :* Maladie de Friedreich (p. 647). — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne :* Stomatite ulcéreuse. — Pemphigus neurotique. — Perforation syphilitique de l'œsophage. — Autodigestion gastrique. — Immunité streptococcique. — *Club médical de Vienne :* Extrait surrénal en ophthalmologie (p. 648).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Bronchopneumonie à tétragènes purs,

Par le Dr A. Deléarde,

Préparateur à l'Institut Pasteur de Lille, chargé des fonctions de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

Le tétragène est un microbe dont la forme bien caractéristique permet facilement de le différencier des autres micro-organismes avec lesquels il peut se trouver associé dans les produits pathologiques. En effet, ses éléments réunis par groupe de quatre présentent l'aspect d'un carré divisé en quatre parties par deux lignes perpendiculaires entre elles.

Facilement colorable par toutes les couleurs basiques d'aniline, ce microbe prend le Gram.

Il se cultive sur tous les milieux nutritifs employés en bactériologie. Sur gélose ses colonies sont grisâtres et entourées d'une substance gluante et visqueuse. Il ne liquéfie pas la gélatine, trouble rapidement le bouillon de bœuf : sur pomme de terre il forme une traînée crémeuse blanc grisâtre.

Si on examine le tétragène dans du pus ou dans des crachats on voit qu'il est entouré d'une zone moins colorable que le microbe et qui n'est autre chose qu'une capsule. Cette capsule n'apparaît pas dans les milieux de culture.

Le tétragène est un commensal habituel de la cavité buccale. On le rencontre assez souvent dans la salive des personnes saines. Il est alors privé de toute virulence, c'est un vulgaire saprophyte.

Sous des influences encore mal déterminées dépendant, selon toute probabilité, d'un changement dans la résistance de l'organisme, le tétragène acquiert plus ou moins rapidement un pouvoir pathogène. Sa situation à l'entrée des premières voies digestives et respiratoires le met en excellente position pour envahir l'économie et produire des ravages localisés à tel ou tel organe comme les amygdales, les fosses nasales, les poumons, ou généralisés à tous les viscères, comme l'attestent deux observations de septicémie tétragénique publiées par MM. Chauffard et Ramond (*Archives de médecine expérimentale*, 1896, n° 3) et une observation plus récente due à M. Castaigne (*Bulletin de la Société anatomique* de Paris, mai 1897).

Nous n'avons pas eu la bonne fortune de rencontrer des cas analogues, mais nous avons assisté chez un malade du service de M. le professeur Lemoine, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, à l'évolution d'une broncho-pneumonie à tétragènes. Cette localisation pulmonaire, sans association de tuberculose, nous ayant paru intéressante et non encore signalée, croyons-nous, dans la littérature médicale, nous avons cru bon de la faire connaître.

Voici l'observation de ce malade :

Le nommé Th... Gustave, âgé de 49 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 15 mars parce qu'il est fort oppressé et qu'il tousse.

Père mort accidentellement. Mère morte de sénilité à 78 ans.

Les antécédents personnels du malade ne présentent rien d'anormal. Il n'a jamais souffert, sa santé a toujours été excellente.

Th... est en effet vigoureux et bien musclé; il n'accuse aucun excès alcoolique, sa vie est sobre, c'est un bon ouvrier.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a une douzaine de jours par des frissons violents accompagnés de céphalée et de points de côté multiples sous le sein gauche. C'est en rentrant du travail, le soir, que Th... se sentit brusquement malade et les symptômes énumérés plus haut persistèrent sans rémission pendant 2 jours. Un médecin qu'il fit appeler lui appliqua un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, mais la situation ne s'améliorant pas, Th... fut admis à l'hôpital.

A son entrée dans le service, le malade se trouve dans un état de prostration assez marqué. La fièvre est peu élevée, 38°5 ; la respiration paraît gênée, les inspirations sont courtes, le malade accuse encore une légère douleur sous le sein gauche lorsqu'il cherche à respirer profondément.

La percussion en avant est normale des deux côtés de la cage thoracique, sauf à la partie inférieure du poumon gauche où il y a une légère submatité qui augmente en arrière jusqu'aux 2/3 inférieurs pour diminuer progressivement au fur et à mesure que l'on s'approche du sommet.

Les vibrations vocales sont augmentées dans toute la zone de matité du poumon gauche; à droite elles sont transmises normalement. L'auscultation fait entendre dans tout le poumon droit des gros râles bronchiques et dans le poumon gauche, à la moitié inférieure, des râles sous-crépitants fins aux deux temps, avec un léger souffle, et à la partie supérieure des râles plus gros.

Pectoriloquie aphone dans la portion où l'on entend des râles sous-crépitants fins.

Le malade n'a jamais eu d'hémoptysie.

Les crachats qu'il expectore en grande abondance sont grisâtres, très gluants et fortement adhérents au vase, nullement aérés.

L'examen microscopique révèle la présence de nombreux tétragènes associés à de très rares bâtonnets. Il n'y a pas de bacilles de Koch.

Devant cette constatation, le diagnostic de broncho-pneumonie à tétragènes est posé.

Traitement : à l'intérieur, caféine ; révulsion à l'extérieur avec la teinture d'iode et des ventouses sèches appliquées sur tout le poumon gauche.

La maladie continue lentement son évolution. Les signes stéthoscopiques se modifient peu à peu. La respiration revient progressivement normale dans les parties où elle était altérée. La température n'a jamais dépassé 38°5 pendant toute la durée de l'affection. L'expectoration a conservé tout le temps les mêmes caractères qu'elle présentait au début en devenant moins abondante de jour en jour.

L'examen bactériologique, fait avec soin et à cinq reprises différentes, a permis de constater chaque fois la présence de tétragènes à l'état de pureté presque absolue sans pneumocoques ni streptocoques ; dans aucune préparation on n'a rencontré de bacilles tuberculeux.

Le malade, qui a recouvré l'appétit, sort guéri le 14 avril, soit un mois après son entrée, en conservant encore un peu d'obscurité respiratoire dans le poumon gauche avec une légère submatité. L'expectoration se borne à quelques crachats éliminés le matin ; les tétragènes y sont devenus très rares.

Quelques jours après l'entrée du malade des crachats triturés dans de l'eau stérilisée furent inoculés à 3 animaux.

Un lapin reçut sous la peau 3 c.c. de l'émulsion des crachats ; un cobaye en reçut 2 c.c., et enfin on en injecta 1/2 c.c. dans le péritoine d'un second cobaye.

Ce dernier succomba 6 jours après. Toute la cavité péritonéale était remplie d'un pus gluant et huileux d'un gris sale.

Le foie et la rate étaient parsemés d'abcès miliaires de même couleur que le pus péritonéal. L'examen de la pulpe des organes ainsi que du pus et du sang montra en très grande abondance du tétragène typique encapsulés à l'état de pureté absolue ; ce même microbe se retrouva à l'ensemencement dans les milieux avec ses caractères de culture énoncés plus haut. Les deux autres animaux inoculés sous la peau présentèrent des abcès volumineux au point d'inoculation.

Le cobaye mourut au bout de 13 jours de septicémie tétragénique sans traces de tuberculose. Le tétragène fut isolé pur des organes et du sang.

Le lapin succomba à son tour 21 jours après l'inoculation. L'abcès qu'il avait au flanc s'ouvrit à l'extérieur. Un vaste ulcère à fond grisâtre recouvert par du pus épais et huileux, à bords irréguliers et anfractueux, sans signe bien marqué de réaction inflammatoire avoisinante remplaça la poche purulente. Le sang et le foie renfermaient également du tétragène que l'ensemencement sur gélose permit de découvrir. Pas de signes de tuberculose viscérale chez le lapin.

Depuis ce temps d'autres inoculations ont été faites avec les cultures sur gélose provenant du sang du premier cobaye. La virulence du tétragène a été fortement accrue et nous avons obtenu par des passages successifs sur des cobayes un échantillon de ce microorganisme tuant le cochon d'Inde à la dose de 2/10 c.c. sous la peau dans un délai variable entre 36 et 48 heures. Nous espérons en continuant nos expériences augmenter encore la virulence de ce tétragène.

Les examens bactériologiques des crachats de notre malade ainsi que les inoculations aux animaux et l'isolement du tétragène à l'état pur de leurs organes permettent d'affirmer le rôle important joué par ce microbe dans le cas que nous avons observé.

Le tétragène a été la cause de la broncho-pneumonie à laquelle il a imprimé une certaine allure et des symptômes assez nets pour la différencier des broncho-pneumonies à streptocoques ou à pneumocoques.

En effet, pour chacune de ces variétés la marche de la maladie est plus rapide, la dyspnée plus intense, la fièvre oscillant autour de 39°, une expectoration peu abondante et plutôt hémoptoïque : en un mot ces maladies se présentent à l'observation avec une symptomatologie plus dramatique conduisant trop souvent à un dénouement fatal.

Au contraire, dans le cas de notre malade, l'affection pulmonaire a évolué très lentement, sans signes alarmants, avec une température peu élevée au-dessus de la normale, une gêne respiratoire peu marquée, mais les les crachats qui ont accompagné cette broncho-pneumonie ont présenté un caractère bien spécifique ne se rencontrant dans aucune autre inflammation bronchique.

La viscosité, l'adhérence au vase et surtout la coloration d'un gris sale sont autant de signes pathognomoniques qui permettent de différencier les crachats à tétragènes des autres expectoration à streptocoques ou à pneumocoques qui sont plutôt teintées de sang. Dans la spléno-pneumonie de Grancher, les crachats, bien que très épais et gluants ont un aspect jaune, couleur de gomme arabique.

La localisation à l'appareil respiratoire de l'infection tétragénique à l'état pur n'a pas encore été signalée. On sait que très fréquemment les crachats des tuberculeux, arrivés à la période des cavernes, renferment des tétragènes, mais dans ces cas le tétragène est associé à d'autres microbes de la suppuration et n'envahit le poumon que secondairement. Le bacille tuberculeux a préparé le terrain et a évolué à côté du tétragène. La présence de ce dernier microorganisme serait même pour certains auteurs, en particulier pour Koch, d'un pronostic grave ; il hâterait la terminaison.

La vérification de cette opinion n'a pas encore été bien établie. Il paraît difficile, lorsque plusieurs variétés bactériennes sont rassemblées autour d'un même foyer morbide, d'assigner à chacune d'elles un facteur de gravité bien déterminé. Les tuberculoses sans tétragène où les streptocoques, les staphylocoques, les pneumocoques pullulent dans les lésions bacillaires sont fatales à brève échéance ; l'expérience de chaque jour le démontre suffisamment. Pour nous le tétragène n'est pas plus dangereux que les autres microbes ; au même titre que ceux-ci il favorise la propagation des foyers tuberculeux en augmentant la réaction inflammatoire autour de ces foyers et en empêchant les cellules phagocytaires de concentrer leur énergie sur l'ennemi le plus dangereux, le bacille tuberculeux.

Dans le cas que nous avons examiné, le pronostic a été bénin à cause sans doute de la localisation de l'infection. Celle-ci ne s'est pas généralisée, elle n'a pas envahi la circulation générale et n'a pas produit des accidents à distance.

L'évolution des maladies à tétragènes ne présente pas toujours les mêmes caractères. Elles revêtent parfois des symptômes graves rappelant ceux des septicémies et amenant la mort dans des délais plus ou moins rapprochés. Des observations de MM. Chauffard et Ramond ainsi que celle de M. Castaigne en font foi. Mais en pareille circonstance il faut tenir compte aussi des deux facteurs ; d'abord le microbe qui évolue dans des points disséminés en formant des abcès plus ou moins volumineux, puis les substances solubles qu'il est susceptible de sécréter et qui causent des dégâts sur les cellules nobles des principaux organes tels que le foie et les reins.

Des études complémentaires sont encore nécessaires pour attribuer à chacun de ces éléments la part qui lui revient dans les septicémies tétragéniques. Le microbe commence à être connu, son rôle pathogène prend chaque jour plus d'importance ; il reste à déterminer celui de sa toxine et à préciser son action sur les cellules de l'organisme envahi.

REVUE DES CONGRÈS

QUINZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 9 au 12 Juin 1897.

De l'excitabilité des neurones.

M. Goldscheider. — Ce que nous connaissons actuellement de la constitution des neurones nous suffit pour nous représenter leur fonctionnement. Chacune de ces unités nerveuses fonctionnelles et nutritives exerce son action sur la suivante, mais chacune a son histoire particulière et sa physionomie propre. Tout neurone est en relation plus ou moins indirecte avec tous les autres neurones, et une irritation suffisanse, s'étendant comme une onde vibratoire, les influencerait tous. Il y a des voies longues spéciales qui conduisent particulièrement certaines irritations.

De légères irritations augmentent l'excitabilité du neurone; des irritations fortes la diminuent. A la suite d'une électrisation accidentelle intense on observe un état d'hypoesthésie de toute une région, due à une diminution de l'excitabilité de certains neurones; cet état se retrouve dans l'hystérie.

Au contraire, l'état d'hyperexcitabilité du neurone se rencontre dans les névralgies, dans diverses hyperalgésies, dans les états de tachycardie s'accompagnant de névralgies; une même excitation produit des états plus intenses qu'à l'état normal.

L'attention peut augmenter l'excitabilité des neurones.

Il faut aussi songer à ces variations de l'état de réceptivité des neurones dans les maladies organiques du système nerveux, où la lésion ne donne pas la clef de tous les phénomènes. Dans le tabes, nous ne savons pas si les douleurs fulgurantes ne précèdent pas l'établissement de la lésion matérielle et si tous les troubles subjectifs en dépendent.

C'est par l'augmentation des facultés des neurones jusque-là peu actifs que s'établissent les suppléances, les compensations.

On sait d'autre part que l'irritation de certaines régions du tégument externe retentit sur les viscères; il y a, en effet, des relations entre les neurones sensitifs cutanés et les neurones sympathiques. Le rôle de ces derniers ne saurait être trop mis en lumière; l'influence exercée pendant le sommeil sur le cerveau par l'intestin ou l'estomac chargés d'aliments peut très bien être comparée aux effets du prurit cutané.

Il ne suffit pas de chercher à remédier à l'anémie ou à l'hyperémie des éléments nerveux; il faut agir sur l'irritabilité du neurone, dans un début thérapeutique. Dans le cas d'hyperalgésie d'un membre, on diminue la douleur en agissant sur les neurones du membre symétrique; l'électrisation, par exemple, augmentera leur excitabilité. Le massage, l'hydrothérapie pourront provoquer une dérivation; ces moyens ouvriront ou fermeront les voies à l'irritation.

L'irritation due à la balnéation chaude ou froide fait cesser la sensation de fatigue; divers moyens viendront au secours de la volonté, trop faible à elle seule pour déterminer une action motrice. Telle est l'action de la suggestion, qui peut être considérée comme un excitant des neurones.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 Juillet 1897.

Traitement des hernies.

M. Lannelongue revient, au bout d'un an écoulé, sur les malades qu'il a déjà présentés à l'Académie après les avoir traités de hernies inguinales par les injections de chlorure de zinc.

Dans la technique, deux préoccupations sont à avoir : 1° ne pas injecter dans la cavité péritonéale; 2° ne pas blesser le cordon. Or ces deux écueils sont faciles à éviter. Après réduction, un aide comprime l'anneau inguinal profond, et si on injecte, par erreur, dans la séreuse, le liquide ne va pas dans le ventre. Quant au cordon, l'opérateur le récline très facilement avec l'index, en avant duquel il enfonce l'aiguille.

L'injection doit être pratiquée contre le pubis, à l'aide de deux ou trois piqûres en dedans du cordon et autant en dehors. La première piqûre interne se fait exactement sur le bord supérieur du pubis. A chaque piqûre, on injecte de VIII à X gouttes de chlorure de zinc à 1/10. L'opération dure deux à trois minutes. On termine par un simple spica de l'aine qu'on peut supprimer au bout de 48 heures.

Ces injections sont en général douloureuses et il est facile de parer à cet inconvénient par le chloral et la morphine, selon la posologie classique en thérapeutique infantile. La température s'élève d'ordinaire pendant 24 heures à 38°, 39°. Une semaine de repos au lit suffit.

Il se produit après l'opération une stupeur locale, une vraie mortification même des éléments cellulaires touchés par le liquide, et de là résulte un afflux phagocytaire considérable, aboutissant à l'élimination des éléments frappés et à la formation de tissus nouveaux. On peut ainsi provoquer ainsi expérimentalement, comme dans les ostéoarthrites tuberculeuses, du tissu conjonctif, de vrais lipomes même et enfin une production osseuse abondante par les injections sous-périostées. De là, sur le malade, un gonflement rapide, volumineux, maximum au bout de 24, 48 heures, qui s'étend assez loin dans la paroi et la renforce. Finalement une masse solide remplit tout le canal; il n'y a plus d'orifice, mais juste le passage du cordon, et après cela le sac séreux est probablement oblitéré.

51 sujets ont été soumis au traitement, on doit les diviser en deux groupes : les jeunes sujets jusqu'à 20 ans; 2° les adultes jusqu'à 60 ans et au delà.

1° *Jeunes sujets depuis 4 mois jusqu'à 20 ans.* — 44 opérés. Il y a 41 guérisons persistant les unes depuis plus de 1 an, les autres depuis plus de 6 mois. Sur les 3 échecs, l'un, le premier de tous les opérés, avait été insuffisamment injecté, on l'a traité de nouveau et il est guéri; l'autre est un cas de hernie insolite, auquel la méthode sclérogène ne doit pas être appliquée. Le troisième est une grosse hernie scrotale, chez un sujet presque imbécile, qui s'est levé le lendemain et les jours suivants.

2° *Adultes.* — Il y a eu 7 opérations chez 5 adultes; 3 adultes ont eu des hernies doubles. Les 2 adultes ayant des hernies de volume moyen et âgés de 33 ans (femme) et de 49 ans (homme) sont bien guéris.

Chez les 3 sujets de Bicêtre atteints de grosses hernies doubles dans de mauvaises conditions, il y a une récidive d'un côté et une guérison de l'autre.

Opération césarienne.

M. Pinard lit un rapport sur les trois observations suivantes :

1° M. Lecerf (de Valenciennes) ayant eu à traiter une femme atteinte de dystocie par tumeur fibreuse utérine logée dans l'excavation, a fait une césarienne conservatrice et a obtenu un beau succès pour la mère et pour l'enfant. M. Pinard l'en félicite, mais ne saurait conseiller de l'imiter ; la césarienne conservatrice pour fibrome donne une mortalité considérable, et la vraie conduite doit consister dans la césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale, préférable même au Porro. Le cas de M. Mouchet (de Sens) en sera tout à l'heure la preuve.

2° M. Poncet (de Cluny) a opéré *in extremis* une femme dont la dystocie tenait à un enchondrome pelvien avec généralisation dans un sein et dans une grande lèvre. Il faut féliciter M. Poncet de n'avoir pas reculé devant une intervention dans laquelle il n'avait pas grand espoir, sans doute, mais qui sûrement était indiquée. La césarienne conservatrice fut suivie de mort.

3° M. Mouchet (de Sens) a enfin adressé à l'Académie une observation des plus importantes. Une femme devint enceinte, pour la 11e fois, malgré un fibrome qui, avant la grossesse, remontait déjà à l'ombilic. La grossesse alla presque à terme, et M. Mouchet intervint après le début du travail, alors que déjà

les membranes étaient rompues, que l'enfant avait rendu son mécanium. Il fit l'opération césarienne, complétée par l'hystérectomie abdominale totale et obtint la guérison de la mère. Malheureusement l'enfant, né en état d'asphyxie, succomba au bout de 20 heures. Cela prouve, dit M. Mouchet approuvé par M. Pinard, que pour sauver l'enfant il faut opérer de bonne heure, dès le début du travail.

Fallait-il, se demande M. Mouchet, pratiquer l'embryotomie. Abolument pas, a répondu M. Pinard pour qui dans le cas actuel la seule conduite indiquée est celle qu'a tenue M. Mouchet.

Grâce aux progrès actuels de la chirurgie, on doit affirmer que l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.

Reste enfin une question de manuel opératoire : M. Mouchet a suivi le procédé de Doyen, sauf qu'il a eu recours à l'hémostase préventive des utéro-ovariennes. Il convient de le féliciter hautement car si en chirurgie proprement dite M. Pinard ne prend pas part au débat, lorsque l'utérus est gravide il affirme qu'il faut prendre toutes les mesures propres à ménager le sang.

M. Guéniot pense avec M. Pinard que la césarienne conservatrice sur utérus fibromaux est très meurtrière, mais il semble que dans le cas de M. Lecerf le fibrome était unique et presque pédiculé : alors le pronostic est sûrement beaucoup meilleur et on peut comme M. Lecerf tenter alors la césarienne conservatrice. C'est une distinction utile à faire, et on doit surtout proscrire la césarienne conservatrice pour les fibromes faisant corps avec la paroi.

M. Pinard est de l'avis de M. Guéniot, mais dans le cas particulier il regrette que les détails donnés par M. Lecerf soient insuffisants.

Faux sourd-muet.

M. Grancher présente un garçon de 12 ans 1/2, encore arriéré, mais dont l'intelligence s'est très notablement développée depuis 2 ans 1/2. On l'avait pris pour un sourd-muet, idiot, gâteux. Mais à l'Institut des sourds-muets, on a constaté qu'en réalité il était muet mais non sourd ; le professeur a dès lors, par la méthode appropriée, développé l'ouïe et les résultats de l'éducation sont remarquables. Nous avons dans nos asiles d'idiots beaucoup d'enfants de ce genre et il serait utile que ces procédés fussent plus vulgarisés.

M. Abadie lit sur la *pathogénie du goître exophthalmique* un travail que nous publierons *in extenso*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 2 Juillet 1897.

Passage du coli-bacille à travers la paroi vésicale.

M. Reymond montre des cultures de colibacille obtenues en ensemençant l'urine d'un malade de 17 ans qui présentait, dans la cavité pelvienne, une vaste collection purulente que l'on vida par incision sus-pubienne. Le pus de cet abcès renfermait de nombreux microbes, du colibacille, du staphylocoque, du streptocoque et un gros bâtonnet gardant le Gram. Seul le colibacille a pu être isolé dans l'urine. Est-ce parce que seul il a traversé, de dehors en dedans, la paroi de la vessie; est-ce parce que l'urine est un milieu de choix pour le colibacille seul?

Epithélioma primitif de la vésicule biliaire.

M. Rabé rapporte l'observation d'une malade entrée à l'hôpital avec les symptômes de colique hépatique intermittente, avec fièvre et ictère.

La malade étant considérée comme atteinte de lithiase vésiculaire, on se décida à faire la cholécystotomie.

La vésicule était de volume normal, et le fond, occupé par une petite tumeur, de consistance ligneuse, de la grosseur d'une noix; l'ouverture de la vésicule montrait cette tumeur implantée à pleine base sur la paroi inférieure, très près du fond, et développée dans la cavité. Pas de calculs.

A l'extrémité supérieure du cholédoque, on sentait une induration, sans doute un bourgeon secondaire greffé sur la paroi du canal. Mais pas d'adhérences pathologiques de la vésicule et du foie; pas de noyau secondaire, au moins perceptible, ni dans le foie ni dans les épiploons. Aujourd'hui, 3 semaines après l'opération, la malade se porte bien.

L'examen histologique montra que cette tumeur était formée par une prolifération atypique des cellules épithéliales dilatées, glandulaires, mais avec épaississement du tissu fibro-conjonctif, anormalement développé, très dense et très serré.

Deux cas de cancer de la vésicule biliaire.

MM. Griffon et **Ségal** montrent des préparations histologiques de deux cas de cancer de la vésicule biliaire, aussi différents au microscope que macroscopiquement et cliniquement.

Dans l'un, cancer classique, avec ictère, il s'agit de carcinome avec grosses cellules atypiques, parfois avec plusieurs noyaux.

L'autre cas a trait à une tumeur partie du fond de la vésicule, dont la surface est ulcérée et végétante et propagée dans la région du foie avoisinante sous la forme d'une grosse masse dure, blanchâtre, criante à la coupe. Tout l'organe, mais surtout le lobe gauche, est farci de nodules irréguliers, étoilés, de dimensions variables. Dans la plèvre droite et dans le péritoine, épanchement séreux abondant.

Au microscope, on constate de longues cellules, d'aspect fusiforme, qui font penser à un sarcome né dans les parois vésiculaires et propagé secondairement au foie.

Endocardite végétante.

M. Jacobson présente un cœur atteint d'endocardite végétante. La mort du malade est survenue par hémorrhagie intra-péritonéale. L'hémorrhagie provenait de l'artère mésentérique sur le trajet de laquelle on voyait deux poches anévrysmatiques remplies de caillots feuilletés.

Sur les coupes des végétations endocarditiques, on trouva des amas énormes de streptocoques. Sur ces coupes, à diverses hauteurs de l'artère mésentérique, au niveau de son abouchement dans l'anévrysme, on voit disparaître successivement la paroi artérielle, et la poche de la tumeur anévrysmale n'est plus formée que par de la fibrine entourée par un manchon épais de leucocytes.

Oblitération des deux branches moyennes de l'artère rénale.

M. Milian présente un rein trouvé à l'autopsie d'un vieillard qui n'avait jamais présenté d'albumine dans les urines. Les deux tiers inférieurs de la moitié antérieure de ce rein sont atrophiés et les deux branches moyennes de l'artère rénale sont oblitérées par thrombose secondaire à des lésions athéromateuses. Le territoire atrophié répond exactement à la distribution artérielle des branches oblitérées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 Juillet 1897.

Durée de l'immunité vaccinale.

M. Roger. — On admet généralement que l'immunité conférée par la vaccine dure environ 7 ans; cependant on a cité des cas où elle avait disparu au bout de 5 ans.

J'ai eu l'occasion, cette année, de voir la vaccine reprendre chez de jeunes enfants qui avaient été vaccinés avec succès dans les premiers mois de la vie et portaient des cicatrices indiscutables et le plus souvent multiples. Or, 4 de ces enfants avaient de 3 à 5 ans. Le quatrième avait 15 mois et le cinquième 14. Chez ce dernier, la première inoculation avait laissé 3 cicatrices à chaque bras; l'inoculation nouvelle donna deux superbes pustules.

J'ai recueilli de même trois observations où la variole s'est

développée peu de temps après la vaccination. Dans un cas il s'est agi d'un enfant de 3 ans; dans un autre, d'un jeune homme de 17 ans revacciné avec succès deux ans auparavant; enfin le troisième cas concerne un homme de 33 ans qui fut vacciné à 6 mois, à 20 ans et à 31 ans; chaque fois le résultat fut positif. Chez ces 3 malades la variole a été remarquable par sa bénignité, ce qui prouve que l'organisme conservait un certain degré de résistance.

Si les faits que je rapporte sont fort rares, ils me semblent néanmoins utiles à connaître : on fera bien, en temps d'épidémies, de revacciner parfois même les sujets jeunes ou les personnes qu'une vaccination récente semblait mettre à l'abri.

Note sur un cas de cirrhose alcoolique hypertrophique diffuse.

MM. A. Gilbert et **M. Garnier** décrivent un nouveau type histologique de cirrhose alcoolique hypertrophique. Au point de vue clinique, cette cirrhose dont l'origine alcoolique n'est pas douteuse, s'est caractérisée par une marche rapidement fatale, différente de l'allure relativement bénigne habituelle à la cirrhose hypertrophique. Anatomiquement c'était une cirrhose à gros foie sans granulations. L'examen histologique montra que la cirrhose n'avait pas la forme annulaire caractéristique de la cirrhose alcoolique : il y avait une sclérose biveineuse, les deux systèmes veineux étant reliés par des formations fibreuses principales, et de ces formations partaient des fibres conjonctives qui pénétraient dans l'intérieur du lobule en suivant le trajet des capillaires, séparaient les travées hépatiques et dans chaque travée les cellules elles-mêmes.

Transmission héréditaire de deux fistules cutanées congénitales de la région sacrée.

M. P. Godin. — Il s'agit de deux fistules de la région sacrée supérieure, situées exactement sur la ligne médiane, la plus élevée à 3 centim. au-dessous de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire, profondes de 5 et 6 millim. et dont toute la surface interne est tapissée par la peau déprimée en doigt de gant.

Ces deux fistules se retrouvent avec tous leurs caractères chez le grand-père, chez le fils et chez les petits-enfants.

Action des injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariques.

MM. Auché et **Chavannaz.** — Les auteurs ont étudié l'action produite, chez le lapin, par des injections intra-péritonéales du contenu des kystes de l'ovaire. De leurs recherches il découle les conclusions suivantes :

1° En l'absence de suppuration le contenu des kystes proligères de l'ovaire et des kystes du parovaire est absolument aseptique, alors même qu'il y a adhérence de ces kystes avec l'intestin ou encore torsion du pédicule.

2° La toxicité du liquide des kystes proligères de l'ovaire est variable et cette variabilité ne dépend pas de la nature papillaire ou glandulaire du kyste. Ils ne sauraient dire si à cet égard la torsion du pédicule a une influence quelconque. Sauf dans un cas, tous les lapins qui ont reçu plus du sixième de leur poids sont morts, quelquefois en moins de 24 heures.

3° La toxicité des liquides des kystes du parovaire est beaucoup moindre et comparable à celle du sérum artificiel qui est à peu près nulle.

4° Par ordre de toxicité décroissante on peut classer de la façon suivante les liquides injectés : *a*) liquides des kystes proligères de l'ovaire; *b*) eau distillée stérilisée; *c*) sérum artificiel stérilisé et contenu des kystes du parovaire.

5° Dans tous les cas, suivis ou non de mort, l'action de l'injection des liquides des kystes proligères se traduit par une déchéance prononcée de l'organisme et une diminution de poids parfois considérable.

6° Avec les liquides des kystes du parovaire, ces modifications sont presque insignifiantes.

7° La température ne subit pas de modifications identiques dans tous les cas. Un fait cependant constant, pour *tous les kystes*, c'est qu'il n'y a jamais d'élévation de la courbe thermique. Pour les kystes proligères, dans les cas graves où la mort arrive dans les premiers jours, il y a un refroidissement progressif et quelquefois considérable de l'animal. Dans les cas de survie la température se relève, mais ne dépasse jamais la normale. Pour les kystes du parovaire, quand l'injection a été abondante, on observe une chute brusque dans les 24 à 48 heures que dure l'élimination.

8° A moins que la mort ne survienne trop rapidement, le liquide injecté est toujours résorbé complètement. Pour les kystes proligères l'élimination est toujours lente et dure plusieurs jours. Pour les kystes du parovaire, elle est complète au bout de 24 à 48 heures. L'élimination paraît se faire par la voie rénale; elle peut être aidée par la voie intestinale.

9° Le résidu solide des kystes proligères se dépose dans la cavité abdominale, se concrète sous forme de petits amas situés plus particulièrement sur le grand épiploon ou à la surface du foie, de la rate, et disparaît beaucoup plus tardivement.

10° Les lésions macroscopiques consistent en de l'infiltration du tissu cellulaire de la paroi abdominale, quelquefois même du tissu cellulaire de régions éloignées (aisselle, médiastin), du tissu cellulaire sous-péritonéal, du mésentère, et parfois des parois intestinales qui alors sont un peu épaissies, comme œdématiées, tremblotantes. Dans quelques cas, on a trouvé du liquide dans les cavités pleurales et péricardique, et assez souvent une vascularisation exagérée du mésentère, de l'intestin grêle, plus rarement du gros intestin et de l'estomac.

11° Jamais la séreuse péritonéale n'a été infectée par le liquide injecté.

De l'anilipyrine.

MM. Gilbert et **Yvon.** — Nous avons donné le nom d'anilipyrine au produit que l'on obtient en chauffant un mélange d'un équivalent d'acétanilide avec deux équivalents d'antipyrine. Ce corps, fusible à la température de 105°, est plus soluble dans les liquides usuels que ses composants. C'est ainsi que par exemple 10 gr. d'eau distillée à la température de 15° dissolvent 43 gr. d'anilipyrine et seulement 16 gr. d'antipyrine et 5 centigr. d'acétanilide.

L'anilipyrine est faiblement toxique : elle tue le cobaye au milieu de convulsions tétaniformes et dans l'hypothermie à la dose de 1 gr. 80 par kilogramme. Son action sur la température normale des animaux se manifeste dès l'emploi du cinquième de la dose toxique. Elle est plus marquée que celle de l'antipyrine et moindre que celle de l'acétanilide.

En thérapeutique, l'anilipyrine peut être usitée comme antipyrétique et analgésique. Elle donne notamment de bons résultats dans la grippe et le rhumatisme articulaire aigu, dans la migraine et les névralgies. Elle doit être prescrite à la dose quotidienne moyenne de 1 à 2 gr. et par fractions de 0 gr. 50.

A propos de la nouvelle tuberculine de M. Koch.

M. Maragliano (de Gênes), en revenant sur sa précédente communication, après l'observation de M. Bouchard, tient à déclarer qu'il a tiré ses conclusions des expériences faites avec des échantillons de tuberculine qui étaient dans des conditions de pureté parfaite.

Complications oculaires de la maladie de Pavy.

M. F. Ostwald. — J'ai l'honneur de vous communiquer deux observations d'albuminurie cyclique, propres à jeter quelque lumière sur la pathogénie encore fort obscure de la maladie de Pavy.

Dans le premier cas, concernant une femme de 32 ans, cette affection fut précédée et accompagnée d'hémorrhagies intra-oculaires récidivantes de l'œil droit.

Dans la seconde observation, qui a trait à une jeune homme de 16 ans, il se forma, au courant de l'albuminurie cyclique, à quelques millimètres de distance de la papille du nerf optique gauche, un foyer de choriorétinite aiguë d'un diamètre de 1, 1/2 à 2 millim., ayant pour centre et point de départ la branche principale de l'artère rétinienne nasale supérieure.

Quelques jours plus tard il survint une parésie faciale périphérique droite à marche bénigne, guérissant en 6 à 7 semaines, grâce à un traitement électrique par le courant continu.

Dans les deux cas il y avait un trouble profond de la nutrition (oxalurie, etc.).

En me basant sur ces deux observations, je crois devoir admettre que la pathogénèse de la maladie de Pavy est la suivante :

Il y a d'abord une viciation profonde des échanges, puis, sous son influence, une altération des parois vasculaires, comme du reste, de tous les tissus du corps. Cette altération de la tunique vasculaire aura pour conséquence, d'une part, le passage d'albumine dans l'urine dans des conditions hydrostatiques défavorables des vaisseaux rénaux (station debout), d'autre part, l'apparition d'hémorrhagies (épistaxis, hémorr. intra-ocul.) ou bien de foyers inflammatoires périvasculaires, dus à une exagération locale et une propagation au voisinage, du trouble général de la paroi vasculaire. (Il s'agit d'une action nocive des cristaux d'oxalate de chaux circulant dans le sang.)

La parésie périphérique du facial, observée dans le second cas, a probablement pour cause une légère compression du 7° nerf par un foyer inflammatoire périvasculaire analogue au foyer chorio-rétinien et localisé dans le canal de Fallope.

Cancer d'origine parasitaire.

MM. Albarran et **Léon Bernard** présentent l'observation d'un cancer de la vessie, dû à la présence des œufs de Bilharzia hæmatobia. Cette vessie, recueillie en Egypte, offre des parois extrêmement épaissies, une cavité très rétrécie, et à l'intérieur de celle-ci une tumeur assez volumineuse.

Au microscope, la muqueuse a partout subi un développement papillaire de sa surface analogue à celui de certaines leucoplasies ; au niveau de la tumeur, les coupes présentent nettement l'aspect de l'épithélioma lobulé. Dans toutes, la distribution des œufs commande d'une manière évidente celle de la prolifération épithéliale. Ces auteurs montrent qu'il ne peut s'agir là que d'un cancer provoqué par les œufs ; ils rapportent d'autres cas analogues de Harrison, et des cas d'adénomes dus à ce même parasite publiés jadis par Zancarol, Damaschino et Belbli. Ce qui fait le grand intérêt de ces observations, c'est qu'ici la nature parasitaire de l'agent du néoplasme ne peut être mise en doute, comme l'avaient fait certains auteurs pour tous les parasites animaux ou végétaux décrits jusqu'à ce jour. A la lumière de ce fait, Albarran et Léon Bernard montrent comment la théorie parasitaire n'exclut pas la notion de spécificité cellulaire, et comment l'origine parasitaire de certains cancers apporte un nouvel appui à la théorie initiative de ces néoplasmes.

Les changements de forme du cœur sous l'influence de la course. Phonendoscopie.

M. S. Capitan et **Mlle Pokrychkine** présentent le résumé de leurs recherches faites à la consultation de la Pitié, sur un grand nombre de malades, au sujet des changements de forme et de volume du cœur chez les sujets nerveux.

Ils se sont servis pour ces recherches de la méthode de Bianchi, dite phonendoscopie.

Ayant pris successivement des calques de la projection du cœur sur la paroi thoracique à l'état de repos et après une course de quelques minutes, ils ont constaté :

1° Que le cœur des sujets normaux, surtout lorsqu'ils ne présentent aucun trouble nerveux ne change dans ces conditions, ni de forme, ni de volume, ni de position.

2° Au contraire, lorsque le sujet présente une altération du système nerveux, soit hystérie, soit neurasthénie, soit quelques troubles dus à un réflexe ayant son point de départ dans un point quelconque de l'organisme, le cœur devient hyperexcitable et change de forme dès qu'il a à faire un travail un peu exagéré.

Ces modifications peuvent se faire suivant trois types :

a) Ou bien l'aire correspondant au cœur augmente dans toutes ses dimensions ou suivant une seule.

b) Ou bien le cœur se rétracte et diminue de volume.

c) Enfin il peut y avoir un mouvement de translation. La forme alors peut se modifier un peu, les diamètres restant les mêmes. Ou bien la forme ne change pas, mais le cœur se porte en masse soit vers la ligne médiane, soit plus fréquemment vers la ligne axillaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 Juin 1897.

Obstruction intestinale.

M. Périer fait un rapport sur une observation de M. Villemain, relative à une femme entrée à l'hôpital avec des phénomènes d'obstruction intestinale. La laparotomie faite 3 jours après le début des accidents montra que, par le fait d'une ancienne péritonite tuberculeuse guérie, les anses intestinales étaient tellement adhérentes les unes aux autres qu'il était impossible de les dévider. En soulevant le paquet agglutiné, M. Villemain trouva une anse repliée sur elle-même, formant une boucle très distendue et se continuant à angle droit avec une autre anse rétrécie. Pour rétablir la continuité de l'intestin, M. Villemain mit l'anse distendue dans l'axe de l'anus rétréci et la fixa à la paroi abdominale. Les suites opératoires furent simples, et la malade guérit.

Suture de la rotule.

M. Poirier a eu plusieurs fois l'occasion de faire la suture de la rotule, mais il admet qu'on fasse le cerclage dans les cas où l'on se trouve en présence de rotules friables. Dans ses recherches anatomiques il a pu justement constater que la solidité de la rotule varie d'un sujet à l'autre.

M. Lucas-Championnière se refuse de voir dans le cerclage une méthode générale de traitement : pour lui c'est un procédé dérivant de la suture et qui trouve son indication dans des cas particuliers.

Hypertrophie des seins.

M. Pousson rapporte l'observation d'une femme qui vint le consulter pour une hypertrophie des seins. Les seins très volumineux arrivaient aux aines quand la malade était debout, jusqu'aux genoux quand elle était assise. Ils étaient en outre douloureux et ne supportaient pas le corset.

Dans ces conditions M. Pousson tailla au-dessus du tissu glandulaire proprement dit un grand lambeau cutané qu'il disséqua avec le tissu adipeux sous-jacent et fixa la glande à l'aponévrose du grand pectoral. Les seins se trouvèrent ainsi relevés, et la malade guérit dans d'excellentes conditions.

Extirpation du rectum.

M. Schwartz a eu 2 fois l'occasion de faire l'extirpation du rectum cancéreux d'après le procédé de Quénu.

Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 39 ans, dont le cancer haut situé ne pouvait être atteint par le doigt et avait envahi la prostate. M. Schwartz fit d'abord un anus iliaque, puis au bout de 8 jours il extirpa le rectum et la prostate et sutura le bout supérieur du rectum à l'anus. L'opération réussit on ne peut mieux, et actuellement, 3 mois après l'opération, le malade va aussi bien que possible. Son anus iliaque fonctionne très régulièrement, ne cause pas trop d'ennui au malade, si bien que M. Schwartz se demande s'il est bien utile de le fermer ?

Dans le second il s'agit d'un cancer ampullaire chez un homme de 53 ans. L'opération a été faite comme précédemment et a nécessité l'extirpation de 12 centimètres de rectum. Le malade opéré depuis 2 mois va très bien.

M. Tillaux présente un malade traité avec succès par l'enchevillement et la suture osseuse pour une pseudarthrose du bras.

M. Guinard présente un malade auquel il a fait la laparatomie et la suture de l'intestin déchiré en deux endroits par un coup de pied de cheval. L'opération a été faite au moment où le malade ne présentait encore aucun symptôme abdominal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 Juin 1897.

A propos de la déclaration des fœtus.

MM. Charpentier et **Lutaud** proposent à la Société, l'adoption du texte suivant :

La Société de médecine légale estime que l'arrêté de 1882 mérite de recevoir son application et émet l'opinion :

1° Que les fœtus et embryons devront être portés aux mairies ou à des dépôts mortuaires, sans que le médecin de l'état-civil soit tenu de visiter l'accouchée à domicile et sans que la déclaration soit obligatoire par le médecin traitant; la vérification aura lieu à la mairie par le médecin de l'état-civil;

2° Que le secret professionnel puisse être observé pour les déclarations d'embryons et de fœtus comme il peut l'être pour les déclarations d'enfants, c'est-à-dire que les déclarants ne soient pas astreints à faire connaître le nom et le domicile de la mère.

La Société renouvelle son vote de mai 1882 et décide :

Les médecins ne sont pas tenus de déclarer les cas d'expulsion de produits embryonnaires au-dessous de 6 mois.

De l'impuissance de l'examen chimique du sang à déceler la grossesse ou l'accouchement récent.

M. Lutaud propose le texte suivant qui est adopté à l'unanimité : la Société de médecine légale émet l'opinion que, contrairement à l'attendu contenu dans le jugement du tribunal de Saint-Nazaire, l'examen chimique du sang ne peut fournir aucun signe capable de permettre d'affirmer l'existence d'une grossesse ou d'un accouchement récent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 Juillet 1897.

Tétragènes et pleurésies.

MM. Faisans et **Le Damany** ont trouvé un tétragène non virulent présentant les caractères décrits par Gaffky dans le liquide séro-fibrineux de deux pleurésies tuberculeuses; une troisième fois ils l'ont trouvé dans le sang, chez une malade atteinte de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, accompagnée de symptômes généraux anormaux particuliers et d'une fièvre continue très élevée. Le liquide séro-fibrineux était stérile.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une infection d'allures singulières, angine, arthropathies, érythème polymorphe, avec broncho-pneumonie et pleurésie séro-purulente. C'est dans ce liquide pleurétique qu'on a trouvé un micrococus tétragène non virulent.

M. Achard a observé récemment un cas de pyohémie tétragénique qui a été publié. Depuis cette époque, M. Achard a connaissance d'une observation clinique de M. Deléard, observation concernant un cas de broncho-pneumonie aiguë; les crachats contenaient le tétragène et pas de bacille de Koch; le tétragène disparut lorsque le malade guérit. Il semble donc que les infections par le tétragène ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on l'a pensé jusqu'à présent, et que le tétragène est un microbe avec lequel il faut compter en pathologie humaine.

Hernie du poumon consécutive à la pleurotomie.

M. L. Galliard rapporte l'observation d'un homme de quarante-trois ans, admis dans son service pour une pleurésie droite d'abord séro-fibrineuse, traitée par la pleurotomie postéro-latérale dans le huitième espace.

Le malade était guéri et la réparation cutanée complète, lorsqu'en examinant la cicatrice, M. Galliard la voit soulevée, à chaque secousse de toux, par une tumeur ovoïde, de la grosseur d'une noix, molle, non pulsatile, non crépitante. Il s'agissait d'une pneumocèle réductible.

On appliqua un bandage à ressort, avec pelote, absolument comme pour l'entérocèle. Cet appareil a été porté pendant plusieurs mois. Le malade, revu au bout de trois mois, était complètement guéri.

Statistique de la diphthérie à l'hôpital Trousseau pour l'année 1896.

M. Variot rapporte la statistique détaillée de la diphthérie à l'hôpital Trousseau, pour l'année 1896.

Sur 1 502 malades, 1 087 ont été reconnus diphthériques par l'examen clinique et par l'examen bactériologique. Tous ont reçu des doses variables de sérum antidiphthériques suivant les circonstances. Sur ces 1 087 enfants ainsi traités, 166 sont morts, ce qui représente une mortalité totale de 15,27 p. 100. En 1895, la mortalité avait été de 15,54 p. 100. Il est à remarquer combien ce chiffre de la mortalité reste fixe d'une année à l'autre dans un même service hospitalier, en employant les mêmes moyens thérapeutiques, c'est-à-dire le sérum, le tubage du larynx et la trachéotomie quand le tubage est insuffisant.

Les interventions (tubage ou trachéotomie) furent pratiquées 313 fois avec 116 morts, soit une mortalité de 37 p. 100. Il semble qu'il n'y a pas d'avantage à multiplier les interventions dans le croup, car on ne diminue pas ainsi la mortalité totale des diphthériques. L'intervention ne doit plus être trop précoce dans le croup depuis que l'on emploie le sérum antidiphthérique. Bien souvent des phénomènes de spasme glottique inquiétant au premier abord, cèdent spontanément après quelques heures. De plus, on peut ajouter que la trachéotomie chez les enfants traités par le sérum donne une mortalité qui n'est pas supérieure à celle du tubage.

M. Barbier profite de la communication de M. Variot pour insister sur l'importance de la séparation d'avec la diphthérie des angines blanches et des laryngites avec sténose dues à d'autres microorganismes.

Cette recherche est fort complexe. Elle comprend : 1° la séparation clinique et bactériologique des angines et des laryngites septiques à streptocoques, à staphylocoques, etc.; 2° la question de nature des angines à bacilles courts, qui, si leur nature extradiphthérique était démontrée, rentreraient dans le cadre des précédentes; 3° l'étude des infections simultanées dans le cours de la diphthérie, c'est-à-dire des associations microbiennes, qui modifient certainement le tableau clinique, qu'elles soient contemporaines de la diphthérie ou postérieures à celle-ci. Il y a là des causes d'insuccès thérapeutiques qui, certainement, ne sont pas attribuables au sérum.

Mais pour avoir, dans ces recherches, des résultats précis et comparables entre eux, ou vérifiables par d'autres observateurs, il faut être d'accord sur la technique bactériologique, sur son interprétation, sur la valeur des expressions employées pour exprimer un état morbide particulier.

Les recherches que M. Barbier a entreprises sont justifiées par la technique suivante. 1° L'*ensemencement* se fait sur des milieux différents — sérum, gélose — non seulement avec la fausse membrane, mais avec produits morbides concomitants, exsudats muco-purulents, séreux. Cet examen se fait non seulement à l'entrée du malade, mais il se répète selon le lieu et selon les circonstances, quand un phénomène morbide nouveau, local ou général, se montre et modifie le type clinique jusque-là observé; enfin, dans les autopsies, on fait toutes les investigations bactériologiques nécessaires.

2° L'*examen des cultures* doit se faire au bout de vingt-quatre heures au plus tard, car certains microbes, passé ce temps, deviennent prépondérants et étouffent les autres. On note la confluence des cultures réciproques ce qui, toutes choses égales d'ailleurs, se rapproche le plus possible de la réalité pathologique, et on examine sur lamelles après décoloration au Gram.

3° Pour rechercher la *virulence*, on inocule proportionnellement au poids du cobaye, avec une culture pure de quarante-huit heures sur bouillon. Ayant comme type de virulence un bouillon de bacilles de Löffler, identique expérimentalement, tuant le cobaye en un jour, on établit la virulence par une série de fractions 1/3, 1/5, 1/10, selon que le cobaye inoculé

succombe en trois, cinq ou dix jours, et par 1/8 quand il survit.

4° Ces examens donnent la notion de *présence* et celle de *virulence* des microbes. Rien de plus. Il ne faut pas, comme M. Variot semble l'avoir fait, en tirer des abstractions pronostiques et diagnostiques, et y trouver la notion d'*associations microbiennes*.

Peut-être ce terme n'est-il pas assez précis, il faut réserver l'expression de *simultanéité de présence* de tel ou tel microbe pour l'examen bactériologique, lorsque plusieurs microbes existent dans les cultures. Mais ce n'est pas là l'association, l'*association microbienne* est plus que cela, elle indique une symbiose de plusieurs bactéries infectant ensemble un organisme, se prêtant mutuelle assistance, exaltant peut-être réciproquement leur virulence. C'est donc, par ce dernier caractère, plus encore qu'une complication. Or, la bactériologie donne bien la notion de présence et de virulence, seule la clinique donne, dans chaque cas particulier, celle d'association, et cela, précisément grâce aux données bactériologiques, qui mettent le clinicien dans les conditions de l'observation expérimentale la plus rigoureuse.

La clinique et la bactériologie s'entr'aident donc, mais la clinique doit pour cela minutieusement observer et noter les moindres symptômes objectifs, et les modifications favorables ou non, qui altèrent le type clinique de l'entrée, il faut qu'elle compare ce tableau morbide avec les lésions que provoque habituellement chacun de ces mêmes microbes isolés, inoculé à l'état de pureté. L'anatomie pathologique, dans les cas malheureux, doit compléter les résultats bactériologiques.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 Juin 1897.

Traitement de l'urémie.

M. Huchard estime que dans la question de l'urémie il faut envisager non seulement la présence dans le sang de substances toxiques, mais encore la diminution pathologique de certains des constituants normaux des humeurs de l'organisme. C'est ainsi que dans l'urémie le dosage des chlorures des urines donne des renseignements importants :

Normalement leur chiffre par vingt-quatre heures oscille ee 10 à 15 gr.; sous l'influence du régime lacté absolu il s'abaisse à 6, 5 et même 4 gr.; chez les urémiques à lésions rénales avancées et irrémédiables, le taux des chlorures urinaires est extrêmement abaissé, il atteint 1 gr. et moins encore. Lorsqu'on constate une hypochlorurie aussi intense, on peut à coup sûr porter un pronostic fatal à brève échéance.

En second lieu, la symptomatologie de l'urémie est jusqu'à un certain point fonction du mode pathogénique de cet état morbide : il existe des urémies associés à des infections, les urémies chirurgicales des pyélites, par exemple. Dans ce cas, le traitement de l'urémie ne fait pas disparaître les symptômes qui sont la conséquence directe de l'infection microbienne, de la suppuration rénale.

Une troisième forme d'urémie est l'urémie toxi-alimentative qui se présente de la façon suivante.

Un certain nombre de malades atteints de sclérose cardio-rénale viennent se plaindre de crises d'oppression; on les examine, on leur trouve un souffle mitral des plus nets, de l'arhythmie, et on tend à rapporter au cœur l'origine des accidents; l'auscultation du poumon semble confirmer cette hypothèse, car il existe aux bases des signes de congestion pulmonaire passive. Le diagnostic de dyspnée mécanique est encore vérifié, en apparence, par l'examen des urines qui révèle très peu ou pas d'albumine. Or, si l'on donne à ces malades de la digitale sous prétexte que leur cœur fléchit, étant arhythmique, on n'obtient que de déplorables résultats.

La dyspnée est une dyspnée nullement mécanique mais toxique, c'est-à-dire rénale, et, pour préciser davantage, elle est d'origine alimentaire. Sans doute la lésion rénale est encore peu avancée; tout le prouve, et la clinique qui ne trouve pas la symptomatologie du brightisme, qui ne décèle point d'albumine dans les urines, et les recherches de laboratoire qui, à l'autopsie, rencontrent des lésions histologiqnes infinies, et pourtant l'imperméabilité rénale existe. Elle se manifeste par ces attaques pseudo-asthmatiques, par cette dyspnée d'efforts accompagnée de dyspnée nocturne et d'insomnie qui en impose à tort pour une cardiopathie. Ici, comme bien souvent en médecine, la thérapeutique vient montrer avec certitude quelle est l'origine du mal; tous ces phénomènes disparaissent, en effet, par le régime lacté absolu et sont ramenés par l'alimentation carnée. La pathogénie exacte de ces troubles n'est pas établie d'une manière définitive; il est parfaitement possible et même probable que le rôle unique n'appartient pas au rein, que le foie intervient également dans leur production; quoi qu'il en soit, ce que la clinique permet d'affirmer, c'est que l'alimentation carnée donne, dans ces cas, des résultats fâcheux; quelquefois un écart de régime est la cause déterminante d'une crise suraiguë dont l'aboutissant fatal est la mort en quelques heures ou en quelques jours.

Le plus souvent les accidents ont une marche plus lente; ils sont néanmoins graves : c'est d'abord la dyspnée pseudo-asthmatique qui vient traduire objectivement l'urémie toxi-alimentaire; puis, si le malade continue à manger de la viande, survient une pâleur livide avec amaigrissement. Si on a sur le malade une autorité suffisante pour lui imposer pendant un temps prolongé le lait comme seule nourriture, on peut voir les accidents rétrocéder définitivement, et la sclérose cardio-rénale, dont la dyspnée était la manifestation première, rester silencieuse pendant des années.

Il vient un moment où on est forcé de permettre d'autres aliments que le lait : on aura recours alors aux œufs et aux légumes, en restreignant l'usage de la viande (jamais on n'en donnera le soir), en proscrivant les potages gras, le bouillon, les poissons de mer, les fromages fermentés. Parfois le régime cesse de produire ses effets salutaires, parce qu'il est survenu des symptômes d'urémie bucco-pharyngienne; les purgatifs, le lavage de l'estomac, l'entéroclyse, les lavages buccaux auront raison de cette complication.

Quoiqu'on fasse, il vient un moment où on est en présence de l'urémie endogène par auto-intoxication, alors le régime lacté ne fait presque plus rien; c'est la période ultime de l'urémie.

Tension artérielle.

M. Gallois propose un nouveau moyen d'apprécier la tension artérielle, dont la connaissance est si importante pour un diagnostic précis quand on hésite entre urémie et asystolie.

Il suffit d'appliquer sur le trajet de la radiale, perpendiculairement à son grand axe, les deux index, l'un écrase peu à peu l'artère, l'autre perçoit les sensations; quand le pouls a cessé d'être perceptible, on déduit la tension artérielle de l'effort exercé; l'objection de la récurrence de la pulsation n'a pas grande valeur : M. Gallois pense, en effet, que cette récurrence ne se manifeste que dans les cas d'hypertension artérielle.

M. Huchard emploie lui aussi couramment un procédé clinique sans instruments pour apprécier la tension artérielle; ce procédé consiste à ausculter le claquement sigmoïdien, dont l'éclat exagéré traduit à coup sûr l'hypertension artérielle; on peut ainsi non pas mesurer mais constater l'existence de celle-ci.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 30 Juin 1897.

Séquestre des conduits auditifs.

M. Lannois présente un petit malade âgé de 9 ans dont l'audition a paru normale jusqu'à l'âge de 2 ans. A ce moment, il y eut une suppuration des deux oreilles, et, depuis lors, une surdité très accentuée. Quand l'enfant fut amené à l'hôpital, la suppuration persistait à droite. Rien du côté de la mastoïde. Dans les deux conduits auditifs on constatait la présence de séquestres osseux impossibles à enlever au moyen de la pince. La surdité n'était pas complète, mais il fallait crier près de l'oreille pour faire comprendre le langage articulé.

Les séquestres furent enlevés par M. Nové-Josserand, qui, après avoir décollé le pavillon et sectionné transversalement le conduit, rencontra une masse d'os spongieux qu'il put facilement soulever et fragmenter avec une curette. Derrière le séquestre, se trouvait un cholestéatome volumineux.

Il s'agissait en somme d'une nécrose assez étendue, développée aux dépens de la face inférieure du rocher, mais il est à remarquer que le facial est resté intact, alors qu'il est atteint 83 fois pour 100 dans les séquestres du rocher.

Troubles trophiques par section du sympathique.

M. Doyon présente un lapin porteur de troubles trophiques de l'œil (troubles trophiques des paupières, cataracte avec adhérences) consécutifs à la section du sympathique cervical. Ces faits expérimentaux présentent une grande importance à cause de la difficulté que l'on a, en clinique, à interpréter les affections analogues.

Ces trophonévroses faciales ont été attribuées tantôt au sympathique, tantôt au trijumeau. M. Doyon pense que chacune de ces interprétations renferme une part de vérité; mais il convient de se rappeler que le trijumeau contient déjà des fibres sympathiques, entre son émergence et le ganglion de Gasser, et qu'au ganglion il en reçoit d'autres venus directement du sympathique cervical.

Toxicité des sérums.

M. Guinard rapporte le résultat des expériences qu'il a poursuivies avec la collaboration de M. Dumarest pour déterminer la toxicité de différents sérums. L'animal réactif a été le lapin. M. Guinard donne comme doses toxiques les chiffres suivants :

Sérum de cheval. .	324 c.c.	pour 1 000 gr.	de lapin
— d'âne. . .	117 c.c.	—	—
— chat. . .	13 c.c. 5	—	—
— chien . .	10 c.c. 55	—	—
— bœuf. . .	9 c.c. 22	—	—
— d'homme.	17 c.c.	—	—

Les sérums normaux perdent leur toxicité dans de très notables proportions avec le temps. Cette diminution de la toxicité commence dès le 2e jour après la prise du sérum, et va jusqu'au 25e jour. A ce moment, on peut la considérer comme immuable. La toxicité des sérums pathologiques s'atténue encore plus vite que celle des sérums normaux, mais par contre le pouvoir antitoxique des sérums pathologiques semble avoir une grande résistance.

Enfin, M. Guinard a recherché les variations de la toxicité du sérum au cours de diverses infections ou intoxications expérimentales. Il pense que, lorsque l'intoxication est grave, il y a de l'hypotoxicité du sérum, et que l'hypertoxicité, que les auteurs considèrent en général comme constante dans les intoxications, ne se rencontre que dans des cas peu marqués.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 28 Juin 1897.

Troubles nerveux d'origine sympathique.

M. Destot a observé 4 cas de troubles nerveux assez spéciaux et encore mal connus. Il s'agit de femmes à sensibilité utérine très grande, et prouvée par plusieurs avortements, qui, soit pendant leur grossesse, soit plusieurs mois après leur accouchement, ont présenté de très vives douleurs subjectives dans les membres inférieurs, avec parésie et intégrité de la sensibilité cutanée.

Il y avait un peu d'atrophie musculaire, de l'exagération des réflexes, un peu de trépidation épileptoïde. On a constaté des troubles du côté des réservoirs, caractérisés par de la rétention vésicale et de l'incontinence rectale. Quelques phénomènes gastriques, quelques troubles du côté de la vue, ne s'accompagnant d'aucune espèce de lésion oculaire, le sens musculaire était aboli, la sensibilité faradique était normale, mais la sensibilité galvanique disparue. Il n'y avait ni syphilis, ni albuminurie, ni hystérie.

M. Destot attache une grande importance aux douleurs subjectives, s'accompagnant d'anesthésie galvanique. On sait que le courant galvanique donne surtout l'impression d'un sinapisme, et que cette impression se manifeste surtout par la dilatation des vaisseaux, qui deviennent le siège d'une sensibilité particulière.

Dans les cas précédents, il semble que le système nerveux sensitif des vaisseaux soit inhibé, puisque les malades ne perçoivent pas cette sensation de sinapisation. Il est probable qu'il s'agit surtout d'une maladie portant sur les grands sympathiques et comprenant les altérations du côté du système vasculaire, du côté de l'utérus, de l'estomac, de l'intestin, de la sensibilité et de la motricité, donnant lieu aux différents symptômes signalés.

Le point de départ de ces affections est surtout l'utérus et l'appareil génital.

Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

M. Tixier rapporte le cas intéressant d'une malade du service de M. Poncet, qui, après avoir constaté, il y a 3 ans, une petite tumeur mobile dans l'hypochondre droit, s'aperçut il y a un mois qu'elle avait passé à gauche, en même temps que des signes alarmants.

L'opération montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde développé aux dépens du ligament large droit, mais le pédicule était plusieurs fois enroulé sur lui-même, et le kyste était fixé dans l'hypochondre gauche par le développement d'une péritonite de voisinage.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 24 Avril 1897.

Note sur l'albuminurie des nouveau-nés.

MM. Audebert et **Arnozan**. — M. Arnozan et moi nous avons porté l'année dernière à la connaissance de la Société le résultat de nos recherches sur l'albuminurie des nouveau-nés. Elles tendaient à établir que les enfants nés d'éclamptiques ou d'albuminuriques étaient presque tous atteints d'albuminurie, tandis que la majorité des enfants nés de femmes saines en étaient indemnes. Nous avons eu recours aux procédés réputés les plus exacts pour écarter toute erreur de nos recherches et voici les résultats auxquels nous sommes arrivés :

1° *Mères non albuminuriques.* — Sur 10 enfants, un seul avait des traces d'albumine.

2° *Mères albuminuriques et éclamptiques.* — *a*) Eclamptique : 7 grammes d'albumine par litre : accouchement provoqué. Enfant vivant. La mère meurt quelques heures après la délivrance. Les urines de l'enfant contenaient 20 centigrammes d'albumine.

b) Primipare : 4 grammes d'albumine; au moment de son accouchement 3 seulement. Les urines de l'enfant contenaient de l'albumine mais la quantité était trop faible pour être dosée.

c) Eclamptique multipare : coma, 8 grammes d'albumine. Accouchement à 8 mois et demi. Enfant vivant, dont les urines contenaient 15 centigrammes d'albumine.

d) Primipare : albuminurie légère, peu d'œdème; 1 gr. 25 d'albumine. Les urines de l'enfant n'en contenaient pas.

Ils nous paraît donc acquis que les enfant nés de mères fortement éclamptiques ou albuminuriques sont presque tous albuminuriques, au contraire des enfants nés de mères saines.

M. Fieux. — Dans des recherches analogues, deux enfants albuminuriques étant morts, il a été trouvé chez eux des lésions rénales. Ces faits sont importants car ils pourraient donner de la valeur à l'opinion soutenue de la transmission héréditaire de l'éclampsie.

Des filles nées avec des lésions rénales pourraient devenir albuminuriques et rester prédisposées à l'éclampsie.

M. Lefour. — Malheureusement les faits sont en contradiction avec la théorie.

M. Audebert. — Dans un même ordre d'idées, M. Gaulard a prétendu que presque toutes les femmes atteintes de scarlatine devenaient dans leurs grossesses ultérieures, albuminuriques ou éclamptiques. M. Pinard s'est élevé contre cette généralisation excessive et nous avons vu dans son service des femmes qui avaient eu cette fièvre éruptive et qui pendant la gestation et le travail n'ont jamais présenté d'albumine.

Grave hémorrhagie chez un enfant de 8 mois. Guérison.

M. Audebert. — J'étais appelé récemment auprès d'un bébé de 8 mois qui perdait du sang en abondance depuis 25 minutes par une double plaie du cuir chevelu. L'enfant était exsangue, le pouls radial n'était plus perceptible, le cœur battait, mais faiblement. Après les tractions rhythmées de la langue, j'introduisis par le rectum une certaine quantité d'eau salée chaude et j'obturai l'anus avec un tampon d'ouate. Le pouls devint aussitôt plus fort et quelques mouvements eurent lieu. Je fis avaler. à l'enfant une demi-cuillerée de cognac. A deux reprises, les mêmes phénomènes de collapsus furent combattus de la même façon, et, une demi-heure après, une injection hypodermique de 150 centimètres cubes de sérum artificiel enraya complètement les tendances syncopales.

Je crois donc que, dans les cas où l'on est pris à court d'autres moyens, devant un sujet hémorrhagié, il faut avoir recours aux lavements d'eau salée chaude en attendant l'arrivée du sérum artificiel qu'il faut administrer en injections sous-cutanées.

Kyste dermoïde suppuré de la grande lèvre.

M. Chavannaz. — La nommée Jeanne D..., 34 ans, est entrée à l'hôpital pour une tumeur apparue il y a 12 ans, alors que la malade était au deuxième mois de sa grossesse. Elle a été incisée mais il est toujours resté dans la grande lèvre un noyau qui nécessita l'ouverture au bistouri, à plusieurs reprises. Depuis décembre dernier la tuméfaction donne issue à un pus, tous les 8 jours.

Cette tumeur est fluctuante et du volume d'une mandarine.

Le 23 janvier, extirpation.

Le 6 février, guérison complète.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 30 Avril 1897.

Tumeur sanguine du plancher de la bouche chez un nouveau-né.

M. Fieux présente un enfant de 24 heures, porteur, au niveau du plancher buccal, d'une grosse tumeur violacée, qui refoule la langue vers la voûte palatine. Cet enfant a été extrait par version et le dégagement nécessita de vigoureuses tractions sur le maxillaire avec deux doigts introduits dans la bouche.

Celle-ci, examinée après la naissance, ne présentait rien d'anormal. Le lendemain, la mère attirait notre attention sur la tuméfaction que l'on peut constater. On peut penser que le traumatisme nécessité par l'extraction un peu laborieuse de la tête aura décollé la muqueuse des plans sous-jacents, rupturé quelques petits vaisseaux et déterminé la collection sanguine. M. Fieux pense que le pronostic est évidemment bénin et que le traitement doit se borner à une grande propreté de la bouche.

Myocardite infectieuse subaiguë après une fièvre typhoïde.

MM. Antony et **Puissan.** — X..., soldat, a eu la fièvre typhoïde en novembre 1896 : entré à l'hôpital le 24, il sortit le 12 janvier 1897. A la fin de cette maladie, il ressentait des douleurs articulaires avec gonflement, surtout localisées au cou-de-pied droit. Le périoste du tibia du même côté était douloureux : on croit à une profonde suppuration. X... ressentit 15 jours après avoir quitté l'hôpital des palpitations et de l'essoufflement. Le 13 avril il revient à l'hôpital. Asystolie manifeste, pouls irrégulier, tachycardie. Le rhythme du cœur régulier est le rythme fœtal. La surface de matité cardiaque est de 160 à 170 centim. carrés, dénotant une énorme dilatation. On perçoit à la pointe un souffle systolique se prolongeant à l'aisselle qu'on peut rapporter à une insuffisance fonctionnelle de la mitrale. Bruits sourds.

En raison du rhythme et de la tachycardie, on pouvait croire à la disparition du second bruit de la base, mais après quelques jours de traitement, nous constatons que c'est bien le premier bruit qui a disparu à la base.

M. Mongour. — A ce propos je dois dire que, d'après les recherches encore inédites de M. le Dr Rondot, la disparition du second bruit du cœur à la pointe ou à la base serait un symptôme fatal. J'ai pu observer moi-même un cas qui s'est terminé par la mort du malade.

Vaste ulcération syphilitique de la joue ayant envahi successivement la région sous-orbitaire et les régions temporale, parotidienne et carotidienne.

MM. Vitrac et **Laubée.** — Nous avons l'honneur de présenter à la Société une pièce anatomique provenant de la nécropsie d'un malade atteint d'une vaste ulcération syphilitique de la joue et qui est mort de son syphilome malin malgré le traitement spécifique usité.

Cet homme, âgé de 43 ans, disait n'avoir jamais eu de chancre syphilitique. Il y a 9 mois, il avait remarqué sur la cuisse droite une éruption de pustules, puis d'autres survenant sur la jambe gauche et sur les bras.

Immédiatement après leur guérison, il y a 5 mois, le malade vit débuter l'affection qui l'amena à l'hôpital,

Il sentit alors une grosseur à la joue, gênante mais non douloureuse, qui au bout de 15 jours s'ouvrait dans la bouche, évacuant un pus ichoreux bourbillonneux. Après des ulcérations de la muqueuse, la peau se marbra, puis se détruisit.

Au bout de 2 mois, la joue gauche est presque entièrement détruite. L'ulcération, creusée à l'emporte-pièce, s'étendait de la commissure des lèvres au grand angle de l'œil, descendait inférieurement jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur et gagnait en profondeur jusqu'aux arcades dentaires qu'on apercevait dans le fond.

Malgré le traitement le plus intensif (frictions injections de sublimé, etc.), le malade succomba sans qu'on ait pu découvrir trace de l'accident initial de la syphilis.

L'examen histologique fait par une biopsie et après la mort, par M. Sabrazès, a montré qu'il s'agissait bien d'une gomme syphilitique.

Imperforation du rectum.

MM. Lafarelle et **O'zou.** — Au nom du Dr O'zou et au mien, je vous présente des pièces provenant d'un enfant âgé de 3 jours atteint d'imperforation du rectum.

Né à terme, du sexe masculin, le sujet a été l'objet d'une intervention chirurgicale.

L'anus fut incisé, le périnée divisé couche par couche jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ, sans résultat; on tenta alors de pratiquer un anus iliaque artificiel. Le côlon iliaque fut découvert par une incision de 5 centimètres, mais il était accolé si intimement à la paroi lombo-iliaque qu'il fut d'abord impossible de l'attirer au dehors ; on cherche alors à ouvrir l'S iliaque pour obtenir une évacuation abondante. L'anse est enfin attirée au dehors, fixée et incisée; mais l'évacuation des matières fécales ne se fait pas et l'enfant meurt 6 heures après l'opération qui a duré 2 heures.

L'autopsie, faite le lendemain, prouve qu'il n'y a pas eu d'er-

reur opératoire. L'anse iliaque incisée, ne possédait pas de mésocôlon, ce qui explique la difficulté de l'attirer au dehors. De plus, elle occupe une position normale, elle suit en effet la ligne d'insertion habituelle; de la fosse iliaque elle remonte vers la troisième lombaire pour redescendre verticalement dans le bassin. Là elle se termine brusquement par une cavité ampullaire énorme (ampoule rectale) qui semble moins le résultat d'une dilatation que d'un vice de développement. Un véritable étranglement sépare en effet l'anse de l'ampoule. Pas de communication avec la vessie.

On ne constate pas d'autres malformations.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 Juin 1897.

Endocardite traumatique.

M. Fürbringer trouve bien démonstratifs au point de vue de la relation entre l'affection cardiaque et le traumatisme, les cas de M. Litten, surtout le premier. Cependant M. Fürbringer estime que le traumatisme joue seulement un rôle adjuvant, en ce qu'il peut facilement faire éclore la prédisposition aux cardiopathies, créée par le rhumatisme aigu, la blennorrhagie, etc. Il y a bien des lésions traumatiques des valvules qui ont eu une marche défavorable et qui ont entraîné le rétrécissement ou l'insuffisance; mais il est très peu probable que des traumatismes puissent produire des végétations papillaires.

M. B. Lewy a répété plusieurs fois chez des chiens l'expérience de l'introduction de la sonde dans le cœur, et provoqué ainsi des lésions valvulaires et même l'insuffisance mitrale. Il est curieux de voir comment les animaux supportent ces lésions. Au bout de peu de temps ils mangent comme d'habitude et ne présentent rien d'anormal. C'est ainsi que le chien sur lequel il avait produit une insuffisance mitrale était complètement rétabli 7 mois après. L'endocarde supporte très bien ces traumatismes, et il n'est pas nécessaire de procéder aseptiquement.

M. A. Fränkel distingue deux conditions : la déchirure traumatique valvulaire et la possibilité d'une endocardite consécutive. La première lésion n'est pas douteuse : ainsi, il a observé un homme qui fit une chute dans une attaque d'apoplexie, fut porté à l'hôpital où il mourut. L'autopsie montra une rupture rayonnée de l'aorte et un anévrysme disséquant consécutif; il n'y avait pas trace d'artério-sclérose. Il est très difficile, par contre, de répondre au second point, sur lequel il faut du reste être prudent. En règle générale, une déchirure valvulaire guérit complètement.

M. Litten croit qu'on peut se convaincre à l'autopsie de l'existence d'une véritable endocardite survenant quelque temps après un traumatisme qui a été suivi de phénomènes cardiaques auxquels ont succombé les malades. Il a pu cultiver dans ce cas le staphylocoque. Les micro-organismes qui circulent dans le sang trouvent probablement des conditions favorables de colonisation dans les points qui ont été déchirés et y atteignent un haut degré de virulence. Les affections se développent naturellement plus facilement chez ceux qui sont déjà cardiaques.

M. Leyden. — Un instituteur avait frappé plusieurs fois à la poitrine un garçon de 15 ans. L'enfant se sentit mal, eut de la fièvre et succomba au bout de six semaines. A l'autopsie on trouva une péricardite purulente et une endocardite avec calcification de plusieurs valvules. Plusieurs médecins légistes ne virent pas dans ces lésions la conséquence d'un traumatisme, tandis que Leyden fut plus affirmatif. Le coup avait été très violent et, sur un thorax mou, cédant facilement, le cœur avait pu être contusionné.

Du cancer intestinal d'origine traumatique.

M. J. Boas a, dans un grand nombre de cas de cancer intestinal, noté toutes les relations possibles avec le développement de la maladie et s'est livré à une sorte d'enquête.

Dans la liste de cas qu'il a dressée, M. Boas n'a compté que ceux dans lesquels l'autopsie ou l'opération ont confirmé le diagnostic ou bien dans lesquels les symptômes cliniques étaient indubitables.

La statistique de M. Boas comprend 62 cas certains (49 hommes, 15 femmes, sur lesquels 33 cancers de l'estomac). L'hérédité en ligne directe n'a été sûrement constatée que dans 3 cas, et dans chaque cas venait de la mère. Dans 2 cas il y avait un cancer de l'estomac, dans 1 cas un cancer de l'utérus. La prédisposition familiale existait dans 7 cas. L'hérédité dans le cancer ne paraît donc pas jouer qu'un rôle faible qui a été souvent exagéré.

Pour ce qui est du traumatisme, M. Boas ne comprend que la violence extérieure. Sur 62 cas de cancer intestinal, le traumatisme causal n'a été admis que 9 fois (7 hommes et 2 femmes). Le plus long intervalle entre l'apparition du cancer et le traumatisme a été de 4 ans (3 cas), le plus court de 1 mois 1/2; dans un cas le foie était malade, dans 2 cas l'œsophage était atteint, 6 fois l'estomac était malade.

Parmi les cas que M. Boas a observés, le suivant lui paraît particulièrement caractéristique :

Une femme tombe sur le ventre dans un escalier à la fin de novembre 1896; elle éprouve aussitôt de violentes douleurs qui disparurent. A la fin de décembre elle ressent de nouveau de fortes douleurs dans la région du foie, des vomissements opiniâtres, de l'amaigrissement et de l'ictère. En janvier 1897, on constate des irrégularités dures à la surface du foie. La malade meurt au commencement de mai.

Au point de vue étiologique, il faut se méfier des cas dans lesquels le traumatisme remonte très loin ou qui surviennent très vite après le traumatisme. Comme la durée d'un cancer intestinal est de 2 ans en moyenne, les cas dans lesquels l'intervalle est de 4 ans paraîtront souvent douteux. Dans ceux où l'intervalle est de quelques semaines, on peut objecter que le cancer existait déjà à l'époque du traumatisme. La plupart des auteurs admettent que le cancer peut se développer subitement en pleine santé, mais qu'il existe une période latente d'environ 1 an 1/2. Les débuts du cancer restent ignorés parce que le patient n'éprouve pas de symptômes. Des anatomo-pathologistes ont trouvé des cancers de l'intestin à l'autopsie, chez des sujets qui n'avaient jamais souffert de troubles digestifs. Cette circonstance démontre une période de latence qui dure probablement une année, jusqu'à ce qu'un traumatisme réveille la prolifération jusque-là peu active des cellules. On peut également admettre que de petites nodosités cancéreuses peuvent subir la régression en l'absence d'excitations. Il est certain que des troubles mécaniques sont des conditions qui favorisent le cancer; l'intestin grêle dont la surface est lisse est presque stérile à l'égard du cancer. Il est assez fréquent de voir après la gastro-entérostomie les patients reprendre un aspect florissant, évidemment parce que, après l'exclusion de la portion cancéreuse, l'excitation fait défaut et que le cancer entre en voie de régression. Dans ces cas de latence, le traumatisme agit comme une forte irritation et amène, suivant l'espèce du cancer et le genre du traumatisme, un développement plus ou moins rapide de la tumeur.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 12 Mai 1897.

Maladie de Friedreich.

M. Cassirer a rapporté l'observation d'un homme de 22 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, et qui, jusqu'à l'âge de 15 ans, présenta une bonne santé, et fut même un gymnaste excellent. A cette époque, sa démarche devint incertaine, en même temps que des troubles moteurs apparurent dans les membres supérieurs, si bien que le malade ne pouvait plus écrire. A aucun moment, il n'y a eu de douleurs dans les

membres ; par contre, le malade accusait une céphalalgie permanente, avec vertiges et fourmillements dans la nuque.

Actuellement, ce qui frappe surtout chez lui, c'est la marche incertaine, titubante; s'il se tient debout, les pieds appliqués l'un contre l'autre, il garde difficilement l'équilibre, et tombe aussitôt qu'il ferme les yeux. Le bord interne des pieds est très excavé, et les orteils, surtout le gros orteil, en extension forcée; l'extrémité inférieure de chaque jambe est manifestement atrophiée. La force motrice des jambes est pourtant presque entièrement conservée.

L'examen électrique a montré que les muscles et les nerfs ne présentaient aucun signe de dégénérescence. Les réflexes tendineux sont conservés, la sensibilité est normale.

Du côté des membres supérieurs, il existe une ataxie manifeste des mouvements sans atrophie des masses musculaires. Pas de troubles pupillaires, mais il existe très manifestement du nystagmus latéral. Pas de troubles du côté de la langue ni du facial, mais la parole est lente et présente un timbre nasillard. L'intelligence est conservée. Le malade présente, en outre, une cypho-scoliose de la colonne vertébrale et de l'hypospadias.

D'après M. Cassirer, il s'agit là d'un cas type de maladie de Friedreich, dont le malade présente les symptômes principaux: la déformation des pieds, la cypho-scoliose, le nystagmus et les troubles de la parole, et enfin la consanguinité des parents, le père du malade s'étant marié avec sa propre cousine.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 24 Juin 1897.

Stomatite ulcéreuse.

M. J. Bernheim a communiqué les résultats des recherches bactériologiques qu'il a instituées avec M. Pospischill dans une trentaine de cas de stomatite ulcéreuse chez des enfants. D'après le résultat de ces recherches, il pense que cette maladie est probablement due à l'infection provoquée par l'association de deux microbes qui existent en abondance dans l'enduit pultacé recouvrant les ulcérations : un bacille et un spirochète, mobiles tous les deux et que M. Bernheim n'a pu réussir à cultiver. Ces mêmes microbes ont été déjà constatés par M. Miller dans la cavité buccale de sujets atteints de carie dentaire.

La recherche de ces bactéries peut être utilisée pour le diagnostic de certaines stomatites ulcéreuses simulant l'angine diphthérique, surtout dans les cas où, comme le fait se produit assez fréquemment, l'affection débute par une ulcération amygdalienne généralement unilatérale.

Pemphigus neurotique.

M. Kaposi a présenté un malade dont la face dorsale des mains est couverte de taches violacées, cicatricielles, consécutives à une ancienne brûlure. Du milieu de l'avant-bras à l'épaule du côté droit ce malade offre, en outre, 20 à 30 petits nodules durs ressemblant beaucoup à des tumeurs kéloïdiennes. Enfin, la peau du tronc est couverte, par places, de croûtes qui ont été précédées par des bulles. Il s'agit ici d'un cas de penphigus neurotique ayant eu pour point de départ l'irritation des nerfs de la région brûlée.

Perforation syphilitique de l'œsophage dans la trachée.

M. Tannenhain a montré la trachée d'une femme qui, atteinte de lésions pulmonaires étendues, ne pouvait rien déglutir et était alimentée au moyen de la sonde. Une fois l'instrument pénétra dans la trachée. A l'autopsie on trouva une communication entre la trachée et l'œsophage et des ulcérations étendues empiétant sur les cartillages de la trachée. L'examen histologigue établit que les lésions de la trachée et la perforation étaient de nature syphilitique.

De l'autodigestion gastrique.

M. Freund a entrepris des recherches dans le but d'étudier les causes de la résistance de la muqueuse stomacale au suc gastrique. Des expériences de digestion artificielle ont montré que des flocons de fibrine, lorsqu'ils se trouvent sous une certaine pression, restent plusieurs heures sans être digérés; ils deviennent imperméables pour la pepsine et la trypsine, tandis qu'ils laissent passer l'acide chlorhydrique et le bicarbonate de soude. Il semble résulter de ces expériences que la pression intra-cellulaire résultant de la turgescence naturelle des tissus protège les cellules vivantes contre la digestion. A la suite du relâchement *post mortem* des tissus et de la suppression de la pression intracellulaire, la paroi stomacale peut se laisser attaquer par les sucs digestifs.

M. Exner dit avoir observé que des flocons de fibrine non comprimés, mais enveloppés dans du tulle, résistent également à l'action du suc gastrique, et cela même avec une turgescence minime des cellules épithéliales.

M. Pascheles fait remarquer que la muqueuse gastrique, comme d'ailleurs tous les tissus vivants, possède les propriétés des membranes semi-poreuses, et que c'est à ce point de vue que devrait être étudiée la question de l'autodigestion gastrique.

Sur l'immunité streptococcique.

M. Paltauf a constaté que l'immunité streptococcique est due à une augmentation de la phagocytose et que le sérum des animaux immunisés contre une espèce de streptocoque est inactif contre les autres espèces. Chez un lapin, dans les oreilles duquel il a injecté deux espèces de streptocoques et auquel il a fait ensuite une injection intra-veineuse de sérum provenant d'un animal immunisé contre le premier de ces streptocoques, l'érysipèle apparut seulement du côté où le second streptocoque fut injecté, tandis que l'autre oreille qui avait reçu le premier streptocoque ne devint le siège d'aucune inflammation.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 16 Juin 1897.

L'extrait surrénal en ophthalmologie.

M. Königstein a communiqué le résultats de ses expéexpériences qui lui ont montré que l'extrait de capsules surrénales produit, même lorsque la moelle est détruite, une élévation de la pression sanguine. D'autre part, lorsqu'on instille cet extrait sur la conjonctive, on voit bientôt apparaître une anémie très prononcée de cette muqueuse. 20 à 30 secondes après l'instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'une solution d'extrait surrénal à 10 p. 100, M. Königstein a observé une diminution d'ouverture de la fente palpébrale et une pâleur de la conjonctive; la sensibilité de cette membrane ainsi que de la cornée reste intacte. A la suite d'instillations répétées, la pupille se dilate sans que son excitabilité réflexe soit modifiée.

Des expériences sur des yeux malades ont prouvé que dans toutes les affections inflammatoires de l'œil, l'instillation d'extrait surrénal produit une anémie considérable. L'action de cet extrait est superficielle et se limite aux vaisseaux conjonctivaux. La rétine reste indemne, même lorsqu'on emploie de hautes doses du produit; il semble du reste que l'extrait surrénal ne puisse diffuser dans la chambre antérieure.

L'action anémiante de cette substance se manifeste également sur la muqueuse nasale. Cette action paraît due à une contraction des petits vaisseaux.

M. Biedl a constaté que l'extrait surrénal jouit de propriétés hémostatiques que ne détruisent ni la putréfaction ni l'ébullition. Cet extrait agit sur la tunique musculaire des vaisseaux et sur les ganglions périphériques. Lorsqu'on chloroformise un animal jusqu'à produire l'arrêt de la respiration et qu'on lui injecte dans les veines de l'extrait surrénal, la respiration se rétablit.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Sur un cas de pneumo-typhoïde avec séro-réaction retardée (p. 649).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Plaie pénétrante du crâne (p. 653).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Attitudes vicieuses de la coxalgie. — Dyspnée toxique d'origine alimentaire (p. 654). — Intoxication par le sulfure de carbone — Entéro-colite muco-membraneuse. — Traitement de la variole par la méthode de Finsen. — Contribution à l'étude des ostéosarcomes des membres. — Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Voûte plantaire et pied creux congénital par malformations osseuses (p. 655). — Traitement du pied bot paralytique. — Scoliose essentielle des adolescents. — Fractures du maxillaire inférieur. — Fractures du rachis (p. 656).
REVUE DE JOURNAUX. — *Médecine :* Tuberculose chez le pigeon. — Tuberculose chirurgicale. — Champignon du muguet (p. 656). — Lithiase rénale. — Adénophlegmons de l'aisselle. — Kystome de l'épiploon. — Gonocoque dans les sécrétions génitales de la femme. — Céphalhydrocèle traumatique. — Coxa vara et arthrite de la hanche. — *Chirurgie :* Compression intra-abdominale de l'aorte (p. 657). — Cure radicale des hernies inguinales.
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Belgique. — *Société médico-chirurgicale du Brabant :* Pathogénie de la paralysie agitante (p. 654). — *Société de médecine mentale de Belgique :* Constitution intime de la cellule nerveuse centrale.
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'ozène vrai par l'électrolyse interstitielle cuprique. — Oxyde jaune de mercure (p. 658).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — La thèse de doctorat (p. 659).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Hôpital Tenon. — Service de M. le Dr Achard.

Sur un cas de pneumo-typhoïde avec séro-réaction retardée, diagnostiquée par ponction exploratrice du poumon et de la rate,

Par J. Castaigne,
Interne des hôpitaux.

Depuis les travaux de Gerhardt, Potain et Lépine sur le pneumo-typhus, l'étude des maladies infectieuses est entrée dans une voie entièrement nouvelle; ce qui alors était le miasme typhique est maintenant connu jusque dans ses moindres caractères morphologiques et biologiques, et cependant la pathogénie de la pneumo-typhoïde est toujours discutée et l'accord est loin d'être fait à ce sujet. Il semble toutefois, que l'on soit maintenant en possession d'une méthode sûre d'analyse, permettant d'arriver à la solution de ce problème pathogénique : d'une part, la séro-réaction, recherchée de parti pris dans tous les cas de pneumonie compliquée de symptômes typhoïdes, indiquerait si ces symptômes sont sous la dépendance du bacille d'Eberth; d'autre part, la ponction du poumon, faite en plein foyer hépatisé avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, permettrait d'affirmer si c'est au bacille d'Eberth ou à une infection surajoutée, pneumococcique ou autre, qu'est due la lésion pulmonaire. Il semble donc qu'en recherchant ces deux groupes de renseignements dans tous les cas de pneumo-typhoïde, on arrivera d'une façon très scientifique à résoudre le problème en discussion.

Nous venons d'examiner dans ce sens un cas de pneumo-typhus qui a présenté d'intéressantes particularités cliniques et bactériologiques.

Le nommé V... François, âgé de 37 ans, exerçant la profession de sculpteur, ne présente aucun antécédent héréditaire important. Lui-même n'aurait jamais été malade jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle il eut une fièvre typhoïde qui l'aurait forcé à garder le lit pendant un mois environ. Nettement éthylique, il n'a cependant jamais eu de troubles gastriques ni nerveux et n'a jamais été obligé d'interrompre son travail pour cause de maladie depuis sa première fièvre typhoïde.

Les accidents pour lesquels il entre à l'hôpital le 18 mars 1897 ont débuté le 11 mars à la suite d'un excès de boisson : il a eu de violentes douleurs gastralgiques et des vomissements répétés pendant plusieurs jours; il essaye cependant de continuer son travail, mais il se trouve très courbaturé, a constamment mal à la tête et a des troubles gastro-intestinaux consistant en inappétence, douleurs gastriques et légère diarrhée. Le 13 mars, la céphalée et la courbature augmentent tellement que le malade est obligé de s'aliter; à partir de ce moment, c'est le mal à la tête et l'insomnie qui deviennent les symptômes dominants, et à son entrée dans le service le malade se plaint surtout de sa céphalée. La douleur à prédominance frontale est continuelle mais exaspérérée par le moindre mouvement qui donne en même temps des vertiges au malade, ce qui fait qu'il reste dans le décubitus dorsal sans esquisser le moindre mouvement; il n'a pas cependant la stupeur propre aux typhiques et il répond très nettement aux questions qu'on lui pose; la céphalée, augmentant encore la nuit, rend le sommeil impossible. De plus, à ces troubles nerveux s'ajoutent des signes digestifs très marqués : la langue est sale, saburrale, rouge sur les bords, la bouche sèche, les lèvres fuligineuses, le creux épigastrique est douloureux et le malade vomit encore une ou deux fois par jour à la suite de l'absorption de son lait; ses selles, au nombre de 5 à 6, sont liquides, d'une couleur ocre jaune, striées de sang et extrêmement fétides. Les symptômes thoraciques sont au contraire très peu marqués : le cœur bat à 110 par minute, et ses bruits sont normaux; du côté des poumons, à peine peut-on dépister quelques râles de congestion aux deux bases et le malade, qui a de temps en temps des quintes de toux, expectore à la suite un mucus spumeux. La surface cutanée examinée avec soin ne permet pas de découvrir de taches rosées : il est vrai que le malade, qui s'est mis un thapsia la veille de son entrée à l'hôpital, présente sur toute la partie antérieure du thorax une éruption due à son thapsia et qui masquerait les taches rosées si elles existaient à ce niveau.

Les signes généraux indiquent nettement l'infection; la température, de 39°6 le matin, monte à 40° le soir. La rate présente une matité de 4 travers de doigts dans le sens vertical sur la ligne axillaire médiane; les urines rares et foncées contiennent de l'albumine rétractile.

En présence de ces signes, la fièvre typhoïde pouvait être supposée mais non affirmée.

La marche de la maladie, la céphalée, les vertiges, l'insomnie, la diarrhée, la température et l'hypertrophie de la rate plaidaient en sa faveur; mais l'absence de stupeur et de taches rosées ne permettait pas un diagnostic ferme.

Nous essayons alors la séro-réaction qui est négative, ce qui nous éloigne encore plus du diagnostic fièvre typhoïde.

Les 2 jours suivants l'état demeure stationnaire, la température reste en plateau, 39°5 le matin, 40°4 le soir; les signes nerveux et gastro-intestinaux sont toujours prédominants, tandis qu'au contraire les signes thoraciques sont nuls.

Le 21 mars l'aspect de la maladie change absolument : la fièvre restant aussi élevée, les symptômes gastro-intestinaux semblent décroître et laisser la prépondérance aux signes thoraciques. Le malade a été pris en effet dans la nuit d'une violente dyspnée et il se plaint d'un point de côté siégeant sous le mamelon gauche. La toux plus fréquente que les jours précédents donne difficilement issue à une expectoration visqueuse peu aérée, rouillée et adhérente au crachoir. Les signes stéthoscopiques sont absolument ceux d'une pneumonie lobaire de la base gauche : matité de toute la base remontant jusque vers la pointe de l'omoplate, râles crépitants très nombreux et souffle tubaire très net s'entendant dans une assez grande étendue, principalement au niveau de la pointe de l'omoplate.

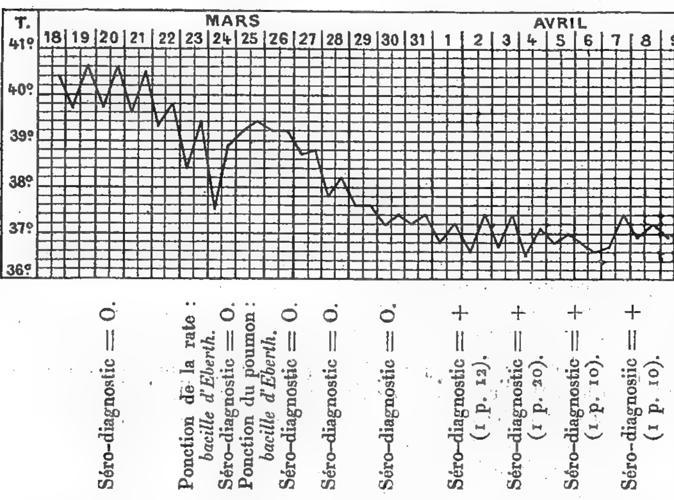
Ces symptômes thoraciques restent stationnaires 3 jours, pendant lesquels la fièvre décroît peu à peu pour tomber à 37°5 le 24 mars au matin.

En présence de ces signes très nets de pneumonie, en présence de cette température oscillant sous nos yeux pendant

5 jours entre 39°6 et 40°4, on aurait pu penser à la pneumonie lobaire due au pneumocoque, mais d'une part l'absence du pneumocoque dans les crachats et, d'autre part, la présence du bacille d'Eberth dans le sang retiré de la rate le 22 et du poumon le 23 mars affirmaient le diagnostic de pneumo-typhoïde, malgré l'absence de la séro-réaction.

L'évolution de la pyrexie fut du reste celle du pneumo-typhus : la fièvre, qui était tombée à 37°5 le matin du 24, se releva le soir même à 39° et resta pendant 3 jours encore sans osciller entre 39° et 39°5. Les symptômes nerveux qui avaient paru s'améliorer pendant la pneumonie devinrent plus intenses qu'ils ne l'avaient été jusqu'alors, le malade a du délire calme, il marmotte à chaque instant des paroles inintelligibles, mais en revanche ne fait pas attention à ce qui se passe autour de lui et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Les selles, moins fréquentes, sont toujours striées de sang et fétides. Au contraire, ses symptômes thoraciques ont beaucoup diminué, sa dyspnée, sa toux et son expectoration ont complètement cessé et l'on n'entend plus que quelques râles sous-crépitants à l'auscultation.

Cet état typhoïde ne persista à son maximum que pendant



4 jours, puis, à partir du 27 mars, on vit la fièvre décroître graduellement en même temps que les symptômes nerveux et gastro-intestinaux diminuaient d'une façon parallèle; enfin, le 30, le malade, complètement apyrétique, n'ayant plus de diarrhée ni de stupeur, entrait complètement en convalescence : sa maladie avait évolué sous nos yeux pendant 12 jours que l'on peut diviser en 3 périodes : pendant la première période (3 jours) il avait présenté les signes d'un état infectieux mal caractérisé; pendant la seconde période (4 jours) nous lui avons trouvé tous les signes cliniques de la pneumonie lobaire franche aiguë; pendant la troisième période (5 jours) il a présenté les signes d'une infection typhique de moyenne intensité.

Pendant ces 12 jours, la séro-réaction a été recherchée 5 fois : elle a toujours été négative.

Elle n'apparut qu'au 4e jour de la convalescence pour ne durer que 6 jours et disparaître ensuite d'une façon définitive.

La convalescence fut du reste régulière, le malade le premier jour de son apyrexie eut une crise urinaire (2 litres 1/2) et sudorale. A la suite de ces sueurs, toute sa surface cutanée se recouvrit de sudamina qui durèrent 4 jours.

A part cette éruption, aucune complication ne troubla sa convalescence et le malade put partir pour Vincennes le 28 avril, complètement guéri.

La séro-réaction faite plusieurs fois entre le 8 et le 28 avril fut toujours négative.

C'est en somme un cas classique de pneumo-typhoïde que nous avons observé chez notre malade et nous ne nous arrêterions pas davantage à cette observation si deux points principaux ne nous semblaient dignes d'être mis en relief : d'une part, le retard de la séro-réaction, d'autre part, la présence du bacille d'Eberth dans le sang retiré du poumon par la ponction.

1° *Au point de vue spécial des accidents pulmonaires*, notre cas répond bien aux descriptions classiques de la pneumo-typhoïde, en particulier à celle de Lépine qui s'exprime ainsi :

« Le malade est pris de malaise, de lassitude croissante, de diarrhée, de fièvre intense, puis, quelques jours après, outre la diarrhée de couleur jaune avec gargouillement et douleur dans la fosse iliaque, il présente des symptômes cérébraux et les signes physiques d'une pneumonie qui, évoluant rapidement, cède sa place à une infection typhique bien caractérisée. » Cette description résume si bien notre observation que notre diagnostic ne nous paraît pas discutable; mais un point particulier nous semble digne d'intérêt : c'est la présence du bacille d'Eberth dans le poumon.

Les cliniciens qui décrivirent les premiers le pneumo-typhus (Gerhardt, Potain, Lépine) en faisaient une détermination typhique. Les premières recherches bactériologiques semblèrent du reste confirmer cette opinion. Artaud, dans sa thèse (1885), parle de la possibilité de l'invasion du poumon par le bacille d'Eberth, et il représente une planche montrant des alvéoles pulmonaires qui contiennent des bacilles. Fränkel (1886) signale la présence du bacille typhique dans un poumon hépatisé. Chantemesse et Widal (1887) insistent encore plus : « Jusqu'à présent, la constatation du micro-organisme dans les poumons avait été rarement faite; c'est elle qui nous permet de comprendre les manifestations si fréquentes observées dès le début de la dothiénentérie vers les bronches et le poumon; et, pour nous, certaines formes de broncho-pneumonies ou de pneumonies lobaires qui s'observent dans la fièvre typhoïde sont, comme la bronchite, des lésions spécifiques, manifestations pulmonaires de la dothiénentérie. »

Deux causes d'erreur s'étaient glissées dans ces premières constatations microbiologiques : d'une part tous les examens bactériologiques avaient été faits après la mort, or nous avons appris, depuis, qu'il se fait des invasions microbiennes *post mortem* et même agoniques, si bien qu'il est impossible de conclure qu'un microbe existait dans le poumon pendant la vie, de ce seul fait qu'on l'y retrouve après la mort. D'autre part, à cette époque, bacille d'Eberth et coli-bacille n'étaient pas différenciés et il est probable que c'est bien souvent le *bacterium coli* que l'on a pris pour le bacille typhique. On ne peut donc pas enregistrer comme certaines les constatations bactériologiques faites à cette époque au point de vue de la pneumo-typhoïde. Aussi dès que les méthodes devinrent plus précises en bactériologie, un changement d'opinion se fit.

On admit que le bacille d'Eberth peut produire des congestions pulmonaires, mais que la pneumo-typhoïde est causée dans tous les cas par le pneumocoque. M. Chantemesse se fit le champion de cette opinion dans le *Traité de médecine* (1) : « Dans tous les cas de pneumonie typhique que j'ai vus, il y avait le pneumocoque. La pneumo-typhoïde n'est, je crois, qu'une pneumonie ordinaire évoluant sur un terrain qui a subi l'invasion typhique. »

Dans cette opinion Karlinski (2) fut encore plus ab-

1. *Traité de méd.*, tome I, page 759.
2. *Fortschr. d. Med.*, 1889, n° 18.

solu : « De ce que les cocci de Fränkel-Weichselbaum ont été trouvés dans les pneumonies évoluant rapidement et mortelles, tandis qu'au contraire les autres bactéries pathogènes se rencontrent dans des cas où la mort arrive après une longue existence de la maladie, nous regardons comme une hypothèse assez vraisemblable que les pneumocoques qui ont une existence éphémère sont délogés par les microbes plus résistants, de la suppuration ou de la fièvre typhoïde. »

Enfin si nous ajoutons l'opinion de M. Netter (1) « la pneumo-typhoïde est toujours une pneumonie à pneumocoque », nous voyons que jusqu'à ces dernières années la nature pneumococique du pneumo-typhus ne semblait pas discutable. Malgré tout, des protestations s'élevèrent, d'abord timides parce qu'elles ne s'appuyaient que sur des présomptions, plus hardies ensuite parce que l'on put décrire des cas de pneumo-typhus à bacille d'Eberth et sans pneumocoque. C'est d'abord Bruneau (2) : « En l'absence d'examens microscopiques et bactériologiques convenablement pratiqués, nous n'oserons pas trancher la question, mais il nous semble, en raison des signes cliniques et de l'évolution, que la pneumo-typhoïde est probablement une affection spéciale qu'il est plus légitime de classer parmi les pneumonies bâtardes ou les broncho-pneumonies pseudo-lobaires et que, partant, le rôle du bacille d'Eberth dans sa production, devient des plus vraisemblables. » C'est à Brühl (3) que revient la première observation probante de pneumo-typhoïde due au bacille d'Eberth : « En résumé, dit-il, nous nous sommes trouvés en présence d'un cas de fièvre typhoïde réalisant la description clinique du pneumo-typhus. Nos recherches bactériologiques permettent d'affirmer que la lésion pulmonaire est bien la conséquence de la pullulation du bacille d'Eberth dans le poumon. Or le seul fait de la constatation du bacille d'Eberth dûment différencié du coli-bacille dans le poumon pendant la vie est une chose rare, et les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrés, ne nous ont fait connaître aucun cas semblable. »

Il publie en outre un cas inédit de M. Widal qui a retiré du poumon le bacille d'Eberth par ponction exploratrice, dans un cas de fièvre typhoïde à forme pulmonaire simulant une tuberculose aiguë.

Notre cas vient s'ajouter à celui de Brühl comme pneumo-typhus dû au bacille d'Eberth.

Nous avons déjà établi par les preuves cliniques que nous avions bien affaire à une pneumo-typhoïde, nous n'y reviendrons pas et nous nous bornerons à signaler les moyens que nous avons mis en œuvre pour arriver au diagnostic bactériologique de la complication pulmonaire ; nous entourant de tous les soins aseptiques nécessaires, nous avons pratiqué une ponction avec la seringue Debove en pleine zone hépatisée. Nous avons retiré du sang en très petite quantité et nous avons ensuite aspiré dans la seringue 1 centim. cube environ de bouillon stérilisé.

Du bouillon ainsi mélangé au sang nous avons fait trois parts inégales : un quart environ a été mis dans un tube de bouillon, un quart a été ensemencé sur gélose. La moitié qui restait a été poussée dans le péritoine d'une souris.

Disons tout de suite que la souris inoculée le 25 mars 1897 n'est morte que le 27 avril, et encore à son autopsie on n'a trouvé aucune lésion microbienne. On peut donc affirmer qu'il n'y avait pas de pneumocoque dans le sang et que d'autre part le bacille typhique était en trop petite quantité pour tuer la souris; quant aux tubes ensemencés ils ont été cultivés l'un et l'autre et ont donné tous deux du bacille d'Eberth associé au streptocoque et au staphylocoque blanc. C'était d'ailleurs bien un bacille d'Eberth nettement caractérisé, ne faisant point fermenter la lactose, ne poussant pas sur les vieilles cultures de bacille d'Eberth et subissant fortement l'agglutination par le sérum typhique.

Nous pouvons donc conclure à l'existence d'une pneumo-typhoïde très nette au point de vue clinique, due au bacille d'Eberth et non au pneumocoque. L'objection de Karlinski ne peut s'appliquer à notre cas : il dit en effet que si l'on attend plusieurs jours pour examiner le microbe cause d'une pneumo-typhoïde, on ne trouve plus le pneumocoque qui, ayant une vitalité moindre, a été délogé par les autres microbes de la suppuration ou par le bacille d'Eberth; dans notre cas, l'examen bactériologique ayant été fait au deuxième jour de la pneumonie, le pneumocoque aurait dû être retrouvé si réellement il eût existé.

2° *Au point de vue du séro-diagnostic*, cette observation a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. Achard (1) avec quelques autres cas de séro-diagnostic retardé. Rappelons donc simplement que la ponction de la rate et celle du poumon faites le 10e et le 12e jour de la pyrexie avaient donné toutes les deux le bacille d'Eberth; la séro-réaction fut négative les 7e, 11e, 13e et 15e jour; elle était encore négative le 17e jour alors que le malade devenait apyrétique, et ce ne fut que le 21e jour, c'est-à-dire le 4e jour de l'apyrexie que la séro-réaction apparut, d'abord peu intense (1 p. 12) elle devint ensuite plus manifeste (1 p. 20 au 22e jour), puis diminua (1 p. 10 le 24e et le 26e jour) pour être absolument nulle à partir du 28e jour.

Cette observation très probante au point de vue d'un retard possible de la séro-réaction est à rapprocher de quelques cas qui avaient été publiés avant la communication de M. Achard. D'une part, MM. Thoinot et Cavasse (2) avaient observé un cas de « fièvre typhoïde légère typique, suivie d'une double rechute, avec séro-diagnostic négatif dans la première attaque, positif dans les deux suivantes et dans la convalescence définitive. » Brener avait également signalé un cas analogue. D'autre part on avait publié plusieurs cas de séro-diagnostic simplement retardé, un cas de M. Widal (3) avec séro-diagnostic négatif au 10e jour, positif au 22e sans avoir été recherché dans l'intervalle, 2 cas de M. Kolle (4) où le séro-diagnostic fut positif : dans un cas au 17e jour seulement, dans l'autre au 18e, alors que déjà le diagnostic fièvre typhoïde avait été affirmé par la présence du bacille d'Eberth retrouvé la première fois dans les matières fécales, l'autre fois dans les taches rosées.

M. Stern avait publié une observation avec réaction négative à la fin de la deuxième semaine, positive 2 jours après, M. Pick avait également signalé 1 cas de réaction n'apparaissant qu'au 17e jour. Enfin, dans le service du Pr Debove, MM. Achard et Bensaude avaient observé un malade qui fut considéré comme atteint de granulie en raison de l'absence de réaction au 18e jour, mais le 39e jour une hémorrhagie intestinale étant survenue,

1. *Traité de méd.*, tome IV, page 894.
2. Complications broncho-pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde, thèse 93.
3. Bruhl. *Gazette hebdomadaire*, 31 janvier 1897.

1. Achard, *Soc. méd. des hôpitaux*, 9 avril 1897.
2. Thoinot et Cavasse, *Soc. méd. des hôpitaux*, novembre 1896.
3. Widal, *Congrès de Nancy*, août 1896.
4. Koll, *Deutsche med. Wochenschrift*, 25 février 1897.

l'idée d'une fièvre typhoïde s'imposa de nouveau et le sang donna cette fois la réaction agglutinante.

Ces observations ne semblent pas être absolument comparables à la nôtre, puisque le diagnostic a pu être fait par la réaction alors que le malade avait encore de la fièvre, tandis que dans notre observation toute la période pyrétique s'est écoulée sans qu'on ait pu trouver la séro-réaction.

Ajoutons que depuis la communication de notre observation à la Société médicale des hôpitaux, Blumenthal (1) a relaté l'histoire d'une garde-malade qui, admise à la clinique de Leyden avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde, ne présentait pas la réaction au 12e jour; une deuxième expérience tentée le 21e jour fut encore négative. Le 27e jour, la fièvre tomba et le 29e jour on répéta l'essai qui fut positif.

Stadelmann et Fürbringer, le même jour, à la Société de médecine de Berlin, parlèrent de faits analogues, mais sans y insister et sans préciser leurs observations.

A la Société médicale des hôpitaux, le 7 mai 1897, on apporta de nouveaux exemples de séro-réaction retardée; M. Rouget communique 2 cas, l'un où la séro-réaction était négative au 11e jour de la pyrexie au moment de la mort, tandis qu'elle fut positive avec le sang du cœur et de la rate recueillis quelques heures seulement après la mort. M. Mathieu signale 1 cas de fièvre typhoïds avec séro-réaction négative au 14e jour, positive au 35e jour. M. Debove enfin ajoute trois cas, l'un ou pendant toute l'évolution de la fièvre, la réaction recherchée avec soin à plusieurs reprises par MM. Achard et Bensaude, fut toujours négative, tandis qu'elle devint positive au 6e jour de l'apyrexie. Dans les deux autres cas, la réaction négative une première fois fut trouvée tardivement alors que les taches rosées dans un cas, une hémorrhagie intestinale dans l'autre avaient déjà fait admettre la fièvre typhoïde.

Notre observation est donc loin d'être isolée et ils sont assez nombreux maintenant ces cas auxquels faisait allusion M. Achard, « où la réaction ne peut vraiment être utilisée en clinique parce qu'elle apparaît trop tard et seulement après le moment où le médecin pourrait en tirer parti pour fixer son diagnostic ».

Il semble donc que dans un cas d'infection ressemblant cliniquement à la fièvre typhoïde, on devra toujours rechercher la séro-réaction : si elle est positive la conclusion paraît sûre : c'est bien de la dothiénentérie. Si la réaction n'existe pas, il y a des présomptions pour qu'on n'ait pas affaire à la fièvre typhoïde, mais on n'en a pas la certitude : il faudra donc rechercher presque journellement la séro-réaction et ne pas négliger les autres signes, tant bactériologiques que cliniques, qui pourront quelquefois, comme dans notre cas, conduire à la certitude du diagnostic même en l'absence de réaction.

Telle est la conclusion à tirer de ces nouveaux faits de réaction retardée, qui d'ailleurs ne contredisent en aucune façon les lois du séro-diagnostic telles que les posait M. Widal au Congrès de Nancy lorsqu'il disait : « Un résultat négatif obtenu avec le sérum d'un malade suspect fournit une probabilité contre le diagnostic de fièvre typhoïde, mais ce n'est qu'une probabilité, surtout si la recherche a été faite dans les premiers jours de la maladie; l'examen doit être alors répété les jours suivants. La probabilité est d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie. »

1. Blumenthal, Stadelmann et Fürbringer (*Soc. de méd. int. de Berlin.*, 12 avril 1897).

Il resterait enfin une question à résoudre au sujet de notre observation : pourquoi dans le cas que nous signalons et dans les cas analogues, y a-t-il eu un retard aussi marqué dans la séro-réaction?

M. Achard a rappelé, en se défendant de vouloir en tirer une interprétation, que notre malade avait eu une fièvre muqueuse 25 ans auparavant. M. Thoinot dans le cas que nous avons signalé, accuse surtout la bénignité de l'infection, « la réaction peut, dans certains *cas légers* être lente à se produire; il faut une prolongation d'infection, une atteinte double et triple — qui compense pour ainsi dire par la longueur, la légèreté de l'infection — pour permettre au phénomène de l'agglutination de se dégager nettement. » Évidemment cette pathogénie ne peut s'adapter à notre cas qui n'est pas léger et où la réaction s'est montrée pour la première fois pendant l'apyrexie.

Blumenthal pense que ce retard de séro-réaction, chez sa malade, est peut-être un phénomène du même genre que ceux qu'à signalés M. Courmont (1). « Les organes où se cantonne le bacille d'Eberth contiennent très peu de substance agglutinante : c'est ainsi que le sang du foie et de la rate agglutinent dans de très faibles proportions; c'est ainsi que M. Ménétrier a vu qu'un liquide de pleurésie contenant du bacille d'Eberth chez un typhique n'agglutinait pas ces bacilles, tandis que nous avons vu que le liquide d'une pleurésie aiguë à pneumocoques et celui d'une pleurésie aiguë tuberculeuse chez un typhique agglutinaient très bien. » Le raisonnement que M. Courmont applique au liquide pleurétique, Blumenthal croit pouvoir le faire pour le sang : dans les cas les plus fréquents, dit-il, le bacille d'Eberth se localise dans les organes situés sur la circulation porte et n'envahit pas la circulation générale : donc, absence de bacille d'Eberth dans le sang et séro-réaction très marquée. Dans les cas où le bacille envahit la circulation générale pour aller se localiser sur un organe qui n'est plus dans le système porte, sur le poumon par exemple, alors la séro-réaction doit être peu ou pas marquée puisque le bacille est dans le sang, et puisque d'après M. Courmont la substance agglutinante est absente ou en très faible proportion dans les organes où se localise le bacille d'Eberth. Cette théorie de Blumenthal aurait besoin d'être vérifiée d'autant plus que, si l'on peut comprendre à la rigueur que, dans un espace limité comme la plèvre ou dans un organe comme la rate, le bacille typhique puisse sécréter suffisamment pour détruire la substance agglutinante, il semble difficile qu'il agisse ainsi sur la masse totale du sang. Du reste cette théorie n'est qu'une hypothèse qui ne repose sur aucune expérience, ni sur aucun fait clinique précis et elle ne peut s'appliquer à tous les cas, notamment au cas de Brühl, dans lequel, comme nous l'avons dit, c'est la séro-réaction qui permit de faire le diagnostic de l'origine eberthienne d'une pneumonie, avant que la ponction du poumon eût montré l'existence du bacille en plein foyer hépatisé.

Enfin l'hypothèse de M. Courmont sur laquelle est basée la théorie de Blumenthal, ne semble pas elle-même à l'abri de toute critique : MM. Widal et Sicard (2) ont pu conserver pendant 15 mois dans un flacon le pus d'un âne fortement immunisé. Ce pus, qui contenait beaucoup de bacilles typhiques, se sépara en deux parties sérum et globules, et le sérum examiné après être resté 15 mois en contact avec les bacilles typhiques que contenait le pus, avait encore un pouvoir agglutinatif de

1. Courmont, *Soc. de biologie*, février 1897.

2. Etude sur le séro-diagnostic (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1897).

1 p. 13000. Les bacilles n'avaient donc pas altéré sensiblement le pouvoir agglutinatif du pus avec lequel ils avaient été en contact pendant si longtemps.

Les explications que l'on a données d'un retard très marqué dans la séro-réaction ne sont donc pas encore satisfaisantes, et il nous faut pour le moment nous contenter d'enregistrer les retards sans chercher à les expliquer.

En résumé, dans notre observation de pneumo-typhoïde, deux faits intéressants nous ont semblé dignes d'être signalés : d'une part la présence du bacille d'Eberth, dans le poumon hépatisé, présence qui n'avait été signalée jusqu'à présent que dans un cas de Brühl ; d'autre part, l'apparition de la séro-réaction seulement au 4e jour de la convalescence. Toutes les observations nouvelles de séro-diagnostic retardé, publiées à la suite de la communication de M. Achard, sont loin d'être comparables entre elles ; ce qui constitue l'intérêt de notre cas, avons-nous dit, c'est l'apparition de la séro-réaction alors que le malade était complètement apyrétique ; or dans la plupart des observations qui ont été publiées, on constate que la séro-réaction a été retardée, mais est apparue toutefois pendant que le malade avait encore de la fièvre ou des accidents (rechute dans le cas de M. Thoinot) pouvant faire soupçonner la dothiénentérie et rechercher la séro-réaction. Dans notre cas au contraire il n'y avait plus de fièvre alors qu'apparut pour la première fois la séro-réaction que nous n'aurions certainement pas recherchée avec autant de persévérance si la constatation du bacille d'Eberth dans la rate et le poumon n'avait dès le début de la maladie éclairé notre diagnostic. De toutes les observations qui ont été publiées récemment deux seulement sont bien comparables à la nôtre : celle de Blumenthal (séro-réaction positive seulement au 2e jour de l'apyrexie), et celle de Debove, Achard, Bensaude (réaction positive seulement au 6e jour de l'apyrexie).

Il semble donc que, dans la classification des séro-réactions tardives, il y aurait avantage à distinguer deux catégories : l'une (assez mal délimitée puisque l'on ne sait pas au juste à quelle époque doit apparaître régulièrement la séro-réaction) où l'on classerait tous les faits de réaction tardive, mais apparaissant alors que le malade a encore de la fièvre ; c'est à ce groupe qu'appartiennent presque tous les faits publiés récemment.

L'autre catégorie, très bien délimitée, où l'on classerait les cas de réaction apparaissant pour la première fois après l'apyrexie ; c'est dans ce groupe que prennent place l'observation de Blumenthal, celle de Debove-Achard et la nôtre.

Ajoutons enfin que l'apparition de la séro-réaction au 4e jour seulement de la convalescence dans un cas de pneumo-typhus, méritait d'autant plus d'être signalée que récemment M. Lyonnet à la suite de deux observations de pneumonie ayant simulé la fièvre typhoïde, avait cru pouvoir conclure que dans tous les cas où l'on a affaire à des pneumoniques qui au 7e jour de leur maladie n'ont pas la séro-réaction, il ne s'agit pas de fièvre typhoïde. On voit combien une telle conclusion eût été peu justifiée dans notre cas, et il nous semble qu'il est prudent dans des cas analogues de ne pas se hâter de nier la fièvre typhoïde, se rappelant que, selon le conseil de M. Achard, « une indication négative ne saurait jamais constituer un élément de certitude et que l'absence d'un signe même de très haute valeur, ne suffit pas à écarter un diagnostic qui semble légitime à d'autres égards. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu dans la région temporo-frontale droite, trépanation irrégulière, extraction du projectile, guérison,

Par le Dr J. Brault,

médecin-major de l'armée, professeur à l'école de médecine d'Alger.

Malgré tous nos perfectionnements, les plaies pénétrantes du crâne restent d'un pronostic assez grave, surtout lorsqu'il s'agit de coup de feu par armes de guerre. La relation que nous allons faire est intéressante en ce sens qu'elle montre : premièrement qu'une lésion même très grave et étendue de la substance cérébrale dans la zone psychique peut demeurer sans symptômes fonctionnels ; deuxièmement qu'une intervention chirurgicale hardiment conduite dans de semblables conditions, malgré les larges fracas osseux et l'ouverture du sinus frontal, malgré les déchirures des méninges et l'attrition de l'encéphale, est susceptible d'amener une guérison complète.

G. F., 33 ans entre à l'hôpital le 24 janvier 1897. La veille à 8 heures du matin, cet homme a tenté de se suicider à l'aide d'un revolver modèle 1873 du calibre de 11 millimètres.

A la suite du coup de feu, il n'a pas perdu connaissance, un médecin appelé immédiatement lui a donné des soins et lui a fait un pansement. Le lendemain il est évacué sur notre service.

G. ne présente pas le moindre trouble fonctionnel du côté de l'intelligence, du mouvement ou de la sensibilité. Dans la région temporo-frontale droite, il existe deux plaies l'une sur la région temporale à un travers de doigt derrière l'apophyse orbitaire externe et presque sur le prolongement de la queue du sourcil, l'autre plus large en avant de la bosse frontale sur un plan transversal un peu plus élevé. Par ces deux plaies béantes, la pulpe cérébrale réduite en bouillie s'échappe en abondance, dès que le malade fait le moindre effort.

Lorsqu'on vient à palper prudemment la région, l'on perçoit un enfoncement du crâne, la mobilité et la crépitation des esquilles sont des plus nettes.

Je me décide à intervenir de suite pour faire le nettoyage du foyer fracturaire. Pendant la période d'excitation sous le chloroforme, la substance cérébrale ne cesse de sortir par les plaies d'entrée et de sortie. Je réunis ces deux dernières par une longue incision presque transverse mesurant au moins 10 centimètres. J'arrive alors sur une fracture des plus comminutives, toute la bosse frontale est divisée en une multitude d'esquilles petites et grandes, l'arcade orbitaire elle-même est détachée sur presque toute son étendue.

Je pratique une trépanation irrégulière, à la gouge et au maillet, j'enlève les esquilles et je régularise les bords de la vaste solution de continuité. Au milieu du foyer fracturaire je rencontre le projectile, ce dernier présente une déformation extrême de sa pointe qui n'est plus constituée que par 2 ailettes réunies par le culot formant charnière.

L'ailette la plus superficielle est encastrée dans le diploé, l'autre est enfoncée en pleine substance cérébrale. La zone de fracture mise au net, le projectile enlevé, nous faisons en dernière analyse la toilette du foyer encéphalique, nous enlevons quelques caillots, quelques

bribes méningées et enfin la bouillie cérébrale désormais compromise.

L'hémorrhagie un peu abondante à cet instant est facilement arrêtée par la compression. Après un nettoyage minutieux, la plaie est suturée et drainée largement à ses deux points extrêmes correspondant à l'orifice d'entrée et au faux orifice de sortie (1). Le traumatisme a malheureusement ouvert le sinus frontal, ce qui aggrave le pronostic.

Grand pansement compressif; le malade, gardé à vue, est placé dans une chambre obscure, loin de tout bruit. A part un peu d'agitation nocturne dans les deux ou trois premières nuits, suites très simples, à aucun moment la température ne dépasse la normale, le pouls garde sa fréquence normale et resté régulier.

Dix jours plus tard premier pansement, ablation des fils de suture, toute la partie moyenne de la plaie est réunie, les extrémités qui donnent passage aux drains commencent à bourgeonner. Sous notre suture, au centre de la région, l'on constate une légère hernie cérébrale et des battements très forts.

Au bout de trois semaines, l'on sent que la brèche osseuse, de forme un peu losangique, a de la tendance à se combler; l'expansion cérébrale diminue.

La cicatrisation complète demande encore quelques semaines, les orifices des drains se ferment lentement. Le malade est revu au bout de cinq mois, la guérison se maintient complète, à la vue et au doigt l'on perçoit quelques battements vers le milieu de la cicatrice dans l'étendue d'une pièce de deux francs. A ce niveau il n'existe qu'un cal fibreux toutefois assez résistant.

Alentour les berges osseuses ont beaucoup donné, l'arcade orbitaire présente une échancrure beaucoup accentuée.

Une petite cranioplastie permettrait de boucher ce qui reste de la brèche osseuse, mais G. ne se soucie pas d'une nouvelle intervention.

En face de l'excellence du résultat qui peut se parfaire encore, nous ne croyons pas devoir insister.

G. a pu reprendre toutes ses occupations, il n'y a ni céphalée, ni névralgie d'aucune sorte, et l'on ne constate pas l'ombre d'un trouble psychique ou fonctionnel.

Voilà déjà deux fois en peu de temps que nous constatons des guérisons à la suite de coups de feu tirés à l'aide de *revolvers d'armes* dans la région temporo-frontale droite.

Les troubles intellectuels ont été passagers dans le premier cas, nuls dans le second; par ailleurs, il n'y a pas eu le moindre signe

On peut faire sans doute des réserves pour l'avenir, mais à n'envisager que la période des accidents primitifs et secondaires, ces deux cas semblent démontrer que la zone psychique est surtout bien dénommée la zone indifférente.

1. Celui-ci avait été déterminé par la sortie d'une grosse esquille.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Kreis (Henri). *Des attitudes vicieuses dans la coxalgie.* N° 295. (P. Delmar.)

M. Picard (Henri). *Dyspnée toxique d'origine alimentaire.* N° 269. (H. Jouve.)

M. Prodhon (E.). *Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone.* N° 325. (H. Jouve.)

M. Carret (Gustave). *De l'entéro-colite muco-membraneuse.* N° 346. (H. Jouve.)

M. Péronnet (A.). *Du traitement de la variole par la méthode de Finsen (procédé dit de la chambre rouge).* N° 318. (H. Jouve.)

M. Batailler (Auguste). *Les persécutés auto-accusateurs.* N° 327. (H. Jouve.)

M. Maitre (Louis). *Contribution à l'étude de la période latente des ostéosarcomes des membres.* N° 313. (H. Jouve.)

M. Dudouyt (Charles). *Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius.* N° 275. (H. Jouve.)

M. Jeanne (Achille). *De la voûte plantaire et du pied creux congénital par malformations osseuses.* N° 302. (H. Jouve.)

Mme Philippoff (Zinaïde). *De la valeur des transplantations musculo-tendineuses dans le traitement du pied bot paralytique.* N° 314. (G. Steinheil.)

M. Heiser (Joseph). *Contribution à l'étude de la scoliose essentielle des adolescents.* N° 316. (A. Jouve.)

M. Leblanc (Camille). *Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur.* N° 277. (Soc. d'édit. scient.)

M. Godonnèche (Jules). *Manifestations tardives dans les fractures du rachis.* N° 274. (H. Jouve.)

Après avoir étudié très complètement les théories émises en France et à l'étranger sur les attitudes vicieuses dans la coxalgie, après avoir analysé avec soin les éléments divers de ces attitudes et leur retentissement sur le rachis et le bassin, M. Kreis consacre la plus grande partie de sa thèse aux divers moyens thérapeutiques dont il distingue avec raison les effets suivant qu'ils s'adressent à des cas anciens ou récents.

Il combat l'extension continue et lui préfère au début l'immobilisation dans un appareil plâtré, rejette l'ostéotomie oblique en faveur de l'ostéotomie sous-trochantérienne linéaire ou cunéiforme, admet le redressement brusque dans les cas récents, le repousse pour les attitudes vicieuses invétérées. Il donne enfin des explications peut-être un peu brèves, sur le nouveau procédé de Lorenz encore peu connu en France, mais ne se prononce pas à son sujet.

Avec son maître Huchard, M. Picard pense que la dyspnée toxique d'origine alimentaire et la dyspnée urémique doivent être différenciées. Toutes deux tiennent à une insuffisance rénale; mais la nature des poisons à éliminer diffère dans les deux cas. Cet dyspnée toxi-alimentaire se montre principalement dans les cardiopathies artérielles, c'est-à-dire dans la cardio-sclérose avec ou sans albuminurie.

Elle ne se montre pas dans les cardiopathies valvulaires, ni dans les myocardites parenchymateuse ou interstitielles, parce que dans ces affections la maladie reste localisée au cœur, et que la « lésion cardiaque constitue presque toute la maladie ».

Lorsque dans ces affections il y a dyspnée, celle-ci est simplement mécanique, elle fait partie du syndrome asystolique, et peut être avec avantage combattue par la digitale et les médicaments cardio-toniques.

Lorsque les cardiopathies artérielles, arrivées à la période ultime, se compliquent d'accidents asystoliques, il peut y avoir une *dyspnée mixte*, à la fois mécanique et toxique. Il faut alors une double thérapeutique, qui est réalisée par la digitale et le régime lacté absolu.

Quant à la dyspnée toxi-alimentaire, c'est un symptôme précoce des cardiopathies artérielles, qui se présente sous deux formes principales : dyspnée d'effort, et dyspnée à paroxysmes nocturnes. Elle est causée surtout par l'alimentation carnée, quelle qu'elle soit.

Le traitement de cette dyspnée consiste dans le régime lacté absolu, aidé ou non de l'administration de la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour. Il suffit de prescrire le régime lacté absolu, deux fois par mois pendant cinq jours chaque fois, ou d'alterner de huit jours en huit jours le régime lacté absolu avec le régime lacté mitigé. Le succès de cette médication est si assuré, qu'il peut devenir comme un réactif

du diagnostic. Ainsi, tandis qu'elle est toute-puissante contre l'élément dyspnéique, elle ne peut rien contre certains symptômes cardiaques, contre l'arhythmie, ce qui prouve que celle-ci est rarement d'origine toxi-alimentaire. Pour M. Picard l'urémie est donc le résultat d'une intoxication multiple et complexe; la dyspnée toxique est le résultat d'une intoxication unique par les substances alimentaires.

L'intoxication sulfo-carbonée produit des troubles intellectuels caractérisés d'après M. Prodhon par l'*ivresse* chez presque tous les sujets, par un délire aigu, succédant rapidement aux premiers troubles, à éclosion brusque, se terminant à échéance relativement brève, chez les sujets soumis longtemps à l'influence nocive; mais ces troubles n'apparaissent que chez des dégénérés, des prédisposés vésaniques. L'intoxication n'est qu'un signal, une cause occasionnelle ou provocatrice.

La durée des manifestations délirantes est variable. On peut observer la démence précoce, ordinairement la guérison s'observe en moins de deux année.

Pour l'auteur, de sévères règlements doivent obliger les industriels à soustraire leurs ouvriers, dans la mesure du possible, à l'influence toxique, que des précautions hygiéniques faciles peuvent atténuer considérablement, sinon détruire.

D'après M. Prodhon, le sulfure de carbone, en intoxicant les procréateurs, peut déterminer chez les descendants une hérédité morbide spéciale, se rapprochant ainsi de l'alcool et des poisons ou virus divers.

L'entéro-colite muco-membraneuse est une affection caractérisée par la présence dans les selles de matières mucilagineuses concrescibles.

Ces matières, pour M. Carret peuvent être ramenées à trois types : membraneux, amorphe, mucilagineux, elles sont composées presque exclusivement de mucus et non de fibrine.

Les symptômes sont tantôt légers, tantôt graves. Ils ne donnent pas toujours de réaction générale, mais dans d'autres cas ils peuvent simuler la fièvre typhoïde, la dysentérie chez les enfants et l'occlusion intestinale.

M. Carret admet trois formes cliniques :

1° Une forme commune; 2° une forme avec crises aiguës ou subaiguës, dysentériformes ou typhiques; 3° une forme continue grave. L'entéro-colite est presque toujours accompagnée de constipation qui peut reconnaître une foule de causes : atonie intestinale de Germain Sée, entéroptose de Glénard, hypersthénie gastrique de Robin, état nerveux général.

Le traitement de la variole par l'obscurité est connu depuis fort longtemps. Depuis 1893, époque où Finsen l'a proposé sous une forme nouvelle, il a été employé par un certain nombre d'auteurs et notamment en France par M. Œttinger. Pour son élève M. Péronnet, ce traitement ne doit pas être considéré comme un traitement général, mais comme un traitement local, comme un « topique » de l'éruption. On peut employer en même temps telle autre médication qui sera jugée nécessaire.

Il a donné à la grande majorité des médecins qui l'ont appliqué d'excellents résultats.

Ses effets sont d'empêcher, ou tout au moins d'atténuer dans une très large mesure, la période de suppuration, la fièvre dite de suppuration, la fièvre dite secondaire, et les cicatrices consécutives.

D'une application facile, il ne présente aucun inconvénient. L'obscurité, ou l'exclusion des rayons chimiques du spectre solaire (par des carreaux rouges ou des étoffes rouges très épaisses) doivent être absolues et ininterrompues jusqu'à la dessication complète.

Il donne des résultats d'autant meilleurs qu'il est appliqué à une période plus rapprochée du début de l'éruption.

Les persécutés auto-accusateurs constituent pour M. Bataille une catégorie spéciale d'aliénés héréditaires qui mérite d'être isolée et forme une des transitions naturelles entre les persécutés vrais et les mélancoliques.

De par l'étiologie, les persécutés auto-accusateurs se divisent en deux grands groupes d'inégale importance : les prédisposés simples et les prédisposés avec dégénérescence, ceux-ci étant les plus nombreux. Ils présentent tous un même substratum mental intermédiaire à l'état mental antérieur du persécuté et du mélancolique, d'où résulte la possibilité de l'apparition chez le même sujet d'idées délirantes en apparence s'excluant l'un de l'autre : l'idée de persécution et l'idée d'auto-accusation.

De par la psychologie, il y a lieu, pour l'auteur, de discerner différentes modalités en ce qui a trait aux rapports que peuvent affecter chez le même individu les idées de persécution et d'auto-accusation. 1° Idée d'auto-accusation primitive. Engendre idée de persécution (cas relativement rare).

2° Idée de persécution primitive. Engendre idée d'auto-accusation qui en est l'explication rétrospective ou quelquefois la conséquence et la preuve nouvelle (cas fréquent). 3° Simultanéité ou alternance des idées d'auto-accusation et de persécution, mais sans combinaison (délire polymorphe).

Au point de vue clinique :

Les persécutés auto-accusateurs alimentent souvent leur délire dans une malformation physique ou une préoccupation hypochondrique habituellement relative à la vie génitale (conformation vicieuse des organes génitaux; idées délirantes ou hallucinations génitales). Ils limitent souvent leur délire au cadre étroit de l'auto-accusation.

La psychose apparaît généralement d'une manière assez rapide, présente une marche plus ou moins irrégulière et s'accompagne ou non d'hallucinations.

Les conceptions délirantes peuvent être polymorphes ou présenter un degré de systématisation variable allant de la systématisation très légère à une systématisation parfois mais rarement assez étroite, en tout cas toujours partielle et nullement comparable à celle des vrais délirants de persécution.

La systématisation est toujours plus étroite pour les idées d'auto-accusation que pour les idées de persécution d'un même malade.

Les hallucinations, quand elles existent, sont généralement très actives mais variables et peuvent affecter tous les sens, se combinant de façons les plus diverses.

Ces malades sont enclins au suicide et peu ou pas à l'homicide.

M. Maitre réunit dans sa thèse inaugurale 16 observations d'ostéosarcomes des membres ayant présenté une période initiale longue où la maladie ne se traduisait pas aucun symptôme assez grave pour en faire soupçonner la nature. C'est ce qu'il nomme la période latente. Et le problème qu'il se pose est celui de savoir si l'on ne pourrait pas à ce moment là obtenir la guérison par des opérations conservatrices précoces. Bien que M. Maitre ne veuille pas trancher la question, son travail fournira certainement des arguments aux partisans des procédés économiques dont l'indication principale est, bien entendu, de s'appliquer à la phase qu'il indique.

L'étude de M. Dudouyt est principalement dirigée vers l'anatomie pathologique et la pathogénie de la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius. Il envisage très soigneusement les divers éléments de la difformité non seulement dans les cas récents mais encore dans les cas anciens, donne l'exposé détaillé de toutes les théories mécaniques et conclut d'une façon mixte : « La fracture résulte de l'application sur l'extrémité inférieure du radius de deux forces de sens contraire, le poids du corps et la résistance du sol; le radius se brise en un endroit toujours le même parce que ce point répond au point de moindre résistance. Le ligament radio-carpien est un des facteurs nécessaires à la production de la fracture, mais il agit indirectement en permettant la transmission de la résistance du sol à l'extrémité inférieure du radius. »

Au point de vue thérapeutique M. Dudouyt préconise la réduction avec l'immobilisation courte, par l'appareil d'Hennequin et passe en revue pour les cas anciens et compliqués les diverses interventions chirurgicales que l'on a proposées.

Le travail de M. Jeanne comprend deux parties. La première, basée en entier sur des recherches personnelles, expose le développement, l'anatomie et la physiologie de la voûte plantaire. Plat chez le fœtus par suite des caractères du calcanéum à cet âge, le pied ne se cambre qu'après la naissance. Vient ensuite

une étude complète des muscles prenant insertion sur la plante, de la variété non encore décrite de ces points d'attache, de leur rôle dans le mécanisme du pied normal en ayant subi des opérations chirurgicales.

La deuxième partie envisage le pied creux congénital dépendant de malformations osseuses primitives. La formule de M. Jeanne est la suivante : « De même que l'équin est le fait d'une anomalie de la tibio-tarsienne, le varus d'une anomalie sous-astragalienne et médio-tarsienne, *le pied creux est le fait d'une anomalie des articulations scapho-cunéennes et cuboïdo-métatarsiennes*.

Sous l'inspiration de M. Kirmisson, Mme Philipoff a réuni 25 observations françaises et étrangères de transplantations musculo-tendineuses dans le pied-bot paralytique.

Cette opération n'est faisable que dans les cas légers où la paralysie est peu étendue, car l'on peut ainsi utiliser les muscles voisins. Elle est contre-indiquée dans les formes diffuses où l'arthrodèse immédiate lui doit être préférée, Elle ne suffit pas toujours. Il faut le plus souvent lui associer diverses ténotomies et la section de l'aponévrose plantaire.

Plusieurs procédés sont en présence. Nicoladoni transplante le muscle entier. Drobnik fait une transplantation partielle. Panish, Milliken préfèrent anastomoser. Malheureusement aucune des observations publiées ne présente de cas suffisamment suivi pour que l'on puisse conclure à la supériorité de l'un ou de l'autre. Le travail de Mme Philippoff n'en présente pas moins un très haut intérêt.

M. Joseph Heiser nous donne une monographie documentée de la scoliose essentielle de l'adolescence. Il l'attribue « à une altération simultanée des os et des muscles soit sous l'influence d'une tare héréditaire, soit sous celle d'une déperdition des éléments constitutifs des os et des muscles ». Le traitement basé sur ces données et sur celles de l'anatomie pathologique doit être hygiénique, général et local. L'auteur admet le corset comme adjuvant mais lui dénie avec raison un rôle curatif à lui seul. Il insiste sur la mobilisation passive et active du rachis, méthode de son grand-père Ch. Heiser, de Strasbourg, et décrit complètement les appareils et mouvements principaux employés pour les auteurs, mais en appuyant vivement sur ce point qu' « il est impossible de prévoir à l'avance et surtout dans un ouvrage, soit la méthode à employer, soit la série des mouvements à appliquer par la simple raison qu'il n'y a pas deux scolioses qui se ressemblent ni dans les courbures principales ni dans les courbures de compensation ». Il faut donc agir diversement suivant les cas qui se présentent et le moment où l'on est appelé à les traiter.

La thèse très intéressante et très personnelles de M. Leblanc ressuscite un procédé ancien de traitement des fractures du maxillaire inférieur : la fixation des fragments au maxillaire supérieur. C'est la méthode de Guillaume de Salicet récemment employée par deux chirurgiens américains Angle et Gamble. Des fils d'argent sont placés autour du collet des deux extrêmes des fragments. D'autres autour des dents symétriques de la mâchoire supérieure. Ils sont réunis les uns aux autres un à un par torsion. Lorsque les dents manquent on peut passer l'anse de fil à travers le bord inférieur de l'arcade alvéolaire et y trouver le point d'appui nécessaire à la dent sous-jacente ou *vice versa*. C'est là, les observations personnelles de l'auteur en témoignent, un procédé excellent non seulement par sa simplicité qui n'exige d'ordinaire pas l'emploi du chloroforme, et par son innocuité vis-à-vis des gencives, des dents et du squelette, mais encore par la perfection des résultats, supérieure à celle que peut fournir tout autre méthode. Il a réussi là où avaient échoué diverses frondes perfectionnées et même la suture osseuse. Son seul inconvénient est l'occlusion de la bouche condamnant les malades à une alimentation liquide, mais ne s'opposant pas à la parole. Les cas simples où la fronde suffit ne sont pas de son ressort, mais, sauf absence complète des dents, il est préférable aux autres moyens pour les fractures graves.

Les fractures du rachis s'accompagnent d'ordinaire de symptômes bruyants qui empêchent de les méconnaître. Celles qu'étudie M. Godonnèche ont au contraire pour caractère de rester latentes pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines et de ne se révéler qu'au moment où le malade se lève, marche et reprend ses occupations. Alors apparaissent deux ordres de phénomènes : gibbosité progressive et de forme généralement angulaire, et troubles médullaires variés. La gibbosité avait été attribuée par Henle à une sorte d'ostéomalacie localisée au foyer de trauma. M. Godonnèche pense, et avec raison selon nous, qu'il y a tassement progressif du cal d'une fracture méconnue. Quant aux troubles nerveux il les place sous la dépendance du déplacement secondaire des fragments et plus encore de l'hématome et de l'inflammation localisée des méninges rachidiennes. Sa conclusion est que si au début on observe de la douleur localisée et plus tard une ecchymose on devra traiter les malades par le repos prolongé dans le décubitus comme plus tard on pourra utilement recourir à la révulsion ignée et aux diverses opérations rachidiennes commandées par la compression.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

La tuberculose humaine chez le pigeon, par J. Auclair (*Arch. de médecine expérim.*, mai 1897, p. 277). — Les pigeons inoculés par la voie péritonéale, avec des bacilles tuberculeux humains, meurent, mais sans lésions tuberculeuses. Ils peuvent garder dans leur organisme des bacilles tuberculeux virulents 14 jours au moins après l'infection. Ces bacilles se localisent de préférence sur les organes, poumons et foie; l'auteur n'en a pas rencontré dans le sang. Ces bacilles inoculés à des cobayes ont produit exclusivement des tuberculoses locales à évolution lente.

Nouvelle méthode du traitement de la tuberculose chirurgicale, par Carl Janson (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1897, p. 318). — L'auteur a essayé les injections de cultures de streptocoques de faible virulence ou mortes. Il a produit un faible réaction locale en général, mais quelquefois des abcès dus à des impuretés. Il rapporte 16 observations recueillies chez des enfants et il attribue l'amélioration obtenue au traitement.

Étude du champignon du muguet, par M. Teissier (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1897, p. 253). — Les cultures du champignon du muguet sur gélose acide sont lisses, humides, non adhérentes; celles sur gélose alcaline sont plissées et adhérentes. Ces aspects correspondent à des différences morphologiques du champignon. Dans les milieux acides on ne rencontre que des formes-levures; dans les milieux alcalins on trouve surtout des filaments mycéliens. La forme-levure paraît être la forme la plus résistante du champignon.

Sur la gélose acidifiée par les acides acétiques, formique et lactique, le champignon produit en se développant l'alcalinisation du milieu et la forme-levure subit alors une certaine transformation filamenteuse. Il en est de même pour la levure de bière.

Le champignon du muguet ne fait pas fermenter la lactose. Ces données sont applicables à la clinique. L'acidité buccale tend vraisemblablement à favoriser au début le développement des formes-levures. La présence des filaments dans les couches profondes de la muqueuse peut s'expliquer par l'absence d'oxygène et par l'alcalinité du sang.

L'action favorable des alcalins s'explique par ce fait que l'alcalinisation du milieu solide employé pour la culture entrave la végétation du parasite. Les associations microbiennes qui produisent des acides, par exemple de l'acide lactique, favorisent la végétation, qui se fait mal, au contraire, dans le lait stérilisé.

Les expériences sur les animaux montrent que les formes-levures ont une activité pathogène plus grande.

CHIRURGIE

Lithiase rénale consécutive à une chute sur le dos (Steinbildung in beiden Nieren nach Sturz auf den Rucken), par WEBER (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 12, p. 306). — Un garçon de 19 ans tombe sur le dos du haut d'une échelle et est amené à l'hôpital avec une paralysie des deux membres supérieurs, du membre inférieur gauche, du rectum et de la vessie et autres symptômes relevant d'une commotion traumatique de la moelle épinière. Ces paralysies ne disparaissent complètement qu'au bout de 6 mois.

Six mois après, le malade, déjà complètement guéri, commence à présenter les signes d'une lithiase rénale qui s'aggrave rapidement et finit par emporter le malade d'une façon assez brusque. A l'autopsie on trouva les deux reins bourrés de calculs.

Comme le malade était jeune, sobre et vivait dans un pays où la lithiase rénale est rare, l'auteur suppose que la formation de calculs dans les reins a eu lieu consécutivement au traumatisme (hémorrhagie et déchirure possible des reins) et de par le traumatisme (chute sur le dos) que le malade a subi un an auparavant.

Des adénophlegmons tuberculeux de l'aisselle, consécutifs à la tuberculose pleuro-pulmonaire, par J. RENAULT et L. BERNARD (*Rev. des mal. de l'enf.*, 1897, n° 6, p. 257). — L'étude des trois observations réunies par les auteurs aboutit aux conclusions suivantes :

1° Il existe une forme d'abcès ganglionnaires aigus de nature tuberculeuse, que le bacille de Koch s'y trouve seul ou associé.

2° Ces adéno-phlegmons périphériques peuvent être liés à la tuberculose des territoires viscéraux desservis par les ganglions, et plus particulièrement à la tuberculose pleuro-pulmonaire. Les caractères distinctifs de ces abcès sont la brusquerie d'apparition de la tumeur immédiatement reconnue; la violence de l'irruption et l'abondance du pus auquel l'incision livre passage; l'aspect particulier de ce pus, séreux, mal lié, pus de suppuration tuberculeuse contrastant avec la rapide de la guérison locale de l'abcès.

3° Il sera possible de trouver, lorsqu'on les recherchera, des adénophlegmons non tuberculeux de l'aisselle, consécutifs à des infections non tuberculeuses des voies respiratoires.

Kystome multiloculaire de l'épiploon (Das multiloculäre Kystom der Netzes), par A. BERGMANN (*St. Petersb., med. Wochenschr.*, 1897, n° 3, p. 19). — L'observation se rapporte à un homme de 50 ans, soigné depuis 20 mois pour un catarrhe, puis pour un cancer de l'estomac. A l'examen on trouvait le ventre uniformément augmenté de volume, mat à la percussion et contenant du liquide. Une ponction donna issue à 5 litres de liquide hémorrhagique, une autre, faite quelques jours après, amena encore un litre et demi du même liquide.

L'opération, qui devait être une laparotomie exploratrice, montra l'existence dans l'abdomen d'une tumeur kystique énorme, mobile sauf en haut où elle paraissait fixée par des brides épiploïques. La ponction de la tumeur, qui donna issue à une quantité considérable de liquide, montra que le sac adhérait en haut intimement avec la paroi antérieure de l'estomac. Pour enlever complètement le sac il a fallu réséquer 7 centimètres de paroi stomacale. Les suites opératoires furent simples et le malade guérit.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'épiploon, contenant 9 litres de liquide. L'examen microscopique fit porter le diagnostic d'endothéliome carcinomateux.

Recherche du gonocoque dans les sécrétions génitales de la femme (Ueber den diagnostischen der weiblichen genital Secrete), par A. LANZ (*Alleg. med. Central. zeit.*, 1896, n° 68). — L'examen des sécrétions génitales a été fait chez 200 prostituées. Sur 55 qui présentaient seulement de l'endométrite, le gonocoque fut trouvé chez 10. Sur 86 qui avaient de l'endométrite et de l'uréthrite, le gonocoque a été constaté chez 32. Sur 35 qui avaient de l'endométrite, de l'uréthrite et de la bartholinite, 19 avaient des gonocoques. Enfin chez 8 qui avaient de l'endométrite et de la bartholinite, le gonocoque fut trouvé chez 3.

Céphalhydrocèle traumatique (Zur Casuistik der Cephalhydrocele traumatica), par A. BERGMANN (*Saint-Peters. med. Wochenschr.*, 1897, n° 8, p. 61). — Il s'agit d'un enfant de 9 mois chez lequel, à la suite d'une chute de son berceau, apparaît sur la région temporale gauche une tumeur qu'on traite pendant 15 jours comme un hématome. A l'hôpital, on reconnaît la tumeur pour une céphalhydrocèle d'autant plus aisément que la ponction avec la seringue de Pravaz amène un liquide clair et transparent et qu'à la palpation on reconnait l'existence d'une fente limitée par des bords osseux.

L'opération a consisté à mettre à nu la tumeur, à la réduire après égalisation des bords osseux de la fente et à rapprocher les deux bords par 6 fils d'argent. Suites opératoires simples. Guérison.

Coxa vara et arthrite déformante de la hanche (Coxa vara und Arthritis deformans coxæ), par K. MAYDL (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n°s 10, 11 et 12). — Dans son travail basé sur l'étude de deux cas de la coxa vara (incurvation du col du fémur) et de deux cas d'arthrite déformante de la hanche ayant évolué avec les symptômes de coxa vara, l'auteur essaie d'établir les signes qui permettent de faire le diagnostic différentiel de ces deux affections. Les 4 cas que l'auteur rapporte furent traités par la résection typique de la hanche.

Les signes communs aux deux affections sont les suivants. La coxa vara, comme l'arthrite déformante, survient spontanément ou à la suite d'un traumatisme, débute chez des adolescents ordinairement vigoureux, à squelette massif; dans les deux affections, il existe un stade douloureux, où les douleurs du côté de l'articulation malade amènent des troubles fonctionnels pouvant aller jusqu'à l'abolition complète des fonctions du membre; dans les deux cas on trouve une position vicieuse du membre (flexion modérée avec abduction ou adduction modérées et rotation en dehors très accusée) avec un raccourcissement peu accusé (1 à 2 centimètres) ou même nul; dans les deux cas enfin, on peut trouver une position élevée du trochanter formant angle, et une atrophie des muscles de la hanche et de la cuisse.

Les signes qui, d'après l'auteur, permettraient d'établir le diagnostic différentiel, sont les suivants.

Dans la coxa vara, l'incurvation à angle droit du col doit amener un élargissement de la hanche. Dans l'arthrite déformante, où à un moment donné le col du fémur s'atrophie, cet élargissement de la hanche fait défaut.

Dans l'arthrite déformante, on peut quelquefois sentir à travers les parties molles les saillies osseuses qui recouvrent le col du fémur. Ces saillies n'existent pas dans la coxa vara; toutefois dans la coxa vara, la palpation du col incurvé peut donner la sensation d'une saillie osseuse.

L'auteur admet que ces deux signes sont insuffisants pour établir d'une façon certaine le diagnostic différentiel. En publiant ces faits, il désire attirer l'attention des chirurgiens sur ces deux affections qui, au point de vue clinique, présentent une très grande ressemblance.

Compression intra-abdominale temporaire de l'aorte ou de ses grosses branches dans les opérations sur le bassin ou l'abdomen (Ueber intra-abdominale temporäre Kompression der Aorta, u. s. w.), par LENNANDER (*Centralb. f. Gynäkol.* 1897, n° 17, p. 451). — Conclusions :

1° La compression large de l'aorte avant sa bifurcation rend le petit bassin et ses organes presque complètement exsangues.

2° La compression de l'artère iliaque primitive contre la colonne vertébrale ou le sacrum au-dessus de l'articulation sacro-iliaque permet d'opérer presque à sec dans la moitié correspondante du bassin.

3° Cette compression peut être prolongée pendant 45 minutes sans provoquer d'accidents ; mais dans les opérations ordinaires la compression n'est nécessaire que pendant un temps infiniment moins long.

4° Quand on cesse la compression il faut s'attendre à l'apparition des troubles cardiaques par parésie vasomotrice et pré-

parer tout ce qui est nécessaire pour une injection intra-veineuse de sérum artificiel.

5° La compression de l'artère linéale contre le bord supérieur du pancréas et celle de l'artère rénale contre la colonne vertébrale peuvent rendre des services dans les opérations sur ces deux organes.

Nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales (Ein neuer Verfahren der Radikalbehandlung der Leistenhernien), par Th. Jonnesco (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 12, p. 337). — Dans le nouveau procédé de l'auteur les modifications portent sur l'oblitération de l'anneau. Après l'incision de ce dernier dans toute son étendue on fait une suture à trois étages. Le premier étage est formé par une suture à points séparés prenant la face interne du ligament de Poupart et l'aponévrose des muscles transverse et oblique interne, et continuée jusqu'à l'orifice externe de l'anneau où on laisse une place suffisante pour le passage du cordon. Le second étage est formé par une suture à points séparés comprenant les muscles oblique, interne et transverse et le ligament de Poupart. Comme elle passe sous la couche inférieure, elle ferme complètement le canal inguinal. Le troisième étage est formé par l'aponévrose du muscle oblique externe; la suture passe aussi sous la couche inférieure. En dedans, où le muscle oblique interne n'existe plus, on a seulement deux étages; on suture aussi le ligament de Poupart avec l'aponévrose de l'oblique externe en conduisant le fil à travers la paroi postérieure. Au niveau de l'anneau externe on réunit les deux piliers de l'oblique externe avec la couche sous-jacente. Ces trois étages de suture ferment complètement l'anneau interne et le canal inguinal.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 27 Avril 1897.

La pathogénie de la paralysie agitante.

M. Cuylits. — Les modifications qui s'observent dans la structure des neurones et de leurs prolongements dans la paralysie agitante sont discutés. MM. Heger et Demoor obtiennent par irritation un état moniliforme de ces prolongements; MM. Van Gehuchten et De Rechter prétendent observer cet aspect régulièrement sur le cadavre.

M. Pechère. — Ces dernières constatations confirment simplement le phénomène observé par Demoor. Celui-ci se sert en effet dans ses expériences de substances hypnotiques, stupéfiantes, qui diminuent la vitalité de la cellule nerveuse. Dans les observations recueillies sur le cadavre, on se trouve, somme toute, en présence d'une diminution d'activité cellulaire poussée au dernier terme, puisque l'élément a cessé de vivre. Rien d'étonnant dès lors à ce que les prolongements des neurones affectent un aspect semblable dans les deux cas.

M. Cuylits. — Il s'agit ici d'une question de mots. Les hypnotiques employés agissent en réalité par irritation sur la cellule nerveuse.

M. Pechère. — Je ne puis me rallier à cet avis. Il y a des substances provoquant une excitation de l'activité cellulaire, d'autres qui la modèrent. Ce sont ces dernières que Demoor a employées (morphine, chloral, chloroforme) quand il a observé les phénomènes en discussion.

M. Vandervelde. — Si les recherches faites sur les pièces fraîches me paraissent concluantes, je n'accepte que sous toutes réserves les constatations faites sur le cadavre. L'autopsie n'est pratiquée que 24 à 48 heures après la mort, et les pièces que l'on recueille sont déjà en voie de décomposition. M. Cuylits dit du reste dans son travail : « Sur le cadavre, les prolongements protoplasmiques des neurones ne sont pas exempts de granulations, de coagulation. » Après cette affirmation, M. Cuylits accepte sans réserve les conclusions de MM. Azoulay et Klippel, qui affirment que la démence paralytique consiste en une rétraction des prolongements protoplasmiques des neurones. Ces recherches ont cependant été faites sur le cadavre.

M. Cuylits va plus loin et, se basant sur l'existence d'un tremblement semblable dans la démence sénile et la paralysie agitante, conclut, sans avoir étudié les lésions cérébrales dans la maladie de Parkinson : « La paralysie agitante est caractérisée par la dissociation ou la rétraction persistante des prolongements protoplasmiques des neurones moteurs corticaux. »

Il y a donc lieu d'attendre, avant de se rallier aux conclusions de M. Cuylits, la démonstration de ces deux faits : *a*) les lésions décrites à propos de la démence sénile ne sont pas imputables à la putréfaction; *b*) on trouve des lésions cérébrales semblables dans la paralysie agitante.

M. Le Bœuf. — M. Cuylits, après avoir passé en revue les symptômes de la paralysie agitante, trouve qu'en dernière analyse il ne reste de caractéristique que le tremblement. En second lieu, il estime que ce trouble fonctionnel est dû à la modification anatomique des prolongements des neurones corticaux.

Je ne puis me rallier à la simplification apportée par M. Cuylits dans la symptomatologie de l'affection. Celle-ci est aujourd'hui reconnue comme une maladie bien définie, dont la nature n'est pas encore établie, mais dont les symptômes sont caractéristiques. L'attitude et la figure du parkinsonien sont classiques. La façon spéciale dont il marche et se redresse est signalée par tous les auteurs. L'état de contracture dans lequel se trouvent les muscles est également remarquable.

M. Cuylits explique cet habitus par les efforts persévérants que fait le malade pour résister au tremblement qui l'assiège : les autres affections qui provoquent des tremblements ne déterminent cependant pas d'attitude analogue.

Quant au mécanisme du tremblement, il n'est probablement explicable que par une modification de structure dans les prolongements des neurones. Il semble difficile d'accepter cette explication après les constatations faites par M. Vandervelde sur le cadavre et après les recherches de M. de Rechter que signale M. Cuylits lui-même.

Il s'agit, en effet, dans ce cas d'un cerveau de cobaye (embryon à terme) dont les coupes traitées par la méthode de Golgi ont démontré l'existence d'innombrables granulations le long des prolongements protoplasmatiques.

Devons-nous en conclure que cet embryon de cobaye fût atteint de la maladie de Parkinson? Il n'y a donc pas là de lésion propre à la paralysie agitante.

M. Cuylits. — Je crois cependant pouvoir définir celle-ci : une maladie caractérisée par la dissociation ou la rétraction persistante des prolongements protoplasmiques des neurones corticaux moteurs, et je considère comme absolument accessoires et secondaires les symptômes autres que le tremblement.

M. Le Bœuf. — Charcot a signalé la possibilité d'une paralysie agitante où le tremblement fit défaut.

M. Cuylits. — Dans le cas signalé, le tremblement a paru à la fin de la maladie, et c'est lui qui a permis de poser le diagnostic.

M. Le Bœuf. — L'affection n'en avait donc pas moins évolué avec d'autres symptômes que le tremblement, et ce dernier ne peut pas être considéré comme seul pathognomonique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

Séance de Mai 1897.

Constitution intime de la cellule nerveuse centrale.

M. Heger présente à la Société une communication préliminaire dont l'auteur est M[lle] Micheline Stefanowska, docteur en sciences de la Faculté de Genève. Les recherches ont été faites au laboratoire de physiologie de l'Institut Solvay.

Le travail de Mlle Stefanowska est le complément des travaux antérieurs sur la structure intime des cellules pyramidales du cerveau et de leurs prolongements. On sait que ces cellules possèdent, en dehors de leur prolongement cylindraxile, une série de filaments ramifiés (dendrites) dont la plasticité est maintenant démontrée. Ces prolongements se modifient pendant la fatigue de la cellule, pendant l'épuisement de celle-ci; ils prennent un aspect moniliforme, qui a été décrit et étudié par Demoor. Jusqu'ici, on avait soupçonné l'existence d'autres ramifications venant se fixer sur ces prolongements. En faisant des coupes très minces et en les étudiant à un fort grossissement, Mlle Stefanowska est parvenue à démontrer l'existence de corpuscules pédiculés, se fixant sur les ramifications dendritiques et jouissant, eux aussi, d'une certaine plasticité. Ces corpuscules (corpuscules piriformes) réaliseraient un mode de contact jusqu'ici non décrit entre les différents éléments pyramidaux. Les changements observés dans la structure de ces éléments pendant la période d'épuisement de la cellule sont de nature à appuyer cette hypothèse.

Le travail de Mlle Stefanowska est un pas en avant dans l'étude de la structure intime de la cellule nerveuse et des rapports existant entre les éléments constitutifs des centres nerveux supérieurs.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ozène vrai par l'électrolyse interstitielle cuprique,

D'après M. le Dr P. Hugues.

Bien que l'ozène vrai ait une tendance spontanée à la guérison lorsque les malades atteignent l'âge de 35 à 40 ans, il n'en constitue pas moins une infirmité grave et pénible, contre laquelle on a dirigé de nombreux traitements ayant pour objet tantôt la guérison, tantôt l'atténuation des symptômes.

Cette atténuation s'obtient par la suppression des croûtes : il suffit pour cela d'irriter par n'importe quel moyen la muqueuse nasale et en augmenter ainsi les sécrétions.

Les traitements appelés curatifs ont jusqu'ici peu tenu leurs promesses; ils prétendent agir sur la cause du mal, et celle-ci est trop mal connue pour qu'ils soient efficaces. Néanmoins il faut faire une place à part à l'électrolyse interstitielle cuprique que préconise M. le Dr Hugues (1) dans un récent travail.

C'est en effet un traitement qui semble assez rationnel, et dont l'action sur les troubles sécrétoires, par suite sur la fétidité est indiscutable. Voici le manuel opératoire et la technique de cette méthode thérapeutique.

Toutes les sources d'électricité peuvent être utilisées pour pratiquer l'électrolyse médicale pourvu qu'elles soient assez intenses et rendues maniables au moyen d'appareils spéciaux. Deux instruments sont indispensables, un bon rhéostat et un milliampéremètre; le rhéostat pour graduer les quantités électriques, le milliampèremètre pour les mesurer d'une façon exacte. Les électrodes qui font arriver le courant dans le circuit sont formées d'aiguilles : au pôle positif on place une aiguille en cuivre rouge, au pôle négatif, une aiguille en acier ou en platine. Pendant l'opération ces aiguilles seront isolées l'une de l'autre au moyen d'un caoutchouc interposé entre elles. Ceci résume tout l'outillage nécessaire pour pratiquer l'électrolyse.

Le nez a été nettoyé, et il est cocaïné. On plante les aiguilles, l'aiguille de cuivre qui représente le pôle positif est enfoncée dans le cornet moyen, l'aiguille d'acier, pôle négatif, est plantée soit dans le cornet inférieur, soit dans la cloison du nez. Ceci fait, il faut s'assurer qu'il n'existe aucun contact entre les aiguilles, il se formerait un court circuit, ce dont on se rendrait compte au milliampèremètre, car l'aiguille monterait immédiatement au plus haut point. On fait passer le courant et graduellement on porte son intensité à 10 ou 12 milliampères, sans jamais dépasser 15 milliampères. Si tous les instruments employés sont en bon état, et si l'on a soin de progresser graduellement, l'opération est indolore, tous les malades la supportent fort bien.

Reste à mesurer la quantité d'électricité à employer, et par suite la durée de l'opération. Ici les avis sont partagés; 12 à 14 coulombs ne doivent jamais être dépassés et pour M. Garel on doit arriver à ce produit en employant de faibles intensités pendant un temps assez long. Tel n'est point l'avis du Dr Cheval qui préfère employer des intensités plus fortes, pendant un temps plus court.

A la fin de la séance, l'aiguille de l'ampèremètre est ramenée doucement à 0, le courant est même légèrement renversé afin que les aiguilles placées dans le nez puissent être retirées plus aisément.

Pendant les quelques jours qui suivent la séance, les malades accusent un certain bien-être, ils mouchent mieux, ils n'ont presque plus d'odeur. Si cela est utile on recommence 10 à 15 jours plus tard une seconde séance d'électrolyse semblable à la première.

Des guérisons durables et définitives ont-elles été obtenues par l'électrolyse interstitielle cuprique dans des cas d'ozène vrai bien caractérisés? La chose est certaine, les affirmations très catégoriques du Dr Cheval et du Dr Capart de Bruxelles en font foi. La statistique de ces derniers est même très encourageante. Entre d'autres mains, l'électrolyse n'a pas semblé donner d'aussi bons résultats. Voici ceux de M. Hugues : sur 17 cas traités, 3 guérisons chez des personnes de plus de 30 ans, 2 guérisons douteuses chez des sujets au-dessous de 20 ans; 6 cas ont été heureusement modifiés, chez les autres il n'y a pas eu de modification sensible.

Si l'on considère combien la thérapeutique est désarmée en présence des cas d'ozène, du moins pour ce qui est du traitement curatif, on est obligé de reconnaître le progrès réalisé par la nouvelle méthode. C'est déjà beaucoup d'avoir quelques guérisons définitives, et les autres méthodes préconisées pour le traitement curatif de l'ozène, le massage vibratoire et les injections de sérum antidiphthérique, n'ont pas à beaucoup près, donné les mêmes résultats.

Faut-il s'étonner outre mesure de notre impuissance vis-à-vis de cette affection? On ne sait pas d'une façon certaine quelles sont les causes qui produisent l'ozène, on ne sait pas même bien exactement quelles sont toutes les lésions de l'ozène. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'au moment où nous reconnaissons cette maladie, il y a déjà, et ceci d'une façon constante, de l'atrophie de la muqueuse nasale et de l'atrophie des glandes. Or, sur quelque organe qu'on rencontre les lésions atrophiques, on sait combien elles échappent d'une façon à peu près absolue aux actions thérapeutiques.

Puisque quelques chances de guérison définitive semblent données aux ozéneux par l'électrolyse cuprique, il sera légitime de l'essayer : car, outre le succès possible, elle est, de toutes les tentatives dirigées contre cette maladie, celle dont l'application est la plus simple et surtout la moins dangereuse.

R. Sarremone.

1. De l'ozène vrai et en particulier de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique (th. de Lyon 1897).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Oxyde jaune de mercure.

Solubilité. — L'oxyde jaune de mercure est à peu près insoluble dans l'eau ; il agit à la manière des préparations insolubles.

Action thérapeutique. — Nous ne reviendrons pas sur les inconvénients, tant de fois signalés et démontrés au cours de ces articles, de l'usage, en pratique courante, des préparations insolubles de mercure. L'oxyde jaune, après avoir été vanté comme la plus héroïque des combinaisons insolubles, s'est trouvé à l'usé infidèle, plus toxique que l'huile grise, et aussi fertile en

accidents que le calomel, sans en avoir l'efficacité. Nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet : le médecin qui veut *quand même* s'adresser aux injections insolubles doit, dans les cas graves, faire choix du calomel, dans les cas moyens ou bénins, se servir de l'huile grise. Quant aux autres produits de même ordre, ils doivent jusqu'à de nouveaux travaux, être impitoyablement abandonnés.

DOSE USUELLE. — L'oxyde jaune s'emploie à la dose de 5 à 10 centigrammes par piqûre et à raison d'une injection tous les cinq jours.

EFFETS DE L'INJECTION.

Les suites immédiates ou éloignées des injections d'oxyde jaune sont celles de toutes les préparations insolubles : un peu moins de douleur peut-être qu'avec le calomel et un peu plus qu'avec l'huile grise. Les abcès, les nodus, stomatites, entérites et autres accidents locaux et généraux sont fréquemment notés dans les observations.

FORMULES

Voici trois formules d'oxyde jaune dont les auteurs auraient obtenus quelques bons effets thérapeutiques.

Oxyde jaune de mercure. . . . . 1 gr. 50
Vaseline liquide *stérilisée*. . . . . 15 gr.
1 centimètre cube tous les 5 jours.

(BALZER.)

Oxyde jaune de mercure. . . . . 1 gr.
Eau gommée *stérilisée*. . . . . . 30 gr.
1 centimètre cube tous les 15 jours.

(WATROSZENSKI.)

Oxyde jaune de mercure. . . . . 1 gr.
Vaseline liquide *stérilisée*. . . . . 9 gr.
1 centimètre cube.

(BOYMOND.)

Ces doses sont en général trop élevées pour être facilement maniables, sauf de la formule de WATROSZENSKI. Dans le cas où on expérimenterait ces mélanges il serait prudent de ne pas dépasser 5 centigrammes d'oxyde jaune par injection. Nous repoussons, bien entendu, l'eau gommée comme véhicule.

G. MAURANGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La thèse de doctorat.

Comme le précédent sur les examens de doctorat (voir *Gazette* p. 611) et pour le même motif, l'article ci-dessous est le reproduction de celui qu'a publié le 15 juin dernier la *Gazette des hôpitaux*.

Voici venir la fin de l'année scolaire et avec elle vont naître des centaines de nouveaux docteurs, c'est dire qu'à la Faculté de médecine, les soutenances de thèses se suivent et se précipitent devenant chaque jour plus nombreuses. Maintes fois nous avons eu l'occasion d'exprimer ici notre opinion sur la valeur scientifique de ces thèses, très coûteuses pour l'élève, encombrantes et nulles au point de vue scientifique. Mais la routine continue à triompher et la thèse résiste aux assauts combinés du bon sens et de la raison.

Les élèves, d'ailleurs, se rendent compte de l'inutilité d'un effort quelconque ; et les travaux présentés continuent à n'avoir qu'un intérêt très médiocre. L'idée première de la thèse est souvent des plus insignifiantes, et, pour la soutenir, le candidat ramasse à coup de ciseaux, dans les journaux, dans les revues, dans les thèses précédemment parues, de quoi composer son texte, véritable manteau d'Arlequin. Mais voici qui devient plus fort. Les étudiants, à la veille de passer leur thèse, reçoivent à domicile un prospectus d'une maison d'édition où il est imprimé en italique : *La maison se charge de fournir des manuscrits de thèses de médecine à tout candidat qui en feront* (sic) *la demande.*

Un tel prospectus, lancé par centaines d'exemplaires, ne pouvait pas ne pas s'égarer en dehors du cercle intéressé; aussi l'un d'eux tomba-t-il entre les mains d'un de nos confrères de la presse politique.

Notre confrère, sa curiosité mise en éveil, s'achemina dès le lendemain vers le Quartier latin, et après enquête paraissait dans son journal, sous ce titre suggestif : QUI VEUT DES THÈSES ? un article dont voici les principaux passages :

« Une dame d'allure quelconque me reçoit et, lui mettant sous les yeux le prospectus de sa maison, je lui raconte en quelques mots que j'ai subi tous mes examens de médecine, qu'il me reste à passer ma thèse de docteur, que je n'ai pu préparer faute de temps. Je prie cette dame de me rendre le service de me procurer la thèse indispensable que je n'aurais qu'à signer.

« — Rien de plus facile, Monsieur, me répond la dame ; je puis vous fournir une excellente thèse ordinaire à 200 francs; si vous voulez un sujet plus distingué, ce sera 500, et pour une thèse remarquable en tous points et dont on parlera, ce sera 1 000 francs.

« Je réplique à l'honorable libraire que je suis un modeste, qu'une bonne petite thèse quelconque me suffira, et que 200 francs me paraissent même un prix exagéré. Nous discutons un peu et tombons enfin d'accord au prix de 150 francs.

« Le prix étant définitivement fixé, je demande alors si je puis savoir quel sera le sujet de ma thèse.

« — Cela, il m'est impossible de vous le dire, me répond mon interlocutrice, car je l'ignore moi-même; mais repassez demain, je verrai aujourd'hui s'il y en a de prêtes, dans le cas contraire, ce ne sera qu'une affaire de quelques jours pour vous remettre le manuscrit.

« Sur ces mots, nous nous quittons, la marchande et moi, les meilleurs amis du monde.

« Et maintenant, que dire de ma découverte ? Tonner en phrases indignées contre le commerce immoral du marchand ? Déplorer en termes amers cet avilissement de certains étudiants qui, par leur paresse, ont facilité l'extension de pareils faits ? Crier au scandale, à l'abus, et demander au doyen de la Faculté de médecine de sévir ? Ce n'est point là mon rôle. »

Ne suivons pas l'auteur de l'article dans les considérations que lui suggère son enquête personnelle. Pour nous, médecins, nous devons déplorer vivement de pareilles mœurs. Ou la thèse est inutile et il faut la supprimer : c'est notre avis. Ou elle est utile, et alors ce doit être une épreuve sérieuse, toute différente de ce qu'elle est actuellement.

De tels faits, répandus dans la masse du public par les journaux politiques, ne contribueront pas encore à rendre à la profession l'estime et la considération que lui font perdre les vilenies et les mauvaises actions de quelques-uns, et à nous relever de cette période de suspicion que les mauvaises pratiques ambitieux sans scrupules font injustement peser sur la corporation tout entière.

G. MASSON, *Propri taire-Gérant*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Œdème pulmonaire et anévrysme du cœur (p. 661).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Erythème radiographique (p. 662). — Peste. — Excitation des nerfs. — Grand sympathique. — Action des rayons Röntgen sur la rétine. — Gastralgies du tabès dorsal (p. 663). — Tuberculose de la carpe. — Toxicité des peptones. — Localisations de la morphine. — *Société anatomique :* Maladie de Basedow. — Tumeur mixte du voile du palais (p. 664). — Sarcome plongeant du corps thyroïde. — *Société de biologie* : Circonvolutions du cerveau. — Influence de la vaccination sur la nutrition. — Proteus. — Bacillus subtilis virulent. — Fonctions motrices de l'estomac du chien. — Injections d'eau salée glacée (p. 665). — Syringomyélie. — Angiocholite infectieuse. — *Société de chirurgie :* Cancer du rectum. — Hystérectomie abdominale totale (p. 666). — Sarcome des ganglions du cou. — Sac herniaire. — Bougie de Hegar. — Présentation d'instruments. — *Société médicale des hôpitaux :* Lèpre (p. 667). — Sténose pylorique. — *Société obstétricale et gynécologique :* Avortement incomplet (p. 668). — Métrorrhagie de la ménopause. — Môle hydatiforme. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie :* Nævus vasculaire. — Urticaire chronique. — Erythrodermie desquamative. — Hérédo-syphilitiques. — Chancres syphilitiques (p. 669). — Ulcération phagédénique. — Pyodermite eczématiforme. — Chancre induré du poignet. — Mycosis fongoïde. — Forme papulo-érythémateuse de tuberculides (p. 670). — *Société chirurgicale de Lyon :* Cancer du rectum (p. 671)

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de dermatologie de Berlin :* Carcinome de la langue. — Tabès et syphilis tertiaire (p. 671). — *Société belge de chirurgie :* Goitre exophthalmique. — Abcès pleuro-diaphragmatique. — Extirpation du muscle sterno-cléido-mastoïdien pour torticolis. — Ablation du sein, du bras, de la clavicule et de l'omoplate pour cancer du sein. — Thyroïdectomie. — Hystérectomie par le procédé des ligatures (p. 672).

CLINIQUE MÉDICALE

Œdème pulmonaire et anévrysme du cœur,

Par M. le Dr Pierre Parisot,

Agrégé à la Faculté de Fancy, chargé de la clinique des maladies des vieillards,

et M. Louis Spillmann,

Interne des hôpitaux de Nancy.

Nous avons observé, à la clinique de l'hospice Saint-Julien, une malade atteinte d'anévrysme du cœur, qui a présenté à plusieurs reprises des symptômes d'œdème pulmonaire aigu et qui a succombé en quelques heures à cette complication.

Nous nous sommes demandé s'il y avait un rapport entre l'anévrysme du cœur et l'œdème pulmonaire. Cette complication de l'anévrysme cardiaque doit être très rare puisque dans les cas que nous avons relevés, nous n'en avons trouvé qu'un seul (1) où l'œdème pulmonaire fût manifeste. Laurent dans sa thèse (2) ne cite pas l'œdème pulmonaire comme un mode de terminaison de l'anévrysme du cœur.

Quant à l'observation d'Andral (3), elle n'a pas trait à un anévrysme vrai du cœur, mais à ce que l'on désigne actuellement sous le nom de dilatation avec hypertrophie des parois du cœur ; elle ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

Voici, dans tous les cas, le fait que nous avons observé au double point de vue clinique et anatomique :

1. Observation de Jacquet rapportée ns la thèse de Laurent (*Progr. méd.* 1883, p. 172).

2. Laurent, Evol. anat. et clin. des anévrysmes de la pointe du cœur (th. Paris, 1894).

3. Andral, *Clinique médicale,* 1840, t. III.

La nommée J..., âgée de 69 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice Saint-Julien le 11 janvier 1897.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Elle se plaint depuis environ trois mois de gêne respiratoire et d'étouffements.

11 janvier (matin). Femme de taille moyenne, obèse. Face légèrement bouffie, œdème des membres inférieurs. Apyrexie.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamillaire.

Les bruits sont réguliers et bien frappés. Sans souffle.

Pouls faible, mais régulier, égal.

La malade accuse une douleur assez vive au niveau de la région précordiale; cette douleur n'est pas persistante, elle revient par accès. Les urines sont peu abondantes (600 à 700 gr.) : elles sont claires et ne renferment pas d'albumine.

Du côté de l'appareil respiratoire, exagération de la sonorité en avant et matité aux deux bases. Expiration prolongée aux sommets, et aux deux bases râles sous-crépitants.

Appétit conservé. Digestions bonnes. Dimensions normales du foie et de la rate. Ventre souple.

11 janvier (soir). La malade est prise brusquement d'un accès dyspnéique intense.

Elle sent, dit-elle, sa poitrine serrée comme dans un étau. Les mains sont froides, cyanosées. La figure est bouffie, œdématiée, les lèvres violacées. L'œdème des membres inférieurs est notable, la gène respiratoire est intense, la respiration sifflante.

A l'auscultation des poumons, on trouve des râles sous-crépitants, fins depuis le sommet jusqu'à la base. Rien au cœur; le pouls est petit, faible.

Cette crise cesse au bout de trois quarts d'heure, à la suite d'injections d'éther et d'application de ventouses. Elle se termine par le rejet d'une expectoration aqueuse très abondante, aérée, mousseuse.

Vers six heures la malade est soulagée, la respiration se fait facilement, les râles sous-crépitants ne s'entendent plus qu'aux bases.

Le pouls est toujours faible.

12 janvier. Crachats spumeux abondants. Les jours suivants la malade a trois crises qui surviennent vers sept heures du soir. La dyspnée reste continue.

Traitement. — Teinture de strophantus au 1/20, XII gouttes.

18 janvier. Les râles ont en partie disparu. Le pouls est plus régulier, plus tendu, et la dyspnée moins forte.

22 janvier. Suppression du strophantus; l'œdème des membres inférieurs a presque totalement disparu.

24 janvier. Nouvel accès d'étouffements qui dure de 6 à 9 heures du soir. Cette crise est suivie comme les précédentes d'une expectoration spumeuse abondante.

Traitement. — Teinture de strophantus.

La quantité des urines augmente.

20 février. Violent accès de dyspnée, sans qu'on perçoive rien d'anormal au cœur. Cet accès ressemble en tous points à ceux que nous avons décrits antérieurement.

Le 29 mars à 8 heures du soir, la malade qui avait mangé comme d'habitude, se trouvait bien, avait seulement un peu d'œdème aux jambes, est prise d'oppression. La figure est cyanosée, les extrémités sont froides, la respiration s'accélère et devient de plus en plus difficile. De nombreux râles s'entendent dans la poitrine. Les yeux se convulsent et la mort survient au bout de dix minutes.

Autopsie. — *Appareil respiratoire.* — L'aspect extérieur des poumons ne révèle rien de particulier sauf un léger degré de congestion des bases, et un emphysème manifeste aux sommets et en avant.

L'incision du parenchyme donne issue à une sérosité abondante, un peu jaunâtre, transparente, spumeuse.

Appareil circulatoire. — Le cœur est légèrement augmenté de volume, surchargé de graisse.

Les adhérences de la pointe et de la face antérieure avec le péricarde, sont nombreuses. Les valvules sont normales.

A l'ouverture du ventricule gauche on constate la présence d'un anévrysme de la pointe, du volume d'une petite orange ; la cavité anévrysmale est remplie par un volumineux caillot stratifié, l'anévrysme occupe la pointe, la paroi postérieure et la cloison interventriculaire sur une hauteur de 5 centim. environ. A ce niveau la paroi ventriculaire est réduite à quelques fibres musculaires entourées de tissu scléreux. Cet anévrysme fait saillie à l'intérieur du ventricule droit dont la capacité est de ce fait notablement diminuée.

Epaisseur de la paroi du ventricule gauche : 2 cent.
— — droit : 1 cent.
— du caillot recouvert de quelques fibres musculaires du cœur : 2 cent.

L'artère coronaire gauche est fortement athéromateuse. Sa lumière a presque totalement disparu, ainsi que des coupes microscopiques ont pu nous le démontrer. L'artère coronaire droite présente les mêmes lésions, mais à un degré moindre. L'aorte est très athéromateuse. Les reins sont petits, la décortication en est facile; leur surface est granuleuse; la substance corticale est atrophiée. On note dans leur parenchyme des cicatrices d'infarctus. Le foie est légèrement cirrhosé. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

A la suite de l'exposé de cette observation, nous allons résumer un fait qui offre certaines analogies avec le nôtre; il est dû à Jacquet (1).

Q..., âgé de 76 ans. — *7 février 1882* : Hémiplégie gauche; artères dures, scléreuses; pouls régulier, un peu fort; bruits du cœur nets à la pointe et à la base, pas de souffle; urines normales.

6 janvier. — Violent accès de dyspnée dans la nuit; respiration difficile.

27 mars. — Nouvel accès de dyspnée.

25 mai. — Dyspnée; respiration stertoreuse; température : 40°5.

26 mai. — Mort.

Autopsie. — *Poumons.* — Un peu d'emphysème; œdème considérable aux deux bases; le tissu pulmonaire est à peine friable, ce qui dénote surtout de l'œdème avec congestion sans hépatisation.

Cœur. — Dilatation du ventricule gauche, surtout à la pointe; adhérences péricardiques anciennes à ce niveau; amincissement considérable de la paroi du ventricule, dilatée en forme d'anévrysme; endocarde et péricarde viscéral sont accolés entre eux, sans traces de fibres musculaires; caillot stratifié à l'intérieur de l'anévrysme; valvules intactes, sauf de petits noyaux d'athérome.

Reins. — Petits; atrophie de la substance corticale; pas d'infarctus.

L'athérome de l'aorte n'est pas mentionné, mais il est probable, attendu qu'à 76 ans l'athérome de l'aorte fait rarement défaut surtout lorsqu'il existe de l'athérome des valvules.

M. Huchard, dans une récente communication faite à l'Académie de médecine, admet comme filiation pathogénique de l'œdème pulmonaire : les troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par périaortite, l'augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation, l'insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit. Nous adoptons volontiers ce mécanisme, mais nous pensons que si l'aortite et la péri-aortite jouent un rôle prépondérant dans ce cycle morbide, elles ne peuvent toujours, à elles seules, constituer une cause efficiente.

Les cas d'athérome de l'aorte sont très nombreux dans les services de vieillards, et, à l'hospice Saint-Julien, depuis plusieurs années, nous avons, aux autopsies, constaté des aortites avec périaortite sans rencontrer d'œdème aigu du poumon. Nous pensons donc que d'autres causes adjuvantes sont souvent nécessaires, et nous estimons que l'anévrysme du cœur est de celles-là. Les deux observations que nous venons de relater viennent à l'appui de cette manière de voir, et, pour ne parler que de celle qui nous est personnelle, nous ne saurions trop insister sur les modifications que l'anévrysme du cœur a fait subir aux dimensions du ventricule droit. En occupant la paroi interventriculaire, il est venu faire saillie dans l'intérieur de la cavité droite pour faire obstacle à la contraction de ce ventricule.

Aussi est-il facile de concevoir comment l'anévrysme du cœur favorise l'insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit.

Nous n'allons pas jusqu'à dire qu'il fait naître à lui seul cette insuffisance, car dans l'enquête que nous avons faite sur des cas similaires d'anévrysmes du cœur, nous n'avons trouvé qu'une seule fois la terminaison par œdème aigu du poumon.

Nous en arriverons donc à cette conclusion que l'œdème aigu du poumon qui relève d'un trouble de l'innervation cardio-pulmonaire par périaortite est favorisé d'une manière toute spéciale par la présence d'un anévrysme occupant la paroi interventriculaire et la pointe du cœur.

C'est sur cette dernière particularité que nous avons désiré, dans cette note, attirer l'attention (1).

1. Jacquet, *Progrès médical*, 1884, p. 172, et thèse de Laurent, Paris, 1894.

1. *Rev. méd. de l'Est*, 1897, p. 391.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 31 mai, 14 et 21 juin 1897.

Erythème radiographique des mains.

MM. P. Richer et **A. Londe**. — Chez deux électriciens de profession, qui dès le début de la découverte de Röntgen se sont livrés avec ardeur à l'étude des rayons X, nous avons observé une affection cutanée spéciale, siégeant exclusivement aux mains et présentant les caractères suivants :

La peau est lisse, luisante, rouge, violacée, offrant un peu la coloration des engelures. La surface en est durcie, comme parcheminée. La peau paraît un peu épaissie et se laisse difficilement déplacer sur les parties profondes. Les plis, rides et sillons sont très accentués ; le fond des plis, d'aspect blanchâtre, s'ulcère quelquefois.

L'épiderme s'écaille et s'enlève par places. La face palmaire, dans un de nos cas, présente le même aspect de sécheresse, de dureté et de plis blanchâtres.

Les poils de la face dorsale de la main et des doigts ont complètement disparu, et leur place est marquée d'un point noir correspondant au bulbe pileux. Sur un de nos sujets, l'annulaire, muni d'une grosse bague en or, a conservé à ce niveau l'aspect normal de la peau. A la face dorsale existe encore une petite touffe de poils, les seuls qui persistent sur toute la main.

Les ongles n'ont pas subi une altération moins profonde ; ils sont aplatis, amincis, friables, striés, comme plissés longitudinalement et douloureux à la pression.

Les mouvements des doigts et de la main, dans leur ensemble, sont gênés par la raideur de la peau. On observe un léger degré de tremblement.

Il n'existe pas de douleur à proprement parler, mais une sensation de gêne et, par instants, à l'extrémité des doigts, une sensation de serrement analogue à celle que produisent des gants trop étroits.

En même temps, le sens du toucher est légèrement obscurci. Par contre, chez l'un de nos sujets, le plus gravement atteint, il se serait développé une sensibilité spéciale : il prétend, en en effet, qu'il peut reconnaître la présence et l'intensité des

rayons X à une sensation de chaleur spéciale sur sa main, sensation qu'il dit ne pas confondre avec les picotements des effluves électriques.

En raison de la marche nettement progressive, quoique lente, de l'affection, nous avons donné à ces deux sujets le conseil d'interrompre, au moins momentanément, leurs travaux radiographiques, de crainte de voir s'aggraver d'une façon sérieuse ce qui n'est pour l'instant qu'un érythème gênant et incommode.

Lésions infectieuses de la peste.

M. G. Nepveu. — Les pièces anatomiques qui sont le point de départ de cette étude proviennent d'un Hindou âgé de 30 ans, pris subitement de fièvre le 15 février dernier, et mort de la peste le 19 du même mois à Bombay. Leur examen nous a montré que l'infection provoquée par la peste a sur les tissus des effets multiples que l'on peut classer ainsi : 1° *leucogéniques:* production d'un grand nombre de globules blancs, mono- et polynucléaires surtout, dans le sang et dans la lymphe ; 2° *diapédétiques :* ces effets sont légèrement marqués dans le cas en question, mais se présentent dans tous les organes ; 3° *pyogéniques:* on connait les bubons, les anthrax, les pneumonies catarrhales et autres suppurations ; 4° *dégénératifs* : *a*) sur le protoplasme cellulaire (dégénérescence granulo-graisseuse du rein, vacuolaire du foie) ; *b*) sur les noyaux (nécrose, état vésiculeux); 5° *congestifs, hémorrhagiques et œdémateux :* par la création de nombreux obstacles à la circulation, hyperleucocytose, coagulations diverses, altérations des cellules endothéliales des vaisseaux ; 6° *coagulants :* formation de caillots dans le cœur, de fils de fibrine entremêlés de bacilles dans le foie.

La myocardite, que j'appellerais volontiers *fibrillaire* pour désigner la désagrégation complète des fibrilles, paraît être une suite des effets multiples de cette infection.

Le bacille de la peste, agent spécial de cette infection, est *ubiquiste :* on le trouve dans le sang, la lymphe, le péritoine, l'espace sous-arachnoïdien, dans le protoplasme des cellules rénales, hépatiques, dans les fibres musculaires ramollies du cœur, dans leurs noyaux très rarement, dans les urines et les crachats. Il est partout en quantité colossale, sous trois formes : coccus, court (1 μ), allongé (4 μ); il se trouve rarement en chaînettes dans les tissus.

D'autre part, l'action parasiticide de ces courants est incontestable, puisque j'ai toujours vu, après une ou deux séances, se flétrir et régresser le *molluscum contagiosum*, affection essentiellement parasitaire.

J'ai pu également guérir par ce moyen la pelade, le lupus vulgaire, et j'ai actuellement, en bonne voie de guérison, un sujet atteint de lupus hypertrophique.

Par ce procédé, j'ai vu disparaître des psoriasis anciens et presque généralisés, qui jusqu'alors s'étaient montrés réfractaires à toute médication. Il en est de même pour l'eczéma.

Cette action curative des courants de haute fréquence se rencontre dans certaines affections des muqueuses en apparence les plus dissemblables : végétations adénoïdes du pharynx, ulcérations du col de l'utérus, catarrhe gonococcique. Quant à leur action trophonévrotique sur les muqueuses, elle me semble démontrée par un cas de leucoplasie buccale rebelle et très ancienne, qui a été guéri en quelques semaines.

En somme, les courants de haute fréquence paraissent exercer une action locale de même ordre, mais plus active et plus rapide, que celle qui est donnée par la franklinisation.

Excitation des nerfs par les rayons électriques.

M. B. Danilewsky. — Toutes les tentatives faites jusqu'à présent pour trouver le moyen d'exciter le nerf par la voie purement inductive ou d'influence, c'est-à-dire sans l'intervention d'aucun conducteur intermédiaire, ont échoué. Dans mes études sur un procédé artificiel pour charger le nerf par l'induction électrique, j'étais parti de l'idée suivante : en appliquent cette charge électrique à l'état d'oscillation et supposant celle-ci douée d'une fréquence et d'une force suffisantes, je devais observer la production d'une excitation par influence. L'expérience a parfaitement justifié cette supposition. On peut même y parvenir par un procédé très simple : en utilisant la charge électrique du nerf produite par un *champ électrique oscillant.*

Constitution du grand sympathique; ses centres trophiques.

M. J.-P. Morat. — Dans une précédente communication, j'ai montré que les nerfs inhibiteurs des vaisseaux vaso-dilatateurs ont des centres troqhiques dans la moelle épinière. Depuis lors, j'ai constaté expérimentalement que la moelle allongée en renferme également.

En résumé, le grand sympathique est formé d'au moins deux parties, l'une inférieure, l'autre supérieure, superposées et dont le plan de partage se trouve dans les ganglions. Seulement, ce plan de séparation n'est ni dans les ganglions de la chaîne, ni dans les plexus terminaux, ni dans les ganglions intermédiaires, à l'exclusion les uns des autres : il est tracé irrégulièrement dans tous ces noyaux ganglionnaires qui, comme on sait, présentent tous des fibres terminales et tous des fibres dites *de passage* qui les traversent sans s'y arrêter. Une section portant sur la chaîne fondamentale ou sur les nerfs qui en partent avant qu'ils aient atteint leurs ganglions terminaux coupera donc et des fibres de projection et des neurones primitifs de ce système. Le grand sympathique a la même constitution fondamentale que les autres ensembles nerveux auxquels on l'oppose d'habitude ; mais, au point de vue morphologique comme au point de vue fonctionnel, on ne saurait nier qu'il garde une physionomie spécifique assez accusée, puisqu'elle a pu si longtemps masquer les traits généraux qui le rapprochent des autres systèmes de nerfs.

Action des rayons de Röntgen sur la rétine.

M. G. Bardet. — Contrairement à l'opinion qui nie l'action des rayons X sur la rétine, je puis affirmer que toutes les personnes que j'ai observées éprouvent une sensation lumineuse quand leur œil se trouve dans le champ d'action d'un tube éclairé par la lumière cathodique et que les milieux optiques, s'ils présentent une résistance, n'empêchent pas l'action lumineuse. Mais pour que le phénomène se manifeste, il faut que le sujet se trouve dans des conditions d'expérimentation favorables, car l'action est très faible et ne peut se produire que dans une obscurité absolue.

La sensation lumineuse est faible, je le répète, mais nette; elle est synchrone aux vibrations du tube. Si l'on tourne l'axe de celui-ci de manière à diriger les radiations dans un autre sens, le phénomène disparaît, ce qui ne permet pas de supposer que l'impression soit due à l'action du champ électrique. Tous les milieux qui laissent passer les rayons de Röntgen permettent au phénomène lumineux de se produire, tandis qu'il est empêché par les milieux opaques pour ces rayons.

Il n'y a donc pas de doute pour moi que les radiations du tube de Crookes exercent une action lumineuse directe sur la rétine. Il reste une seule objection que je n'ai pu encore résoudre : c'est celle qui supposerait une illumination fluorescente des milieux optiques.

M. d'Arsonval. — J'ai déjà signalé qu'on peut provoquer des sensations lumineuses par des ondes d'une tout autre nature, par exemple au moyen d'un champ magnétique alternatif. Si l'on place la tempe près d'un électro-aimant animé par un courant alternatif (de 42 périodes dans mon cas), on perçoit très nettement des éclairs lumineux dont la période est de 3 à 4 par seconde. Parfois on a une image très nette du fond de l'œil. Enfin les tissus vivants placés dans un pareil champ sont le siège de phénomènes intéressants que je communiquerai ultérieurement. Si l'on n'avait obtenu que très peu d'effet avec le champ magnétique constant, cela tenait à ce que le champ magnétique agit, comme tous les excitants physiologiques, non pas son intensité absolue mais par ses variations.

Influence du sommeil hypnotique sur les gastralgies du tabès dorsal.

M. E. Spalikowski. — On connaît les crises gastral-

giques terribles auxquelles sont sujets les ataxiques dans la première période de la maladie; mais dans le cas qui m'occupe ici, ces crises eurent lieu dans la seconde période. Il s'agit d'une femme de 46 ans, atteinte de tabès dorsal depuis 10 ans, qui souffrait, au moment de ses règles, de violentes crises gastriques durant 5 à 10 minutes et se répétant généralement toutes les 6 heures pendant 2 ou 3 jours. Elles étaient si douloureuses, au début, que la patiente déchirait ses draps et tout ce qu'elle rencontrait sous sa main.

Tous les moyens thérapeutiques usités étant restés sans efficacité, je me décidai à employer le sommeil hypnotique. La suggestion aidant, les crises avortèrent, puis elles devinrent de plus en plus rares; enfin, aujourd'hui, la malade n'a plus que de légères crampes que le sommeil hypnotique suffit à calmer aussitôt.

Le traitement a duré 3 mois.

Forme saprophytique de la tuberculose humaine et de la tuberculose aviaire.

MM. Bataillon et **Terre**. — Nous avons isolé d'une tumeur observée sur une carpe un bacille évoluant très bien à la température ordinaire et ayant les réactions du bacille de Koch. Certains faits nous portant à considérer ce germe comme le microorganisme d'une tuberculose transformée, nous avons tenté la réalisation expérimentale du même changement.

Des carpes ont été nourries avec des viscères de cobayes tuberculeux. Au bout de 8 à 9 jours les bacilles pullulaient dans le foie et, après un passage de 11 jours sur la grenouille, nous avons réussi à les isoler à la température ordinaire, identiques, morphologiquement, au microorganisme que nous avions décrit.

Ajoutons que 3 cobayes, injectés à la cuisse avec la pulpe de foie de carpe qui fourmillait de bacilles, sont en parfaite santé après plus d'un mois et n'ont pas gardé trace de l'inoculation.

Pour éliminer une action possible des sucs digestifs, nous avons procédé à l'inoculation intrapéritonéale de tuberculose humaine virulente : même résultat.

Parallèlement, des inoculations ont été faites, sur deux lots de grenouilles isolées, avec les tuberculoses humaine et aviaire. La tuberculose humaine paraît résister beaucoup moins sur la grenouille et nous n'avons pu réussir jusqu'ici à isoler des cultures; mais nous avons obtenu de très beaux développements avec la tuberculose aviaire après un passage de 15 jours.

Aucun caractère morphologique ne permettrait de distinguer ces colonies de celles que fournit la tuberculose humaine ayant passé sur la carpe. Ainsi, la forme que nous avons décrite nous paraît être une forme saprophytique de la tuberculose, forme à laquelle on pourrait revenir par passage sur les animaux à sang froid, aussi bien avec la tuberculose aviaire qu'avec la tuberculose humaine.

Toxicité des peptones et des albumoses impures en injections intravasculaires.

M. E. Fiquet. — On admet généralement que les peptones et les albumoses introduites directement dans la circulation sont toxiques à des doses qui varient entre 0 gr. 30 et 0 gr. 80 centigr. par kilogramme d'animal. Or, les nombreuses expériences que j'ai faites sur des chiens et des lapins montrent que cette toxicité est due à la présence d'albumotoxines, de ptomaïnes, etc., dans les peptones ou albumoses insuffisamment purifiées.

Localisations de la morphine dans l'organisme.

MM. A. Antheaume et **A. Mouneyrat**. — Nous avons eu l'occasion d'observer à l'asile Sainte-Anne un homme de quarante-deux ans, atteint depuis huit ans de morphinisme thérapeutique. Quatre ans après le début de l'intoxication, ce malade était arrivé progressivement à prendre chaque jour, en injections sous-cutanées, la dose considérable de quatre grammes de morphine et de trois grammes de cocaïne.

A son entrée à l'asile, il avait renoncé totalement, depuis 2 ans, à l'usage de la cocaïne, mais il prenait encore quotidiennement 2 grammes de morphine et présentait les symptômes habituels du morphinisme chronique.

La privation progressive de morphine put être pratiquée de suite, sans incident notable, par la méthode demi-lente; au bout d'un mois, on cessa toute injection de morphine. Cette suppression parut d'abord bien supportée, mais, 14 jours après, sans que rien pût le faire prévoir, le malade mourait subitement. C'est dans ces conditions que nous avons recherché la morphine dans le cerveau, le foie et les reins.

La méthode de Dragendorff, légèrement modifiée, à laquelle nous avons eu recours, nous a permis de constater : 1° que 14 jours après toute injection de morphine, on peut retrouver cet alcaloïde chez un morphinique ancien soumis à la démorphinisation progressive; 2° que c'est surtout dans le foie que la morphine est localisée; ensuite, mais en moindre proportion, dans le cerveau et les reins.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 9 Juillet 1897.

Corps thyroïde et thymus dans la maladie de Basedow.

M. Soupault a eu l'occasion d'examiner le corps thyroïde et le thymus chez une malade atteinte de maladie de Basedow.

Le corps thyroïde présente une hyperplasie considérable du tissu glandulaire, tandis que le tissu interstitiel est raréfié. Les vésicules glandulaires sont crénelées. Les dentelures sont parfois considérables et s'avancent parfois jusqu'au milieu de la lumière glandulaire. L'épithélium, au lieu d'être aplati ou légèrement cubique, comme à l'état normal, est cylindrique. La substance colloïde paraît moins abondante et se colore moins facilement.

Le thymus très atrophié pèse 69 grammes. La partie supérieure présente la même structure que chez le fœtus. La partie inférieure présente une apparence bien spéciale. On y voit des cellules polymorphes groupées de façons différentes, tantôt formant un amas, tantôt formant des tubes glandulaires, tantôt formant des kystes contenant des cellules épithéliales desquamées et de la matière mucoïde. Le tissu ressemble à celui de l'épithélioma de l'ovaire.

En résumé, on trouve dans le thymus et le corps thyroïde une multiplication cellulaire analogue à celle qu'on observe dans l'épithélioma. Pourtant la malade chez laquelle ces lésions ont été trouvées présentait le syndrome typique de la maladie de Basedow, et rien dans les symptômes observés ne permettait de penser à une affection néoplasique.

M. Lejars a opéré le goitre dont on vient de parler. Il n'a pratiqué que l'ablation du lobe droit. La malade est morte dans la nuit, sans qu'on puisse savoir la cause de cette issue rapide.

On conseille de n'opérer, lorsqu'il s'agit de maladie de Basedow, que les goîtres volumineux. Ici le corps thyroïde n'était guère hypertrophié, et pourtant il y avait intérêt à pratiquer l'ablation de cet organe, puisque, dans la suite, on a reconnu qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Tumeur mixte du voile du palais.

MM. Mauclaire et **Durrieux** présentent des coupes microscopiques provenant d'une tumeur mixte du voile du palais. Le malade, âgé de 71 ans, était porteur de sa tumeur depuis 20 ans. Cette tumeur, grosse comme une cerise, était restée stationnaire depuis fort longtemps et n'avait jamais provoqué de troubles fonctionnels. En outre il était atteint d'une nécrose syphilitique du maxillaire supérieur, avec isolement d'une portion de ce maxillaire, fistules et fragments osseux perforants, qui l'avait amené à l'hôpital. Le séquestre et la tumeur furent enlevés dans la même séance. Celle-ci présenta à l'examen histologique des masses épithéliales sous forme de boyaux ou de lobules anastomosés sans régularité et constitués par des cellules polygonales à gros noyaux. Certains lobules présentaient des formes de dégénérescence muqueuse très curieuses : c'étaient des globes arrondis, clairs, réfringents, contenant soit des cercles

concentriques; soit des cellules ou des fibrilles mal différenciés et ayant tout à fait l'aspect de globes épidermiques. D'autres points contenaient des cavités kystiques irrégulières. Enfin, la trame était formée de fibres conjonctives bien développées, mais dont certaines portions étaient également en pleine voie de dégénérescence muqueuse : ni tissu osseux, ni tissu myxomateux, ni tissu sarcomateux — un nodule de cartilage — quelques cellules adipeuses et des cellules polynucléaires. En somme, on avait affaire à un épithélioma à trame fibro-muqueuse.

L'intérêt de cette pièce réside dans les aspects de dégénérescence muqueuse qui expliquent la bénignité de la tumeur ; elle permet de repousser la théorie endothéliale allemande pour se rattacher à la théorie épithéliale française ; mais l'origine glandulaire peut être mise en doute et l'on peut avancer l'hypothèse de portions épithéliales incluses au moment de l'évagination des tissus et ayant secondairement proliféré, comme cela se voit pour le rein et le pancréas.

Sarcome plongeant du corps thyroïde.

M. Rabé présente un sarcome du corps thyroïde.

Cette tumeur s'était développée aux dépens du lobe gauche de la glande, et atteignait le volume d'un poing d'adulte. Intimement adhérente à la face latérale gauche de la trachée, à la face antérieure, elle remontait jusqu'au cricoïde, pour atteindre, en bas, l'angle de bifurcation de la trachée, s'insinuant entre elle et la crosse aortique, tandis qu'un prolongement antérieur, passant à cheval sur ce vaisseau, descendait sur la face antérieure du péricarde. La trachée était aplatie transversalement, déjetée à droite, et les coupes horizontales de la tumeur permettaient de constater que ce conduit était envahi lui-même et qu'une végétation polypiforme obstruait en partie sa lumière.

Les vaisseaux du cou, de chaque côté, étaient rejetés bien en dehors, et le récurrent gauche, microscopiquement examiné, était triplé de volume, vascularisé, et côtoyait la face postérieure de la tumeur, mais à 5 ou 6 centimètres de la trachée. Il existait une énorme hypertrophie secondaire des ganglions sous-trachéo-bronchiques.

Enfin, pleurésie purulente du côté droit, avec atélectasie des deux lobes inférieurs, et pneumonie grise du lobe inférieur du côté gauche.

Cette tumeur s'était développée insensiblement depuis 8 mois, provoquant des palpitations, de la dysphagie, et un léger degré d'aphonie; puis des phénomènes de suffocation étaient venus compliquer, il y a une quinzaine de jours, la situation. A son entrée, le malade présentait une gêne respiratoire intense, une toux continuelle, pénible, sans expectoration, de la tachycardie, du myosis et un peu d'exophthalmie, de la fièvre. Une incision avait amené l'évacuation d'un grand nombre de masses fongueuses, couleur mastic, et l'examen immédiat du produit de raclage avait permis de constater l'existence de cellules fusiformes, caractéristiques du sarcome. Aussi le malade fut-il peu soulagé. Successivement se développèrent une pleuropneumonie droite, puis gauche, et le malade succomba autant aux progrès de cette infection pleuro-pulmonaire qu'à l'aggravation de la cachexie sarcomateuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Juillet 1897.

Relations entre la croissance du crâne et le développement des circonvolutions du cerveau.

M. Danilewsky (Kharkoff) a constaté qu'après l'ablation d'une partie du crâne chez des jeunes chiens sans blesser la dure-mère, il survient au bout de quelques mois, à l'endroit correspondant du cerveau un aplatissement et un développement incomplet des circonvolutions. Une telle asymétrie artificielle des circonvolutions montre l'influence mécanique du crâne sur le développement des circonvolutions du cerveau et de son écorce en général.

Influence de la vaccination sur la nutrition.

M. Desquez. — J'ai cherché avec M. Charrin les modifications produites dans l'élimination de l'urée chez les animaux vaccinés contre le bacille pyocyanique. En opérant sur des lapins entraînés à un régime d'entretien constant, nous avons comparé les quantités d'urée fournies par cinq séries de quatre animaux, comprenant chacune deux témoins et deux vaccinés. La première série ne nous a pas donné de différence sensible mais les quatre autres ont fourni, par kilog. d'animal et par 24 heures, des différences très nettes, les vaccinés éliminant toujours 1/5 ou même 1/4 d'urée en moins, que les lapins normaux. Les hydratations et les oxydations se trouvent ainsi sensiblement ralenties dans l'organisme par l'immunité. Elle se manifeste donc, une fois de plus, telle que l'a définie M. Bouchard, comme une modification générale des propriétés de la cellule. Il est nécessaire que la vaccination soit pratiquée d'une façon convenable, c'est-à-dire la résistance au virus augmentée progressivement, sans compromettre l'état général. Un excès de toxines ou des toxines trop actives altèrent la nutrition; les animaux maigrissent et, loin de diminuer, nous avons constaté de nouveau que l'urée augmente alors dans une proportion notable.

Le cœur dans l'infection par le proteus.

MM. Etienne Rabaud et **Jacques de Nittis** présentent deux cœurs trouvés à l'autopsie de lapins morts d'une infection à Proteus vulgaris.

Les lésions doivent être rapportées à la dégénérescence vitrée, mais avec ceci de particulier qu'elles intéressaient un grand nombre de fibres et, dans un cas, un pilier de la mitrale.

Bacillus subtilis virulent.

M. de Nittis. — J'ai obtenu avec M. Charrin, un bacillus subtilis qui, par éducation dans des milieux de cultures riches en sang ou en toxines, et surtout au moyen de passages à travers l'animal, tue le cobaye en 24 heures à la dose d'un demi-centimètre cube, et sécrète des toxines mortelles à faible dose; en outre, la vaccination par les produits solubles et par injection de virus vivant à doses croissantes a été réalisée.

Voici donc une maladie infectieuse typique réalisée au moyen d'un microbe qui a toujours été considéré comme un saprophyte, ce qui prouve une fois de plus combien est artificielle la distinction en microbes pathogènes et non pathogènes.

Note sur les fonctions motrices de l'estomac du chien.

MM. Roux et **Balthazard** ont de nouveau employé pour cette étude le procédé qu'ils ont décrit et qui consiste à rendre l'estomac opaque aux rayons X par l'addition aux aliments de faibles quantités de sous-nitrate de bismuth.

Ils ont pu ainsi constater sur le chien ce qu'ils avaient déjà noté sur la grenouille au point de vue fonctionnel : l'estomac se divise en deux régions, la grande courbure où s'accumulent les matières et où les mouvements, s'il y en a, ne s'indiquent pas sur l'ombre portée de l'estomac ; la région pylorique où les contractions péristaltiques ont leur maximum d'intensité; cette partie est vraiment l'organe moteur de l'estomac.

Respectant les conditions physiologiques, ils ont pu constater contrairement à ce qu'avaient dit Hofmeister et Schutz, que les mouvements de l'antre pylorique sont dus à la propagation des ondes péristaltiques plus intense à ce niveau; ils ont pu voir également quoi qu'ait dit von Moritz, que la présence des matières dans le duodénum, n'arrêtait pas les contractions de la région prépylorique.

Les injections d'eau salée glacée.

M. Roger a fait une série d'expériences sur des lapins auxquels il injectait dans les veines ou les artères, ou le péritoine de l'eau salée à 0°.

L'injection d'eau glacée dans les veines à la dose de 150 grammes par kilogramme d'animal était toujours bien supportée,

La température descendait ordinairement à 37°, mais cette hypothermie ne persistait pas et faisait même place au bout de quelque temps à une légère hyperthermie passagère.

Les injections d'eau glacée dans le péritoine étaient également fort bien supportées.

Les injections d'eau glacée dans le bout central de la carotide donnaient des résultats variables suivant que le liquide était poussé vite ou lentement. Si l'injection était faite lentement, l'injection ne provoquait aucun phénomène appréciable, mais si le liquide de l'injection était poussé vite, il survenait une série de phénomènes nerveux : nystagmus, convulsions, mouvements de manège, et quelquefois l'animal succombait au bout de 3 heures. A l'autopsie, on trouvait des foyers hémorrhagiques et de ramollissement dans le mésocéphale. Pas de lésions rénales ni d'albuminurie.

M. Richet a fait une nouvelle série d'expériences sur les injections d'eau chaude à 60°. Il a pu injecter des quantités considérables d'eau chaude dans les poumons et la plèvre des animaux sans provoquer le moindre accident.

Syringomyélie sans troubles de la sensibilité.

M. Déjerine rapporte l'observation d'un individu qui pendant la vie a présenté une atrophie musculaire à type scapulo-huméral sans aucun trouble de la sensibilité. A l'autopsie on fut tout surpris de trouver une syringomyélie typique, étendue à toute la hauteur de la moelle épinière et dont la disposition expliquait l'absence des troubles de la sensibilité constatés pendant la vie du malade.

Dans ce cas la lésion était disposée dans les cornes antérieures et postérieures qu'elle avait presque complètement détruites. Il n'y avait de conservé que la partie centrale de la substance grise, autour du canal médullaire, ce qui a permis la persistance de la sensibilité.

Angiocholite infectieuse oblitérante et cirrhose biliaire hypertrophique.

MM. A. Gilbert et **L. Fournier.** — Nous avons observé un fait qui, par les considérations auxquelles il prête, est susceptible, nous semble-t-il, de jeter quelque lumière sur la pathogénie encore obscure de la cirrhose biliaire hypertrophique.

Il s'agit d'une femme qui, à la suite de coliques hépatiques, présenta pendant plus de 3 ans un ictère à intensité variable et des accès fébriles et douloureux, d'abord intenses et répétés, puis diminuant progressivement d'intensité et de fréquence. Au bout de ce temps le foie et la rate étaient devenus énormes; une ponction du foie permit de déceler le colibacille dans cet organe. L'état général, en dehors des poussées, était parfaitement conservé; l'appétit était exagéré. La santé s'améliora encore après l'intervention chirurgicale qui cependant ne fit pas découvrir de calculs. La malade partit en convalescence. Mais 3 mois plus tard elle était prise de phénomènes graves : épistaxis, hématémèses, hématuries, hypothermie, et elle succombait.

A l'autopsie on trouva le foie et la rate très hypertrophiés, non déformés; ils contenaient tous deux le colibacille. Les canaux extra-hépatiques étaient légèrement dilatés; un calcul occupait le cholédoque sans en oblitérer la lumière.

L'examen histologique du foie montra les caractères principaux de la cirrhose biliaire hypertrophique : cirrhose insulaire avec prédominance des lésions au niveau et autour des canalicules biliaires, hypertrophie du parenchyme hépatique. Les lésions des canalicules étaient très prononcées; on n'en trouvait pas dont la lumière fût libre (angiocholite oblitérante); les vaisseaux, moins atteints cependant, étaient eux aussi çà et là oblitérés. Il n'y avait pas de néo-canalicules biliaires.

Il s'est agi d'une de ces infections lentes, longtemps prolongées, qui n'altèrent pas la santé générale et laissent aux lésions le temps de se constituer.

Elle était due ici au colibacille. Or, au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, il est impossible de ne pas voir dans ce cas, comme dans tous les cas analogues, des exemples typiques de la maladie que Hanot a individualisée sous le nom de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, et des exemples tout à fait démonstratifs de l'origine infectieuse de cette maladie.

Nous pensons qu'il faut aujourd'hui réunir dans le même groupe ces affections du foie dans lesquelles le même point de départ, l'angiocholite catarrhale, aboutit à la constitution de lésions semblables, quelles qu'aient été d'ailleurs les conditions dans lesquelles s'est produite l'infection biliaire, cause première du processus morbide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 Juin 1897.

Traitement du cancer du rectum.

M. Marchand fait observer qu'il est rare de voir les malades succomber par suite de la localisation et de la récidive du cancer dans les ganglions lymphatiques du rectum. Dans un assez grand nombre de cancers du rectum opérés d'après les anciens procédés, il a vu ses malades succomber ultérieurement à une récidive sur place et dans la cicatrice, ou bien à une généralisation du cancer au foie ou à un autre viscère.

M. Quénu est de l'avis de M. Marchand, mais estime que l'adénopathie cancéreuse est très fréquente dans les cas d'épithélioma rectal. Au point de vue de la malignité, le cancer du rectum est particulièrement grave et c'est pour cela qu'il pense que l'on doit l'extirper en entier.

M. Poirier a essayé de reconnaître ces adénopathies suivant le procédé indiqué par M. Quénu et n'est jamais arrivé à sentir les ganglions.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Reclus préfère au procédé indiqué par M. Richelot le procédé indiqué par M. Doyen (de Reims). Il pense que le pincement préventif des vaisseaux n'a une indication très nette que quand il s'agit d'un utérus gravide; mais, en dehors de ces cas, il est à peu près inutile.

Quant à la nécessité qu'il y aurait à fermer complètement le péritoine et le vagin, à occlure parfaitement la cavité abdominale, sur laquelle M. Richelot a insisté beaucoup, M. Reclus n'est nullement de cet avis : il laisse, au contraire, le vagin largement ouvert, et cette précaution d'assurer un large drainage lui paraît surtout nécessaire dans les cas où l'opération a été laborieuse et longue et où l'on s'est trouvé en présence de salpingites annexées au fibrome.

Pour ce qui est des fils à ligatures qui pénètrent dans le vagin, M. Reclus croit qu'il est préférable que ce soient des fils de catgut plutôt que des fils de soie. La soie s'infecte facilement, primitivement ou secondairement, et son élimination est horriblement longue.

M. Reclus a utilisé le procédé de Doyen dans les 10 cas de fibrome. Dans 2 cas, au fibrome étaient annexées des salpingites. Une des malades guérit; l'autre commençait à se lever et à se promener quand, le 25e jour après l'opération, elle tomba morte subitement. Cette mort était probablement produite par une embolie. L'autopsie n'a pu être faite.

Dans les 8 autres cas il s'agissait de simples fibromes. Les 8 malades ont parfaitement et rapidement guéri.

De ces faits, M. Reclus conclut que l'hystérectomie abdominale totale est une excellente opération et que, parmi les procédés applicables à l'hystérectomie abdominale, l'un des meilleurs est le procédé de M. Doyen.

M Reynier trouve que tous les procédés sont excellents lorsqu'il s'agit de fibromes de moyen volume; ils sont beaucoup moins parfaits lorsqu'il s'agit de très gros fibromes. L'inconvénient du procédé de M. Richelot, c'est que le décollement de la vessie se fait de haut en bas; or, il est beaucoup plus facile de le faire de bas en haut. Aussi M. Reynier donne-t-il la préférence au procédé de Doyen pour plusieurs raisons, dont la première est la rapidité de son exécution. L'introduction des pinces dans le vagin pour soulever les culs-de-sac facilite singulièrement l'ouverture du vagin. Avec M. Reclus, il croit que la fermeture du péritoine et du vagin est au moins inutile. Il trouve

beaucoup de sécurité à laisser une mèche engagée à la partie la plus déclive du petit bassin dans l'ouverture du vagin. Il croit qu'il est préférable, surtout pour l'artère utéro-ovarienne, de pincer les artères avant de les lier, plutôt que d'aller à la recherche des points saignants.

Dans certains cas, M. Reynier fait l'hystérectomie après avoir enlevé les trompes et les ovaires. Son but est alors de faire un large drainage vaginal. Ce drainage, par l'ablation de l'utérus, lui paraît surtout indiqué dans les lésions annexielles suppurées, surtout quand il y a communication de la poche avec l'intestin, et cette hystérectomie, il la fait volontiers par le vagin; elle est alors très facile.

Sarcome mélanique primitif des ganglions du cou.

M. Berger rapporte l'observation d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui vint le trouver, il y a plus d'un an, pour une grosse tumeur du cou. Cette tumeur, du volume d'un œuf de dinde, siégeait dans la région sus-hyoïdienne; elle s'accompagnait d'une autre tumeur du volume d'une noix, siégeant dans la région du sterno-cléido-mastoïdien. En présence de ces tumeurs, évidemment ganglionnaires, M. Berger porta le diagnostic de tuberculose des ganglions et enleva d'abord la tumeur principale, le ganglion perçu par la palpation et plusieurs autres petits. La guérison se fit très rapidement, sans aucun incident. Les ganglions enlevés furent reconnus, après examen histologique, pour du sarcome globo-cellulaire mélanique.

Il y a 16 mois que le malade a été opéré, et il n'y a nulle trace de récidive. En outre, l'examen du malade fait avec le plus grand soin sur la surface de la peau et des muqueuses, n'a montré nulle trace de nævus, ni de tumeur mélanique quelconque.

M. Marchand, qui a opéré deux cas analogues, ne croit pas que les sarcomes mélaniques des ganglions soient aussi rares qu'on le dit. Dans les deux cas, l'examen histologique a été fait et a corroboré les données de la clinique.

Étranglement intestinal dans un sac herniaire.

M. Demoulin présente une portion d'intestin et un sac herniaire provenant d'un malade opéré d'urgence avec le diagnostic d'appendicite. Après la laparotomie, on constata un étranglement intestinal et on réséqua une portion d'intestin sphacélé. Le malade succomba quelques heures après l'opération. A l'autopsie, on constata que l'agent d'étranglement était un sac herniaire, inguinal, anciennement réduit.

Bougie de Hégar trouvée dans l'abdomen.

M. Marchand présente une femme qui avait subi autrefois, pour une infection puerpérale, un curetage pratiqué par un spécialiste. Depuis ce curetage, elle avait continué à souffrir. Le spécialiste qui l'avait opérée, et qu'elle était retournée consulter pour ses douleurs abdominales, porta le diagnostic de kyste pierreux et lui déconseilla formellement toute intervention. La malade se décida pourtant à entrer à l'hôpital où l'on put diagnostiquer facilement un corps étranger métallique dans la cavité abdominale. M. Marchand opéra et put retirer une bougie de Hégar, métallique, à double courbure, qui était située dans l'épaisseur du mésentère. La malade guérit sans incident.

M. Michaux présente un fibro-sarcome de la paroi abdominale du poids de 4 kilos.

M. Reclus présente une canule rectale qui permet de faire des irrigations d'eau chaude à la température de 50° à 55°, en évitant toute sensation de brûlure au niveau des sphincters.

M. Ricard présente une malade opérée il y a 3 semaines pour une fracture de la rotule. Le résultat fonctionnel est parfait.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 Juillet 1897.

De l'anesthésie dans la lèpre.

M. Jeanselme. — Des poussées éruptives, d'aspect varié, des modifications multiples de la sensibilité, tels sont les deux traits cliniques qui donnent à la lèpre une physionomie toute spéciale.

Suivant que l'une ou l'autre de ces manifestations prédominent, ou qu'elles se montrent en proportion sensiblement égale, la lèpre est dite tégumentaire, systématisée nerveuse ou mixte. Mais quelle que soit la forme de la lèpre, l'anesthésie occupe dans le complexus symptomatique une place importante et souvent même le premier plan.

Malgré sa constance, ce signe capital est encore imparfaitement connu. Je crois donc utile de reprendre son étude et, pour la mener à bonne fin, j'ai recueilli une certaine quantité de schémas sur 25 lépreux hospitalisés dans les différents services de Saint-Louis.

Voici les résultats qui découlent de mes recherches :

1° La répartition de l'anesthésie dans la lèpre est manifestement symétrique. Quand l'insensibilité frappe un membre, elle atteindra bientôt le membre homologue. De plus, l'anesthésie est ordinairement répartie d'une manière à peu près égale sur les quatre extrémités. Souvent même, l'anesthésie des membres inférieurs est plus étendue et plus précoce que celle des membres supérieurs. Dans la syringomyélie, au contraire, l'anesthésie souvent asymétrique, prédomine en général aux membres supérieurs, elle peut même y siéger exclusivement.

2° L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine. Presque éteinte à la main et au pied, elle est seulement émoussée au bras et à la cuisse.

3° L'anesthésie des parties profondes du derme est, en général, moins marquée et plus tardive que celle des parties superficielles. A mesure que l'anesthésie progresse, elle descend de plus en plus bas dans la peau. Au début, le manteau d'anesthésie qui recouvre la région insensible est très mince; une aiguille qu'on fait cheminer horizontalement dans le corps papillaire n'éveille aucune douleur, mais le malade proteste aussitôt que la piqûre intéresse le derme profond. Plus tard, la peau, devenue entièrement insensible, peut être traversée de part en part.

4° Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire.

Au membre supérieur, elle occupe d'abord le petit doigt, le bord cubital de la main et dessine, à la partie postéro-interne du bras et de l'avant-bras, une longue bande qui remonte à une hauteur variable, souvent jusqu'au coude, parfois jusqu'à l'aisselle, dont la sensibilité reste toujours intacte.

Au membre inférieur, l'anesthésie frappe en premier lieu le gros orteil et le bord interne du pied, quelquefois son bord externe. A la même époque, une longue bande d'anesthésie commençant au bas de la jambe s'élève plus ou moins haut sur le versant externe du membre, atteignant le genou, le milieu de la cuisse ou même la région trochantérienne sur laquelle elle s'étale en raquette. Tôt ou tard la bande primitive d'insensibilité s'élargit et figure une gouttière dans les deux lèvres finissent par se souder. Le membre est alors engainé dans un fourreau d'anesthésie.

5° Cette anesthésie segmentaire de la lèpre diffère par ses caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie, soit par l'observation attentive des malades, soit par les renseignements qu'ils fournissent sur les premières phases de l'anesthésie; on peut arriver à cette conviction qu'au début l'insensibilité a été de forme rubanée. Jamais d'ailleurs les territoires anesthésiés ne sont limités par une ligne de démarcation d'une précision géométrique. Sur leurs confins, il existe une manchette de transition haute de 10 à 15 centimètres au niveau de laquelle le retour de la sensibilité se fait progressivement.

6° L'anesthésie n'occupe par la zone de distribution périphérique d'un tronc nerveux, la disposition rubanée semble commandée par une altératien des racines postérieures de la

moelle. Je n'ai pas encore eu l'occasion de contrôler cette hypothèse. Dans une autopsie que j'ai faite tout récemment, les coupes de moelle traitée par le Nissl présentaient des altérations (chromatolyse péri-nucléaire, excentricité du noyau) qui étaient probablement sous la dépendance des lésions névritiques. L'examen des racines n'a pas encore été pratiqué.

7° L'anesthésie de la face et du tronc, sans être rare dans la lèpre, est moins fréquente qu'aux membres. Elle ne dessine pas un masque sur le visage ou une veste à limites nettes autour du corps.

8° Au début, tous les modes de la sensibilité ne sont pas simultanément abolis; la thermo-analgésie l'emporte ordinairement de beaucoup sur l'anesthésie tactile. A une période avancée, la dissociation imparfaite de la sensibilité fait place à l'anesthésie absolue. Très souvent, sur un même sujet, l'anesthésie tactile est encore franchement rubanée, alors que la thermo-analgésie est déjà parvenue à la période segmentaire.

9° Si l'on applique et maintient pendant un certain temps un corps froid ou chaud sur des régions peu sensibles, il est fréquent que le malade accuse une double sensation : il reconnaît immédiatement le contact, puis, après cinq à huit secondes, il perçoit une sensation thermique affaiblie. Ce curieux phénomène, dont j'ai constaté aussi l'existence dans la syringomyélie, est la conséquence de cette loi : plus une sensibilité est altérée, plus la sensation est lente à se produire. Le nombre des secondes qui s'écoulent entre la perception du contact et la perception de la température exprime, pour ainsi dire en chiffres, le degré d'altération de la sensibilité thermique.

10° Dans la lèpre, les perversions sensitives et les erreurs de localisation ne sont pas rares. Le phénomène de la sommation est des plus nets.

11° L'anesthésie n'est pas circonscrite dans des limites invariables. Elles comprend deux zones, l'une fixe qui correspond aux régions les premières et les plus profondément atteintes dans leur sensibilité, l'autre mobile au niveau de laquelle la sensibilité est seulement frappée de stupeur et non pas éteinte.

Des conclusions précédentes, il ressort que l'anesthésie de la lèpre et celle de la syringomyélie offrent de nombreux points de ressemblance. Pourtant ces deux affections se distinguent en ce qui concerne les troubles sensitifs, par des caractères importants que je résume dans les formules suivantes :

1° L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée, et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur, et de l'extrémité libre des membres vers la racine.

2° L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, toujours segmentaire d'emblée, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes.

Sténose pylorique et vaste dilatation de l'estomac.

M. A. Chauffard a présenté un homme de trente ans, atteint d'une affection gastrique qui a débuté vers le mois d'août 1896. Les symptômes fonctionnels, les symptômes physiques, les résultats fournis par l'examen chimique du suc gastrique, concouraient à faire établir le diagnostic suivant : sténose pylorique, fibreuse, permanente, d'origine inconnue; estomac extrêmement dilaté, stagnant, avec fermentations secondaires, gastro-sucorrhée modérée, peu de réactions hyperacide et douloureuse.

Pour mieux préciser la situation, la forme, la capacité de l'estomac, l'état de ses parois, M. Chauffard a voulu recourir à un procédé très ingénieux d'éclairage électrique de l'estomac par transparence, à l'aide de l'appareil de Gudendag. Il consiste en un lampe électrique minuscule, montée à l'extrémité d'une sonde stomacale flexible en caoutchouc rouge. Le malade se remplit l'estomac avec le siphon stomacal; puis, dans une chambre noire, la petite lampe électrique est introduite dans l'estomac et allumée. Tout l'estomac apparaît lumineux, se dessine en rouge clair derrière la paroi abdominale. Les courbures la région du cardia et du pylore, la face antérieure, tout s'illumine d'un coup. Chez le malade debout, on a pu constater ainsi, à la fois, la vaste dilatation et l'abaissement de l'estomac; la grande courbure était au contact du pubis et des arcades crurales, les orifices cardiaque et pylorique étaient en situation normale; la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic. On constatait de plus qu'aucun épaississement ni tumeur n'existait; que les parois étaient plus transparentes, plus lumineuses que celles d'un estomac sain, plus minces par conséquent.

M. Debove trouve que la gastro-diaphanie ne semble pas donner des résultats plus précis que la phonendoscopie après dilatation gazeuse de l'estomac. De plus, il ne croit pas que l'éclairage électrique de l'estomac puisse différencier les lésions constatées, c'est-à-dire indiquer si l'obstacle est cancéreux ou non.

M. Moutard-Martin présente un homme atteint d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et dont la main déformée rappelle ce que l'on a décrit sous le nom de main succulente.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 8 Juillet 1897.

Traitement de l'avortement incomplet.

M. Maygrier a eu à traiter dans son service 256 cas d'avortements entre le troisième et le quatrième mois. Sur ces 256 cas, 158 fois l'avortement eut lieu spontanément et 98 fois on fut obligé d'intervenir. Dans la première série des cas il y eut deux morts : l'une par tuberculose pulmonaire et l'autre par infection. Dans les cas où l'intervention fut pratiquée (42 curetages et 55 curages digitaux) on a eu 8 morts : 2 perforations utérines, une salpingite et 5 infections.

D'après son expérience personnelle, M. Maygrier croit qu'on ne doit intervenir que dans les cas suivants : 1° quand il y a des accidents (hémorrhagie grave ou infections); 2° dans les cas d'avortement gémellaire; 3° quand les femmes n'ont pas été suivies dès le début de la fausse couche; quand, au bout de 3 ou 4 jours, l'avortement n'est pas terminé et que le col a tendance à se refermer.

Comment doit-on intervenir? Deux principales méthodes sont en présence, le curage digital et le curettage instrumental. Pour pratiquer le curage digital il faut que le col soit suffisamment dilaté pour admettre le passage d'un ou de deux doigts jusqu'au fond de l'utérus. Si la dilatation n'est pas suffisante on se servira des ballons dilatateurs ou des bougies de Hegar. On décollera complètement le placenta qui, ensuite, sera retiré facilement avec le doigt. Si malgré le décollement complet l'on éprouvait des difficultés à l'extraire, on pourrait se servir du procédé de M. Budin, qui consiste à comprimer l'utérus entre deux doigts placés dans le cul-de-sac postérieur et la main placée sur la paroi abdominale. Le placenta ainsi exprimé vient tomber dans la main de l'opérateur.

L'autre procédé, le curetage, n'est pas sans danger; Veit, Olshausen, Martin, etc., qui sont pourtant des opérateurs de talent, ont eu à déplorer plusieurs cas de perforation utérine avec issue de l'intestin au dehors. M. Maygrier croit donc qu'on ne doit employer la curette que dans certains cas exceptionnels. Quand il n'y a pas d'accident on pourra avoir recours au sulfate de quinine, dernièrement préconisé par M. Schwab.

M. Budin est absolument de l'avis de M. Maygrier et croit qu'à propos de cette discussion on doit avoir en vue deux questions : 1° quand doit-on intervenir, et 2° comment intervenir? Pour la première question il est d'avis d'attendre les accidents pour opérer. Pour la seconde il rejette l'emploi des pinces et de la curette qui sont des instruments aveugles. Il a toujours recours au curage digital suivi de l'écouvillonnage, mais il soumet toujours ses malades au chloroforme avant de pratiquer l'opération. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'il emploie la curette, quand le placenta est particulièrement adhérent et encore il se sert toujours du doigt comme conducteur. En suivant cette méthode, sur 230 cas d'avortements qu'il a eu à soigner depuis 1895, il n'a eu que 3 décès à observer. L'une de ces femmes a été amenée exsangue dans le service; la seconde a été amenée mourante d'infection et la troisième était atteinte d'ictère grave qui a été la cause de l'avortement.

M. Budin estime donc qu'il ne faut pas se servir de pinces ou de curettes, instruments dangereux, puisqu'avec le doigt on peut toujours nettoyer complètement l'utérus.

M. Doléris est d'avis qu'il faut intervenir immédiatement dans les cas d'avortements rares, c'est-à-dire dans les cas dans lesquels le travail s'arrête avant l'expulsion totale de l'œuf. Les statistiques de MM. Maygrier et Budin contiennent des cas mortels qui ne sont pas dus au traitement employé par eux, mais justement à l'expectation qui avait précédé l'entrée de ces malades à l'hôpital.

Quant à la curette M. Doléris ne comprend pas comment certains chirurgiens habiles ont pu déchirer l'utérus. Le curettage instrumental n'exige pas de chloroforme, ce qui permet aux malades d'accepter plus facilement l'opération.

Métrorrhagie de la ménopause.

M. Pichevin croit que les métrorrhagies de la ménopauses sont souvent dues à des lésions utérines. Il vient d'en observer un cas. Une femme, âgée de 50 ans, fut prise de métrorrhagies très abondantes deux mois après sa ménopause. M. Pichevin pratiqua l'exploration utérine et trouva le fond de l'organe rempli par des végétations. La curette permit de les extraire et le microscope me montra que ces végétations avaient été produites par une endométrite glandulaire.

Môle hydatiforme.

M. Durante a eu l'occasion d'examiner deux cas de môles hydatiformes provenant du service de M. Porak. Ces tumeurs s'écartaient un peu du type normal. Dans le premier cas la couche de cellules qui revêt les villosités était très mince; l'intérieur des villosités était rempli de tissu fibreux fasciculé au lieu de contenir du tissu muqueux. La tumeur était donc en voie de transformation scléreuse. La caduque contenait également des nodules de cellules syncytiales qui avaient tendance à envahir les vaisseaux. La seconde tumeur, grosse comme une mandarine, était formée de villosités à trame normale. Les cellules de revêtement étaient seules en voie de prolifération. L'épaississement cellulaire provenait du syncytium seul. On sait que les auteurs discutent actuellement pour savoir quelle est l'origine du syncytium. Pour M. Mathias-Duval ces cellules proviendraient de l'ectoderme fœtal. On pourrait comprendre ces cas de môle hydatiforme comme des tumeurs épithéliales bénignes analogues à l'adénome du sang et à l'hyperplasie nodulaire du foie.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 16 Juin 1897.

Nævus vasculaire de la face traité par l'électrolyse négative.

M. L. Brocq a présenté un malade porteur d'un nævus vasculaire plan de la tempe droite, opéré dans son service au moyen de l'électrolyse négative. Toute la surface de la lésion a été criblée de piqûres électrolytiques obtenues en reliant une fine aiguille en platine iridié au pôle négatif de la pile et en faisant passer chaque fois pendant 8 à 12 secondes un courant de 2 à 3 milliampères d'intensité. Le résultat obtenu est excellent. Aussi M. Brocq demande-t-il si l'électrolyse négative ne doit pas être préférée à l'électrolyse positive pour le traitement des nævi vasculaires plans. Il est entendu que pour les nævi vasculaires turgescents il faut toujours employer le pôle positif.

M. Barthélemy trouve que l'emploi du pôle positif donne de meilleurs résultats dans des cas où on a à se préoccuper de la cicatrice et à éviter les hémorrhagies.

Urticaire chronique à répétition.

MM. Balzer et **Griffon** présentent le moulage d'une éruption observée chez un malade à différentes reprises, difficile à cataloguer par le simple examen. L'évolution a montré qu'il s'agissait d'une urticaire chronique à poussées successives, affection qu'on ne pouvait que soupçonner lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

Certains éléments durs, circonscrits, rouges ou même purpuriques firent penser à une éruption toxinique, et particulièrement à une éruption due à la toxine tuberculeuse, à ce qu'on a appelé tuberculide.

Une poussée franchement ortiée, apparue un jour, mit fin aux hésitations. On essaya l'acide cacodylique qui donna de bons résultats.

Erythrodermie desquamative au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique.

MM. Balzer et **Griffon** présentent 2 malades qui, au cours du traitement du psoriasis par la cacodylate de soude à haute dose ont présenté un érythème généralisé suivi de desquamation de l'épiderme par larges lambeaux.

L'un est un vieillard, psoriasique invétéré, qui arriva graduellement à 50 centigrammes d'acide cacodylique par jour. On le trouva un matin dans un état grave, prostration, fièvre, anorexie, oligurie, avec une tuméfaction rouge de toute la surface du corps. Les jours suivants, après cessation du traitement, l'état général s'améliora et l'épiderme tomba par grandes plaques épaisses.

L'autre malade, plus jeune, mais atteint d'un psoriasis extrêmement susceptible vis-à-vis des divers agents thérapeutiques, irrité et rouge dès qu'on prolongeait l'application d'un agent local même peu actif, a été envahi par une éruption de grandes papules rouges confluentes en placards, généralisées, mais plus apparentes aux mains, aux pieds et au front, sans qu'on ait dépassé la dose de 50 centigrammes. La desquamation en larges lambeaux, que l'on constate encore aujourd'hui, rappelle celle de la scarlatine.

La tolérance de l'acide cacodylique à forte dose n'est donc pas aussi générale qu'on l'a cru d'abord; ce médicament peut causer chez les malades prédisposés des accidents semblables à ceux qu'occasionnent les autres préparations d'arsenic.

M. Danlos a donné des doses plus fortes avec des résultats variables. Dans un cas il en est résulté une véritable eczématisation. Il a suspendu le traitement, les accidents ont cessé, mais pour reparaître avec la reprise du médicament.

Examen radioscopique du cartilage diaphyso-épiphysaire chez les hérédo-syphilitiques.

MM. Fournier et **Springer**. — Chez les hérédo-syphilitiques, le cartilage s'incruste rapidement et devient opaque. Ceci nous explique pourquoi les hérédo-syphilitiques restent petits en général : une fois le bulbe osseux calcifié il n'y a plus de croissance. Le gigantisme qu'on observe aussi dans la syphilis héréditaire dérive, de même que le nanisme, d'un trouble des phénomènes de croissance. En y regardant de près, d'ailleurs, le contraste entre ces deux termes extrêmes est plus apparent que réel. Souvent, en effet, le géant est un infantile par le développement incomplet du système pileux, des testicules, du cerveau.

Chancres syphilitiques multiples.

M. Lesné présente un malade qui porte à la face 4 chancres indurés avec adénopathie sous-maxillaire bilatérale plus marquée à droite. L'un des chancres, le premier en date, s'est développé sur la lèvre inférieure vers le 15 juin. Les 3 autres, qui ont apparu secondairement, siègent, l'un sur la lèvre supérieure, et les deux autres sur le menton. Chacune des ulcérations a tous les caractères du chancre induré. Enfin depuis 2 jours il y a sur le thorax une ébauche de roséole. Le mode de contagion n'a pu être déterminé.

M. E. Besnier fait remarquer que l'étude de ces faits amène naturellement les deux questions suivantes qui demandent à être précisées : 1° quelle est la durée de l'incubation ? 2° quelle est la durée du chancre ?

M. Mauriac a constaté que pour ce qui est de la durée et

de la forme de l'accident primitif, il y a une infinité de variantes.

M. Morel-Lavallée a vu chez une nourrice du service de M. Fournier l'accident primitif durer au plus 36 heures. C'était une simple érosion dont la nature fut d'abord contestée en raison de sa courte durée et c'est seulement l'évolution ultérieure de la maladie qui obligea à se rendre àl 'évidence.

M. A. Fournier admet que l'incubation moyenne est de 3 semaines, elle peut atteindre 28 jours; mais comme exceptions mémorables on connaît des cas d'incubation réduite à 15 et 12 jours dans des syphilis expérimentales. Par contre il y en a de beaucoup plus longues qui ont atteint 70 jours et plus.

Quant à la durée du chancre elle peut être éphémère ou longue. Dans un cas, en ville, il a assisté à l'évolution complète du chancre depuis son éclosion, il a duré exactement 13 ou 14 jours seulement. Les chancres successifs peuvent éclore à quelques jours de distance les uns des autres et cet intervalle peut être de 8, 10, 12 jours, sans jamais dépasser 12 ou 15 jours; on a cité des cas où il aurait atteint 25 jours; mais c'est l'exception. Quant à la cause de ces variations nous l'ignorons.

M. Mauriac a quelquefois observé que les chancres les plus petits étaient les derniers développés. Mais cela n'a rien d'absolu. La seconde incubation s'est prolongée quelquefois dans ses observations jusqu'à 90 jours et parfois alors elle a été suivie d'accidents très légers.

Dans les cas d'accidents primitifs très ulcéreux, il a vu quelquefois une seconde incubation très longue.

M. Fournier est de l'avis de M. Mauriac relativement à la durée de l'incubation. Quelquefois cependant nous devons attendre fort longtemps l'apparition des accidents qui nous autorisent à instituer le traitement.

Enfin il ne faut pas oublier l'erreur à laquelle nous exposent parfois les lymphangites nodulaires érosives qui peuvent accompagner l'accident primitif. Ces petites tumeurs dures, une fois ulcérées, revêtent toutes les apparences des chancres véritables.

Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied chez une tuberculeuse.

M. Gastou et **Dominici** présentent une malade dont la face dorsale du pied gauche, d'aspect éléphantiasique est ulcérée dans toute son étendue. Cette ulcération a débuté il y a 5 ans sans grandes douleurs et a envahi progressivement toute la face dorsale du pied. Sa surface est actuellement recouverte de bourgeons charnus, et a l'aspect d'un ulcère variqueux en voie de réparation. Les bords ne sont pas décollés. il n'y a pas d'anfractuosités, ni d'altérations profondes, sauf une ankylose incomplète de l'articulation tibio-tarsienne.

La malade a de la tuberculose du sommet droit avec des bacilles de Koch dans les crachats, des cicatrices multiples d'adénites cervicales datant de l'enfance. Aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

Histologiquement la lésion est formée d'un tissu de bourgeons charnus et ce n'est qu'à la suite de recherches patientes que l'on découvre quelques cellules géantes autour des vaisseaux et dans la profondeur. Mais ces cellules géantes semblent étouffées, réduites par l'infiltration cellaire intense qui les environne. La structure histologique ne rappelle en rien la syphilis. M. Fournier soumet la malade aux injections de calomel. Sous l'influence d'une seule injection de 4 centigrammes, il se produit une amélioration soudaine : l'éléphantiasis disparaît et l'ulcération se répare activement.

Pyodermite eczématiforme.

M. Gastou présente une malade atteinte d'une érythrodermie qui se manifeste actuellement en dehors de la rougeur violacée de la peau, par la présence de fines squasmes, un épaississement considérable du tégument des adénopathies multiples, l'intégrité des régions pilaires et des ongles.

L'éruption est à peu près généralisée à tout le tégument, elle n'a plus son caractère primitif. Au début le corps était couvert de pustules analogues à celles que l'on rencontre dans les mycosis. Il existait des abcès multiples aux seins, aux aisselles, un suintement abondant, peu de prurit et une sensation de froid très pénible.

A l'arrivée de la malade, il était difficile de porter un diagnostic ferme : était-ce un eczéma modifié, irrité? S'agissait-il d'une éruption pré-mycosique ou d'une dermatite de nature indéterminée?

L'examen histologique d'une biopsie montra simplement une infiltration cellulaire, papillaire et sous-papillaire intense, des dilatations vasculaires, des altérations des glandes sudoripares légères, un abondant développement des faisceaux musculaires dermiques et surtout un grand nombre d'abcès miliaires snus-épidermiques.

Pour arrêter cette suppuration cutanée intense, la malade fut soumise au bain de naphtol, à la dose de 10 grammes par bain et 2 bains par semaine.

Il s'est produit un soulagement immédiat et une modification des lésions qu'une biopsie faite 2 mois après a nettement montrée : il n'existe plus actuellement d'abcès sur les coupes et l'infiltration cellulaire a notablement diminué. Mais sur les mêmes coupes existent des nerfs sur lesquels on voit manifestement un grand nombre de cylindres-axes altérés.

M. Gastou pense qu'on peut ainsi incriminer à la fois l'altération nerveuse, névrodermite, qui jouerait le rôle de cause prédisposante et l'infection tégumentaire pyogène qui serait la cause occasionnelle. En effet chez cette malade il y a eu antérieurement des accidents puerpéraux, rétention de débris placentaires, qui peuvent avoir été l'origine d'une névrite et au début de l'érythrodermie actuelle des accidents suppurés du mamelon et du sein consécutifs à une suppression d'allaitement, accidents qui ont été les points d'où sont partis les placards éruptifs successifs et les suppurations multiples.

M. Gastou conclut donc qu'il s'agit d'une affection cutanée pyogène par infection microbienne due probablement ici au staphylocoque, d'une pyodermite.

Chancre induré du poignet.

M. Gastou a montré une petite malade de 16 ans chez laquelle on voit un chancre induré du poignet actuellement en voie de guérison. Cette localisation est extrêmement rare. L'apparition des accidents secondaires est venu confirmer ici le diagnostic. Quant à l'origine de l'infection, l'enquête n'a pas permis de la découvrir.

Sur un cas probable de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes; vérification histologique.

MM. E. Besnier et **H. Hallopeau.** — Il résulte de ce travail que le mycosis peut se présenter sous l'aspect de vastes surfaces excoriées et saillantes offrant tous les caractères objectifs de l'eczéma végétant; une biopsie est alors nécessaire pour porter un diagnostic ferme; dans le cas présent, elle a été pratiquée par M. Leredde; elle a permis de constater la présence de mastzellen mêlés à des cellules en multiplication évidente et d'un reticulum, lésions qui appartiennent au mycosis; au point de vue clinique, ce fait montre encore que le mycosis peut aussi revêtir l'aspect sycosiforme et qu'il peut aussi être représenté par des nodules intra-dermiques disposés en circonférences qui circonscrivent dds cercles, au niveau desquels la peau paraît rester saine; leur présence et la tuméfaction de nævi préexistants peuvent aider au diagnostic.

M. Besnier. — Je ferai remarquer combien sont fréquents aujourd'hui les cas de maladie mycosique qui s'offrent à notre observation. Pour ceux qui, comme moi, se trouvent placés entre les vieux maîtres et les jeunes, il est évident qu'il n'en était pas ainsi il y a seulement quelques années.

Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides.

MM. H. Hallopeau et **J. Laffitte.** — A côté des folliclis, du lichen isolées ou en placards, il y a lieu de distinguer une éruption de même nature que caractérisent ses saillies papulo-tuberculeuses disposées en groupes dont le diamètre atteint plusieurs centimètres; elle se distingue de l'érythème papuleux par sa persistance et la situation plus profonde des

éléments; elle diffère des tuberculides décrites jusqu'ici par l'absence de suppuration; cette variété est signalée pour la première fois; la malade est simultanément atteinte de folliclis, d'adénopathies très probablement de même nature; il en est vraisemblablement de même d'une éruption acnéiforme du visage survenue simultanément avec l'éruption papulo-érythémateuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séances du 21 Juin et du 1er Juillet 1897.

Traitement chirurgical du cancer du rectum.

M. Gangolphe rapporte l'observation d'une malade déjà présentée par lui à la Société de médecine (février 1897), et à l'occasion de ce cas, expose son opinion sur le traitement chirurgical du cancer du rectum.

Ce qu'il faut rechercher avant tout, c'est l'extirpation de la tumeur aussi complète que possible; les considérations touchant au rétablissement de la forme et de la fonction de l'organe opéré passent à l'arrière-plan. Aussi doit-on abandonner tous les procédés imaginés en vue de rétablir le rectum et l'anus. Un anus iliaque permet la défécation dans des conditions satisfaisantes, une simple pelote permet de faire obstacle à l'écoulement spontané des matières.

L'anus iliaque s'impose donc, mais il y a de très grands avantages à ce que, suivant les indications de M. Maurice Pollosson, le promoteur de cette méthode, il soit établi dans un premier temps.

Si l'on veut augmenter les chances d'asepsie opératoire, il faut absolument dériver le cours des matières fécales. Aussi doit-on, comme opération préliminaire, pratiquer une colostomie iliaque. M. Gangolphe pense qu'il vaut mieux couper complètement l'S iliaque, aboucher l'extrémité supérieure, en fermant, ou non, le bout inférieur, afin d'obtenir une dérivation permanente et complète.

Reste l'extirpation du rectum cancéreux.

On placera le malade dans la position de la taille fortement exagérée, sur les avantages de laquelle Morestin a justement insisté. Les jambes seront fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin; le siège sera fortement soulevé par un coussin, de telle sorte que l'orifice anal devenu vertical, la région anosacrée tout entière se présente facilement à l'opérateur.

L'anus iliaque ayant été préalablement établi, et un intervalle autant que possible d'une quinzaine de jours séparant les deux opérations, on aura pendant ce temps pratiqué des lavages bi-quotidiens du rectum, par lequel les matières auront cessé de passer. Néanmoins, comme on ne saurait espérer une désinfection suffisante de l'organe, on devra s'attacher à éviter tout contact entre son contenu et la plaie opératoire.

Une mèche de gaze sera introduite dans le rectum, qu'elle distendra modérément, puis commencera l'opération proprement dite, par une longue incision médiane partant de l'anus et suivant le raphé postérieur et la crête sacrée. L'artère et les veines sacrées moyennes seront liées et coupées, puis le coccyx, dénudé par quelques coups de détache-tendons, sera sectionné à la cisaille. On dénudera alors le rectum, puis après l'avoir isolé, on l'attirera hors de la plaie. La mèche de gaze qui servait à le distendre sera retirée par un aide, elle risquerait d'être une gène à ce moment.

Deux longues pinces seront placées perpendiculairement sur le rectum au-dessus de la tumeur, et l'organe sectionné entre elles au bistouri ou au thermocautère. Le segment inférieur, anus compris, sera extirpé de haut en bas en quelques coups de ciseaux; quant au segment supérieur, il sera fixé par quelques points de suture à l'angle postérieur et supérieur de la plaie opératoire. Quelques pinces viendront à bout de l'hémorrhagie, qui n'est nullement inquiétante; on réduira les dimensions de la plaie par quelques points de suture, placés en avant, mais il ne sera pas prudent de faire une réunion trop complète.

Tout ce qui précède n'a trait qu'au cas où le cul-de-sac péritonéal n'est pas intéressé. Si l'on doit l'ouvrir pour extirper une tumeur haut placée, on mettra des pinces hémostatiques sur chacune de ses lèvres, puis on abaissera le rectum en plaçant successivement des pinces longuettes sur le méso-rectum et en coupant au fur et à mesure. L'ablation terminée, on fermera la plaie péritonéale par un surjet; on pourra, au besoin, laisser pendant 48 heures une pince sur le bout supérieur du rectum, pour assurer l'occlusion et prévenir l'infection.

M. Maurice Pollosson rappelle que ce fut en 1884 qu'il proposa l'anus iliaque préliminaire à l'extirpation du rectum cancéreux. Il insiste à nouveau sur les avantages de cette opération, qui correspondent à un double but : dérivation antiseptique des matières et isolement, séquestration du rectum qui cesse de faire partie du tube digestif.

M. Nové-Josserand s'associe aux conclusions de M. Gangolphe. Dans deux cas, il a essayé de reconstituer le rectum après l'ablation de la tumeur en invaginant le bout supérieur dans l'inférieur, suivant la méthode de Hochenegg. Dans les deux cas, malgré toutes les précautions possibles, la réascension de l'intestin s'est faite vers le dixième jour, causant une fois la mort du malade, et, dans le second cas, ayant pour conséquence une large fistule sacrée. Au contraire, la méthode de M. Maurice Pollosson, telle que l'a reprise M. Gangolphe, lui a donné les meilleurs résultats.

M. Ollier et **M. Vallas** tiennent également à revendiquer pour M. Pollosson, la priorité de cette opération, actuellement suivie à Lyon d'une manière courante.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 4 Mai 1897.

Carcinome de la langue chez un syphilitique.

M. Heller a présenté un homme de quarante-trois ans, qui avait contracté la syphilis en 1880. Il y a quelques années, le malade constata la formation, sur le bord gauche de sa langue, d'une petite ulcération, qui augmenta lentement d'étendue, et avait atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs, au moment où le malade entra à la clinique. Le traitement antisyphilitique n'ayant donné aucun résultat, l'examen histologique d'une parcelle de l'ulcération montra qu'il s'agissait d'un cancer de la langue.

Le malade a consenti à subir, dans quelques jours, l'amputation de la langue.

C'est la seconde fois que M. Heller voit un cancer de la langue chez un syphilitique. Dans le premier cas, le malade entra à l'hôpital pour une tumeur du côté droit du plancher de la bouche, située sous la langue. La tumeur ayant été reconnue pour une gomme, on institua un traitement antisyphilitique, qui fit rapidement disparaître la tumeur. Quelques mois après, le malade revint avec une ulcération du bord gauche de la langue, qui, après l'échec de la médication antisyphilitique, fut reconnue pour un cancroïde. La résection très étendue de la langue fut suivie, à bref délai, de récidive, à laquelle le malade ne tarda pas à succomber.

Tabès et syphilis tertiaire.

M. Kalischer a rapporté l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, sage-femme de profession, qui nie avoir jamais eu la syphilis, mais qui, toutefois, a eu plusieurs fausses couches. En 1888, elle a présenté une éruption que M. Kalischer a, tout d'abord, considéré comme une dermatose trophique, mais qui, plus tard, fut reconnue pour une syphilide papuleuse.

Depuis quelques mois, elle présente des douleurs fulgurantes,

du rétrécissement des pupilles, le signe de Romberg et une abolition des réflexes rotuliens. C'est donc un nouveau cas qui montre les rapports étroits entre les tabès et la syphilis.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance des 27 mars, 24 avril et 15 mai 1897.

Du traitement du goître exophthalmique.

M. Desguin (Anvers). — Une jeune fille chez laquelle j'ai pratiqué il y a plusieurs mois la thyroïdectomie pour goître exophtalmique est pour ainsi dire guérie. J'estime que dans la maladie de Basedow il faut recourir à l'intervention plus tôt qu'on ne le fait généralement. Les morts subites à la suite de la thyroïdectomie pour goître exophtalmique sont le résultat d'une intoxication suraiguë consécutive à l'intervention : cet accident serait beaucoup moins à craindre si l'on n'attendait pas les périodes ultimes de la maladie pour se résoudre à une opération. Au surplus, je crois que la chirurgie viendra en aide à la physiologie pour élucider la question de la pathogénie de la maladie de Basedow.

M. Depage. — Aucune des théories émises sur la nature du goître exophtalmique n'est fondée sur des bases suffisamment solides pour pouvoir être admise d'une façon absolue.

Pour ce qui concerne le traitement chirurgical, je ne crois pas qu'aucun mode opératoire puisse actuellement être employé à l'exclusion de toute autre. La thyroïdectomie, la section ou la résection du sympathique, etc., doivent être mises sur le même pied. Ce sont, jusqu'à nouvel ordre, des traitements symptomatiques, qui devront céder la place au traitement pathogénique le jour où la question de la pathogénie du goître sera élucidée d'une façon complète.

M. Venneman. — J'ai vu un malade considérablement amélioré à la suite de la section du sympathique faite par Abadie pour goître exophthalmique.

Abcès pleuro-diaphragmatique ou pleurésie sous-diaphragmatique simulant une tumeur du rein.

MM. Verhoogen et Depage. — Il s'agit d'un malade atteint d'une tumeur localisée dans le flanc gauche et qui présentait tous les caractères d'une tumeur rénale. M. Verhoogen entreprit la néphrectomie, mais, ne pouvant détacher la tumeur du diaphragme, il dut laisser son opération inachevée. Il fit toutefois une incision dans la tumeur afin de se rendre compte de sa nature. A l'aspect lardacé de la coupe, il diagnostiqua un sarcome du rein.

Quelques jours plus tard, brusquement une suppuration intense se produisit dans la plaie. A partir de ce moment, la tumeur diminua peu à peu, puis plus tard il se produisit au niveau des côtes un nouvel abcès qui fut incisé. Le trajet de celui-ci communiquait avec celui de la plaie rénale. M. Depage fit alors la résection d'une côte afin d'établir un drainage parfait.

La suppuration persistant toujours après plusieurs mois, M. Depage se décida à pratiquer l'opération d'Estlander et éventuellement celle de Schede. Il réséqua les côtes et ouvrit ainsi un foyer assez vaste de suppuration, mais ne communiquant pas avec la cavité pleurale.

M. Depage ouvrit largement celle-ci. Il se produisit immédiatement un affaissement pulmonaire, lequel cependant ne fut pas complet à cause d'adhérences qui se trouvaient à la partie inférieure.

Le malade guérit au bout de trois semaines, mais, le jour où il devait sortir de l'Institut, il fut pris d'un accès épileptique limité au côté gauche. Des accès de même nature se répétèrent tous les jours; peu à peu se déclara une paralysie du membre supérieur. Il y eut de la fièvre et le malade ressentait de fortes douleurs dans le côté droit de la tête. M. Depage diagnostiqua un abcès cérébral métastatique et fit la craniectomie par le procédé de Doyen. Son diagnostic fut confirmé mais le malade ne survécut pas à l'intervention.

Extirpation du muscle sterno-cléido-mastoïdien pour torticolis.

M. Hendrix présente en enfant opéré de torticolis par extirpation du muscle sterno-cléido-mastoïdien et actuellement entièrement guéri. Il fait observer que la cicatrice est chéloïdienne, phénomène qui se présente chez presque tous les opérés. Cette tendance à la formation chéloïdienne de la cicatrice serait, d'après Hendrix, en rapport avec la lésion qui a provoqué le torticolis et qui est une myosite.

Ablation du sein, du bras, de la clavicule et de l'omoplate pour cancer du sein.

M. Depage présente une malade chez laquelle, pour un cancer du sein ayant provoqué un œdème considérable du bras et de l'épaule, il a été amené à faire l'ablation du sein, du bras, de la clavicule et de l'omoplate. M. Depage ne voulait pas intervenir, mais c'est sur les instances de la famille et pour faire disparaître les douleurs atroces auxquelles la malade était sujette qu'il s'est décidé à pratiquer l'opération. Il considère celle-ci comme une opération palliative et non radicale; mais pour que les douleurs ne reviennent plus dans le cas où une récidive se produirait, il a eu soin de réséquer le plexus brachial près de son émergence de la colonne vertébrale. La guérison opératoire s'est produite sans le moindre accident local et avec une réunion par première intention sur toute la ligne.

Cependant M. Depage, pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, a jugé bon de faire des injections de sérum artificiel. A la suite de ces injections, qui ont été pratiquées dans le tissu cellulaire de la cuisse et de la fesse, il s'est produit une nécrose sèche sur l'étendue de la paume de la main, et comprenant une partie du tissu cellulaire. L'eschare s'est éliminée au bout de 3 semaines environ, mettant à nu la couche musculaire, et actuellement la plaie est en voie de guérison. C'est la seconde fois que M. Depage observe cet accident. Il l'attribue à la trop grande quantité de liquide injecté à la même place et recommande, en vue de l'éviter, le massage immédiatement après l'injection.

Thyroïdectomie.

M. Thiriar rapporte l'observation de deux malades atteints de goîtres qu'on a traités avec succès, l'un par des injections interstitielles de teinture d'iode, l'autre par l'énucléation.

Contrairement à l'avis exprimé par le Dr Depage dans une séance précédente, M. Thiriar s'en tient aux injections interstitielles iodées comme traitement de la plupart des goîtres. Il cite à l'appui de sa manière de voir l'opinion de plusieurs auteurs.

Pour le goître exophthalmique, M. Thiriar croit au contraire qu'il faut intervenir dans un grand nombre de cas. Il estime que la maladie de Basedow trouve son origine dans une altération du sympathique cervical et considère l'extirpation de ce nerf comme une excellente opération.

Hystérectomie par le procédé des ligatures.

M. Jacobs pense que si les ligatures ont apporté un vrai progrès dans la technique opératoire de l'hystérectomie, elles ont l'inconvénient de ne pouvoir être toujours appliquées.

Il place d'abord les pinces et fait l'ablation totale, puis il met ces ligatures; il pense que ce *modus operandi* est le plus favorable.

M. Thiriar est heureux de voir les chirurgiens revenir au procédé des ligatures qu'on a pratiqué dès les débuts de l'hystérectomie, comme on peut en juger par les observations qu'il a publiées en 1886.

M. Jacobs. — Autrefois on mettait toute une série de ligatures sur les ligaments; aujourd'hui on en place seulement deux de chaque côté.

M. Thiriar. — Le principe n'en est pas moins le même.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Ostéomyélite chronique d'emblée (p. 673). — Kyste du cordon (p. 675).
THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Traitement de la chlorose (p. 676).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Travaux de la mission scientifique russe de Bombay (p. 678). — Gastrectomie. — Injections de sérum antitétanique. — Abcès du foie (p. 679).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Canaux semi-circulaires (p. 679). — Névrose syphilitique. — Chloroformisation. — Conjonctivite subaiguë. — Kystes de l'épididyme. — Syphilome primitif. — Kystes hydatiques du foie (p. 680). — Sciatique rebelle. — Gangrènes d'origine veineuse. — Tuberculose du testicule (p. 681).
REVUE DE JOURNAUX. — *Chirurgie :* Complications intracrâniennes des otites (p. 681). — *Obstétrique :* Présentations du siège. — *Médecine :* Mécanisme de la pigmentation. — Agglutination. — Psychose polynévritique. — Psychose migraineuse. — Astasie-abasie unilatérale. — Emphysème interstitiel. — Mastite diffuse. — Staphylococcie. — Région mitro-aortique. — Anévrysme de l'aorte (p. 682). — *Neuropathologie :* Amnésie tactile. — Epilepsie. — Ataxie cérébelleuse. — Physiologie du corps calleux. — Altérations de la cellule nerveuse (p. 683).
MÉDECINE PRATIQUE. — Propriétés diurétiques de la théobromine (p. 683). — Phénate de mercure. — Sozoiodolate de mercure. — Tannate de mercure (p. 684).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Professeur S. Duplay.

Sur une forme de l'ostéomyélite chronique d'emblée (1).

La malade dont je vais vous entretenir est une jeune fille de 22 ans, lingère, entrée le 7 avril à la salle Notre-Dame, n° 8, pour une maladie rare et intéressante.

Elle ne présente rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Ses grands-parents sont morts de vieillesse. Son père, sa mère et son frère sont vivants et en bonne santé.

Cette jeune fille n'a jamais été malade dans son enfance et, malgré un interrogatoire minutieux, nous n'avons pu relever chez elle aucun antécédent de scrofule. Elle a été réglée à l'âge de 13 ans, sans aucun accident, et depuis lors ses règles sont très régulières. En un mot, cette jeune fille a toujours joui d'une excellente santé.

Les premières manifestations de sa maladie actuelle ont apparu il y a 14 ou 15 mois, en mars 1896, sous la forme de tiraillements douloureux dans le cou et d'élancements dans la nuque. En même temps que ces douleurs localisées au cou, la malade éprouvait des sensations anormales dans le membre supérieur gauche. Le bras était le siège d'un engourdissement presque continuel et de picotements douloureux irradiant dans l'avant-bras jusqu'à l'extrémité des doigts. De plus il était devenu plus faible et plus maladroit qu'auparavant. La peau de l'avant-bras et de la main présentait parfois des changements dans la coloration et devenait rosée; à diverses reprises la main prit une teinte violacée qui persista assez longtemps.

Vers cette époque, la malade s'aperçut pour la première fois du développement anormal de la clavicule gauche. En faisant sa toilette, elle remarqua que cet os était le siège d'un gonflement localisé vers le tiers interne. Cette tuméfaction était dure au toucher, mais sans que la peau présentât aucun changement de coloration, et sans que l'os fût douloureux spontanément ou à la pression. L'indolence de la clavicule au début nous explique comment la malade n'a découvert la tuméfaction de cet os que quelque temps après avoir souffert au cou et dans le membre supérieur. Un médecin consulté ordonna successivement d'appliquer une pommade à l'iodure de plomb, puis des badigeonnages à la teinture d'iode et finalement des cataplasmes. Ce traitement suivi pendant environ 7 mois n'amène aucune améliorotion. Bien au contraire, la malade remarque un accroissement progressif de la tuméfaction, laquelle, cependant, restait toujours indolente.

Pendant cette première période de sa maladie, la jeune fille habitait la campagne. Elle vint à Paris au mois d'octobre 1896, il y a environ 7 mois et consulta un médecin qui fit appliquer sur la clavicule un emplâtre de Vigo. Ce nouveau traitement n'empêcha pas la maladie d'évoluer — lentement il est vrai — et pendant les deux mois qu'il a été suivi, non seulement aucune amélioration ne fut obtenue, mais la peau faillit s'ulcérer. La malade, en effet, remarqua que, vers la partie interne de la clavicule — près de l'articulation sterno-claviculaire — et sur une étendue de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, la peau prenait une teinte d'un rouge violacé, en même temps qu'elle se soulevait et s'amincissait au point qu'elle semblait sur le point de se rompre. Dans le voisinage, la peau était devenue adhérente à l'os. C'est alors que la malade se décida à entrer dans mon service.

Malgré l'absence de tout antécédent syphilitique, j'ai cru devoir la soumettre au traitement mixte, ne fût-ce qu'à titre d'épreuve. Ce traitement, suivi pendant un mois, n'a amené aucun changement du côté de la lésion claviculaire. Je vous donne de suite ce renseignement afin que toute idée de lésion syphilitique soit immédiatement écartée.

L'examen de la malade dont l'état est à cette heure, sensiblement le même que lors de son entrée à l'hôpital, nous permet de faire les constatations suivantes : il existe un gonflement notable de la région claviculaire gauche, localisé surtout dans les 2/3 internes de l'os. Nous retrouvons l'altération de la peau déjà signalée dans l'histoire de la maladie; c'est-à-dire qu'à un ou deux travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire, et sur la face antéro-supérieure de la clavicule la peau présente, dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, un léger soulèvement d'une coloration violacée; très amincie en ce point, la peau est pour ainsi dire réduite à l'épiderme et semble sur le point de s'ulcérer. En dehors de ce point et à son pourtour, elle est adhérente à l'os sous-jacent et dans toute l'étendue de la tuméfaction, mais elle a conservé sa coloration normale, bien qu'elle soit légèrement œdémateuse.

La clavicule, augmentée de volume dans son ensemble mais surtout tuméfiée dans ses 2/3 internes, a conservé néanmoins sa forme générale. Elle paraît au moins doublée d'épaisseur dans ses 2/3 internes, la mensuration de sa face antéro-supérieure donne 4 à 5 centimètres. Sa consistance est celle de l'os normal, c'est-à-dire uniformément dure, sans partie ramollie et sans apparence de fluctuation sauf dans le point circonscrit où la peau présente une coloration violacée et est légèrement soulevée. A ce niveau il semble qu'il y ait une très petite collection liquide.

Afin de savoir à quoi m'en tenir à ce sujet et afin de me rendre compte de l'état de l'os sous-jacent, avec la pointe d'un stylet je déchire la mince lamelle épidermique qui recouvre ce point où la peau paraît être sur le point de

1. Recueillie par le Dr Clado.

s'ulcérer. Il s'écoule une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent, mais qui n'était certainement pas du pus. Le stylet pénètre dans une cavité mesurant 5 à 6 centimètres, se dirigeant en arrière et en dehors, cavité dont il est difficile d'apprécier exactement le mode de configuration et surtout le siège exact, peut-être creusée aux dépens de la clavicule, mais très probablement située entre l'os et le périoste, car l'exploration fournit une sensation peu précise d'os dénudé.

J'ai déjà signalé l'indolence remarquable de cette lésion osseuse pendant toute la durée de son évolution. J'ajoute que l'exploration avec le stylet — faite, il est vrai, avec douceur — n'a donné lieu à aucune manifestation douloureuse.

Si l'affection se fait remarquer par l'absence de toute douleur soit spontanée, soit provoquée par la pression au niveau même de la clavicule; en revanche la malade continue de se plaindre de quelques douleurs irradiées dans toute la longueur du membre supérieur, ainsi que d'une légère faiblesse musculaire. Ces troubles fonctionnels ne semblent pas s'être modifiés depuis le début de la maladie. J'en dirai autant des douleurs irradiées au cou et à la nuque que la malade a éprouvées avant même d'avoir rien remarqué du côté de la clavicule.

Cependant, la sensibilité au toucher, à la piqûre et à la température est normale dans toute l'étendue du membre supérieur. D'autre part, les mouvements des articulations s'exécutent sans difficulté et notamment les mouvements de l'articulation sterno-claviculaire sont bien conservés.

Quelle est la nature de cette maladie?

La réponse à cette question soulève, comme on va le voir, un certain nombre de points délicats.

Relativement à la localisation de la maladie il est très aisé de constater qu'elle occupe la clavicule, dont elle épousa la forme. L'os, avons-nous vu, présente, dans ses 2/3 internes, un gonflement portant sur toute son épaisseur. La peau et le tissu cellulaire y sont adhérents et sur un point les tissus ramollis et amincis permettent la pénétration d'un stylet qui conduit dans une cavité assez large donnant la sensation d'os dénudé. Il s'agit donc d'une affection de la clavicule, mais de quelle nature?

Il n'y a pas lieu de songer à un néoplasme de la clavicule car nous n'avons pas affaire à une véritable tumeur développée aux dépens de l'os; il s'agit simplement d'un gonflement régulier et uniforme des deux tiers internes de l'os, gonflement qui rappelle la configuration générale de la clavicule. De plus, le stylet introduit dans la cavité nous fournit une sensation d'os dénudé, nécrosé et non point de masses fibreuses ou mollasses comme cela a lieu dans le sarcome. Ajoutons qu'il n'y a pas d'hypervascularisation de l'os ou de la région claviculaire.

Nous trouvons au contraire, d'après ce qui précède, tous les caractère d'une ostéo-périostite. Vous n'ignorez pas, messieurs, qu'il est aujourd'hui démontré que toutes les variétés d'ostéo-périostite sont d'origine infectieuse. Seule la variété syphilitique n'a pas encore reçu la démonstration expérimentale, mais tout porte à croire qu'elle aussi dépend d'un mode d'infection bactérienne. D'ailleurs, je vous ai appris dès le début de cette leçon que l'hypothèse d'une ostéite syphilitique devait être écartée puisque le traitement spécifique auquel la malade a été soumise tout d'abord au moment de son entrée n'a exercé aucune influence sur la lésion de la clavicule.

En l'absence de toute cause appréciable d'infection spéciale, le diagnostic est seulement à discuter entre deux variétés d'*ostéo-périostite :* 1° l'*ostéo-périostite tuberculeuse,* 2° l'*ostéo-myélite* de l'adolescence.

Relativement à l'ostéite tuberculeuse, nous pouvons, je pense, l'écarter avec certitude. Je vous rappellerai tout d'abord que la malade ne présente rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui semble plaider en faveur de la tuberculose. Elle n'a jamais présenté la moindre manifestation se rattachant à cette diathèse. De plus son affection locale, bien qu'elle dure depuis environ 15 mois, n'a jamais suppuré, quoique sur un point de la surface de l'os la peau se soit amincie comme si elle allait s'ulcérer. En produisant une ouverture avec la pointe d'un stylet à ce niveau nous n'avons pas donné issue à du pus véritable, comme cela aurait dû être s'il avait été question d'un abcès froid provenant de la clavicule, et le stylet n'a pas permis de constater les lésions propres à la tuberculose osseuse, le ramollissement d'un os carié, la dureté de séquestres.

Cette absence de suppuration est une particularité très importante dans l'histoire clinique de notre malade et, avec les signes négatifs formés par l'exploration du stylet, elle nous permet d'affirmer que, dans ce cas, la lésion de la clavicule n'est pas de nature tuberculeuse.

Nous sommes donc conduits par exclusion à admettre qu'il s'agit d'une ostéomyélite de l'adolescence. Mais il ne saurait être question de la forme vulgaire de cette affection, en raison des caractères spéciaux qu'elle a présentés dans son évolution. Et tout d'abord nous ne sommes pas en présence de la forme aiguë de la maladie, qui a toujours affecté une marche chronique depuis le début. C'est donc un exemple de cette forme qui est aujourd'hui connu sous le nom d'*ostéomyélite chronique d'emblée* depuis la communication de Trélat au Congrès français de chirurgie (1885). Mon ancien chef de clinique M. Demoulin, aujourd'hui chirurgien des hôpitaux, a bien étudié cette affection dans sa thèse inaugurale de 1888.

Depuis, de nouveaux faits ont été publiés et l'expérimentation est venue apporter son contingent à la question. Parmi les travaux les plus récents, je signalerai spécialement ceux de Dor et Gangolphe. Ce dernier auteur a montré que l'ostéomyélite chronique d'emblée pouvait revêtir de nombreuses modalités. Je me contenterai d'insister sur l'une des plus intéressantes, qui répond précisément à la forme que présente notre jeune fille et qui est caractérisée anatomiquement par la *nécrose sans suppuration.*

Généralement, lorsque l'ostéomyélite atteint un os, et le frappe de nécrose, le séquestre se sépare des parties saines et tend à s'éliminer et à être expulsé au dehors; ce travail s'accompagne toujours d'une suppuration plus ou moins abondante. Or les choses se passent autrement dans la variété d'ostéomyélite chronique d'emblée dont notre malade est atteinte. Le périoste enflammé sécrète une couche sous-périostique, donnant lieu à une épaisse hyperostose, compacte et vasculaire, qui atteint parfois plusieurs centimètres d'épaisseur ; au-dessous de cette hyperostose, existe une couche de tissu spongieux très mou, rougeâtre, irrégulièrement érodé au voisinage du séquestre qui représente l'ancienne diaphyse. Cette couche spongieuse pénètre parfois dans l'intérieur du séquestre et l'immobilise plus ou moins. Il n'existe pas de sillon de séparation entre l'os nouveau, c'est-à-dire l'hyperostose, et l'os ancien, autrement dit le séquestre. Ce dernier paraît rester au sein du foyer comme un corps étranger aseptique, n'ayant aucune tendance à s'éliminer. Il ne s'y manifeste, en effet, aucun travail d'expulsion; il n'y

apparaît ni pus, ni fongosités. Parfois, le séquestre est très étendu et comprend la plus grande partie de la diaphyse d'un os long.

Comment doit-on comprendre la pathogénie de l'ostéomyélite chronique d'emblée et en particulier celle de la forme qui nous occupe? Au point de vue bactériologique on retrouve dans l'affection chronique d'emblée les mêmes variétés microbiennes que dans les autres variétés d'ostéomyélite. On a isolé en effet le staphylocoque doré et blanc, le streptocoque, le bacille d'Eberth, le pneumocoque. Je cite ces bactéries par ordre de fréquence. D'après la plupart des auteurs, Lannelongue en particulier, l'affection que nous avons en vue serait due à une action atténuée de ces différentes variétés microbiennes.

En 1893, Dor est venu apporter au Congrès de chirurgie une importante contribution de nature à élucider de plusieurs points obscurs de la pathogénie de l'ostéomyélite. Cet auteur a isolé dans les cultures du staphylocoque des produits solubles dont il distingue deux variétés. L'une d'elles produirait la suppuration et l'autre la nécrose (toxine pyogène et toxine nécrogène). Il est fort possible que le staphylocoque atténué ne produise plus que des toxines nécrogènes. Dès lors l'ostéomyélite chronique d'emblée nécrosante et non suppurative résulterait de l'action des toxines solubles nécrogènes du staphylocoque atténué.

Les symptômes cardinaux de cette forme d'ostéomyélite nécrosante sont la douleur et le gonflement sans suppuration. Chez notre malade, la douleur fait défaut et le peu de phénomènes sensitifs que nous avons notés du côté du membre supérieur et du côté du cou résultent, sans doute de la compression de quelques filets nerveux par l'os augmenté de volume.

Le diagnostic, assez facile chez notre malade à cause de l'isolement de la clavicule qui permet une exploration aisée est parfois très difficile lorsqu'il s'agit d'un os des membres. La confusion avec un ostéo-sarcome central est alors très possible. J'en dirai autant du diagnostic de l'ostéite tuberculeuse et de la syphilis osseuse.

Le pronostic général de l'ostéomyélite chronique d'emblée et spécialement de la forme qui nous occupe, est beaucoup moins grave que celui de l'ostéomyélite commune, à cause de l'évolution lente de la maladie, du peu de douleurs et de l'absence de ralentissement et d'infection générale. Mais étant donnée la difficulté d'extraire le séquestre et surtout la faiblesse de l'os nouveau, incapable de remplacer l'os ancien dans ses fonctions, on est souvent conduit, pour assurer la guérison, à pratiquer l'amputation du membre. Chez notre malade, nous pensons qu'il y a lieu de suivre la même conduite et de pratiquer la résection totale de la clavicule. Bien que l'extrémité externe de l'os semble respectée, nous ne savons pas exactement où s'arrête la nécrose et nous pourrions craindre de ne pas dépasser la limite des tissus malades, si nous procédions à une résection partielle de la clavicule. D'autre part la résection de la totalité de l'os n'est ni plus grave ni plus difficile que la résection partielle. De plus on est en droit d'espérer, vu l'âge de la malade, de voir l'os se reproduire.

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Kyste du cordon pris deux fois pour une hydrocèle vaginale, sac herniaire sus-jacent; cure radicale; guérison,

Par M. le Dr Louis Mencière,

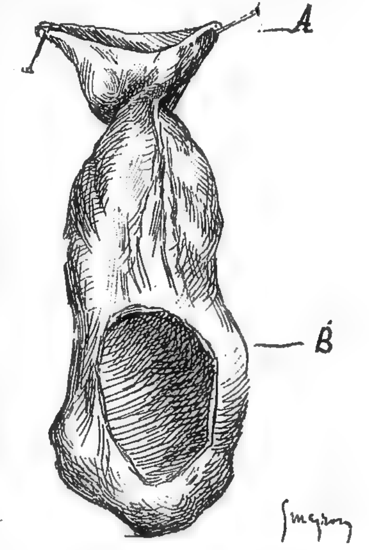
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Henri H..., 2 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 29 mars 1897. Parents bien portants, notons cependant une hernie chez la mère.

Né à terme, nourri au sein, l'enfant n'a jamais été malade. Petite hernie ombilicale survenue quelque temps après la naissance et disparue depuis. A l'âge de 2 ou 3 mois, le petit malade a été opéré d'une hydrocèle. Récidive; seconde ponction. La tumeur de l'aine droite existe encore actuellement; elle augmente et les parents amènent l'enfant à l'hôpital.

On trouve dans le scrotum et du côté droit une grosseur, du volume d'un petit œuf, nettement fluctuante. Au-dessous de la masse liquide, on sent le testicule normal. Il est situé au-dessous et non en arrière de la tumeur sus-jacente. Cependant cette dernière descend très bas, presque immédiatement au contact du testicule; nous avons hésité à porter le diagnostic d'hydrocèle, diagnostic qui avait été posé les deux fois précédentes. Prenant alors le testicule entre deux doigts, et pressant avec l'autre main au niveau de la tumeur liquide, nous avons pu constater que le testicule était libre sur toutes ses faces, et non recouvert par le liquide. En un mot, le testicule n'était pas situé sur les parois d'une poche fluctuante, en particulier sur la paroi postérieure; la tumeur liquide était bien sus-jacente. Nous n'avions donc pas affaire à un épanchement dans la vaginale. Pour vérifier le fait, car le diagnostic d'hydrocèle avait été porté déjà deux fois lors des deux ponctions faites chez ce jeune malade, nous avons eu recours à une petite manœuvre qui nous a souvent permis de faire un diagnostic dans des cas semblables. Plaçant le pouce et l'index au-dessus du testicule, nous les rapprochons suffisamment pour que du liquide puisse passer entre les deux doigts, mais pour qu'une tumeur limitée par une poche soit arrêtée. Nous pressons alors sur la tumeur; l'extrémité inférieure de celle-ci se gonfle, le liquide, contenu dans une poche, s'accumule au-dessus de nos deux doigts et ne passe pas dans leur intervalle. Un liquide non entouré par une enveloppe aurait pu sous la pression pénétrer dans la cavité vaginale en passant dans l'espace laissé libre et venir au contact du testicule. Mais ici, le liquide se trouvant dans une poche sus-jacente à la vaginale, et non dans celle-ci, plus la pression exercée est forte, plus l'extrémité inférieure de la tumeur devient volumineuse et se trouve arrêtée sur le bord supérieur de nos deux doigts.

En pénétrant dans l'anneau inguinal on arrive à limiter l'extrémité supérieure du kyste, car il s'agit bien là d'un kyste du cordon et non d'une hydrocèle.



A. Sac herniaire; *B.* Kyste du cordon.

L'enfant est opéré le 8 avril 1897 par M. Broca. Incision comme pour la cure radicale d'une hernie. On trouve un kyste du cordon, volumineux, arrivant au contact de la vaginale sur une large étendue. Le kyste est disséqué, séparé de la vaginale qui, elle, ne contient pas de liquide.

On voit un kyste du cordon (B) dont la paroi antérieure est représentée largement ouverte. Ce kyste contenait un liquide citrin analogue au liquide ascitique. Au-dessus du kyste en A on constate un sac herniaire assez volumineux, cependant nous n'avons pas noté la présence de l'intestin. L'opération se termine comme pour une cure radicale de hernie inguinale. Pansement occlusif.

9 *avril*. — Œdème au niveau du scrotum. Température 39°2.

10 *avril*. — L'infiltration des bourses a un peu augmenté, mais la température a baissé à 38°4.

12 *avril*. — Incision du scrotum, il s'écoule de la sérosité un peu louche.

Pansement humide pendant 2 ou 3 jours, puis pansement sec.

19 *avril*. — La plaie est entièrement cicatrisée. L'enfant quitte l'hôpital.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la fréquence des erreurs commises dans des cas analogues à celui que nous rapportons : ici, deux fois le diagnostic d'hydrocèle vaginale a été porté. Nous ferons remarquer que les quelques signes donnés au cours de cette observation nous ont permis de poser un diagnostic exact. Les petites manœuvres indiquées sont faciles à exécuter, et, bien faites, elles permettent de ne pas confondre une hydrocèle avec un kyste du cordon. Nous voyons en A (voir fig.) un sac herniaire immédiatement au-dessus du kyste B. Nous ne nous étendrons pas, devant le faire dans un travail ultérieur, sur les positions variables que peut occuper le sac herniaire par rapport au kyste; nous retiendrons un seul fait : c'est la présence constante d'un sac herniaire au-dessus d'un kyste du cordon, fait déjà bien mis en évidence par A. Broca et par quelques-uns de ses élèves (1).

Le canal vagino-péritonéal se ferme transversalement dans sa portion inférieure et constitue la cavité vaginale; plus haut, il ne s'oblitère pas; à un moment donné, nous voyons apparaître du liquide. Au-dessus de la partie supérieure du kyste, le canal vagino-péritonéal, non oblitéré en cet endroit, forme un sac herniaire contenant ou non de l'intestin, mais étant tout au moins un véritable point d'appel pour une hernie ultérieure.

On ne doit pas perdre de vue ce fait, car il commande au traitement. La cure radicale supprime et le kyste du cordon et le sac herniaire sus-jacent.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la chlorose.

La chlorose, ou anémie de la puberté, est une des maladies que le praticien est appelé le plus souvent à traiter. Elle a sollicité en tous temps l'attention des thérapeutes : les médicaments qui ont été successivement préconisés rempliraient par leur énumération seule plusieurs colonnes de ce journal. De nos jours, grâce surtout aux travaux de Hayem, Hanot, Charrin, on est arrivé à une conception pathogénique plus simple dont le premier résultat a été l'institution d'un traitement plus logique. C'est ce traitement dont nous nous proposons d'esquisser brièvement les grandes lignes d'après les travaux les plus récents, en mettant surtout à contribution, outre les auteurs que nous avons cités, le remarquable rapport de M. Barbier (1), le livre de M. Luzet (2) et une thèse récente de M. P. Gosselin (3).

Pour faciliter cet exposé nous considérerons avec M. Hayem trois degrés dans la chlorose, correspondant aux formes légère, moyenne et grave de cette maladie.

Dans les chloroses du premier degré, on peut obtenir la réparation globulaire par une hygiène stricte et une alimentation convenable. Cette hygiène comprendra l'aération en plaine ou dans une altitude modérée, l'hydrothérapie froide (le tub), les inhalations d'oxygène, les bains d'air comprimé, le repos. On proscrira soigneusement dans l'alimentation, l'abus des excitants (vins généreux), du régime carné (viandes saignantes), qui provoquent ou entretiennent la dyspepsie. On donnera la préférence au début au lait et à la viande crue, plus tard aux œufs mollets peu cuits; aux farines diverses, aux poissons à chair maigre, aux viandes fraîches suffisamment cuites, aux légumes en purée, surtout aux légumes verts, aux compotes de fruits et aux laitages. Peu ou point de pain. Comme boisson, l'eau pure, quelques eaux minérales stimulantes et digestives, le lait, quelques décoctions de céréales, à raison d'un verre à un verre et demi par repas.

C'est dans cette forme que l'on peut espérer des guérisons durables sans l'aide des ferrugineux; les succès obtenus dans ces cas par Dujardin-Beaumetz et Zunge leur avaient fait conclure à l'inutilité du fer dans le traitement de la chlorose, l'alimentation leur paraissant devoir suffire à réparer les pertes journalières en fer de l'organisme. Si cela peut être vrai dans les formes légères, il n'en est pas de même dans les formes plus graves. Et encore même dans les premières, M. Le Gendre, dont on connaît la répugnance à prescrire des médicaments lorsque leur utilité absolue ne lui est pas démontrée, doute que l'on puisse obtenir des guérisons réelles, définitives, sans faire intervenir à un moment donné la médication ferrugineuse : lorsqu'il s'est abstenu d'y avoir recours, il a presque toujours observé des rechutes.

C'est dire que le fer trouve des indications pressantes dans le second et troisième degré de la chlorose. La seule contre-indication à l'usage des ferrugineux est tirée de l'état de l'estomac. Lorsque les fonctions digestives sont fortement et profondément troublées, le fer non seulement est inutile, mais il est nuisible. Dans ce cas, il faut, par conséquent, suivant le précepte de M. Huchard, guérir d'abord la dyspepsie et soigner ensuite le chlorose.

Donc, le fer formant la base de la médication des chlorotiques, toutes les fois que l'estomac le permet, à quelle préparation de fer doit-on s'adresser de préférence.

M. Hayem et après lui MM. Barbier, Fernet, etc., sont d'accord pour rejeter d'emblée tous les sels *ferriques* qui donnent des précipités insolubles avec les substances albuminoides. Il faut donc s'adresser exclusivement aux sels *ferreux* ou *protosels* : protoxalate, proto-iodure, protochlorure, proto-carbonate de fer, lactate et citrate ferreux, tartrate ferrico-potassique, citrate de fer ammoniacal. Ceux de ces sels qui sont solubles sont avantageusement associés, dans certains cas, à l'albumine ou aux peptones, albuminates ou peptonates de fer. M. Hayem préfère le protoxalate. Les eaux minérales ferrugineuses sont toujours insuffisantes, quelquefois nuisibles en ce sens qu'elles provoquent la dyspepsie (Luzet).

L'hémoglobine semblerait *a priori* la préparation de

1. Delanglade, Kyste du cordon et du canal de Nuck (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 463). — Cachau, Kyste du cordon et du canal de Nuck (th. doct., Paris, 1893.)

1. *Société de thérapeutique*, 27 janvier 1897.
2. Luzet, *De la chlorose* (Bibliothèque Charcot-Debove.)
3. P. Gosselin, *Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la chlorose* (thèse de Paris, 1897, n° 328).

choix. Malheureusement, comme le fait remarquer justement M. Barbier, il faudrait pour atteindre la dose utile de 40 centigrammes par jour, indiquée par M. Hayem (1) administrer 100 grammes d'hémoglobine par 24 heures. Or, dans la pratique, lorsqu'on atteint 2 et 3 grammes, on observe des troubles digestifs, la formation de produits à odeur putride et on retrouve dans les selles le fer non absorbé (Luzet). Les combinaisons à base d'hémoglobine doivent donc être écartées du traitement de la chlorose.

Quelle que soit la préparation de fer choisie, elle doit, avons-nous dit, être administrée à une dose quotidienne voisine de 40 centigrammes (Hayem). On commence par 10 centigrammes deux fois par jour, en ayant soin de faire prendre le médicament immédiatement avant le repas, c'est-à-dire au moment où la sécrétion d'acide chlorhydrique va se faire, d'une part, et où le fer va trouver, d'autre part, dans le repas des substances albuminoïdes en transformation digestive (Barbier). Il est important que le fer ne produise ni gastralgie, ni constipation : pour cela il est prudent de ne le prescrire qu'après quelques jours de repos et de régime. On suspend la médication si elle est mal supportée, quitte à la reprendre au bout de 10 à 15 jours. Dans quelques cas on se trouve bien de changer de préparation. Enfin, même si la tolérance est parfaite, on doit cesser le fer 10 à 15 jours, après 5 ou 6 semaines de traitement. On recommence une nouvelle série, si la guérison n'est pas complète.

Nous avons examiné ici même (2) la valeur des injections hypodermiques de sels de fer. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet. Rappelons seulement que la question est encore loin d'être résolue et que les résultats obtenus par Quincke, Dori, Rossi, Martensen, Pellizari, Dantz, Rumno, etc., quelque encourageants qu'ils paraissent, ne sont pas assez constants pour faire adopter la voie sous-cutanée autrement que comme méthode d'exception.

En suivant les règles qui précèdent pour l'administration des ferrugineux, on ne peut être dans aucun cas *nuisible* aux malades. Mais il demeure entendu que la première place revient encore dans les formes moyennes et graves à l'hygiène thérapeutique, qui ici se résume dans le *repos* combiné à l'aération, auquel il faut joindre une surveillance rigoureuse de l'alimentation sur les bases que nous avons indiquées.

Contrairement à la croyance commune, les chlorotiques ne doivent pas être soumis aux exercices du corps en plein air, à la gymnastique. La *fatigue* est nuisible à ces malades en activant la destruction globulaire et par conséquent la perte en fer. Le repos prolongé au lit, les fenêtres ouvertes, ou sur une chaise longue dans un endroit abrité du soleil et du vent, suivant les préceptes indiqués par Daremberg pour la cure d'air des tuberculeux, donnent les meilleurs résultats chez les chlorotiques, chez qui, il suffit à faire disparaître la plupart des troubles subjectifs, sensation de fatigues, céphalées, digestions pénibles, etc. (Hanot, Nothnagel, Ziemmsen, Hayem). En tous cas, ce repos est de rigueur dans la première heure qui suit les deux principaux repas. Plus tard, les promenades peuvent être permises, sous la condition de pouvoir être faites sans fatigue.

C'est à ce moment que l'hydrothérapie, le changement de climat, les faibles altitudes (800 mètres) peuvent intervenir avec quelques chances de succès. Les hautes altitudes (Huchard), les stations maritimes des côtes de l'Océan, de la Manche ou de la mer du Nord (Le Gendre), ont presque toujours une influence néfaste.

En somme, on peut résumer en trois mots le traitement de la chlorose : REPOS, AIR et FER (Huchard).

Mais à côté de cette triade primordiale, il est des médicaments qui peuvent exercer une réelle influence sur l'évolution de la maladie. On connait l'action favorable de l'arsenic que Dujardin-Beaumetz n'hésite même pas à préférer au fer, lorsqu'il y a des troubles dyspeptiques marqués. C'est dans ces cas que les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler diluée, donnent souvent de remarquables résultats.

La manganèse a été proposé comme succédané du fer par Debierre, Petrequin qui sont partis d'une conception erronée de la constitution de l'hémoglobine (A. Gautier). Il n'est nullement un modificateur du sang, mais seulement peut-être un modificateur du système nerveux (Potain), aussi est-il tombé en désuétude (Barbier).

La strychnine suivant la formule suivante :

Sulfate de strychnine.	0 gr. 05 à 0 gr. 07
Eau distillée	200 gr.

Une cuillerée à café au commencement de chaque repas (Bouchard);

L'acide chlorhydrique à 1 p. 100 ;

Une cuillerée à soupe dans un quart de verre d'eau sucrée après les principaux repas (Hayem) rendent respectivement des services dans le chlorose avec atonie gastrique et hyp ochlorhydrie.

Au contraire, les préparations de quinquina, de kola, etc., sont nuisibles; car elles entretiennent la dyspepsie et sont incompatibles avec le traitement ferrugineux.

Les troubles nerveux (névralgies, neurasthénie, céphalées, hystérie) qui existent dans la chlorose gardent leurs indications particulières. La fièvre qui n'existe que dans les formes graves ne doit, *dans aucun cas*, être traitée par les antithermiques : la cure d'air suffit à abaisser la température. Tout au plus pourra-t-on y ajouter les enveloppements froids, le drap mouillé qui appliqué chez les malades alités a donné les meilleurs résultats (Hayem).

Le traitement de la chlorose, tel que nous venons de l'exposer est, on le voit, purement symptomatique. Il était tentant, surtout après les travaux de Charrin, qui fait jouer un rôle prépondérant à la perversion de la fonction ovarienne dans la pathogénie de la chlorose, de chercher à remédier à l'insuffisance présumée de la sécrétion interne ovarique, par l'administration d'ovaires frais, soit en injection, soit en ingestion. Ces essais entrepris par Spillmann et Etienne (1) sur six malades ont donné chez trois d'entre elles un résultat positif. La fonction menstruelle a reparu, l'anémie s'est améliorée. L'ovaire a été administré en injections sous cutanées à la dose de 1 centimètre cube d'extrait préparé suivant la méthode de Brown-Séquard et D'Arsonval, et par la voie gastrique, sous forme de poudre d'ovaire desséché dans le vide à 37° à la dose de 1 à 5 gramme par jour. Nous avons eu l'occasion de reprendre ces essais chez deux chlorotiques auxquelles nous donnions 0 gr. 60 par jour d'ovaires frais, finement hachés et incorporés à de la confiture de groseilles : chez les deux malades, cette médication, très bien acceptée et très bien tolérée, a amené le régularisation des époques, et, chez une d'elles, la sup-

1. Cette dose n'a pas été arbitrairement fixée : elle est calculée d'après les chiffres de la perte absolue de la teneur en fer du sang des chlorotiques, jointe à la perte journalière : les quarante centigrammes représentent le déficient à combler.

2. Voir *Gazette hebdomadaire*, 1896, p. 1126.

1. *Rev. méd. de l'Est*, nov. 1896.

pression des douleurs liées à sa dysménorrhée . quant à l'anémie elle-même elle fut très rapidement améliorée (un mois) chez l'une d'elles, chez l'autre l'amélioration fut plus lentement obtenue. Cette dernière était particulièrement réfractaire aux préparations ferrugineuses.

La moelle osseuse a été également recommandée en ingestion. Nous avons rapporté ailleurs (1) le cas de Fraser, dans lequel le chiffre des globules rouges était tombé à 840000, proportion regardée comme incompatible avec l'existence : un mois plus tard, avec 90 grammes de moelle rouge osseuse par jour, on comptait 4130000 globules : la malade pouvait être considérée comme guérie. Des faits analogues ont été publiés en grand nombre, dans les journaux anglais et américains. Ces essais mériteraient d'être repris et confirmés.

Nous devons néanmoins faire une différence entre l'ovarine et la moelle osseuse : l'ovarine paraît agir d'une façon spécifique dans la chlorose, la moelle osseuse dans l'anémie proprement dite. C'est une distinction qu'il est très important de connaître au point de vue pratique.

Citons enfin les nucléines et les protonucléines qui sont très en faveur aux États-Unis et sur l'action lesquelles nous ne possédons en France que des notions très incomplètes.

L'opothérapie résoudra peut-être le problème du traitement étiologique de la chlorose. La difficulté de l'emploi de ces préparations les rend malheureusement peu pratiques. Il faut les employer de préférence à l'état frais : ce n'est pas que la dessication leur fasse perdre de leur activité, mais ainsi réduites à l'état pulvérulent, renfermées en cachets ou capsules, elles s'altèrent rapidement, car elles sont, comme O. Lanz l'a démontré, un terrain de culture particulièrement favorable à la pullulation des microorganismes.

Les Américains emploient des tablettes et des élixirs : pour nous, nous nous sommes trouvés bien de la trituration de l'organe frais avec du sucre cristallisé et de la gelée de groseille, qui enlève toute répugnance au malade.

G. Maurange.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 Juillet 1897.

Travaux de la mission scientifique russe de Bombay.

M. Roux lit un rapport sur les travaux de **MM. Wyssokowitch** et **Zobobati**, sur la peste à Bombay.

A peine arrivés à Bombay, ces savants installèrent un laboratoire, puis se procurèrent dans les hôpitaux les éléments nécessaires à l'expérimentation.

Formes de la maladie. — Les premiers pestiférés présentaient des *bubons*, les autres n'en présentaient pas et étaient atteints de pneumonie.

Dans la *peste bubonique*, tous les ganglions sont hypertrophiés, mais le ganglion primaire se distingue parce qu'il est plus gros ramolli, et contient les bacilles pesteux très abondants.

Dans les coupes on constate que le tissu est bourré de bacilles, de sorte que l'hypertrophie est plutôt due à la multiplication des bacilles qu'à l'hyperplasie du tissu.

Dans les foyers de pneumonie, on trouve le bacille, qui est surtout abondant dans les ganglions bronchiques. Ce sont des broncho-pneumonies à foyers disséminés; il n'y a jamais de pneumonie lobaire. La maladie ne s'accompagne ni de toux ni de crachats; elle est toujours mortelle.

A l'autopsie, on trouve, dans l'intestin, des hémorrhagies punctiformes et du gonflement des ganglions mésentériques.

Mais, pour ces auteurs, ces lésions sont toujours secondaires, et succèdent à la septicémie pesteuse.

Pathogénie. — Le bacille peut pénétrer par les téguments externes et par la muqueuse buccale : il en résulte la production de bubons externes; ou bien par le poumon : il en résulte alors une pneumonie pesteuse mortelle, même dans les cas de bubons externes.

On ne voit pas d'éraillure apparente des téguments; le bacille peut-il donc traverser la peau saine?

Pour vérifier cette hypothèse, les auteurs ont expérimenté sur des macaques à longue et courte queue, qui prennent très facilement la peste et qui en meurent toujours; en effet, si on inocule sous la peau du bras une culture de bacille pesteux, on voit se former, en quelques jours un œdème local, puis un bouton, avec beaucoup de fièvre.

Si on fait une lésion très légère de la peau, par exemple, avec une aiguille fine, trempée dans une culture pesteuse, qui sert à piquer la paume de la main d'un singe; quelques jours après, sans qu'on puisse constater la moindre plaie locale, la peste bubonique se développe.

La pneumonie pesteuse peut être donnée en introduisant le virus dans la trachée. Il faut pour cela chloroformer l'animal. La maladie est toujours mortelle et présente les mêmes lésions anatomiques que chez l'homme.

Le singe ne peut prendre la maladie par le tube digestif; si on introduit le virus par une sonde œsophagienne, l'animal, quoique très sensible à la peste, résiste.

Cependant, à l'autopsie des singes morts de peste bubonique ou pneumonique, on trouve, comme chez l'homme, des hémorrhagies intestinales; ce qui prouve bien que ces lésions sont d'ordre toxique.

Les auteurs ont étudié ensuite l'action préventive et curative du sérum antipesteux.

Action préventive. — On injecte à des singes des quantités variables de sérum de Yersin, en moyenne 10 centimètres cubes. Le singe est immunisé, mais cet état d'immunité ne dure pas plus de dix à quinze jours; l'immunisation débute immédiatement après l'injection.

Hawkin a proposé, comme moyen préventif, l'injection d'une culture de bacilles pesteux stérilisée par la chaleur; après cette injection, l'animal est immunisé; mais l'immunité disparaît également après dix à quinze jours et ne s'établit pas aussi vite qu'avec le sérum de Yersin.

Ces résultats sont très importants, car ils prouvent qu'on peut mettre l'homme en état d'immunité, pendant un temps assez long, au moyen d'injections répétées de sérum antipesteux.

Action curative. — Ils ont inoculé la peste à 96 singes et leur ont ensuite injecté, à des époques variables, des doses également variables de sérum antipesteux.

Ils ont vu qu'avec une certaine dose de sérum, on peut toujours guérir la maladie. Lorsque l'injection est faite dans les deux premiers jours de la maladie, l'effet curatif est complet; plus tard, la maladie est ralentie, mais elle aboutit toujours à la mort, au bout de seize à dix-huit jours.

Résultats chez l'homme. — Dans certains cas, l'action curative est manifeste; dans les quelques heures qui suivent, l'état général s'améliore et le bubon diminue. D'autres fois, l'amélioration est passagère. Dans d'autres cas, il n'y a même pas d'amélioration.

Avec le traitement sérothérapique la mortalité moyenne a été de 40 pour 100, tandis qu'avec les traitements ordinaires elle est de 80 pour 100.

Le succès du traitement dépend : de l'époque où l'on inter-

1. P. Maubrac et G. Maurange. Une nouvelle méthode thérapeutique : l'opothérapie (*Revue générale des sciences pures et appliquées*, 30 décembre 1896, p. 1241).

vient, de la forme de la maladie, la pneumonie pesteuse étant toujours mortelle, et du sérum que l'on emploie. Le sérum de Bombay n'était pas aussi actif que le sérum employé en Chine, car on avait eu moins de temps pour le préparer.

Il faut, pour qu'il s'agisse, que ce sérum ait des propriétés antitoxiques très puissantes.

Le sérum des pesteux possède des propriétés agglutinantes; si on racle une culture de peste sur gélose, qu'on la dilue dans du bouillon ou de l'eau, on obtient un liquide trouble; une goutte de sérum de malade pesteux introduite dans ce bouillon l'éclaircit et il se forme un dépôt au fond du tube.

La propriété agglutinative débute au septième jour de la maladie, augmente jusqu'à la quatrième semaine, et diminue ensuite, cette propriété n'apparaît pas chez les individus qui meurent de peste aiguë ou de pneumonie pesteuse.

Gastrectomie.

M. Péan rapporte l'observation d'une malade de cinquante-six ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur de l'estomac, accompagnée d'hématémèse et d'un état cachectique extrêmement avancé.

Il fit la laparatomie et tomba sur une tumeur occupant le pylore et la moitié droite de l'estomac. Il excisa cette tumeur entre des pinces à mors longs placés à 5 centimètres au delà des limites de la tumeur, et ferma avec des surjets de soie les 5/6 inférieurs de la plaie, puis il introduisit un bouton de Murphy à la partie supérieure de la plaie, qu'il adossa d'autre part au duodénum. Après avoir fermé la plaie abdominale par une suture à trois étages, dont le dernier adossait l'épiploon au péritoine pariétal, il ferma également la plaie cutanée. Les suites furent bonnes; la malade reprit de l'appétit et des forces; elle a gagné aujourd'hui 25 kilogrammes.

Guérison d'un cas de tétanos par les injections de sérum antitétanique.

M. Wehlin. — Un ouvrier de quarante-un ans, vigoureux, entre le 4 mai 1897, à l'hôpital de Clamart pour une plaie de la main gauche datant de la veille.

Le 21 mai, début du tétanos qui présente une marche rapide et semble devoir être bientôt mortel : on injecte 30 centimètres cubes de sérum antitétanique; le 22, les accès continuent avec la même violence; on injecte encore 20 centimètres cubes; le 25, même état, injection de 30 centimètres cubes; le 26, injection de 40 centimètres cubes; le 21, le malade peut desserrer les dents, amélioration légère, le 34, l'incontinence des matières et des urines a disparu; le 10 juin, il se lève pour la première fois; le 20 juin, la contracture des muscles de la mâchoire cède après avoir persisté plus longtemps que tous les autres symptômes.

Abcès du foie, développé 6 ans après une dysentérie des pays chauds, ouvert par vomique. Guérison par l'incision transdiaphragmatique du foyer.

M. Paul Berger. — Le sujet de cette observation avait contracté la dysentérie au Tonkin, il y a 6 ans, et présenté à ce moment un point de congestion hépathique qui avait cédé à l'application d'un vésicatoire. Rapatrié au bout de 6 mois, il avait encore souffert de la dysentérie 3 ans en France; depuis ans il se croyait guéri.

A la suite d'une grippe contractée en décembre 1896, il fut repris d'une douleur vive dans la région hépatique, puis d'une voussure manifeste de l'hypochondre; en même temps, il y avait de la perte d'appétit, de l'amaigrissement, mais pas de fièvre. La matité du foie remontait jusqu'à la 3e côte, son bord inférieur ne débordait le rebord costal qu'à la région épigastrique.

Le diagnostic porté par M. Berger et par M. le Dr Duflocq fut celui d'abcès du foie, et on se disposait à l'ouvrir quand apparurent, le 9 mars, une douleur vive dans l'épaule; le 10, de la fièvre et quelques crachats sanguinolents, et dans la nuit du 10 au 11 l'abcès s'ouvrait par vomique. L'évacuation d'une assez grande quantité de pus rouge brique continua les jours suivants, et, le malade s'affaiblissant sans cesse, M. Berger procéda à l'ouverture directe du foyer.

Guidé par les signes fournis par l'auscultation et par la voussure, il réséqua 10 centimètres des 7e et 8e côtes, traversa le 7e espace intercostal, le diaphragme, et pénétra dans un vaste foyer intra-hépatique qui fut drainé et tamponné. Aussitôt, l'expectoration purulente tarit, la cavité se combla peu à peu, et un mois et demi après le malade était complètement guéri et en excellent état de santé.

M. Berger insiste :

1° Sur le long intervalle qui s'est écoulé entre la dysentérie compliquée d'une première poussée d'hépatite et la formation de l'abcès (6 ans), il lui paraît probable que la grippe contractée en dernier lieu a eu une action déterminante sur la formation de ce dernier en stimulant la virulence des germes pathogènes laissés dans le foie par la première atteinte d'hépatite.

2° Sur l'absence de lignes de certitude indiquant la présence de l'abcès; la voussure de l'hypochondre étant le seul caractère sur lequel pût être fondé le diagnostic. Cette observation montre, d'autre part, avec quelle rapidité peut évoluer l'abcès vers l'ouverture spontanée par vomique; celle-ci s'est produite ici 36 heures après l'apparition des premiers symptômes (douleur de l'épaule, fièvre) pouvant faire prévoir cette terminaison.

3° Enfin ce fait prouve que la vomique n'est pas une terminaison favorable, qu'elle n'est pas suivie, dans certains cas au moins, de retrait et d'oblitération du foyer intra-hépatique.

La seule conduite à suivre en présence d'un abcès du foie est d'en pratiquer l'incision large, et quand l'abcès siège dans les régions postéro-supérieures, la résection costale et l'incision du diaphragme permettent de l'atteindre sans beaucoup de difficulté. Cette incision doit être guidée par l'interprétation des signes fournis par l'auscultation et par une ponction aspiratrice préalable.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Kœnig (Charles-Joseph). *Contribution à l'étude expérimentale des canaux semi-circulaires.* N° 376. (H. Jouve.)

M. Wallet (Lucien). *De la nécrose syphilitique du crâne (Intervention chirurgicale).* N° 380. (H. Jouve.)

M. Augé (Frédéric). *De l'observation des réflexes pupillaire et cornéen pendant la chloroformisation.* N° 381. (P. Delmar.)

M. Biard (Maurice). *Etude sur la conjonctivite subaiguë.* N° 393. (H. Jouve.)

M. Tharreau (Louis). *Kystes de l'épididyme.* N° 403. (P. Delmar.)

M. Sibut (Louis). *Du traitement du syphilome primitif et de son influence sur le développement ultérieur de la maladie.* N° 422.

M. Perret (Victor). *Étude sur la suppuration pleurale des kystes hydatiques du foie.* N° 421. (H. Jouve.)

M. Marty (Albert). *Traitement de la sciatique rebelle par le hersage.* N° 416. (H. Jouve.)

M. Reyt (Jacques-Achille-Ferdinand). *Étude sur les gangrènes d'origine veineuse.* N° 368. (G. Steinheil.)

M. Degrenne (Albert). *Traitement de la tuberculose du testicule.* N° 374. (H. Jouve.)

Avec Crum-Brown, Delage, etc., M. Kœnig est d'avis que les canaux semi-circulaires sont l'organe du sens de rotation. Ils nous renseignent sur tous les mouvements actifs de rotation soit de la tête seule, soit du corps entraînant la tête. Ils ne nous renseignent pas sur les mouvements passifs de rotation quand ceux-ci sont uniformes et de longue durée, mouvements qui, d'ailleurs, ne se produisent pas dans les conditions ordi-

naires de locomotion. Comme les mouvements actifs de déplacement de notre corps sont toujours ondulatoires, les canaux semi-circulaires nous renseignent sur tous les mouvements que nous accomplissons en totalité et sont ainsi secondairement l'organe de l'équilibre. Par le souvenir du mouvement accompli, ils nous renseignent sur la position de notre tête par rapport à notre corps et de notre corps par rapport aux objets extérieurs. Les canaux gauches sont plus sensibles aux mouvements de rotation à gauche qu'aux mouvements de rotation à droite et *vice versa*. L'irritation des canaux semi-circulaires produit, ainsi que leur anesthésie, une abolition de fonction. Les canaux semi-circulaires ne sont pas l'organe de l'espace.

La nécrose du crâne consécutive à des gommes est une affection assez rare qui survient tard (plusieurs années après le chancre), et ordinairement chez des syphilitiques qui se sont peu soignés. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Tantôt un seul os est frappé; dans ce cas, c'est presque toujours le frontal; moins souvent, il existe des lésions disséminées sur toute la voûte.

L'encéphale est pour ces lésions d'une tolérance remarquable, et, pendant fort longtemps, avant que le cerveau ne s'enflamme, tout se borne au contact du pus ou d'un séquestre à de la pachyméningite externe.

Dans le cas d'un séquestre ne déterminant aucun accident, M. Wallet conseille d'attendre, pour en faire l'ablation, qu'il soit devenu suffisamment mobile, et que le traitement médical ait donné tous ses effets. On interviendra si, malgré l'antisepsie, le séquestre, même peu mobile, entretient de la suppuration, ou encore s'il détermine des accidents de compression (accès épileptiformes, paralysies). On enlèvera le moins d'os possible et, pour cela, on emploiera la gouge et le maillet, ou la pince-gouge de préférence au trépan. Si l'on constate des lésions circonscrites sous-jacentes à la nécrose, telles qu'un abcès cérébral, une gomme, on doit les extirper.

Il peut se produire des troubles cérébraux sans altération osseuse apparente; dans ce cas, si au bout de 2 mois le traitement spécifique n'a produit aucune amélioration notable, et que les symptômes (épilepsie partielle, etc.), accusent une lésion localisée, il est indiqué d'ouvrir le crâne pour aller à la recherche de la lésion endo-crânienne. Une poussée d'encéphalite aiguë est la seule contre-indication à l'intervention.

Si l'on voulait dans le cas d'une perte moyenne de substance protéger le cerveau contre les traumatismes, on aurait recours de préférence aux procédés hétéronécroplastiques (plaques de celluloïd, os décalcifiés, etc.). S'il existe de très larges perforations, le malade portera une calotte protectrice en cuir bouilli, par exemple; le métal doit être proscrit.

Parmi les accidents de la chloroformisation, le plus à redouter est la syncope. Elle peut survenir au début, pendant et après l'anesthésie. Le mécanisme de ces syncopes est encore à l'étude.

La première serait due, d'après Laborde, à l'excitation du réflexe naso-pharyngo-laryngé et M. Augé conclut qu'elle peut être évitée par la suppression de ce réflexe. Il faudrait y joindre, d'après Verneuil, Labbé, Quénu et d'autres auteurs, l'émotion causée par les apprêts de l'opération. Supprimer cette appréhension, remonter le moral du sujet sont encore des indications qu'il ne faut pas négliger. Malgré toutes ces précautions, la syncope se produit parfois, sans que l'on sache à quoi l'attribuer; c'est pourquoi le médecin, qui n'a rien négligé pour se mettre à l'abri de cet accident, ne peut en être responsable.

La syncope de la période d'anesthésie est attribuée par certains auteurs à l'action trop prolongée du chloroforme, par d'autres à la trop grande quantité de chloroforme absorbée; ce qui revient à peu près au même. Quoi qu'il en soit, cet accident est presque toujours imputable au chloroformisateur qui, dans la méthode que nous avons détaillée plus haut, possède un moyen presque infaillible pour l'éviter.

Quant à la syncope de réveil, elle est exceptionnelle. Le médecin ne doit cependant quitter son malade que lorsque celui-ci a complètement recouvré sa connaissance.

La conjonctivite subaiguë est une variété clinique spéciale, caractérisée par une hyperémie intense de la conjonctive palpébrale et M. Biard admet qu'elle est due à un microbe spécial : le diplobacille de Morax, pathogène pour la conjonctive humaine. C'est une affection fréquente et facilement curable, mais qui ne nous semble pas devoir rentrer dans la classe des conjonctivites contagieuses. Le diplobacille n'existe pas sur la conjonctive saine, mais sa présence dans les fosses nasales paraît constante. De nouvelles recherches permettront d'affirmer que le microbe peut suivre la voie ascendante pour pénétrer sur la conjonctive par l'intermédiaire du canal lacrymo-nasal.

On a proposé plusieurs théories pour expliquer la genèse des kystes de l'épididyme. Elles peuvent se grouper ainsi : 1° rupture d'un tube; 2° dilatation des voies spermatiques; 3° origine wolffienne; 4° origine séreuse; 5° origine lymphatique ou sanguine. D'après M. Tharreau, on ne peut admettre l'une de ces théories à l'exclusion des autres; des faits bien observés arguent en faveur de chacune. Mais la dilatation des voies séminales et l'origine wolffienne semble répondre à la majorité des cas. Au point de vue symptomatique, il faut attribuer une grande valeur à la mobilisation du testicule sur la tumeur.

Les kystes spermatiques sont souvent transparents; alors que les kystes non spermatiques peuvent très bien ne pas l'être (cristaux de cholestérine, corpuscules graisseux, sang épanché, parois épaisses). Le traitement le meilleur à tous points de vue et le plus sûr est l'extirpation faite avec soin et en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie.

Des succès manifestes, 5 p. 100 des cas environ, ont été obtenus par la destruction du chancre. Bien plus souvent les accidents ont été atténués, de telle façon même que des observateurs minutieux ont pu, de longues années, croire à une guérison absolue. L'excision chancreuse étant une opération relativement bénigne et toujours simple, M. Sibut conseille donc de la pratiquer chaque fois qu'elle sera possible. Un chancre âgé de plus de dix à douze jours sera une contre-indication en général absolue, à moins que l'on n'ajoute l'extirpation des ganglions pris. Le siège du chancre peut également être une contre-indication d'opérer. Il est nécessaire d'avertir le malade et d'être averti soi-même de la possibilité d'une infection sourde en quelque sorte, il est donc prudent de revoir souvent les malades, d'avoir l'esprit en éveil et à la première alerte de donner les mercuriaux.

Chaque fois qu'on excisera un chancre, tâcher de se convaincre de sa spécificité : 1° par la durée de son incubation; 2° par la confrontation; 3° l'examen histologique; 4° l'inoculation.

Le manuel opératoire est indifférent : il y a à choisir entre le bistouri ou les ciseaux. Il faut espérer que de nouvelles tentatives seront faites en suivant le procédé de M. Barthélemy ou en se servant uniquement de l'électrolyse comme l'a fait Giacomo Péroni. Enfin peut-être que le procédé de Poncet donnerait, renouvelé, des résultats favorables. Mais c'est une grave opération et on ne peut s'abuser qu'il est difficile de savoir quel ganglion est ou n'est pas pris dans une aine.

Les kystes hydatiques suppurés du foie ne s'ouvrent que rarement dans la cavité pleurale. Beaucoup plus fréquente est leur ouverture dans les bronches. Quand elle existe, l'ouverture des kystes hydatiques suppurés du foie dans la plèvre se fait à travers le diaphragme par un tout petit orifice qui ne permet pas au kyste hydatique de se vider largement dans la plèvre. Cette ouverture à travers le diaphragme peut être précédée de signes fonctionnels parmi lesquels le hoquet, les névralgies intercostales et diaphragmatiques sont les plus fréquentes. La mort peut survenir presque aussitôt après la rupture.

Il est toujours très difficile de faire le diagnostic exact des kystes hydatiques suppurés de la plèvre. Quand un kyste hydatique de la plèvre d'origine hépatique vient à suppurer, cette suppuration peut se faire sans fièvre; mais ces pleurésies ont peu de tendance à s'ouvrir dans les bronches. La mort est fatale, si la maladie est abandonnée à elle-même. Mais M. Perret nous fait voir que l'empyème est ici le plus souvent insuffisant, car il ne vide pas le kyste hépatique suppuré. La mort arrive le plus souvent peu après l'ouverture. Seules les larges ouvertures du diaphragme par la plèvre permettent l'évacuation convenable du pus hépatique.

Les sciatiques rebelles, c'est-à-dire celles qui ont résisté à tous les traitements médicaux, sont passibles d'une intervention chirurgicale. Jusqu'à ce jour l'élongation a été le seul procédé opératoire tenté pour guérir la sciatique rebelle. M. Marty, avec son maître G. Marchant, propose une nouvelle opération : le hersage, qui consiste en une dilacération, à travers le corps même du nerf, des tubes nerveux entre eux, au moyen d'un instrument mousse (sonde cannelée). Il relate deux observations cliniques heureuses.

L'étude expérimentale et histologique du hersage lui a montré que cette opération produisait l'insensibilité momentanée du nerf, tout en lui conservant sa motilité. Cette insensibilité momentanée paraît être produite par trois causes : 1° traumatisme du nerf; 2° suppression et modification de tubes nerveux; 3° modification de la nutrition du nerf.

Le hersage pratiqué aseptiquement est sans danger. Peut-être ce procédé opératoire pourrait-il être essayé dans les cas de névralgies rebelles d'autres nerfs.

M. Reyt relate l'histoire d'un tuberculeux âgé de 18 ans, arrivé au dernier degré de la cachexie et du marasme, faisant une phlébite de la jambe droite et une gangrène humide du pied droit. Il ne s'en étonne pas, car la caractéristique de la phlébite infectieuse est de frapper des points multiples du système vasculaire. Ici, le nombre des vaisseaux oblitérés a été plus considérable que dans la plupart des cas observés; c'est le seul point qui donne à cette observation un caractère un peu exceptionnel. L'intégrité des artères n'est pas un fait rare; elle était signalée dans bon nombre de phlegmatia alba dolens.

La gangrène par oblitération veineuse est la troisième étape du processus qui commence à la phlébite préoblitérante, et se continue par la phlébite oblitérante. Cette troisième étape, pour être plus rare que les deux premières n'en est pas moins facile à comprendre, lorsque l'on connaît, d'une part, l'obstacle apporté à la suppléance de circulation veineuse à la racine de la cuisse, par les trois valvules complètes, de la fémorale, de la saphène interne, de la circonflexe interne, et, d'autre part, la multiplicité des points coagulés, dans les phlébites infectieuses des cachectiques.

La tuberculose du testicule est toujours justiciable d'une intervention chirurgicale dont les indications étudiées par M. Degrenne seront basées sur la forme, la marche, la période de la maladie, et aussi sur l'âge du malade.

Quand la tuberculose à sa période de début sera bien limitée à l'épididyme et au testicule sans propagation au canal déférent, aux vésicules séminales et à la prostate, sans généralisation viscérale, on distinguera les malades en deux catégories. Chez les malades âgés, ou dont la vie génitale est finie, faire la castration pour chercher à éviter toute chance de tuberculisation ultérieure. Chez les malades jeunes, où en principe la même opération serait indiquée dans le même but, s'en tenir à une opération partielle assez large : de préférence ablation du noyau tuberculeux en dépassant les limites du mal.

Quand les foyers tuberculeux seront multiples, disséminés à tout l'appareil génital, du testicule à la prostate, on ne peut espérer débarrasser l'individu de la totalité de ses lésions. Les opérations partielles indiquées sont la résection de l'épididyme ou le curetage réglé de Quénu. En cas de refus d'une opération sanglante, faire des injections de chlorure de zinc d'après la méthode sclérogène.

Quand le testicule est gros, fongueux, douloureux, avec des fistules multiples et une suppuration abondante, revenir à la castration ou mieux à la destruction ignée. Cette dernière opération sera préférable surtout chez les malades jeunes; elle leur laissera après la cicatrisation un moignon testiculaire.

Le traitement médical a pu donner dans quelques circonstances des améliorations notables : mais ses effets sont trop incertains pour qu'on puisse l'employer exclusivement. Ce sera un adjuvant utile du traitement chirurgical avec lequel on devra toujours l'instituer.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

La ponction lombaire dans les complications intracrâniennes des otites (Die Bedeutung der Lumbalpunction für die Diagnose der intracranieller Complicationen der Otitis), par Leutert (*Münch. med. Wochenschr.*, 1897, nos 8 et 9). — L'auteur rapporte 11 cas de diverses complications intracrâniennes d'origine otique (méningite purulente simple, méningite purulente avec abcès du cerveau, thrombose purulente des sinus, abcès du cerveau) où le diagnostic exact n'a pu être établi qu'avec les données fournies par l'examen du liquide retiré par la ponction lombaire. En effet, dans tous les cas où il existait une méningite suppurée, le liquide retiré par la ponction était purulent et renfermait des microcoques pyogènes; par contre, dans tous les cas, où malgré les symptômes cliniques observés, la méningite suppurée n'existait pas, le liquide retiré par la ponction était abondant et limpide. Ces faits, dont l'exactitude a été dans tous les cas vérifiée ultérieurement à l'autopsie, permettent de conclure à l'absence de la méningite purulente dans les cas où le liquide retiré par la ponction lombaire est abondant, clair et transparent.

L'auteur insiste beaucoup sur la valeur considérable de ce signe négatif, car, d'après lui, si le diagnostic différentiel entre la méningite purulente d'un côté et la thrombose du sinus où l'abcès du cerveau est ordinairement possible, il en existe d'autres où il présente des difficultés considérables et est même impossible. Plusieurs de ses observations rapportées *in extenso* en font foi. Or, dans ces cas, le diagnostic de thrombose du sinus ou d'abcès du cerveau, fait après exclusion de la méningite purulente, d'après l'aspect clair et transparent du liquide cérébro-spinal retiré en abondance par la ponction lombaire, conduit à une intervention précoce qui peut sauver le malade.

Dans certains cas, la ponction lombaire peut conduire, par une autre voie, au diagnostic précoce d'une thrombose du sinus. On sait aujourd'hui qu'en cas d'otorrhée chronique, l'apparition d'une fièvre élevée et continue, qu'il existe ou non une participation de la mastoïde au processus, indique l'existence d'une méningite purulente ou d'une thrombose du sinus. Dans ces cas, la ponction lombaire peut assurer, dès le début, le diagnostic : si on retire un liquide clair et abondant, on exclut la possibilité d'une thrombose des sinus et celle d'une méningite purulente; si, par contre, le liquide retiré par la ponction est trouble et en petite quantité, on peut être sûr de l'existence d'une méningite purulente. Quelquefois, dans les mêmes conditions, il peut encore exceptionnellement être question d'un abcès du cerveau; mais la température, dans l'abcès du cerveau, a une tout autre marche qui permet d'établir assez rapidement le diagnostic différentiel.

La ponction lombaire peut encore rendre des services dans certains cas de thrombose des sinus compliquée d'abcès du cerveau. Dans ces cas, les symptômes cérébraux provoqués par l'augmentation de la pression intracrânienne sont ordinairement masqués par ceux de la pyohémie, ou bien ils sont combinés de façon à simuler ceux de la méningite purulente. La ponction lombaire permet alors d'éliminer tout d'abord la méningite purulente; en second lieu, si l'intervention sur le sinus thrombosé a réussi, les phénomènes de pyohémie disparaissent et les symptômes d'abcès se manifestent très clairement.

La seule circonstance dans laquelle l'extraction d'un liquide clair et abondant peut induire en erreur, c'est lorsqu'il existe une méningite tuberculeuse. En effet, on a publié un certain nombre de cas où la ponction lombaire faite au cours de la méningite tuberculeuse a donné issue à un liquide clair et abondant. Mais la complication de méningite tuberculeuse dans l'otorrhée chronique est exceptionnelle; en second lieu, l'examen microscopique du liquide peut quelquefois montrer la présence des bacilles tuberculeux; enfin, dans un cas observé par l'auteur, le liquide n'était pas tout à fait transparent, mais légèrement opalescent. Tous ces signes permettront donc de reconnaître l'existence de la méningite tuberculeuse.

OBSTÉTRIQUE

Comment protéger le périnée au moment de la sortie de la tête dans les présentations du siège (Ueber den Dammschutz bei der Entwicklung der nachfolgenden Kopfer), par W. Rubeska (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 19, p. 529). — Pour protéger le périnée quand, au moment de la sortie de la tête, on exécute la manœuvre de Mauriceau, l'auteur conseille de saisir, avec la main qui tirait sur la nuque, les pieds de l'enfant et de le soulever fortement en l'air. De l'autre main qui abaissait le maxillaire inférieur, on laisse le pouce continuer l'abaissement, tandis que les autres doigts, fortement étendus, sont repoussés vers le périnée de la femme et s'appliquent contre la tête de l'enfant qu'ils maintiennent contre le pubis et qu'ils ne laissent sortir que lorsque le périnée est suffisamment distendu.

MÉDECINE

Recherches sur le mécanisme de la pigmentation, par Paul Carnot (thèse de la Faculté des sciences de Paris, 1896). — Ce travail très documenté contient les recherches que l'auteur a fait connaître dans plusieurs notes à la Société de biologie. Il étudie le rôle des granules, des cellules et des nerfs dans la pigmentation.

Le granule pigmentaire paraît être formée par une partie protoplasmique ayant fixé la matière colorante. Sa disparition paraît se faire par les leucocytes, par certaines cellules comme celles des capsules surrénales, et enfin par élimination cutanée, rénale, intestinale. Les injections massives de pigment ne déterminent pas de pigmentation cutanée, mais provoquent une surcharge pigmentaire de certains organes (foie, rate).

La cellule pigmentée fait elle-même son pigment. Une cellule épidermique noire greffée sur peau blanche donne naissance à des cellules pigmentées; une cellule mésodermique pigmentée agit de même. Au contraire, une cellule non pigmentée greffée sur un territoire pigmentée disparaît par résorption. Toutefois, certaines conditions de terrain peuvent modifier ce résultat : le greffe pigmenté n'évolue pas sur un albinos; une greffe d'animal vieux ou malade se résorbe sur un animal jeune et bien portant. Le pigment n'est pas d'origine directement hématique; les leucocytes n'apportent pas le pigment aux cellules épidermiques, mais les en débarrassent.

L'influence des nerfs sur la pigmentation consiste en une action chromato-constrictive et une action chromato-dilatatrice. Il y a deux ordres de nerfs affectés à ces deux actions. La chaleur, le chlorhydrate d'aniline, la santonine, l'iodure de potassium sont constricteurs; le froid, le nitrite d'amyle, le chloral, l'éther sont dilatateurs.

Sur l'agglutination, par A. Taurelli Salinbeni (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars, 1897). — Il résulte des expériences de l'auteur, faites avec le vibrion cholérique, que l'agglutination ne se produit pas dans le tissu cellulaire sous-cutané chez le cheval et la chèvre immunisés. L'agglutination est un phénomène qui se produit exclusivement en dehors de l'organisme.

Psychose polynévritique, par S. Soukhanoff (*Rev. de médecine*, mai 1897, p. 317). — La psychose polynévritique est une entité morbide à double modalité clinique : elle se révèle tantôt par de l'amnésie, et seulement par de l'amnésie, tantôt par de l'amnésie avec pseudo-réminiscence. Cette seconde forme doit être considérée comme plus grave.

Si la psychose polynévritique se montre chez un phtisique, le pronostic est aggravé d'autant et la terminaison fatale peut survenir à brève échéance.

Dans certains cas graves, avec pseudo-réminiscences, les symptômes du côté des nerfs périphériques peuvent être peu prononcés, comparativement à la lésion cérébrale. La plupart des cas de ce genre se rapportent à ces alcooliques, ce qui s'explique par l'action élective du poison alcoolique sur le cerveau et par l'altération antérieure de cet organe : il en résulte que l'auto-intoxication, lorsqu'elle survient, frappe plus facilement le cerveau que les nerfs périphériques, moins sensibles à 'action toxique de l'alcool.

Psychose migraineuse, par Ch. Féré (*Rev. de médecine*, mai 1897, p. 390). — Observation de migraine dans laquelle la coïncidence, l'alternance et la disparition sous l'influence du traitement des phénomènes douloureux, des sensations subjectives, des hallucinations, de l'apathie et de la confusion mentale paraissent bien démontrer l'identité de nature de tous ces phénomènes. Leur allure commune de paroxysmes brusques permet de les rapprocher de l'épilepsie.

Astasie-abasie unilatérale, par Naamé (*Rev. de médecine*, mai 1897, p. 399). — Observation d'astasie-abasie à forme ataxique, limitée au membre inférieur droit et accompagnée d'anesthésie de ce membre, s'étendant aussi à la moitié correspondante du pénis, scrotum, pubis, urèthre et anus. Rétrécissement bilatéral du champ visuel et anesthésie pharyngée.

Emphysème interstitiel des sous-muqueuses et des sous-séreuses, par A.-L. Dupraz (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1897, p. 282). — Ce travail étudie l'emphysème interstitiel dans l'estomac, l'intestin et le vagin. Cet emphysème siège sous les voies lymphatiques dont la distension peut donner lieu à des alvéoles formant des kystes gazeux. L'auteur a isolé dans ces cas le coli bacille et un coccus liquéfiant auquel il attribue la propriété de produire l'emphysème. Expérimentalement il a constaté que ce coccus n'est pas pathogène lorsqu'on l'injecte dans le sang. Mais il a pu reproduire l'emphysème au moyen d'inoculations locales, en employant des cultures en milieu acide.

Mastite chronique diffuse, par G. Poujol (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1897, p. 329). — L'auteur rapporte une observation de mastite chronique diffuse, affection caractérisée par la formation dans la mamelle de nodosités spéciales, tantôt petites et très multipliées, tantôt moins nombreuses et atteignant un plus grand volume.

La dilatation des canaux galactophères est la lésion principale, et paraît due à une altération dégénérative de l'épithélium, amenant la production de moules concrets dans l'intérieur des canaux. La dilatation se complique de l'épaississement des gaines fibreuses et de la formation de foyers inflammatoires disséminés, Le tissu fibreux ancien tend à disparaître par transformation adipeuse. Il en résulte que le nom de mastite diffuse est trop compréhensif, puisqu'il s'agit d'une lésion des canaux excréteurs.

La région mitro-aortique, par A. Weber et M. Deguy (*Arch. de méd. expérim.*, mars-mai 1897, p. 235 et 339). — La région mitro-aortique possède une individualité propre. L'anatomie démontre que la grande valve mitrale est la continuation de l'aorte; toute la face auriculaire de la grande valve fait partie du cœur, et toute la face artérielle fait partie de l'aorte, en sorte que la grande valve est une valvule cardio-aortique, tandis que la petite valve est une valvule cardio-cardiaque. La pathologie montre de même que les lésions localisées à cette région peuvent provenir aussi bien de l'aorte que du cœur lui-même; ainsi parfois l'athérome envahit la grande valve et la fibrose envahit la région sigmoïdienne. L'athérome est tantôt diffus, tantôt circonscrit, et dans ce dernier cas, il constitue quelquefois une véritable sigmoïdite. La fibrose peut être aussi diffuse ou circonscrite. On rencontre encore dans cette région des lésions hémorrhagiques qui compliquent les précédentes.

La région mitro-aortique paraît saine habituellement chez les tuberculeux.

La localisation fréquente et parfois exclusive des lésions au niveau de la région mitro-aortique expliquerait les difficultés d'interprétation de certains souffles observés en clinique.

Anévrysme de l'aorte, par E. Boinet (*Rev. de médecine*, mai 1897, p. 371). — L'auteur rapporte d'abord 2 observations d'anévrysmes aortiques rompus à l'extérieur : le second, probablement syphilitique, s'est rompu en même temps dans la plèvre gauche. Il cite ensuite un cas traité par l'électrolyse qui semble avoir retardé l'issue fatale produite par la rupture dans le péricarde. Enfin il rapporte une observation relative à 3 anévrysmes de l'aorte thoracique guéris spontanément chez un même sujet. Il passe en revue et discute en terminant les cas analogues.

NEUROPATHOLOGIE

Amnésie tactile (A case of tactile amnesia and mind blindness), par Charles W. Burr (*Journal of nervous and mental disease*, mai 1897, p. 259). — Histoire d'une femme de couleur âgée de 60 ans, qui entre à l'hôpital en se plaignant de ne plus distinguer les objets. On constate que ces yeux sont normaux; qu'elle voit, car elle évite les obstacles placés sur son chemin et serre la main qu'on lui tend. Elle n'est pas aliénée, elle possède complètement le langage volontaire, elle n'a ni paralysie, ni troubles de la sensibilité. Les phénomènes qu'elle présente se réduisent en ceci : elle ne peut dire ce qu'est un objet placé devant elle (cécité psychique), elle ne reconnaît pas davantage un objet mis dans sa main (amnésie tactile). Ainsi elle ne peut reconnaître une paire de ciseaux ni par la vue, ni par le toucher; si on lui dit que c'est un couteau : oui. répondelle, car ça pique. Une montre qui ne rappelle rien à sa vue ni à son toucher, approchée de son oreille, est reconnue au tic-tac. La malade sait s'habiller seule, se boutonner, mais un bouton séparé du vêtement lui étant présenté, elle ne sait pas ce dont il s'agit. Les cas de ce genre semblent rares; l'auteur en connaît un autre seulement. (Weir Mitchell, *Med. News*, 1892.)

Epilepsie (Sclerosis of cornu Ammonis in epilepsy), par W. L. Worcester (*Journal of nervous and mental disease*, avril-mai 1897, p. 228 et 263). — Environ sur la moitié des cerveaux d'épileptiques qu'il a examinés, l'auteur a rencontré la sclérose de la corne d'Ammon; 11 fois, cette lésion existait seule, d'un côté ou des deux côtés à la fois; 9 fois cette lésion s'accompagnait d'altérations plus étendues et de même nature. La sclérose de la corne d'Ammon semble être en étroite relation avec l'atrophie unilatérale ou l'arrêt de développement du cerveau des cas de paralysie cérébrale infantile. La même cause, quelle qu'elle soit, qui tantôt affecte toute la moitié du cerveau paraît d'ailleurs n'agir que sur une seule ou sur un petit nombre de circonvolutions. En vérité, les symptômes diffèrent avec l'étendue et la topographie de la lésion; aussi, l'aire motrice est indemne, il n'y aura que des convulsions. L'identité de l'apparence des lésions de la corne d'Ammon dans l'atrophie de tout un hémisphère et dans les cas où une corne d'Ammon est isolément touchée, justifie cette manière de voir. La fréquence de la sclérose de la corne d'Ammon dans l'épilepsie n'implique pas que la lésion de cette circonvolution soit, plutôt qu'une altération de tout autre point de l'écorce, capable de produire les convulsions; il est seulement à noter que la corne d'Ammon est d'une susceptibilité particulière à une cause qui nous échappe. Si dans bien des cas l'épilepsie est liée à une altération organique de l'écorce, tantôt grossière, tantôt moins évidente (sclérose de la corne d'Ammon), on ne peut cependant pas nier l'existence de convulsions épileptiformes dues à des irritations périphériques ou à un état de toxhémie. Seulement, la notion de la fréquence de la sclérose de la corne d'Ammon dans l'épilepsie jette quelque clarté sur la forme dite idiopathique de cette affection et rend compte de sa résistance aux traitements les plus diverses.

Ataxie cérébelleuse héréditaire (Four cases of cerebellar disease, one autopsy, with reference of to cerebellar hereditary ataxia), par William Spiller (*Brain*, p^ie LXXVI, 1896). — Les cas rapportés par l'auteur sont des exemples d'une maladie cérébelleuse qui, si elle n'est pas congénitale, se développe du moins dans la première enfance. Malgré la précocité de l'apparition de l'affection et l'absence d'hérédité, ces cas doivent être rapportés à l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie. La quatrième observation est de grand intérêt, à cause de l'autopsie qui montra un cervelet presque entièrement absent et un corps calleux très réduit.

Physiologie du corps calleux (Sulla fisiologia del corpo calloso et sui mezzi di indagine per lo studio della funzione dei gangli della base), par Lo Monaco (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, avril 1897, p. 145). — Chez le chien, les parois du sinus longitudinal ne sont pas adhérentes au crâne. Il n'y a donc pas de danger à agrandir l'orifice de trépanation en passant sur la ligne médiane. L'auteur a donc pu enlever une très large surface osseuse de la calotte crânienne sans respecter la ligne médiane. Ceci fait, il incise la dure-mère longitudinalement de chaque côté du sinus et très près de lui; il lie le sinus en avant et en arrière en passant son aiguille à travers la faux; puis il enlève le sinus entre les deux ligatures et la faux sous-jacente. Pendant ces manipulations, un aide est chargé de protéger le cerveau par une lame d'os en regard de la pointe des instruments qui agissent.

Cette opération fait assez de jour pour que le corps calleux puisse être coupé d'avant en arrière d'une extrémité à l'autre sans que les parties avoisinantes soient lésées. Les résultats obtenus dans la série d'animaux opérés plus ou moins complètement sont : 1° la ligature du sinus longitudinal supérieur ne donne lieu à aucun symptôme; 2° l'excitation électrique du corps calleux ne détermine aucune réaction motrice; 3° la section du corps calleux ne modifie ni la motilité ni la sensibilité. L'auteur se propose d'user de sa méthode opératoire pour aller à la recherche des ganglions de la base et d'étudier les effets de leur lésion.

Altérations cadavériques de la cellule nerveuse (Sulle alterazioni cadaveriche delle cellule nervose rilevabili col metodo di Nissl), par Neppi (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, avril 1897). — La chromatolyse apparaît tardivement (en général après plus de 24 heures); le noyau perd rapidement la netteté de ses contours (avant la 24e heure). Ces deux caractères de l'altération cadavérique sont exactement le contraire de ce qu'on observe dans les cas pathologiques (chromatolyse précoce, noyau longtemps net).

MÉDECINE PRATIQUE

Propriétés diurétiques de la théobromine,

d'après M. le Dr Baronaki (1).

La théobromine est, comme la caféine, un dérivé xanthique; elle s'en distingue par ce fait qu'elle paraît sans action sur le cœur et les vaisseaux (Huchard) et qu'elle jouit de propriétés diurétiques remarquables. C'est donc un diurétique direct, appartenant à la classe dite des diurétiques épithéliaux, c'est-à-dire paraissant agir directement sur l'épithélium du rein (Margoulièss). On aurait tort, à notre avis, de prendre un mot pour une explication, l'hypothèse de l'action épithéliale directe (Bardet) étant gratuite, mais il faut n'y voir qu'une désignation commode d'un médicament qui possède des propriétés diurétiques indiscutables, sans exercer d'influence bien notable sur la pression artérielle.

Quoi qu'il en soit, lorsque la digitale, la caféine, la strophantine, la spartéine ont été impuissantes à augmenter le taux des urines, il est des cas où la théobromine fait merveille. M. le Dr Baronaki (1), qui l'a expérimentée dans l'asystolie des vieillards, en a retiré de bons effets. Sous l'action de cette substance, administrée à la dose moyenne de 3 grammes, les urines se sont élevées d'un demi-litre à 5 litres 1/2. Cette médication, systématiquement poursuivie dans 6 cas personnels, n'a donné qu'un seul échec. Cette débâcle urinaire a duré un et deux jours après la cessation de la théobromine et a amené l'amélioration prévue chez les malades qui ont vu leurs œdèmes s'atténuer ou disparaître et leur dyspnée diminuer. M. Baronaki a observé que les fortes diurèses se produisaient surtout lorsque la théobromine avait été administrée après quelques jours de digitale. Les inconvénients observés ont été, avec des doses supérieures à 3 grammes, des vomissements, des vertiges, des céphalées intenses : dans quelques cas il y a eu augmentation de la proportion d'albumine. Au-dessous de 3 grammes, il n'y a eu qu'une action médiocre sur la diurèse.

La théobromine constitue donc dans certains cas une ressource précieuse pour le praticien. Ainsi voudrions-nous, en nous pla-

1. Baronaki, De l'emploi de la théobromine dans l'asystolie des vieillards (th. de Paris, 1897, n° 410).

çant à un point de vue plus général que M. BARONAKI, en établir en quelques mots les indications et la posologie.

Par son action médiocre sur la pression, la théobromine ne donne que peu de résultats chez les hyposystoliques vrais. Dans les affections mitrales, elle est et sera toujours inférieure à la digitale ou, comme dans les observations de M. BARONAKI, n'agira que si la digitale a précédemment élevé, ou ramené au voisinage de la normale, la tension vasculaire. C'est pour la même raison qu'une saignée préalable, ainsi que le remarque M. BARONAKI, favorise la diurèse. Dans ces cas, la théobromine sera l'adjuvant utile d'un traitement qui aura pour base la série des cardiotoniques (digitale, caféine, etc.). Elle ne jouera qu'un rôle secondaire ou de suppléance.

Au contraire chez les aortiques, chez les cardio-scléreux, avec ou sans albuminurie, urines rares, œdème des membres inférieurs, œdème pulmonaire, son action diurétique sera utilisée avec profit : elle constituera, avec le lait et l'iodure, la base du traitement, à condition d'être maniée avec quelques précautions. Ceci nous amène à dire comment doit être prescrite la théobromine.

GERMAIN SÉE avait indiqué les doses suivantes :

Le 1er jour, 3 grammes en 6 cachets.

Le 2e jour, 4 grammes en 8 cachets.

Le 3e jour 5 grammes en 10 cachets, pris de deux en deux heures.

A partir du 4e jour suspendre ou continuer le médicament, suivant l'effet produit, à même dose ou mieux à dose décroissante.

L'expérience clinique a montré que ces doses étaient trop élevées : elles sont en effet souvent mal tolérées par les malades qui fréquemment présentent à 4 et 5 grammes, des troubles cérébraux, de la céphalée et des vomissements incessants. On se trouvera bien de ne pas dépasser la dose de 3 grammes indiquée par M. BARONAKI : malgré l'opinion de ce dernier, 2 grammes, associés au régime lacté suivant les préceptes de M. HUCHARD, suffisent souvent à relever le taux des urines. Cette action est particulièrement remarquable chez les artério-scléreux qui supportent très bien pendant 10 et 15 jours une dose quotidienne de 2 grammes de théobromine.

Pour obtenir les fortes diurèses (4 et 5 litres), il faut atteindre et dépasser 3 grammes. Mais on s'expose à rencontrer une intolérance absolue, qui, dans quelques cas malheureux, a été le point de départ d'accidents graves. Aussi, lorsqu'il y a un intérêt immédiat à obtenir une grosse débâcle urinaire, faut-il procéder progressivement, commencer par 2 grammes à 2 gr. 50 le premier jour, atteindre 3 grammes le second, s'en tenir à cette dose, ou ne la dépasser que si le médicament est bien supporté. En tous cas, ne faut-il pas que la durée du traitement dépasse 6 à 8 jours consécutifs.

L'association du salicylate de soude à la théobromine connue sous le nom de *diurétine* est condamnée par la clinique et l'expérimentation. M. GLEY a démontré que la dose de soude caustique contenue dans ce mélange est suffisante pour tuer les chiens en expérience : ainsi s'expliquent chez l'homme les troubles apportés par ce médicament dans les fonctions digestives et la circulation.

G. MAURANGE.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Phénate de mercure.

GÉNÉRALITÉS. — Ce sel appartient à la catégorie des préparations insolubles : il ne présente aucun avantage particulier. Aussi est-il justement inusité. Rappelons seulement, pour mémoire, la formule donnée par ceux qui l'ont expérimenté.

FORMULE

Phénate de mercure.	2 gr.
Emulsion de gomme arabique. . . .	100 gr.

1 centimètre cube.

(SZADECK et TROITZKI.)

Sozoiodolate de mercure.

GÉNÉRALITÉS. — Peu soluble dans l'eau, s'y dissout très bien en présence d'un iodure. Cette injection a donc l'inconvénient que présentent les solutions aqueuses de biiodure de mercure. Le seul avantage que présente le sozoiodolate sur le biiodure est d'être environ 20 fois moins toxique que ce dernier. Malgré cela, il est peu employé, même en Amérique, où les sozoiodolates jouissent d'une vogue considérable.

DOSE. — *Chez l'adulte* : 5 à 10 centigrammes par injection. Une injection tous les 5 jours.

EFFETS DE L'INJECTION.

Très irritante localement et très douloureuse, elle serait cependant facilement absorbée.

Voici deux formules de sozoiodolate pour son emploi *ad libitum* comme préparation soluble ou comme préparation insoluble :

FORMULES

Sozoiodolate de mercure.	0 gr. 80
Iodure de potassium.	1 gr. 60
Eau *stérilisée*.	10 gr.

1 centimètre cube.

(SCHWIMMER.)

Sozoiodolate de mercure	0 gr. 80
Gomme arabique.	1 gr.
Eau *stérilisée*.	10 gr.

1 centimètre cube.

(SCHWIMMER, LANDGARD.)

Tannate de mercure.

GÉNÉRALITÉS. — Voici encore un sel à deux fins : insoluble dans l'eau, il y devient soluble en présence de l'iode. On peut donc l'employer à son choix des deux manières. Il est juste de dire que les deux combinaisons sont aussi défavorables l'une que l'autre pour être injectées sous la peau.

DOSE. — *Chez l'adulte* : 10 centigrammes de sel insoluble, 17 à 20 milligrammes de sel soluble.

EFFETS DE L'INJECTION.

Également douloureuse, quel que soit le sel employé, l'injection se résorbe difficilement, entraîne après elle des nodosités persistantes et est fréquemment suivie des accidents habituels aux préparations insolubles.

Nous donnons, à titre de document, une formule de l'injection insoluble et une de l'injection soluble, d'après les auteurs qui les ont expérimentées.

FORMULES

Tannate de mercure.	20 parties.
Paraffine liquide ou huile de vaseline	10 —

Injecter la quantité suffisante pour faire 10 milligrammes de sel. La cure nécessite environ 6 à 8 centimètres cubes, les piqûres étant faites tous les 4 ou 5 jours.

(ALLEN, KAPOSI.)

Hydrargyre.	0 gr. 08
Iode.	0 gr. 30
Acide kraméro-tannique	0 gr. 40
Glycérine pure	10 gr.

(Iodotannate de mercure soluble.)

1 centimètre cube étendu de son poids d'eau stérilisée.

(NOURRY.)

G. MAURANGE.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — De l'épicondylalgie (p. 685).
REVUE DES CONGRÈS. — *Dix-septième réunion de la Société allemande de balnéologie :* Maladie de Basedow. — Balnéothérapie dans la syphilis (p. 686). — Albuminurie — Gastropathies. — Lithiase urinaire (p. 687).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Ostéoporose progressive. — Antitoxine tétanique (p. 687). — *Société anatomique :* Goître d'origine infectieuse. — Endocardite à pneumocoques. — *Société de biologie :* De la main succulente dans la syringomyélie. — Moelle osseuse dans l'infection charbonneuse (p. 688). — Erythème radiographique. — Actions physiologiques des rayons X. — Intoxication diphthérique (p. 689). — *Académie des sciences :* Nerfs du cœur et la glande thyroïde. — Psoriasis. — Dermatite par rayons de Röntgen. — Courants de haute fréquence. — *Société médicale des hôpitaux :* Diphthérie (p. 690). — Ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie. — Rachitisme tardif. — Tuberculose pulmonaire. — Intoxication par le sublimé. — Hémiplégie cholérique. — *Société de médecine légale :* Mérycisme (p. 691). — *Société d'ophthalmologie :* Phlegmon du sac lacrymal. — Guérison spontanée de la cataracte. — Ptosis. — Abcès simulant une tumeur lacrymale. — Ablation de la glande lacrymale palpébrale. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Arthrite blennorrhagique (p. 692). — Ptyalisme par rétroflexion de l'utérus. — Symphyséotomie. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Pneumatocèle mastoïdienne bilatérale. — Empyème du sinus frontal. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Injections intra-veineuses d'eau salée. — Obsession. — Ostéosarcome (p. 693). — *Société de médecine de Nancy :* Suture conjonctivale de la cornée. — Anévrysme aortique. Radioscopie. — Infection puerpérale à pneumocoques (p. 694).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine berlinoise :* Mélanurie. — *Société de médecine interne de Berlin :* Hypersécrétion périodique du suc gastrique. — Rétrécissement du pylore. — Hématuries parasitaires (p. 695). — Cancer d'origine traumatique du tube digestif. — *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin :* Syphilis du système nerveux central. — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Glande mammaire supplémentaire. — Pneumonie typhique. — Paramétrite (p. 696).

CLINIQUE MÉDICALE

De l'épicondylalgie,

Par le Dr Edmond Rivière (1).

Sous le nom de *Névralgie professionnelle de l'épicondyle*, Bernhardt (2) décrivait, en 1896, une affection douloureuse déjà signalée par M. Remak et en publiait déjà une trentaine d'observations.

En septembre 1896, M. le Dr Molle (d'Aubenas) (3), dont l'attention avait été attirée sur ces observations, publiait un travail basé sur une dizaine de cas qu'il avait eu l'occasion d'observer. Puis, enfin, après la thèse de Couderc (4), il faut signaler le récent article de Féré (5).

Symptomatologie. — D'après Bernhardt, cette névralgie survient à la suite de fatigues, de surmenage de l'avant-bras. On la rencontre chez des violonistes et chez ceux qui écrivent beaucoup. Elle se localise toujours à l'épicondyle, souvent à la masse musculaire épicondylienne, quelquefois à la tête du radius. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

« Les douleurs dont se plaignent les malades, dit-il, s'irradient de l'épicondyle vers la surface externe de l'avant-bras et jusque dans la main, dont elles empêchent les divers mouvements. Les douleurs cessent, ou sont considérablement atténuées, tant que le bras et surtout la main sont au repos. »

« D'habitude, dit le Dr Molle, le malade se présente son bras demi-fléchi, le coude écarté; il désigne la région antéro-externe de cet avant-bras comme le siège de douleurs assez vives survenant au cours des mouvements et persistant même au repos. Certains mouvements sont particulièrement douloureux, par exemple ceux qui concourent à l'acte de la préhension le bras étendu. »

Pour cet auteur, « quand il s'agit de désigner un siège précis de la douleur, les malades ne sont jamais affirmatifs; ils montrent une région et non un point. C'est alors que l'exploration minutieuse vient lever les doutes. »

Pour explorer les points douloureux, M. Molle place le bras en demi-flexion et demi-pronation; puis pressant sur l'épicondyle, il provoque chez son malade une douleur bien localisée, très vive « qu'il n'a jamais ressentie en cet endroit ».

La palpation de la région antéro-externe ne détermine aucune douleur. Comme dans les observations de M. Bernhardt, il a constaté l'irradiation vers la cupule du radius. En un mot, pour M. Molle, la douleur spontanée n'existe ni sur l'épicondyle, ni sur la cupule du radius, mais se constate seulement à la pression.

Les muscles de l'avant-bras deviennent douloureux quand on leur fait accomplir les mouvements de préhension et d'extension.

Nous avons retrouvé ce symptôme douloureux dans toutes les observations, et toujours localisé à l'épicondyle. Nous l'appellerons, avec M. Féré, *épicondylalgie*, de préférence au terme de névralgie épicondylienne. Ce signe a la plus grande valeur; à lui seul il suffit à mettre sur la voie du diagnostic.

L'épicondylalgie se manifeste de différentes façons : elle peut être spontanée ou exister seulement à la pression.

Mais si la douleur à la pression peut être, dans certains cas, la seule manifestation de l'épicondylalgie, par contre la douleur spontanée s'accompagne toujours de douleur à la pression.

Enfin, que l'algie soit spontanée ou qu'elle soit le résultat de la pression, elle se produit toujours à l'occasion des contractions de la masse musculaire épicondylienne.

Cette épicondylalgie semble s'irradier à la région antéro-externe de l'avant-bras, quelquefois aussi sur la tête du radius et jusque dans la main. A la pression, les muscles sont indolores, mais viennent-ils à se contracter la douleur apparaît et retentit sur l'épicondyle.

A l'inspection de l'avant-bras, on ne trouve ni déformation ni gonflement, aucun changement de couleur; l'aspect de l'articulation est normal.

Quand, voulant faire contracter les muscles de l'avant-bras, on prie le malade de serrer fortement la main qu'on lui tend, on est frappé du peu de force qu'il développe, et comparant avec le côté sain on constate une différence très appréciable. Cette diminution notable de la force musculaire semble un excellent signe.

Cette impotence fonctionnelle jointe à l'épicondylalgie met les malades dans la nécessité absolue de supprimer tout travail du membre.

Il est un troisième symptôme dont la valeur, au point de vue du diagnostic, est considérable. C'est la localisa-

1. D'après la thèse de M. Ed. Rivière, n° 366 (H. Jouve).
2. *Neurol. Centralblatt*, 1896, p. 13.
3. Molle, *Loire médicale*, 1896.
4. Couderc, Thèse de Bordeaux, décembre 1896.
5. Féré, *Revue de médecine*, 15 février 1797.

tion dans certains muscles de cette affection douloureuse.

Ces muscles sont ceux qui concourent aux mouvements d'extension de l'avant-bras seulement, ou bien encore aux mouvements combinés d'extension et de préhension.

Quand le malade se présente, il a son avant-bras en demi-flexion, supprimant ainsi ou atténuant son épicondylalgie. Si on lui ordonne de mettre son avant-bras en extension, il ne le peut, ou, s'il y arrive, ce n'est qu'au prix de très vives douleurs. Lui fait-on serrer la main qu'on lui tend, la douleur s'accuse encore très intense.

Quant à l'état de la sensibilité aussi bien au froid et à la douleur que de la sensibilité tactile, il semble normal, et jamais nous n'avons pu relever rien de spécial.

Les symptômes sont donc : 1° l'épicondylalgie pouvant s'irradier aux muscles épicondyliens et à la tête du radius ;

2° Une diminution de force musculaire dans l'avant-bras ;

3° Une impotence fonctionnelle dans les mouvements d'extension avec préhension.

En possession de ces signes principaux, quand on n'a trouvé à l'inspection ni déformation, ni gonflement, ni rougeur de la partie douloureuse, ni troubles trophiques, ni troubles sensitifs, et qu'aucun symptôme de paralysie n'est constaté, le diagnostic s'impose, et l'on ne confondra pas l'épicondylalgie avec une arthrite du coude ou toute autre affection.

Etiologie. — L'épicondylalgie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et se rencontre surtout à l'âge adulte. Cette fréquence plus grande chez l'homme résulte précisément de son état social. Il n'y a point de métier spécial qui prédispose à cette affection. Tous les travaux qui nécessitent la mise en jeu de la masse musculaire épicondylienne peuvent déterminer cette épicondylalgie (maîtres d'armes, violonistes, paysans, cochers, corroyeurs, etc.).

La localisation se répartit à peu près également des deux côtés.

Pathogénie et traitement. — Pour expliquer cette affection douloureuse, on a invoqué une « névralgie professionnelle » (Bernhardt et Molle), une amyosthénie, une rupture tendineuse ou musculaire même.

Cette affection n'est pas une névralgie de l'avant-bras, car, dit M. Féré, « s'il n'est pas douteux que la douleur est liée à la présence des nerfs, il n'est pas moins certain qu'elle ne peut pas être rattachée à une lésion d'un cordon nerveux déterminé ; l'affection ne saurait donc répondre au terme de névralgie ; c'est une douleur, une algie qui siège avec une prédominance marquée au niveau de l'épicondyle. Cette douleur épicondylienne ne répond pas à la définition des névroses fonctionnelles qui ne se manifestent qu'à propos de l'exercice d'une fonction spéciale. »

Est-ce un épuisement musculaire, qu'il soit survenu brusquement ou lentement, est-ce une amyosthénie?

Cette affection douloureuse pourrait se rapprocher de la douleur que l'on rencontre dans tous les muscles qui ont fonctionné. Ce serait un épuisement musculaire qui, plus intense que la simple fatigue, n'allant pas cependant jusqu'à la crampe, serait le résultat de la rupture ou de la distension des fibres tendineuses ou musculaires.

Dans ce cas nous devrions constater une ecchymose ainsi qu'une légère déformation.

M. Couderc, dans sa thèse, émet une autre hypothèse : Il en fait une ténosite consécutive à une rupture tendineuse. Or, il ne s'agit pas là de ténosite ni de myosite consécutive, car nous ne trouvons, dans l'affection qui nous occupe, ni rougeur, ni gonflement, ni relief plus considérable des muscles. En admettant que la conception de M. Couderc puisse expliquer cette épicondylalgie consécutive à un effort violent, comment expliquer la rupture tendineuse et musculaire dans les cas où il n'y a eu aucun effort et où cette douleur ne survient qu'à la suite de mouvements modérés mais répétés, comme dans les observations de M. Molle et nos observations? Le pronostic n'offre aucune gravité. Cependant, si les malades n'ont aucune complication à redouter, leur impotence fonctionnelle est suffisante pour leur faire interrompre tout travail.

La durée de cette affection est variable, et si parfois elle ne dure que quelques jours, comme dans les cas cités par M. Féré, elle va aussi jusqu'à persister six mois.

Malgré la bénignité de cette affection il faut intervenir le plus tôt possible, et cela par le repos et le massage, qui, le plus souvent, suffiront à amener la guérison.

REVUE DES CONGRÈS

XVIIIe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE BALNÉOLOGIE

Tenue à Berlin du 11 au 13 mars 1897.

L'hydrothérapie dans la maladie de Basedow.

M. Winternitz estime que dans la maladie de Basedow il n'existe pas un seul symptôme qui ne soit justiciable de l'hydrothérapie.

Pour ce qui est des phénomènes cardiaques, il importe tout d'abord d'établir que, dans la maladie de Basedow, il n'existe pas de dilatation, mais une hypertrophie du cœur, tandis que la première est la règle dans la tachycardie paroxystique. Dans celle-ci, les applications du froid au niveau de la région précordiale amènent toujours un grand soulagement; dans la maladie de Basedow, la tachycardie cède aussi aux applications locales de froid, mais celles-ci doivent se faire au niveau de la nuque et de la colonne vertébrale. Ces applications calment en même temps le tremblement et l'hyperhidrose.

Le traitement hydriatique général exerce en outre une influence heureuse sur l'état générale des malades; ils augmentent de poids, récupèrent l'appétit, leurs digestions se régularisent, la diarrhée cesse. L'hydrothérapie, en favorisant l'élimination du poison spécifique, constitue une véritable cure de désintoxication.

M. Schott a vu fréquemment l'hydrothérapie échouer chez des basedowiens présentant un amaigrissement progressif et une prostration des forces. L'opothérapie ne lui a jamais réussi, par contre il a eu des succès avec l'iodure de sodium à haute dose.

Balnéothérapie dans la syphilis.

M. Neisser établit en principe qu'il n'existe, en dehors du mercure, aucun médicament spécifique de la syphilis. Seul le mercure possède la propriété de détruire le microbe, encore inconnu, de la syphilis ou ses toxines. En tous cas, ce qui est certain, c'est que les syphilitiques ayant subi un traitement spécifique résistent mieux que les syphilitiques non traités et transmettent moins facilement leur maladie à leurs enfants. Le traitement intermittent chronique, tel que le préconise le professeur Fournier, doit donc rester classique. Quant à l'iodure de potassium, il n'agit que sur les produits de la syphilis tertiaire;

néanmoins, il doit être donné en même temps que le mercure, car souvent on ne sait si les accidents qu'on observe relèvent d'une syphilis secondaire ou tertiaire.

La balnéothérapie ne peut, d'après M. Neisser, avoir la prétention de remplacer le mercure, à moins que chez des malades se refusant au traitement mercuriel ordinaire on ne donne des bains électriques de sublimé. La balnéothérapie peut pourtant appuyer les effets du traitement spécifique.

Il faut toutefois savoir que si les frictions mercurielles sont faites dans le bain, il faut en employer une plus forte dose, car une partie du mercure est enlevée par le bain. Ensuite, les bains sulfureux donnent lieu à la formation de sulfure de mercure qui n'est pas résorbé par la peau. D'une façon générale, on peut admettre que les bains favorisent l'élimination du mercure introduit dans l'organisme.

Si la balnéation présente certains inconvénients chez les syphilitiques traités par les frictions, il en est tout autrement de ceux auxquels le mercure est administré par la voie sous-cutanée. Le grand avantage que les malades retirent d'un séjour dans une station balnéaire consiste, en premier lieu, dans un changement de milieu, ensuite dans une vie au grand air et dans de meilleures conditions d'hygiène. A ce point de vue, le séjour dans une station balnéaire peut être recommandé à tous les syphilitiques et indépendamment de la période de leur syphilis.

Traitement hydriatique de l'albuminurie.

M. Kraus estime que, dans toute albuminurie, la balnéation, jointe à l'ingestion de liquides abondants, peut être très utile. Dans les néphrites parenchymateuses aiguës ou subaiguës, les applications froides sont mal supportées et doivent être remplacées par des bains chauds dont l'usage ne doit pourtant pas être prolongé sous peine de provoquer des accidents graves.

Le traitement hydriatique rend encore de grands services dans la néphrite parenchymateuse chronique et surtout dans la néphrite interstitielle où il active les échanges interstitiels et favorise l'élimination des poisons accumulés dans l'organisme. Dans les formes tardives de néphrite interstitielle, l'hydrothérapie améliore le fonctionnement du cœur et celui du tube digestif et, comme tonique, agit mieux que la digitale. Toutefois, l'hydrothérapie doit être employée avec prudence dans la néphrite interstitielle ou artério-scléreuse.

Les bains de mer dans les gastropathies.

M. Lindemann, après avoir exposé les recherches qu'il a faites sur cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le séjour au bord de la mer et surtout les bains de mer froids exercent une action tonique sur les fonctions gastro-intestinales. Ils excitent les fonctions motrices, sécrétoires et de résorption de l'estomac, comme le montre l'augmentation de la sécrétion chlorhydrique qu'on constate par l'épreuve au salol et celle à l'iodure de potassium. Ils tonifient en outre l'appareil nerveux du tube digestif.

2° Le séjour au bord de la mer est contre-indiqué dans la plupart des affections organiques de l'estomac, surtout dans celles qui se compliquent de symptômes irritatifs, comme c'est le cas dans l'ulcère et la dilatation de l'estomac, dans la gastrite chronique, etc.

3° Le séjour au bord de la mer est indiqué dans l'atonie gastro-intestinale, l'entéroptose, la névrose de l'estomac et surtout dans la dyspepsie nerveuse non accompagnée de phénomènes d'irritation nerveuse du côté de l'estomac.

4° Dans les névroses générales compliquées de gastrite, le séjour au bord de la mer rend des services après une cure dans une station balnéaire.

Traitement de la lithiase urinaire.

M. Mendelsohn a fait remarquer que tandis qu'un grand nombre de substances possèdent la propriété de dissoudre l'acide urique *in vitro*, aucune n'est capable de dissoudre un calcul urinaire contenu dans l'organisme. Cela tient à ce qu'une partie seulement de la substance administrée parvient aux reins, et qu'en second lieu la substance active n'agit ainsi que sur la surface du calcul. Mais avant tout, ce qui rend nulle l'action de ces substances, c'est qu'elles perdent leurs propriétés dissolvantes au contact de l'urine, et c'est là la raison pour laquelle toutes les tentatives de dissolution des calculs rénaux sont destinées à échouer.

La question de savoir si l'on peut prévenir la formation de ces calculs est difficile à résoudre parce que l'on ne connaît pas les conditions dans lesquelles ils se forment. On a pensé rendre les urates plus solubles par l'administration de lithine : les essais faits dans cette direction n'ont pas réussi. Toutefois la lithine exerce une action favorable sur la lithiase par ses propriétés diurétiques. D'un autre côté : on sait que le noyau des calculs est formé par une substance organique dont l'origine se trouve dans un catarrhe des voies urinaires. On a donc cherché à faire disparaître le catarrhe en question.

Au point de vue du traitement il faut donc renoncer aux spécifiques. On doit savoir que les calculs se forment autour d'un noyau par déposition des sels. Il faut donc augmenter la diurèse de façon à chasser le calcul, il faut diluer l'urine et la rendre moins acide. Ces trois indications sont remplies par l'administration d'eaux minérales.

QUINZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 9 au 12 Juin 1897.

Leucémie aiguë.

M. Fränkel a rapporté un cas très curieux de leucémie aiguë accompagné d'une paralysie faciale périphérique, véritable névrite leucémique. Les lymphocytes pénétraient dans le tronc du nerf jusqu'entre les fibres nerveuses qu'ils disséquaient.

Dans les 12 autres cas qu'il a étudiés, il a retrouvé une augmentation considérable des leucoytes mononucléaires qui étaient petits ou atteignaient des grandeurs démesurées. Il n'y avait pas de cellules neurophiles provenant de la moelle.

L'acide urique était augmenté dans des proportions énormes.

Les deux variétés de lymphocytes se trouvaient dans les ganglions lymphathiques : il s'agissait là d'une exagération extrême de l'activité de ces organes et d'une *lymphémie*.

Bactériologie des oreillons.

M. Bein (de Berlin) a fait l'examen, dans un certain nombre de cas d'oreillons bactériologiques, de la salive recueillie dans le canal de Sténon avec une pipette stérilisée. Il a trouvé un diplocoque qui peut former des chaînes même dans l'intérieur des cellules épithéliales, et qui ressemble au gonocoque, tout en étant beaucoup plus petit.

Les cultures affectent la forme du streptocoque et les chaînes preuvent présenter des mouvements. Dans le bouillon cette bactérie forme un dépôt qui se décompose en grumeaux par agitation du tube; sur agar elle donne de très petites colonies transparentes.

L'inoculation aux animaux reste sans effet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Juillet 1897.

Ostéoporose progressive.

M. Debove. — Sous le nom d'ostéomalacie on décrit dans les classiques des lésions très diverses, rachitiques, cancéreuses, trophiques. L'ostéomalacie sénile a été bien décrite par Charcot et Vulpian et c'est de ces faits surtout que parle M. De-

bove pour démontrer que parmi eux il en est où il s'agit en réalité d'une ostéoporose, et que d'autre part elle n'est pas sénile, mais débute pendant l'âge adulte. Cette maladie procède par crises, réellement douloureuses parfois, pendant lesquelles se produisent des déformations intenses, et entre les crises il y a des périodes d'état stationnaires. Mais les os déformés ne sont pas ramollis, et là est la différence avec l'ostéomalacie vraie, dont la description classique est bien connue. M. Debove analyse rapidement ses quatre observations, qui concernent des femmes dont la maladie a débuté avant la ménopause, une fois même pendant l'enfance.

Deux de ces 4 malades ont succombé et M. Debove a pu constater que la seule lésion histologique est une ostéoporose proprement dite, sans altération de structure proprement dite; une analyse chimique a prouvé d'autre part qu'il n'y a pas de modification dans les proportions des éléments. Les malades ont succombé au cours de poussées de bronchite grave greffée sur un état de dyspnée habituel chez ces sujets arrivés à la période ultime; cela est comparable à ce que l'on observe chez tous les bossus, quelle que soit d'ailleurs la cause de leur difformité.

Antitoxine tétanique.

M. Nocard a déjà montré à l'Académie en 1895 que l'antitoxine tétanique a une efficacité préventive très réelle mais qu'une fois les premiers symptômes déclarés elle n'avait qu'une vertu curative très aléatoire. Depuis, on aurait fabriqué en Allemagne un sérum dit sérum de Hœchst, d'une puissance bien supérieure. Or, M. Nocard a étudié ce produit comparativement à celui de l'Institut Pasteur et il arrive à maintenir ses conclusions précédentes. Si l'inoculation est faite presque immédiatement après celle de la culture virulente, le cheval est préservé, mais la mort a été constante chez les animaux traités après le début des accidents. La sérothérapie, avec éradication si c'est possible du foyer traumatique initial, est encore le meilleur traitement que nous ayons, mais en sachant bien que les revers sont la règle.

Dans la prochaine séance, M. Nocard montrera les heureux effets de la sérothérapie préventive en médecine vétérinaire.

M. Delore (de Lyon) résume ses recherches, dont il a entretenu la *Société de médecine de Lyon*, sur les microbes et les thromboses du placenta.

MM. Carron de la Carrière et **Monfet** font une communication sur la composition chimique de l'urine normale chez l'enfant.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 16 Juillet 1897.

Goitre d'origine infectieuse.

M. P. Guéniot rapporte un cas de goitre, chez une jeune fille d'une vingtaine d'années, survenu en occasionnant des phénomènes dyspnéiques progressifs, peu de temps après une fièvre typhoïde qui s'était compliquée d'une thyroïdite suppurée ou, tout au moins, d'une détermination infectieuse suppurée juxta-thyroïdienne, dont la cicatrice se voit encore au niveau de la partie précisément la plus grosse du goitre actuel.

Endocardite végétante à pneumocoques greffée sur une valvulite ancienne.

M. Griffon montre un cœur qui présente, au niveau de la valvule mitrale, des végétations récentes qui, sur des coupes, sont farcies de pneumocoques. Cette endocardite végétante s'est développée sur des valves déjà épaissies et scléreuses, antérieurement touchées à une date indéterminée, mais certaine, puisque la malade avait été longtemps soignée comme cardiaque.

L'endocardite est survenue dans la convalescence d'une pneumonie lobaire, et accompagnait une pleurésie purulente métapneumonique.

Depuis que l'attention a été attirée sur la prédisposition que crée une lésion ancienne à une localisation infectieuse ultérieure, les faits du genre de celui-ci deviennent de plus en plus nombreux.

D'autre part, l'observation actuelle est la première où, avec M. Bezançon, M. Griffon a recherché la propriété agglutinante du sérum sanguin vis-à-vis du pneumocoque. Le résultat fut nettement positif.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 Juillet 1897.

De la main succulente dans la syringomyélie.

M. G. Marinesco. — J'ai l'honneur de présenter à la Société plusieurs malades, ce qui permettra d'une part de justifier la création de la main succulente syringomyélique que j'ai introduite dans la séméiologie du système nerveux, d'autre part de différencier ce type des états plus où moins analogues.

Voici un premier malade, âgé de 60 ans, qui présente les trois caractères qui constituent le type complet tel que je l'ai décrit de la main succulente : 1° la face dorsale de la main est tuméfiée, tuméfaction dure qui fait disparaître les détails normaux de cette face, les doigts sont en forme de fuseau. 2° La peau est lisse et luisante, comme collée à l'os au niveau des dernières phalanges, les plis articulaires sont effacés. La face palmaire de la main est atrophiée. 3° *Les mains sont en extension sur le poignet.*

On a voulu faire rentrer dans le type de la main succulente syringomyélique certains types qui s'en rapprochent par quelques traits et qui en diffèrent par d'autres caractères. Ainsi MM. Gilbert et Garnier, ne considérant que les caractères de la face dorsale de la main que j'ai décrite, ont observé la main succulente dans une observation d'hémiplégie. Cependant leur cas diffère de mes observations, ainsi du reste qu'ils l'ont reconnu eux-mêmes, par l'absence de toute atrophie musculaire et surtout par l'attitude. Pour mettre en relief ces différences, je présente ici un malade atteint d'hémiplégie avec tuméfaction de la face dorsale de la main malade et dont la main diffère essentiellement du type de la main succulente syringomyélique. M. Déjerine a rapporté l'observation de 3 malades atteints de poliomyélite chronique chez lesquels il prétend avoir vu le type de la main succulente : main potelée, tuméfaction de la face dorsale, doigts fusiformes, symptômes associés à une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. Plus récemment encore M. Mirallié croit avoir observé la main succulente dont un cas de myopathie du type facio-scapulo-huméral. Malgré les ressemblances que ces auteurs peuvent avoir retrouvées entre leurs observations et les miennes, il existe cependant des différences très sensibles.

Dans l'observation de M. Déjerine, l'état sclérodermique de la peau des doigts n'est pas indiqué. Ensuite dans aucune des observations de ces auteurs, il n'est pas fait mention de l'attitude des doigts et des poignets, ce qui revient à dire que malgré les apparences qui existent entre l'aspect succulent de la main syringomyélique et ce qu'on décrit ces auteurs, leurs observations s'éloignent du type que j'ai décrit. En ce qui concerne l'opinion de M. Déjerine qui fait dépendre le trouble trophique et vaso-moteur de la main succulente de la portion ballante des mains, elle n'est pas du tout acceptable. Des recherches expérimentales et pathologiques ont démontré que la production des troubles que je viens de décrire, il ne suffit pas d'un trouble mécanique de circulation, mais la condition indispensable est l'existence de troubles dans l'*innervation* vaso-motrice.

Il y a des faits d'ordre positif et d'ordre négatif qui contredisent l'opinion de l'auteur que je viens de citer. En effet d'une part, il est facile de constater sur ce malade que je vous présente dont les bras sont depuis 30 ans dans l'attitude ballante, qu'il ne présente pas de troubles vaso-moteurs et d'autre part qu'il peut y avoir comme dans les cas Remak, Gilbert et Garnier, un œdème dur, *sans atrophie musculaire et sans paralysie des membres supérieurs.*

Il résulte de cette exposition que le type de main succulente,

tel que je l'ai décrit appartient bien en propre à la syringomyélie, et le mécanisme de sa production réside dans un trouble d'innervation vaso-motrice qui dans l'espèce a son siège dans la moelle.

Les modifications de la moelle osseuse dans l'infection charbonneuse.

MM. Roger et Josué. — Chez un lapin ayant succombé en deux jours à une infection charbonneuse aiguë, la moelle osseuse est rouge. Sur des coupes, les cellules médullaires sont abondamment proliférées et il y a une congestion très marquée. De nombreuses bactéridies se trouvent dans les lacs sanguins, ou forment un feutrage autour des cellules. Ce sont les mononucléés qui ont surtout proliféré, puis viennent les lymphocytes; les globules rouges nucléés sont assez nombreux ainsi que les cellules géantes; les polynucléés sont au contraire très rares.

Mais il existe en même temps des dégénérescences cellulaires très marquées des mononucléés et des cellules géantes : fragmentation du réseau chromatique du noyau, disparition de ce réseau, disparition du noyau, disparition des granulations. Enfin la graisse des cellules graisseuses se résorbe en partie et est remplacée par le protoplasma qui augmente de volume et présente un noyau allongé en même temps que la membrane d'enveloppe s'épaissit.

Des lésions analogues, moins marquées, se sont produites chez un lapin ayant vécu 11 jours. La prolifération cellulaire était moins marquée et la proportion des éléments normaux plus grande; les cellules graisseuses étaient seulement épaissies.

La maladie charbonneuse provoque donc une abondante prolifération des cellules de la moelle des os, comparable à celle que nous avons signalée dans l'infection staphylococcique et l'intoxication diphthérique (*Soc. de biol.*, 12 décembre 1896, 9 janvier 1897, *Presse médicale*, 13 mars 1897); nous avons obtenu le même résultat dans les infections expérimentales à streptocoques, mais ce qui différencie les modifications de la moelle charbonneuse de celles que nous avons observées dans d'autres infections c'est d'une part la dégénérescence rapide d'un grand nombre d'éléments, d'autre part les modifications des cellules graisseuses. Ces phénomènes de nécrose doivent être rattachés à l'évolution rapidement mortelle du processus infectieux.

Pathogénie de l'érythème radiographique.

M. Balthazard a observé sur lui-même les lésions décrites sous le nom d'érythème radiographique. Il les a vu survenir encore lorsqu'il approchait les doigts des fils conducteurs et non de l'ampoule productrice de rayons X; enfin également lorsqu'en versant le courant dans l'ampoule, il supprimait la production des rayons X sans empêcher celle des effluves électriques.

Il en conclut que les accidents attribués aux rayons X sont en réalité dus aux effluves électriques. On les évite soit en plaçant l'ampoule à 25 centimètres au moins de la peau du sujet, soit en interposant une mince feuille d'aluminium reliée au sol.

On pourra enfin supprimer l'émission des effluves en diminuant la fréquence des décharges dans l'ampoule. Pour la radiographie il sera donc avantageux d'employer un trembleur à mercure à faible fréquence, ou d'actionner l'ampoule, comme l'a montré M. Destot, avec une machine statique. On pourra alors approcher l'ampoule, sans inconvénieut, jusqu'à 5 centimètre de la peau, si toutefois cette ampoule n'est ni trop vieille ni trop résistante.

Actions physiologiques des rayons X et leur mécanisme.

M. Foveau de Courmelles. — Les accidents dûs aux rayons X ont eu toutes les intensités, depuis la dermatite étendue, l'insolation, l'épilation et la simple dessication de la peau. L'épilation n'est que momentanée, j'ai pu l'observer sur l'homme momie dont les cheveux commençaient à repousser un mois après ses 80 minutes de radiographie. Mais si l'on recherche comment se sont produits les accidents, on trouve que les plus graves ont eu lieu pour la radiographie dont les vibrations du trembleur de la bobine sont lentes; les autres, bénins, et dûs à des séances autrement nombreuses et prolongées, sont dus à la la radiosapie, à vibrations rapides.

D'autre part, les tubes de Crookes actifs agissent à distance sur d'autres tubes inertes, plus petits, et les illuminent, ainsi que nous l'avons démontré (Institut, 12 juillet). En outre, ce qui se passe en une ampoule à vide est une série de décharges analogues à celles des condensateurs dont le professeur d'Arsonval a rendu thérapeutique, l'usage, sous le nom de *haute fréquence*, dépassant les limites de la sensibilité organique, par suite non perçue et cependant curatif.

Les rayons X ont une action semblable, dépendant de leur rapidité d'obtention; en dirigeant celle-ci, on aura une *autoconduction* spéciale dont le rôle physiologique ou thérapeutique sera ainsi réglé à volonté.

Lésions chroniques expérimentales du myocarde consécutives à l'intoxication diphthérique.

MM. Mollard et **Regaud** (de Lyon) ont établi (*Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1897), que les lésions du myocarde déterminées constamment chez les animaux par les injections de toxine diphthérique portent surtout et primitivement sur les fibres musculaires. Les modifications du milieu conjonctif, dont la principale est la leucocytose, sont secondaires et ont un but réparateur.

Lorsque les animaux (lapins) ont résisté à l'intoxication, on observe (un an environ après la fin de l'intoxication) les lésions suivantes : à l'autopsie, la consistance du myocarde est augmentée, à l'œil nu on voit de petits foyers de sclérose, et quelques plaques laiteuses épicardiques; parfois il y a aussi de la sclérose rénale. Les lésions microscopiques portent sur les fibres musculaires et sur le milieu vasculo-conjontif. A) Les lésions des fibres sont très marquées, elles sont surtout intenses dans la lésion interventriculaire, les piliers les zones sous-jacentes à l'endocarde et au péricarde. La striation transversale est généralement bien conservée, mais par contre le nombre des cylindres contractiles est plus ou moins diminué, d'où résultent l'hyperplasmie et une apparence de vacuolisation. Il n'y a jamais, du moins chez l'adulte, de signes de multiplication des noyaux. B) La *sclérose* anormale est abondamment répartie, soit en plaques bien limitées, soit en travées dissociant les fibres. Le tissu conjonctif néoformé tient manifestement la place de fibres cardiaques disparues.

La lenteur d'évolution de ces lésions est remarquable; elle se fait soit dans le sens d'une *restitutio ad integrum* qui ne s'étend jamais sans doute à toutes les fibres malades, soit dans le sens d'une *cicatrice*.

Il n'y avait pendant la vie aucun trouble du rhythme cardiaque.

Athérome de l'aorte chez des animaux soumis à l'intoxication diphthérique.

MM. J. Mollard et **Cl. Regaud** publient à titre de documents les observations d'un lapin et d'un cobaye intoxiqués avec la toxine diphthérique, ayant survécu le 1er 5 mois, le 2e 20 mois, à l'autopsie desquels l'aorte fut trouvée très athéromateuse. Bien que l'origine toxi-infectieuse de cet athérome soit probable, les auteurs font des réserves au sujet de l'interprétation des causes de la lésion artérielle.

M. Chantemesse expose une série d'expériences qui montrent que chez les lapins auxquels on fait prendre du laudanum ou auxquels on injecte du sérum humain on peut provoquer une fièvre typhoïde type en leur faisant ingérer des cultures typhiques.

M. Déjerine a trouvé à l'autopsie d'une malade ayant succombé à une pneumonie hyperthermique une altération du réseau chromatique, laquelle altération ne s'est manifestée pendant la vie, par aucun symptôme clinique.

M. Phisalix fait une communication sur l'action physiologique du venin de la salamandre du Japon.

M. Laveran décrit une myxosporidie des reins de la tortue.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 Juin 1897.

Les nerfs du cœur et la glande thyroïde.

M. de Cyon. — Dans un mémoire communiqué, en 1870, à l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg, sur le nerf dépresseur du cheval, j'avais attiré l'attention sur une troisième racine de ce nerf, qui forme anastomose avec le ganglion cervical supérieur.

Je me proposais alors d'examiner la destination physiologique de cette racine et d'étudier également, à cette occasion, le rôle d'une autre racine du même nerf qui provient du nerf laryngé supérieur. Je viens tout récemment d'entreprendre cette étude par une série d'expériences faites sur le lapin, le chien et le cheval, dont voici les principaux résultats acquis :

1° L'excitation de la troisième racine du nerf dépresseur qui communique avec le ganglion cervical supérieur provoque une diminution de la pression artérielle, accompagnée, le plus souvent, d'une accélération des battements du cœur, surtout si les deux pneumogastriques sont préalablement sectionnés. En même temps, se produit un léger mais persistant rétrécissement des deux pupilles.

2° La racine du nerf dépresseur qui provient du laryngé supérieur (la plus forte chez les lapins) sert à mettre le cœur en communication directe avec la glande thyroïde et permet au cœur d'intervenir dans le fonctionnement de cette glande. Très probablement, les fils cardiaques du laryngé inférieur ont la même destination physiologique.

3° L'iodothyrine de Baumann, introduite dans la circulation du sang, exerce une action prononcée sur les nerfs du cœur et des vaisseaux, et particulièrement sur le fonctionnement des nerfs dépresseurs.

Dans certaines phases de cette action, l'excitation du nerf dépresseur provoque parfois une si forte baisse de la pression sanguine que l'animal succombe par l'impossibilité pour le cœur de faire remonter cette pression.

En résumé, mes nouvelles recherches démontrent l'existence, dans le nerf dépresseur, en dehors des fibres nerveuses centripètes déjà connues, encore d'autres susceptibles d'agir par voie réflexe sur les nerfs accélérateurs et l'appareil oculomoteur, et par voie directe sur les glandes thyroïdiennes. Cette diversité de fonctions physiologiques du nerf dépresseur, ainsi que l'influence réciproque que le cœur et la glande thyroïdienne peuvent exercer l'un sur l'autre par l'intermédiaire de ce nerf, permettent d'expliquer les principaux symptômes de la maladie de Basedow, le goître, l'exophthalmie, les symptômes du côté du cœur ainsi que la diarrhée persistante (paralysie des nerfs splanchniques), par les diverses actions qu'exerce le dépresseur sur le système du grand sympathique,

Dans bien d'autres affections de la glande thyroïde, dont l'origine peut être attribuée principalement au surmenage du cœur, les désordres dans le fonctionnement du nerf dépresseur doivent jouer un rôle prépondérant.

Je reviendrai plus longuement sur ces questions pleines d'intérêt dans l'exposé détaillé de mes recherches.

Mes expériences ont été exécutées dans le laboratoire de physiologie du professeur Kronecker, à Berne; celles faites sur le cheval dans l'école vétérinaire de cette ville, dirigée par M. Berdez.

Rapports du psoriasis avec la syphilis.

M. F. Bouffé donne les conclusions suivantes :

1° Le psoriasis est justiciable, dans tous les cas, de l'orchitine;

2° La durée des injections de liquide testiculaire sera, en moyenne, de 3 mois environ;

3° Dans le cas de psoriasis compliqué de syphilis, on devra toujours commencer par l'orchitine, le psoriasis non guéri comprimant la syphilis et la masquant;

4° Il y a intérêt à débarrasser l'organisme du psoriasis avant de traiter la syphilis;

5° Les injections intramusculaires de sels mercuriques, suivies de l'administration d'iodure de potassium à la dose de 3 à 6 grammes, et 9 grammes dans les cas graves, donnent, après une cure par l'orchitine, les meilleurs résultats;

6° Les malades ainsi traités guérissent constamment;

7° Enfin, je n'ai pas constaté de récidive chez les malades guéris, c'est-à-dire chez ceux qui avaient suivi un traitement d'une durée suffisante.

Dermatite grave consécutive à l'exposition aux rayons de Röntgen.

M. G. Apostoli. — J'ai eu l'occasion d'observer un malade qui, après 2 applications radiographiques faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896, avait été atteint d'un vaste sphacèle de la paroi abdominale lequel, en février dernier, mesurait encore 17 centimètres sur 13. Dans la première séance, d'une durée de 40 minutes, le tube de Crookes était distant de 15 centimètres de la peau, dans la seconde, qui s'était prolongée une heure et quart, le tube avait été rapproché à 9 centimètres.

Ce malade, qui jusqu'au mois de février avait subi les traitements les plus variés sans en obtenir de résultats appréciables, a vu depuis lors se produire une amélioration considérable dans son état, sous l'influence d'un traitement électrique qui a surtout consisté en l'association de l'effluvation statique à l'application polaire d'un courant ondulatoire.

En pareil cas, l'action générale d'un courant de haute fréquence rend également des services, en relevant le coefficient de la nutrition générale et en apportant à l'économie un supplément de force et de vitalité.

Emploi thérapeutique des courants de haute fréquence.

M. Oudin. — J'ai étudié spécialement l'action locale de ces courants dans les maladies de la peau et des muqueuses, et j'ai constaté qu'ils avaient des propriétés curatives puissantes dans un grand nombre d'affections.

C'est ainsi que dans certaines maladies de la peau, les troubles de circulation vasomotrice, comme les congestions de l'acné rosacée, par exemple, s'atténuent et disparaissent en peu de temps. Diverses variétés de séborrhée peuvent aussi être modifiées avec la plus grande rapidité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 Juillet 1897.

Sur la diphthérie.

M. Sevestre, en revenant sur la communication de M. Lemoine, s'élève contre le parallèle que M. Lemoine a cherché à établir entre l'examen clinique et l'examen bactériologique, en accordant la prééminence à l'examen clinique. Il ne comprend pas bien cette distinction, car la clinique, telle qu'on la pratique aujourd'hui, utilise en effet plusieurs méthodes d'examen qui toutes peuvent concourir à établir le diagnostic et dont aucune n'est indifférente.

M. C. Lemoine n'a jamais eu l'intention de mettre de côté l'examen bactériologique dans les angines à fausses membranes. Toutes les fois qu'on peut le faire, on doit le pratiquer; mais alors la réponse du laboratoire ne doit plus se contenter d'émettre l'avis que la fausse membrane envoyée contient du bacille diphthéritique; cette réponse doit dire si le bacille trouvé appartient à la forme, courte, moyenne ou longue, si le bacille existe en petit nombre ou en grand nombre. Enfin l'examen doit porter sur la fausse membrane elle-même préalablement lavée à l'eau stérile. S'il a cru devoir insister sur l'importance de l'examen clinique et sur sa prééminence en pratique médicale, c'est que depuis quelques années on semblait ne plus devoir tenir compte de cet examen. Une recherche bactériologique annonçait-elle la simple présence du bacille diphthéritique, le diagnostic d'angine diphthéritique devait s'imposer. Aujourd'hui on doit se montrer plus difficiles.

Du moment où le bacille diphthéritique peut exister dans la

bouche normale, il paraît tout naturel de ne pas reposer un diagnostic uniquement sur des données bactériologiques. L'angine diphthéritique est susceptible, en effet, de revêtir des formes cliniques différentes : mais, dans la majorité des cas, on doit faire une injection de sérum.

M. Lemoine reconnaît, avec M. Sevestre, que la bactériologie est un aide pour le clinicien ; mais cependant il croit que, comparée à la présence de l'albumine ou du sucre dans l'urine, à la présence dans le sang de ces altérations profondes des globules blancs qui révèlent la leucocythémie, la présence du bacille diphthéritique dans la gorge formulée comme on la formule ordinairement, n'est pas aussi caractéristique. C'est pourquoi il a tenu à établir le parallèle entre l'examen clinique et l'examen bactériologique, faisant ressortir qu'au point de vue pratique thérapeutique, l'examen clinique était, en général, suffisant pour établir le diagnostic de diphthérie.

Ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie droite.

M. L.-H. Petit communique l'observation d'un malade qui avait eu, un an auparavant, une pleurésie droite guérie assez rapidement, mais qui avait dû déterminer des fausses membranes en assez grande quantité, car elles avaient attiré peu à peu le cœur à droite et en arrière. Le déplacement du cœur n'avait cependant pas causé de troubles appréciables dans la circulation, car le malade avait pu venir de Norwège à Menton sans accident. Malheureusement, il était atteint en même temps de syphilis cérébrale, et cette affection produisit une attaque d'apoplexie qui se termina rapidement par la mort.

M. Galliard rapporte l'observation d'un malade chez qui on crut à un déplacement du cœur, l'examen radioscopique prouva cependant que le cœur n'était pas déplacé ; les battements qui avaient semblé être causés par le choc de la pointe du cœur, étaient dus au soulèvement des masses compactes interposées entre le cœur et la paroi.

M. Béclère fait remarquer que, le plus souvent, dans les déplacements du cœur, il n'y a pas de rotation de l'axe permettant à la pointe de venir battre à droite, mais translation en masse ; ce seraient donc les battements des oreillettes et non le choc de la pointe que décèlerait la palpation.

Rachitisme tardif.

MM. Hutinel et **Auscher** présentent 2 sœurs, âgées de 19 et 14 ans 1/2, atteintes de rachitisme tardif. En même temps que le rachitisme, se sont développés des troubles progressifs de la marche, qui est devenue impossible chez l'aînée.

Tuberculose pulmonaire.

M. Queyrat présente 2 malades atteints de tuberculose pulmonaire ; de nombreux examens cliniques et de fréquentes recherches bactériologiques ont toujours montré que cette tuberculose est en évolution, et cependant l'état général reste bon, l'embonpoint même ne diminue pas.

M. Du Cazal fait remarquer que la persistance de l'embonpoint chez les tuberculeux est relativement fréquente ; il n'en serait peut-être pas de même de la conservation du système musculaire : cependant M. Du Cazal ajoute qu'il a fait récemment l'autopsie d'un véritable athlète mort tuberculeux.

M. Chauffard partage l'opinion de M. Du Cazal, opinion qu'un cas observé récemment vient de confirmer.

M. Debove a très souvent soigné des forts de la halle, qui, tuberculeux avérés, continuaient néanmoins leur métier.

Intoxication aiguë par le sublimé.

M. G. Poix (du Mans). — Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, qui absorba, par erreur, la valeur d'un verre ordinaire d'une solution de sublimé à 1 p. 500. Elle ne tarda pas à présenter des symptômes d'hydrargyrisme aigu très accentués, ptyalisme, fétidité de l'haleine, saveur métallique de la salive, vomissements bilieux, selles fréquentes contenant des mucosités sanguinolentes, douleurs abdominales, ralentissement considérable du pouls, léger abaissement de la température. Sous l'influence d'injections de sérum artificiel par la voie sous-cutanée, et grâce à l'emploi du sulfate de spartéine ; l'état général commence à s'améliorer à partir du 4e jour, les selles sanglantes disparaissent ; le pouls revient progressivement à la normale, les douleurs abdominales s'atténuent, et, au 8e jour, la malade commence à se lever.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres :

1° Elle montre combien le coefficient de toxicité des sels mercuriels est mal déterminé ; on admet généralement, en effet, que le sublimé commence à être vraiment toxique à la dose de 15 centigrammes. Il convient d'abaisser ce chiffre, car la malade n'a pas ingéré plus de 10 centigrammes, et elle a cependant présenté des accidents fort graves.

2° Il ne s'est produit, à aucun moment, d'hyperthermie, ce qui démontre que la soi-disant fièvre mercurique, considérée comme constante dans l'hydrargyrisme, n'est pas due au poison, mais est le résultat d infections secondaires dont la porte d'entrée est constituée par les lésions buccales et pharyngées, absentes chez notre malade.

3° Dans la plupart des cas d'hydrargyrisme aigu, la cause de l'empoisonnement est due à l'ingestion de solutions mères destinées à des injections vaginales. Aussi est-il préférable de prescrire les paquets de sublimé de l'Académie : cette pratique est aussi commode, et, si elle est moins économique, elle est, en revanche, moins dangereuse.

Hémiplégie cholérique.

M. Matignon envoie une observation de polynévrite à forme hémiplégique survenue au 3e jour d'une affection cholériforme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 12 Juillet 1897.

Mérycisme consécutif à un traumatisme de l'hypochondre gauche.

M. Dufour (de Marseille) rapporte l'observation d'un conducteur de tramways, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, qui, en 1895, reçoit un coup de timon qui l'atteint à l'hypochondre gauche et présente à la suite des troubles gastriques et du mérycisme. L'état général du malade périclita et il s'adressa à la justice pour obtenir une indemnité.

A l'expertise, on trouva un homme d'apparence cachectique ; rien aux poumons, rien au cœur ; tous les organes paraissent sains, mais le mérycisme était tel que le malade rendait les trois quarts des aliments ingérés. Pas de stigmate d'hystérie ; pas de tumeur, ni de lésion constatable de l'estomac.

Dans ces conditions les experts conclurent que le mérycisme était lié à une névrose de l'estomac, provoquée par le coup reçu dans l'hypochondre gauche, et avait déterminé par son intensité et sa persistance la déchéance de l'organisme ; tout en pensant que le repos, des soins spéciaux, tels que le régime lacté, le retour au pays natal, etc., pouvaient remettre le malade, les experts firent des réserves sur l'issue possible de cette affection.

A la suite de ce rapport le blessé reçut une indemnité et se rendit dans son pays, en Corse. Au bout de 2 ans, il revint à Marseille et s'adressa derechef à la justice pour obtenir une nouvelle indemnité.

Les mêmes experts furent commis pour examiner cet individu, et le trouvèrent tout autre que lors du premier examen ; il avait toutes les apparences de la santé ; cependant on le fit entrer dans le service de M. le professeur Villard pour pouvoir l'examiner tout à l'aise. Là on constata la persistance du mérycisme dans la journée et sa disparition pendant la nuit. De plus, la quantité des aliments rendus s'élevait aux trois quarts de ce qui avait été absorbé.

Les experts, se basant d'une part sur le désaccord qui existait entre le bel état de santé de l'individu et l'énorme quantité d'aliments rendue pendant la période d'observation et d'autre

part sur la cessation des phénomènes pendant le sommeil, conclurent que le mérycisme était devenu volontaire, et ne constituait plus une infirmité.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 Juillet 1897.

Phlegmon aigu du sac lacrymal.

M. Boucheron montre un malade qu'il a eu l'occasion de soigner pour un phlegmon aigu du sac lacrymal, avec tous ses caractères bien connus. Il lui fit une injection sous-cutanée de 6 centimètres de sérum antistreptococcique de Marmorek. Trente heures après l'injection il y a eu une diminution de tous les phénomènes inflammatoires. Après une nouvelle injection de sérum le pus contenu dans la poche phlegmoneuse se résorba complètement. Actuellement on peut encore, par la pression, faire sortir un peu de mucus par le point lacrymal.

M. Jocqs se demande si M. Boucheron n'aurait pas mieux fait d'inciser l'abcès, ce qui aurait guéri la péricystite qui persiste encore et qui peut donner un phlegmon du sac.

M. Darier a eu dernièrement un malade atteint d'une iritis grave qu'il a traitée avec des injections sous-conjonctivales de sérum. Le malade a guéri après 3 injections, mais après une 4e injection il a eu une nouvelle poussée d'iritis. Après chaque injection il survenait une réaction vive, mais moins forte que celle des injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. Parinaud fait remarquer que parmi les tumeurs lacrymales suppurées il y en a qui ne sont pas dues au streptocoque.

M. Terson relève ce fait que les tumeurs lacrymales dans la seconde période peuvent se résorber par des moyens très simples comme les applications de compresses chaudes. Les moyens chirurgicaux sont préférables aux injections de sérum.

M. Galezowski a eu dernièrement un malade avec un phlegmon du sac. Il a ouvert le phlegmon, sondé les voies lacrymales, et le malade a guéri. Le sérum antistreptococcique serait à essayer dans des cas spéciaux, mais pas dans les dacryocystites. On pourrait l'essayer dans certains phlegmons orbitaires, dans les ulcères avec nécrose, et les abcès de la cornée.

Guérison spontanée de la cataracte.

M. Chevallereau a observé un fait des plus nets de guérison spontanée de la cataracte. Il s'agit d'un confrère, âgé de 80 ans, prostatique, mais dont l'état général est excellent. Il y a quelques mois, il présentait une cataracte de l'œil droit dont le début remontait à 3 mois. L'opacité diffuse du cristallin empêchait d'éclairer le fond de l'œil. L'extraction est proposée, mais le confrère attend et, le 21 juin de cette année, lorsque M. Chevallereau l'examine à nouveau, il constate, non sans étonnement, que la pupille est noire et qu'on éclaire facilement le fond de l'œil. Il ne persiste que de petites nébulosités centrales du cristallin. Le malade n'a suivi aucun traitement.

Ces faits de guérison, ou plutôt d'amélioration plus ou moins grande d'une cataracte, ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le suppose. Il arrive assez souvent de voir des malades dont les opacités restent 15 ou 20 ans stationnaires. Il arrive souvent aussi de voir des malades qui reviennent à longs intervalles pour des cataractes en voie d'évolution et qui, loin de trouver que leur vue baisse, affirment que leur vue baisse, affirment qu'elle s'améliore au contraire.

Nouveau procédé opératoire du ptosis.

M. Parinaud a montré un malade qu'il a opéré d'un ptosis par le procédé suivant :

Il a passé un fil sous le muscle droit supérieur, et, après l'avoir passé entre la peau et le cartilage il l'a fait sortir au niveau des cils. Les deux extrémités du fil, distantes l'une de l'autre de 8 millimètres peu près, furent serrées sur un morceau de coton hydrophile.

M. Parent trouve que le procédé de M. Parinaud est à peu près identique à celui décrit récemment par M. Mottais.

Abcès froid de la région du grand angle simulant une tumeur lacrymale.

M. Rochon-Duvigneaud. — Chez un petit garçon bien portant se développa à l'âge de 7 mois une tumeur du grand angle de l'œil droit tout à fait semblable par la situation, la forme et la consistance, à un volumineux mucocèle.

Cependant ce diagnostic ne fut pas porté parce que la tumeur était irréductible, que le larmoiement faisait absolument défaut et qu'un stylet introduit dans les voies lacrymales ne rencontra aucun obstacle, ne détermina aucune hémorrhagie et ne permit pas de réduire la poche liquide.

L'intervention chirurgicale révéla un abcès froid à parois épaisses, consécutif à une nécrose très limitée de la branche montante du maxillaire supérieur, au niveau du sac lacrymal.

L'excision de la poche, le curetage et les attouchements au naphtol camphré procurèrent une guérison complète au bout de 3 mois, sans qu'il y ait jamais eu aucune complication du côté des fosses nasales ou des voies lacrymales.

La constatation de bacilles de Koch dans les parois du sac permit d'affirmer la nature tuberculeuse de cet abcès.

De l'efficacité absolue de l'ablation de la glande lacrymale palpébrale.

M. de Wecker rapporte l'observation d'un malade atteint d'une dacryocystite après un coryza, et chez lequel, malgré le sondage qu'on lui a fait, le larmoiement persistait. Les diverses cautérisations du sac lacrymal qu'il a subi ont amené un ectropion lacrymal. On lui a enlevé la portion orbitaire de la glande lacrymale, ce qui n'a produit aucune amélioration en ce qui concerne le larmoiement. Il présentait une chute de la paupière supérieure, une fistule lacrymale et des cicatrices profondes, suite des divers traitements subis.

M. de Wecker fit l'ablation de la glande palpébrale et depuis l'opération, faite il y a 4 ans 1/2, le malade se porte bien. Le larmoiement a cessé rapidement et complètement.

M. Terson estime que l'ablation de la glande lacrymale palpébrale est recommandable. Elle est d'une efficacité relative dans certains cas, parfaite dans d'autres. Tous les larmoiements ne reconnaissent pas la même cause. Il a observé une vingtaine de cas d'extirpation de la glande palpébrale. Un de ces malades avait un larmoiement simple, pas de pus dans les canaux. Il fut sondé sans obtenir d'amélioration. L'ablation des glandes palpébrales, qui étaient énormes, a amené la guérison. Un autre malade a eu les canaux lacrymaux sectionnés à la suite d'une blessure. L'opération a laissé subsister le larmoiement.

M. Galezowski pense qu'on peut guérir le larmoiement sans avoir recours à l'ablation de la glande lacrymale. Il a observé un malade auquel on a fait l'ablation de la glande palpébrale. Il a été amélioré, mais 2 mois après le larmoiement revenait. L'injection ne passait pas. Le canal était obstrué et après avoir passé ses sondes coniques fortes pendant quelque temps, M. Galezowski a obtenu une guérison complète.

M. Gorecki pense que l'extirpation de la glande palpébrale peut donner un résultat là où les autres méthodes ne réussissent pas.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 27 Avril 1897.

Arthrite blennorrhagique chez une nouvelle accouchée.

M. Bégoin. — Jeune femme de 26 ans ayant présenté au huitième mois de sa grossesse, jusque-là normale, douleur et tuméfaction subites du poignet et du genou gauches. Accouchement 15 jours après d'un enfant à terme, bien portant d'ailleurs, mais atteint d'ophthalmie purulente ; à la suite de l'accouchement, l'arthrite du poignet continue.

L'examen bactériologique ayant décelé la présence du gono-

coque dans les pertes utérines de cette femme, le diagnostic d'arthrite blennorrhagique fut posé.

M. Binaud. — Lorsque j'ai examiné cette malade, deux signes autres que l'examen bactériologique ont attiré mon attention : la douleur différente de celle d'une arthrite tuberculeuse au début et la fixité de cette douleur qui ne cédait pas à l'immobilisation. Ces deux caractères me paraissent suffisants pour affirmer qu'il s'agissait d'une arthrite génitale.

M. Fieux. — Il paraît aujourd'hui prouvé que toute arthrite génitale est due au gonocoque ; les arthrites de cette nature sont particulièrement graves, entraînant l'impotence fonctionnelle et l'atrophie musculaire péri-auriculaire.

M. Binaud. — Les arthrites génitales peuvent aussi être causées par le streptocoque.

Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide. Ptyalisme guéri par la réduction de l'utérus.

M. Audebert. — Nous avons observé une femme chez qui la rétroflexion de l'utérus gravide avait amené du ptyalisme. C'est une femme de 38 ans. Secondipare. Dernières règles en novembre 1895. Dès le premier mois elle avait constamment la bouche pleine d'eau : salivation continuelle. Les digestions devenaient pénibles et elle maigrissait de plus en plus. Elle ne pouvait prendre que du lait à cause d'une gêne de la déglutition. Presque pas de sommeil.

A l'examen obstétrical, on trouve au palper un utérus en rétroflexion absolue. Repos dans le décubitus abdominal. La quantité de salive recueillie est d'un litre par jour environ.

Le 28 février, la malade étant placée dans la position genu-pectorale, la réduction de l'utérus est obtenue et maintenue par un gros tampon. Légère douleur combattue par un lavement laudanisé. Le tampon est remplacé, le soir, par un tampon de gaze iodoformée.

Aussitôt après, diminution de la sialorrhée et cessation le troisième jour. A la fin du mois suivant, l'état général était rétabli et la malade accouche normalement.

De cette observation il résulte qu'on ne doit pas attribuer toujours au ptyalisme un pronostic absolument bénin, à cause de l'état d'amaigrissement et d'émaciation auquel il peut amener le malade, même quand il survient seul et sans vomissements. Le traitement est pareil à celui des vomissements incoercibles.

Il faut examiner l'utérus et le redresser s'il y a lieu. Cette réduction devra être maintenue, les troubles sympathiques réapparaissant, si l'utérus revient à sa position anormale.

Symphyséotomie. Enfant mort.

M. Chambrelent présente une femme de 23 ans, de très petite taille, qui avait eu dans sa jeunesse un *genu valgum* qui fut opéré. Son bassin, asymétrique, est étroit, plus aplati à droite qu'à gauche. Le travail dura trois jours jusqu'à dilatation complète. Une application de forceps fut tentée sans résultats. On pratiqua la symphyséotomie et le fœtus fut laborieusement extrait par une nouvelle application de forceps qui fut d'autant plus longue que le col s'était rétracté ; l'enfant amené en état de mort apparente ne put être ranimé. La malade fut placée dans l'appareil de Tarnier. Elle guérit et il ne lui est resté qu'une légère incontinence d'urine quand elle a des accès de toux.

M. Audebert. — Lorsque la symphyséotomie est pratiquée chez les primipares, il est préférable de pratiquer préalablement la dilatation des parties molles (col, vagin, et périnée), avec le ballon de Champetier de Ribes.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 7 Juillet 1897.

Pneumatocèle mastoïdienne bilatérale.

M. Lannois présente un malade atteint, depuis quelques années, de pneumatocèle mastoïdienne bilatérale. Il y a un mois, la tumeur du côté droit devint dure et douloureuse ; un abcès s'était formé, qui fut ouvert et drainé largement. On ne trouva pas d'orifice osseux expliquant la formation de la pneumatocèle.

Empyème du sinus frontal.

M. Lannois présente une malade entrée dans son service avec des phénomènes généraux assez marqués, auxquels succédèrent de la tuméfaction et de la rougeur au niveau de l'arcade sourcilière et de la racine du nez. Opération suivant la méthode de Luc ; incision au niveau du sourcil avec trépanation à la base de l'orbite ; le drainage fut fait par la cavité nasale, après ablation de deux petits séquestres en rapport direct avec la dure-mère. Il s'agissait, d'une manière indéniable, d'accidents de syphilis héréditaire.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 12 Juillet 1897.

Innocuité des injections intra-veineuses d'eau salée à très basse température.

M. Lépine. — On sait que, récemment, MM. Athanasiu et Carvallo ont fait, dans le laboratoire de M. Richet, quelques expériences montrant l'innocuité, chez le chien, d'infusion dans les veines d'eau très chaude. Dans le but de rechercher les effets d'une infusion intra-veineuse d'eau très froide, M. Lépine a injecté à 3 chiens 500 centim. cubes d'eau : une fois à 7°, une fois à 6° et une fois à 2°. L'entrée du liquide n'a pas duré plus de 3 à 4 minutes.

On a constaté une grande augmentation des mouvements respiratoires, avec ralentissement du cœur quand l'injection est faite dans la jugulaire (pas de ralentissement notable si elle est faite dans une veine de la patte) ; abaissement de la température centrale de 2° 1/2 à 3°, signes de douleur. Dans la suite, la température remonte très rapidement à son niveau normal, pour s'élever un peu quelques heures plus tard ; pas d'autres troubles apparents immédiats ou consécutifs.

L'intérêt de ces expériences est de montrer que, lors d'une infusion salée pour le lavage du sang, il n'y a pas lieu de se préoccuper beaucoup de la température de l'eau injectée. Il paraît certain qu'une injection à la température de la chambre du malade serait sans effets fâcheux.

Dans les expériences, la température centrale est très brusquement tombée de 2° à 3° ; on pourrait donc être tenté de recourir à une injection très froide dans un cas d'hyperthermie menaçante. Peut-être n'aurait-on pas de résultat, vu la rapidité laquelle, dans les expériences, la température est remontée à la normale. Il est vrai qu'une température fébrile est moins stable qu'une température normale.

Obsession.

M. Lépine rapporte l'histoire d'une malade de son service, âgée de 30 ans, ayant des antécédents névropatiques, et qui depuis plusieurs semaines, entendait sans cesse une série de mots au nombre de 25, se succédant régulièrement et uniformément sans présenter aucun sens apparent. La malade perçoit cette sensation auditive, non à son oreille, mais dans la joue gauche, où elle a un point névralgique.

La malade n'étant pas hypnotisable, on eut recours à la suggestion pendant un demi-sommeil anesthésique obtenu par l'éther. Il y eut une très notable amélioration.

Ostéosarcome.

M. Thévenot présente un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur provenant d'une malade du service de M. Jaboulay. Il y avait un épanchement intra-articulaire considérable, des bourrelets sarcomateux faisaient saillie dans l'intérieur de l'articulation, mais respectaient les cartilages. Le tibia était sain, les ganglions du creux poplité engorgés.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 26 Mai 1897.

Suture conjonctivale de la cornée.

M. Rohmer présente deux petits malades, l'un âgé de 5 ans, l'autre de 3 ans, qui ont subi tous deux la suture conjonctivale pour des plaies récentes de la cornée, d'après le procédé de M. Meyer. Chez l'un deux, le fil de catgut a déjà lâché, et la conjonctive s'est rétractée, laissant la cornée libre, adhérente seulement à l'endroit de la plaie cornéenne; chez l'autre, l'opération avait été pratiquée la veille; la conjonctive recouvre donc encore complètement la cornée, analogue à un moignon d'amputation oculaire. Ces deux malades montrent bien l'évolution du processus de guérison à la suite de la suture conjonctivale, très utile à employer pour éviter les accidents récents et surtout anciens des plaies de la cornée, des hernies de l'iris restées adhérentes, quelquefois des ulcères cornéens bien aseptisés, et même de certains staphylomes scléro-cornéens limités. Récemment, M. Rohmer a eu occasion d'appliquer la suture conjonctivale chez une vieille femme opérée de cataracte, chez laquelle la cicatrisation ne se faisait pas, parce que, à chaque pansement, d'un mouvement de la paupière supérieure, elle retournait le lambeau cornéen. Le résultat définitif a été excellent.

Anévrysme aortique. Radioscopie.

M. G. Etienne a observé à la clinique de M. Spillmann un malade atteint d'un volumineux anévrysme de l'aorte ascendante, occupant, d'après l'exploration clinique, le côté droit du thorax. Or, le pouls radial droit est normal; au contraire le pouls radial gauche est filiforme, les tracés sphygmographiques mettent en évidence cette particularité bizarre; de plus, il y a également diminution des battements carotidiens gauches et anémie de l'hémisphère cérébral gauche se traduisant par une légère parésie des deux membres droits avec diminution de la sensibilité.

M. Etienne a trouvé dans la littérature médicale deux cas analogues dans lesquels il y a diminution du pouls radial gauche accompagnant un anévrysme droit : l'un de Poncet qui l'explique par l'hypothèse des courants accolés de Barwell, le courant destiné au vaisseau gauche pénétrant dans la dilatation et y perdant sa direction; l'autre de Snow vérifiant l'hypothèse de François Frank qui admet que l'abouchement artériel est gêné par un obstacle indéterminé, dans le cas particulier, occlusion complète de la sous-clavière gauche par une petite portion de tissu dégénéré fortement adhérent à la tunique interne.

La radioscopie démontre que l'anévrysme n'est pas exclusivement situé du côté droit du thorax, comme semblait l'indiquer l'examen clinique, mais qu'il envahit largement le côté gauche. De ce fait, le phénomène perd immédiatement son aspect paradoxal.

Malheureusement, la clavicule masquant les orifices artériels, on ne peut s'assurer de leur état; mais M. Etienne admet la probabilité d'une dilatation anévrysmale secondaire les intéressant, ou leur rétrécissement par des plaques artério-scléreuses. Il présente des anévrysmes aortiques rendant bien compte de ce mécanisme.

Infection puerpérale à pneumocoques.

M. Schuhl. — Une secondipare est atteinte, au moment de la délivrance, d'une hémorrhagie due à l'inertie utérine qui nécessite l'extraction du placenta; il y eut une rétention de la plus grande partie du chorion. Deux jours après l'accouchement, la femme eut de la fièvre qui persista malgré deux injections intra-utérines antiseptiques. Le curetage utérin pratiqué le quatrième jour de la puerpéralité permit d'extraire tout le chorion. Au cinquième jour de l'infection puerpérale, on constate chez la malade une angine avec fausse-membrane. Le lendemain, la fièvre disparut et la température est ensuite restée normale pendant près d'un mois. Malgré l'apyrexie, l'accouchée a présenté encore plusieurs accidents. Un écoulement purulent abondant existait au niveau des parties génitales; quatre semaines après l'accouchement, se développent des phénomènes inflammatoires du côté des annexes de l'utérus; puis survient une pleurésie double avec épanchement peu considérable. La femme quitta la Maternité deux mois après son accouchement; la pleurésie avait disparu, mais il y avait encore un peu d'empâtement et de légères douleurs de chaque côté de l'utérus.

L'enfant de cette malade a été atteint sept jours après sa naissance d'une ophthalmie purulente de l'œil gauche qui s'est ensuite étendue à l'œil droit. Cette ophthalmie guérit, mais une petite taie persiste sur la cornée gauche.

M. Thiry a examiné la fausse-membrane développée sur l'amygdale, les lochies recueillies dans l'utérus et le pus provenant de l'ophthalmie. Dans chacun de ces examens, il a trouvé le pneumocoque de Talamon-Frænkel.

M. Schuhl croit pouvoir conclure que l'enfant a été atteint d'une ophthalmie à pneumocoques et que la mère a eu une infection puerpérale à pneumocoques avec une angine déterminée par les mêmes microbes.

M. Stœber demande si l'ophthalmie purulente du nouveau-né n'a pas présenté quelque caractère particulier.

M. Schuhl a noté la présence de fausses-membranes cornéennes accompagnant la suppuration oculaire. L'affection a débuté le septième jour seulement après la naissance, ce qui permet de penser qu'il s'agissait d'une infection pneumococcique post-partum, en admettant que la période d'incubation du pneumocoque soit la même que celle du gonocoque. L'ophthalmie a cédé aux lavages au permanganate.

M. Stoeber rappelle avoir publié des observations de conjonctivites soi-disant purulentes qui étaient en réalité des conjonctivites croupales, variétés dans lesquelles l'emploi du nitrate d'argent est plus nuisible qu'utile et dont le meilleur traitement consiste à irriguer l'organe suivant la méthode de Kalt, à l'aide de solutions de permanganate ou de sublimé.

M. Alph. Herrgott cite deux cas à l'appui de la communication de M. Schuhl.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme chez laquelle on avait été obligé de pratiquer une basiotripsie et qui avait présenté au niveau de la vulve et du vagin des plaques d'aspect gangréneux que l'examen bactériologique, contrôlé par le professeur Macé, a démontré être uniquement formées par des pneumocoques. Cette femme se rétablit assez rapidement.

Le deuxième cas a été beaucoup plus grave; il est relatif à une femme qui était atteinte de placenta prævia. On l'avait tamponnée et on l'avait amenée à la Maternité où l'accouchement avait été terminé par la version sur les pieds. Deux jours après, on trouvait, sur les parois viginales et sur le col, des plaques de sphacèle. L'exsudat recueilli avec toutes les précautions antiseptiques habituelles, sur le vagin, dans le col et dans la cavité utérine, contenait exclusivement du pneumocoque. Malgré tous les soins dont la malade était entourée, l'état général restait mauvais et la température était toujours élevée; malgré cela la malade voulut rentrer chez elle. Quelques temps après, on dut ouvrir un abcès qui pointait vers l'orifice interne du canal; le pus crémeux qui s'en écoula, examiné par le docteur Pillon, contenait des pneumocoques. Il se produisit une pleurésie à gauche avec léger épanchement fibrineux. Quelques jours après, la malade succombait aux suites de l'infection.

M. A. Herrgott trouve que ces faits sont bien de nature à démontrer la possibilité d'une « infection puerpérale pneumococcique » envers laquelle il faut se comporter comme si l'on était en présence d'une infection puerpérale à streptocoques, c'est ce qu'il fit. Une désinfection complète de son service fut effectuée, après ces trois cas d'infection puerpérale à pneumocoques, et, depuis, aucun fait de ce genre ne s'est produit.

M. Paul Parisot fait remarquer que la sage-femme qui donna ses soins en ville à l'une des malades envoyées dans le service de M. Herrgott fut atteinte consécutivement d'une angine.

M. G. Étienne, à propos des variétés bactériologiques nombreuses de l'infection puerpérale, rapporte une observation personnelle de cette affection où l'agent incriminable se trouva être le bacille de Friedländer, très voisin du pneumocoque, mais différent cependant de ce dernier. La femme présenta du purpura et succomba à des hémorrhagies répétées. Ce fait est à

rapprocher d'une observation curieuse de Girode, relative à une accouchée atteinte, au cours de la puerpéralité, d'une parotidite également due à la présence du même bacille.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 Juin 1897.

Mélanurie et ingestion des sels de quinine.

M. Below fait observer que d'après les auteurs qui l'ont décrite les premiers, la fièvre mélanurique serait une maladie spéciale consécutive à la malaria et caractérisée par l'émission d'urines noires contenant du sang.

Les médecins qui exercent depuis longtemps dans les régions tropicales n'acceptent cependant pas entièrement cette manière de voir.

C'est ainsi qu'on voit des malades atteints de fièvre jaune, qui, après l'administration de grandes quantités de quinine, présentaient les symptômes typiques de la mélanurie. Toutefois il faut dire que l'on rencontre aussi la mélanurie chez des sujets qui n'ont pas absorbé de quinine.

D'autres auteurs, comme M. Dempwolff n'admettent pas que la mélanurie soit une entité morbide.

D'après M. Dempwolff, le principe colorant du sang, l'hémoglobine, devient, du moment où elle est dissoute dans le sérum sanguin, un élément nocif pour l'organisme, un véritable toxique donnant lieu à des frissons, de la fièvre, qui disparaissent une fois que ce poison est éliminé par l'intermédiaire du foie et des reins. L'hémoglobinurie ne serait qu'un symptôme de ce processus pathologique.

Quant à la relation entre la décomposition des hématies et l'administration de la quinine, il faut savoir qu'on n'observe la fièvre mélanurique que lorsqu'on a employé les sels de quinine depuis un certain temps. Si, quand la quinine a détruit toutes les plasmodies, on continue l'usage de ce médicament, les symptômes de la malaria sont remplacés par ceux de l'intoxication quinique. Il y a seulement lieu de se demander pourquoi les globules rouges du sang se laissent pénétrer par les sels de quinine, alors que normalement ils sont imperméables. M. Dempwolff admet que c'est la diminution de leur contenu en hémoglobine qui les rend perméables, l'hémoglobinurie ne s'observant que chez les sujets profondément affaiblis.

La conclusion qui découle de ces vues théoriques, c'est qu'il ne faut jamais prescrire la quinine d'une façon intensive aux malariques, mais s'attacher à employer les moyens diététiques ou hygiéniques les plus propres à améliorer les qualités du sang.

Il est certain que les anciens médecins ne connaissaient pas l'hémoglobinurie en tant que symptôme concomitant de la malaria; l'apparition de cet accident coïncide avec la découverte des sels de quinine.

M. Ewald a actuellement en traitement un homme qui a séjourné longtemps à Cameroun et qui y a été atteint de plusieurs accès de fièvre mélanurique.

Ce malade a spontanément déclaré s'être aperçu que l'ingestion de quinine pouvait produire l'hémoglobinurie. Au début de son affection, il en absorbait jusqu'à 2 grammes par jour sans inconvénient. Peu à peu cette tolérance alla en diminuant et, enfin, une dose de 0 gr. 25 de sel quinique suffisait chez lui pour provoquer de l'hémoglobinurie. Mais c'est seulement après un mois de traitement par la quinine que l'hémoglobinurie se manifesta; dans l'intervalle des accès cet individu pouvait prendre de la quinine sans jamais présenter d'hémoglobinurie. Le malade en question n'est pas cachectique; bien au contraire, il a un aspect florissant. Son urine contient parfois jusqu'à 20 p. 100 d'hémoglobine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 5 Juillet 1897.

De l'hypersécrétion périodique du suc gastrique.

M. Bial a observé un malade qui offrait de véritables crises gastriques comme on en observe dans le tabès, et pourtant ce malade ne présente aucun signe de tabès. Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle il fut pris subitement de convulsions et de vomissements qui résistèrent à tous les traitements. Il entra à l'hôpital, où l'on constata qu'en vomissant il rendait non seulement des débris alimentaires, mais aussi des quantités considérables de suc gastrique très riche en acide chlorhydrique.

Comme le malade ne vomissait jamais les aliments qu'il avait pris quelques heures auparavant, on supposa qu'il s'agissait d'une gastrosuccorrhée. Pour vérifier ce diagnostic, on pratiqua un soir le lavage de l'estomac, on laissa le malade à la diète absolue pendant toute la nuit et le matin on a pu cueillir 250 c.c. de suc gastrique.

Grâce à un régime sévère et aux lavages de l'estomac méthodiquement répétés, on réussit à guérir complètement ce malade; mais quatre mois après il eut une nouvelle crise et depuis il en a éprouvé encore plusieurs, toutes de causes indéterminée. D'après M. Bial le lavage systématique de l'estomac est indiqué dans tous les cas de ce genre, d'abord parce qu'il combat l'irritation permanente de la muqueuse gastrique, provoquée par la présence du suc gastrique en excès, et ensuite parce qu'il fait cesser les douleurs si violentes qu'endurent les patients.

M. Rothmann a soigné un malade qui, pendant quinze ans, fut atteint d'accès d'hyperchlorhydrie. Les crises se terminaient assez rapidement, et cela sans qu'on ait jamais fait le lavage de l'estomac. Lorsque le sujet succomba au bout de quinze ans à une maladie intercurrente, la muqueuse gastrique fut trouvée normale.

Rétrécissement du pylore d'origine traumatique.

M. Michaelis a présenté un homme de vingt-six ans chez lequel à la suite d'un violent coup au niveau de la région épigastrique, se développa peu à peu le syndrome du rétrécissement du pylore avec douleurs et vomissements, perte de poids et dilatatation de l'estomac.

L'opération pratiquée par M. König démontra qu'il existait, en effet, au-dessus du pylore, un rétrécissement extrêmement prononcé. La partie rétrécie de l'estomac fut réséquée. Le malade se rétablit peu à peu; opéré vers la fin du mois de janvier, il pèse actuellement 76 kilogrammes et se porte très bien.

Présence de parasites dans l'urine des nègres du Sud-Est de l'Afrique.

M. Strube a actuellement dans son service un indigène du Sud-Est de l'Afrique atteint d'hématurie. Outre un certain nombre d'éléments morphologiques (cylindres, cellules de la vessie, cellules rénales, etc.), son urine contient trois variétés de de parasites.

Sur ces trois variétés de parasites il en est deux qui sont connues. Les parasites de la troisième variété se présentent sous la forme de petites ovules pourvus d'une mince enveloppe fortement réfringente et renfermant des granulations de couleur verdâtre. La forme de ces ovules est invariable quel que soit le milieu où on les place. Ils ressemblent assez aux ovules de l'ankylostome duodénal, mais ils en diffèrent par leur volume et leur contenu.

Un des deux autres parasites rencontrés chez ce malade et chez huit de ses compatriotes est le *distomum hæmatobium*. Ce parasite est habituellement inoffensif et c'est seulement lorsqu'il devient très abondant que des symptômes pathologiques apparaissent.

La troisième variété de parasites trouvée chez ce malade était constituée par de petits vers ronds d'une longueur de 3 à

5 dixièmes de millimètres. Ces vers sont pourvus d'une extrémité mousse munie de petits filaments, tandis que l'autre extrémité caudale est pointue; ils ont, en outre, une enveloppe à double contour fortement réfringente, et renferment une substance homogène rétractée aux deux extrémités de l'enveloppe. Ces vers sont les embryons de la filaire du sang, qui est un parasite des vaisseaux lymphatiques, d'où la possibilité de leur pénétration dans les vaisseaux sanguins, et cela surtout pendant le sommeil. Bien qu'on ait examiné séparément chez le malade les urines de la journée et celle de la nuit, on n'y a jamais constaté la présence de filaires; il n'y avait pas non plus chez lui de chylurie, comme cela s'observe habituellement chez les sujets qui ont des filaires dans le sang.

Le cancer d'origine traumatique du tube digestif et de ses annexes.

M. Fürbringer en revenant sur la communication de M. Boas, soutient qu'on n'est pas en mesure de prouver qu'un traumatisme puisse produire un carcinome de l'intestin. A l'hôpital de Friedrichshain, sur plus de 500 malades atteints de cancer, il n'y en a pas un seul qui ait attribué son affection à un traumatisme.

M. Nothnagel a signalé que les irritations chroniques peuvent être considérées comme la cause accidentelle d'un carcinome intestinal, mais dans son travail il n'est fait nulle part mention de l'influence qu'un seul traumatisme pourrait avoir sur le développement d'un cancer.

La démonstration d'une connexion possible entre un traumatisme et un carcinome est rendue encore bien difficile par ce fait que les premiers symptômes du néoplasme sont bien rarement reconnus.

M. Fürbringer veut bien admettre qu'un traumatisme puisse être suivi du développement d'un carcinome, mais il croit que jusqu'à présent aucun fait ne démontre le bien fondé de cette supposition, étant donné surtout qu'on ne peut guère reconnaître un cancer à son début.

M. Krönig estime qu'un traumatisme ne peut être la cause d'un cancer qu'à la condition de rencontrer un terrain prédisposé; le rôle du traumatisme en pareil cas est donc tout à fait secondaire.

M. Pollnow nie l'existence d'une relation directe entre un traumatisme et l'apparition d'un cancer.

M. Albu a observé un jeune homme âgé de dix-neuf ans qui, pendant son service militaire, avait reçu un coup de crosse de fusil au niveau de la région gastrique. Atteint d'hématémèse, il fut réformé. Trois années plus tard ce malade succomba avec un carcinome du pylore.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 14 Juin 1897.

Syphilis du système nerveux central.

MM. Juliusburger et **E. Meyer**. — Il s'agit d'un homme de 27 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, en mai 1896, contracta la syphilis, qui fut convenablement traitée par le mercure. Il y a eu, dans la suite, une diminution de la force physique, de sorte que le malade arriva peu à peu à ne plus pouvoir marcher, devint irritable, excité, eut de la fièvre, et, finalement, des hallucinations visuelles et auditives pour lesquelles il fut amené à l'hôpital.

A l'examen, très difficile en l'espèce, on a pu constater que du côté des viscères thoraciques et abdominaux, il n'y avait rien d'anormal, que les réactions pupillaires et les mouvements des yeux étaient normaux. Les nerfs crâniens fonctionnaient bien. Rien du côté des membres supérieurs, mais les membres inférieurs refusaient tout service. Les réflexes tendineux étaient normaux; il existait une hypéresthésie généralisée et une incontinence d'urine et de matières fécales.

La fièvre modérée que le malade présentait a persisté pendant 12 jours, et monta, le 13e jour, à 39° 7, pour se maintenir à cette hauteur pendant 6 jours, quand le malade succomba brusquement au 19e jour après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie permit de constater que les viscères thoraciques et abdominaux ne présentaient, en fait de lésions, qu'une simple hyperémie. L'examen de la moelle montra un épaississement de la pie-mère dû à l'infiltration de petites cellules rondes et à la congestion des vaisseaux. Cette infiltration avait également envahi la moelle et était particulièrement accusée au niveau des vaisseaux de la substance blanche et de la substance grise. L'infiltration péri-vasculaire était surtout nette au niveau des cornes antérieures et postérieures. Elle était moins marquée au niveau de l'écorce cérébrale.

Les vaisseaux étaient dilatés et remplis de sang: Les grandes cellules motrices des cornes antérieures et des circonvolutions centrales avaient perdu leurs contours et paraissaient troubles.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 7 Mai 1897.

Cas de glande mammaire supplémentaire.

M. Moschkovitch. — Chez une secondipare de 25 ans, au 4e jour de l'accouchement, s'est développé une sorte de ganglion au côté interne de la partie supérieure du bras gauche, près du bord antérieur du creux de l'aisselle, à consistance molle, d'où par transsudation venait sourdre à la surface cutanée un liquide ayant du lait tous les caractères, confirmés par l'examen microscopique. La quantité en était trop minime pour permettre l'analyse chimique.

Le sérodiagnostic dans la pneumonie typhique.

M. Philippen. — Le sérodiagnostic de Widal m'a permis de constater que dans la fièvre typhoïde l'affection pulmonaire peut supplanter tous les autres symptômes : c'est la pneumonie typhique. J'en ai vu un cas récemment. Il s'agit d'un garçon boulanger dont le prédécesseur était en traitement à l'hôpital pour fièvre typhoïde. Lui-même entra dans le service avec un faciès de typhisant, température élevée, rate énorme, et beaucoup d'albumine dans les urines. On pensa tout d'abord au typhus; or l'examen ne révéla qu'une pleuro-pneumonie double. Le sérodiagnostic fut ici *positif*; dans les crachats, on trouva le bacille de la grippe et le pneumocoque de Fränkel; l'examen bactériologique des selles n'a pas été fait. Au septième jour, la température tomba et mit trois jours pour arriver à la normale; l'épanchement pleural se résorba lentement. Les phénomènes généraux avaient été très marqués : abattement profond, langue très sèche; pas de diarrhée.

Les cas semblables ne sont peut-être pas rares et le signe de Widal, peut seul les faire reconnaître.

M. Nauwelaers est d'avis qu'on ne peut reconnaître au procédé de Widal une valeur absolue; on a cité des réactions positives dans des affections non typhiques. Les agents réels de l'infection ont parfaitement pu être ceux que l'examen des crachats a révélés; si les symptômes généraux ont été intenses, c'est que l'infection a été plus profonde que d'ordinaire, et il a vu des cas analogues. On aurait dû aussi rechercher la cause dans le sang, dont l'examen est en général trop négligé.

De la paramétrite.

M. Moschkovitch. — La cellulite périutérine est une affection d'un diagnostic aisé et qui doit se différencier surtout de la pelvi-péritonite. Il est très important de la bien connaître surtout à cause du traitement, qui se borne aux injections chaudes, aux applications résolutives (ichthyol); en cas de collection purulente, ouverture des culs-de-sac selon des procédés récents; le massage sera un bon adjuvant de la médication locale.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde (p. 685).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Epithélioma de la main. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique. — Fibromes de la paroi abdominale antérieure. — Durée de la contagiosité de la fièvre scarlatine (p. 691). — Béribéri à forme paralytique. — Pathogénie de la maladie de Basedow. — Etiologie du syndrome de Basedow-Graves. — Uro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — Etiologie des cirrhoses du foie. — Aphasie motrice. — Responsabilité dans les crimes. — Réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré (p. 692).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Greffe du médian sur le radial dans un cas de paralysie radiale d'origine traumatique. — Résection de l'estomac. — Cure radicale des hernies. — Encéphalocèle chez un nouveau-né. — *Médecine :* Incision de l'utérus dans l'opération césarienne. — Corps étrangers de l'urèthre. — Lithiase rénale. — Staphyloccocie consécutive au furoncle (p. 693).

MÉDECINE PRATIQUE. — Salicylate de mercure (p. 693).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Les étudiants étrangers (p. 694).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde,

Par le Dr A. Dauriac (1).

Depuis longtemps déjà les auteurs avaient constaté que soit au cours, soit pendant la convalscence de la fièvre typhoïde, l'appareil hépato-biliaire était frappé. Husson (1835), Louis (1841) (*Recherches sur la f. t.*, I), Sauter (1861), Leudet (1853), Chedevergne (1864), etc., etc., rapportèrent des observations de cholécystites, avec ou sans perforation de la vésicule, qui furent des surprises d'autopsies. En 1876, Hagenmuller réunissait, dans sa thèse de Paris, presque tous les cas connus de cholécystites typhiques, et sur les dix-huit qu'il cite, onze étaient passés inaperçus pendant la vie.

Puis vint la période d'expérimentation. Charcot étudia, après Monneret, la fièvre bilio-septique, la fièvre hépatalgique, et pensa que ces pyrexies étaient dues à un poison morbide ayant pénétré dans les voies biliaires. Il en donna la description symptomatologique, et avec Gombault, il arriva à produire expérimentalement l'angiocholite. Mais ce sont les travaux de Gilbert et Girode qui ont établi nettement la doctrine des angiocholites et des cholécystites, basée sur les théories microbiennes. Avant eux, Duclaux, Netter, avaient démontré que l'embouchure du cholédoque dans le duodénum et une partie du cholédoque lui-même étaient normalement habitées par des bactéries. Tandis que Vignal, Gessner, Escherich, font la nomenclature des hôtes normaux du duodénum, Charrin et Roger, Vignal, Barnabei démontrent que la bile ne possède nullement une action antiseptique. Par eux fut ainsi préparée la théorie de l'infection biliaire, qui fut réellement démontrée par Gilbert et Girode. Ils montrent (2) que les voies biliaires aseptiques à l'état normal peuvent être envahies par le coli-bacille et le bacille d'Eberth, et divisent les angiocholittes et les cholécystites en deux groupes : les unes ascendantes, les autres descendantes, signale l'analogie qui existe entre les voies biliaires et les voies urinaires.

1. D'après la thèse de G. Dauriac (n° 182). (H. Jouve.)
2. *Soc. de biologie*, décembre 1890.

Depuis, les études de Dupré (1), de Gilbert et Dominici (2) apportent la confirmation expérimentale des infections biliaires typhoïdiques, en réalisant, avec le bacille d'Eberth, l'angiocholite et la cholécystite suppurées.

De leur côté, Chiari (3), Guarneri et Longuet (4) publiaient des observations cliniques que le contrôle bactériologique mettait hors de doute.

Enfin, bien des auteurs se sont demandés si la fièvre typhoïde ne devait pas être une cause de lithiase. MM. Galippe, Naunyn, Dufourt, Hanot, Gilbert et Dominici firent des recherches dans ce sens que M. Fournier (5) a confirmées dans sa thèse, où il affirme l'origine septique de la lithiase.

A l'heure actuelle, il est donc admis et prouvé que le bacille d'Eberth peut pénétrer dans les voies biliaires.

A priori deux grandes voies lui sont offertes. L'une veineuse, l'autre biliaire. Dans le premier cas on conçoit aisément qu'au niveau des ulcérations intestinales qu'il détermine, le microbe soit entraîné par le courant veineux porte et arrive au foie. Là il infecte les origines biliaires et de proche en proche l'inflammation gagne les rameaux et les troncs biliaires. Ce sont les angiocholites descendantes (Gilbert et Girode).

Dans d'autres cas, et ce sont les plus nombreux, l'envahissement microbien se fait par le cholédoque. Franchissant le sphincter d'Oddi, l'Eberth remonte ce conduit et arrive dans le canal cystique puis la vésicule, ou dans le canal hépatique, ou enfin pénètre dans ces deux voies. La réalisation de cette infection se fait donc par voie ascendante.

La voie artérielle sanguine doit être éliminée, car le bacille d'Eberth, n'y séjourne pas ou du moins ne l'y trouve-t-on qu'exceptionnellement.

Des causes inhérentes, les unes au microbe, les autres à la maladie aident cette infection. La mobilité extrême du bacille d'Eberth possédant des flagella nombreux lui permet de se porter facilement d'un point à un autre. Dans le cholédoque, il rencontre la bile, qui, loin d'atténuer sa vitalité, est pour lui un très bon milieu de culture (Gilbert et Dominici). Seule la chasse biliaire pourrait lutter contre l'ascension microbienne.

De plus, dans le cours de la fièvre typhoïde, la quantité de la bile est diminuée et son écoulement ralenti. Les expériences de Pisenti ont démontré que durant une pyrexie septique ou simplement calorique, c'est-à-dire obtenue artificiellement en chauffant l'animal, la bile diminue de moitié à un tiers. Cette diminution porte sur l'eau et les matières solides si la fièvre est septique et dans ce dernier cas la quantité du mucus augmente. Cette hypocholie vient donc encore s'ajouter aux deux conditions précédentes, et amoindrit la chasse biliaire.

Le foie est soumis dans la fièvre typhoïde à l'infection et à l'intoxication (5). Dans les cas ordinaires il semble diminuer la toxicité des produits solubles sécrétés par le bacille d'Eberth ; et Legry (6), se basant sur ses expériences, conclut qu'il arrête la moitié environ des substances

1. Dupré, thèse de Paris, 1894.
2. Gilbert et Dominici, *Soc. de biologie*, 1893. — Dominici, thèse de Paris, 1874.
3. Chiari, *Mercredi médical*, 1893, p. 309.
4. Longuet, *Gaz. des hôpitaux*, 1894.
5. Louis Fournier, thèse de Paris, 1896. Voir aussi sur ce sujet la récente étude de M. Chauffard (*Revue de médecine*, 10 février 1897) qui conclut dans un sens différent.
6. Legry, *Foie dans la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1890).

toxiques contenues dans les extraits alcooliques faits avec les matières fécales des typhiques. Si donc l'organe hépatique protège l'organisme, c'est aux dépens de sa propre défense car il présente une résistance d'autant moindre que l'infection est plus forte.

Aussi, la suppuration se montre-t-elle dans les voies biliaires vers le 3e ou le 4e septénaire de l'infection éberthienne et non dès le début.

A ces causes dépendant de la dothiénentérie, s'ajoutent celles qui relèvent de l'état du sujet sur lequel elle évolue. Un typhique dont le foie aura déjà été touché par une affection antérieure quelconque (cirrhose, kyste hydatique, cancer) offrira moins de défense à l'infection biliaire, et même, dans certains cas, la maladie hépatique préexistante servira de cause d'appel. C'est ce que l'on voit dans la lithiase. Les calculs en dilatant les canaux excréteurs de la bile, en les obturant, en déterminant do la stase biliaire, favorisent les chances d'ascension microbienne.

A ce mode intrinsèque d'obstruction s'ajoute la modalité extrinsèque que remplissent les tumeurs du duodénum, du pancréas, etc. (Dupré).

Enfin les conditions qui, du côté du foie, favorisent l'ascension du bacille d'Eberth, existent pour les autres microbes. La bile est un bon milieu de culture pour le coli, le streptocoque, le staphylocoque. Aussi a-t-on retrouvé ces différents microbes dans les voies biliaires (Gilbert et Girode, Malvoz, etc.).

Quelles sont les conséquences de l'infection éberthienne?

Tout d'abord cette infection peut rester silencieuse. Dupré a en effet rapporté deux observations où le bacille d'Eberth a été trouvé virulent dans la bile de la vésicule, et il n'y avait pas trace d'angiocholécystite.

Et surtout considérant la proportion des typhoïdiques et celle des angiocholécystites, on peut admettre que, au bout d'un temps variable, le bacille d'Eberth perd sa virulence. Mais si l'infection des voies biliaires peut se produire impunément il faut faire des réserves, car très longtemps après la maladie générale, le bacille typhique reste virulent, et si l'Eberth envahit rapidement les voies biliaires, il y reste virulent pendant des années.

Voyons les différentes lésions qu'il peut produire, d'abord au cours de la typhoïde, puis dans la suite :

Il peut déterminer l'inflammation suppurative des voies biliaires, et ce n'est pas une des complications les plus rares de la typhoïde. Cette suppuration peut se localiser, soit dans la vésicule (cholécystite suppurée), soit au niveau d'un des troncs biliaires (angiocholite suppurée).

Mais l'inflammation peut ne pas aller jusqu'à la suppuration; et il peut n'y avoir qu'une angiocholite catarrhale, avec desquamation épithéliale et s'accompagnant de dilatation. De cet état pourront résulter des troubles dans l'écoulement biliaire, d'autant que, comme l'a montré Pisenti, il y a, dans les fièvres septiques, hypocholie et augmentation du mucus, et l'obstruction se montrera. L'ictère pourra apparaître, et cela dès le début de la fièvre typhoïde; Coiari (Prague) a publié 10 observations d'ictère compliquant la typhoïde pendant l'épidémie de juillet de 1887 et classe ces cas sous le nom de *typhus abortivus biliosus*.

Pfuhl (1), durant l'épidémie d'Altona (1885), a publié 9 observations identiques, mais, tout en diagnostiquant fièvre typhoïde abortive, il pense que l'ictère est dû à un agent infectieux spécial autre que l'Eberth.

1. PFUHL, *Deutsche med. Zeitschrift*, 1888.

En France, on est arrivé à se demander si on ne se trouvait pas en présence de formes anormales de la typhoïde : Landouzy (1) a créé le mot de typhus hépatique, et Dupré, en 1891, se basant sur des preuves bactériologiques, admet « une localisation possible de l'infection typhique dans laquelle il faut peut-être chercher l'explication de bien des ictères typhoïdes »; peut-être donc la réaction de Widal permettra-elle d'arriver à reconnaître l'étiologie typhoïdique de certains ictères.

Ces ictères peuvent apparaître : avant même la manifestation classique de l'infection ébertienne qui se produit après l'évolution de la maladie, ou pendant une rechute.

L'ictère peut apparaître un temps variable après la dothiénentérie : tantôt il apparaîtra avec des symptômes typhoïdes, avec l'allure d'un ictère infectieux, révélant la persistance de la virulence du bacille d'Eberth exalté par une cause quelconque; tantôt, au contraire, il ne sera que la manifestation de la lithiase biliaire, l'existence de cette étiologie de la lithiase nous semble prouvée, ne serait-ce que par le cas de Hanot (2) qui a constaté le bacille d'Eberth au centre d'un calcul.

Il nous reste à signaler 2 accidents hépatiques consécutifs à la typhoïde.

Dans certains cas, soit par défaut de résistance du foie déjà malade, soit par très grande virulence de l'agent infectieux, l'on voit la dothiénentérie se terminer par l'ictère grave (Sabourin) (3).

Consécutivement à l'infection du cholédoque et du canal cystique la vésicule peut être atteinte de sclérose s'accompagnant de péricholécystite Thiriar (4) a rapporté le cas d'une malade dans les antécédents de laquelle on ne trouvait qu'une typhoïde, se plaignant de douleurs au niveau de la vésicule. On l'opéra et on trouva une vésicule petite, épaissie.

Le bacille d'Eberth arrivant dans les voies biliaires peut donc : 1° y rester silencieux et perdre sa virulence; 2° silencieux d'abord, y conserver sa virulence; 3° déterminer ces angiocholites suppurées séparément ou ensemble; 4° des angiocholites catarrhales, donnant naissance à la lithiase biliaire ou peut-être à des phénomènes d'ictères infectieux; 5° produire l'ictère grave; 6° enfin peut-être donner lieu à la sclérose vésiculaire, d'où naîtront des phénomènes douloureux.

La clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie nous permettent de considérer quelques-uns de ces faits comme prouvés; l'expérimentation nous aide à concevoir les autres. Le bacille d'Eberth a été en effet reconnu dans le pus biliaire soit au cours, soit dans la suite de la fièvre typhoïde deux fois par MM. Gibert et Girode, une par Dupré, une autre par Chiari, Guarneri, Longuet, Faitout et Ramond (5). Son association avec le streptocoque fut rapportée par Malvoz. Enfin, dans un cas de M. Chauffard (6) on trouva du staphylocoque avec l'Eberth.

D'autre part, MM. Gilbert et Dominici ont réalisé les lésions de l'angiocholite et de la cholécystite par injection du bacille d'Eberth dans le cholédoque, et reproduit exactement ce qui se passe chez l'homme.

Reste à prouver que ce bacille peut déterminer la formation de calculs et vérifier ainsi la justesse de la théorie microbienne de la lithiase; jusqu'à présent l'expérimen-

1. LANDOUZY, *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 841.
2. *Bulletin médical*, 1896, p. 73.
3. *Revue de médecine*, 1882.
4. *Congrès de chirurgie*, 1888.
5. FAITOUT et RAMOND, *Soc. de biologie*, 26 décembre, 1896.
6. Observation de la thèse de A. DAURIAC,

tation n'a pas permis de reproduire la lithiase biliaire d'origine typhique, mais les faits cliniques tendent à nous faire accepter cette théorie, d'autant que les examens bactériologiques ont montré le bacille d'Eberth dans les calculs.

Enfin le bacille d'Eberth peut-il frapper primitivement et uniquement le foie? L'observation de Longuet (1) répond affirmativement à cette question, et peut faire admettre la manifestation hépatique unique d'emblée de l'infection ébertienne.

Anatomie pathologique. — I. *Angiocholites.* — L'infection des voies biliaires peut exister sans se révéler cliniquement, et pendant une phase plus ou moins longue, son microbisme reste, latent.

Quoiqu'il en soit, le foie est généralement augmenté de volume. Son aspect extérieur est celui du foie infectieux (Hanot). En palpant l'organe on constate qu'il est dur en certains points, friable en d'autres. Macroscopiquement on voit à la coupe la surface de section verte en certains points, jaune brunâtre en d'autres; elle offre des saillies granitées alternant avec des cavités dont la plupart se continuent avec les canaux biliaires dilatés et imbibés de bile. Cet ensemble de lésions rappelle celui qu'on trouve dans l'engorgement biliaire dû à l'obstruction. L'examen microscopique fait aux différents stades de l'évolution des lésions permet de constater s'il y a angiocholite catarrhale.

Il se produit une desquamation des cellules de l'épithélium qui se tuméfient, se multiplient et tombent dans la lumière du canal. On conçoit que l'obstruction soit réalisée surtout étant donnée l'hypocholie existante. Du côté de la couche sous-jacente à l'épithélium on trouve des éléments cellulaires ronds et fusiformes qui viennent infiltrer le tissu conjonctif, et la paroi s'épaissit. Au début les lésions sont donc légères et superficielles; mais si le processus continue, on voit la périangiocholite apparaître; il y a prolifération conjonctive, formation de cellules rondes et les lobules hépatiques sont frappés de cirrhose.

Ce processus peut suivre une marche aiguë qui aboutit à la suppuration, ou au contraire devenir chronique et donner naissance à la cirrhose biliaire.

Dans l'angiocholite suppurée les lésions sont plus avancées : les leucocytes s'accumulent entre les éléments conjonctifs dissociés de la paroi; autour se forment des zones fibreuses et des abcès miliaires se constituent. Tantôt ils restent isolés; tantôt, au contraire, ils s'unissent et atteignent un volume variable (noisette, noix, mandarine).

Les canalicules sont ainsi le siège d'une distension plus ou moins considérable et leur disposition, comme l'a fait remarquer Monneret, rappelle celles des bronches dilatées.

Le bacille d'Eberth, qu'on retrouve dans le pus, conserve au niveau des voies biliaires les propriétés ulcératives par lesquelles il se manifeste dans l'intestin. Dans l'observation de Guarnieri (2), on trouve décrites des ulcérations nécrotiques portant sur les conduits biliaires préexistants et sur les fins canalicules néoformés : l'ulcération peut être plus ou moins vaste; parfois elle reste localisée et est le siège de nombreux amas microbiens.

Le processus ulcératif s'étend jusqu'aux lobules hépatiques et Guarnieri a vu que les cellules subissant la dégénérescence granulo-graisseuse se teintent de sels biliaires. Le degré d'atrophie qui les frappe est variable, quelques-unes sont creusées de vacuoles, d'autres n'ont plus de réticulum protoplasmique.

La méthode de Löffler, employée par cet auteur, lui a laissé voir des bacilles d'Eberth non seulement au milieu des zones nécrobiotiques, mais encore dans les fines ramifications biliaires intercellulaires. Tous les éléments constitutifs de l'organe sont plus ou moins lésés.

II. *Cholécystites.* — L'évolution anatomo-pathologique de la cholécystite est absolument la même que celle de l'angiocholite. Au début, inflammation catarrhale aboutissant ou non à la suppuration.

La vésicule alors augmente de volume et forme une tumeur biliaire, qui peut atteindre parfois le volume d'une tête fœtale. Dans certains cas on peut la faire diminuer par la pression et même la vider complètement (Guarnieri). Elle se reforme peu à peu. Mais il faut bien savoir que la cholécystite suppurée peut exister sans augmentation du volume de la vésicule. Et M. Terrier a insisté sur ce fait que dans les cas d'obstruction du canal cholédoque par des calculs, loin d'être dilatée, elle est atrophiée.

L'intérieur de la vésicule est parfois divisé en loges secondaires par un cloisonnement inflammatoire. Lorsque la cholécystite apparaît longtemps après la typhoïde on peut trouver au milieu du pus des calculs biliaires. Quant au pus, il est plus ou moins épais.

Dans les cas extrêmes, la muqueuse des parois vésiculaires est en certains points totalement détruite par un processus ulcératif. L'ulcération est plus ou moins profonde, souvent elle arrive à la perforation. On rencontre de véritables plaques de nécrose (Gilbert et Girode). Le bacille d'Eberth y a nettement déterminé le sphacèle. Parfois la paroi s'amincit dans son ensemble.

Autour de la vésicule l'inflammation produit de la péricholécystite. Alors il y a des adhérences plus ou moins considérables avec les organes voisins, surtout l'intestin. D'autres fois il se forme simplement un épaississement. Mais avec Dominici on peut dire que la caractéristique des lésions vésiculaires est encore la présence dans un point quelconque de la muqueuse, surtout vers le fond, de nombreuses ulcérations. Aussi la péritonite généralisée est-elle la terminaison la plus fréquente de ces cas.

La cholécystite peut être chronique, et alors il se produit de la sclérose de l'organe et de la péricholécystite. Il est possible que l'inflammation en frappant l'appareil nerveux de la vésicule donne naissance à des phénomènes douloureux.

En résumé, nous voyons que le bacille d'Eberth dans les voies biliaires comme dans l'intestin, du moins dans ses manifestations aiguës, tend toujours à l'ulcération.

Enfin une angiocholécystite typhique peut produire la lithiase biliaire. « Une angiocholécystite, dit L. Fournier, amène une desquamation abondante de l'épithélium de la vésicule; les cellules en dégénérescence fournissent de la cholestérine amorphe et de la chaux, à celle-ci s'unit la bilirubine d'où production d'un bilirubinate de chaux insoluble en présence des substances albuminoïdes fournies également par la destruction épithéliale. Les débris épithéliaux, mêlés à du mucus, et les précipités de bilirubinate de chaux composent le noyau, d'abord mou, autour duquel se dépose une mince coque de fragments biliaires combinés à la chaux ou qui sert au centre de cristallisation à la cholestérine ». A côté de cette théorie où intervient la lésion de la muqueuse, nous devons signaler celle de MM. Galippe et Létienne qui pensent que la lithiase peut aussi être le résultat de phénomènes bio-chimiques causés par la présence de

1. Longuet, *Gazette des hôpitaux*, 1894.
2. Guarnieri, *Revista generale* (th. di clinica medica, 1897).

microbes virulents ou non virulents dans l'humeur biliaire.

Enfin la preuve de la lithiase d'origine typhique a été apportée par Hanot, qui a trouvé le bacille d'Eberth au centre d'un calcul.

Symptomatologie. — Au cours de la dothiénenthérie une angiocholite ou une angiocholécystite peut se produire sans qu'aucun signe la révèle, soit que le tableau symptomatique de la maladie générale la masque, soit que la lésion anatomique du cholécyste évolue d'une façon subaiguë. Il y a des cas où à l'autopsie on trouva de l'angiocholite suppurée très nette et où l'atteinte hépatique avait passé inaperçue. Après la typhoïde, l'infection biliaire peut se révéler encore par de la cholécystite, par de l'angiocholite, par de la lithiase; et cela des années après la maladie générale. Enfin l'angiocholécystite peut être la manifestation première et unique de l'infection typhique (Longuet).

a) *Angiocholites*. — Nous prendrons comme type l'angiocholite nettement suppurée. Elle peut apparaître aussi bien dans le premier septénaire que pendant une rechute de la maladie générale, soit que dans le premier cas le foie se trouve ou principalement frappé d'emblée ou qu'il offre une résistance moindre, soit que ce défaut de résistance provienne de la lutte que l'organe hépatique a eu à soutenir pendant le cours de la typhoïde.

L'angiocholite typhique n'est pas caractérisée par la fièvre intermittente hépatique. L'élément fébrile bilioseptique est complètement étouffé par le cycle thermique si nettement déterminé de la typhoïde Peut-être y a-t-il une modification dans la température, mais ce n'est pas signalé dans les trop rares observations que nous possédons (Fauraytier, Louis, Dupré).

Le début est généralement brusque. Tantôt ce sont des douleurs qui ouvrent la scène. Tantôt c'est l'ictère.

Les douleurs siègent dans l'hypochondre droit et sont le plus souvent très violentes. Débutant brusquement, elles s'irradient à l'épigastre et dans l'épaule droite. Elles semblent procéder par accès et disparaissent après un temps variable. Avec elles ou peu après leur début, se montre l'ictère. Parfois l'on note des vomissements. Cette première crise, qui ne semble pas s'accompagner d'élévation thermique, se calme, mais après un temps variable (15 jours dans les cas de Dupré et de Fauraytier), les mêmes signes se reproduisent, les urines deviennent rouge acajou et les selles se décolorent.

Tout peut se calmer encore, sauf l'ictère urinaire et cutané qui persistent, ainsi que la décoloration des selles, mais peu à peu l'état général devient mauvais, il y a de l'amaigrissement et la fièvre apparaît.

A l'examen du foie on constate qu'il est gros, douloureux à la pression. La douleur s'irradie à l'épigastre et à l'épaule, la vésicule biliaire n'est ni dilatée ni douloureuse.

L'état général devient de plus en plus mauvais, la fièvre hectique se montre, et le malade maigrit chaque jour davantage, et meurt après un temps variable.

Beaucoup d'angiocholites évoluent en se terminant par la guérison, qui ne seraient reconnues que par la douleur et l'augmentation de volume du foie. L'ictère n'est pas, en effet, un symptôme constant de l'infection biliaire, et l'examen systématique du foie chez les typhiques permettra de constater les symptômes précédents, ce qui a une très grande importance au point de vue du pronostic.

b) *Cholécystites*. — L'infection peut se localiser à la vésicule et donner lieu à la cholécystite. Comme les angiocholites, les cholécystites paraissent une complication de la fin de la dothiénentérie, toutefois elles peuvent se montrer dans les premiers jours et Louis a rapporté un cas où la mort survint au 8e jour par suite de cette complication. Le Gendre la signale aussi dès le deuxième septénaire. Malgré cela, la cholécystite semble plus fréquente à partir du 3e ou 4e septénaire.

Son évolution peut passer inaperçue, et pour Hagenmuller (1) 11 fois sur 18 elle a été une surprise d'autopsie, mais à l'heure actuelle on semble la diagnostiquer plus souvent.

Comme l'angiocholite, la cholécystite n'évolue pas d'emblée vers sa période d'état : les premiers phénomènes, à quelque moment qu'ils se montrent, disparaissent puis reviennent et cela à des intervalles indéterminés. Ce point est important pour le diagnostic.

La douleur est encore le symptôme de début. Elle apparaît brusquement dans la région de l'hypochondre droit et s'irradie vers l'épigastre et l'épaule droite; l'ictère apparaît, d'une façon presque constante, révélant l'obstruction des voies biliaires, quelques phénomènes généraux légers (petits frissons) l'accompagnent, puis tout disparaît. Mais peu à peu les symptômes deviennent constants et alors on trouve : du côté du foie, tension très nette de l'hypochondre. Sous le rebord costal droit, la palpation permet de reconnaître une tumeur arrondie, régulière, piriforme. Tantôt il est facile d'en déterminer les contours, on peut même parfois la mobiliser; tantôt au contraire les limites sont confuses, il y a un empâtement assez considérable dû à la péricholécystite. Il est possible dans certains cas de reconnaître par la vue et le palper l'ascension et la descente de la tumeur, mais souvent ces mouvements dus à la respiration n'existent pas. La main a la sensation de la rénitence, mais pas de la fluctuation. Cependant lorsque la tumeur bombe bien en avant on peut arriver à la sentir. Variable comme volume, elle est généralement grosse comme le poing, son pôle culminant est alors exactement situé au-dessous de l'extrémité externe du dernier cartilage costal. Quand elle augmente, ce pôle culminant suit une ligne qui va obliquement, de l'extrémité externe de ce cartilage, en bas et à gauche en passant un peu au-dessous de l'ombilic.

Lorsque la tumeur biliaire offre les caractères précédents il n'est pas difficile de la diagnostiquer, mais le plus souvent la vésicule est diminuée de volume. Quelquefois l'empâtement est assez considérable, il est dû à la péricholécystite : dans ce cas il existe toujours un point le plus souvent médian, où la sensibilité est plus vive, et où parfois la fluctuation peut se montrer; il s'est produit des adhérences et, si on laissait la tumeur évoluer, elle s'ouvrirait au dehors.

Le reste de l'abdomen est tendu, ballonné.

L'examen de la rate la montre le plus souvent hypertrophiée.

La température, si caractéristique de la typhoïde, tombe brusquement en même temps que les phénomènes de dépression augmentent, puis, bientôt, elle s'élève à nouveau.

L'ictère vient souvent révéler l'atteinte portée aux voies biliaires, toutefois dans la cholécystite pure il n'existe pas.

Des troubles digestifs se montrent d'une façon constante. Quand la cholécystite évolue durant la dothiénensérie ils se perdent dans l'ensemble symptomatique, peut-être les vomissements seraient-ils plus fréquents; mais

1. Thèse de Paris, 1876.

quand elle apparaît après la terminaison de la maladie générale l'observation permet de constater, dans l'intervalle, des crises diarrhéiques accompagnant les douleurs et parfois l'ictère.

L'urologie n'a rien de spécial. Dans les cas où il y a de l'ictère on constatera la présence des pigments biliaires.

En somme les deux grands signes de la cholécystite suppurée sont : la *douleur* dans l'hypochondre et la *tumeur* biliaire.

Les complications les plus fréquentes sont :

1° *Péritonite partielle.* — L'inflammation gagne peu à peu, il se produit de la péricholécystite et des adhérences. Les douleurs deviennent beaucoup plus vives et les vomissements révèlent l'atteinte portée au péritoine.

2° *Péritonite généralisée.*— Etant données les propriétés ulcératives que possède le bacille d'Eberth, il est facile de comprendre qu'une fois la vésicule perforée, le péritoine s'infecte. Une vive douleur éclate alors subitement, tout l'abdomen devient extrêmement sensible, se météorise, les vomissements apparaissent, avec tous les signes de la péritonite généralisée.

Enfin, l'endocardite peut apparaître, se manifestant sous la forme typhoïde.

L'inflammation du cholécyste peut s'arrêter avant d'arriver à la suppuration. L'état catarrhal seul existera et peu à peu disparaîtra. Mais il pourra aussi, et cela n'est pas rare, donner lieu à de la lithiase biliaire. Dans les observations de Bernheim, de Dufourt (1) la lithiase s'est montrée un temps variable après la typhoïde, mais toujours les malades avaient souffert de leur foie depuis leur dothiénentérie. Dufourt en rapporte 19 cas. Dans 12, la première colique hépatique vint moins de 6 mois après, et dans les 7 autres cas, elle apparut une fois 6 ans après, une fois 8 ans après : ces deux malades se plaignaient de douleurs dans la région hépatique depuis la guérison de leur typhoïde.

Nous avons vu plus haut que l'ictère grave peut terminer la typhoïde (Sabourin, Dœrfler). On peut expliquer cette terminaison par le mauvais état antérieur du foie, mais il est des cas où la lithiase préexistante peut jouer le rôle de cause d'appel et déterminer l'infection hépatique par le bacille d'Eberth (Dœrfler).

Enfin il y aurait des cas où le bacille d'Eberth frappe d'emblée et uniquement les voies biliaires.

Guarnieri (2) le premier, puis et surtout Longuet (3), ont apporté chacun une observation très nette : l'un d'angiocholécystite, l'autre de cholécystite typhique sans fièvre typhoïde. Ces faits importants tendent à prouver les angiocholites typhiques primitives, et à concevoir l'origine éberthienne de bien des ictères infectieux se montrant avec le caractère épidémique, quoiqu'il n'y ait encore aucune preuve bactériologique de l'étiologie de ces ictères infectieux, déjà connus sous le nom de typhus hépatique.

Infections secondaires. — Le bacille d'Eberth, en infectant l'organisme, n'est pas toujours cause des angiocholécystites qui peuvent venir compliquer la dothiénentérie ou apparaître à sa suite. Dans certains cas, on trouve l'Eberth accompagné d'un autre microbe. D'autres fois, les voies biliaires ne contiennent qu'un micro-organisme autre que celui de la typhoïde.

Dans une observation de Gilbert et Dominici, on notait l'association de l'Eberth et du coli-bacille. Dans cette observation, l'évolution des phénomènes a marché avec une grande rapidité, suivant le mode suraigu, ce qui s'oppose à la marche différente des déterminations typhiques.

Malvoz a rapporté un cas où, dans la vésicule, on ne trouva que du streptocoque, chez une malade atteinte de typhoïde. La vésicule était ulcérée, et, de plus, il y avait de la suppuration rénale, et dans ce cas encore les phénomènes avaient évolué très rapidement. De sorte que « s'il était possible de caractériser d'une façon générale les allures cliniques des localisations sur les viscères abdominaux du bacille d'Eberth, et de les différencier des complications analogues dues à des microbes différents, nous dirions que les accidents abdominaux qui se produisent soudainement dans la fièvre typhoïde, qui se généralisent rapidement, se manifestent par des phénomènes suraigus et se terminent par la mort, ces complitations reconnaissent le plus souvent pour origine une infection secondaire : coli-bacille en particulier.

« Si, au contraire, les accidents débutent insidieusement, s'ils précèdent ou suivent de près une rechute, s'ils présentent des symptômes atténués, affectent une marche lente, irrégulière, avec des alternatives d'exaspération et de rémission, pour aboutir soit à la guérison, soit à la mort, par les progrès de la cachexie bien plus que par l'intensité ou par l'extension du processus lui-même, alors vraisemblablement c'est le bacille typhique qu'il faut incriminer. » (Dehu (1).) Cette distinction schématique comprend d'ailleurs des exceptions, et a besoin, en tout cas, d'être confirmée par des observations ultérieures et des examens bactériologiques plus nombreux.

Pronostic. — Pour établir le pronostic de ces affections, il faut tenir compte du degré de l'inflammation, de son siège et du moment de son apparition.

Lorsque les lésions inflammatoires sont légères et superficielles, elles peuvent être absolument ignorées (et c'est ce qui arrive le plus souvent), parfois il apparaît de l'ictère révélant l'obstruction canaliculaire, et peut-être un examen attentif déterminerait-il de la douleur ; toutefois le processus peut ne pas évoluer et la perméabilité des voies se rétablir.

Si, au contraire, on se trouve en présence d'une angiocholécystite suppurée, le pronostic devient immédiatement des plus sombres, et cela d'autant plus que la thérapeutique est impuissante ; aussi le pronostic, dans ce cas, variera avec le siège de l'inflammation. Si, au lieu d'une inflammation généralisée, on a affaire à une angiocholite des gros troncs, avec abcès du cholédoque, l'intervention chirurgicale pourra donner de bons résultats et la cholédocotomie sauver le malade. Si, au contraire, la vésicule seule est atteinte, en faisant un diagnostic précoce et une opération hâtive, l'on aura beaucoup de chances de voir une heureuse terminaison. Dans tous ces cas, le pronostic est sérieux, et seule la possibilité d'intervention plus ou moins facile permet d'établir une différence.

Le moment où apparaissent ces affections joue un rôle important dans le pronostic. En effet, une angiocholite survenant au troisième ou quatrième septenaire de la dothiénentérie évoluera sur un objet épuisé par la maladie et présentant peu de résistance. Dans ces cas, on comprend qu'une intervention chirurgicale sera plus ou moins hasardée. Si, au contraire, l'angiocholite se révèle alors que le malade est guéri de sa typhoïde, le pronostic sera tout différent.

1. Dufourt, Infection biliaire et lithiase (*Revue de médecine*, 1893, p. 274).
2. Guarnieri, *Revista generale* (th. di clinica medica, 1897).
3. Longuet, *Gaz. des Hôpitaux*, 1894.

1. Dehu, thèse de Paris.

Le microbe pathogène fait aussi varier la gravité de ces affections. D'une façon générale, l'infection des voies biliaires par le bacille d'Eberth est toujours chose grave, car elle peut persister pendant de longues années et soumettre le malade à des accidents locaux et généraux.

Peut-on prévoir ces complications biliaires de la typhoïde. Puisqu'il n'y a pas de maladies des voies biliaires, il n'y a que des maladies de la cellule hépatique (Chauffard). On peut répondre par l'affirmative. Si, en effet, le foie fonctionne bien, si son travail physiologique s'accomplit régulièrement, on peut en conclure que les voies biliaires sont en bon état. Il est donc de la plus grande importance de se renseigner sur la cellule hépatique.

Pour cela, l'examen de l'urine nous le permet facilement par le dosage de l'urée, la recherche de l'urobiline; ces indications seront complétées par l'épreuve du sucre (recherche de la glycosurie alimentaire).

Enfin, par la toxicité urinaire, on saura si le foie arrête les poisons. Les expériences de Roger ont montré que le pouvoir glycogénique et la fonction d'arrêt des produits toxiques de la circulation porte sont liés d'une façon intime. Aussi l'hypertoxicité urinaire et l'insuffisance glycogénique du foie seront des signes de grande valeur pour arriver à connaître l'état du parenchyme hépathique.

Diagnostic. — L'importance d'un diagnostic est donc grande puisque souvent une opération faite immédiatement pourra, dans les formes aiguës, sauver le malade.

D'une façon générale, chez tous les typhiques, l'examen systématique du foie doit être attentivement pratiqué; il faut, dans la dothiénentérie, penser aux lésions hépatiques et les chercher. C'est en se basant sur les modifications du volume du foie, sur *la douleur* spontanée ou éveillée par la pression dans l'hypochondre droit, l'apparition d'une teinte légèrement ou nettement ictérique des téguments, d'une tumeur de la région vésiculaire, c'est en portant toute son attention sur la marche de la température, en répétant les examens de l'urine, que souvent l'éveil sera donné au clinicien.

I. *Au cours de la typhoïde.* — Les angiocholites légères passeront cependant maintes fois inaperçues; leur symptomatologie, déjà si peu accusée, sera encore perdue au milieu des phénomènes cliniques de la maladie générale. Pourtant, en cas d'angiocholite nettement suppurée, il se produira, du côté de la température, une modification dans le cycle typhique, qui devra faire immédiatement penser à une complication. L'apparition de l'ictère, la constatation d'une augmentation plus ou moins grande du volume de l'organe, et surtout de la douleur, enfin souvent les phénomènes adynamiques aideront au diagnostic.

Pour les cholécystites, tous les signes généraux sont identiques (adynamie, modification thermique). Mais il existe des symptômes particuliers. C'est la tumeur biliaire caractérisée par le point où elle apparaît, la ligne qu'elle suit en augmentant, etc. Elle peut pourtant ne pas exister. Alors il faut palper attentivement le foie, chercher la douleur et surtout sa localisation au niveau de la vésicule.

Si l'on n'a pas cherché à diagnostiquer la cholécystite dès son début, si elle a passé inaperçue, l'attention sera attirée du côté de la vésicule, au moment où la perforation arrivera. La première idée qui viendra au médecin sera perforation intestinale et les signes identiques amèneront la confusion, à moins d'un examen attentif et systématique du foie.

Quant à l'ictère grave au cours de la typhoïde, nous n'insisterons pas sur sa terminaison, dont les signes sont bien connus : ictère, hémorrhagies, phénomènes nerveux; l'examen des urines sera utile, car il pourra montrer l'insuffisance fonctionnelle du rein et du foie.

II. *Après la typhoïde.* — Lorsque le bacille pathogène reste dans la bile et y garde très longtemps sa virulence, sous l'influence d'une cause quelconque (intoxications, traumatismes) cette virulence peut s'exalter et se révéler par des phénomènes aigus. On aura alors les mêmes signes que ceux décrits plus haut, seule la température pourra, dans ce cas, prendre l'allure de la fièvre bilio-septique.

Mais nous savons que d'autres microbes que l'Eberth peuvent déterminer des angiocholécystites : il faudra donc s'efforcer de faire non seulement le diagnostic de la maladie mais encore celui de l'agent, l'infection par le coli-bacille, le streptocoque, se révélant par des symptômes suraigus à marche rapide, tandis que l'Eberth procède en plusieurs fois pour ainsi dire.

Quant à la lithiase, pendant un temps variable elle reste latente, ou se manifeste par quelques signes qui permettent de la soupçonner (douleurs à la région hépatique avec irradiation à l'épigastre et à l'épaule droite, apparition d'une teinte ictérique plus ou moins foncée, parfois crises diarrhéiques). Ces phénomènes, plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, durent un temps variable jusqu'à l'apparition de la première colique hépatique franche qui donne le diagnostic que nous n'avons pas à différencier des autres coliques tant néphrétiques qu'intestinales.

La symptomatologie exacte des cholécystites typhiques sans fièvre typhoïde ne peut être encore fixée définitivement, mais le symptôme capital pour le diagnostic est la douleur dans la région hépatique. Quels que soient les phénomènes qui l'accompagnent lorsque la douleur semble siéger nettement au niveau du foie et qu'il y a une température élevée, on doit soupçonner une atteinte de l'appareil hépato-biliaire.

Donc, en matière d'angiocholécystite typhique, la chose principale est de faire un diagnostic précoce; car, souvent, grâce à lui on sauvera le malade en intervenant rapidement dans les cas aigus.

Traitement. — Au cours de la typhoïde, l'on doit s'efforcer de combattre l'invasion microbienne des voies biliaires en pratiquant l'antisepsie aussi rigoureuse que possible du tube digestif, et, comme l'infection peut rester latente, il faut administrer des substances qui en s'éliminant par la bile combattent la pulullation des germes dans les voies d'excrétion du foie. Le régime lacté exclusif est le moyen par excellence de pratiquer l'asepsie intestinale, il faudra donc l'employer dans la mesure du possible.

D'autre part, le benzo-naphtol, le salicylate de soude, le salol, la térébenthine et ses dérivés, le calomel ont été employée avec succès dans le but d'assurer l'antisepsie des voies biliaires.

Mais dans les cas de cholécystite, ou lorsque l'inflammation frappera les gros troncs biliaires extra-hépatiques, l'intervention chirurgicale sera indiquée.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. LABICHE (Charles). *L'épithélioma de la main.* N° 404.

M. LARRIEU (Émile-Marie-Jean). *De l'anévrysme du tronc brachio-céphalique; son traitement chirurgical.* N° 405. (G. Steinheil.)

M. PAQUY (Émile). *Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine, des grossesses développées dans des trompes saines.* N° 373. (Steinheil.)

M. NOIROT (Jules). *Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure.* N° 375. (G. Steinheil.)

M. BOREL (J.). *Sur la durée de la contagiosité de la fièvre scarlatine.* N° 369. (G. Carré et C. Naud.)

M. GHAZAROSSIAN (B.). *Du béribéri à forme paralytique.* N° 397. (H. Jouvé.)

M. SELLERIER (Edouard). *Considérations sur la pathogénie de la maladie de Basedow.* N° 413. (P. Delmar.)

M. MAYZÈLE (Lucien). *Rôle du réflexe dans l'étiologie du syndrome de Basedow-Graves.* N° 371. (A. Jouve.)

MERCIER (Adrien). *De l'uro-diagnostic de la fièvre typhoïde.* N° 411. (H. Jouve.)

M. SAINGERY (Henri). *Sur l'étiologie des cirrhoses du foie, et en particulier sur l'étiologie de la cirrhose du buveur.* N° 372. (A. Maloine.)

M. LANTZENBERG (E.). *Contribution à l'étude de l'aphasie motrice.* N° 338. (G. Steinheil.)

M. FERESTER (H.). *Sur la responsabilité dans les crimes.* N° 378. (Paul Delmar.)

M. LE GOFF (Jean-Marie.). *Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré (application thérapeutique).* N° 383. (Imp. Marétheux.)

L'épithélioma de la main, décrit par M. LABICHE est rare : c'est une maladie de l'âge mûr, à marche ordinairement très lente et siégeant toujours à la face dorsale. L'étiologie ne nous apprend rien sur la nature et le développement de l'épithélioma; les verrues, les cornes, les agents irritants jouent sans doute le rôle le plus important dans sa production. Il y a peu de tendance à l'envahissement ganglionnaire, malgré le développement progressif et continuel du néoplasme, mais la récidive est fréquente. La tumeur prend naissance aux dépens de l'épithélium de la peau. C'est une maladie grave, mais qui dure généralement longtemps : la généralisation est à redouter. Le seul traitement, c'est d'agir chirurgicalement avec le bistouri, et d'opérer largement.

Il est relativement facile de reconnaître la présence d'une poche anévrysmale développée au niveau de l'origine de l'aorte ou dans le tronc brachio-céphalique et de la distinguer d'une tumeur du médiastin. Mais il est beaucoup plus difficile de différencier l'anévrysme aortique (dans la portion ascendante de l'aorte) d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique, d'autant plus que souvent les deux tumeurs coexistent (anévrysmes mixtes de Le Dentu. Peu importe d'ailleurs, car le traitement à leur appliquer est le même : Traitement médical : iodure de potassium. Repos pour commencer. Si l'anévrysme augmente, intervention chirurgicale.

L'opération de choix semble être la ligature simultanée des artères carotide primitive et sous-clavière droites. Il est parfois nécessaire de faire ultérieurement d'autres ligatures (sous-clavière gauche; branches collatérales de la sous-clavière droite) (Le Dentu). Les résultats deviennent meilleurs à mesure que les indications sont mieux posées et la technique opératoire plus précise, et la statistique de M. LARRIEU est meilleure que celles données jusqu'à présent. Dans l'avenir on peut espérer que la statistique s'améliorera encore, le diagnostic étant posé d'une façon plus précise et l'intervention pratiquée à une époque plus rapprochée du début, par conséquent dans des conditions particulièrement favorables.

La théorie de Lawson Tait est basée sur les deux hypothèses suivantes : *a*) La fécondation est toujours utérine. *b*) Une inflammation antérieure de la trompe est nécessaire pour que le spermatozoïde puisse y pénétrer et pour que l'œuf puisse s'y greffer. Mais pour M. PAQUY la première de ces deux hypothèses est en contradiction avec ce que nous savons de la fécondation chez les animaux et avec les recherches de Birch-Hirschfeld et de Dührssen, qui ont trouvé chez la femme des spermatozoïdes au niveau des trompes. La seconde de ces hypothèses est en contradiction avec ce que nous enseignent : *a*) la tocologie comparée (la gestation extra-utérine existe chez les femelles animales) ; *b*) la clinique (la salpingite est rarement signalée dans les antécédents des femmes chez lesquelles s'est développée une grossesse tubaire) ; *c*) l'anatomie pathologique (les pièces que nous avons examinées nous ont démontré que l'épithélium tubaire était inaact, que les franges n'étaient pas adhérentes entre elles et qu'il n'existait aucun signe d'inflammation antérieure).

En réalité, la muqueuse de la trompe est modifiée par la grossesse tubaire; elle n'est pas altérée; de plus l'examen histologique ne permet pas de conclure à une inflammation antérieure.

Tout fibrome de la paroi abdominale antérieure doit être extirpé le plus tôt possible. Le volume de la tumeur, l'âge avancé de la malade, la grossesse, la cachexie même, si elle reconnaît pour origine l'existence du fibrome, ne sont pas des contre-indications, nous dit M. NOIROT. La tumeur sera extirpée en totalité. Si elle adhère au péritoine on réséquera la séreuse dans toute l'étendue des adhérences. Les adhérences intimes avec les anses intestinales et les vaisseaux iliaques seront disséquées aussi loin que possible sans léser toutefois ces organes.

Une hémorrhagie abondante peut se montrer au cours de l'opération; elle est causée par la blessure des gros sinus vasculaires qui sillonnent l'enveloppe des fibromes, et par la section des artères musculaires. Pendant que les aides feront de la compression on enlèvera la tumeur le plus rapidement possible; après l'ablation du fibrome, l'hémorrhagie veineuse s'arrêtera d'elle-même, on fera des ligatures sur les artères musculaires. L'ablation totale d'un fibrome de la paroi abdominale exige souvent l'ouverture du péritoine; aussi devra-t-on faire cette opération avec les précautions d'antisepsie et d'asepsie employées pour une laparotomie.

Après l'ablation du fibrome on fera une suture à étages des différents plans de la paroi. Si l'on ne peut rapprocher les lèvres de la plaie musculo-péritonéale on étendra le grand épiploon au-devant des anses intestinales avant de suturer la peau. Pour prévenir l'éventration il est utile de faire porter aux opérés une ceinture abdominale. La récidive est extrêmement rare.

Le retour d'un malade isolé pendant quarante jours et plus dans un service d'hôpital peut être suivi de l'apparition, à brève échéance, de cas de scarlatine évidemment imputables à la contagion. M. BOREL a trouvé 6 cas de ce genre sur les cinq cents malades hospitalisés à Trousseau en 1896; la proportion serait plus élevée dans les autres statistiques et s'élèverait à 30/0. On admet généralement que le contage de la scarlatine se trouve surtout sur les squames, or, la desquamation étant terminée, dans les cas de l'auteur on ne peut admettre la contagion par les squasmes, pour ceux-ci. Il pense que le contage peut être fourni aussi par les sécrétions bucco-pharyngées et nasales, ainsi que par le pus et les urines. Pour être à l'abri, dans la mesure du possible, de ces cas de transmission il conviendra de prolonger l'isolement des convalescents pendant cinquante jours au moins, et d'augmenter cette durée s'il s'agit de sujets conservant quelques-unes des complications de la scarlatine.

Le béribéri étudié par M. GHAZAROSSIAN est une maladie infectieuse, endémique dans certains pays, et peut-être contagieuse; pouvant se déclarer dans des accumulations humaines, sous forme de petites épidémies, dans les prisons, dans les casernes et à bord des navires. Comme substratum anatomique, il a pour lieu de prédilection le tissu conjonctif, le processus atteignant toujours le tissu conjonctif du système nerveux, et dans certaines circonstances celui du foie, de la rate, et ceux des

autres organes. Les nerfs sont toujours lésés; le tableau de l'anatomie pathologique est dominé par une névrite, mais l'auteur admet l'existence d'une altération nerveuse périphérique.

M. Sellerier soutient à nouveau la théorie qui fait du goître exophthalmique une névrose. La tachycardie, les troubles moteurs, respiratoires, sécrétoires et vaso-moteurs, doivent pour lui être rattachés à une perversion fonctionnelle des centres nerveux; il admet pourtant que ces manifestations sont la réaction bulbo-protubérantielle du poison thyroïdien comme la cachexie basedowienne est le résultat d'une intoxication progressive due à l'hyperthyroïdisation. Quant à l'exophthalmie, il l'attribue à l'irritation du sympathique cervical par le suc thyroïdien en excès.

On peut, dit M. Mayzèle, reconnaître au syndrome Basedow-Graves deux grandes variétés étiologiques, selon la nature du *primum movens* qui a perturbé la fonction thyroïdienne d'une façon toute spéciale.

Tantôt (maladie de Basedow classique) il est dû à une perturbation générale de l'organisme nerveux, tantôt (et c'est là la variété que l'auteur étudie en se basant sur des observations de son maître Potain) il est le résultat d'un réflexe sympathique dont le point de départ peut être un organe quelconque et plus particulièrement un des organes (corps thyroïde, cœur, œil, intestin, utérus) qui sont le siège ordinaire d'un des symptômes faisant partie du syndrome de Basedow; il insiste spécialement sur des cas où les affections aortiques semblent avoir été le point de départ de la maladie de Basedow.

Pour M. Mercier, dans les cas où le diagnostic de fièvre typhoïde reste douteux, il est du plus grand intérêt d'examiner les urines. Pour lui, elles peuvent fournir divers éléments de diagnostic: 1° Diminution de l'urée ou tout au moins maintien de l'urée à son taux normal dans la fièvre typhoïde à son début, augmentation de l'urée dans la pneumonie, la méningite, la granulie, le rhumatisme articulaire aigu à forme typhoïde.

2° Par l'action de l'acide nitrique apparition dans les urines des typhiques et des typhiques seulement des trois disques superposés: indican, albumine, acide urique.

Il ajoute d'ailleurs que ces signes urologiques n'ont qu'une valeur assez resteinte envisagés isolément; au contraire si on les réunit à tous les autres signes, ils prennent une utilité incontestable.

On sait que M. Lancereaux attribue exclusivement à l'action du vin la production de la cirrhose du buveur. Son élève, M. Saingery, arrive aux conclusions suivantes, confirmatives de cette opinion: 1° — *a*) Dans 328 observations de gens qui n'ont abusé que de liqueurs alcooliques ou essencieuses, sans le plus léger excès de vin, on ne trouve aucune trace de cirrhose. — *b*) 68 malades qui n'ont fait que des excès de vin, sans abus d'autres boissons, sont devenus cirrhotiques. — *c*) Inversement, l'examen de 144 buveurs cirrhotiques montre qu'il n'y en a pas un qui n'ait fait des excès de vin, et parmi eux 68 n'ont abusé que du vin. Donc, c'est le vin qui amène la cirrhose.

2° Les 328 buveurs de liquides très riches en alcool ne sont pas cirrhotiques. Par suite, les 68 cirrhotiques qui n'ont bu que du vin ne sauraient devoir leur cirrhose à l'alcool de ce vin. Ainsi, dans le vin, ce n'est pas l'alcool qui provoque la cirrhose.

3° *a*) Les gens qui font excès de liqueurs alcooliques ou essencieuses présentent à l'autopsie (39 autopsies) des foies gras (quelques foies sont congestionnés seulement). — *b*) Les buveurs non tuberculeux frappés de cirrhose et de stéatose du foie (11 cas) ont tous bu du vin, mais toujours, outre le vin, ils ont bu de ces liqueurs alcooliques ou essencieuses, riches en alcool. Donc, le vin provoque la cirrhose et l'alcool provoque la steatose.

La dose de vin minimum nécessaire pour produire la cirrhose est de 2 à 3 litres de vin pendant 8 à 10 ans. Sa valeur maximum est fixée par la nature du vin, par la réaction individuelle du buveur et son genre de vie.

Pour M. Lantzenberg, ce serait une œuvre prématurée que de vouloir donner des aphasies une description nosographique, reposant sur la localisation régionale de la lésion. L'étude de ce syndrome de fonctions se ramène aujourd'hui à celle du langage oral et du langage écrit, dans leurs modes de compréhension et de transmission, qu'ils émanent du malade ou d'autrui. Le centre du langage articulé, situé dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche, est un centre supérieur, uniquement psycho-moteur. Il ne préside à l'acte de la parole articulée que d'une façon en quelque sorte indirecte, en commandant à des centres secondaires; ceux-ci auraient sous leur dépendance les organes chargés essentiellement de l'émission du son et de l'articulation de la parole.

Les aphasies motrices sous-corticales seraient produites par une modification organique de la substance blanche au voisinage immédiat de l'écorce; par suite, la nécessité d'une différenciation nosographique des aphasies motrices, en corticales et sous-corticales, est contestable: car, d'une part, les lésions, soit immédiatement, soit consécutivement, ne restent pas exclusivement limitées à l'écorce ou à la substance blanche; d'autre part, dans les deux cas, les symptômes sont identiques ou presque identiques.

L'alexie, même latente, n'est pas un symptôme constant de l'aphasie motrice.

L'existence des images motrices graphiques ne peut pas être absolument démontrée, elle est néanmoins très probable. Si le centre des images motrices graphiques existe, il faut le localiser approximativement dans la région du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche. Le traitement des aphasiques moteurs doit consister dans la rééducation des mouvements de la parole.

Le crime, d'après M. Ferester, est un fait sociologique produit par deux facteurs: *a*), le criminel; *b*), le milieu social.

Pour lui, il n'existe pas de type de criminel-né, tel que Lombroso l'a décrit, mais les stigmates observés par Lombroso sur son criminel-né sont un ensemble de caractères rendant l'individu prédisposé au crime.

D'autre part, le milieu social abonde en agents criminogènes tels que: la prostitution, la misère, l'alcoolisme, la contagion du meurtre. Le crime, étant un fait sociologique, varie non seulement suivant l'individu, mais aussi suivant la société et suivant l'époque. La responsabilité pénale ne peut pas être d'avance établie par les lois, vu qu'elle varie avec le criminel et la société, qui sont infiniment différents d'un cas à l'autre. En principe, on doit laisser la pénalité à l'appréciation du juge, qui devrait savoir que la société ne se venge pas, qu'elle cherche à corriger et qu'elle ne veut que prévenir le crime.

Dans le diabète sucré, les globules rouges et le plasma sanguin présentent certaines modifications que l'on peut caractériser par différentes réactions chromatiques, ainsi que le montre M. Le Goff.

Les hématies du sang normal fixées sur lamelles par la méthode d'Ehrlich se colorent par les couleurs acides; celles du sang des diabétiques, au contraire, se colorent par des couleurs basiques. Cette affinité différente des globules normaux et des globules diabétiques pour les colorants lui paraît due à un état spécial de l'hémoglobine ou du cytoplasme cellulaire, état qui serait peut-être l'indice d'une altération du globule. D'autre part, l'hyperglycémie du plasma du sang diabétique donne lieu à la réaction suivante: une solution chaude et alcaline de bleu méthylène, additionnée d'un volume déterminé de sang diabétique, se décolore rapidement tandis qu'elle conserve sa couleur bleue avec un même volume de sang normal. Cette réaction a conduit l'auteur à décrire un procédé de dosage du glucose dans le sang.

L'étude de l'action du bleu méthylène sur le sang l'a amené, avec son maître Marie, à en rechercher l'effet thérapeutique dans le diabète sucré. Dans 2 cas sur 3, ils ont constaté une diminution progressive du sucre dans l'urine et un état général meilleur.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Greffe du médian sur le radial dans un cas de paralysie radiale d'origine traumatique (Heilung einer in Folge traumatischen Defectes u. s. w), par Sick et Saenger (*Arch. f. klin. Chirur.*, 1897, vol. LIV, p. 271). — L'observation se rapporte à un enfant de 5 ans qui après une fracture esquilleuse du corps de l'humérus présenta une paralysie du nerf radial. La mise à nu du foyer, après la guérison de la fracture, montra que le nerf radial était coupé et que les deux segments étaient tellement distants et recroquevillés qu'il était impossible de les réunir. On prit alors un lambeau du nerf médian et on le greffa sur le bout périphérique du radial. Cinq mois après, la paralysie avait progressivement disparu.

Résection de l'estomac (Ueber Magenresectionen), par Fick (*Arch. f. klin. Chirur.*, 1897, vol. LIV, p. 528). — L'auteur rapporte dans son travail 5 cas de résection de l'estomac pour cancer, opérés à la clinique du professeur Zoege von Manteufel.

Dans tous ces cas l'opération a été faite suivant le procédé de Kocher : suture de l'estomac après la résection des parties malades, suivie de gastro-entérostomie postérieure. Dans un cas, la ligature du ligament gastro-colique ayant amené une anémie complète du côlon transverse sur une étendue de 8 centimètres, on réséqua cette partie dont la gangrène était à craindre. Dans un autre cas, qui se termina par la mort, on trouva une gangrène de la tête du pancréas.

Dans 3 cas, la cavité abdominale a été drainée, deux fois parce qu'on n'était pas sûr de la suture, une fois parce que les vaisseaux sclérosés saignaient après la ligature.

Sur les 5 opérés, 1 a succombé à l'opération, les 4 autres ont quitté l'hôpital au bout de 3 à 4 semaines. Un opéré a succombé à la récidive 4 mois après l'opération; chez un autre la récidive se produisit au bout de 5 mois et nécessita la gastro-entérostomie; chez les deux derniers, il n'y a pas encore de récidive.

Résultats de la cure radicale des hernies (Resultate der Hernien-Radikaloperationen) par Kocher (de Berne) (*Centralbl. f. Chirur.*, 1897, n° 19, p. 529). — L'auteur cite les statistiques publiées par Lebensohn et Beresowsky, pour montrer que son procédé personnel bien connu donne des résultats meilleurs que celui de Bassini.

Sur 103 hernies opérées par son procédé de 1895 à 1896, la plaie s'est réunis par première intention dans 91,3 p. 100 des cas et les malades ont pu quitter l'hôpital au bout de 10 à 11 jours en moyenne, Dans 8,7 p. 100 des cas, où il y a eu des complications du côté de la plaie, la guérison était obtenue au bout de 32-33 jours en moyenne.

Chez 111 opérés qu'on a pu suivre, la récidive s'est produite chez 4, soit dans 3,6 p. 100 des cas. Aucun des opérés n'est mort.

Encéphalocèle opérée avec succès chez un nouveau-né (Ein Fall von Gehirnbruch bei einem vier Stunden alten Kinde mit Erfolg operirt), par Teuner (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 21, p. 496). — L'enfant vint au monde avec une hydrocéphalie notable, comme on en pouvait juger d'après l'écartement des sutures et les dimensions des fontanelles, et une encéphalocèle occipitale dont la plus grande circonférence mesurait 8 centimètres.

Comme l'enfant, un garçon, paraissait vigoureux et bien conformé, il a été opéré 4 heures après sa naissance. Le sac, d'abord ponctionné, a été ouvert et excisé. La réduction de la portion herniée du cerveau, grosse comme un marron, à travers l'orifice qui se trouvait sur la ligne médiane au-dessous de la tubérosité externe de l'occipital n'ayant pas réussi, on excisa la tumeur et on ferma la plaie. La plaie guérit par première intention. L'enfant revu 4 semaines après l'opération était aussi portant que possible.

Le sac se composait de cuir chevelu et d'arachnoïde; la substance cérébrale faisait partie du cervelet.

Une nouvelle incision de l'utérus dans l'opération césarienne (Eine neue Schnitt bei der Sectio cæsarea), par H. Fritsch (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 20, p. 561). — Dans l'opération césarienne, l'auteur a employé dans un cas, au lieu de l'incision longitudinale, une incision parallèle au fond de l'utérus. Il a trouvé que cette incision a présenté les avantages suivants :

L'incision de la paroi abdominale qui a pu être placée plus haut, garantit mieux contre la hernie ultérieure. L'hémorrhagie a été minime et le sang sortait au dehors, de sorte qu'on n'a pas eu à nettoyer une seule fois la cavité abdominale. Le décollement du placenta a été très facile de même que l'extraction de l'enfant, dont les pieds se trouvaient sous la main. La suture horizontale prenait nécessairement les vaisseaux coupés. La plaie devint insignifiante après la suture et a pu être protégé par une suture séro-séreuse.

L'auteur pense que cette incision parallèle au fond de l'utérus est infiniment plus avantageuse que l'ancienne et doit être faite dans tous les cas.

Corps étrangers de l'urèthre (Ueber Fremdkörper der Harnröhre), par Goldberg (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn- und Sex.-Org.* 1887, vol. VIII). — Deux observations d'extraction de l'urèthre de corps étrangers, qui étaient une épingle à cheveux dans un cas et un bout de sonde en caoutchouc dans l'autre.

Traitement interne de la lithiase rénale (Zur internen Behandlung der Nierensteinkrankung), par M. Mendelsohn (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 14, p. 286). — Pour l'auteur l'indication principale dans le traitement de la lithiase rénale doit tendre à dissoudre et à entraîner les matières qui se précipitent dans les urines, au moyen d'une suractivité imprimée à la diurèse. Le traitement par les préparations de lithine est efficace non en raison de l'action dissolvante de ce sel, mais en raison de son action diurétique.

En second lieu, le régime alimentaire doit être composé de façon à empêcher la formation et l'accroissement des concrétions rénales. Sous ce rapport il faut proscrire les aliments riches en nucléine qui favorisent la formation d'acide urique dans l'organisme.

Staphyloccocie consécutive au furoncle, par P. Busquet (*Rev. de médecine*, mai 1897, p. 396). — 2 observations de furoncles donnant lieu à des phlegmons profonds à staphylocoques purs. Le sang pris dans la région contenait des staphylocoques. Les malades guérirent.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Salicylate de mercure.

Généralités. — De récents travaux ont donné un regain d'actualité à cette préparation insoluble : nous citerons en particulier le mémoire de MM. Hallopeau et Bureau (1), les travaux de Eich (2), de Linden (3), la thèse de Boury (4). Nous devons donc examiner de près les résultats obtenus.

Le salicylate de mercure introduit en thérapeutique par Silva de Arajo est insoluble dans l'eau (nous parlons ici exclusivement du salicylate *basique*). Il a été employé par Moura-Brazil et Neves da Rocha, puis par Neumann, Jadassohn, Tarnoswky qui l'aurait utilisé dans 176 000 cas. On l'injecte en suspension dans la vaseline ou l'huile d'olives stérilisée.

D'après ses protagonistes, il aurait l'avantage d'être infiniment moins douloureux et mieux supporté que les autres préparations insolubles. En outre, son activité thérapeutique ne pourrait être comparée ni avec le calomel, ni avec l'huile grise,

1. Hallopeau et Bureau, *Bull. gén. de thérap.*, 1897, 15 janvier.
2. Eich, *Therapeut. Monatscheft*, août 1897.
3. Linden, *J. des mal. cut. et syphilit.*, 1894.
4. Boury, *Du salicylate de mercure* (th. de Paris, 1897).

Dès la troisième ou quatrième injection, les effets produits seraient déjà sensibles : spécialement du côté des lésions cutanées et oculaires; l'iritis de la période secondaire notamment serait particulièrement influencée par les injections de salicylate, fait qui avait été constaté par les premiers expérimentateurs, Neves da Rocha et Ribeiros do Santos.

Les accidents seraient peu importants : nous avons vu déjà que les réactions locales sont médiocres. Néanmoins la nodosité est constante quoique « peu gênante » (Hallopeau). Malgré la dose élevée il n'y a eu que 2 stomatites peu graves sur 148 malades traités ayant reçu 340 injections (Hallopeau), un abcès sur 376 malades avec 2049 injections (Eich).

L'élimination commence seulement 2 à 3 jours après l'injection et se poursuit jusqu'au 10e jour. Exceptionnellement on retrouve des traces de salicylate dans les urines 50, 60, 74 et même 100 jours après l'injection (Welander). Enfin dans deux cas une albuminurie intense a disparu avec ce traitement : l'albuminurie n'est donc pas une contre-indication (Hallopeau et Bureau).

Il est évident que de telles conclusions sont séduisantes : il en ressort d'abord que les injections de salicylate doivent être rangées parmi les préparations les plus actives : tous les auteurs sont unanimes sur ce point. Mais il y a une ombre au tableau : c'est le nodus qui ne manque point, c'est-à-dire la menace constante d'une résorption en masse toujours possible, capable d'amener les accidents d'intoxication les plus graves. La preuve en est trouvée dans notre tableau des cas de mort causés par les injections mercurielles : le salicylate a à son passif 2 décès sur 14 connus. Encore une fois si les accidents *immédiats* sont peut-être moins fréquents qu'avec le calomel, les accidents *éloignés* sont encore plus à redouter qu'avec le protochlorure de mercure. Et il ne faut pas croire qu'il soit nécessaire d'atteindre pour cela les doses élevées indiquées par Hallopeau et son élève Boury (de 6 et 12 centigrammes) : Brauer a publié un cas de mort survenu après 5 injections de *deux* centigrammes; Glagoleff, un cas d'intoxication suraiguë après 4 injections de 4 centigrammes. Quant à Lewin il a renoncé au salicylate, auquel il a attribué 2 cas de mort, sur lesquels un seulement nous est connu avec une dose de 10 centigrammes.

Nous reconnaissons néanmoins qu'au point de vue de la rapidité d'action, de l'absence de douleur, du minimum de réaction locale, le salicylate présente une réelle supériorité sur les autres préparations insolubles. Pourquoi donc l'avons-nous écarté et avons-nous donné dans nos articles précédents la première place au calomel?

Deux raisons à notre avis motivent ce jugement. La première est que l'action si énergique du salicylate est très éphémère. Les récidives sont fréquentes, plus fréquentes qu'avec toute autre injection (Lewin). Eich qui a fait une étude très approfondie du salicylate avoue qu'elles atteignent la proportion de 30 p. 100 : et ce chiffre est d'autant plus imposant qu'Eich est un des auteurs qui ont poursuivi le plus longtemps le traitement. La moyenne des injections a été de 6 par malade au lieu de 3 (Hallopeau).

La seconde est l'action défavorable du salicylate sur le rein. Et à ce sujet nous devons une explication. Depuis que Gastou a fait remarquer que certaines albuminuries guérissaient par le traitement hypodermique, on ne considère plus l'albuminurie comme une contre-indication. Un fait particulier est devenu le point de départ d'une règle générale qui, si elle était adoptée par le praticien, serait pour lui une source de cruels mécomptes. Il faut protester contre une interprétation aussi abusive et dire : l'albuminurie constitue une contre-indication générale au traitement hypodermique; ce traitement néanmoins peut être appliqué avec succès dans les quelques très rares cas où l'albuminurie est liée à une lésion syphilitique du rein. Les maîtres n'ont-ils pas répété à satiété qu'il fallait se garder de compter avec les exceptions en clinique : c'est le cas ou jamais de reconnaître la sagesse de ce principe. Au surplus, les deux cas de mort se sont produits par néphrite, et, dans les observations défavorables au salicylate, l'apparition de l'albumine est toujours notée.

Technique. — La même que pour toutes les autres préparations insolubles.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 2 centigrammes par injection. Une injection tous les quatre ou cinq jours. D'après Hallopeau : 6 centigrammes par injection. Deux injections par semaine. Cette dose pourrait même être portée à 13 centigrammes. D'après Tarnowsky : 4 centigrammes tous les 8 jours.

Nous conseillons de ne pas dépasser la dose de 4 centigrammes.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats*. — Douleur modérée.

b) *Eloignés*. — Nodus persistant de 8 jours à un mois. Stomatites peu fréquentes; entérites signalées. Néphrite toujours à craindre.

FORMULES

Nous donnons tout d'abord la formule de MM. Hallopeau et Bureau qui est celle généralement adoptée. Nous indiquons en outre quelques autres formules qui ont encore aujourd'hui quelques adeptes.

Salicylate de mercure. . . . . 4 gr.
Huile de vaseline stérilisée. . . . 30 gr.
1 centimètre cube = 13 centigrammes de salicylate.
Dose 1/2 à 1 centimètre cube 2 fois par semaine.
(Hallopeau et Bureau.)

Salicylate de mercure. . . . . 1 gr.
Vaseline liquide stérilisée. . . . 10 gr.
1 centimètre cube.
(Lezius, Ebstein, Tarchnowski.)

Salicylate de mercure. . . . . . . 0 gr. 50
Huiles d'amandes douces. . . . . 15 gr.
1 centimètre cube.
(Naumann.)

Association. — Le salicylate se combine avec le thymol pour former un sel insoluble à injecter dans le tissu musculaire et qui agirait à la façon des préparations insolubles; il serait moins toxique que le salicylate seul et on aurait moins à redouter l'albuminurie hydrargyrique. Nous repoussons cette combinaison comme infidèle et dangereuse.

FORMULE

Salicylate de mercure et de thymol. 1 gr. 50
Gomme arabique. . . . . 0 gr. 50
Eau stérilisée. . . . . 20 gr.
1 centimètre cube tous les 10 jours.
(Szadek.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les étudiants étrangers.

A maintes reprises, nous avons soutenu dans la *Gazette* (voir en particulier 1896, p. 69 et 575) qu'il fallait, pour juger sainement les débats sur les étudiants étrangers, distinguer nettement le droit à l'enseignement et le droit à l'exercice. Nos idées n'ont pas prévalu, et l'administration a préféré expulser en bloc tous les étrangers de la Faculté de Paris pour les exiler en province. Après un an d'essai, cette mesure voit chaque jour se multiplier ses adversaires. Elle a été attaquée, presque avec succès, par M. Debove, dans le conseil de la Faculté; elle a été condamnée *à l'unanimité* par le Conseil municipal de Paris. Nous croyons inutile de reprendre toute la question et nous versons au procès : 1° l'article de M. Debove à *la Médecine moderne* (17 juillet 1897); 2° la discussion *in extenso* du Conseil municipal.

I. — Article de M. Debove.

Dans la séance du jeudi 8 juillet, le Conseil des professeurs de la Faculté de médecine a discuté les conclusions du rapport d'une Commission « chargée d'examiner la proposition de M. Debove demandant l'admission des étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris ». La commission concluait à l'admission. Un long débat qu'il ne nous appartient pas de rapporter s'est engagé et, les conclusions de la Commission ayant été admises par 13 voix et rejetées par 13 autres, il a été décidé qu'on discuterait de nouveau après les vacances, c'est-à-dire au mois de novembre.

Deux jours plus tard le Conseil municipal émettait, à l'unanimité, le vœu que les étudiants étrangers fussent admis à la Faculté de Paris.

Dans ces circonstances, il nous paraît intéressant de résumer brièvement l'état actuel des choses afin de contribuer à éclairer l'opinion publique.

Il y a un an nous aurions été embarrassés pour traiter la question des médecins étrangers. Beaucoup d'entre eux venaient chez nous non pour s'instruire, mais pour acquérir le droit d'exercer la médecine et nous avons subi une véritable invasion d'étrangers comblés des faveurs administratives ; on les exemptait du diplôme de bachelier en considérant comme équivalent des diplômes de valeur douteuse. Pendant leurs études, il n'avaient pas à s'inquiéter du service militaire qui pèse si lourdement sur nos concitoyens.

La situation s'est améliorée, désormais les étrangers qui voudront exercer en France devront subir les mêmes épreuves que nos nationaux et notamment commencer par se faire recevoir bachelier. Nous disons que la situation s'est seulement améliorée parce que la non-obligation du service militaire constitue toujours pour les étrangers un avantage considérable.

Mais les réserves qu'on peut faire pour les étrangers venus ici pour exercer la médecine dans des conditions réellement trop faciles ne peuvent s'appliquer à ceux qui viennent pour s'instruire et qui veulent, une fois munis de nos diplômes, retourner exercer dans leur pays d'origine. C'est pour eux qu'on a fort sagement créé le *diplôme universitaire*. Ces diplômés n'auront le droit d'exercer la médecine ni en France, ni dans les colonies françaises, il ne pourront dans aucun cas changer leur diplôme contre un autre. Il seront docteurs en médecine de l'Université de Paris, de Lyon, de Bordeaux, etc.

Pour nous, qui connaissons la prospérité des Universités françaises, ces diplômes sont équivalents : ils ne le sont pas pour ceux qui les sollicitent, ils veulent le diplôme de Paris. Or, avec les règlements récemment édictés, la plupart d'entre eux ne pourront s'inscrire que dans les Universités de province. Ils se laisseront difficilement persuader et ils s'achemineront (il est plus exact de dire ils s'acheminent) vers les Universités de Berlin, de Vienne, de Londres, qui, plus libérales, les accueillent à bras ouverts et font patriotiquement une vaste publicité à nos règlements restrictifs.

Cette façon d'agir vis-à-vis des étudiants étrangers a été nécessitée, dit-on, par l'encombrement de la Faculté qui compte cinq mille étudiants. Le matériel des exercices pratiques (notamment les sujets nécessaires aux études anatomiques) est devenu insuffisant et l'on s'est cru obligé de réserver à nos nationaux seuls toutes les places disponibles dans les laboratoires et dans les amphithéâtres de dissection.

On a cependant continué à admettre dans notre Faculté les étrangers déjà docteurs de leurs pays ou les étudiants qui avaient terminé leur scolarité soit dans leur pays, soit dans une Faculté française parce qu'ils n'ont plus à faire d'exercices pratiques. La question se borne donc à savoir si les candidats au diplôme universitaire pourront dès le début de leurs études médicales solliciter le diplôme de Paris.

Il nous semble qu'il n'y a là nulle impossibilité. La Faculté de médecine est encombrée, mais elle n'a pas le monopole des des laboratoires de chimie, physique, physiologie, etc..., il n'y a d'objection que pour les travaux anatomiques, mais ici l'obstacle n'est pas absolu. La Ville de Paris, toujours libérale, permet aux étrangers de devenir, par le concours, élèves des hôpitaux et leur ouvre alors les amphithéâtres de dissection de Clamart.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que notre administration a été pleine de bénignité pour les étrangers tant qu'ils ont pu faire à nos nationaux une concurrence... trop facile et qu'elle s'est armée contre eux d'une sévérité extrême dès qu'ils ne pouvaient plus nuire à nos confrères (qui exercent déjà dans des circonstances si pénibles) et dès qu'ils ne pouvaient plus nous rapporter qu'honneur et profit.

Il nous semble qu'on a déjà porté un tort grave à notre Université et qu'il n'est que temps de le réparer. Le bruit s'est déjà trop répandu (et il a été largement propagé par les Universités rivales) que notre Université de Paris avait renoncé à ses traditions et avait cessé d'être hospitalière aux étrangers. On ne saurait cependant les trop bien accueillir. Après avoir vécu de notre vie pendant plusieurs années, ils retournent dans leur pays, ils y transportent notre langue, notre civilisation, continuent à entretenir avec nous des relations scientifiques et amicales et, se rappelant qu'ils ont passé en France une partie de leur jeunesse, ils aiment notre patrie, s'intéressent à sa prospérité et contribuent indirectement à sa grandeur.

II. — Discussion du Conseil municipal.

M. Astier. — Messieurs, la question que j'ai l'honneur de poser à M. le Préfet de la Seine a un caractère d'urgence d'autant plus grand que nous sommes à la veille des vacances, et qu'il importe que le Conseil émette son avis sur la tendance manifestée par la Faculte de médecine de Paris à envoyer en province les étudiants étrangers, afin que de nouvelles dispositions soient prises — s'il y a lieu — pour la rentrée d'octobre.

C'est d'accord avec mon collègue et ami M. Dubois, que nous en avons pris l'initiative, c'est en son nom et au mien que je développe notre question.

Le Conseil municipal de Paris, Messieurs, s'est toujours honoré en faisant les sacrifices nécessaires pour maintenir à notre Ville sa suprématie intellectuelle et artistique. Nous participons aux frais de construction des bâtiments des Facultés, nous subventionnons sous diverses formes les Facultés, nous avons créé des chaires, nous créons et subventionnons des laboratoires, tant à la Sorbonne que dans nos hôpitaux. En un mot, nous ne négligeons rien pour conserver et agrandir le patrimoine scientifique, intellectuel, moral et artistique de la Ville de Paris.

La loi sur les Universités nous permettait d'espérer qu'en vertu du nouvel état de choses l'Université de Paris, non seulement se montrerait jalouse de conserver la réputation dont jouit son enseignement dans l'univers entier, mais qu'encore, plus libre de ses mouvements, elle chercherait à en augmenter l'éclat et la force de rayonnement.

C'est donc avec une douloureuse surprise que nous avons appris que l'Université de Paris, contrairement à ce que font les Universités françaises et étrangères qui, elles, s'ingénient à attirer les étudiants des autres nations, s'appliquait à créer des difficultés à ces mêmes étudiants et les invitait à aller faire leurs études dans les Universités de province.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi, messieurs, de bien préciser la situation des étudiants étrangers vis-à-vis de nos Facultés et de nos nationaux. Cette situation a été heureusement modifiée il y a un an par une circulaire ministérielle instituant le diplôme universitaire, qui ne donne pas au titulaire le droit d'exercer dans notre pays.

Avant cette modification, un grand nombre d'étudiants ayant fait, dans leur pays, des études d'un niveau bien moins élevé que celles couronnées en France par les divers baccalauréats, obtenaient l'autorisation de prendre à la Faculté de médecine de Paris leurs inscriptions pour le doctorat, jouissaient peut-être d'une certaine indulgence dans les examens, et, une fois en possession du diplôme de docteur en médecine, s'installaient à Paris au lieu de retourner dans leur pays d'origine.

Ils bénéficiaient de tous les avantages de nos nationaux sans avoir à supporter certaines de leurs charges, notamment celles résultant des études préparatoires et du service militaire.

L'opinion s'est émue, et la question a été portée à la tribune du Parlement; la circulaire ministérielle du 21 juillet 1896 a tranché la question.

Dorénavant, les étudiants étrangers qui voudront exercer la médecine en France devront être pourvus des baccalauréats exigés de nos nationaux, tandis que ceux qui viendront à Paris avec l'intention de faire leurs études médicales ou de les parfaire et d'aller exercer la médecine chez eux recevront un diplôme universitaire qui sera simplement une constatation de leurs études, ainsi que cela se fait d'ailleurs dans les universités étrangères.

Etant donnée cette situation nouvelle, avons-nous intérêt à attirer à Paris les étudiants étrangers désireux de faire leurs études à notre Faculté de médecine, si justement réputée?

Poser la question, c'est la résoudre.

En effet, il serait au moins étrange qu'alors que les universités allemandes, autrichiennes, suisses et anglaises, font des sacrifices considérables pour donner le plus d'éclat possible à leur enseignement, soit en faisant des situations exceptionnelles à des professeurs célèbres, soit en accordant des facilités de toutes sortes aux étudiants étrangers, l'Université de Paris s'ingéniât à repousser les étudiants étrangers, détruisît elle-même ce moyen d'expansion scientifique qui, jusqu'à ce jour, a été sa gloire et la consécration de la supériorité de son enseignement.

Et pourtant il en est ainsi.

Les amphithéâtres et les laboratoires de la Faculté de médecine étant encombrés, il a été décidé que les étudiants étrangers, postulant soit le diplôme d'Etat, soit le diplôme universitaire, astreints à suivre les travaux pratiques, ne pourraient prendre leurs inscriptions que dans une Université de province.

Messieurs, les conséquences de cette décision ont été les suivantes. En 1895, il y avait 1 046 étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris, en 1896-1897, il y en a seulement 657, soit une diminution des 2/5.

Ces étudiants, que l'on a empêchés de faire leurs études à Paris, sont-ils allés dans les universités françaises de province, comme on les y invitait? Si quelques-uns l'ont fait, la plupart ont pris le chemin de Berlin, de Vienne, de Hall, de Baunn, de Leipzig ou de Gœttingue, et sont allés augmenter le prestige déjà trop considérable des universités allemandes.

Car, il ne faut pas oublier que, si pour nous, Français, les diplômes de docteur en médecine délivrés par les universités de province qui possèdent des laboratoires et des amphithéâtres bien installés et ont des professeurs très érudits et capables de former de très bons élèves, ont la même valeur que ceux délivrés par la Faculté de médecine de Paris, les étrangers, eux, recherchent surtout ceux délivrés par Paris, et, comme ils sont libres de choisir, à défaut de Paris, ils vont à Berlin ou à Vienne.

Ai-je besoin d'insister sur l'intérêt de Paris à attirer les étudiants étrangers?

Une fois munis du doctorat, ces étudiants retournent dans leur pays, et, grâce à leurs connaissances, grâce aussi au prestige que leur donne leur diplôme de l'Université de Paris, ils deviennent très souvent professeurs dans une école de médecine, enseignent à leurs élèves les méthodes françaises, leur font aimer notre pays, éveillent en eux le désir de venir à Paris et sont des agents merveilleux de l'influence française.

Car tous conservent avec notre pays des relations amicales, scientifiques et commerciales.

Cette source de l'influence française, devons-nous, sans protester, la laisser tarir par ceux-là même qui devraient la rendre plus abondante et plus féconde? Pouvons-nous rester indifférents à cette atteinte portée au prestige de l'Université de Paris, qui a toujours été l'avant-garde du mouvement scientifique et littéraire?

Devons-nous abandonner, sans nous défendre, aux universités allemandes, les régions où l'influence française est encore prépondérante?

Voilà, messieurs, brièvement exposée, la question que je tenais à vous soumettre avant la séparation du Conseil. Trop d'intérêts de l'ordre le plus élevé sont en jeu pour que notre silence devienne une complicité tacite.

Dès la rentrée, je reviendrai devant vous avec des documents plus complets, et je demanderai alors qu'une Commission municipale soit nommée pour résoudre ce problème, si complexe et si délicat.

Le Conseil de notre Université est composé d'hommes éminents, dévoués à l'enseignement supérieur et pénétrés de l'amour de Paris. Ils ont à cœur de conserver à la capitale sa suprématie scientifique et intellectuelle! et je tiens à ajouter que la question qui nous préoccupe à si juste titre fait aussi en ce moment l'objet des délibérations de la Faculté de médecine. C'est la preuve qu'une entente pourra sans doute s'établir pour le bien matériel et le prestige moral de Paris.

Pour aujourd'hui, je tenais simplement à poser la question, convaincu que, tenant compte de nos légitimes désirs, le Conseil de l'Université de Paris reviendrait sur les décisions en vigueur depuis octobre 1896 et autoriserait, dès la prochaine rentrée, les étudiants à s'inscrire à la Faculté de Paris, comme par le passé.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer au nom de mon collègue Dubois et au mien la délibération suivante, que je prie le Conseil d'adopter à l'unanimité :

« Le Comité,

« Considérant que la création du diplôme universitaire sauvegarde les intérêts de nos nationaux, puisqu'il ne confère pas au titulaire de ce diplôme le droit d'exercer la médecine en France,

« Emet le vœu :

« Que le Conseil de l'Université de Paris fasse tous ses efforts pour retenir à Paris les étudiants étrangers qui y viennent, attirés par la supériorité de l'enseignement donné à la Faculté de médecine et avec l'intention d'exercer la médecine dans leur pays d'origine. »

« Signé : Astier, Dubois. »

D'autre part, je prie M. le Préfet de la Seine de nous dire s'il a des renseignements à nous fournir et quelle sera son attitude dans cette question où l'avenir de l'Université de Paris et la prospérité de notre Ville sont solidaires.

M. le Préfet de la Seine. — Je n'ai pas de renseignements particuliers à fournir au Conseil sur l'affaire qui a fait l'objet de la question de l'honorable M. Astier, mais, comme vous, messieurs, je perçois tout l'intérêt qu'il y a à attirer à Paris le plus grand nombre possible d'étrangers.

En dehors des avantages matériels qui peuvent en résulter pour la Ville de Paris, le pays tout entier y a également intérêt, car les étrangers, en retournant dans leur patrie, y apportent nos idées et répandent autour d'eux des sentiments de sympathie pour la France.

Je transmettrai les observations qui viennent d'être formulées et, dans la mesure de mon action, je ferai ce que je pourrai pour que les étrangers continuent à être attirés à l'Université de Paris.

M. Astier. — Je prends acte des paroles de M. le Préfet, je le remercie de la sympathie qu'il manifeste pour la mesure que je propose.

M. Pierre Baudin. — Je demande le renvoi de la proposition à la 4ᵉ Commission, qui a dans ses attributions les mesures à prendre concernant l'enseignement supérieur. On lui adjoindrait, pour la circonstance, un membre de la 1ʳᵉ Commission, M. Astier, et un membre de la 5ᵉ Commission, M. Dubois. L'étude commencerait dès la rentrée. Mais, en attendant, il faudrait que M. le Préfet négociât avec l'administration pour que les étudiants étrangers puissent prendre leurs inscriptions dès le mois de novembre prochain, afin que notre délibération n'intervienne pas trop tard.

M. le Préfet de la Seine. — Ignorant les détails de la question, j'ai dû me borner à faire une déclaration d'ordre général, mais vous avez assurément perçu, en entendant mes paroles, dans quel sens l'administration préfectorale va diriger son action.

M. Astier. — Je prends acte des déclarations de M. le Préfet de la Seine en faveur de la sauvegarde des intérêts de notre Université et des intérêts parisiens et français.

Je m'associe à la motion de M. Pierre Baudin, et je prie le Conseil de voter l'ordre du jour que j'ai présenté.

L'ordre du jour de M. Astier et la proposition de M. Pierre Baudin sont adoptés à l'unanimité.

G. Masson, *Propri taire-Gérant*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THERAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Traitement du goître exophthalmique par la section ou la résection du sympathique cervical (p. 709).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de la dyspnée urémique par l'éther (p. 711).
REVUE DES JOURNAUX.— Diplégie apasmodique. — Paralysie diphthérique. — Paralysie générale (p. 712).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Goître exophthalmique. — Sérum antitétanique (p. 712). — Gastroplastie pour ulcères. — *Société de biologie :* Contractilité vésicale chez les prostatiques. — Pigmentation expérimentale. — Monstre double. — Leucocythémie. — Contractions de l'estomac. — Structure de la commissure grise (p 713). — Sérum typhoïdique. — Infections du système nerveux. — *Société de chirurgie :* Hystérectomie abdominale totale (p. 714. — *Société médicale des hôpitaux :* Diphthérie. — Lèpre. — Rougeole (p. 715). — Ictère toxique méthémoglobinhémique. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux :* Kyste hydatique du sein. — Prolapsus utérin (p. 716). — Infection puerpérale. — Œdème des nouveau-nés. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Alcalinité du sang. — Vomissements et anorexie hystériques. — Cholécystite calculeuse suppurée. — Nanisme par athyroïdisme acquis (p. 717). — Paralysie du médian. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Décollement de la rétine (p. 718).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin* : Lupus et vaccination. — *Société de médecine berlinoise :* Gonocoques et toxines gonococciques. — *Société médicale de Heidelberg :* Résection d'une côte cervicale. — Castration de la femme (p. 718). — Angleterre. *Edinburgh medico-chirurgical Society :* Drainage du ventricule latéral. — Acide picrique — *Obstetrical Society of London :* Grossesse tubaire (p. 719). — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Péritonite aiguë. — *Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles :* Appendicite. — Section des nerfs du poignet. — Travail musculaire (p. 720).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Le traitement du goître exophthalmique par la section ou la résection du sympathique cervical,

Par M. Jaboulay (de Lyon).

Communication lue à l'*Académie de médecine*

Par M. le professeur Poncet.

Les insuccès des opérations dirigées sur le corps thyroïde dans la maladie de Basedow m'ont amené à agir sur le sympathique cervical. Une jeune malade que j'avais pu suivre dans le service de M. le professeur Poncet, dès 1893, et que j'avais à cette époque exothyropexiée, m'avait démontré l'inutilité et l'inefficacité des interventions thyroïdiennes. Imbu des idées courantes qui subordonnaient la triade symptomatique à la perversion de la sécrétion du corps thyroïde, j'avais luxé celui-ci au dehors, puis exposé à l'air à deux reprises consécutives. Un an après, je devais pratiquer la thyroïdectomie du lobe droit, au bout de quelques mois, celle du lobe gauche; et ma malade à qui il ne restait que le lobe médian, hypertrophié, il est vrai, n'était pas guérie : les palpitations, le tremblement persistaient, sans compter l'exophthalmie qui jamais n'avait rétrocédé. En réfléchissant alors à ce que pouvait être la maladie de Basedow, il me parut manifeste que celle-ci « offrait au moins pour deux de ses symptômes cardinaux, l'exophthalmie et les palpitations, le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical ». Aussi, je résolus de sectionner ce nerf sur ma malade. Je pratiquai cette section entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen. Cette première opération a été relatée il y a 18 mois (1); personne à cette époque n'en avait conçu l'idée. Il faudra attendre que je publie un second fait de ce genre (2), qu'un de mes internes insiste sur un troisième cas de section du sympathique cervical (3), que la Société de médecine de Lyon se livre à ce sujet à une longue discussion (4) et qu'une thèse (5) soit écrite sur ce mode de traitement, pour que l'opinion s'éveille. L'idée que j'avais émise, les faits qui en avaient été la conséquence ont entraîné la conviction. D'une part on s'occupe des explications qu'on pourrait donner aux résultats que j'ai obtenus et M. Abadie, au Congrès de chirurgie de 1896, renouvelle la théorie déjà ancienne émise par Rosenthal, de l'excitation des vaso-dilatateurs du grand sympathique dans le goître exophthalmique; d'autre part et surtout les chirurgiens imitent ma conduite et ne craignent pas de sectionner ou de réséquer la portion cervicale du nerf de la vie végétative. J'ai ainsi opéré 9 femmes, atteintes de goître exophthalmique; 6 de ces observations ont été publiées (6); il en est 3 récentes qui sont inédites. Avec l'observation de M. J.-L. Faure, celle de MM. Gérard-Marchand et Abadie, celle de MM. Chauffard et Quénu, les deux cas enfin de M. Jonnesco, le total des sections ou des résections du sympathique cervical pour la maladie de Basedow est aujourd'hui de 14. Je tiens à faire remarquer de suite que cette opération a été simple et sans danger, qu'elle a été suivie d'une constante amélioration; et, je le demande, si l'on eût traité ces 14 malades par la thyroïdectomie partielle qui a eu jusqu'ici toutes les faveurs, combien d'entre eux n'auraient pas succombé à l'intervention.

Qu'il me soit permis de dire que j'ai constaté sur mes malades même à une date éloignée : la diminution de l'exophthalmie, du goître et des palpitations, et, si l'un des 3 symptômes cardinaux a paru avoir de la tendance à revenir, j'ai eu aussi de véritables guérisons. Il n'est pas jusqu'au caractère, à l'impressionnabilité, et à l'état général qui n'ait subi une heureuse influence de cette opération. Parmi les améliorations locales, il en est une sur laquelle j'ai insisté spécialement (7), c'est l'amélioration de la vision éloignée qui a été particulièrement sensible chez les malades que le goître exophthalmique avait rendues myopes.

En tout cas, cette opération n'a jamais eu d'influence fâcheuse, elle n'a produit aucun trouble trophique, aucune altération d'organe ou de tissu et pour ce qui est de l'organe de la vision, j'ai pu constater toujours l'intégrité de la puissance de l'accommodation.

Ceci étant dit, je voudrais insister sur quelques points spéciaux de la question, comme les cas bizarres ou anormaux, les indications de l'opération et son mode d'action.

Il m'a semblé que les résultats étaient meilleurs chez les personnes âgées que chez les jeunes filles : les premières voyaient l'exophthalmie, le goître et les palpitations rétrocéder plus vite, plus complètement et d'une

1. *Lyon médical*, mars 1896.
2. *Lyon médical*, mai 1896.
3. *Lyon médical*, juillet 1896.
4. Séance juillet, 1896.
5. Ahmed-Hussein, thèse Lyon, juillet 1896.
6. Vignard, *Bulletin médical*, février 1897.
7. *Lyon médical*, mai 1897.

façon plus définitive que les malades plus jeunes. Cette question d'âge me paraît tenir à un état physiologique des systèmes modérateur et accélérateur du cœur, différent suivant la période de la vie où on les considère parallèlement. Ainsi le système accélérateur est particulièrement prépondérant dans le jeune âge; les physiologistes disent que si l'on excite le pneumogastrique chez les animaux nouveau-nés, on constate que la fonction modératrice du cœur qui emprunte la voie de ce nerf, existe à peine; cette donnée physiologique est d'ailleurs en parfait accord avec la différence constatable aux âges extrêmes, du nombre des pulsations cardiaques. Or, il existe, dans l'épaisseur du pneumogastrique, des fibres sympathiques qui font partie du système accélérateur du cœur, il en existe aussi dans la trame du trijumeau qui se rendent à l'appareil oculaire; la section ou la résection du sympathique cervical laisse donc subsister ces courants qui dans le jeune âge et chez les jeunes sujets, peuvent être encore assez considérables pour suppléer en partie la force principale et habituelle supprimée par l'opération. L'explication de ce fait que nos meilleurs résultats ont été obtenus chez des femmes âgées, réside donc peut-être dans la diminution fonctionnelle progressive du système du grand sympathique sous l'influence de l'âge et de l'évolution.

Mais comment expliquer que la section du sympathique cervical régulièrement pratiquée puisse n'être accompagnée que de phénomènes atténués, peu marqués? C'est qu'il existe des anomalies anatomiques. On voit quelquefois 2 cordons relier le ganglion cervical supérieur au ganglion cervical moyen; ainsi se comprend la diminution des effets qu'on constate habituellement, au cas où l'on n'aurait coupé ou réséqué qu'un seul de ces connectifs; de même le ganglion cervical supérieur peut être bifide; et ce serait encore la moitié des effets ordinaires de la section qui se produirait et que l'on constaterait après l'extirpation de l'une de ses moitiés. Aussi, je ne crains pas de dire : en face d'un résultat thérapeutique insuffisant, en face d'une récidive, il faut recommencer l'opération, soit pour chercher une anomalie qui est possible et qui a pu échapper à l'opérateur, soit pour sectionner le sympathique encore plus haut. Je considérerais comme une indication à une nouvelle intervention la dilatation pupillaire qui se produirait, 2 ou 3 jours après l'opération, chez une malade qui ne serait pas trop fortement myope, ni hystérique, ni asservie à des habitudes d'onanisme. Mais je n'aimerais guère opérer un malade franchement hystérique, parce qu'il est justiciable d'une autre thérapeutique. Car il est nécessaire de préciser les indications de cette opération; il faut la réserver à certains cas, cela lui est commun avec toutes les interventions possibles. Il faut opérer les cas graves, rebelles aux méthodes médicales et à l'hydrothérapie, et principalement les formes qui s'accompagnent d'une forte exophthalmie.

Il me reste à dire comment agit cette opération : celle-ci réalise le traitement symptomatique et peut-être même dans une certaine mesure le traitement de la cause. Ce qu'est au juste la maladie de Basedow, on l'ignore; elle est d'ailleurs variable dans son expression symptomatique : par exemple, la forme sans goître à côté de la forme avec goître; la maladie est-elle dans les centres nerveux, dans la thyroïde, dans le sympathique; elle peut être, suivant les cas, dans l'un ou l'autre de ces appareils; mais quel que soit son siège, elle emprunte la voie du sympathique cervical pour manifester ses effets au loin; l'excitation du sympathique cervical paraît bien être en jeu, bien que souvent il manque au tableau de cette excitation, la dilatation de la pupille. Dès lors, en supprimant ce conducteur emprunté par la maladie pour produire ses symptômes oculaires, cardiaques et thyroïdiens, les phénomènes objectifs de goître exophthalmique cessent ou tout au moins s'atténuent. On constate, entre autres phénomènes, après la section du sympathique cervical, la vasodilatation de la conjonctive oculaire qui dure quelques jours, et en même temps, le recul de l'œil et la diminution de l'exorbitisme. C'est pourquoi je crains bien pour la théorie de Rosenthal et d'Abadie, qui subordonne l'exophthalmie à la dilatation des vaisseaux rétro-oculaires, qu'elle ne soit inexacte, du moins en ce qui concerne les phénomènes oculaires; puisque la section du sympathique cervical produit la vaso-dilatation dans le territoire de l'artère ophthalmique et que malgré cette *vaso-dilatation*, en même temps qu'elle, l'exophthalmie diminue. La diminution de l'exorbitisme tient en effet à un phénomène musculaire, elle est due à la paralysie du muscle lisse orbitaire interne, et n'est pas plus un phénomène vaso-moteur que le resserrement pupillaire.

Mais la section du sympathique cervical a encore une influence qui peut devenir curative : elle modifie en effet la circulation encéphalique et la circulation bulbaire; et c'est pour cela que des changements dans des sphères et du côté d'appareils éloignés de la tête et du cou, ainsi que des modifications d'ordre général ont été obtenus.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la dyspnée urémique par l'éther.

M. le Dr Gallois vient de consacrer sa thèse à l'étude de l'urémie en général, et plus particulièrement à la dyspnée urémique et à son traitement par l'éther (1). On sait que ce traitement a été prescrit par M. le professeur Lemoine, de Lille, qui expose ainsi qu'il suit, dans son *Traité de thérapeutique*, le mode d'emploi de ce médicament, qui est assez peu connu dans ces conditions.

S'éliminant très rapidement, l'éther peut être donné à des doses considérables du moment où elles sont fractionnée; il n'y a aucun danger d'intoxication. M. Lemoine l'a toujours donné presque sans compter. Dans les cas d'urémie dyspnéique grave, on injecte 2 centim. cubes d'éther toutes les heures, jour et nuit, et, en dehors de cela, on donne par la voie buccale une cuillerée à café d'heure en heure, en alternant avec les injections. Les injections sont douloureuses et doivent être faites profondément sous le derme pour ne pas déterminer de sphacèle de la peau. Quand les malades les repoussent, il faut leur faire prendre de l'éther dans de l'eau sucrée, à la dose de deux cuillerées à café toutes les demi-heures, et plus si cela est nécessaire. On donne par conséquent l'éther à des doses beaucoup plus considérables qu'on ne le fait habituellement en pareil cas, mais c'est à cela que M. Lemoine attribue les bons résultats qu'il a donnés.

L'éther amène un soulagement rapide et très appréciable; on voit des malades attendre avec impatience le moment où on devait faire l'injection; la respiration devient plus facile, la sensation d'étouffement disparait et le sommeil peut devenir possible. Au bout de quelques heures, la diurèse augmente peu à peu, et l'éther seul peut, dans bien des cas, l'activer très suffisamment; quelquefois on peut aider son action en donnant une petite dose de caféine en injection.

Ce traitement demande à être continué pendant plusieurs jours consécutifs avec une sévérité plus ou moins grande, selon les indications. En général, dès que la dyspnée s'amende, on

1. Thèse de Lille, 1896-1897.

espace les injections ou les cuillerées d'éther, mais on ne les cesse complètement qu'au bout de 4 à 6 jours, quand la diurèse est bien stable. Jamais M. Lemoine n'a eu le moindre accident par cette médication. Il va sans dire qu'elle ne donne tous ces résultats que lorsque les fonctions rénales peuvent encore être réveillées, l'organe restant sain en partie; dans le cas contraire, elle échoue comme toute autre médication.

C'est donc là un traitement qui laisse loin derrière lui les essais timides de la médication par l'éther. C'est, si on peut employer pareille expression, le traitement intensif. Mais les résultats obtenus ne sont dus qu'à ce que l'éther a été donné à très forte dose, c'est-à-dire par doses qui s'élèvent quotidiennement à 60 ou 80 centim. cubes et même 96. L'effet est d'autant plus actif que le médicament est absorbé immédiatement et complètement au moyen de l'injection sous-cutanée; ce traitement n'est, on le voit, en aucune façon, comparable aux 5 ou 6 gouttes d'éther que donnait Eichhorst sur un morceau de sucre.

M. Gallois a, d'ailleurs, pu confirmer ces effets par l'expérimentation. Il a vu que si, chez un animal, on peut arriver à produire une dyspnée artificielle, on constate que par les inhalations et les injections d'éther, il se produit une régularisation du rhythme respiratoire qui survient aussitôt que l'animal en a absorbé une quantité assez notable. L'effet obtenu se maintient pendant tout le temps que le médicament n'est pas éliminé.

L'éther, d'ailleurs, même à forte dose, ne détermine aucune lésion rénale. S'il en existe antérieurement, il ne les aggrave en aucune façon.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Diplégie spasmodique (Due casi di diplegia spastica familiare), par Gaetano Finizio (*la Pediatria*, mai 1897). — Il s'agit d'une sœur et d'un frère qui présentent le tableau habituel de la rigidité diplégique. Le fait saillant de ces observations, c'est que les moments étiologiques indiqués par Little (naissance avant terme, accouchement laborieux, état d'asphyxie du nouveau-né) font défaut. Par contre, on trouve le père alcoolique et la mère syphilitique héréditaire. Aussi l'auteur est-il porté à penser que les intoxications du fœtus jouent un grand rôle dans la genèse de l'affection. L'intoxication des protoneurones moteurs du fœtus expliquerait assez bien la prédominance ordinaire des symptômes aux membres inférieurs, ce qui est l'inverse de ce qu'on observe dans les hémiplégies ou les diplégies de l'adulte.

En effet, le lobule paracentral, centre du membre inférieur, enveloppé d'un réseau de larges veines, doit être bien plus exposé à l'action des toxines circulantes que le centre du membre supérieur, pourvu de veines d'un calibre plus faible, et moins nombreuses.

Ensuite Blocq et Onanoff nous ont appris que le nombre des fibres pyramidales qui président au mouvement du membre supérieur est au moins triple de celui qui est destiné au membre inférieur. Si donc une cause brusque vient couper toutes les fibres de la capsule interne, le membre qui aura le plus à souffrir sera celui auquel sont destinées le plus de fibres, c'est-à-dire le membre supérieur; c'est ce qui a lieu dans l'hémiplégie vulgaire. Mais qu'il s'agisse d'une cause lente, d'une intoxication qui attaque insidieusement les cellules des centres, en un temps donné elle détruira à peu près le même nombre de cellules dans un centre que dans l'autre. Il restera donc davantage de fibres pyramidales saines pour le membre supérieur puisque les cellules de son centre cortical sont en plus grand nombre, et les membres thoraciques seront moins rigides que les membres abdominaux.

En résumé, la maladie de Little provient d'une intoxication chronique produisant constamment des lésions du protoneurone moteur. L'ensemble des neurones pyramidaux du membre abdominal est davantage atteint et parce que ses éléments sont en moins grand nombre, et parce que l'irrigation anatomique de son centre cortical favorise le contact des cellules nerveuses avec les toxines.

Paralysie diphthérique (Un caso di emiplegia consecutive a difterite gangrenosa), par Levi (*Rivista Veneta di scienze mediche*, 31 mai 1897). — Cas très grave de diphthérie chez une fillette de 6 ans; l'infection guérit pourtant, mais en laissant une hémiplégie passagère que l'auteur attribue à une thrombose de la sylvienne. L'hémiplégie est une complication rare, mais redoutable de la diphthérie. Sur les 35 cas connus (avec 7 morts), on ne compte que 4 réparations complètes.

Paralysie générale (Cas atypiques de paralysie générale progressive), par Sciamanna (*Rivista quindicinale di psichologia, psichiatria e neuropatologia*, Rome, 15 juin 1897, vol. I, fasc. 4, p. 49). — L'auteur donne deux observations : dans l'une, le malade présenta pendant 9 mois uniquement des attaques d'épilepsie jacksonienne; il fut trépané, et sur le cerveau on ne vit rien d'anormal; un peu plus tard apparurent tous les symptômes de la paralysie générale. Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme qui n'eut pendant longtemps que des troubles de la parole et des symptômes (tremblement, faiblesse musculaire) s'étendant progressivement à la moitié droite du corps; puis le tableau de la paralysie générale se montra au complet. L'autopsie fit voir une grande prédominance des lésions méningo-encéphalitiques à gauche, avec participation de la partie externe du pédoncule cérébral, et grosse altération d'origine vasculaire du noyau lenticulaire de ce côté.

Dans ces deux observations, il s'agit donc de paralysie générale n'ayant pendant longtemps que des symptômes qui pouvaient être attribués à des lésions cérébrales circonscrites. L'auteur se demande si dans des cas semblables la méningo-encéphalite existe dès l'apparition du premier symptôme. Il admettrait volontiers que la méningo-encéphalite n'est que secondaire. En effet, l'athérome est susceptible de produire des lésions intéressant un faisceau de prolongements de neurones corticaux, la trophicité de ceux-ci se trouve atteinte, et le corps du neurone, la cellule de l'écorce, s'enflamme à l'occasion de la première infection qui se produit.

L'autopsie qu'il a faite lui a effectivement montré que la zone de l'écorce la plus atteinte était celle dont les fibres allaient plus bas se mettre en rapport avec la lésion vasculaire du noyau lenticulaire. Dans ce cas la marche de la maladie s'expliquerait bien par les étapes anatomiques suivantes : athérome des artères de la base, lésion vasculaire du noyau lenticulaire, lésion des prolongements des neurones corticaux qui sont en rapport avec ce noyau, mise en état d'infériorité de ces neurones, inflammation chronique de leurs corps ou encéphalite.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 Juillet 1897.

Goître exophthalmique.

M. Doyen a pratiqué la thyroïdectomie à une femme à laquelle il a laissé un petit morceau de corps thyroïde sain; les accidents ont cessé. Puis la malade s'est, d'elle-même, soumise au traitement thyroïdien et les symptômes graves ont reparu. Elle a renoncé à cette thérapeutique et sa guérison se maintient depuis. M. Doyen présente une seconde malade guérie de même. Il conclut nettement que le goître exophthalmique est dû à la sécrétion thyroïdienne exagérée et que dès lors le vrai traitement consiste dans la thyroïdectomie. Cette opération, quoiqu'on en dise, n'est pas grave, elle l'est moins que la résection du sympathique cervical. Cette opération, qui d'ailleurs aggrave plutôt l'état des malades, ira rejoindre dans l'oubli les autres méthodes chirurgicales indirectes, telles que la castration pour fibromes utérins, la ligature à distance pour les anévrysmes des membres.

Sérum antitétanique.

M. Nocard communique les résultats obtenus par les vétérinaires depuis août 1895, à l'aide des injections préventives antitétaniques. Ces 63 correspondants ont traité ainsi 2707 animaux, dont 2300 pour des opérations chirurgicales (amputation de la queue, castration, exomphale), et 400 pour des animaux blessés accidentellement. Aucun n'est devenu tétanique, et cependant les vétérinaires en question ont observé, dans le même laps de temps, 259 cas de tétanos, et d'autre part plusieurs d'entre eux exercent dans des localités où le tétanos était endémique à un degré tel que l'on avait renoncé à y pratiquer les opérations sus-nommées. Donc, employé préventivement, le sérum antitétanique est d'une efficacité absolue.

Gastroplastie pour ulcère.

M. H. Delagenière (du Mans) dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac, qui avait amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme, détacha, avec l'organe accolé, une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoula dans la cavité de l'estomac la partie malade et le muscle détaché, dans le but d'en amener la digestion, et ferma par trois plans de suture les bords de l'invagination.

Cette invagination fut faite de façon à remédier à une malformation que présentait l'estomac de cette malade (estomac en sablier). La partie malade à invaginer, qui présentait une forme allongée, dans le grand sens de l'organe, fut étirée transversalement et suturée dans cette situation nouvelle. L'estomac put ainsi recouvrir sa forme et ses fonctions naturelles. Du reste, la malade, qui souffrait depuis 10 ans et qui se mourait d'inanition avant l'opération, guérit parfaitement. Aujourd'hui elle digère et se porte bien.

L'auteur est d'avis que l'opération chirurgicale devrait être conseillée dans tous les cas d'ulcère ayant résisté au traitement classique et dans tous ceux qui présentent des recherches. En opérant de bonne heure, on pourrait ainsi sauver d'une mort certaine un certain nombre de malades.

Election.

Sont élus correspondants étrangers, 1re division :

1re place : M. Benedikt (de Vienne), par 45 voix contre MM. Petrini (de Calatz) 4, Patrick Manson 1, Mierzejewski 3. Bulletin blanc 1.

2e place : M. Mierzejewski est élu au 2e tour, par 30 voix, contre 10 à M. Petrini et 10 à M. P. Manson.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 23 Juillet 1897.

Chondro-fibrome ossifiant de l'humérus.

MM. Mermet et **Lacour** présentent une énorme tumeur, du poids de 2 910 grammes, développée au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, chez une jeune fille de 20 ans. Bien que le début du néoplasme remontât à 9 ans, on pratiqua l'amputation inter-scapulo-thoracique.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'une tumeur mixte formée de fibres connectives enroulées en tourbillons et enchevêtrées, contenant dans leur intervalle des cellules cartilagineuses, jeunes, triangulaires. Les vaisseaux étaient très abondants et avaient une structure qui les rapprochait de ceux du sarcome. Dans les points ossifiés il n'existait pas de cellules à myéloplaxes.

Ulcère perforant du duodénum.

M. Souligoux relate le cas d'un homme pris subitement de douleur vive de l'abdomen simulant la colique de plomb. Laparotomie, incision jusqu'à l'appendice xiphoïde ; on trouve des matières alimentaires sous le foie et une perforation de la première partie du duodénum. Suture. Le malade meurt 12 heures après l'opération.

Communication interventriculaire congénitale sans cyanose.

M. Gustave Keim présente le cœur d'une enfant de 3 mois entré à l'hôpital pour un état infectieux généralisé avec 40°5 de température, non expliqué par des signes pulmonaires ou intestinaux. Rien aux poumons ; pas de vomissements ni diarrhée, rate normale. Nævus à la fesse gauche et un autre nævus angiomateux au médius de la main gauche, ce dernier, siège d'une légère suppuration antérieure ; du côté du cœur, double souffle râpeux, à maximum aux 2e et 3e espaces intercostaux gauches, près la ligne médiane, timbre comparable à celui d'un frottement péricardique.

A l'autopsie, ventricule gauche légèrement dilaté. Présence d'un orifice sur la paroi interventriculaire à 2 centimètres au-dessous de l'intersection des sigmoïdes moyenne et droite de l'aorte. Par le stylet, on pénètre dans le cœur droit, au-dessous de la grande valve de la tricuspide qu'on soulève. Rien aux orifices artériels ou auriculo-ventriculaires, ni à la cloison inter-auriculaire.

Ce fait de communication intraventriculaire sans cyanose est à rapprocher de quelques observations semblables de Bouillaud, Decaisne, H. Roger, Dupré, etc.

Chondrome pur du calcanéum.

M. Barnsby rapporte une observation de tumeur développée au niveau de la face postérieure du calcanéum, chez une femme de 56 ans. La tumeur a évolué en moins de 3 mois, et son développement s'est accompagné de douleurs très vives. Cette histoire clinique fit poser le diagnostic de chondro-sarcome. L'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'un chondrome pur, sans présence de tissu embryonnaire, à cellules rondes.

L'âge avancé de la malade, le siège exceptionnel de la tumeur et son évolution rapide constituent les trois points intéressants de cette observation.

Rétrécissement mitral par fixation de la grande valve dans sa position d'occlusion.

M. Ch. Du Pasquier rapporte l'histoire d'une femme de 32 ans entrée à l'hôpital avec tous les symptômes de l'asystolie.

A l'autopsie on constata un rétrécissement mitral en forme de croissant ; la grande valve, dure et ayant perdu sa souplesse, est fixée horizontalement, dans sa position d'occlusion.

Cette malade avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 20 ans et depuis avait toujours souffert de son cœur. Il est à croire qu'à partir du moment où la grande valve malade ne se laissa plus abaisser par le sang tombant de l'oreillette, le rétrécissement mitral se trouva constitué.

Il est à remarquer que l'aorte présente quelques plaques d'athérome, mais que ce n'est pas ce processus d'athéromasie qui a gagné la valvule mitrale.

Nodosités inflammatoires du cæcum.

MM. Demoulin et **Lavillauroy** communiquent l'histoire d'une femme qui, depuis 4 jours, offrait des symptômes d'obstruction intestinale. On lui fait une laparotomie, et on trouve sur le cæcum une dépression correspondant à une induration de la paroi. On résèque cette portion du cæcum, et on trouve trois nodosités sur la face interne du cæcum placées vis-à-vis de l'orifice iléocæcal. La malade a guéri.

L'examen histologique de ces nodosités montre que ce n'est ni un néoplasme, ni de la tuberculose, ni du lymphadénome, mais simplement un œdème inflammatoire comblant et épaississant la tunique sous-muqueuse.

Greffes ovariennes.

M. F. Jayle communique le début d'une série d'expériences qu'il a entreprises sur les greffes ovariennes. Il a été démontré expérimentalement, par E. Knauer et Woldemar-Grégorieff, que l'ovaire, comme tous les tissus, peut être trans-

planté d'un point à un autre dans le péritoine du même animal et continuer à vivre comme en son point d'attache normal : c'est la confirmation intéressante, pour un point particulier, de ce que l'on sait sur la transplantation des tissus en général.

M. Jayle a transplanté chez des lapins et des cobayes, les ovaires de lapine à lapine, de cobaye à cobaye, puis de lapine à cobaye, et de cobaye à lapine. Les femelles qu'il présente ont actuellement des ovaires qui ne leur appartenaient pas et provenant soit de femelles de même espèce, soit de femelles d'espèce différente. Leur fécondation est actuellement recherchée et le résultat en sera ultérieurement communiqué.

L'auteur se propose, en outre, de pratiquer une série d'expériences comme celle-ci : enlever les ovaires à une lapine, lui greffer des ovaires de cobaye, prendre du sperme de cobaye, et l'injecter à la lapine.

Toutes ces expériences ont pour but de contrôler la loi sur l'immuabilité des espèces et de chercher, par un moyen nouveau, à produire des métis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 Juillet 1897.

Des rapports de la tension artérielle et de la contractilité vésicale chez les prostatiques.

MM. Genouville et **O. Pasteau**. — De recherches pratiquées à la clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker et portant sur l'étude simultanée de la tension artérielle et de la contractilité vésicale chez les prostatiques, nous concluons qu'il existe, chez ces malades, un rapport sensiblement proportionnel entre l'état de la tension artérielle et de la contractilité vésicale; peut-être même existe-t-il une relation entre l'état de la contractilité de la couche musculaire de la vessie et l'état de la toxicité de la couche musculaire des parois artérielles.

Action de dépression des principes biliaires sur la thermogénèse du nouveau-né.

M. Charrin. — J'ai établi il y a plusieurs années que, si on prend les courbes du rayonnement de plusieurs lapins normaux, on peut faire fléchir ces courbes en injectant à ces lapins quelques centimètres cubes d'urine, mais surtout de bile; l'urine donnant à doses plus fortes, comme je l'ai vu avec M. Carnot, des résultats plus atténués.

Avec le concours du professeur d'Arsonval, j'ai pu, avec M. Bonnicot, mesurer le rayonnement d'une série d'enfants depuis la naissance jusqu'à 7 à 8 mois. Ces rejetons de 4 à 7 kilog. âgés de 3 à 11 mois, ont fourni de 7 à 10 calories, en utilisant un appareil spécial, dans un milieu à 20° environ, après une heure de mise en marche.

Cet appareil est une sorte de caisse en bois, avec paroi supérieure partiellement en verre, cette paroi porte une cheminée, par où sort la chaleur intérieure qui impressionne une des boules d'un thermomètre à air, boule placée dans cette cheminée; l'air de cette boule déprime la colonne, produisant une dénivellation proportionnelle à ce rayonnement.

Au point de vue absolu, cet appareil laisse évidemment à désirer; toutefois il vaut pour des résultats comparatifs, les seuls en cause.

Or, si on met dans ce calorimètre, des nouveau-nés atteints d'ictère, on constate que ces rayonnements tombent à 3, à 5, à 6; ils s'élèvent à mesure que la jaunisse se dissipe; on a la preuve et la contre-preuve.

Ainsi, la clinique s'associe à l'expérimentation pour établir que les principes biliaires ou les éléments qui servent à les former, entravent les échanges, diminuent la thermogenèse, thermogenèse que des circonstances nombreuses, parfois d'origine héréditaire, modifient.

Pigmentation expérimentale.

M. Charrin. — Je présente des chiens porteurs de taches pigmentaires brunes; j'ai injecté à ces chiens des extraits aqueux glycérinés de capsules surrénales dans le but d'obtenir un sérum permettant la capsulotomie double.

S'agit-il de la résorption du pigment de ces capsules ou d'un effet d'irritation plus ou moins banale? Je me borne à constater le fait sur 4 chiens.

Monstre double.

M. Charrin. — Une femelle soumise à des toxines a donné naissance à un monstre double; ce sont, on le voit, 2 cobayes soudés par le thorax, n'ayant qu'une tête. Bien que par ce procédé, j'ai obtenu une série d'anomalies, pieds bots, vagin double, nanisme, rachitisme, etc., je crois à une pure coïncidence.

Caractères distinctifs des globules blancs leucocythémiques reconnus par le procédé de l'immersion.

M. Maurel. — Dans l'examen de quatre cas de leucocythémie splénique fait par le procédé de l'immersion, c'est-à-dire en examinant les éléments figurés du sang dans leur sérum et à leur température normale, le Dr Maurel :

1° A confirmé ce fait, en le précisant mieux, que les leucocytes leucocythémiques sont beaucoup plus volumineux que les normaux;

2° Il a constaté, en outre, que d'une manière générale, leur activité est beaucoup moindre;

3° Enfin il a reconnu qu'ils résistent moins aux températures extrêmes.

Sous l'influence des températures n'agissant que 10 minutes environ, ils meurent à 44° et perdent leurs mouvements à 32°, tandis que les normaux, sous l'influence de ces mêmes températures ne meurent qu'à 46° et ne perdent leurs mouvements que vers 25°.

Si ces caractères étaient confirmés, pour le Dr Maurel, la leucocythémie reconnue plus tôt serait peut-être moins rebelle à nos moyens d'action.

Etude des contractions de l'estomac chez l'homme à l'aide des rayons de Röntgen.

MM. Roux et **Balthazard** ont employé le procédé qu'ils ont déjà décrit et qui consiste à rendre le contenu de l'estomac opaque par l'addition de sous-nitrate de bismuth aux substances ingérées. Ils ont vu ainsi que l'onde s'indique d'abord à la partie inférieure du bord gauche de l'estomac, puis passe sur son bord inférieur où à mesure qu'elle chemine vers le pylore, la constriction musculaire se marque de plus en plus; arrivée sur le cul-de-sac prépylorique, point le plus déclive de l'estomac au repos l'onde passe en le soulevant puis arrive au niveau du pylore où on la perd de vue.

Ainsi se trouve démontré ce qu'avaient soupçonné Van Moritz, Pfüngen et Willmann d'après la distribution des pressions dans l'estomac. Au point de vue fonctionnel l'estomac de l'homme comme celui de la grenouille et comme celui du chien présente deux parties; la plus grande partie de l'estomac sert de réservoir aux aliments; la portion prépylorique est seule l'organe moteur de l'estomac et par de violents mouvements péristaltiques, contrairement à ce qu'avaient dit Hofmeister et Schütz elle chasse peu à peu dans le duodénum les matières accumulées dans l'estomac.

De plus ce procédé qui donne les dimensions et les mouvements de l'estomac permet d'étudier, au point de vue clinique, les troubles de la fonction motrice.

De l'existence de prolongements protoplasmiques cylindraxiles, qui s'entre-croisent dans la commissure grise postérieure.

M. Valenza. — Nos recherches ont porté sur la moelle épinière d'embryons et de nouveaux nés de chats, chiens et brebis et nous avons employé de préférence le procédé rapide de réaction au chromate d'argent. En étudiant les coupes pratiquées transversalement, nous avons constaté que la commis-

sure grise postérieure est souvent traversée par des prolongements protoplasmiques et par quelques prolongements cylindraxiles, rares, provenant les unes et les autres soit de la substance gélatineuse de Rolando, soit des colonnes de Clarke, soit de petites cellules situées à côté du canal central. En conséquence la commissure grise postérieure n'est pas seulement le siège de l'*entrecroisement sensitif* de la moelle, constitué par les branches collatérales, bien connues, des racines postérieures, mais aussi de nombreuses dendrites et de quelques neurites, qui viennent des cellules des cornes postérieures et que nous avons décrit.

L'existence de ces cellules ganglionaires nous explique probablement pourquoi dans le tabès la commissure grise postérieure, au niveau de la région lombaire, est très riche en fibres nerveuses (comme nous l'avons constaté nous-même par la méthode de Pal), quoique les fibres des racines postérieures soient entièrement dégénérées.

Propriétés acquises par le sérum, au cours de la fièvre typhoïde et leurs rapports avec le pouvoir agglutinant.

M. Paul Courmont (de Lyon), a expérimenté les propriétés du sérum de 9 typhiques.

1° Ces propriétés sont les suivantes :

D'abord, au début de la maladie, un pouvoir *favorisant;* injectés à des cobayes, les sérums en question favorisent chez eux l'injection par le bacille d'Eberth.

Au contraire, les sérums recueilllis à un stade plus avancé de la fièvre typhoïde sont *vaccinants* dans les mêmes conditions. Enfin pendant toute la période où le sérum est agglutinant, il a un *pouvoir atténuant* considérable sur les cultures de bacille d'Eberth auxquelles on le mélange et qu'il agglutine.

Ces différentes propriétés sont appréciables avec des proportions de 1 de sérum pour 10 de culture (doses agglutinantes);

2° Les propriétés favorisante ou vaccinante du sérum des typhiques paraissent indépendantes de son pouvoir agglutinant. *Le pouvoir atténuant des mêmes sérums semble étroitement lié à l'agglutination;* l'atténuation des cultures paraît précisément liée aux modifications imprimées aux bacilles par l'agglutination.

La formation de la substance agglutinante chez les typhiques semble donc être surtout une *réaction de défense* de l'organisme dirigée contre l'agent pathogène lui-même, pendant la période d'infection.

Sur les altérations du système nerveux central du cours des infections.

M. G. Marinesco. — J'ai pratiqué l'examen de la moelle épinière et du cerveau chez plusieurs individus ayant succombé à des maladies infectieuses telles que pneumonie, broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, variole, érysipèle granulée. Dans la plupart de ces cas, j'ai trouvé des lésions, variables comme intensité et comme siège. Il existe toute une gamme depuis l'altération la plus légère jusqu'à la lésion la plus grave de la cellule nerveuse, depuis la chromatolyse partielle jusqu'à la dégénérescence du cytoplasma. Quelquefois même je n'ai pu déceler la moindre lésion.

La même variabilité existe pour les lésions interstitielles et vasculaires. Dans certains cas (pneumonie, broncho-pneumonie, etc.), j'ai trouvé une véritable méningite avec propagation de l'inflammation aux trabécules médullaires de la pie-mère et j'ai constaté la présence de microbes lancéolés disposés sous forme de chaînettes plus ou moins longue. En outre d'une leucocytose très manifeste, j'ai vu des nodules interstitiels, constitués par des cellules névrogliques et siégeant tantôt dans la substance grise, tantôt dans la substance blanche. Malgré cette variabilité des altérations cellulaires et vasculaires, on peut cependant formuler certaines règles sur leurs caractères.

Ainsi on peut dire, d'une manière générale, que les maladies qui s'accompagnent de leucocytose, telles que la pneumonie, la broncho-pneumonie, la granulie, etc., déterminent surtout des réactions vasculaires.

D'autres infections exercent par leurs toxines, une action nocive principalement sur la cellule nerveuse. L'âge de l'individu, la durée de la maladie, l'élévation de la température, ainsi que tendent à le prouver des expériences de Goldscheider et Flatau, sont d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'appréciation des lésions produites par les maladies infectieuses.

Mais quelle que soit l'influence de ces différents facteurs, il est un point essentiel à noter, c'est que plus les réactions nerveuses sont intenses, plus les lésions interstitielles et parenchymateuses sont elles aussi étendues et graves. Ainsi les différentes parésies ou paralysies transitoires relèvent pour la plupart de lésions appréciables au microscope et à ce titre, la pathogénie fine de la cellule nerveuse est certainement appelée à jouer un rôle important dans l'interprétation symptomatique des maladies infectieuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 Juillet 1897.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Segond n'envisage dans sa communication que la question de la technique opératoire et sous ce rapport il n'est pas partisan du procédé décrit par M. Richelot. D'une façon générale il n'admet pas qu'il existe un seul procédé pour tous les cas, car les conditions nouvelles créées par des fibromes peuvent être excessivement complexes. Pour ce qui est du procédé de M. Richelot, il en existe un grand nombre qui lui sont supérieurs et parmi lesquels il faut placer en premier lieu le procédé de Doyen et le procédé de Howard Kelly.

Dans les fibromes on doit préférer le procédé de Doyen dans tous les cas où l'on peut aborder facilement le cul-de-sac postérieur; dans tous les autres cas c'est le procédé de Kelly qui permet de faire une opération simple et rapide.

Dans les suppurations pelviennes, si l'on suit la voie vaginale, c'est encore le procédé de Doyen qui est préférable à celui de M. Richelot. Mais si dans certains cas on préfère recourir à la voie abdomiale, c'est le procédé de Kelly qui selon M. Segond doit être préféré au procédé de M. Richelot.

M. Hartmann trouve aussi le procédé de Richelot compliqué et difficile; quant au procédé de Kelly il a l'inconvénient de laisser le col.

Depuis le mois d'octobre 1896, M. Hartmann emploie un procédé mixte qui consiste à ouvrir le vagin d'après le procédé de Kelly. Il a opéré d'après ce procédé un certain nombre de cancers et de fibromes de l'utérus et 13 salpingites dont 9 suppurées, sans un seul cas de mort.

M. Schwartz admet avec M. Segond que l'hystérectomie abdominale totale est le procédé de choix pour les fibromes et la voie vaginale pour les suppurations. Dans le temps M. Schwartz faisait l'ablation de la grosse masse fibromateuse et extirpait secondairement le col. Depuis 6 mois il a eu l'occasion d'opérer 4 cas d'après le procédé de Kelly, et il a été frappé de la facilité avec laquelle se faisait l'opération. Toutefois M. Schwartz ne garde pas le col et fait le drainage par le vagin.

Son ancien procédé lui a donné 1 mort sur 11 cas opérés. Les 4 malades opérées par le procédé de Kelly ont été guéri.

M. Pozzi considère l'opération de Kelly comme le prototype des hystérectomies abdominales totales en ce sens que dans ce procédé on rase pour ainsi dire l'utérus et l'hémostase se trouve ainsi réduite au minimum.

M. Nimier présente un malade auquel il a fait la suture du nerf radial sectionné par un coup de sabre. Les fonctions ne sont pas revenues depuis 4 mois que l'opération a été faite.

M. Nélaton montre un malade auquel il a enlevé un ostéome de l'orbite.

M. Quénu présente : 1° un malade auquel il a extirpé, il y a 1 an, un épithélioma de la corde vocale. Le malade continue à se porter bien et n'a pas de récidive; 2° un malade auquel il a fait la gastrotomie pour rétraction spasmodique de l'œsophage consécutivement à l'ingestion d'une substance caustique. Il a pu fermer la fistule dernièrement.

M. Pozzi montre une malade à laquelle il a fait la cholécystostomie pour lithiase de la vésicule. Comme il n'y avait pas

suppuration, la fistule se ferma spontanément au bout de 3 semaines.

M. Brun montre les pièces provenant d'un enfant qui a succombé sous le chloroforme pendant l'application de l'appareil après redressement forcé de la gibbosité pottique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 Juillet 1897.

Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1896.

M. Sevestre présente une statistique qui comprend tous les malades entrés dans le courant de l'année au pavillon Trousseau, comme atteints ou suspects de diphthérie, et parmi lesquels un assez bon nombre n'étaient pas atteints de cette maladie; l'observation clinique et l'examen bactériologique ont permis, au bout de quelques jours, de faire le diagnostic de ces cas. D'autre part, les chiffres qui expriment la mortalité comprennent tous les cas dans lesquels les enfants sont morts, soit par le fait de la diphthérie, soit pour toute autre cause (bronchopneumonie, rougeole, scarlatine, coqueluche, tuberculose).

Voici les chiffres :

Total des entrées au pavillon.	853
Décès.	147
Décès après 24 heures.	99

Ce qui met la mortalité totale à 17,24, et la mortalité réduite à 12,29.

Parmi ces cas sont comptés les angines reconnues postérieurement non diphthériques. Ces angines sont au nombre de 140, parmi lesquelles 26 décès mettent la mortalité globale à 18,56.

Les cas de croup sont au nombre de 388, parmi lesquels 145 restèrent sans intervention et donnèrent 14 morts, soit une mortalité de 9,65. Sur les 218 tubés, 71 moururent (mortalité 32,56). Les 25 autres furent trachéotomisés, 17 moururent.

Diagnostic bactériologique de la diphthérie.

M. Marfan a observé 3 cas où l'examen bactériologique unique a exposé à des erreurs grossières en ce sens que les bacilles ne cultivèrent que vers le 7e ou le 8e jour. Aussi pour éviter des erreurs semblables, M. Marfan s'est imposé les règles suivantes :

1° Une angine aiguë primitive, qui, dès le début, revêt le type pseudo-membraneux, doit être considérée comme diphthérique et exige l'injection de sérum avant l'examen bactériologique;

2° Dans les angines folliculaires ou pultacées, à moins de circonstances spéciales (milieu épidémique, coexistence de laryngite) qui exigent, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique, une injection immédiate de sérum, il faut, en général, ne faire une injection de sérum que lorsque l'examen bactériologique aura démontré la nature diphthérique de l'exsudat, ce qui arrivera assez rarement.

Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx.

MM. E. Jeanselme et **Laurens**. — Cette étude a pour base l'examen de 25 lépreux. Sur ce nombre, 15 avaient des lésions des fosses nasales, de la bouche, de la gorge et du larynx directement imputables à la lèpre. Ces régions sont donc atteintes dans 60 p. 100 des cas. Mais cette statistique ne concerne que les formes tégumentaires ou mixtes et non la forme nerveuse.

Un enchifrènement persistant, une accumulation de croûtes obstruant les narines, quelques épistaxis, bref un *coryza chronique* banal, telle est souvent la première manifestation extérieure de la lèpre.

Cette précocité de la rhinite lépreuse nous porte à penser que le bacille de Hansen pénètre souvent dans l'organisme à la faveur d'une érosion insignifiante de la pituitaire.

Parmi les signes de la lèpre nasale, celui qui prime tous les autres, c'est l'*épistaxis*. Celle-ci peut avoir l'importance d'un signe révélateur, au même titre que l'hémoptysie dite prémonitoire de la tuberculose pulmonaire.

Les progrès du catarrhe nasal modifient peu à peu la configuration du nez. Quand le cartilage de la cloison cède, deux déformations peuvent se produire : ou bien le nez *se busque*, ou bien il prend la disposition *dite en lorgnette*.

L'examen rhinoscopique rend compte des troubles fonctionnels et des autres signes de la rhinite lépreuse. La pituitaire est turgescente, érodée et tuméfiée au niveau du segment inférieur de la cloison. Le plus léger attouchement avec le stylet sur cette zone hémorrhagipare provoque un écoulement sanguin. Plus tard, le cartilage diminue de consistance et la perforation est imminente. Celle-ci se forme à l'insu du malade; elle occupe la partie inférieure de la cloison; elle est circulaire ou elliptique et toujours très régulière.

Quand la perforation est récente, le bord libre est épais, calleux et saigne facilement. Quand elle est ancienne, le pourtour est tranchant, la muqueuse est amincie, pâle et cicatricielle ou bien elle semble normale comme au niveau d'un orifice physiologique.

Outre le coryza lépreux, on constate souvent sur la pituitaire de nombreux tubercules.

L'olfaction persiste toujours sans modifications notables. Il n'en est pas de même de la sensibilité générale. Ici, comme au niveau du tégument externe, l'*anesthésie* s'observe dans deux circonstances différentes. Elle peut être superposée aux tubercules ou être indépendante de toute manifestation éruptive. Souvent la muqueuse de la cloison, dans toute sa hauteur (et par conséquent dans des points qui ne sont nullement altérés) est tout à fait insensible. La sensibilité thermique est toujours plus intéressée que la sensibilité tactile.

L'examen bactériologique des sécrétions nasales nous a fourni des données qui intéressent à la fois la séméiotique et la prophylaxie.

Dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, comme dans le sang des épistaxis, on peut trouver le bacille de Hansen. Sur 10 sujets, nous avons réussi à déceler, dès le premier examen, le bacille spécifique dans 6 cas. Certaines cellules étaient littéralement comblées par des microorganismes ayant les caractères morphologiques et micro-chimiques du bacille de la lèpre. Chez d'autres sujets, les bacilles étaient extra-cellulaires et disséminés dans la préparation, mais ils étaient toujours agglutinés en grand nombre, de manière à former des *buissons* ou des *boules épineuses*. Cette disposition doit être retenue, car cette intrication permet d'affirmer, sans recourir à l'inoculation expérimentale qu'il s'agit bien du bacille de la lèpre et non pas du bacille de la tuberculose.

Comme le coryza et les épistaxis sont souvent parmi les premiers symptômes de la lèpre, il est présumable que l'on pourrait, dès la période initiale, établir le diagnostic par l'examen bactériologique.

Mais la notion la plus importante qui découle de ces recherches, c'est que le mucus nasal des lépreux est d'une très grande virulence et nous ne croyons pas aller au delà des inductions permises en affirmant que la rhinite est l'une des sources les plus efficaces de la propagation de la lèpre.

Les altérations de la langue, de la voûte palatine, de la gorge et du larynx peuvent simuler, à s'y méprendre, les manifestations de la période secondaire ou de la période tertiaire de la syphilis. Mais l'adjonction de l'anesthésie permet d'affirmer la lèpre, alors même qu'on serait réduit au seul examen des muqueuses pour porter le diagnostic.

La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades en 1896.

M. Léon Bernard. — Pendant l'année 1896, il est entré dans le service de la rougeole 483 enfants, atteints de cette maladie; et il y a eu 25 erreurs de diagnostic, qui n'ont donné lieu qu'à 2 cas de contagion de la rougeole, et 2 cas de broncho-pneumonie, dont l'un a été mortel.

Nous avons compté 104 décès, ce qui donne la proportion de 21,5 p. 100. La mort a été causée par la broncho-pneumo-

nie 77 fois; les autres décès sont dus à d'autres complications, et dans 11 cas, peut-être à la virulence même de la rougeole. En répartissant tous les cas de rougeole par âge, on voit que cette maladie est surtout fréquente de 1 à 5 ans, atteignant son maximum dans la 2e année de la vie, et que sa gravité va constamment en décroissant avec l'âge; elle est surtout grande pour les nourrissons. La répartition par sexes montre peu de différence pour l'un ou pour l'autre. La répartition par mois établit le maximum de fréquence pendant les 6 premiers mois de l'année.

Parmi les symptômes de la rougeole, nous avons surtout porté notre attention sur 3 d'entre eux : le liseré gingival, la diarrhée et l'adénopathie périphérique; le liseré gingival, décrit surtout par M. Comby, s'est montré presque chaque fois où l'on a pu observer les enfants au moment de l'éruption. Nous avons aussi étudié l'évolution de la diarrhée, pour rechercher surtout ses relations avec les complications broncho-pulmonaires. M. Marfan s'était demandé si celles-ci ne pouvaient pas en déterminer l'apparition par la déglutition des crachats.

Nos observations ne sont pas en faveur de cette conclusion; quelquefois, la diarrhée survient à la suite d'une broncho-pneumonie, mais, le plus souvent, elle en est contemporaine ou elle la précède, et il semble plutôt que la diarrhée ne soit que l'expression symptomatique d'un exanthème propagé au tube digestif; enfin, très souvent, la diarrhée reste absente. L'adénopathie des régions, cervicale, axillaire et inguinale, est presque constante au cours de la rougeole; elle n'est pas due à des complications infectieuses, car, contemporaine de l'éruption, elle se montre indépendamment de ces éruptions secondaires, et souvent on peut suivre l'amincissement progressif des ganglions pendant l'évolution de la rougeole; ces adénopathies sont donc d'origine morbilleuse.

Nous avons observé 212 cas de rougeoles compliquées; parmi ces complications, les plus fréquentes sont les infections des premières voies naturelles et les infections descendantes, et surtout la broncho-pneumonie, dont nous avons vu 116 cas causant 77 décès; la fréquence de cette complication a donc été de 24 p. 100, et sa léthalité de 66,3 p. 100. La rougeole est souvent secondaire à d'autres maladies, telles que la coqueluche, qui la prédispose à se compliquer de broncho-pneumonie, la varicelle, la scarlatine et la diphthérie, qui n'en modifient pas le pronostic, la tuberculose, dont l'association avec elle est grave.

Le traitement doit surtout parer aux complications, et pour cela les conditions indispensables seraient un modèle d'hospitalisation où l on pourrait isoler les uns des autres les enfants atteints des diverses complications de la rougeole. Les statistiques, prises dans les différents hôpitaux, montrent, en effet, que l'isolement en masse des rougeoles augmente le chiffre de la mortalité et que celui-ci s'est abaissé considérablement dans les hôpitaux où les conditions d'isolement partiel sont mises en pratique. Enfin nous terminons en parlant d'un traitement qui nous a donné de bons résultats, le traitement par les bains chauds, inauguré par le professeur Renaut. Employé pour lutter contre la broncho-pneumonie déclarée, il a abaissé le taux de la mortalité. Donnés préventivement à des enfants atteints de rougeole simple pour tâcher de leur éviter cette complication redoutable, les bains chauds ont, en effet, diminué la fréquence de celle-ci et amoindri sa gravité chez les enfants qui en ont été néanmoins atteints.

Ictère méthémoglobinhémique d'origine toxique.

MM. Hayem et **Ghika** communiquent l'observation d'une malade enceinte de 3 mois 1/2 qui, dans le but de se faire avorter, a absorbé une substance ayant entraîné une destruction massive des globules rouges avec transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Il en est résulté un ictère hématique tout à fait particulier, avec coloration brun cuivré de la peau et des muqueuses et une néphrite suraiguë avec anurie à peu près complète; la sonde ne ramenait que quelques gouttes de sang presque pur surchargé de méthémoglobine. Le pigment en dissolution dans le sérum sanguin a été transformé activement par le foie en bilirubine. La résorption d'une partie de la bilirubine ainsi produite a entraîné un ictère biliaire vrai, surajouté à l'ictère hématique du début.

Enfin, au bout de quelques jours, la mort est survenue par urémie.

Il a été absolument impossible de déterminer la nature de la substance méthémoglobinisante ingérée par la malade. Des analyses chimiques faites par M. Carrion ont été négatives.

L'observation est intéressante à plusieurs points de vue. Cliniquement, les principaux symptômes présentés par la malade : ictère, adynamie, hémorrhagies, phénomènes nerveux rappelant d'assez près le syndrome de l'ictère grave, et seul l'examen systématique du sang a permis de faire le diagnostic.

Anatomiquement, les lésions du rein offrent surtout un grand intérêt. Tous les tubes, aussi bien dans la substance corticale que dans la substance médullaire, sont obstrués par le pigment sanguin. Les cellules des tubes contournés et de la portion ascendante des anses de Henle sont bourrées par le même pigment. Les glomérules sont remarquables par leur intégrité.

Le foie ne présente aucune lésion. Il est simplement surchargé de pigments biliaires.

M. Ballet présente des coupes histologiques qui proviennent de la moelle et du cerveau d'un homme amputé de la cuisse depuis 3 ans. Contrairement à toute attente, la méthode de Nissl ne décela aucun lésion ni des cellules des cornes médullaires, ni des cellules du lobule paracentral.

M. Béclère présente un malade atteint, il y a 3 ans, d'un empyème pulsatile, bacillaire. Une seule ponction fut pratiquée; aucune injection de liquide modificateur ne fut faite, et cependant à l'heure actuelle, la guérison est complète.

MM. Baylac et **Pérès** envoient une note qui confirme les recherches de MM. Achard et Bensaude, relatives au diagnostic de la perméabilité du rein par le bleu de méthylène.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 Mai 1897.

Kyste hydatique du sein.

MM. Lannelongue et Vitrac. — Une femme de 21 ans entre à l'hospice pour une petite tumeur du sein gauche, qu'elle a vu apparaître vers la fin de son nourrissage. Elle n'a cessé depuis de se développer, s'est bilobée et est devenue douloureuse. La fluctuation est nette dans les deux poches qui sont mobiles dans leur ensemble, sur les parties profondes et sous la peau. La glande mammaire même n'est pas absolument entraînée. C'est un signe de *capsulisation* de la tumeur. Pas d'adénopathie. On diagnostique un fibrome ou adéno-fibrome kystique.

Opération. — Enucléation facile de la tumeur. Suites opératoires simples.

La tumeur enlevée était absolument transparente. L'étranglement qui la séparait en deux lobes, en forme de 8, était constitué par sa paroi même- Le liquide contenu était clair comme de l'eau de roche; il renfermait en suspension de petits grumeaux. C'étaient des corpusculaires calcaires mêlés à des têtes d'échinocoques bien pourvues de crochets.

Aux 24 faits donnés par Delbet dans le *Traité de Chirurgie*, je peux ajouter neuf autres observations. La thèse prochaine de M. Sidéridès donnera des indications complètes sur cette affection rare. J'insiste une fois de plus sur l'origine landaise de notre malade. Un fait de M. Dubourg publié par M. Brindel *(Journ. de méd. de Bordeaux, 1893)* était encore celui d'une femme des Landes.

Deux cas de prolapsus utérin chez des femmes âgées, traitées et guéries par le cloisonnement du vagin.

M. Chavannaz rapporte deux cas de prolapsus génitaux totaux datant l'un de 30 ans, l'autre de 14 ans, se présentant chez des femmes de 65 ans et 70 ans. Chez ces deux malades,

il a pratiqué le cloisonnement du vagin avec réfection de la fourchette. Dans l'un des cas, il fait subir au procédé de Lefort une légère modification dans l'application des sutures et cela afin de mieux assurer la coaptation des deux bandeaux.

Les malades revues, l'une 26 mois, l'autre 14 mois après l'intervention, sont toutes deux en parfait état.

Se basant sur ces observations, M. Chavannaz pense que chez les femmes atteintes de prolapsus total et ayant depuis longtemps dépassé la ménopause, le cloisonnement du vagin pourra souvent donner des résultats avantageux.

M. Chaleix. — Tout en rendant hommage aux résultats obtenus grâce à l'habileté chirurgicale de M. Chavannaz, je crois que, d'une façon générale, même chez les femmes âgées, il vaut mieux traiter le prolapsus par les méthodes complexes qui consistent dans l'abrasion de la muqueuse utérine, l'amputation sus ou sous vaginale du col, s'il est hypertrophié, ce qui est si fréquent, la réfection des parois vaginales et le raccourcissement aussi considérable que possible des ligaments ronds. Il ne faut pas oublier que chez les femmes âgées peuvent survenir des phénomènes d'endométrite mieux connus et moins inaperçus qu'autrefois ou de productions pathologiques plus graves. Ce sera rendre bien difficile toute thérapeutique ultérieure que de cloisonner le vagin.

M. Binaud. — L'hystérectomie vaginale, comme l'a dit M. Chavannaz, est quelquefois très difficile, même dans les cas où elle offre toutes les apparences de la facilité. D'autre part les malades de M. Chavannaz étaient de très vieilles femmes qui n'auraient peut-être pas supporté une opération longue et complexe.

M. Chavannaz. — Je n'aurais pas voulu recourir à ces longues interventions chez des femmes âgées dont les reins fonctionnaient mal.

Curetage répété dans l'infection puerpérale.

M. Fieux présente, en y joignant la feuille de température, l'histoire d'une femme qui a subi 3 curetages successifs à la suite desquels elle a guéri.

M. Chaleix. — C'est une excellente pratique que de cureter à nouveau l'utérus lorsque le premier curetage n'a pas amené de modifications favorables.

Il m'est arrivé de faire, chez une femme infectée, un second curetage. La curette n'a rien ramené d'anormal et cependant la malade a guéri. M. Pinard a d'ailleurs insisté sur ce fait de pratique et il ne faut pas croire qu'un curetage est inutile lorsque rien n'a été extrait par lui de l'utérus.

M. Fieux. — Les curetages pratiqués 3 fois sont peu fréquents. M. Pinard lui-même a dit qu'il n'y avait pas lieu de recommencer l'intervention quand une femme avait été curetée deux fois sans succès. Le fait que j'ai présenté montre qu'il n'y a pas lieu de se décourager si tôt.

Origine syphilitique de l'œdème des nouveau-nés.

M. Audebert rapporte le cas d'un enfant né à terme, mort atteint d'un œdème généralisé, ascite considérable. Le placenta était très volumineux. Le père avait des antécédents nettement syphilitiques. Il y a lieu de remarquer une fois de plus la fréquence de l'augmentation de volume du placenta syphilitique.

M. Lefour. — M. Audebert peut-il aussi sûrement qu'il l'affirme établir l'existence d'une syphilis ancienne chez le père? Il ne faut pas dire que le placenta syphilitique est toujours très volumineux. Il est étonnant que l'on n'ait trouvé à l'autopsie de cet enfant des lésions hépatiques ou viscérales d'aucune sorte en rapport avec cet ascite.

M. Audebert. — Le diagnostic rétrospectif de la syphilis paternelle s'imposait par les aveux très détaillés de ce dernier, confirmés par le médecin qui l'avait soigné autrefois. Quoiqu'il en dise, M. Lefour ne doit pas ignorer que dans la majorité des cas le placenta est hypertrophié.

M. Fieux. — Il ne faudrait pas faire de la syphilis la cause unique de l'ascite fœtale.

M. Audebert. — Ce n'est pas ma pensée. J'ai voulu dire que chez *presque* tous les enfants hydropiques existait la tare syphilitique. Mais je n'ignore pas quo l'ascite reconnaît souvent d'autres causes.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 19 Juillet 1897.

Dosage de l'alcalinité du sang.

MM. Lépine et **Martz**, pour ne pas être gênés par la coloration de l'hémoglobine, recoivent quelques gouttes de sang (environ 10 centimètres cubes) dans 10 centimètres cubes d'alcool acidulé par l'acide acétique, et dont l'acidité a été déterminée par un titrage. Ces 10 centimètres cubes sont contenus dans un petit flacon bouché à l'émeri, préalablement taré. On pèse pour connaître le poids du sang, on agite; on laisse reposer, on verse dans une éprouvette jaugée, et on amène avec de l'alcool absolu neutre à 20 centimètres cubes; on agite et on filtre.

On prend 10 centimètres cubes du liquide et on titre avec la solution normale de soude, au cinquantième, en présence de la phtaléine du phénol.

Soit n le nombre de centimètres cubes de la solution de soude qui neutralisent 5 centimètres cubes d'alcool acidulé, soit n' le nombre de centimètres cubes de la même solution qui neutralisent les 10 centimètres cubes d'alcool additionnés de sang, $(n - n') \times 2$ représente l'alcalinité de la quantité de sang sur laquelle on a opéré.

Vomissements et anorexie hystériques.

M. Tournier pense que l'anesthésie de la muqueuse gastrique doit être considérée comme un facteur très important dans la plupart des cas d'anorexie hystérique. Il a récemment traité une jeune fille, sans antécédents névropathiques, qui, à la suite d'une chlorose, fut prise de troubles digestifs et de vomissements. Pendant trois ans, la malade a vomi continuellement; d'abord tout ce qu'elle prenait, et, dans la suite, à peu près les 3/4 seulement. Elle eut en même temps des crises d'hystérie. Il s'agissait donc bien d'une anorexie hystérique, mais cette anorexie était d'origine gastrique, et non mentale. La malade avait en effet la volonté de manger, et ne refusait pas la nourriture, mais l'estomac ne tolérait pas les aliments.

Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité générale. M. Tournier, après avoir endormi la malade par pression des globes oculaires, lui a suggéré : Vous sentirez votre estomac. La guérison a été aussitôt obtenue et s'est maintenue depuis 2 ans.

Cholécystite calculeuse suppurée.

M. Tixier rapporte l'observation d'une malade entrée dans le service du prof. Poncet pour une tumeur siégeant dans le flanc droit, au niveau de la vésicule, et accompagnée de symptômes généraux assez alarmants. L'intervention conduisit sur une vésicule biliaire volumineuse, et d'un rouge vineux. L'incision de 8 centimètres qui avait été faite fut portée à 15, ce qui permit de luxer au dehors la tumeur. Après protection minutieuse du champ opératoire par des compresses de gaze, on ouvrit la vésicule, dont les parois étaient triplées d'épaisseur. Dans l'intérieur, il y avait un grand verre de pus, et sept ou huit calculs, dont deux gros comme une noix. Après nettoyage, on marsupialisa la poche. Suites opératoires bonnes.

M. Poncet insiste sur la nécessité de faire une grande incision pour luxer en dehors la vésicule, et l'ouvrir aussi en toute sûreté, après protection du champ opératoire.

Nanisme par athyroïdisme acquis.

M. X. Delore présente un jeune homme de 25 ans, du service du prof. Poncet, remarquable par sa petite taille et par l'absence complète de corps thyroïde. Il paraît avoir 12 ou 14 ans (taille 1 mètre 20) l'intelligence est au-dessous de la normale. On ne peut sentir aucune trace du corps thyroïde, mais les testicules sont plus gros que normalement, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion souetnue par M. Poncet depuis

1878, que l'abondance du suc testiculaire diminue la taille, tandis que celle du suc thyroïdien l'augmente. Le malade vient d'un pays goitrigène ; un de ses frères est goitreux. Quant à lui, il s'est normalement développé jusqu'à 14 ans, puis s'est arrêté à cette époque. Il s'agit donc probablement d'un cas d'athyroïdisme acquis, par opposition avec l'athyroïdisme congénital.

Paralysie du médian.

M. Destot rapporte un cas de paralysie du médian consécutive à la compression de ce nerf par le poids du corps sur le guidon d'une bicyclette.

Ce fait est à rapprocher des cas déjà signalés de paralysie du cubital de même nature.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 21 Juillet 1897.

Traitement du décollement de la rétine.

M. Grandclément a traité avec succès, par des instillations constamment répétées d'ésérine, un cas de décollement de la rétine presque complet, datant de 2 jours, et remarquable par une hypotonie extrême du globe de l'œil.

Il était impossible de soumettre le malade au décubitus dorsal longtemps gardé. Depuis 6 semaines, la rétine s'est maintenue en place, sauf après une interruption de 48 heures dans le traitement. Le décollement qui s'était produit à ce moment a été guéri par de nouvelles installations d'ésérine.

M. H. Dor fait remarquer qu'il est regrettable que dans ce cas le décubitus dorsal n'ait pas été gardé; c'est là la cause de cette guérison incomplète. D'ailleurs il a observé, comme d'autres auteurs, des cas de guérison spontanée du décollement de la rétine ; un entre autres qui a guéri à Lourdes !

Quant à lui, depuis sa communication au congrès de la Société d'ophthalmologie, en 1896, où il avait rapporté 10 guérisons sur 15 cas, il a eu encore 2 cas suivis de succès. Il insiste absolument sur le décubitus dorsal maintenu pendant 6 à 8 semaines, avec, chaque semaine, des ventouses Heurteloup à la région temporale, des pointes de feu et des injections d'eau salée. Pour les pointes de feu, il emploie la simple aiguille de Guersant rougie plutôt que le galvano-cautère, qui ne s'éteint pas dans la sclérotique et risque de produire des perforations.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 12 Juillet 1897.

Lupus et vaccination.

M. Liebreich a présenté une fille de 15 ans qui dans le courant de sa première année, fut vaccinée ; les pustules guérirent normalement. Six mois plus tard, se montrèrent sur la joue droite des taches rouges qui, d'après la description, ne pouvaient être attribuées qu'à une infection lupique au début. Quelques temps après, on constata plusieurs taches analogues au bras. A l'âge de douze ans, cette enfant fut soumise à la revaccination ; une plaque de lupus apparut au niveau de la région du bras où avait eu lieu la revaccination. La mère n'hésita pas à conclure que le lupus était la conséquence directe de la revaccination.

Au point de vue médical, cette opinion n'est pas soutenable. Rien n'est en effet plus facile que d'expliquer dans le présent cas l'apparition de modules lupiques aux endroits soumis à la revaccination. Ces modules sont évidemment le résultat d'une auto-infection, la malade se trouvant déjà en puissance de lupus avant la revaccination. Néanmoins M. Liebreich croit que les enfants atteints de lupus ou de toute autre affection tuberculeuse de la peau ne doivent pas être revaccinés.

M. Rothmann est de l'avis de M. Liebreich, et bien qu'il n'y ait aucune relation entre le lupus de sa malade et la vaccination, il croit aussi qu'il faut éviter de revacciner les sujets affectés de lupus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 Juin 1897.

Culture des gonocoques et toxines gonococciques.

M. Wassermann décrit un nouveau milieu de culture pour les gonocoques, dont la base est formé par du sérum de porc additionné de nutrose, ce qui rend le sérum incoagulable à la chaleur.

Pour préparer ce nouveau milieu de culture on mélange 15 grammes de sérum de porc, 30 à 35 grammes d'eau, 2 à 3 grammes de glycérine et 8 grammes de nutrose. On agite le mélange, et on le fait bouillir pour le stériliser. Il suffit ensuite avant de se servir de ce liquide d'ajouter 2 p. 100 de peptone-agar.

Le gonocoque se développe sur ce milieu d'une façon parfaite.

Pour isoler les toxines gonococciques, M. Wassermann cultive les gonocoques dans un milieu liquide. Des recherches multiples lui ont montré que les toxines sont renfermées dans les corps même des bactéries et ne sont mises en liberté qu'après la mort des bactéries.

Les toxines injectées sous la peau provoquent une douleur locale, de la fièvre et des tuméfactions articulaires. Ceci explique donc la stérilité de l'exsudat dans le rhumatisme blennorrhagique et l'apparition de ce rhumatisme chez des individus dans les sécrétions desquelles on ne trouve pas de gonocoques.

Les injections de toxines gonococciques ne confèrent pas l'immunité contre l'infection gonococcique.

M. Kiefer fait remarquer qu'il y a déjà quelque temps qu'il a soutenu la théorie de l'action des toxines gonococciques pour expliquer certains symptômes qu'on trouve chez des femmes ayant un écoulement chronique mais sans gonocoques.

M. Wertheim a fait, il y a six ans, toute une série d'expériences d'immunisation contre le gonocoque ; les résultats ont été nuls.

M. Buschke a vu, à la clinique de Neisser, l'injection de toxines gonococciques dans l'urèthre, provoquer un écoulement passager.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 6 Juillet 1897.

Résection d'une côte cervicale surnuméraire.

M. Czerny a communiqué l'observation d'une homme de 30 ans qui, depuis 7 semaines, a été obligé d'abandonner son travail à cause des douleurs qu'il éprouvait dans le plexus brachial droit. La radiographie du cou montra que le plexus était comprimé au niveau du cou par une 7e côte cervicale, rudimentaire. Du côté gauche existait également une 7e côte rudimentaire ; mais elle était moins développée que celle du côté droit.

La résection de la côte surnuméraire du côté droit a pu être faite sans blessure de la plèvre. Le malade quitta l'hôpital dix jours après l'opération. Les résultats fonctionnels ne peuvent encore être appréciés.

Castration de la femme.

M. Kehrer pense qu'il se présente en clinique des condi-

tions où l'on est autorisé à opérer la femme en vue de la rendre impropre à la conception. Les opérations de ce genre lui semblent indiquées 1) chez des femmes qui, à la suite de grossesses rapprochées et fréquemment répétées sont tombés dans un véritable marasme; 2) chez les femmes atteintes de maladie constitutionnelle ou d'affections génitales et chez lesquelles la grossesse comporte un danger pour la vie; 3) chez les femmes à bassin très rétréci. Dans tous ces cas, l'opération ne doit être faite qu'après consentement des époux et après décision prise en consultation avec un ou deux médecins.

Quant à l'opération indiquée en pareil cas, M. Kehrer n'est pas partisan de la castration qui a un grand nombre d'inconvénients. Il préfère la simple section des trompes après colpotomie antérieure, qu'il a faite avec succès à une femme qui en 6 ans a eu 6 enfants, les uns malformés, d'autres crétins, etc.; sa dernière grossesse a été tellement grave qu'il a fallu faire l'accouchement prématuré.

ANGLETERRE

EDINBURGH MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 7 Juillet 1897.

Drainage du ventricule latéral dans un cas d'hydrocéphalie unilatérale congénitale.

M. W. Stewart a relaté un cas de convulsions épileptiformes, dans lequel le drainage du ventricule latéral a été pratiqué deux fois avec succès.

Il s'agissait d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, sujet depuis 2 ans à des accès épileptiformes qui avaient amené un certain degré d'affaiblissement mental. Depuis son enfance, le malade présentait du nystagmus et une augmentation de volume de la moitié droite de la tête, surtout manifeste à la région pariéto-occipitale. Les crises convulsives s'accompagnaient de perte de connaissance et de morsure de la langue. Après chaque accès, le malade accusait de la douleur au niveau de la fontanelle postérieure, qui était également sensible à la percussion. Il existait de l'amblyopie, une hémianopsie homonyme gauche complète et de l'hémiachromatopsie avec rétrécissement concentrique de la moitié droite du champ visuel. Le malade fut trépané au-dessus du lobe occipal droit. En ce point, le cerveau n'était représenté que par une couche de substance corticale de l'épaisseur d'une feuille de papier. En dessous se trouvait le ventricule latéral, fortement dilaté, qui, à l'incision, laissa échapper une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. On introduisit dans le ventricule un drain qui fut laissé à demeure. A la suite de cette intervention, l'état du malade s'améliora, mais au bout de 8 jours, et sans qu'il y eût trace d'une infection septique quelconque, on vit apparaître de la fièvre et de la polyurie. L'écoulement de liquide céphalo-rachidien par le drain fut abondant jusqu'au onzième jour; il cessa à ce moment et l'on supprima le tube à drainage.

Immédiatement après l'opération le malade avait accusé une amélioration de la vue. Un mois plus tard, son champ visuel gauche s'était considérablement agrandi, aussi bien pour la perception des objets que pour celle des couleurs.

Pendant 6 mois il n'y eut plus de convulsions, mais au bout de ce temps apparurent de nouveaux accès encore plus intenses qu'autrefois. Une seconde opération fut pratiquée au niveau de de la cicatrice résultant de la précédente intervention. On détruisit les adhérences qui s'étaient formées entre la dure-mère et le péricrâne et on introduisit de nouveau un drain dans le ventricule latéral. L'écoulement fut beaucoup moins copieux que lors de la première opération. Le drain resta en place 6 semaines, durant lesquelles il ne se produisit aucun accès. Peu de temps après que le drain eut été enlevé, le malade éprouva 4 accès en un seul jour, mais depuis lors il n'a jamais eu de convulsions. L'état mental s'est considérablement amélioré et le patient suit actuellement un traitement bromuré.

L'acide picrique dans le traitement des brûlures.

M. Miles a communiqué les résultats de son expérience relativement à l'emploi de l'acide picrique pour le pansement des brûlures, méthode de traitement que l'orateur a eu l'occasion d'instituer dans une centaine de cas à l'hôpital de Leith. Le procédé qu'il a adopté consiste à laver d'abord les parties atteintes avec une faible solution phéniquée, à ouvrir les phlyctènes et à appliquer du lint aseptique imprégné d'une solution saturée d'acide picrique, obtenue par le mélange de 10 parties de cette substance avec 90 parties d'alcool et 1 200 parties d'eau. On recouvre ensuite avec une couche d'ouate et on maintient le pansement en place par quelques tours de bande. Pour appliquer ce pansement, l'orateur a souvent eu recours à l'anesthésie chloroformique, surtout chez les enfants.

Ce mode de traitement présente, d'après M. Miles, plusieurs avantages : il est simple, indolore, aseptique; avec lui l'intoxication n'est pas à craindre et la sécrétion des plaies est peu abondante; en outre, l'acide picrique prévient les complications inflammatoires et favorise l'élimination des tissus mortifiés ainsi que la cicatrisation. Le seul inconvénient — bien connu d'ailleurs — de la méthode, c'est que l'acide picrique est salissant; aussi est-il bon que le chirurgien s'enduise les mains de vaseline pour appliquer le pansement et, celui-ci une fois effectué, qu'il se les lave avec de l'alcool.

OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 7 Juillet 1897.

Grossesse tubaire.

MM. A. Giles et **E. J. Maclean** ont communiqué 2 cas de grossesse tubaire ayant provoqué des symptômes de pelvipéritonite, d'occlusion intestinale et de rétention d'urine qui avaient fait croire à une rétroversion de l'utérus gravide.

Dans les deux cas une tentative fut faite, mais sans succès, pour repousser en haut, à l'aide de l'anesthésie chloroformique, les masses qui se trouvaient en arrière du col utérin.

L'une des malades se trouvant à la dernière extrémité, on s'abstint de pratiquer la laparotomie de crainte de la voir mourir par suite du *shock* opératoire. A l'autopsie on trouva dans la cavité pelvienne un épanchement considérable de lymphe plastique; la trompe gauche, gravide, logée dans la partie postérieure du bassin et la concavité du sacrum, avait repoussé l'utérus en avant et à droite. Le kyste fœtal contenait du liquide amniotique et un embryon bien conformé, de 12 centimètres de longueur.

Quant à la seconde malade, son état s'améliora, sous l'influence du repos au lit, à un tel point qu'il fut possible de pratiquer la laparotomie. Il s'agissait également d'une grossesse tubaire. Le kyste fœtal remplissait la cavité du bassin en arrière de l'utérus.

Ces faits prouvent, d'après MM. Giles et Maclean, que toute tumeur pelvienne qui chez la femme provoque des symptômes tant soit peu insolites exige une intervention opératoire aussi prompte que possible.

M. Maidlow fait ressortir, à propos des observations de MM. Giles et Maclean, que la rétroversion de l'utérus gravide donne rarement lieu à l'occlusion intestinale, mais qu'elle produit plutôt des troubles vésicaux.

M. Galabin a observé plusieurs cas dans lesquels les symptômes simulaient une rétroversion de l'utérus en état de gestation. Chez une de ces malades, qu'il a eu l'occasion d'examiner avec M. Braxton Hicks, une tentative de réduction fut même pratiquée. Plus tard on s'aperçut qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire des suites de laquelle la femme mourut. Actuellement M. Galabin donne ses soins à une femme chez laquelle un praticien avait cru réduire une rétroversion de l'utérus gravide. Or, l'intervention opératoire a montré qu'on avait affaire à une grossesse développée entre les feuillets du ligament large; le fœtus était âgé de 3 mois 1/2.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 7 Mai 1897.

Diagnostic de la péritonite aiguë. De l'intervention dans l'obstruction intestinale.

M. Van Engelen. — Une femme, entrée depuis un jour dans le service de M. le Dr Rommelaere, présentait des phénomènes d'obstruction intestinale : vomissements continus non fécaloïdes, constipation, ballonnement du ventre, peu douloureux à la pression, refroidissement des extrémités, température de 36°.

A l'examen du ventre, l'utérus était assez volumineux. Songeant à une compression de l'intestin par l'utérus gravide, il chercha sous la narcose, à lever l'obstacle par le redressement de l'organe génital. Mais là ne siégeait pas la cause du mal.

Une laparotomie, faite 24 heures plus tard, donna issue à 3 litres de pus; lavage très modéré du péritoine et fermeture du ventre. Une débâcle suivit immédiatement l'opération, mais la femme ne tarda pas à succomber.

En rapprochant ce fait d'un cas d'étranglement interne survenu chez un homme opéré de laparotomie pour tumeur il conclut que :

1° La péritonite aiguë peut donner les symptômes de l'obstruction intestinale. Le toucher fait croire parfois à une tumeur utérine ou à la grossesse, à cause des adhérences étendues de l'intestin. La douleur vive de la péritonite peut manquer.

2° L'intervention doit être précoce, rapide, vu l'innocuité de la laparotomie.

M. Nauwelaers. — En général, il ne faut pas perdre de vue le traitement médical. Le diagnostic entre l'obstruction intestinale et la péritonite aiguë, purulente surtout, se peut faire par l'examen du sang, où l'on constate une hyperleucocytose marquée.

M. Crickx. — Il n'est pas rare de rencontrer de grandes difficultés dans la recherche, parfois infructueuse, de la cause de l'obstruction intestinale, et alors la laparotomie constitue une opération grave, précipitant souvent la terminaison fatale. L'entérostomie semble être trop abandonnée; elle est supérieure à la laparotomie avec recherche, souvent laborieuse, de l'obstacle, car elle permet au patient de se relever et d'attendre une seconde intervention plus radicale.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 3 mai 1897.

Notes sur quarante cas d'appendicite.

M. Gallet est intervenu, en ces dernières années, dans 40 cas d'appendicite. Il a pratiqué 8 fois l'appendicectomie dans des cas d'appendicite compliquée de péritonite généralisée, avec 8 décès; 19 fois la résection à froid de l'appendice, avec 1 décès, et 7 fois dans des cas de péritonite localisée, avec 7 guérisons.

Il croit avec Roux qu'il faut attribuer dans les rechutes de l'appendicite un rôle important à ce que l'on a appelé le microbisme latent. Autour de l'appendice, au milieu des adhérences qui se forment toujours à la suite d'une première crise, restent des foyers dont la virulence se réveille sous l'influence d'une cause secondaire quelconque.

Cette manière de voir explique non seulement la répétition des crises chez les individus à appendice malade, mais également les accidents très graves que l'on a vus survenir après quelques opérations faites à froid. Dans ces conditions, le chirurgien, au moment où il brise les adhérences qui engainent l'appendice, peut mettre à jour de petits foyers plus ou moins virulents; infecter ainsi la cavité péritonéale et provoquer des accidents mortels comme il a eu l'occasion de l'observer une fois.

C'est généralement dans l'épaisseur de l'épiploon que se trouvent ces foyers ainsi que le montre un appendice réséqué chez un malade, infirmier à l'hôpital Saint-Jean, que M. Péchère a examiné.

M. Péchère. — Ainsi que vous pouvez le voir sur cette pièce intéressante, l'appendice est complètement noyé dans une masse de tissu dur, homogène, qui représente l'épiploon circonvoisin avec lequel l'organe fait intimement corps. Cet épiploon est creusé de petites cavités abcédées.

Une coupe fine examinée au microscope vous permettra de retrouver la structure anatomique de l'appendice dont les deux tuniques musculaires (radiée et concentrique) sont surtout bien conservées. La lumière du canal vermiculaire a complètement disparu; elle est remplie de cellules jeunes en voie d'organisation, au milieu desquelles on retrouve encore quelques éléments dégénérés de l'épithélium.

De tous côtés, dans les parois de l'organe comme dans l'épiploon où il est logé, on retrouve les traces de l'inflammation à des degrés plus ou moins avancés, circonscrite en foyers ou généralisée.

M. Crocq. — En général la guérison de l'appendicite se fait par les forces de la nature. Dans un cas, l'expulsion d'un tænia suffit à arrêter toutes les crises appendiculaires.

Ulcérations trophiques consécutives à la section des nerfs du poignet.

M. Bayet. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter, a eu, il y a 5 mois, l'avant-bras profondément coupé par un éclat de vitre. On lui fit la suture qui se réunit par première intention. Il est probable que les nerfs médian et cubital avaient été coupés, car la malade accuse une insensibilité de toute la région située en dessous de la coupure.

Depuis 7 jours, à l'extrémité de deux doigts se sont développées deux bulles qui ont crevé et laissé à nu deux ulcérations présentant tous les caractères de l'ulcère trophique.

Dans ces conditions, nous avons l'intention de faire pratiquer la suture nerveuse qui amène parfois le rétablissement de la sensibilité au bout de quelques heures, et cela dans des nerfs sectionnés depuis très longtemps.

M. Demoor. — Dans ces cas il faut être très réservé dans l'enquête sur le retour de la sensibilité; on peut avoir affaire à un phénomène suggestif.

M. Stiénon. — L'anatomo-pathologie peut expliquer ces faits paradoxaux; on sait, en effet, qu'un nerf sectionné présente, à l'extrémité de son bout central, un névrome terminal formé de tissu conjonctif entremêlé de tissu nerveux. De cette nodosité partent, au bout d'un certain temps, une quantité de petites fibres nerveuses microscopiques qui se répandent dans les tissus avoisinants. Il n'y a rien d'impossible à admettre que l'ablation du renflement fibreux ne libère ces fibrilles nerveuses et ne permette ainsi à la sensibilité de se rétablir rapidement.

Influence de l'alcool sur le travail musculaire.

M. Destrée. — Il résulte de mes expériences que l'alcool augmente le rendement du muscle non fatigué, comme il fait produire dans l'état de fatigue un travail nouveau plus intense. Mais tardivement, c'est-à-dire de 20 à 30 minutes après l'administration d'alcool — même si un repos complet a eu lieu pendant ce temps — le muscle ne donne plus d'effet utile. Il y a épuisement total.

Le café fournit également dans l'état de fatigue une stimulation momentanée semblable à celle obtenue par l'alcool. Il a ce grand avantage sur l'alcool que l'effet excitant produit dans la fatigue et l'obtention d'un rendement dynamique plus grand se prolongent bien plus longtemps et ne laissent pas après eux un épuisement total, comme cela se passe avec l'alcool.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — Diagnostic de la paralysie générale avec les maladies de la moelle (p. 709).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — L'acide picrique en clinique (p. 712).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Etiologie des hémorrhagies chez le nouveau-né. — Bacille tuberculeux humain. — Chlorose ménorrhagique. — Troubles de la menstruation dans les maladies du cœur (p. 716). — Mycosis du pharynx. — Cure radicale de la hernie inguinale. — Myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. — Hernie épigastrique et son traitement. — Cystocèle crurale. — *Thèses de la Faculé de Lyon* : Du canal vagino-péritonéal. — Adhérences herniaires (p. 717).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Urémie. — Maladie de Little. — *Chirurgie :* Chirurgie de l'estomac et de l'intestin. — Immigration des fils dans la vessie de la femme après les opérations. — Mastoïdite suppurée avec symptômes d'une névralgie du trijumeau (p. 718).

MÉDECINE PRATIQUE. — Régime et hygiène des tabétiques (p. 718). — Thymolate de mercure. — Thymolacétate de mercure (p. 719).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'exploitation du corps médical. L'exercice illégal et la loi Chevaudier (p. 719).

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Du diagnostic de la paralysie générale avec les maladies de la moelle

(*tabès et sclérose en plaques*),

Par le Dr Arnaud (1).

Les symptômes spinaux de la paralysie générale sont nombreux et anciennement connus : depuis longtemps il est démontré que cette maladie ne peut être considérée exclusivement comme une affection cérébrale, que les symptômes médullaires doivent entrer *à titre accessoire* dans sa définition.

Certains symptômes : *rigidité spasmodique, contractures en flexion*, tremblement intentionnel, impotence motrice, etc., viennent parfois compliquer la paralysie générale à la période d'état ou à la période terminale. Quand ils ont une intensité et une durée suffisantes, ils modifient la physionomie clinique de la maladie, et même son évolution. Bien que les symptômes en question puissent dépendre de lésions cérébrales, ils sont, dans l'immense majorité des cas, sous la dépendance d'altérations médullaires (sclérose latérale), et ils caractérisent l'une des variétés spinales de la paralysie générale. Il n'est pas rare de voir un nouveau symptôme médullaire se joindre aux précédents : c'est l'*atrophie* qui affecte les muscles contracturés (Hanot et Voisin, Joffroy, Grellière) (2). Tous ces symptômes surviennent d'ordinaire alors que la maladie est bien caractérisée et le diagnostic fixé depuis longtemps. On a cité des faits plus complexes dans lesquels tous les *systèmes* médullaires paraissaient intéressés en même temps que le cerveau et à une phase de la maladie moins avancée. C'est ainsi que Riebeth (3) a rapporté « un cas d'atrophie musculaire associée à la paralysie générale », présentant, avec une *atrophie musculaire* très étendue, des *phénomènes tabétiques* multiples (douleurs fulgurantes, analgésie, ataxie). Dans d'autres observations (1), on note à la fois des raideurs spasmodiques, du tremblement intentionnel et divers troubles de la sensibilté (douleurs fulgurantes, analgésie, thermo-anesthésie, etc.). Mais il est deux affections spinales, ou plutôt cérébro-spinales, sur lesquelles nous insisterons, car elles résument en elles l'ensemble des rapports de la paralysie générale avec les symptômes et les lésions médullaires. Je veux parler du *tabès* d'abord, de la *sclérose en plaques* ensuite, dont nous examinerons les rapports plus spécialement en vue des difficultés qui peuvent en résulter pour le diagnostic.

A) Tabès. — « L'ataxie musculaire progressive », écrivait Grisolle en 1862 (2), « n'a aucun point de contact avec la paralysie générale progressive. »

Les idées sur ce point se sont bien modifiées (3) depuis Grisolle, et les relations entre la paralysie générale et le tabès, signalées d'abord par Baillarger, Westphal et Magnan, ont provoqué d'innombrables travaux en France et à l'étranger.

Cliniquement, il est fréquent d'observer chez un même malade la *succession* ou la *coexistence* des symptômes du tabès et de la paralysie générale. Au point de vue anatomique, on constate très souvent la réunion des lésions propres à chacune des deux maladies. Depuis longtemps d'ailleurs on tendait à les considérer comme dépendant d'un même processus morbide : « Je crois, disait Foville, en 1872, à la Société médico-psychologique, qu'il ne faut voir là que deux manifestations différentes d'une même affection sclérosique ». D'après M. Magnan (4), les divers symptômes dépendant de la moelle et des nerfs qui s'observent dans la paralysie générale *traduisent une lésion scléreuse semblable à celle du cerveau.* Pour Mœbiüs et Strümpell (1886), « la paralysie générale est le tabès du cerveau. » Jendrassik, Strümpell, Pierret ont signalé, dans l'écorce cérébrale des tabétiques, des lésions de sclérose identiques à celles de la paralysie générale, et cela en l'absence de troubles psychiques bien marqués. Enfin, comme l'a fait observer Raymond, c'est sur des moelles de paralytiques généraux que Westphal, Strümpell, Flechsig ont constaté avec certitude les lésions systématisées du *tabes incipiens*, etc.

1. Extrait du rapport du Dr Arnaud, au Congrès des méd. alién., et Neurol., Toulouse, août 1897.

2. V. Grellière, *Atrophie musculaire progressive dans la paralysie générale* (thèse de Paris, 1875).

3. *München. med. Woch.*, 1895.

1. Baillarger, *Archiv. clin.* et *Gazette des Hôpit.*, 1861. — Westphal, *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1863. — Topinard, *De l'ataxie locomotrice progressive*, Paris, 1864. — Magnan, *Gaz. des Hôpit.*, 1865. — *Société méd.-psych.*, 1872-1873 (Billod, Bouchéreau, Foville, Magnan, J. Falret). — A. Foville, Paralysie générale par propagation (*Ann. méd.-psych.*, 1873). — Rey, Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale (*Ann. méd.-psych.*, 1875.) — Troubles intellectuels dans les maladies de la moelle. (*Ann.*, 1884). — Christian, Paralysie générale et ataxie (*Ann. méd.-psych.*, 1879). — V. Parant, De la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice (*Revue médicale de Toulouse*, 1879). — Fournier, *Syphilis du cerveau*, 1879. — *Ataxie syphilitique*, 1882. — *Période préataxique du tabès*, 1885. — F. Raymond, *Soc. méd. des hôpit.*, avril, mai, décembre, 1892. — Ballet, Joffroy, Rendu, *Soc. méd. des hôpit.*, avril, mai, décembre, 1892. — Pierret, Congrès de Blois, 1892. — Nageotte, *Tabès et paralysie générale* (th. Paris 1893). — Stojanovitch, *Rapport du tabès et de la par. gén.* (th. Paris, 1893). — Klippel, Paralysie générale, lésions et symptômes spinaux (*Arch. de méd. expérim.*, janvier, 1894. — Congrès de Blois (1892) et de Clermont-Ferrand (1894), Joffroy, Raymond, Pierret. — Chabbert, Paralysie générale à forme de tabès au début (*Archiv. de neurol.*, 1894. — Hannion, Tabès et paralysie générale (*Gaz. hebd.*, juin 1895), etc., etc.

2. *Soc. méd.-psych.*, mai 1873.

3. Déjerine, Variot, etc.

4. *Traité de pathologie interne*, 8e édit., p. 763.

En ce qui concerne l'étiologie, une présomption favorable à l'existence de rapports étroits entre les deux affections était fournie par ces faits de tabès et de paralysie générale réunis dans une même famille (Moreau de Tours, Morel, J. Falret, Raymond, Féré, etc.). Mais ce sont surtout les idées nouvelles relatives à l'influence étiologique de la syphilis, tant sur le tabès que sur la paralysie générale, qui ont apporté à cette manière de voir un puissant argument. Aussi Raymond a-t-il pu dire (1) : « Paralysie générale et tabès ont une étiologie commune dominée par la syphilis et l'hérédité... Leurs lésions intéressent les mêmes systèmes organiques... Tabès et paralysie générale constituent une seule et même maladie. » MM. Rendu et Mathieu se rangeaient à cette opinion, qui est aussi celle du professeur Fournier. M. Joffroy et surtout M. Ballet maintenaient la distinction anatomique des deux maladies; mais Joffroy reconnaissait que, si elles ne sont pas sœurs, *elles sont proches parentes*. La question, cependant, présente encore bien des obscurités. « L'étude des lésions histologiques du tabès et de la paralysie générale est encore, en grande partie, à faire. » (Raymond.)

Cette incertitude des conclusions de l'anatomie pathologiques entraîne des divergences dans l'interprétation des faits cliniques où se rencontrent des symptômes caractérisés de paralysie générale et de tabès, les uns voyant dans ces cas la réunion d'une paralysie générale et d'un tabès également légitimes, les autres pensant qu'il n'y a là qu'une paralysie générale à *forme tabétique* ; les lésions relevant de la paralysie générale seraient restées cantonnées dans la moelle pendant un certain temps, affectant à peu près la localisation du tabès; mais ces lésions seraient à la fois moins rigoureusement systématisées et moins intenses (Joffroy, Klippel, Hannion). Si cette dernière interprétation est justifiée dans certains cas, il est bien difficile de l'appliquer aux faits nombreux dans lesquels un tabès authentique *reste isolé* pendant 10, 15 ans et plus, puis finit par se compliquer d'une paralysie générale caractérisée, et il faut bien admettre qu'il s'agit, dans ces cas, de *tabès vrai versant* dans la paralysie générale légitime. La distinction est d'ailleurs acceptée par M. Klippel, qui reconnaît même trois groupes de faits : *paralysie générale vraie* à début *tabétique* ; *tabès vrai* compliqué de démence (*pseudo-paralysie générale* tabétique) ; *tabès vrai* compliqué de *paralysie générale vraie*. La tendance actuelle est donc de voir dans ces deux maladies l'expression de *localisations différentes d'une cause morbide unique* (2).

Sur le terrain clinique, et au point de vue du *diagnostic*, la manière de voir de Grisolle est presque justifiée s'il s'agit de distinguer un cas de *tabès caractérisé* d'une paralysie générale franche.

La perte du sens musculaire, la perte du sens de l'équilibre dans l'obscurité, les troubles spéciaux de la sensibilté objective et subjective appartiennent exclusivement au tabès, comme la démence particulière avec ses épisodes vésaniques, le tremblement des membres supérieurs, l'hésitation de la parole caractéristique sont le propre de la paralysie générale. Certains symptômes, pourtant, établissent des *points de contact* entre les deux maladies : tels sont les troubles oculo-pupillaires, l'incoordination des membres inférieurs, les ictus cérébraux, les troubles génitaux, le gâtisme, etc. Mais les plus importants de ces *symptômes communs* se distinguent encore dans l'une et l'autre affection. Le signe d'Argyll-Robertson (*abolition* du réflexe lumineux avec *intégrité* du réflexe accommodateur) est éminemment transitoire dans la paralysie générale (G. Ballet), tandis qu'il est fixe et permanent dans le tabès. Les paralysies oculaires, très rares dans la paralysie générale, sont très fréquentes dans le tabès.

L'incoordination du paralytique n'a *jamais* les caractères de l'ataxie locomotrice vraie; le paralytique *ne lance pas follement* ses jambes, il *traîne la pointe* des pieds au lieu de frapper du talon, etc.

Si ce diagnostic n'offre pas de difficultés réelles dans les *cas francs*, il n'en est plus de même dans les cas si nombreux où la double série des symptômes se succède ou se montre simultanément.

Trois situations sont alors à considérer:

1° Des symptômes de paralysie générale apparaissent, après un laps de temps variable, chez un tabétique plus ou moins confirmé (paralysie générale par *propagation ascendante*, Magnan, Bouchereau, Foville; *tabès sensitif ou centripète* de Pierret);

2° Les deux ordres de symptômes se développent à peu près simultanément et restent combinés pendant un temps plus ou moins long (*paralysie générale associée*; *tabès cérébro-spinal* de Fournier);

3° Des symptômes de tabès se montrent chez un paralytique général avéré (*paralysie générale descendante*).

I. *Début par des symptômes tabétiques.* — Si le tableau clinique est celui du tabès caractérisé, avec ses douleurs fulgurantes, son incoordination motrice, ses troubles de la sensibilité, etc., la seule question qui puisse se poser et dans laquelle le traitement est intéressé comme le pronostic serait relative à l'évolution de ce tabès. Ni les différents modes de début, ni le tableau clinique de la maladie ne distinguent, d'après les auteurs, le tabès ordinaire du tabès qui finit par la paralysie générale. Cependant, le rapprochement d'un certain nombre de faits semble montrer que le *tabès ascendant* a une *évolution plus lente*, des symptômes *moins intenses* et *plus mobiles*. Les *troubles moteurs*, surtout, ne vont pas jusqu'aux derniers degrés de l'ataxie, et, après 10 ans, 15 ans et plus de maladie, la marche reste possible et parfois peu gênée. Les *améliorations*, les *rémissions*, soit sous l'influence du traitement, soit sans cause reconnue, sont fréquentes, et même, dans un grand nombre de cas, l'apparition des signes de paralysie générale coïncide avec une de ces améliorations dans les symptômes tabétiques.

Les indications précédentes, fussent-elles confirmées par de nouvelles observations, n'ont d'ailleurs qu'une valeur très restreinte. Il sera nécessaire, pour arriver à des précisions un peu satisfaisantes, que les recherches soient continuées longtemps encore sur un plus grand nombre de faits.

Si nous avons affaire à une de ces formes incomplètes, frustes, dans lesquelles la maladie, pendant un temps parfois très long, ne se manifeste que par un petit nombre de symptômes, les difficultés du diagnostic sont réelles et souvent très grandes.

Un malade présente une *amblyopie* transitoire, de la *diplopie*, du *strabisme*, un *ptosis* complet ou incomplet, ou encore une névralgie soit crânienne, soit rachidienne, etc., tous ces symptômes, quoique plus fréquents dans le tabès, se rencontrent quelquefois au début de la paralysie générale. Comment se prononcer?

1. Tabès et paralysie générale (*Soc. méd. des Hôpit.*, 8 avril 1892 ; voir aussi *Bull. méd.*, 1893).

2. Pour une étude plus complète, voir surtout : Nageotte, *Tabès et paralysie générale* (thèse de Paris, 1893). — Stojanovitch, *Rapport du tabès et de la paralysie générale* (thèse de Paris, 1893.) — Klippel, Paralysie générale : lésions et symptômes spinaux (*Archiv. de méd. expérim.*, janvier 1894).

Un autre malade est atteint, au contraire, de troubles psychiques : torpeur intellectuelle, affaiblissement de la mémoire, embarras de la parole plus ou moins évident, etc.; — ou bien : état maniaque, avec idées de grandeur incohérentes et quelques troubles moteurs (1). On pourra croire à une paralysie générale, tandis qu'en réalité on se trouve en présence d'une des formes de la période préataxique (Fournier) ou d'un tabétique déjà ancien, mais à symptômes médullaires atténués et masqués par les phénomènes cérébraux.

Dans ces différentes circonstances, les erreurs ne sont pas rares. L'examen très attentif du malade, la critique de chaque symptôme et la recherche des antécédents pourront seuls mettre sur la bonne voie; la mobilité des troubles oculo-paralytiques, une légère incoordination, principalement dans l'obscurité, l'absence du réflexe rotulien, des altérations de la sensibilité, quelques douleurs fulgurantes, la conscience d'un état pathologique, sont autant de signes qui plaideront en faveur du tabès.

Au contraire, des modifications antérieures du caractère, une phase de dépression même légère suivie d'une excitation appréciable, l'altération du sens moral, un réel affaiblissement plutôt que la torpeur des facultés intellectuelles, des nuances assez caractéristiques dans l'hésitation de la parole, la conservation ou mieux encore l'exagération du réflexe rotulien, tous ces symptômes appartiennent à la paralysie générale.

D'ordinaire, cette enquête sévère sur l'état actuel et dans le passé du malade pourra fixer le diagnostic. Mais, trop souvent, on devra suspendre tout jugement jusqu'à l'apparition de signes décisifs. L'*évolution* du trouble morbide est ici, par excellence, l'élément certain du diagnostic.

II. — La *combinaison*, dès le début de la maladie, des symptômes appartenant légitimement les uns au tabès, les autres à la paralysie générale, donne lieu nécessairement à des incertitudes comme dans tous les cas de *paralysie générale associée*. Le tableau clinique est très variable, tantôt plus près de la paralysie générale, tantôt plus rapproché du tabès, sans reproduire nettement l'un ou l'autre. Un examen rigoureux et méthodique permettra de réaliser la *dissociation* des symptômes. L'écueil serait ici dans un diagnostic exclusif, établi d'après une prédominance de symptômes. C'est pour des faits analogues que le professeur Fournier a proposé l'épithète de *tabès cérébro-spinal*. D'après M. A. Voisin (2), la maladie aurait, dans ces cas, une marche très rapide. Il s'en faut que ce soit la règle, et il n'es pas rare de voir, au bout d'un certain temps, prédominer soit les symptômes médullaires, soit les symptômes cérébraux. Le tableau clinique se rapproche de plus en plus du tabès ou de la paralysie générale, et la maladie présente la durée et la terminaison habituelles.

III. — Une dernière catégorie comprend les faits de paralysie générale confirmée avec symptômes plus ou moins manifestes de tabès. Ces cas sont très fréquents, et si, à l'exemple de certains auteurs, on qualifie de tabétiques tous les symptômes médullaires, bien peu de paralytiques généraux en seraient exempts. Quelquefois ce sont les troubles moteurs qui dominent (symptômes de sclérose latérale). Mais le plus souvent la physionomie de la paralysie générale est peu modifiée dans son ensemble, soit que l'état mental des malades entraîne l'atténuation de certains symptômes (troubles de la sensibilité), soit que les lésions anatomiques dont ils dépendent soient peu profondes (Klippel). Il n'est pas rare, en effet, de constater à l'autopsie des scléroses médullaires combinées (cordons postérieurs et cordons antéro-latéraux) qu'aucune symptomatologie précise n'avait fait soupçonner pendant la vie.

B) Sclérose en plaques — Les principaux faits cliniques démontrant les relations de la paralysie générale et de la sclérose en plaques sont dus à Charcot (1), à Magnan (2), à Déjerine (3), à Schüle (4), à Variot (5), à Lubimoff (6). Mais c'est surtout Charcot (7) qui, dans son enseignement comme dans ses publications, s'est appliqué à élucider ce problème parfois très délicat de diagnostic.

Nous examinerons successivement le cas où l'une des maladies peut *simuler* l'autre et le cas où leurs symptômes sont *associés* chez un même malade.

I. *Simulation.* — La description théorique des deux maladies est à ce point différente qu'il semble bien que, pour éviter la confusion, il suffise d'en signaler la possibilité. Et, en effet, l'examen des principaux symptômes, *quand ils sont réunis*, suffira à résoudre la question.

La *parésie spasmodique* se rencontre dans l'un et l'autre cas. Mais, dans la sclérose en plaques, elles est *précoce*, très marquée, progressivement *extensive*, et elle aboutit presque toujours à des *contractures en extension;* — dans la paralysie générale, elle est peu intense ordinairement. elle est *tardive*, reste *limitée*, et quand il y a des contractures, elles sont habituellement *en flexion*.

Le tremblement intentionnel, avec les caractères qu'il a dans la sclérose en plaques, est rare dans la paralysie générale et ne s'y voit guère qu'à la phase terminale. Au contraire, le *tremblement fibrillaire de la langue* serait exceptionnel dans la sclérose en plaques.

La *parole* est *scandée* dans la sclérose, *trémulante* et finalement bredouillée dans la paralysie générale. Mais il est souvent bien difficile de distinguer ces deux sortes d'embarras de la parole.

Les *troubles oculaires* présentent des différences assez importantes. Le nystagmus, qui existe dans plus de la moitié des cas de sclérose en plaques, est une véritable exception dans la paralysie générale; de même, les paralysies des *mouvements associés des deux yeux*. Dans la sclérose en plaques, on n'a pas signalé le signe d'Argyll-Robertson (Charcot), si fréquent dans la paralysie générale, etc. Malheureusement ces signes ne sont constants ni dans l'un ni dans l'autre cas, et si leur présence est caractéristique, leur absence ne prouve rien.

« Un des grands caractères de la sclérose en plaques est l'absence de troubles de la sensibilité » (Charcot). Aussi la constatation des phénomènes de *migraine ophthalmique* ou *d'épilepsie sensitive* signalés par Charcot au début de la paralysie générale aurait-elle une importance décisive pour le diagnostic.

Ces différents signes physiques autorisent par *leur réunion* un diagnostic ferme. Mais ils sont souvent incomplets ou absents, et c'est alors à la *sphère mentale* qu'il

1. Une belle observation de ce genre est rapportée par MM. Taty et Belous, Etude sur le diagnostic de la paralysie générale (*Province médicale*, décembre 1896 et mars 1897).
2. *Traité de la paralysie générale.*

1. *Gazette des hôpitaux*, 1870.
2. *Gazette des hôpitaux*, 1870.
3. Paralysie générale. Lésions de la moelle et des extrémités nerveuses (*Archives de physiologie*, 1876).
4. Traité, traduction française, 1888.
5. Un cas de paralysie générale ayant présenté les symptômes d'une sclérose en plaques (*Encéphale*, 1881).
6. Association de paralysie générale avec les symptômes cliniques de la sclérose en plaques (*Anal.* in *Revue neurologique*, 30 avril 1896).
7. *Leçons du mardi* et *Semaine médicale*, 27 janvier 1892.

faut demander les éléments d'une appréciation exacte. Il existe dans la sclérose en plaques des *troubles psychiques* variés : irritabilité, instabilité d'humeur rendant les malades difficiles à vivre, sensiblerie, affaiblissement de la mémoire, bouffées délirantes avec idées de persécution alternant parfois avec des idées de grandeur, hallucinations; — dans certains cas, état de *stupidité profonde* (Schüle). — Mais d'abord ces troubles psychiques, contrairement à ce qui s'observe dans la paralysie générale, sont *secondaires;* ils n'apparaissent qu'après une période parfois très longue de maladie physique. Ensuite, ils sont toujours très différents de cette *démence progressive* qui caractérise la paralysie générale. Enfin, d'après Schüle, « les sentiments moraux les plus élevés sont longtemps, quelquefois toujours, épargnés » dans la sclérose multiloculaire tandis que, dans la paralysie générale, ils sont profondément atteints et dès le début.

L'évolution des deux maladies fournit un nouvel élément de différenciation. La sclérose en plaques a généralement une durée beaucoup plus longue que la paralysie générale; sa marche est irrégulière, elle présente des rémissions fréquentes des demi-guérisons et elle se termine quelquefois par une guérison vraie.

II. *Association.* — C'est tantôt la paralysie générale, tantôt la sclérose en plaques qui marquent le début de la maladie; puis les deux ordres de symptômes évoluent côte à côte. Comme dans tous les cas d'association morbide, l'écueil à éviter ici c'est un diagnostic exclusif. Les difficultés sont d'autant plus grandes que, d'ordinaire, les deux affections associées n'ont qu'une symptomatologie fruste, incomplète, parfois réduite à un ou deux signes: aussi faut-il faire un examen très complet du malade et une sévère critique des différents symptômes *physiques* et *psychiques* pour déterminer la part de l'une et de l'autre maladie.

Mais l'*association clinique* de la sclérose en plaques et de la paralysie générale correspond-elle à une véritable *association anatomique?* Henschel et Westphal, cités par Variot, auraient publié chacun un cas de coïncidence des deux maladies. Il existerait aussi un cas de Schüle cité par Mendel (1), *avec autopsie probante.* Mais d'autres faits *négatifs* au point de vue anatomique compliquent singulièrement ce problème (cas de Déjerine, Demange, Variot, Lioubimoff). Dans l'observation de Déjerine, il s'agit d'une paralysie générale avec tremblement intentionnel et parole scandée très nette; à l'autopsie, lésions de paralysie générale, et, dans la moelle, *sclérose bilatérale symétrique* des cordons latéraux *dans toute leur longueur.* Dans le cas de Variot, on aurait diagnostiqué *sclérose en plaques,* bien qu'il existât des douleurs fulgurantes et des *contractures en flexion.* L'autopsie montra les lésions cérébrales de la paralysie générale, avec des lésions de *myélite diffuse* unilatérale dans les cordons postérieur et latéral, *sans aucune plaque de sclérose.* Le cas de Demange (2) concerne une paralysie générale avec tremblement intentionnel caractéristique de la sclérose en plaques, paroles scandée, atrophie papillaire. A l'autopsie, lésions de paralysie générale, *aucune plaque de sclérose, aucune lésion de la moelle.* La paralysie générale semble donc pouvoir, *à elle seule,* déterminer quelques-uns des symptômes attribués à la sclérose en plaques.

Dans le cas de Lubimoff (3), les signes de sclérose en plaques unis à ceux de la paralysie générale existaient presque au complet. A l'autopsie, *pas de foyer de sclérose* dans le cerveau ni dans la moelle, mais nombreuses *plaques blanches,* de consistance cartilagineuse ou osseuse, dans l'arachnoïde spinale. Lubimoff conclut que l'association clinique de la paralysie générale et de la sclérose en plaques n'a pas encore trouvé de confirmation anatomique.

1. Voir Charcot, *Semaine médicale,* 1892.
2. *Revue médicale de l'Est,* 1881.
3. *Revue neurologique,* 30 avril 1896.

Il résulte au moins de ces faits que la question, comme d'ailleurs celle des rapports de la paralysie générale avec toutes les maladies spinales, doit encore rester à l'étude. La *phase médullaire* de l'histoire de la paralysie générale n'a guère fait jusqu'ici qu'ajouter de nouvelles difficultés à un problème dont la solution paraît reculer toujours davantage à mesure que se multiplient les recherches. Les meilleurs éléments du diagnostic entre la paralysie générale et les différentes affections médullaires sont encore les *symptômes psychiques.* La paralysie générale est avant tout une maladie cérébrale et mentale; les phénomènes médullaires qui la compliquent souvent n'ont ni la netteté, ni la systématisation, ni l'évolution qu'ils présentent dans les maladies de la moelle bien déterminées. Inversement, les affections spinales peuvent bien simuler dans une certaine mesure les symptômes psychiques de la paralysie générale, mais cette simulation maladroite peut aussi, je le crois, être le plus souvent dépistée. C'est évidemment parce qu'on a fait trop bon marché des symptômes de l'ordre mental qu'on a créé autrefois, en grande partie avec des maladies de la moelle, la prétendue paralysie générale *sans aliénation.* C'est la même raison qui explique certaines erreurs de diagnostic que nous avons signalées dans ce chapitre.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Monod.

L'acide picrique en clinique,

Par M. Courtellemont,

Externe des hôpitaux.

Le pansement picriqué, employé pour la première fois par M. Thiéry il y a 6 ou 7 ans dans le traitement des brûlures superficielles, a été appliqué par nous, dans le service de notre maître, M. Monod, à des malades atteints de trois affections différentes : brûlure, ulcère de jambe et plaie simple. Ce sont les résultats obtenus dans chacun de ces cas que nous voudrions exposer ici, en insistant plus particulièrement sur les avantages que présente ce mode de pansement dans le traitement des ulcères de jambe, point qui n'a pas encore, croyons-nous, été mis en lumière.

Mais auparavant nous voudrions indiquer la technique que nous avons suivie, en décrivant avec quelques détails, la manière dont le pansement picriqué doit être fait.

I. Technique. — Nous avons toujours employé l'acide picrique en solution, sous forme de compresses humides appliquées sur les parties malades; jamais nous n'avons eu recours aux bains locaux. La solution dont nous nous servions est la solution saturée, c'est-à-dire au titre de 12 à 13 grammes pour 1000. Nous avons une seule fois, par suite d'une erreur, employé une solution à un titre inférieur : les résultats nous parurent moins bons que ceux obtenus d'habitude.

Pour le mode d'application nous nous sommes toujours

conformé aux préceptes de M. Thiéry, en exagérant plutôt certains des soins particuliers qu'il recommande. Nous pensons que l'antisepsie la plus rigoureuse est nécessaire au cours de ce pansement : c'est-là, croyons-nous, un point essentiel. Sans ces précautions minutieuses, du pus se forme, le malade souffre, le pansement ne peut rester longtemps appliqué, et la cicatrisation ne se fait pas. Ces soins antiseptiques porteront sur les mains du chirurgien et sur la plaie elle-même. Celle-ci sera débarrassée de tout ce qui peut la recouvrir (pommade, coton etc.), puis lavée avec une solution antiseptique. M. Thiéry insiste sur la nécessité de s'abstenir de toute cautérisation, et de tout attouchement qui aurait pour but de modifier la surface de la plaie.

Celle-ci une fois lavée, on applique les compresses, humides ; ces compresses doivent avoir été bien imbibées, et nous avons l'habitude de ne pas les presser fortement de façon qu'elles soient très chargées d'acide picrique. Nous en recouvrons la partie malade, en mettant une bonne épaisseur par exemple trois compresses superposées autour du membre. Ce pansement dépasse la plaie en haut comme en bas. Par-dessus les compresses nous appliquons une bonne couche d'ouate ordinaire et une bande de tarlatane.

L'absence de toute enveloppe imperméable est le second point essentiel : l'acide picrique doit être sec pour agir, il ne peut le devenir que si on laisse s'évaporer l'eau de la solution.

La règle à suivre pour la durée d'application résulte de ce qui précède. Un pansement humide, pour devenir sec, exige un certain temps, au moins un jour ; donc, pendant le premier jour, au moins, de son emploi, l'acide picrique ne produit pas d'effet ou en produit peu : d'où la nécessité d'espacer longuement les renouvellements pour réduire le temps perdu à son minimum. La longue durée d'application est le troisième point essentiel de la technique du pansement picriqué, et c'est peut-être le plus important de tous. Un pansement à l'acide picrique doit être laissé en place 7 jours ; en tout cas, il ne doit pas rester appliqué moins de 3 jours, à moins de circonstances exceptionnelles. Voici comment nous procédons : les premières compresses sont changées au bout de trois jours, et, si l'écoulement est abondant, les secondes sont renouvelées aussi au bout de trois jours. Mais après, nous augmentons l'intervalle et nous arrivons vite à atteindre le 7e jour. Ce qui doit faire faire un pansement avant le 7e jour, ce n'est ni la quantité de l'écoulement (à moins qu'il ne soit cependant par trop abondant) ni l'odeur, quelquefois très marquées l'une et l'autre dans les ulcères et les brûlures : c'est la douleur ou la température. Un malade qui souffre doit être pansé.

Quand on pratiquera le renouvellement, il sera nécessaire de tirer sur le pansement sale pour le décoller, car celui-ci adhère, en général fortement à la plaie ; néanmoins on parvient à l'en détacher sans provoquer de douleurs. Il faudra se garder d'enlever la croûte circulaire qui entoure la plaie après quelques pansements : c'est l'anneau de kératinisation. Une exception doit être faite pour le cas où cette croûte tiendrait à peine, ou bien pour le cas où elle serait trop épaisse et volumineuse ; elle formerait alors corps étranger et mieux vaudrait l'enlever.

II. Du pansement picriqué dans les brulures. — Le traitement des brûlures par l'acide picrique a donné entre les mains de M. Thiéry les plus beaux résultats, que nous montrent les thèses de MM. Filleul (1894) et Papazoglou (1896). Mais les chirurgiens qui ont essayé ce traitement n'ont pas tous obtenu les mêmes succès, et des points proclamés à l'avantage du pansement par ses partisans ont été niés ou trouvés à son désavantage par des détracteurs.

Pour nous, nous avons eu l'occasion d'appliquer l'acide picrique pour des brûlures dans plusieurs cas, et nous pouvons dire que toujours nous en avons obtenu de très bons résultats. Nous n'avons donc à cet égard qu'à confirmer les conclusions de M. Thiéry et ne pouvons que renvoyer le lecteur à ce que ses élèves ont publié à ce sujet. Nous insisterons seulement sur deux faits qui nous ont particulièrement frappé : absence de douleur et rapidité de dessication.

L'absence de douleur est constante ; jamais nos malades n'ont souffert. Dès les premiers jours du pansement, les malades, qui souffraient beaucoup auparavant, voient toute douleur supprimée, et celle-ci ne reparaît plus. L'observation I que nous résumons plus loin est très intéressante à ce sujet. Mais un autre de nos malades encore en traitement actuellement l'est peut-être davantage. Il présentait des brûlures du 2e degré, réparties sur une vaste étendue : tout le dos, la tête et les membres supérieurs. Pendant les premiers jours il eut de la fièvre 39°, 40°, sans que l'auscultation révélât des lésions pulmonaires ; de la sérosité coulait en grande abondance de ses plaies ; malgré tout cela, il ne souffrait pas.

La rapidité de la cicatrisation est, aussi, digne de remarque. Dans les brûlures superficielles, on voit à chaque pansement la plaie diminuer de 10, 15 centimètres d'étendue. Du reste, qu'on juge plutôt par les résultats obtenus sur le malade suivant, dont nous résumons l'histoire.

Observation I. — V..., homme de 37 ans. Brûlures causées par l'eau bouillante. Vaste plaie comprenant les plus grandes parties du dos depuis la 5e côte jusqu'au bas, des deux fesses, et se prolongeant sur le segment postéro-externe des cuisses jusqu'à la partie moyenne de celle-ci. Sur toute cette étendue, brûlures du 2e degré, avec, çà et là, des îlots de brûlures au 3e degré. Souffrances très vives depuis.

Traitement picriqué : les douleurs cessent immédiatement et ne se reproduisent plus. Au bout de 19 jours, après 4 pansements, le malade sort complètement guéri.

III. Du pansement picriqué dans le traitement des ulcères de jambe. — Frappé des résultats que nous obtenions de l'emploi de l'acide picrique dans les cas de brûlure, nous eûmes l'idée d'appliquer ce mode de pansement aux ulcères de jambe, dont plusieurs cas se trouvaient réunis dans le service, notre maître M. Monod voulant bien lui-même nous encourager dans cet essai.

On sait combien est infiniment variée la thérapeutique de cette triste infirmité. Sans parler des traitements bien connus, nous nous contenterons de rappeler, parmi les plus récemment recommandés, ceux dont l'énumération suit :

La franklinisation (Marquant) (1) — le sucre en poudre (Chauffard) (2) — le massage suivi d'un pansement solidifié emprisonnant tout le membre (Erdinger, Bekarewitsch) (3), dont le principal avantage serait de permettre aux malades de marcher pendant le traitement — l'emploi de la teinture d'aloès, remis en honneur récemment (Coffin) (4), (Dehaine) (5), l'application de plaques de zinc, jointe à la compression à la bande élas-

1. Marquant, *Bull. méd. du Nord*, 25 mai 1894.
2. Chauffard, *Presse médicale*, 1er janvier 1896.
3. Bekarewitsch, *Presse médicale*, 25 avril 1896.
4. Coffin, *Journal des mal. cutanées*, 1896, p. 1.
5. Dehaine, thèse de Paris, 1897.

tique (Ascornet) (1), le traitement par le chlorure de sodium combiné aux moyens employés ordinairement (Simonelli) (2). Plus récemment encore, M. Auboin, dans sa thèse (1897), a appelé l'attention sur l'efficacité du pansement d'Unna, qui consiste dans l'application de pâte de Lassar et de poudre d'iodoforme, avec badigeonnage de la plaie et de tout le membre à la colle d'Unna, le tout formant une sorte d'appareil silicaté; en dehors de la rapidité de la cicatrisation, les avantages de ce traitement seraient la possibilité pour le malade de marcher et la rareté des pansements qu'on laisse quinze jours en place. Il nous faut signaler encore l'emploi de l'airol (Stauffer) (3), le traitement par l'oxygène et les inoculations de staphylocoques (Stokes) (4), par l'europhène (De Molènes) (5), enfin la méthode de Colleville (6), imitée de l'ancienne pratique de Faure, et qui consiste dans l'exposition de la partie malade à la chaleur lumineuse.

Jamais croyons-nous, il n'avait été question de recourir à l'acide picrique pour traiter l'ulcère de jambe. Cependant M. Thiéry dut essayer l'action de cet agent sur cette affection, puisque nous lisons dans *la Presse médicale* (7) que ce chirurgien observa « un érythème généralisé causé par l'administration *larga manu* d'acide picrique en poudre sur un vaste ulcère de jambe ». Mais nous ne savons rien des résultats obtenus dans ces tentatives. Rappelons en outre que l'acide picrique a été employé avec succès pour une affection cutanée, l'eczéma (Mac Lennan (8), Gaucher) (9).

Quant à nous, nous avons appliqué l'acide picrique sur des ulcères variqueux suivant la méthode que nous avons exposée plus haut. Voici l'histoire de notre premier cas :

Obs. II. — K..., homme 40 ans. Ulcères multiples de la jambe gauche récidivés. — La première atteinte (mai 1895) traitée à l'hôpital de Strasbourg, mit un an à guérir. Aujourd'hui : trois ulcères sur la jambe gauche, de la largeur d'une pièce de deux francs chacun ; les deux inférieurs sont à fleur de peau, mais l'ulcère supérieur est déprimé. — Soigné à son entrée, pendant les quatre premiers jours au sous-carbonate de fer, il souffre horriblement ; l'état des ulcères reste le même.

On cesse alors ce pansement et on applique le pansement picriqué. Dès les premières heures le malade ne souffre plus, et jamais il n'a souffert depuis. Ce premier pansement est retiré trois jours après : on trouve les deux ulcérations inférieures complètement cicatrisées; là peau est dure à leur niveau. Un deuxième pansement est appliqué et laissé huit jours en place. Quand on le lève, on constate que l'ulcération supérieure, de profonde qu'elle était, est devenue superficielle et a diminué des deux tiers. On remet un troisième pansement et le malade part ainsi pour Vincennes. A son retour au bout de 15 jours, la guérison est complète. C'était le 26e jour du traitement.

Encouragé par ce premier essai, nous avons appliqué le même pansement à plusieurs autres malades atteints d'ulcère de jambe du même genre; sur tous, les résultats ont été aussi nets et aussi satisfaisants. De l'observation de ces différents cas s'est dégagée pour nous l'impression, que dans le traitement des ulcères, comme dans le traitement des brûlures, l'acide picrique est remarquable par deux effets précieux : suppression de la douleur et rapidité de la cicatrisation.

Non seulement le pansement picriqué n'est pas douloureux par lui-même, mais encore il a une action analgésiante. Traités par les autres moyens et laissés au repos, certains de nos malades se plaignaient de souffrir : ceux qui ont fait l'objet des observations II et III ne pouvaient presque pas dormir la nuit quand ils entrèrent à l'hôpital. Dès qu'on eût appliqué les compresses picriquées, les douleurs cessèrent et ne reparurent plus.

Mais en général, dans les ulcères de jambe, la douleur ne constitue pas un symptôme bien marqué, et ce n'est pas contre elle qu'est dirigée la médication. Ce qui domine la symptomatologie de l'ulcère variqueux, c'est la perte de substance, c'est l'ulcération. L'acide picrique possède une action curative puissante et rapide sur celle-ci. Dès la première application, la plaie change complètement d'aspect : elle est détergée, le fond est devenu rouge et couvert de bourgeons pleins de vie, l'étendue a diminué. Quand on retire le deuxième pansement, l'ulcère est déjà presque guéri, et, la plupart du temps, la guérison complète survient sous le troisième pansement. Le malade de notre observation II est typique, puisqu'il sortit de l'hôpital le onzième jour après l'application des premières compresses et qu'il était complètement guéri quand nous le revîmes 15 jours après, à son retour de Vincennes. Nous ferons remarquer, à propos de cet homme, que la cicatrisation, incomplète quand il partit pour Vincennes, s'est poursuivie et achevée sous un pansement, bien qu'il fût toute la journée debout : nouvelle preuve de l'intensité du pouvoir cicatriciel que possède l'acide picrique.

Telle est l'action du traitement dans le cas d'ulcères peu déprimés; quelle est-elle quand il s'agit d'ulcères larges et profonds, d'ulcères envahissants, qui font le désespoir du chirurgien et du malade? Le 29 décembre 1896, entrait dans le service de M. Monod, un homme auquel il avait été question un moment de pratiquer l'amputation de la jambe. Il était porteur d'un vaste ulcère récidivé, datant aujourd'hui de 4 ans 1/2, envahissant, presque circulaire et pour lequel on avait vu échouer la plupart des moyens de traitement ordinaires. On nous permettra de rapporter encore cette observation quelque longue qu'elle soit.

Obs. III. — G..., homme 46 ans. Ulcères des deux jambes. *Antécédents*. Paralysie faciale, qui dure depuis l'âge de 14 ans, érysipèle de la face en 1897.

Ses ulcères remontent à la fin de 1890 ou au début de 1891. Ils siégeaient déjà aux deux jambes, et étaient plus prononcés à la jambe gauche. Soignés aussitôt par des greffes, ils guérirent en deux mois. Le malade fut tranquille pendant un an. Au bout de ce temps (il y a quatre ans et demi par conséquent), récidive aux jambes; les lésions augmentent de plus en plus malgré tous les soins. En effet, le malade est soumis successivement aux traitements suivants : pansements humides, poudre de talc, sous-carbonate de fer, Vigo, vin aromatique, diachylon.

Etat actuel. — La marche est tout à fait impossible ; le malade souffre beaucoup, la nuit surtout. Jambe droite, partie inférieure, face interne : ulcération longue de 7 à 8 centimètres, largeur de 5 centimètres environ, déprimée profondément, à bords abrupts, calleux, à fond sanieux avec des bourgeons de mauvais aspect. Jambe gauche, partie inférieure : l'ulcération fait presque tout le tour de la jambe : seul, un pont de substance saine, situé à la partie postérieure de la jambe et large de 1 à 2 centimètres environ, interrompt le contour. La hauteur de cet ulcère est la même dans toute son étendue : 12 à 13 centimètres environ; au milieu médaillon de peau saine large comme une pièce de cinquante centimes. Pour le reste, mêmes caractères que l'ulcère de la jambe droite, mais il est

1. Ascornet, *Revue médicale*, 30 mai 1896.
2. Simonelli, *Sem. médic.*, 30 septembre 1896.
3. Stauffer, *Sem. médic.*, 13 janvier 1897.
4. Stokes, *Presse médicale*, 3 avril 1897.
5. De Molènes, *Soc. de thérapeutique*, 7 avril 1897.
6. Colleville, *Sem. médic.*, 28 avril 1897.
7. Thiéry, *Presse médicale*, 12 septembre 1896.
8. Mac Lennan, *Sem. médic.*, 6 janvier 1897.
9. Gaucher, *Soc. médic. des hôpitaux*, 21 mai 1897.

plus déprimé encore que celui-ci, car il existe presque un centimètre de différence de niveau entre la peau et la surface ulcérée.

Traitement. — Le 2 janvier, nous appliquons le pansement picriqué, sans du reste avoir grande confiance dans son efficacité, sur l'ulcère de la jambe droite. La plaie coule beaucoup, les premiers pansements sont trempés et laissent échapper une odeur infecte, mais le malade ne souffre pas. Quand on retire le deuxième pansement, on constate que les deux ulcères sont aseptisés, complètement modifiés; dès le quatrième pansement, le fond se soulève visiblement. Un mois après le début du traitement, l'ulcère de la jambe droite est réduit à la largeur d'une pièce de deux francs, et l'ulcère de la jambe gauche a repris le niveau cutané et a considérablement diminué d'étendue.

Mais à partir de ce moment, la cicatrisation marcha avec une lenteur extrême. Néanmoins l'ulcère de la jambe droite se cicatrisa vers la fin de février. L'ulcère de la jambe gauche ne faisant plus guère de progrès, on renonça à deux reprises différentes à l'acide picrique pour suivre le traitement par les bandelettes de diachylon; la première application de celles-ci fut efficace et amena une diminution assez notable de l'ulcère, mais toutes les suivantes restèrent à peu près sans résultat. En définitive, on revint aux pansements picriqués, dont l'action favorable se fait sentir à nouveau; et actuellement, le malade est en pleine voie de guérison.

Ainsi pendant le premier mois du traitement, l'acide picrique nous donna les résultats admirables que nous avions l'habitude d'obtenir de son emploi : la cicatrisation marcha très vite, fit des progrès étonnants, et déjà nous croyions la guérison prochaine, lorsque le processus cicatriciel s'arrêta. Il semble que l'action de l'acide picrique ne se fasse plus sentir une fois que la plaie, l'organisme peut-être, sont imprégnés de cet agent, et qu'il faille alors cesser le traitement pendant quelque temps pour obtenir de nouveaux succès. Plusieurs de nos observations sembleraient confirmer cette remarque. Ainsi, quand la guérison d'une plaie se fait attendre longtemps, quand les progrès ne sont plus visibles au renouvellement de chaque pansement, il est bon d'abandonner l'acide picrique momentanément; les phénomènes cicatriciels reprennent une nouvelle vigueur, quand on applique à nouveau le pansement picriqué.

Si les résultats définitifs ont trompé un peu les espérances que nous avions fondées sur l'amélioration rapide obtenue au début du traitement, il n'en faut pas pour cela conclure contre l'acide picrique. Car le malade qui fait le sujet de notre observation était atteint, on l'a vu, d'ulcère particulièrement grave et rebelle. De sorte que sa guérison doit être considérée comme un succès, et un grand succès, à l'actif du pansement picriqué.

Ainsi, dans tout ulcère de jambe, ulcère peu déprimé, ou ulcère très déprimé à bords calleux, l'acide picrique donne d'excellents résultats. Par son action analgésique et kératinisante, il doit prendre place parmi les meilleurs moyens de traitement proposés pour cette affection. Par sa simplicité, la rareté des pansements, si précieux pour les malades, il doit être classé parmi les procédés de choix.

IV. Du pansement picriqué dans le traitement des plaies simples. — Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer aussi le pansement picriqué dans des cas de plaie simple consécutive à une vaste perte de substance, et dont la guérison aurait nécessité l'application de greffes épidermiques, ou entraîné, si l'on s'en était tenu aux moyens ordinaires, un traitement de longue durée. Chez un de nos malades, en particulier, la plaie, très large, montrait l'os à nu sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Toujours nous avons obtenu la cicatrisation dans un délai très court, plus rapidement encore que dans les cas de brûlure ou d'ulcère de jambe. L'analyse de nos observations ne serait donc que la reproduction de ce que nous avons dit plus haut; aussi n'insisterons-nous pas davantage.

V. Inconvénients. — Jusqu'ici nous n'avons eu qu'à faire l'apologie du pansement picriqué. Est-ce à dire que celui-ci n'offre aucun inconvénient ?

Constamment, qu'il s'agisse d'ulcères de jambe, de brûlures ou de plaies simples, il existe certains petits symptômes fonctionnels sur lesquels nous allons appeler l'attention. Ils se manifestent au début et à la fin de l'intervalle entre deux pansements : pendant la première heure (quelquefois les premières heures) qui suit l'application des compresses, le malade ressent une légère « piqûre, brûlure »; de même, le 7e jour (ou les 6e et 7e), c'est une démangeaison au niveau de sa plaie que le malade accuse; cette démangeaison est quelquefois assez intense; elle est à rapprocher des prurits qui marquent toute cicatrisation rapide. Mais jamais ces symptômes n'ont été assimilés à une douleur véritable par les malades, et ceux-ci n'en parlaient que si nous les interrogions avec insistance.

A côté de ces phénomènes, il faut placer certains accidents inconstants et rares : c'est la coloration jaune des téguments et des sclérotiques du malade — nous ne l'avons jamais remarquée; c'est l'érythème généralisé ou localisé, nous n'avons pas eu non plus l'occasion d'en observer — mais on sait que M. Thiéry en a vu survenir chez un malade soigné avec l'acide picrique en poudre. M. Cottet, interne des hôpitaux, a eu l'obligeance de nous signaler deux cas d'érythème localisé qu'il a observés à la suite de pansements picriqués humides; ces deux malades guérirent du reste très rapidement.

Mais l'acide picrique présente pour le chirurgien un inconvénient constant et très désagréable. Il colore en jaune les mains qui l'emploient et rien ne peut faire disparaître cette coloration. Nous avons l'habitude de nous laver les mains aussitôt après avoir appliqué les compresses, et avant de rouler le coton et la bande de tarlatane; nous faisons ce lavage à l'eau et au savon en nous brossant énergiquement pendant trois ou quatre minutes. Si l'on répète ces soins deux ou trois fois, il ne reste plus qu'une légère teinte jaune des doigts et surtout des ongles, qui disparaît le lendemain; cependant sur le bout des ongles, elle persiste encore pendant quelques jours. Nous n'avons voulu nous servir ni de vaseline, ni de solution alcoolique d'acide picrique, de peur d'altérer les propriétés de celui-ci.

Heureusement, les taches laissées sur les linges par l'acide picrique sont enlevées facilement par le lessivage.

En résumé, le seul inconvénient véritable est la coloration en jaune des mains du chirurgien. Néanmoins, nous ne croyons pas qu'elle soit assez intense et assez persistante pour faire oublier tous les avantages du pansement picriqué. Si nous rappelons la simplicité de ce pansement, sa technique facile, sa longue durée d'application, nous pourrons résumer ses effets en disant : par son action antiseptique, l'acide picrique change en quelques jours l'aspect d'une plaie infectée; par ses propriétés analgésiantes, il est d'un grand secours pour les malades qui souffrent, particulièrement les brûlés; par son pouvoir cicatriciel, il a une action curative très intense et très rapide, capable même d'amener la guérison des ulcères de jambe les plus rebelles et les plus tenaces.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Orlowski (Gaston). *L'étiologie des hémorrhagies chez le nouveau-né*. N° 265. (H. Jouve.)

M. Auclair (Jules). *Etude expérimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain. Essais de vaccination et de traitement.* N° 321. (Steinheil.)

M. Gaullieur l'Hardy (Louis-André). *La chlorose ménorrhagique*. N° 348. (H. Jouve.)

M. Guilmard (Alfred). *Des troubles de la menstruation dans les maladies du cœur*. N° 407. (H. Jouve.)

M. Prévost (Charles-Auguste). *Mycosis du pharynx*. N° 391. (P. Delmar.)

M. Payot (Michel). *Sur un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale*. N° 345.

M. Gesland (Hippolyte). *De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale*. N° 297.

M. Lebœuf (Marcel-Louis-Maurice). *Contribution à l'étude de la hernie épigastrique et de son traitement*. N° 288.

M. Morin (Justin-Antoine). *Etude de la cystocèle crurale*. N° 419.

Les hémorrhagies des nouveau-nés ne sont pas une affection aussi rare que la plupart des observateurs l'ont prétendu, puisqu'on les observe une fois sur 116 nouveau-nés, dit M. Orlowski. Ces accidents apparaissent généralement dans les trois premiers jours de la vie.

Les enfants robustes comme les enfants débilités y sont exposés. Le plus souvent, on observe l'omphalorrhagie, puis le melæna seul.

Les examens macroscopique, histologique et bactériologique montrent que les deux grandes causes de ces accidents sont l'infection et la syphilis. Les agents infectieux sont par ordre de fréquence, d'après l'auteur : le streptocoque, le staphylocoque et le coli-bacille. Ces micro-organismes deviennent hémorrhagipares aussi bien chez des enfants robustes et indemnes de toute hérédité que chez des débilités ou des syphilitiques. Si celles-ci ne se manifestent pas aussi souvent chez l'adulte que chez le nouveau-né, c'est que l'organisme de celui-là, mieux armé, résiste davantage tandis que celui du nouveau-né constitue un terrain propice à cette action.

En face de ces deux grandes causes, toutes les autres n'ont qu'une action secondaire.

Le pronostic est très grave, quand ces accidents ne sont pas disparus au bout de 36 heures. Si l'infection est reconnue, peu importe la constitution du nouveau-né, il est presque voué à la mort. (La mortalité est de 85, 8 p. 100.)

Le traitement consiste à mettre l'enfant dans une couveuse, l'isoler, si on le soupçonne infecté, recommander l'immobilité, donner des bains sinapisés, faire prendre des grogs, et enfin lui injecter du sérum artificiel.

Au cas où la couveuse ferait défaut, on devrait avoir recours à l'enveloppement chaud. Les médications internes préconisées, le ratanhia, etc., ne sont guère recommandables chez le nouveau-né. Si la cause échappe, on se trouvera souvent bien du traite-spécifique.

D'une remarquable étude expérimentale des poisons du bacille tuberculeux humain, M. Auclair tire la conclusion qu'aucune des substances tirées du bacille de Koch ne possède une toxicité immédiate pour l'animal sain ; quelques-unes paraissent sans grand effet, la plupart n'agissent qu'à dose élevée, toutes ont une action lente. Ces résultats, d'accord avec les données de la clinique, montrent bien que la tuberculose est une maladie spéciale, à processus essentiellement lent ; quand elle tue rapidement c'est plutôt par l'étendue ou le siège de ses lésions que par la toxicité des produits qu'élabore son bacille. Dans son étude, M. Auclair montre que les bacilles fabriquent néanmoins des poisons multiples et dangereux, dont les uns agissent à distance du point d'inoculation, sur l'état général, les autres au point même où on les dépose en produisant à cet endroit des abcès et des foyers de nécrose. La fièvre et la consomption du phthisique sont donc bien tuberculeuses, engendrées par la pullulation du bacille de Koch et la diffusion des poisons qu'il sécrète et non par des germes secondaires. De par ce que montre la clinique, de par ce que prouve l'expérimentation de l'auteur, la tuberculose n'est pas une maladie qui vaccine, et, affaibli par le développement du parasite, l'organisme est une proie plus facile pour les germes qui l'avaient primitivement envahi. L'auteur croit peu à la vaccination de la tuberculose et à sa guérison par des produits tirés du bacille de Koch ; ils ont d'ailleurs une toxicité dont il faut se défier. Pour amener chez le tuberculeux une guérison certaine et durable, l'expérimentateur devra réaliser les trois conditions suivantes : d'abord vaincre l'infection ; en second lieu, faire que l'immunité dure assez longtemps, pour permettre aux bacilles d'être détruits ou rejetés au dehors ; enfin parer aux accidents qu'entraînent dans l'organisme les poisons sécrétés par le bacille.

La chlorose ménorrhagique, décrite pour la première fois par Trousseau, est contestée par beaucoup d'auteurs.

M. Gaullieur l'Hardy croit pouvoir admettre comme vrai et décrire ce type pathologique chez les jeunes filles. Pour lui, la pathogénie des ménorrhagies chlorotiques permet de les diviser en deux groupes principaux :

A. — Dans un premier groupe il s'agit d'hémorrhagies pouvant survenir dans toutes les formes de chlorose, même dans les cas de chlorose accidentelle (chlorose ménorrhagique proprement dite, liée à un trouble vasculo-nerveux de l'utérus.) Les hémorrhagies, conséquence directe de la chlorose, sont d'origine névropathique.

B. — Dans un second groupe, ce sont des hémorrhagies mensuelles survenant chez des chlorotiques constitutionnelles, par suite de vices d'évolution des organes génitaux, vices d'évolution qui seraient sous la dépendance d'une influence morbide commune, au même titre que les vices d'évolution du sang (chlorose) et que ceux de l'appareil cardio-vasculaire.

Dans ce groupe, il y aurait lieu de distinguer deux variétés de faits :

α. *Ménorrhagies par hyperplasie sexuelle*, survenant chez des malades dont les ovaires sont hypertrophiés et présentent une richesse folliculaire en rapport avec leur volume (Virchow).

β. *Ménorrhagies par hypoplasie sexuelle*. Cette hypoplasie serait la cause d'un certain nombre de faits observés de sténose du col utérin, sténose qui est une des causes les plus fréquentes de métrite virginale. La métrite une fois constituée peut revêtir le type hémorrhagique.

Cette division pathogénique acquiert une importance considérable au point de vue du pronostic et du traitement.

Alors que la chlorose ménorrhagique proprement dite cédera devant le traitement de la chlorose, les hémorrhagies par vices d'évolution des organes sexuels lui résisteront, et exigeront une thérapeutique chirurgicale, au moins en ce qui concerne les cas de métrite virginale par sténose du col utérin.

Les maladies du cœur influencent la menstruation dans son apparition : à la puberté ; dans sa disparition : à la ménopause ; et pendant la vie génitale. Ce sont les troubles qu'elles provoquent ainsi qu'avec son maître Dalché M. Guilmard étudie. La puberté peut être avancée ou retardée par une cardiopathie ; les lésions mitrales tendent plutôt à la retarder, les aortiques à l'avancer. Des hémorrhagies utérines surviennent parfois dès ce moment. Pendant la vie génitale, les femmes sont exposées aux ménorrhagies, aux métrorrhagies, à la dysménorrhée et au catarrhe utérin. La ménopause, contrairement à la puberté, paraît hâtée par les lésions mitrales et retardée par les lésions aortiques. Les métrorrhagies de la ménopause ne sont pas rares. L'hypertension artérielle et l'artério-sclérose entrent pour une bonne part dans leur production. On voit aussi, mais rarement, se produire des pertes chez des femmes âgées, longtemps après la ménopause.

Les hémorrhagies utérines ne s'observent que chez les cardiaques en état d'eusystolie ou d'hyposystolie ; elles font place à l'aménorrhée, dès que survient l'asystolie confirmée.

Le *mycosis du pharynx*, étudié par M. Prévost, est caractérisé par l'apparition sur les amygdales, la base de la langue et quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx, l'épiglotte, etc., de petits points blancs, ayant la forme de champignons ou de « barbe de capucin » ou de têtes de clou. Ces points blancs mycosiques sont très adhérents, s'enlèvent difficilement avec la pince et récidivent parfois en 24 heures.

Les symptômes subjectifs sont inconstants; lorsqu'ils existent, ils se manifestent par une sensation de picotements, de chatouillement, de gêne, quelquefois de douleur à la déglutition. L'étiologie est très obscure. On rencontre cette affection de préférence chez les gens débilités, ayant déjà eu des inflammations de la gorge et le plus souvent chez la femme, de 15 à 30 ans. Le diagnostic est facile. Sa chronicité et sa bénignité la différencieront des autres affections de la gorge. Le pronostic est bénin. Le traitement consiste dans l'arrachement des points mycosiques, suivi de l'ignipuncture; et simultanément des gargarismes chauds à la résorcine.

M. Payot étudie le procédé de MM. Duplay et Cazin pour la cure radicale des hernies inguinales sans suture. Nous ne décrirons pas ici à nouveau la technique de cette opération à laquelle M. Payot ne propose aucun perfectionnement. Nous nous contenterons de donner les résultats des 28 cas dans lesquels cette méthode a été employée.

Sur les 28 opérés, 25 seulement ont été revus. En prenant pour base d'appréciation la règle de Lucas-Championnière qui dit que les récidives, lorsqu'elles doivent se produire, surviennent dans les 6 mois après l'intervention, 18 malades peuvent compter sur une cure absolument radicale : les 7 autres revus de 5 mois à 1 mois semblent devoir obtenir le même résultat. La cicatrice s'est montrée solide dans tous les cas : par la palpation on peut fréquemment percevoir le bouchon formé par le nœud au niveau de l'orifice par lequel tient ce cordon : 2 fois seulement la cicatrice est demeurée douloureuse à ce niveau.

La question de la fermeture de l'anneau crural a toujours vivement préoccupé les chirurgiens, car il est le plus souvent impossible d'en suturer les bords fibreux. On a préconisé divers moyens : l'un des plus ingénieux est la myoplastie imaginée par M. Schwartz, et qui consiste à prendre dans le voisinage immédiat de l'anneau un lambeau musculaire, à le relever et à le suturer au pourtour de l'orifice à obturer.

Toutes les hernies crurales opérables n'exigent pas la myoplastie comme cure radicale : ce sont les moyennes et surtout les grosses hernies qui bénéficient de ce procédé. Dans ces cas le procédé de M. Schwartz est celui qui donne le plus de succès : il n'y a eu, d'après M. Gesland, qu'une seule récidive sur 7 cas et encore le malade est-il très amélioré.

M. Gesland a recherché ce que devenait le lambeau musculaire : l'expérimentation lui a démontré qu'il ne subissait aucune atrophie.

De l'étude à laquelle M. Leboeuf s'est livré à propos de la hernie épigastrique, il résulte que la cure radicale en reste le seul traitement rationnel. Nous l'entreprendrons, dit-il, non à cause des complications très rares de cette variété de hernies, non à cause du volume de la tumeur habituellement toujours petit, mais parce que la cure radicale est le seul moyen que nous ayons de faire disparaître les accidents digestifs intenses dont la hernie épigastrique, quelle que soit sa nature est, le point de départ. Nous la ferons dès l'apparition de la tumeur, parce que si petite qu'elle puisse paraître elle est de gravité beaucoup plus grande qu'on ne se l'imagine et que l'opération semble tellement sûre qu'il n'y a aucune raison de la remettre (Lucas-Championnière). Nous la ferons complète, c'est-à-dire que nous nous rappellerons que la hernie comprend dans sa constitution le paquet de graisse sous-péritonéale dont la réduction constitue une opération elle-même incomplète (Lucas-Championnière).

D'où les quatre indications suivantes :

1° Suppression de la graisse sous-péritonéale.

2° Destruction de toutes les adhérences, souvent très solides, non seulement dans le voisinage de la hernie, mais le plus loin possible, de peur de laisser subsister des causes de douleurs très pénibles et absolument tenaces.

3° Ablation le plus haut possible avec la partie qui fait hernie de tout ce qu'on peut atteindre de l'épiploon intra-abdominal.

4° Enfin, destruction non seulement de la portion extra-abdominale du sac, mais aussi de celle qui remonte dans l'abdomen, et qui, laissée dans le ventre, créerait un infundibulum, amorce d'une hernie à venir.

La cystocèle crurale est moins rare qu'on ne l'a dit, M. Morin en a pu réunir 19 observations, desquelles il conclut qu'elle affecte de préférence le côté droit et se rencontre surtout chez la femme. La grossesse, les tumeurs du petit bassin constituent son étiologie la plus habituelle. De volume en général moindre que la cystocèle inguinale, elle peut comme celle-ci s'étrangler, et les symptômes qui traduisent cette complication, varient selon qu'il y a ou non entérocèle concomitante. Par rapport au péritoine, la cystocèle est para- ou extra-péritonéale. La première variété est la plus fréquente. On peut rencontrer dans le sac avec la vessie, l'intestin, l'épiploon ou l'ovaire : presque toujours il existe un lipome préherniaire.

La symptomatologie est remarquablement vague; il y a peu de signes du côté de l'appareil urinaire. Le pronostic est peu grave; le diagnostic presque impossible. On doit, au cours d'une opération de hernie crurale, penser toujours à la présence possible de la veine, car seule la hernio-laparotomie permettra dans ces cas d'éviter la blessure de cet organe.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Michelet (Jean). *Du canal vagino-péritonéal. Ses transformations et les hernies rares auxquelles elles peuvent donner lieu.* N° 81.

M. Trutié de Vaucresson (Emile). *Contribution à l'étude des adhérences herniaires.* N° 16.

Les hernies inguinales congénitales sont dues à la persistance du canal vagino-péritonéal. Un vice de conformation, une anomalie de développement de ce canal, peuvent donner à ces hernies un aspect particulier qui en fait des variétés rares, intéressantes pour le chirurgien. Ce sont ces hernies que M. J. Michelet étudie dans sa thèse.

Etablissant d'abord que la formation du canal péritonéo-vaginal est indépendante de la migration du testicule et que son oblitération est la règle à la fin de la vie intra-utérine, M. J. Michelet pense que dans les cas où cette oblitération, pour lui due chez l'homme à la station verticale, vient à manquer, il s'agit plutôt là d'un phénomène de retard que d'un arrêt définitif de développement. L'examen anatomique du conduit vagino-péritonéal, montre qu'il est formé de trois dilatations séparées par des rétrécissements et quelquefois même des diaphragmes, dont la disposition est loin d'être fixe. Il en résulte au moins trois variétés rares de hernies, ce sont :

1° La hernie *inguino-interstitielle*, dans laquelle les viscères se portent vers l'interstice des muscles de la paroi, qui par suite de l'obstruction de l'orifice externe, est le point de moindre résistance.

2° La hernie *inguino-propéritonéale*, qui est composée de deux poches dont l'une, interne, est développée entre le péritoine et le *fascia transversalis*, dont l'autre, externe, peut occuper dans le canal toutes les positions de la hernie congénitale commune.

3° La hernie *enkystée de la vaginale*, qui est formée par glissement des parties supérieures du canal, qui rentrent les unes dans les autres comme les tubes d'une lorgnette, réalisant ainsi trois sacs, dont les deux plus internes sont adossés par leur face externe; le viscère hernié se trouve donc contenu dans un kyste qui n'est autre que la vaginale distendue par du liquide.

Les hernies adhérentes au sac comportent un pronostic et une thérapeutique sur lesquels les chirurgiens ne se sont pas mis d'accord. Il faut donc savoir gré à M. de Vaucresson d'avoir apporté une nouvelle contribution à l'étude des *adhérences herniaires*, dans un travail très documenté.

Cet auteur établit deux classes d'adhérences herniaires : les adhérences charnues naturelles ou par glissement, et les adhé-

rences pathologiques. Pour les premières, il faut admettre l'existence d'une variété de hernie du cæcum primitive à sac incomplet (Jaboulay). Quant aux secondes, elles sont dues le plus souvent à la tuberculose herniaire à laquelle M. Renault a consacré récemment un important travail.

Quelle que soit l'origine des adhérences, elles peuvent être la source d'accidents très fréquents et très graves, à début généralement brusque et qui tiennent à l'irréductibilité de ces hernies et à l'étranglement qui en est la conséquence. Ainsi doit-on réserver le pronostic des entérocèles adhérentes : il faut opérer le plus tôt possible sous peine d'être entraîné à des interventions graves (entérectomie) en raison du sphacèle rapide et étendu de l'anse étranglée. Les épiplocèles adhérentes, sont généralement plus bénignes, l'intervention étant alors plus simple.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Urémie (Le alterazioni del systema nervoso centrale nella uremia experimentale), par Donelli (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 30 mai 1897, n° 64, p. 675). — Néphrectomie bilatérale chez des lapins; les animaux survivaient de 3 à 5 jours. Les lésions des cellules nerveuses mises en évidence par la méthode de Golgi prédominaient dans l'écorce cérébrale (atrophie variqueuse des prolongements); par contre, les lésions révélées par la méthode de Nissl (chromatolyse et déplacement du noyau), étaient plus nombreuses dans le cervelet et la moelle. Suivant l'auteur, l'aspect de ces lésions cellulaires n'est pas caractéristique de l'urémie expérimentale, il se retrouve dans d'autres intoxications; et rien ne permet de préjuger que des lésions cellulaires identiques se retrouvent chez l'homme, dans l'urémie par néphrite.

Maladie de Little (Le diplegie cerebrali dell' infanzia, malattia de Little), par Roberto Massalongo (*Il Policlinico*, 1897). — M. Massalongo comprend sous la dénomination de maladie de Little toutes les variétés de diplégie cérébrale infantile; de plus, il montre que ces affections n'ont pas seulement pour cause prochaine l'accouchement laborieux ou prématuré, la naissance en état d'asphyxie, mais qu'elles peuvent encore être produites par une infection après la naissance.

Dans tous les cas la lésion de la maladie de Little intéresse le cerveau ou ses enveloppes; mais cette lésion n'est elle-même que secondaire à une intoxication. L'intoxication (syphilis ou alcoolisme des parents, infection intra ou extra-utérine) agit directement sur le cerveau ou rend ses artères susceptibles de faire une lésion à l'occasion des incidents de l'accouchement. Donc, la toxi-infection est la cause première qui régit d'un côté, en partie les irrégularités de la grossesse (grossesse pénible) et de l'accouchement (accouchement prématuré), et d'un autre côté, suscite les lésions encéphaliques provocatrices des symptômes. Les lésions encéphaliques existent toujours; toujours il s'agit d'une altération de l'archineurone centrifuge. L'auteur rejette complètement les vues de M. Van Gehuchten qui distingue une forme de rigidité à substratum uniquement spinal, ayant pour étiologie la naissance prématurée, et pour pathogénie le défaut de développement du faisceau pyramidal. 7 observations, figures remarquables.

CHIRURGIE

Chirurgie de l'estomac et de l'intestin (Zur Casuistik der Resectionen und Enteroanastomosen am Magen Darmkanal), par Eiselsberg (*Arch. f. klin Chirur.*, 1897, vol. LIV, p. 568). — Le travail s'appuiesur 40 cas d'interventions diverses sur le tube digestif pour cancer, tuberculose, etc. Dans 20 cas on a fait la résection complète des partiee malades, 1 fois la pyloroplastic, 1 fois la jéjunotomie, 1 fois la gastrotomie.

Sur les 40 opérations on a eu 28 guérisons par première intention, 4 suppurations, 7 morts, 1 échec opératoire.

Sur les 7 cas de mort il s'agissait une fois d'un individu chez lequel on trouva une péritonite qui ne fut pas arrêtée par l'opération; 2 fois d'individus opérés dans un état lamentable (gastro-entérostomie, lymphosarcome de l'intestin) et qui ont succombé 48 heures après l'opération. Trois opérés ont succombé à la septicémie.

Immigration des fils dans la vessie de la femme après les opérations (Ueber Immigration von Fadenschlingen in die weibliche Blase post Operationen), par G. Kalischer (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 4, p. 53). — L'auteur rapporte deux cas de ce genre. Dans l'un, la malade a été prise brusquement quelque temps après une ovariotomie, de phénomènes de cystite violente. A l'examen cycloscopique on trouva à 1 centimètre au-dessus de l'orifice uretéral gauche une plaque ecchymotique des dimensions d'un haricot, entourée d'œdème bulleux. L'incision de la plaque fit sorlir une petite quantité de pus sanguinolent et permit alors de constater au fond de l'abcès un fil de ligature qui fut enlevé à l'aide de la pince du cystoscope. Les mêmes phénomènes ont existé dans un autre cas où la cystite éclata 6 semaines après l'ablation des annexes par voie abdominale.

L'auteur est d'avis de n'enlever ces fils que lorsqu'ils sont déjà bien mobilisés, car autrement leur extraction est très difficile, souvent même impossible.

Mastoïdite suppurée avec symptômes d'une névralgie du trijumeau (Ueber eine unter dem Bilder einer Trigeminusneuralgie latent verlaufende centrale Ostitits Processus Mastoidei), par Spira (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, nos 17 et 18). — Il s'agit d'un homme de 73 ans qui, au cours du traitement d'une otite muqueuse suppurée droite, est pris, après une attaque d'influenza, de symptômes de névralgie du trijumeau du même côté. L'otite guérit facilement et rapidement, mais ce n'est que quatre mois après, quand apparaissent les symptômes d'une mastoïdite qu'on songe à un rapport possible entre celle-ci et la névralgie du trijumeau. On trépane, on trouve du pus et le malade guérit de sa névralgie.

MÉDECINE PRATIQUE

Régime et hygiène des tabétiques.

D'après le Rapport qui sera lu par M. le professeur Grasset au *Congrès international des sciences médicales* à Moscou.

Ne manger ni charcuterie, ni gibier, ni viande faisandée, ni crustacés; manger beaucoup de légumes verts, légumes secs en purée, viande bien cuites... Ni tabac, ni alcool. Boire aux repas de l'eau d'Evian additionnée de 50 centig. de benzoate de lithine par bouteille.

On peut, dix jours par mois, boire du lait en mangeant comme boisson exclusive au repas et, deux fois par an, au printemps et à l'automne, prendre 25 bouteilles d'eau de Vittel (grande source) : une bouteille tous les matins, par demi-verre, de demi-heure en demi-heure, entre les deux déjeuners, se promenant dans l'intervalle.

Eviter l'encombrement intestinal et les fermentations vicieuses : une purgation de temps en temps fera du bien. On pourra joindre des antiseptiques (naphtol et salol : 0 gr. 50 de chaque au repas).

Si la sclérose a envahi simultanément d'autres organes que la moelle (artères, veines, cœur), le régime sera plus sévère et le lait devra commencer à occuper une large place dans l'alimentation; les viandes seront bien cuites et très divisées. On pourra même en arriver à conseiller le lait comme boisson exclusive aux repas.

Enfin si la sclérose a envahi en même temps que la moelle, des organes de première importance pour la destruction ou l'élimination des poisons, comme le foie et le rein, le régime, devenu très étroit, sera par exemple le suivant : le matin à

8 heures, un bol de lait, à midi déjeuner ordinaire et eau vineuse, à 4 heures du soir un bol de lait, à 7 heures soupe au lait, légumes au lait et bol de lait, à 10 heures bol de lait (ainsi que la nuit s'il y a un réveil spontané ou deux).

Si même la sclérose rénale était portée à un haut degré, il faudrait imposer le régime maigre ou le régime lacté absorbé et exclusif, au moins pour un temps.

Le tabétique doit éviter les excès de tout genre, notamment les excès génésiques est aussi les excès d'alcool ou de tabac. Il doit vivre à la campagne dans un climat tempéré en plein air, loin des préoccupations des affaires, des agitations politiques ou professionnelles des grandes villes, loin des cafés, des cercles et des salles de jeu, ne se permettant qu'un travail intellectuel modéré, pour occuper son esprit dans un sens différent du sens habituel de ses travaux.

Un point plus délicat à régler est celui des exercices du corps. La gymnastique réglée de Frenkel rend de grands services. Il ne faut donc pas immobiliser le tabétique comme certains neurasthéniques. Il faut le faire marcher, mais sans excès, c'est-à-dire que le tabétique ne doit pas se forcer; il ne doit faire que ce qu'il peut sans fatigue il doit rester en deçà de la lassitude, sauf à renouveler les séances. En d'autres termes, il faut permettre et conseiller l'usage et l'exercice des mouvements encore possibles, mais ne jamais tolérer l'abus, le surmenage. C'est ce qu'exprime Erb quand il dit aux tabétiques : Vivez comme des vieux.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Thymolate de mercure.

Généralités. — Préparation insoluble dans l'eau, ayant tous les inconvénients des combinaisons similaires, sans présenter aucun avantage. Doit donc être rejetée de la pratique courante.

Dose. — *Chez l'adulte* : 5 à 10 centigrammes par injection. Une injection par semaine.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Très douloureuse.

b) *Eloignés* — Nodus, abcès, accidents d'intoxication générale, très fréquents.

FORMULE.

Thymolate de mercure	1 gr.
Vaseline liquide *stérilisée*	10 gr.

1/2 à 1 centimètre cube.

(D'après J. Bocquillon.)

Thymolacétate de mercure.

Généralités. — Les observations qui précèdent sont entièrement applicables au thymolacétate de mercure. C'est une préparation insoluble qui présenterait l'avantage d'être parfaitement assimilable pour les tissus (Tranjen de Sistow). Cette appréciation favorable n'a pas été confirmée par des travaux subséquents. Nous croyons donc devoir conseiller de ne l'accepter qu'avec les plus expresses réserves.

Dose. — *Chez l'adulte* : 5 à 10 centigrammes par injection. Une injection par semaine.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Modérément douloureuse, se résorberait facilement.

b) *Eloignés.* — Les accidents *tardifs* d'intoxication ne seraient pas aussi à craindre qu'avec les autres préparations insolubles. Peu d'accidents locaux.

FORMULES

Thymolacétate de mercure	0 gr. 75
Paraffine liquide	10 gr.

1 centimètre cube.

(Tranjen de Sistow.)

Thymolacétate de mercure	1 gr.
Glycérine	10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10

1 centimètre cube par semaine.

(Lœwenthal.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exploitation du corps médical. L'exercice illégal et la loi Chevaudier.

Il y a quelques années, j'avais signalé la désinvolture avec laquelle on traite parfois le médecin, surtout le médecin de campagne. Il semblait, disais-je, que, par tous les temps et à toute heure, il soit tenu de répondre aux injonctions de ses clients — voire même de ceux qui ne sont pas malades. J'avais cité, à ce propos, plusieurs histoires édifiantes; je n'en rappellerai qu'une seule.

Un médecin de Seine-et-Oise est réveillé à 2 heures du matin, par un froid de — 15°. Il s'agit, lui dit-on, d'un enfant très malade, dans un hameau à 8 kilomètres de distance. En vain le médecin cherche-t-il à s'excuser en raison de sa fatigue, du mauvais temps, etc. Il lui faut faire atteler et suivre coûte que coûte le miséreux qui l'appelle à son secours. Arrivé à la masure où loge celui-ci le médecin n'arrive qu'avec peine à faire ouvrir la porte d'une chaumière où tout repose en paix. Le maître du logis, qui y pénètre le premier, fait taire sa femme, qui l'agonise d'injures, va au berceau de l'enfant qui dormait à poings fermés, s'excuse près du médecin en affirmant « qu'il était ben malade quand il l'avait quitté ». Et le médecin n'a qu'à refaire ses 8 kilomètres sans avoir même songé à réclamer des honoraires. Le lendemain, on lui apprenait que le paysan, qui était venu le chercher, avait fait le pari de se faire conduire gratis en voiture depuis la gare où l'amenait un train venant de Paris jusqu'à son domicile. Ce pari, il l'avait gagné. En descendant du train, il avait été frapper à la porte d'un médecin, et, sous prétexte de l'emmener voir un malade, il s'était fait ramener chez lui.

Que pouvait faire notre confrère? Actionner devant le juge de paix ce facétieux client? Il eût été la risée du pays.

Il s'était donc borné à conter l'histoire à ceux qui le venaient chercher et à réclamer « une provision », comme disent les avocats, avant de se déranger.

Si tous les médecins pouvaient faire de même, combien en est-il qui dormiraient tranquilles!

Mais nous ne sommes pas en Angleterre, où chaque visite est immédiatement soldée, et il faut compter avec les mauvais clients. Encore conviendrait-il que ceux-ci ne fassent pas intervenir la force armée pour obliger le médecin à exercer sa profession.

C'est cependant ce qui arrive parfois, si nous en croyons la lettre suivante, qui nous est transmise par M. le Dr Bousquet, directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont, et président du Syndicat médical du Puy-de-Dôme. Nous la reproduisons textuellement :

Monsieur le Président du Syndicat médical du Puy-de-Dôme.

J'ai l'honneur de vous signaler en mon nom et au nom de mon confrère le Dr Chouvet les faits suivants : Dans la nuit du

27 au 28 juin dernier, entre onze heures et minuit, un individu de Sainte-Florine (Haute-Loire), le nommé Setier, se rendait chez moi pour me prier de venir voir un malade à Sainte-Florine. Ma mère se trouvant seule à la maison, n'entendit pas les appels réitérés de Setier qui dut se retirer et aller frapper à la porte de mon confrère Chouvet. Ce dernier étant aussi hors de chez lui, Mme Chouvet répondit que le docteur était absent. L'individu de Sainte-Florine repartait tranquillement pour sa localité, lorsqu'il fut accosté par le citoyen *Jean-Louis Sauvat*, maire de Brassac-les-Mines, qui s'enquit du motif de sa présence sur sa commune à lui, Sauvat, à une heure si tardive. Dès que cet honorable magistrat eut été mis au courant de ce qui s'était passé, il affirma « qu'il saurait bien, lui, faire lever ces *cochons de médecins*, ces fainéants » etc. Accompagné de deux de ses administrés, il s'empressa de conduire Setier à la gendarmerie, somma deux gendarmes d'avoir à se lever et à l'accompagner. Les deux gendarmes, sans aucun mandat de réquisition, se hâtèrent d'exécuter l'ordre de M. le Maire et toute la bande se rendit en face de mon habitation. Là, les deux gendarmes et l'individu de Sainte-Florine ouvrirent la petite grille, pénétrèrent dans la cour et le jardin (la maison est à 20 mètres environ de la route) et allèrent frapper à ma porte. Ma mère fut éveillée, et malgré ses affirmations que j'étais absent, les gendarmes ne se retirèrent qu'après s'être assurés qu'un de mes chevaux manquait à l'écurie. Pendant ce temps Jean-Louis Sauvat et ses deux acolytes surveillaient de la route cette remarquable opération.

De chez moi, le cortège se rendit chez notre confrère M. le Dr Chouvet, où la même cérémonie se reproduisit. Tels sont les faits. Plainte a été portée à M. le Procureur de la République à Issoire, qui ne nous a pas encore répondu. Comme il y va de la dignité du Corps médical, j'ai pensé devoir vous en aviser pour que vous nous aidiez à réprimer cet inqualifiable abus de pouvoir.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, etc.

Dr Menut (Brassac-les-Mines).

Le bureau du Syndicat médical se porte garant de l'authenticité des faits ci-dessus relatés et s'efforcera de leur donner la plus grande publicité possible. Considérant que dans les actes rapportés par M. le Dr Menut il y a eu, non seulement atteinte à la dignité du corps médical, mais *violation nocturne* du domicile de deux de nos concitoyens, le Syndicat médical du Puy-de-Dôme, chargé de faire respecter les prérogatives du corps médical dans ce département, demande à l'autorité compétente de faire respecter les droits des citoyens.

Il se solidarise, en cette circonstance, avec ses confrères de Brassac et s'efforcera par tous les moyens légaux de leur rendre justice.

Pour le bureau du Syndicat,

Le Président :

Dr H. Bousquet.

Nous ne pouvons qu'encourager le Syndicat du Puy-de-Dôme à poursuivre le maire de Brassac et à lui apprendre que la loi de 1892, si mal qu'elle ait été rédigée, n'a pas du moins rendu obligatoire, pour le médecin, la réquisition du premier venu.

Mais que nous avions raison de protester contre certains articles de cette loi, ou tout au moins contre les commentaires qui, devant la Chambre, ont précédé le vote de ses articles!

Le dernier rapport lu par M. le Dr Gripat, président du syndicat d'Angers, à la séance annuelle de l'Association médicale de Maine-et-Loire, est à cet égard des plus suggestifs. Déjà, en 1894, une femme Blin, condamnée dans la Sarthe pour exercice illégal de la médecine, avait été acquittée par la cour d'Angers qui, s'appuyant sur les paroles du Dr Chevaudier, avait déclaré que les magnétiseurs qui ne prescrivent pas de médicaments et les masseurs qui ne réduisent ni fractures ni luxations ne peuvent être poursuivis pour exercice illégal.

A la suite de ce jugement que nous avons reproduit, un sieur Mourus, qui exerçait au Mans, vint à Angers, y répandit une brochure pour dire que *les magnétiseurs sont autorisés à Angers*, y fit connaître l'École du magnétisme de Paris, où l'on crée des magnétiseurs praticiens et des magnétiseurs professeurs. Puis il ouvrit un cabinet de thérapeutique magnétique, et, bien entendu, il obtint des cures merveilleuses.

En vain le syndicat de Maine-et-Loire s'efforça-t-il de montrer qu'en traitant par le magnétisme le choléra infantile ou la fièvre typhoïde, le sieur Mourus a contrevenu à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. Ainsi que nous l'avons annoncé, le tribunal lui a répondu « qu'il ressort du rapport fait à la Chambre par M. le député Chevaudier que jamais il n'est entré dans l'intention de la commission de viser les masseurs et magnétiseurs, les articles punissant l'exercice illégal ne pouvant leur être appliqués, *ajoute le rapporteur*, que le jour où ceux-ci sortiraient de leurs pratiques habituelles, et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments et chercheraient à réduire des luxations ou des fractures ». Et le sieur Mourus a été acquitté. Il vient de l'être une fois encore par la cour d'Angers, et il nous faut rechercher les moyens de faire admettre par la Cour de cassation que l'interprétation de la loi, telle qu'elle a été faite par M. Chevaudier, est singulièrement abusive. Y arriverons-nous? L'association générale, qui soutient en ce moment un autre procès plus difficile encore à gagner, prêtera son appui à l'Union des syndicats pour essayer de faire comprendre que « prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des malades » ne signifie pas qu'il faut, pour cela, rédiger des ordonnances magistrales ou faire avaler des drogues. Mais on comprend que les médecins d'Angers ne soient pas contents. Nous pensons cependant que M. le Dr Gripal a été un peu loin en écrivant : « A vrai dire, M. Chevaudier n'avait pas prévu que des magnétiseurs comme Mourus auraient l'audace d'ouvrir des cabinets de thérapeutique magnétique, et d'ailleurs, étant à la tête d'une maison d'hydrothérapie, il pouvait, avec quelque apparence de raison, considérer certains masseurs et magnétiseurs comme des auxiliaires à protéger ou à ménager. » Certes, nous n'approuvons pas la manière dont la loi de 1892 a été défendue par M. le Dr Chevaudier, mais nous croyons que seul le désir de la faire aboutir *quand même* a dicté au Dr Chevaudier les paroles imprudentes qui sont interprétées si judaïquement. Il n'avait pas à ménager une catégorie de gens qui ne peuvent que faire du tort, même et surtout, aux spécialistes.

Quoiqu'il en soit, on se bercerait de singulières illusions si l'on espérait obtenir une revision de la loi de 1892. Nous en avons pour de longues années. Le mieux est donc d'essayer d'en faire interpréter les articles litigieux dans un esprit un peu large et plus conforme à l'équité que ne l'ont compris les juges d'Angers. C'est pourquoi nous irons en cassation.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Sur un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude à foyer huméral précisé par les rayons X (p. 733).

NEUROPATHOLOGIE. — Goître exophthalmique (p. 735).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Cure radicale des hernies (p. 736). — Traitement chirurgical du goître exophthalmique. — *Société anatomique :* Position de la rate. — Ovaro-salpingite. — Cancer de la langue. — Epithélioma œsophagien. — Tubercule bulbaire. — Gastro-entéro-anastomose (p. 737). — *Société de biologie :* Appendicite. — Inversion totale des viscères. — Glandules parathyroïdes. — Distinction de la substance agglutinante et de la substance immunisante chez les typhiques. — *Société de chirurgie :* Hystérectomie abdominale totale (p. 738). — Etranglement du nerf cubital. — Tumeur sublinguale. — Fistule vésico-utérine. — *Société médicale des hôpitaux :* Névralgie phrénique. — Cancer succédant à l'ulcère de l'estomac (p. 739). — Mouvement associé de flexion de la cuisse dans l'hémiplégie organique. — Syringomyélie et lèpre (p. 740). — Bleu de méthylène (p. 741). — *Société nationale de médecine de Lyon :* Périphlébite. — Phlébite typhique. — Radiographies. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Recherches expérimentales sur l'apomorphine. — Désinfection par le formol. — Sérothérapie anti-streptococcique (p. 742).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Russie. *Société de médecine de Saint-Pétersbourg :* Traitement de la pneumonie (p. 742). — Méningite tuberculeuse. — Traitement du typhus. — Lymphangiome tubéreux. — Rachitisme congénital. — Métrite disséquante (p. 743). — Opération césarienne. — Déciduome malin. — Tumeur kystique des petites lèvres. — *Société médicale de Kief :* Traitement des hémiplégies. — Gangrène du poumon (p. 744).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude à foyer huméral précisé par les rayons X,

Par Albert Mouchet,

Interne à l'hôpital Trousseau, aide d'anatomie des hôpitaux.

Le 27 janvier 1896, notre maître, M. le professeur Lannelongue, présentait à l'Académie des sciences une note où il montrait les avantages des rayons X dans le diagnostic de certaines affections osseuses. Il citait, entre autres faits, une tuberculose phalangienne du médius gauche dont les lésions avaient été exactement précisées par la radiographie. Depuis cette époque, beaucoup d'autres faits analogues ont été signalés tant en France qu'à l'étranger. Celui que nous avons observé dernièrement dans le service de notre maître, le Dr Broca, suppléant M. le professeur Lannelongue, nous paraît si démonstratif que nous n'hésitons point à le publier.

Il s'agit d'un jeune garçon de 3 ans, Alfred R..., entré à l'hôpital Trousseau le 26 mars 1897 pour une lésion du coude gauche.

Les parents, bien portants, nous racontent qu'ils ont perdu leur autre enfant de tuberculose pulmonaire et méningée. Celui-ci, venu à terme, a été nourri au sein pendant 18 mois; il a commencé à marcher à 11 mois. A part une bronchite à 6 mois, il n'a jamais eu d'autre maladie, et il est dans un bon état de santé générale. Cependant à l'heure actuelle, nous remarquons sur le bras droit, sur la région trochantérienne gauche et sous la malléole péronière gauche, de petites cicatrices de gommes tuberculeuses. Impétigo du cuir chevelu et du pavillon de l'oreille gauche.

C'est pour le coude gauche de leur enfant que les parents viennent consulter. A l'âge de 6 semaines déjà, celui-ci aurait eu le bras gauche tiraillé et aurait été traité par l'immobilisation du coude à l'hôpital Trousseau pendant quelques jours. Etait-ce une simple contusion du coude, une luxation ou une fracture? la mère ne saurait le dire; ce qu'elle affirme, c'est que l'enfant a recouvré très vite tous ses mouvements et qu'il ne s'est plus jamais plaint du coude depuis cette époque.

Il y a 3 semaines, on aurait de nouveau tiraillé le bras de l'enfant en voulant le soulever du sol. C'est du moins à cet incident que la mère rapporte le début de l'affection actuelle du coude gauche.

En examinant ce coude, nous constatons une attitude spéciale de l'avant-bras qui forme avec le bras un angle un peu supérieur à l'angle droit, et qui reste dant une position intermédiaire à la pronation et à la supination. L'angle normalement ouvert en dehors du bras avec l'avant-bras est un peu exagéré.

Le coude est augmenté de volume; cette augmentation se rapporte très nettement à la seule extrémité inférieure de l'humérus qui est uniformément hypertrophiée. En même temps sur le côté externe du condyle, on voit et on sent une tumeur régulièrement arrondie, du volume d'une noisette.

Cette tumeur est fluctuante, adhérente aux plans profonds; la peau est mobile à sa surface et ne présente aucune modification dans sa coloration ou dans son épaisseur.

Les troubles fonctionnels sont notables; l'extension ne dépasse pas 110° à 120°, la flexion s'arrête à 80°; la pronation et la supination sont limitées et la tête radiale crépite légèrement dans ces mouvements.

Douleur assez vive dans toute cette exploration, surtout marquée dans la palpation de l'humérus.

En somme le diagnostic s'impose : arthrite tuberculeuse du coude ayant son point de départ dans un foyer osseux de l'extrémité inférieure de l'humérus, abcès ossifluent de la région externe. Les commémoratifs de traumatismes répétés du coude permettent seulement de songer à la possibilité de lésions osseuses anciennes, sur l'influence desquelles nous ne sommes point fixés.

Le malade est radiographié le 2 avril dans le laboratoire de M. Albert Londe, à qui nous devons les belles épreuves reproduites ici.

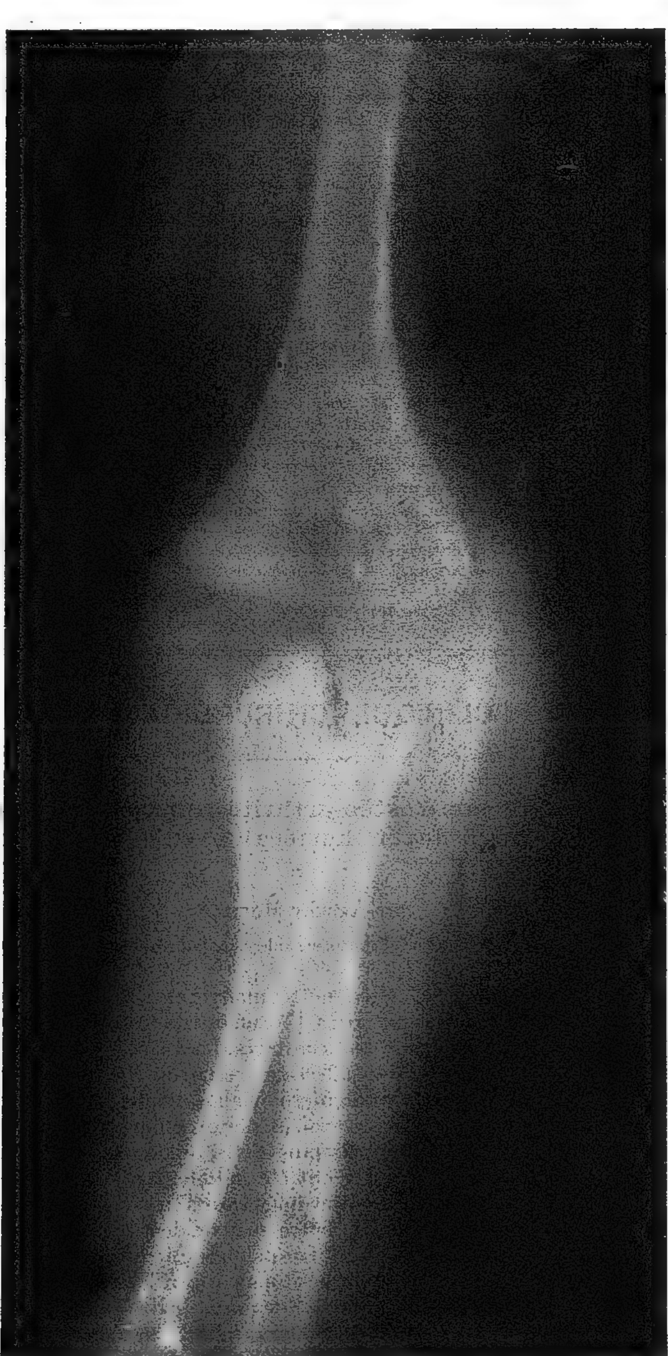
On est frappé de suite par l'augmentation notable de l'extrémité inférieure de l'humérus; mais, vu sa régularité, vu la conservation des rapports normaux entre les os de l'avant-bras et celui du bras, il ne paraît pas qu'il existe la moindre trace d'une luxation ou d'une fracture ancienne du coude.

Dans la partie externe de l'humérus, au-dessus du condyle encore à l'état de point épiphysaire, on constate la présence d'une surface arrondie, plus claire que l'os voisin, plus facilement traversée par les rayons X. Cette surface nous semble devoir répondre à la présence d'un foyer tuberculeux ramolli en ce point de l'humérus. C'est effectivement ce que l'opération nous prouva quelque temps après.

Retardée par une rougeole que l'enfant contracta sur ces entrefaites, l'intervention fut pratiquée seulement le 11 mai sous chloroforme. Le petit abcès ossifluent s'était

un peu accru dans l'intervalle et la peau commençait à contracter avec lui quelques adhérences.

M. le Dr Broca voulut bien nous confier l'opération. Une incision verticale de 4 à 5 centimètres menée sur le côté externe du coude nous amène sur une petite tumeur adhérente au condyle huméral. Nous la disséquons aux ciseaux courbes, ne l'ouvrant qu'au niveau de son adhérence à l'os. Il s'écoule un pus grumeleux, chargé de débris caséeux. Le périoste est incisé, décollé à la rugine, et notre curette tombe de suite dans la petite cavité osseuse dont la radiographie nous avait décelé la présence. Cette petite cavité, remplie de fongosités tuberculeuses, est bien limitée à la région sus-condylienne; après évidement, elle apparaît entourée d'une coque osseuse épaisse, que la curette n'entame point. Nous n'entrons



pas dans l'articulation qui semble ne renfermer ni épanchement ni fongosités. Nous profitons de l'anesthésie chloroformique pour explorer les mouvements de l'articulation, la flexion peut aller jusqu'à 70° à 65°, la pronation et la supination sont à peu près normales; l'extension complète est impossible, elle reste à 130°.

Après un attouchement avec la solution de chlorure

de zinc au 1/10 la cavité osseuse est tamponnée à la gaze iodoformée, et le coude est immobilisé à angle droit avec une attelle en zinc coudée.

Pas de sutures des téguments.

Les suites opératoires furent des plus simples. Les pansements sont répétés tous les 4 jours environ : chaque fois, le fond de la cavité est bien bourré de gaze iodoformée et le foyer se comble très rapidement.

Le 17e jour, jour où l'enfant quitte le service, il ne reste plus qu'une petite fistule insignifiante aboutissant à une infime cavité osseuse où il est impossible de faire pénétrer une mèche de gaze. Les mouvements du coude sont restés ce qu'ils étaient avant l'intervention, ils oscillent entre 70° et 110°. L'état général de l'enfant est excellent.

Nous devons jusqu'à nouvel ordre considérer l'enfant comme guéri de cette tuberculose locale dans les meilleures conditions possibles; et nous ne croyons pas devoir attacher d'importance à l'augmentation de volume du cubitus, peu considérable, il est vrai, mais réelle, que montrait la radiographie.

En somme, nous voyons dans ce cas les rayons X apporter à l'examen clinique une confirmation d'une précision tout à fait remarquable.

NEUROPATHOLOGIE

Nature et traitement du goître exophthalmique,

Par M. le Dr Ch. Abadie.

Pour expliquer la genèse de la maladie de Basedow, 3 théories principales se partageaient encore naguère la faveurs des cliniciens.

Au dernier congrès de médecine allemande, le Dr Eulenburg (de Berlin) a parlé de la théorie hématique, de la théorie nerveuse et enfin de la théorie thyréogène, ne sachant trop à laquelle donner la préférence.

Quand, pour la pathogénie d'une maladie unique, il existe 3 théories absolument différentes les unes des autres, il est à craindre qu'elles ne soient vraies ni les unes ni les autres.

La dernière en date, la théorie thyréogène, qui a rallié le plus grand nombre de partisans et qui semblait, en effet, la plus séduisante, est celle qui a eu les conséquences les plus fâcheuses au point de vue thérapeutique. Les interventions sur le corps thyroïde ont été et sont encore journellement mortelles, et il serait grand temps qu'elles fussent enfin définitivement abandonnées. J'espère démontrer qu'elles sont inutilement dangereuses, qu'elles ne présentent aucune chance sérieuse de succès et qu'elles ne s'adressent pas à la véritable nature du mal.

Dans une communication faite au dernier Congrès de chirurgie, je me suis déjà appliqué à réfuter la théorie qui considère le goître exophthalmique comme ayant son point de départ dans une hypertrophie du corps thyroïde.

Sans vouloir reprendre longuement les arguments déjà fournis, je rappellerai que dans le goître exophthalmique l'intensité excessive des battements artériels reste limitée dans le territoire desservi par le sympathique cervical.

De plus, il n'y a pas toujours proportionnalité entre le volume du goître et l'exophthalmie. Cette dernière peut être excessive alors que l'hypertrophie thyroïdienne est presque insignifiante, et inversement; preuve péremptoire que l'exophthalmie n'est pas sous la dépendance de l'hypertrophie de la thyroïde.

A cette théorie thyroïdienne inexacte, j'en ai substitué une autre, celle de l'excitation permanente des vaso-dilatateurs du sympathique cervical. Je concluais en disant qu'il fallait renoncer à toute tentative chirurgicale sur le corps thyroïde et agir sur le sympathique cervical en pratiquant sa section entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion moyen.

Depuis, les faits sont venus confirmer la théorie que je soutenais. Dans tous les cas de goître exophthalmique où la section du sympathique a été pratiquée, l'exophthalmie et le goître ont rétrocédé. Jaboulay, qui le premier a fait cette opération, l'a répétée depuis 5 fois avec succès. Les chirurgiens qui l'ont imité ont réussi également.

Au contraire, les tentatives chirurgicales pratiquées sur le corps thyroïde ont continué à donner des résultats désastreux.

Les cas de mort à la suite de thyroïdectomie partielle ou simplement de mise à nu du corps thyroïde pour provoquer son atrophie (exothyropexie) se sont multipliés. L'inquiétude et l'embarras des chirurgiens s'attaquant au corps thyroïde sont devenus d'autant plus grands que ces morts presque subites ou survenant très rapidement après l'opération restaient jusqu'ici inexpliquées.

On a bien invoqué l'hypothèse d'une intoxication aiguë produite par l'introduction directe du suc thyroïdien dans le courant sanguin, mais cette hypothèse ne saurait résister à un examen sérieux. La glande thyroïde, en effet, n'est pas un réservoir dans lequel s'accumule une substance toxique, c'est une glande qui sécrète au fur et à mesure des besoins de l'économie.

En l'enlevant plus ou moins complètement, on ne peut que diminuer ses produits de sécrétion; témoin le crétinisme avec myxœdème qui a succédé parfois à des ablations trop étendues. Enfin, la preuve irréfutable que la mort ne saurait être attribuée à l'intoxication aiguë par déversement direct dans le sang du suc thyroïdien nous est fournie précisément par l'exothyropexie.

Dans cette opération, en effet, on ne touche pas au corps thyroïde, on se contente de l'attirer en avant et de le mettre à nu; or, c'est celle qui compte à son actif le plus d'issues funestes.

Avec la théorie pathogénique que j'ai donnée du goître exophthalmique, tous ces accidents s'expliquent au contraire aisément. Quand on fait une thyroïdectomie partielle, on est obligé de tirailler les filets nerveux du sympathique, de laisser dans la plaie des ligatures qui les irritent; d'où, par suite réflexe, augmentation de l'excitabilité des vaso-dilatateurs et aggravation des symptômes pouvant aller jusqu'à la mort. Dans l'exothyropexie, où tout le corps thyroïde est porté en masse en avant, ces tiraillements atteignent leur maximum d'intensité. C'est aussi dans ces cas que la mort est plus fréquente.

Un autre fait clinique vient encore à l'appui de la théorie que je soutiens. Les chirurgiens qui ont pratiqué la thyroïdectomie partielle ont été surpris par des hémorrhagies formidables, hors de proportion avec le volume à enlever, hémorrhagies très difficiles à arrêter. Cela s'explique par la vaso-dilatation active des parois des artères qui, malgré leur section, maintient leur calibre béant.

Dans le goître exphthalmique, l'hypertrophie thyroïdienne n'est pas primitive; elle est consécutive à la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes qui fournissent à la glande un apport nutritif trop considérable. L'exoph-

thalmie est due à la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires. En coupant le sympathique cervical entre le ganglion supérieur et le ganglion moyen, on fait cesser la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-oculaires, d'où la disparition de l'exophthalmie et la vaso-dilatation de la thyroïdienne supérieure qui est l'artère principale nourricière du corps thyroïde, d'où rétrocession du goître.

Quant à la thyroïdienne inférieure émanant de la sous-clavière, ayant par suite aussi une innervation différente, son rôle est presque insignifiant.

Le traitement de choix dans le goître exophthalmique devra donc être non plus l'ablation plus ou moins complète du corps thyroïde, mais bien la simple section ou au plus l'excision d'une petite portion du sympathique cervical. L'extirpation complète du cordon et de ses ganglions, proposée par quelques chirurgiens, me paraît inutile, car ce n'est pas d'une lésion matérielle intéressant le cordon cervical et ses ganglions qu'il s'agit ici, mais bien simplement d'une excitation anormale, partie des centres de la partie supérieure de la moelle et du bulbe et agissant par l'intermédiaire des vaso-dilatateurs sur les vaisseaux de la tête et du cou.

Une fois cette section faite, le calibre des vaisseaux cessant d'être dilaté outre mesure et redevenant normal, tous les phénomènes morbides provoqués par cette dilatation excessive rétrocèdent peu à peu.

Toutes ces raisons me paraissent démontrer jusqu'à l'évidence que l'on doit s'abstenir de toucher à la glande thyroïde dans la maladie de Basedow.

Mais, nous dira-t-on, les cas de guérison obtenus par ce mode de traitement, qu'en faites-vous? Ces cas de guérison n'existent pas. Tout ce qu'on a obtenu, quand le malade n'a pas succombé après l'extirpation partielle ou n'est pas devenu crétin et myxœdémateux à la suite de l'ablation complète, c'est qu'il a été simplement débarrassé d'une portion de son goître. Le plus souvent même, ce n'est que momentanément, car, d'ordinaire, le moignon resté en place s'hypertrophie de nouveau.

Quant à l'exophthalmie, à la tachycardie, elles ne subissent aucune modification, ce qui prouve bien encore une fois de plus leur indépendance vis-à-vis de la thyroïde.

Par contre, comme on pouvait s'y attendre d'après les considérations qui précèdent, tous les cas de goître exophthalmique traités jusqu'ici par la section du sympathique cervical n'ont donné lieu à aucun mécompte et ont été suivis de résultats satisfaisants. Chose remarquable et qui confirme bien notre théorie, c'est surtout le goître qui a toujours bénéficié le plus de la section du sympathique cervical. Pourquoi? Parce que l'hypertrophie thyroïdienne est presque exclusivement sous la dépendance de l'artère thyroïdienne supérieure, de beaucoup la plus importante, et dont les filets vaso-dilatateurs émanent tous du ganglion supérieur. La section au-dessous de ce ganglion supprime ainsi tous les filets nerveux qui se rendent à cette artère et lui fait reprendre définitivement son calibre moyen.

Quant à l'exophthalmie, elle a toujours été grandement améliorée, mais sans disparaître complètement; parfois même, elle semble avoir eu une certaine tendance à se reproduire.

C'est ce qui est arrivé précisément à la malade dont M. Gérard Marchant a rapporté l'histoire récemment. Dans ces cas-là, il est inexact de parler de récidive, car un retour à l'exorbitisme primitif n'est jamais à craindre. Il y a simplement persistance d'un peu d'exophthalmie, ce qui tient probablement à ce que tous les filets nerveux qui règlent la vasodilatation rétro-oculaire ne sont pas compris dans la section du sympathique cervical au-dessous du ganglion supérieur. Un certain nombre de filets émanés de la partie tout à fait supérieure de la moelle et allant rejoindre le sympathique cervical au-dessus du ganglion cervical supérieur doivent échapper à la section. De même pour la tachycardie qui ne disparaît pas toujours complètement et sans doute par la même raison, un certain nombre de filets cardiaques fournis par le ganglion inférieur étant soustraits à la main du chirurgien.

Si, dans le goître exophthalmique, il y a en réalité, bien qu'elles soient secondaires, hypertrophie et suractivité de la glande thyroïde, dans le goître ordinaire, au contraire, accompagné ou non de crétinisme, avec ou sans myxœdème, les éléments glandulaires de la thyroïde sont atrophiés. Dès lors, dans ces cas-là non plus, il n'y a aucun avantage à toucher à la glande elle-même puisqu'on risque de la priver de ses éléments essentiels et par suite d'aggraver la situation.

Quelle sera donc la conduite à tenir en présence d'un goître?

S'il s'agit d'un goître exophthalmique, si le diagnostic est facile, s'il s'impose au premier abord : on pratiquera la section du sympathique cervical au-dessous du ganglion cervical supérieur. Si le diagnostic est douteux, on prescrira la médication thyroïdienne qui servira de pierre de touche; elle aggravera le goître exophthalmique, elle améliorera le goître ordinaire dans lequel il y a atrophie de la thyroïde. Dans ce dernier cas, cette médication devra être continuée jusqu'à ce qu'elle ait épuisé son action curative. Elle remplacera avec avantage les opérations qu'on pratiquait jadis.

Par conséquent, à l'avenir, le chirurgien ne devra plus agir sur le corps thyroïde quelle que soit la variété de goître à laquelle il ait à faire. Son intervention ne sera justifiée que dans les tumeurs proprement dites, indépendantes de la glande elle-même.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 Août 1897.

Cure radicale des hernies.

M. Lucas-Championnière, à propos de la communication de M. Lannelongue, donne les résultats de sa pratique de la cure radicale, qui s'élève aujourd'hui à 650 opérations dont 556 inguinales. Il commence par affirmer que toute opération qui respecte le canal inguinal est absolument inefficace : quoi qu'on en dise, on peut ainsi masquer une hernie, mais non point la guérir. Or, l'intervention proposée par M. Lannelongue est le type de celles-là; et certainement elle nous fait revenir tout à fait en arrière sur les progrès réalisés depuis quelques années, car elle va à l'encontre de tous les principes sur lesquels a été enfin établie l'opération, une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. M. Lannelongue emploie un liquide spécial. Mais ces injections sont une méthode d'ailleurs ancienne; dans les Flandres, il y a tout un groupe de charlatans qui en font, avec des substances diverses, et leur réputation vient précisément de ce qu'ils masquent pour un temps la hernie. Quand on a commencé les études sur la méthode sanglante, on a fait des objections sur le peu de durée des résultats : or presque tous les malades de M. Lannelongue sont

opérés depuis quelques semaines à peine. D'ailleurs, le bandage à lui seul ne donne-t-il pas de ces hernies masquées qu'on croit même parfois guéries? C'est sans doute parce qu'il s'est rendu compte que l'on devait agir très haut que M. Lannelongue, modifiant sa première pratique, injecte aujourd'hui dans le canal inguinal : mais alors cela devient difficile et dangereux. Les malades de M. Lannelongue souffrent, ont de la fièvre : quel avantage ont-ils donc, puisque d'autre part il faut les chloroformiser, exactement comme pour la cure sanglante. M. Championnière y insiste parce qu'il craint que le public ne « s'emballe » sur une méthode qui paraît simple, et que l'autorité de M. Lannelongue ne nous fasse faire un recul.

Quoi qu'on en dise, la cure sanglante est devenue aujourd'hui à la fois bénigne et efficace, lorsqu'elle est bien pratiquée. D'abord, on ne doit pas avoir de récidive immédiate; les récidives tardives sont rares et M. Championnière n'en a trouvé que 21 parmi ses opérés. De ces récidives, il en est de prévues, chez les sujets obèses, pour les hernies du gros intestin, chez les emphysémateux, etc. Et d'autre part presque tous ces malades ont une petite hernie, facile à maintenir. Quant à la grande majorité des opérés, ils ne portent pas de bandage et ont une paroi d'une solidité parfaite qui leur permet d'avoir repris leurs occupations, leurs efforts même intenses. Le résultat dépend de l'état préalable de la paroi, et d'une manière générale on peut y compter chez les sujets au-dessous de 40 ans. Passé cet âge, il est moins bon, et d'autre part il y a un peu plus de danger : on n'opérera donc à partir de ce moment que s'il y a une indication spéciale. L'accident le plus grave après l'opération est la congestion pulmonaire, quelquefois même mortelle. Au total, sur 650 cas, M. Championnière a 5 décès, dans des cas très spéciaux.

Traitement chirurgical du goître exophthalmique.

M. Péan conclut :

1° Que la maladie de Basedow n'est pas toujours curable par les moyens médicaux;

2° Que la thyroïdectomie, ne doit être appliquée que dans les cas où ces moyens échouent et qu'elle doit être pratiquée avant que la maladie de Basedow ait épuisé les forces au point de compromettre l'existence;

3° Que cette opération est facile lorsque le goître est petit, non enflammé, facilement énucléable, peu vasculaire;

4° Que dans ces cas simples, quelques minutes suffisent pour enlever la tumeur par une incision petite, médiane, verticale, l'énucléer et l'exciser, sans qu'il soit nécessaire de lier les vaisseaux, si l'on se sert de nos pinces qui servent à la fois à l'hémostase et à la rétraction;

5° Que dans les cas compliqués de friabilité du tissu, de suppuration des lobes, de suppuration extra-lobaire, de kystes aréolaires, nombreux, volumineux, d'adhérences anciennes, résistantes; une seule incision médiane suffit encore pour enlever le goître; mais qu'il faut, pour abréger la durée de l'opération, pour ne pas exposer les malades affaiblis à une perte de sang inutile et dangereuse, et pour ne pas léser les organes voisins, recourir au pincement des vaisseaux et au morcellement de la tumeur pendant l'opération;

6° Que même dans les cas graves, la thyroïdectomie est une opération d'une exécution facile et sans danger;

7° Que les chirurgiens ne comptent plus, tant ils sont nombreux, les cas où elle a donné des guérisons durables;

8° Que le myxœdème qu'on observe parfois à la suite est rare et passager;

9° Que l'exothyropexie, de même que la section du sympathique cervical, dont l'exécution est facile, n'ont pas encore un assez grand nombre de guérisons pour qu'elles puissent être opposées avantageusement à la thyroïdectomie.

M. Hervieux lit le rapport officiel de la vaccination en 1896.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 30 Juillet 1897.

Nouvelle méthode pour déterminer les changements de position de la rate, au moyen des aiguilles aimantées.

M. Picou se sert pour cela d'une aiguille aimantée pouvant tourner verticalement dans un cercle gradué monté sur 2 pivots verticaux, qui lui permettent de tourner horizontalement. Cet appareil permet de déterminer successivement la profondeur, la situation de chacun des pôles d'une aiguille aimantée introduite dans l'axe de la rate, à travers une petite boutonnière abdominale qu'on referme ensuite avec soin. On cherche les variations de situation de l'organe : 1° le poumon étant distendu; 2° l'estomac étant plein; 3° l'estomac et le côlon transverse étant dilatés ensemble; 4° le côlon transverse étant seul dilaté. Grâce à cet appareil décrit plus haut, on peut faire les recherches, le sujet étant placé verticalement. Par ce même appareil, légèrement modifié, on pourrait, sur le vivant, déterminer des déviations de l'œsophage, de l'estomac et d'autres organes creux.

Ovaro-salpingite guérie avec fistule rectale.

M. Jeanne a trouvé, à l'autopsie d'une femme âgée, un utérus fibromateux à côté duquel existe une poche kystique de salpingo-ovarite ancienne à paroi calcifié dont la cavité communique avec le rectum par un orifice de quelques milimètres.

Cancer de la langue généralisé.

M. Jeanne présente les pièces d'un homme atteint de cancer de la langue généralisé aux poumons, plèvre, foie, péricarde, cœur.

Nodule épithéliomateux de la peau secondaire à un épithélioma œsophagien.

M. Charles Lévi communique l'histoire d'un homme de 48 ans, qui entre à l'hôpital en janvier 1897, pour des troubles digestifs. Les vomissements deviennent plus fréquents, et la cachexie s'accentue. Le diagnostic d'épithélioma fut confirmé par l'apparition, plus d'un mois avant la mort, d'un nodule de la partie postérieure et inférieure de la jambe gauche. Ce nodule prit le volume d'un œuf de poule, et commença à s'ulcérer.

Le malade mourut le 2 juin. A l'autopsie, on trouva une infiltration épithéliomateuse du 1/3 inférieur de l'œsophage, un peu au-dessus du cardia, des noyaux de généralisation dans le péricarde, dans un des reins; la tumeur cutanée, d'origine embolique, présentait à la partie profonde de nombreux boyaux épithéliaux.

Tubercule bulbaire.

M. Ch. Lévi rapporte le fait d'un enfant de 9 mois, tuberculeux, qui présenta, trois semaines avant sa mort, des signes de paralysie faciale de type périphérique. Il n'y avait pas d'autre paralysie. L'enfant avait eu des convulsions, et il restait un peu de contracture des membres inférieurs. A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses pulmonaires et des ganglions trachéo-bronchiques. Au bulbe, on trouva, sur la partie latérale, un tubercule en caséification. Le raclage montra des bacilles de Koch.

Un cas de gastro-entéro-anastomose.

M. Hepp présente les pièces d'un sujet opéré de gastro-entéro-anastomose par le procédé de Souligoux. Le pylore était cancéreux. La mort est survenue au bout de 74 heures, au milieu de vomissements incoercibles. A l'autopsie, le péritoine était sain.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 Juillet 1897.

Lésions histologiques de l'appendicite.

MM. Letulle et **Weinberg** communiquent les résultats de l'examen histologique de 50 pièces d'appendicite. Ce qui frappe le plus, ce sont les lésions du tissu lymphoïde, qui est toujours altéré tandis que la muqueuse est saine ou ne présente que des altérations secondaires.

Les follicules lymphoïdes peuvent être atteints de différentes façons : tantôt, il s'agit simplement d'une hyperémie intense, avec ou sans hémorrhagie (forme hyperémique); tantôt le follicule s'abcède (forme suppurative); tantôt enfin la paroi appendiculaire subit une mortification en masse de ses différentes couches (forme nécrosante). Dans ce dernier cas, l'appendice paraît macroscopiquement atteint de gangrène; mais, histologiquement, les tissus ne sont pas gangrenés, mais transformés en bloc en une espèce de tissu fibrinoïde dans lequel on ne reconnaît plus aucun élément histologique.

Le processus progresse toujours de la muqueuse vers la surface péritonéale, atteignant d'abord les follicules les plus directement en rapport avec la muqueuse, et progressant ensuite de proche en proche par les lacunes lymphatiques.

C'est dans les appendicites chroniques que les lésions des glandes sont le plus accusées ; elles sont allongées, épaissies; le tissu lymphoïde est beaucoup plus altéré, il est très hyperplasié (forme hypertrophique), ou, au contraire, diminué de volume et en partie sclérosé (forme atrophique). Cette atrophie se voit surtout dans les formes accompagnées d'oblitération complète du canal appendiculaire.

Inversion totale des viscères diagnostiquée par la phonendoscopie.

MM. Capitan et **Croisier**. — Nous présentons à la Société l'observation d'un malade atteint d'inversion totale des viscères.

Cette inversion a été diagnostiquée par la phonendoscopie (méthode de Bianchi), pratiquée au moyen du stéthoscope pour la percussion auscultée, de MM. Capitan et Verdin. L'emploi de cet appareil a permis en effet de relever la position et la forme exacte de chacun des principaux organes. Jusqu'ici ce n'était que par l'autopsie que l'on avait pu diagnostiquer exactement les inversions des viscères.

Nous présentons aussi le tracé obtenu en calquant la projection des organes sur la paroi, marquée sur la peau au moyen du crayon gras en suivant les indications fournies par l'appareil. Comparativement, nous présentons le tracé obtenu sur un sujet normal.

Parmi les premiers cas de transposition des viscères qui aient été signalés, on peut citer : celui de Riolan en 1652; celui de Morand et Méry en 1660.

D'autres cas furent signalés plus tard et dans ce siècle on peut citer des observations de :

Béclard, 1816 : Transposition générale constatée seulement à l'autopsie;

Rostan, 1818 : Inversion totale constatée à l'autopsie;

Grisolle : 1834 : Cas communiqué à la Société anatomique;

Charvet, 1848 : L'inversion du cœur et des testicules fut diagnostiquée pendant la vie, l'inversion totale ne fut remarquée qu'à l'autopsie;

Parmi les cas les plus récents, on peut citer :

Ceux de M. Gachet, 1861 : L'inversion du cœur fut diagnostiquée pendant la vie par l'auscultation, il n'y eut pas d'autopsie;

Celui de Beaunis, 1874 : Cœur, estomac, foie, cæcum, étaient inversés. La rate inversée aussi était remplacée par 8 petites rates globuleuses. Ces cas de division de la rate accompagnent fréquemment l'inversion des viscères;

Celui de Chambard, 1876;

Celui de Duguet, 1881;

Les 5 observations rapportées dans la thèse de Valienne, en 1881. Tous les viscères n'étaient pas transposés;

Le cas de Lévêque, en 1884;

Celui de M[lle] Klumpke, en 1887.

Tous ces cas avaient été diagnostiqués pendant la vie, quant à la position du cœur et du foie. La situation des autres organes était restée indécise jusqu'à l'autopsie.

Par l'emploi de la phonendoscopie, MM. Capitan et Croisier ont pu voir la situation et la forme du cœur qui est totalement transposé et dont la pointe vient battre au-dessous du mamelon droit, dans le sixième espace intercostal. Le foie normal quant à sa forme est situé totalement dans l'hypocondre gauche. La rate est unique, située dans l'hypochondre droit. Elle n'est pas formée de petites rates voisines les unes des autres comme dans les cas rapportés précédemment. L'estomac est complètement transposé. Le cardia est situé à droite, à 4 centimètres environ de la ligne prolongeant le bord droit du sternum. Le pylore est situé à gauche. Le cæcum est situé dans la fosse iliaque gauche.

Grâce à l'emploi du stéthoscope pour la percussion auscultée, la situation de ces organes a pu être nettement décelée sur le vivant.

Sur les glandules parathyroïdes.

M. Gley a dosé l'iode contenu dans les glandules parathyroïdes du chien et du lapin, afin d'apprécier leur teneur en *iodothyrine*, comparativement à celle du corps thyroïde. Il a vu que ces glandules sont beaucoup plus riches en iode que le corps thyroïde lui-même, ce qui montre l'importance de ces glandules.

Distinction de la substance agglutinante et de la substance immunisante chez les typhiques.

MM. Widal et **Nobécourt** montrent qu'on peut provoquer expérimentalement l'immunité contre le bacille d'Eberth, en dehors de toute réaction agglutinante; les souris immunisées par inoculations d'urines de typhiques ne présentent pas dans leur sérum de propriété agglutinante. Il semble donc bien que les deux substances, immunisante et agglutinogène sont distinctes et indépendantes.

M. Sicard communique les résultats bactériologiques qu'il a obtenus dans l'étude d'une petite épidémie de psittacose.

M. Gouget rapporte des expériences qui montrent l'innocuité des injections de sérum antidiphthérique en cas d'albuminurie préexistante.

M. Rénon a conservé stériles pendant 4 ans des ballons d'urine; il a vu qu'au bout de ce temps le liquide n'avait pas perdu son pouvoir nutritif et que sa toxicité avait été notablement augmentée.

MM. Courmont, Doyen et **Paviot** ont montré que les lésions qui ont été décrites par différents auteurs dans la moelle du cobaye et du chien à la suite d'intoxication tétanique ne sont que de fausses interprétations d'un état normal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 Juillet 1897.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Quénu a, comme M. Segond, adopté le procédé de Kelly de préférence à tout autre. Autrefois, il employait un procédé un peu spécial : lorsque, après l'incision de la paroi abdominale, il avait saisi l'utérus et sectionné la partie supérieure du ligament large, il ouvrait le cul-de-sac postérieur, introduisait son index dans ce cul-de-sac et, le recourbant en crochet dans le vagin, il venait soulever avec la pulpe du doigt le cul-de-sac antérieur, qu'il incisait sur ce doigt guide.

Actuellement il a renoncé à ce procédé, car il considère comme impossible de désinfecter complètement non seulement le vagin, mais aussi le doigt.

M. Nélaton est partisan du procédé de Doyen qu'il considère comme un procédé de choix. Il fait toujours le drainage, mais quand il a placé une mèche de gaze iodoformée dans l'ouverture vaginale, il fait au-dessus un surjet sur chacune des lèvres du ligament large.

Sur 16 hystérectomies abdominales totales par le procédé de Doyen, M. Nélaton a eu 3 morts.

Dans le premier cas, la mort était due à une erreur de diagnostic. La malade avait de l'ascite : elle était en véritable asystolie et on diagnostiqua une tumeur maligne de l'ovaire. A l'opération, on trouva un volumineux fibrome. La malade succomba quelques heures après l'intervention.

Dans le second cas, M. Nélaton imagina, pour soulever l'utérus, d'introduire un crochet dans la cavité utérine. Il y a eu écoulement d'un liquide septique, et la malade mourut de péritonite.

La troisième opérée succomba à une septicémie gazeuse tardive de la cuisse gauche, dont le point de départ fut une injection de sérum, pratiquée par une garde ignorante.

M. Routier n'enlève l'utérus dans les suppurations du bassin que s'il trouve la matrice infectée ou trop saignante. Dans tous ces cas, il crève le cul-de-sac rétro-utérin et draine largement par cette voie. Jamais il n'a observé l'infection secondaire du péritoine par le vagin.

Par contre, il a vu des drains oubliés dans le cul-de-sac recto-utérin y séjourner pendant plusieurs mois sans amener le moindre accident.

Au point de vue de la technique, M. Routier pratique la ligature en masse de la base des ligaments avec un tube élastique. C'est là un procédé moins élégant, mais plus rapide.

Étranglement du nerf cubital dans un tissu de cicatrice.

M. Routier lit un rapport sur une observation de **M. Jullier**, concernant un étranglement du nerf cubital dans une cicatrice produite par le tranchant d'une faucille.

Au moment de l'accident, il y avait eu des troubles de la sensibilité, qui furent passagers. Plus tard, survinrent des phénomènes de compression du nerf, caractérisés par de l'amaigrissement de la main, l'atrophie des muscles interosseux, l'apparition d'une griffe cubitale. On sentait une petite tumeur sur le trajet du nerf. M. Jullier incisa la peau à ce niveau, libéra le nerf étranglé dans une cicatrice et parvint à rendre aux doigts leur fonctionnement.

Tumeur sublinguale.

M. Broca fait un court rapport sur une observation de tumeur de la langue, recueillie chez un enfant par MM. Braquehaye et Sabrazès (de Bordeaux). La tumeur était formée exclusivement par une hypertrophie des glandes sublinguales.

Suture intra-vésicale pour fistule vésico-utérine.

M. Ricard lit un rapport sur un cas de suture intra-vésicale, pratiquée avec succès par M. Latouche (d'Autun), pour une fistule vésico-utérine consécutive à un accouchement laborieux. Le vagin avait conservé son intégrité. M. Ricard se demande si l'on n'aurait pas pu commencer par un procédé plus simple.

M. Schwartz présente une jeune malade traitée avec succès d'une tumeur érectile de la joue par l'électrolyse. On fit jusqu'à 200 piqûres en l'espace de 3 ans. Le résultat esthétique est parfait, la tumeur a complètement disparu.

M. Walther présente un malade auquel il a pratiqué, il y a quelques années, la résection de la tête fémorale pour luxation ancienne de la hanche. Le col du fémur ne resta pas maintenu dans la cavité cotyloïde, il y eut une suppuration abondante; néanmoins, actuellement, malgré un raccourcissement de 7 centimètres, le malade appuie bien sur son membre et a des mouvements très étendus de la hanche.

M. Routier présente un malade auquel il a pratiqué une amputation du pied par le procédé décrit par M. Ricard à une précédense séance. Le résultat fonctionnel est parfait.

M. Reclus montre un malade atteint d'une fracture sus-malléollaire, traitée par la méthode ambulatoire. M. Reclus, à ce propos, indique les modifications qu'il a apportées à son appareil, pour le rendre plus simple et plus léger.

M. Robert présente un malade qui, au Tonkin, fut atteint d'un coup de feu à la mâchoire : une portion de l'os fut enlevée. M. Robert a interposé un arc métallique réunissant les deux portions de l'os; cette pièce étrangère est bien supportée; néanmoins, le résultat est loin d'être parfait.

M. Berger présente une malade à laquelle il a pratiqué il y a un an l'ablation totale de l'omoplate pour sarcome récidivé du trapèze. M. Berger, à ce propos, insiste sur la facilité de l'opération, si on a soin de sectionner préalablement la clavicule.

M. Cerné (de Rouen) présente une pièce d'anévrysme artérioso-veineux. Chacun des vaisseaux fémoraux a été perforé de part en part; les deux vaisseaux communiquent largement entre eux; il y a, de plus, une poche artérielle.

M. Reynier présente un énorme fibrome de la région iliaque, enlevé chez un homme de 24 ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 Juillet 1897.

Un nouveau signe de la névralgie phrénique.

M. André Jousset insiste sur la fréquence des phrénalgies au cours de la tuberculose pulmonaire à ses différents stades et sur l'existence d'un nouveau point constant, précis, situé sur la ligne médiane du sternum au droit des 5ᵉ ou 4ᵉ articulations chondro-sternales. Ce point douloureux ne doit pas être confondu avec la douleur diffuse rétro-sternale signalée par Peter dans les affections chroniques de l'aorte. Son importance diagnostique s'accuse dans les cas où, une douleur épigastrique étant constatée, on hésite à la rapporter au diaphragme, à la vésicule, à l'estomac, ou encore à la paroi, ou aux nerfs intercostaux; la présence du point médio-sternal peut lever les doutes en démontrant que seul le phrénique est en cause, et participe accessoirement aux réactions douloureuses.

Étude sur trois cas de cancer succédant à l'ulcère de l'estomac.

M. Albert Mathieu rapporte trois observations dans lesquelles le diagnostic de cancer succédant à l'ulcère a pu être fait pendant la vie, dans lesquelles la nécropsie et l'étude histologique ont confirmé ce diagnostic.

Dans la première, il semble y avoir eu une première phase d'hyperchlorhydrie douloureuse 24 ans avant la mort. 10 ans avant, sont apparus des signes non équivoques d'ulcère simple. Le diagnostic du cancer n'a été fait que par la laparotomie. Il y avait hyperchlorhydrie, mais pas de dilatation de l'estomac, peu ou pas de stase.

Dans le second cas, les phénomènes d'ulcère simple ont précédé de 10 ans l'époque de la mort. L'existence de l'acanthosis nigricans et d'une adénopathie sus-claviculaire gauche permit de faire le diagnostic de cancer près de 2 ans avant la mort.

Dans le troisième cas, l'ulcère a précédé le cancer de près de 2 ans. A l'autopsie, la nature cancéreuse des lésions était évidente par l'existence soit de noyaux cancéreux dans le foie, soit d'une adénopathie cancéreuse du mésentère.

Dans tous les cas on retrouvait, au centre des lésions cancéreuses, la trace de l'ulcère primitif. Une fois même l'ulcère avait conservé tous les caractères extérieurs de l'ulcère simple chronique, mais il y avait infiltration épithéliomateuse et épaississement marqué des tuniques musculaires de l'estomac. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique développé sans doute aux dépens du goulot des glandes hypertrophiées.

Dans les deux autres cas, c'était de l'épithélioma métatypique, autrement dit du carcinome.

Au point de vue clinique, le cancer succédant à l'ulcère est caractérisé par la longue durée totale de la maladie, et par l'existence d'une première phase dans laquelle on reconnaît les

symptômes de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère. L'hyperchlorhydrie peut persister longtemps après que la lésion cancéreuse a débuté. Elle s'explique par la persistance des cellules bordantes dans les tubes glandulaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut reconnaître le plus souvent les limites de l'ulcère primitif, et on voit que le cancer prend naissance au pourtour de l'ulcération, aux dépens des éléments glandulaires de la muqueuse.

Du mouvement associé de flexion de la cuisse dans l'hémiplégie organique.

M. Babinski a observé, sur un grand nombre de malades atteints d'hémiplégie organique, une variété particulière de mouvement associé, qui n'a pas encore été signalée jusqu'à présent et dont voici la description. Lorsque le malade, étendu sur un plan résistant, plus ou moins horizontal, sur un plancher, par exemple, dans le décubitus dorsal, les bras croisés sur la poitrine, fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé, la cuisse exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que, du côté opposé, le membre inférieur reste immobile ou bien la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que plus tardivement et sont bien moins marqués qu'au membre atteint de paralysie. Le mouvement se reproduit quand, après s'être mis sur son séant, les bras toujours croisés sur la poitrine, le malade porte le torse en arrière pour reprendre la position primitive. M. Babinski appelle ce phénomène : mouvement associé de flexion de la cuisse.

Quel est le mécanisme de ce mouvement? Pour comprendre l'interprétation que propose M. Babinski, il faut d'abord analyser l'acte qui consiste à se mettre sur son séant. Le mouvement essentiel de cet acte est l'inclinaison en avant du bassin et de la colonne vertébrale; mais cette inclinaison ne peut s'opérer d'une manière normale que si les fémurs ont été préalablement immobilisés. En effet, si l'on réfléchit au mode d'action du psoas iliaque qui, suivant qu'il prend son point d'appui à son insertion supérieure ou à son insertion inférieure, fléchit la cuisse sur le bassin ou bien incline en avant le bassin et la colonne vertébrale, on conçoit qu'un défaut d'immobilisation de la cuisse dans l'acte en question doive entraver l'inclinaison du tronc en avant et entraîner une flexion de la cuisse sur le bassin. Cette immobilisation de la cuisse est obtenue par la mise en activité des muscles qui étendent la cuisse sur le bassin.

M. Babinski suppose donc que c'est la parésie de ces muscles qui provoque dans l'hémiplégie le mouvement associé de flexion de la cuisse.

Il est facile de concevoir pourquoi le mouvement de flexion de la cuisse se reproduit lorsque le malade, après s'être mis sur son séant, cherche à reprendre la position primitive. Ce serait, en effet, une erreur de croire que, dans cet acte, le sujet fait simplement contracter les muscles qui inclinent le tronc en arrière. S'il en était ainsi, la partie supérieure du tronc, entraînée par la pesanteur, viendrait se heurter brutalement contre le sol. L'extension du tronc doit être modérée par la contraction des fléchisseurs qui ne se relâchent que progressivement, et cette contraction, pour être efficace, nécessite une immobilisation préalable de la cuisse. Les conditions sont donc semblables de part et d'autre. Ce qui pousserait encore l'auteur à admettre que cette interprétation est juste, c'est qu'il a observé le mouvement associé de flexion de la cuisse dans deux cas de sciatique où les muscles extenseurs de la cuisse sur le bassin étaient atrophiés.

Ce mouvement associé peut-il se produire aussi dans l'hémiplégie hystérique? M. Babinski ne se croit pas encore en mesure de répondre à cette question d'une manière catégorique. Il peut dire toutefois qu'il n'a pas encore constaté ce phénomène dans aucun cas d'hémiplégie franchement hystérique, et que ce signe constitue tout au moins une probabilité pour le diagnostic organique. Il paraît avoir, à cet égard, une valeur comparable à celle de deux autres signes que M. Babinski a observés dans l'hémiplégie organique et qu'il a décrits : le phénomène des orteils et le relâchement des muscles.

Syndrome de Morvan : syringomyélie et lèpre.

M. E. Jeanselme. — Voici 2 malades qu'il me paraît utile de rapprocher. Tous deux présentent le syndrome de Morvan. Mais, tandis que, chez l'un, la coexistence de symptômes significatifs permet d'établir en toute certitude le diagnostic de lèpre; chez le second, toute l'affection se résume dans des panaris multiples. Je crois pourtant que ce dernier cas est une forme fruste de la même infection.

Voici l'histoire succincte de ces deux malades :

Le premier, chauffeur à bord d'un navire, a vécu pendant 25 ans en Chine, aux îles de la Sonde et à Bornéo, contrées infestées de lèpre. Quelques années après son retour en France, cet homme eut une crise de douleurs violentes, d'abord dans le membre supérieur droit, puis dans le gauche, et, depuis cette époque, les deux mains ont pris progressivement l'attitude de la griffe cubitale. Il était dans cet état, quand je le vis pour la première fois, il y a quelques années, dans le service de M. Debove. L'anesthésie tactile et thermique n'occupait alors que le dos des mains et des avant-bras, les nerfs cubitaux n'étaient pas noueux et les pieds n'offraient rien d'anormal. Je n'avais donc pas les éléments nécessaires pour porter le diagnostic de la lèpre.

Aujourd'hui, je retrouve ce malade au Val-de-Grâce, dans le service de M. du Cazal. De nombreux panaris lui ont mutilé les 4 extrémités.

Plusieurs doigts qui n'ont pas été le siège de suppurations, sont pourtant très raccourcis, certaines phalanges ayant disparu par résorption interstitielle. Le nerf cubital droit est gros, dur et fusiforme. Une éruption floride de macules érythémateuses anesthésiques recouvre le tronc et les membres. En un mot, le diagnostic de lèpre s'impose actuellement.

J'ajoute incidemment que ce malade est en instance pour obtenir une pension de l'autorité militaire, et qu'il attribue tous les désordres dont il souffre à une blessure reçue pendant la guerre de 1870. Il prétend n'avoir quitté la France que pour aller en Algérie, où il a fait partie de l'expédition chargée de réprimer l'insurrection kabyle. Je signale cette supercherie, car elle montre que l'on ne doit pas faire fond sur les déclarations parfois intéressées des malades.

Le second sujet vous a déjà été présenté, en 1893, par M. Debove, et le diagnostic à cette époque est resté en suspens. Cet homme a fait l'expédition du Mexique, contrée dans laquelle la lèpre est commune. Depuis une vingtaine d'années, il a eu 9 panaris aux doigts, et un seul à l'un des orteils. Il n'a jamais eu, paraît-il, la moindre éruption. Mais l'état de son nerf cubital, qui est gros et noueux, la répartition des panaris et de l'anesthésie aux quatre extrémités, l'absence de scoliose et d'exagération des réflexes rotuliens, doivent faire considérer le diagnostic de lèpre comme infiniment probable.

En regard de ces cas de lèpre à panaris multiples, je placerai les nombreux cas de syringomyélie du type Morvan, que j'ai recueillis l'année dernière dans les Côtes-du-Nord et dans le Finistère, grâce à l'obligeance de nos confrères bretons, MM. Prouff, Corson, Mesguen, Servet et Guibert. On ne trouve pas assurément, dans les panaris en eux-mêmes, des caractères différentiels entre ces deux catégories de faits. Mais les signes concomitants rendent le diagnostic sinon facile, du moins possible.

De cette comparaison, il résulte que :

Dans la syringomyélie, type Morvan, les panaris sont très souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main; l'anesthésie revêt la forme vestimentaire, la paralysie faciale est rare et d'origine centrale, les nerfs cubitaux sont normaux, ou, du moins, peu amplifiés et jamais noueux, les réflexes sont manifestement exagérés et la scoliose est très fréquente.

Dans la lèpre mutilante, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils; l'anesthésie, d'abord rubanée, ne devient segmentaire que dans la suite; elle est distribuée aux 4 membres et respecte en partie la face et le tronc; la paralysie faciale est fréquente et d'origine périphérique, les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux, les réflexes normaux ou abolis, et la scoliose n'existe jamais.

Parmi les caractères différentiels, je n'ai pas fait intervenir

la dissociation de la sensibilité. Car dans la syringomyélie du type Morvan, le tact m'a paru presque toujours compromis, quoique à un degré moins prononcé que les sensibilités thermique et douloureuse.

Je n'insiste pas non plus sur l'indolence des suppurations, beaucoup de panaris, qu'ils ressortissent à la lèpre ou à la syringomyélie, étant fort douloureux.

Enfin, je ne fais pas entrer en ligne de compte le séjour du sujet dans un pays à lèpre. A mon avis, cette notion étiologique ne doit servir que d'appoint au diagnostic.

Après un examen très attentif, il reste un certain nombre de cas qui n'entrent pas franchement dans l'une des deux catégories précédentes. Voici deux faits qui le prouvent :

Le premier concerne un ancien cordier, originaire d'Octeville, chef-lieu de canton situé à quelques kilomètres de Cherbourg. De nombreux panaris siégeant aux orteils, des maux perforants plantaires, ont mutilé les deux pieds et rendu la marche presque impossible. La répartition de l'anesthésie aux quatre membres, l'absence de scoliose, une paralysie faciale d'origine périphérique, une macule bistrée sur la région fessière, sont autant d'arguments en faveur de la lèpre. MM. Zambaco et Falcao (de Lisbonne) à qui j'ai montré ce malade ont formulé ce diagnostic sous réserve. Quant à moi, je reste dans le doute, car la macule pigmentaire n'est pas insensible, et les nerfs cubitaux ont un volume normal.

Le deuxième fait dans lequel le diagnostic me paraît incertain est celui d'une Bretonne, née à Pommerit-le-Vicomte, petite bourgade de l'arrondissement de Saint-Brieuc, dans laquelle il y a plusieurs cas de syringomyélie du type Morvan. Chez cette femme, les panaris occupent les 4 extrémités. Les nerfs cubitaux sont hypertrophiés, sans qu'il soit possible de dire s'ils sont noueux. Il n'y a pas de scoliose et les réflexes ne sont pas exagérés. Ici encore le diagnostic reste forcément douteux, et il serait imprudent de verser de tels faits soit dans le cadre de la syringomyélie, soit dans celui de la lèpre, bien que ce soit de cette dernière qu'ils se rapprochent le plus.

En somme, dans la partie de la Bretagne que j'ai visitée (littoral des Côtes-du-Nord et du Finistère depuis Morlaix jusqu'à Lesneven), la syringomyélie du type Morvan est très fréquente. Quant à la lèpre, dans la région que j'ai parcourue, elle me semble problématique.

Je ne connais qu'un cas incontestable de lèpre autochthone en Bretagne. C'est celui d'un malade hospitalisé à Saint-Louis, dans le service de M. Tenneson. Il est né près de Guingamp, à Pédernec, localité située à quelques lieues de la côte de Paimpol. Tous ces petits ports, dans ces parages, arment pour la pêche en Islande dans laquelle la lèpre est encore en activité. J'avais donc pensé que ce cas était peut-être d'importation étrangère. L'enquête que j'ai fait sur les lieux ne m'a pas permis de vérifier cette hypothèse.

Sur l'élimination du bleu de méthylène.

MM. Achard et J. Castaigne. — Le bleu de méthylène s'élimine par l'urine non seulement à l'état de bleu en nature, mais aussi à l'état de chromogène incolore, facile à reconnaître, grâce à la coloration verte qu'il engendre lorsqu'on chauffe l'urine avec de l'acide acétique. A l'état normal, ce chromogène est associé au bleu en nature, mais, dans certaines circonstances pathologiques, il peut se trouver dans l'urine à l'état isolé, au moins à certaines périodes de l'élimination, et même son passage à travers les reins peut se faire d'une façon parfaite, sans aucun retard, alors que celui du bleu est profondément troublé : l'élimination est en quelque sorte *dissociée*.

Cet état, dans lequel le passage du bleu est seul retardé, celui du chromogène restant normal, paraît correspondre à un trouble rénal. Nous avons déjà cité quelques faits à l'appui de cette opinion, et, depuis, nous en avons d'autres. Cet état particulier d'élimination dissociée s'est rencontré, d'une façon temporaire, chez un malade atteint de troubles gastriques avec urticaire et albuminurie, et chez un sujet atteint d'angine grave, ayant des staphylocoques dans le sang. Nous l'avons observé plusieurs fois chez des sujets ayant primitivement une perméabilité régulière et chez qui survenaient des signes de néphrite aiguë. Dans une autopsie, nous n'avons pas trouvé de lésions; et il s'agissait probablement d'un simple trouble fonctionnel. Mais, dans 5 autres, nous avons trouvé des lésions consistant surtout en une dégénérescence de l'épithélium des tubuli et en une infiltration leucocytique abondante du tissu interstitiel. Nous avons pu même, dans un de ces cas, suivre ainsi le développement de la lésion rénale et observer 3 phases successives : 1° perméabilité tout à fait normale ; 2° perméabilité diminuée pour le bleu, mais conservée pour le chromogène, en même temps qu'apparaissent l'indican et l'albuminurie ; 3° perméabilité diminuée, non seulement pour le bleu, mais aussi pour le chromogène, en coïncidence avec de l'anasarque et la présence de sang et de cylindres dans l'urine ; enfin vérification anatomique des lésions rénales.

Un dernier fait très démonstratif nous a été communiqué par M. Imbert : chez un malade paraissant atteint d'une tumeur rénale, et chez qui le cathétérisme de l'uretère permettait de recueillir séparément l'urine de chaque rein, le rein sain élimine normalement le bleu, le rein malade élimine le bleu avec du retard, mais laisse passer le chromogène dans le délai normal. Cet état particulier dépendait bien ici de l'action du rein malade et ne pouvait être attribué à un trouble général de la nutrition facilitant la formation du chromogène.

Le dosage du bleu et du chromogène montre aussi que, chez un sujet dont la perméabilité est régulière, la quantité de bleu est, dès le début, supérieure à celle du chromogène. Lorsque le chromogène s'élimine avant le bleu, il peut arriver que, si l'on envisage la totalité de l'élimination, le bleu l'emporte en quantité sur le chromogène ; mais alors le maximum du chromogène précède celui du bleu. Or, si le rein fonctionnait bien, et si l'élimination dissociée du chromogène dépendait seulement d'un trouble général de la nutrition, le maximum du chromogène devrait suivre celui du bleu, puisque, à mesure que l'on s'éloigne du début de l'épreuve, l'organisme a plus de temps pour transformer le bleu en chromogène.

En somme, chez un sujet sain, les reins laissent passer sans difficulté le bleu en nature ; il ne se forme qu'une petite quantité de chromogène. Lorsque la perméabilité est altérée, l'élimination du bleu est retardée, et le chromogène, plus diffusible, peut passer seul pendant un certain temps, et quelquefois dans le délai normal, lorsque la perméabilité n'est que peu diminuée. Cette opinion, qui rattache à un trouble rénal l'élimination normale du chromogène avec retard pour le bleu seul, et qui en fait par conséquent une *imperméabilité dissociée*, a pour elle des données cliniques et anatomiques. L'opinion qui la rattache à un trouble nutritif n'est encore qu'une hypothèse. On peut donc tirer, pour le pronostic, quelques données de l'état comparatif du bleu et du chromogène. Mais il importe plus que jamais, dans ces cas, de renouveler l'épreuve, car ce mode particulier de l'élimination dissociée est très souvent un état transitoire, simple trouble fonctionnel au cours d'une affection aiguë, ou première étape d'une lésion rénale en voie d'évolution.

Nous avons comparé à l'élimination du bleu celle de diverses substances : iodure de potassium, chlorate de soude, ferrocyanure de potassium. Leur emploi nécessite des réactions spéciales ; l'iodure ne peut être employé en injections sous-cutanées, parce qu'il est trop irritant ; il faut alors le donner par la bouche et établir le rapport entre l'élimination salivaire, supposée normale, l'élimination urinaire, ce qui complique les recherches et expose à des erreurs tenant à la dissolution du cachet dans la bouche, aux régurgitations et aux vomissements. En outre, avec ces diverses substances, plus diffusibles que le bleu, les différences de temps portent sur un espace de temps trop restreint pour être facilement utilisable dans la pratique. On ne peut non plus, avec elles, être averti, par la simple vue, de différences parfois imprévues, qui portent sur la durée de l'élimination, point qui n'est pas à négliger pour l'appréciation des fonctions rénales.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 26 Juillet 1897.

Périphlébite éléphantiasique.

M. Vinay présente une malade de son service qui eut, il y a 3 ans, à la fin d'une grossesse, des crises d'éclampsie. Elle accoucha d'un enfant mort, et eut à la suite des phénomènes septicémiques et une phlébite du membre inférieur gauche qui s'étendit à droite. L'œdème douloureux persista pendant 7 mois. Depuis, ont apparu à la partie supéro-interne de la cuisse des masses assez volumineuses, sur lesquelles le doigt ne laisse pas d'empreintes, et ressemblant à de l'éléphantiasis. Il s'agit vraisemblablement de périphlébite.

Phlébite oblitérante consécutive aux injections intra-veineuses de toxine typhique.

MM. Lépine et Lyonnet ont injecté à des chiens, tous les deux ou trois jours, dans une des veines de la patte, 40 à 60 centim. cubes de culture de bacille d'Eberth chauffé pendant une heure à 55°, ce qui supprime sa virulence. Ils ont constaté après les injections que la veine était notablement rétrécie entre le point de la première pénétration de la canule et la racine du membre. Dans un cas, la veine roulait sous le doigt dans une étendue d'une dizaine de centimètres, comme un cordon plein et dur, et la section a montré qu'elle était imperméable sur cette longueur.

Comme on ne voit jamais d'altérations semblables d'une veine à la suite d'injections banales, il s'agit bien d'une action directe de la toxine typhique, à rapprocher des résultats des travaux de MM. Landouzy et Siredey (*Revue de médecine*, 1887, p. 804) et de MM. Mollard et Regaud (*Soc. de biologie*, juillet 1897).

Radiographies et rayons X.

M. Destot présente une série de radiographies ayant trait à des fractures du scaphoïde.

Il expose ensuite les résultats d'une longue série de recherches entreprises depuis plusieurs mois au sujet des troubles trophiques et physiologiques dus aux rayons X. Il montre que lorsqu'on met en marche un tube de Crookes, il faut distinguer nettement :

1° Des rayons électriques, dont la forme, le nombre, l'intensité, dépendent du générateur, bobine ou machine ;

2° Des rayons X proprement dits.

Les rayons électriques doivent seuls être mis en cause au sujet de l'action physiologique et des troubles trophiques.

Toutes les fois qu'on interpose entre le tube de Crookes et le sujet une feuille d'aluminium, qui arrête les rayons électriques et laisse passer les rayons X, les phénomènes physiologiques ou trophiques n'apparaissent pas.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 28 Juillet 1897.

Recherches expérimentales sur l'apomorphine.

M. Guinard a recherché les influences qui peuvent diminuer les effets nauséeux de l'apomorphine. Ce sont :

1° L'espèce. Certains animaux (solipèdes, etc.) ne vomissent jamais, et ceux qui ne vomissent pas normalement ne subissent pas les effets de l'apomorphine.

2° La dose. Chez les chiens, les doses très faibles n'ont aucune action; tandis qu'en augmentant la proportion d'apomorphine, on obtient le vomissement pour le voir cesser avec les doses élevées, ce qui s'explique par le fait que l'alcaloïde doit arriver rapidement aux centres nerveux avant qu'ils soient paralysés par des doses trop fortes.

3° L'alimentation, ou les agents thérapeutiques. La morphine est défavorable à la production du vomissement.

4° La suspension de la respiration est également défavorable. L'apomorphine reste sans effet sur des chiens ayant subi une longue immersion; ceux-ci ne vomissent que longtemps après le rétablissement de la circulation.

Désinfection par le formol.

M. Mérieux rappelle que les expériences faites antérieurement sur l'action de la formaldéhyde ont suffisamment montré le pouvoir antiseptique de ce produit. Mais la désinfection des objets par le formol au moyen du procédé ordinaire est insuffisante par suite du défaut de pénétration des vapeurs. Pour augmenter cette pénétration, M. Mérieux a eu recours au vide fait dans une étuve où étaient entassés des vêtements, en laissant ces derniers en contact avec les vapeurs. Au bout de quelques heures, des cultures placées sous les vêtements deviennent stériles. Pour une étuve de 10 mètres cubes, il suffit d'un litre et demi de formochlorol ou de 500 gr. de formol.

Sérothérapie anti-streptococcique.

M. J. Courmont rappelle les diverses tentatives de sérothérapie anti-streptococcique entreprises jusqu'à présent, et les polémiques soulevées par le sérum de Marmorek. Il s'est livré à une série d'expériences, dont les premiers résultats ont déjà été publiés, qui lui ont montré que les faits annoncés par M. Marmorek étaient vrais expérimentalement, mais pratiquement inexacts, par suite d'un mauvais point de départ. M. Marmorek a considéré comme certaine la doctrine de l'unité du streptocoque, M. Courmont apporte des preuves de la multiplicité des streptocoques.

Les streptocoques isolés par lui de l'érysipèle de l'homme se sont, d'une manière constante, comportés différemment du streptocoque de Marmorek. Les lésions que l'on obtient par l'injection au lapin de streptocoque de l'érysipèle de l'homme sont absolument constantes et caractéristiques; elles sont classiques aujourd'hui. Celles que produit le streptocoque de Marmorek sont différentes, jamais on n'obtient le même aspect des viscères, mais il y a toujours une énorme ascite sanguinolente qui manque toujours avec le streptocoque de l'homme.

Il faut donc, tout en se servant des procédés déjà indiqués par les différents auteurs dans leurs tentatives, refaire sur de nouvelles bases la sérothérapie de l'infection streptococcique.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séances du 1er semestre 1897.

Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses.

M. Roubel a appliqué le traitement de Petrescu dans 7 cas, et les résultats qu'il a obtenus ont été mauvais, quoique les sujets fussent jeunes et vigoureux. L'état général était toujours aggravé sous l'influence des hautes doses de digitale, la cyanose prononcée, l'expectoration sanglante durait plus longtemps, la pression sanguine était basse et la durée de la maladie n'était nullement abrégée. M. Roubel a même constaté la transformation, sous l'influence de la digitale, des formes franches en formes asthéniques, aussi n'a-t-il pas cru prolonger l'essai de cette médication.

Pour pouvoir juger à sa juste valeur la méthode de Petrescu, M. Roubel a étudié les cas qui ont été publiés. Pour ce qui est des observations de M. Petrescu, M. Roubel est d'avis que, dans tous ces cas, il s'agissait de formes relativement bénignes et d'individus jeunes chez qui la pneumonie franche est toujours

moins grave. De même, l'analyse attentive des observations de M. Antoniu, élève de Petrescu, démontre que la digitale à hautes doses ne jugule nullement la pneumonie, n'empêche pas la formation de nombreux foyers, n'abaisse que très peu la température; quand on l'administre au début de la maladie, l'état général de ces malades n'est nullement modifié, mais par contre on observe assez souvent des phénomènes d'intoxication; le ralentissement du pouls que provoque la digitale persiste parfois assez longtemps après. M. Roubel conclut donc que non seulement la méthode de Petrescu ne présente aucun avantage sur les autres modes de traitement, mais qu'elle est encore dangereuse dans bon nombre de cas.

Traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse.

M. D. Sokoloff estime que, parmi les nombreux cas de guérison de méningite rapportés par les auteurs, la plupart sont évidemment fort douteux au point de vue de la nature tuberculeuse de la maladie. Cependant il existe quelques observations où ce doute est moins permis : elles appartiennent à Rilliet, Blache, Oberlin, Barth, Leube et Futterer, Freyhan; dans la plupart de ces cas, les malades succombèrent à d'autres affections, quelques années après la disparition de phénomènes de méningite, et les auteurs purent alors constater à l'autopsie des traces d'anciennes lésions tuberculeuses.

En se basant sur ces considérations, d'une part, sur l'analogie qu'on peut établir entre la méningite et la péritonite tuberculeuses dans lesquelles l'intervention chirurgicale donne souvent de si bons résultats, d'autre part, M. Sokoloff s'est décidé à intervenir chirurgicalement dans deux cas de méningite tuberculeuse, et cela d'autant plus que ces essais avaient déjà été faits par Pasteur (de Londres), Graves et Taylor, Ord et Waterhouse, Robson qui ont parfois obtenu la guérison de la méningite tuberculeuse, soit par la ponction lombaire et drainage, soit par la trépanation et ponction des ventricules et drainage. M. Sokoloff a également fait la trépanation avec incision des méninges et ponction. Malheureusement les résultats n'ont pas été encourageants ni dans ces deux cas, ni dans un cas de méningite suppurée, tous ses trois opérés ayant succombé au bout de 32, 57, 84 heures. Il pense néanmoins que la tentative est à renouveler, et que ce qu'il faut surtout chercher, c'est l'accès de l'air au niveau des tubercules.

Traitement du typhus récurrent par le bleu de méthylène.

M. Nefédieff a expérimenté le bleu de méthylène chez 4 malades atteints de typhus récurrent, mais n'a pas eu à s'en louer. Administrée dès le commencement du deuxième accès, à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour, cette substance a plutôt augmenté la durée de l'accès, en tous cas ne l'a pas abrégé. En outre elle a toujours provoqué des accidents secondaires, comme faiblesse cardiaque, vomissements, albuminurie, accidents qu'il est impossible de mettre sur le compte du génie épidémique, puisque précisément l'épidémie était bénigne et que tous les accidents disparaissaient dès que l'emploi du bleu de méthylène était suspendu.

M. Mikhaïloff, qui a fait des expériences sur des grenouilles et des lapins, a constaté que les leucocytes ne fixent le bleu de méthylène que peu de temps avant la mort et encore très rarement. On peut donc dire que le protoplasma sain ne se colore pas par le bleu de méthylène. A l'autopsie des animaux auxquels on a fait prendre cette substance pendant 3 semaines, on trouva dans toutes les cavités viscérales du liquide coloré en bleu; tous les organes étaient également colorés; le sang est méthémoglobinisé et il en est résulté une privation d'oxygène provoquant la dégénérescence des parenchymes et favorisant la formation de thrombose. Aussi M. Mikhaïloff trouve-t-il que le bleu de méthylène est absolument contre-indiqué chez l'homme.

Cas de lymphangiome tubéreux multiplex.

M. Koudriachoff a présenté une malade de 42 ans, dont l'affection actuelle remonte à 20 ans. A cette époque, commencèrent à se développer chez elle de très nombreuses tumeurs indolores, élastiques, arrondies, disséminées sur tout le corps et dont les plus volumineuses siégeaient à la partie postérieure de la jambe gauche et au sourcil gauche. Depuis, elles n'ont pas cessé de se multiplier, et, à l'heure actuelle, on peut en compter *plusieurs milliers*. Leurs dimensions varient depuis celles d'une lentille jusqu'à celles d'une petite pomme; elles siègent dans la peau dont elles dépassent parfois le niveau et sont même parfois pédiculées; tantôt elles se confondent avec les parties voisines. Les tumeurs ont parfois au centre un noyau de consistance plus ferme. Celles du sourcil et du menton sont légèrement compressibles. La plante des pieds et la paume des mains sont dépourvues de tumeurs; à la jambe gauche, qui est éléphantiasique, se trouve à la face postérieure un ulcère développé déjà depuis 10 ans, se cicatrisant et s'ulcérant sans cesse depuis. Très légère adénopathie sous-maxillaire et axillaire.

Rachitisme congénital.

M. F. Tchistovitch a examiné au microscope un grand nombre de squelettes de nouveau-nés ou d'enfants morts quelques jours après la naissance, afin d'élucider la question du rachitisme congénital. Il a surtout porté son attention sur les lésions des extrémités antérieures des côtes et des os du crâne.

Sur 100 squelettes ainsi examinés, il n'a trouvé rien d'anormal dans 72 cas; la ligne d'ossification était rectiligne, le cartilage et l'os se développaient normalement; il en était de même de la calcification. Dans 15 cas, il y avait des lésions caractéristiques d'ostéochondrite syphilitique, et enfin, chez 13 seulement, les lésions des épiphyses pouvaient faire songer soit à la syphilis, soit au rachitisme.

Les résultats de l'examen des 72 cas de la première catégorie (c'est-à-dire normaux) démontrent que l'ossication, tout en étant normale, peut quelquefois présenter quelques déviations du type normal. Ainsi, par exemple, dans l'ossification classique, le cartilage ne doit pas avoir de vaisseaux, la ligne d'ossification ne doit pas y avoir de chondroplastes calcifiés. Cependant on peut, même dans un squelette s'ossifiant tout à fait normalement, constater soit des vaisseaux, soit une forme anguleuse de la ligne d'ossification, soit une autre déviation quelconque. Mais M. Tchistovitch ne pense pas que ces faits permettent de conclure au rachitisme, du fait de l'existence d'une seule de ces anomalies.

Dans la syphilis, les lésions étaient très variées : développement soit exagéré, soit moindre de la couche proliférante, calcification constante, etc.

Dans les 13 cas de la troisième catégorie, les lésions ressemblaient aussi bien à la syphilis qu'au rachitisme et il était difficile d'affirmer positivement qu'il s'agissait exclusivement de rachitisme; il est vrai aussi que les signes de ce dernier étaient au complet. Mais, même en admettant que ces 13 cas fussent des cas authentiques de rachitisme, on arrive à un pourcentage de rachitisme congénital qui est bien loin de celui que donnent Kassowitz et Lentz; et si l'on exclut des 100 enfants qu'a examinés M. Tchistovitch les 42 pris à l'hospice des Enfants-Assistés de Saint-Pétersbourg où la syphilis est extrêmement fréquente, il ne reste que les 58 de la clinique d'accouchement; parmi ces 58 il n'y en avait que 8 de la troisième catégorie, ce qui réduit encore le pourcentage du rachitisme congénital à 8 1/2 pour 100.

En se basant sur ces considérations et sur ce que le fœtus, pendant la vie intra-utérine, n'a pas plus de chances ni de raisons de devenir rachitique que l'enfant né, M. Tchistovitch conclut que le rachitisme est surtout une affection de la vie extra-utérine, provoquée par des conditions défavorables de respiration et de nutrition.

Métrite disséquante puerpérale.

M. E. Veinschtein relate l'observation de deux malades ayant eu, pendant la première moitié de leur grossesse, des nausées, des vomissements et de la constipation, et qui ont expulsé, l'une au vingtième jour et l'autre au neuvième jour après l'accouchement, des fragments de tunique musculaire de l'utérus, fragments rappelant, dans le premier cas, la forme de

l'organe, et, dans le second, un lambeau rubané. Cette élimination s'était accompagnée de fièvre, de contractions utérines très douloureuses et d'un écoulement très fétide. Les deux malades ont guéri.

M. Massen considère la métrite disséquante comme une forme atténuée de l'ancienne pourriture utérine.

M. Slaviansky insiste sur ce fait que les cas rapportés plus haut doivent bien être désignés sous le nom de métrite disséquante puerpérale, pour les distinguer de ceux qui sont provoqués, par exemple, par les injections de chlorure de zinc, et qu'on pourrait appeler métrite disséquante gynécologique. Dans un cas de ce genre, M. Slaviansky a observé l'oblitération complète de la cavité utérine.

Opération césarienne.

M. V. Vasten a rapporté l'observation d'une malade à laquelle il avait fait, en 1894, l'opération césarienne pour un rétrécissement irrégulier du bassin. Il y a 6 semaines, la malade est de nouveau entrée à la clinique pour subir la même opération. Quoique pendant la première intervention tout l'utérus fût recouvert par le grand épiploon, on a constaté cette fois que, au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice, l'utérus adhérait à l'abdomen.

Déciduome malin.

Mme Oulesko-Stroganoff a observé une femme de 26 ans, traitée en 1894 pour une môle, et qui en mai 1896 fut curetée pour une métrorrhagie. Deux mois après le curetage, l'hémorrhagie revint très abondante et la malade revint à l'hôpital où l'on trouva une grossesse de 10 semaines et une tumeur spongieuse occupant toute la paroi antérieure et le fond de l'utérus. On pratiqua alors l'hystérectomie vaginale; l'examen histologique de la pièce confirma le diagnostic de déciduome malin.

Tumeur kystique des petites lèvres.

M. Jacobson rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans, chez laquelle s'est développée, à la moitié supérieure de la petite lèvre droite, une tumeur kystique dont les parois se confondaient avec le tissu de la petite lèvre. La tumeur était allongée, avait 4 centimètres de largeur et 6 de longueur, une surface lisse, bleuâtre, et présentait une légère fluctuation et un réseau vasculaire au niveau de ses parois. L'examen histologique de la tumeur enlevée démontre que sa paroi est formée de trois couches externe cutanée, moyenne connective lâche et interne connective dense avec beaucoup de cellules rondes. Entre les couches moyenne et interne, on voit les espaces lymphatiques élargis, tapissés d'un endothélium. M. Jacobson pense que le kyste s'est développé au dépens d'un espace lymphatique dilaté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEF

Applications de la théorie des neurones au traitement des hémiplégies par l'électricité.

MM. Seletzki, Kohler et **Pick** ont prouvé que dans la dégénérescence des faisceaux pyramidaux par suite des lésions cérébrales, la dégénérescence de la portion médullaire de ces faisceaux peut déjà être démontrée 11 jours après l'accident initial : cette dégénérescence est probablement due à l'atrophie des neurones par défaut d'activité.

Il s'ensuit que, dans le traitement de l'hémiplégie, il faut faire l'électrisation de façon à agir sur les deux neurones, c'est-à-dire sur toute la voie pyramidale. Bekhtereff a comparé la transmission de l'excitabilité d'un neurone à un autre à une série de bouteilles de Leyde se déchargeant l'une dans l'autre : l'impulsion nerveuse qui a pris naissance dans une cellule se propage le long du prolongement et de ses ramifications terminales qui sont en rapport avec les terminaisons d'une autre cellule; l'impulsion se développe dans cette dernière et se propage le long de ses prolongements, et ainsi de suite. En appliquant cette théorie à l'électrothérapie, il est indiqué que le courant qui stimule les neurones provoque des décharges d'énergie et empêche, par cet exercice, l'atrophie des neurones. De sorte que si le foyer cérébral se résorbait et que la partie comprimée du faisceau pyramidal devenait de nouveau perméable, pour ainsi dire, pour la transmission des incitations volontaires, celle-ci trouverait des neurones capables de la transmettre à destination. Il faut aussi que les muscles n'aient pas perdu l'habitude du fonctionnement.

Pour que l'électrisation puisse, dans l'hémiplégie, donner de bons résultats, elle doit donc non seulement exercer (galvaniser) les neurones, mais aussi les muscles (faradisation). Pour atteindre ce but, on doit procéder de la façon suivante : on commence par galvaniser la tête en plaçant le catode sur l'hémisphère lésé et l'anode à la nuque. On plonge ensuite la main dans de l'eau salée et l'on y met l'anode, le catode étant à la nuque. Puis on galvanise de la même manière le pied paralysé. Au bout de quelques séances, on obtient une amélioration très marquée. Les courants doivent être très faibles, et de courte durée, autrement les résultats sont très fâcheux. Il faut, en même temps, provoquer les contractions musculaires à l'aide d'un interrupteur appliqué au muscle. Les malades doivent, pendant la faradisation, aider en quelque sorte l'électrisation en soulevant, par exemple, la main quand on électrise le deltoïde, etc.

Grâce à cette technique, M. Seletzki a pu rétablir les mouvements dans plusieurs groupes musculaires des membres paralysés depuis 7 à 14 mois, ce qui n'arrive jamais avec l'électrisation selon les procédés ordinaires. Il a pu également se convaincre de l'action favorable de l'électrisation des neurones combiné avec la faradisation des muscles, dans 3 cas de polynévrite et dans un cas de trophonévrose avec éruption excessivement prurigineuse de vésicules. Dans ce dernier cas, la maladie datait de 5 ans et le prurit rendait très souvent le sommeil impossible. Après la première séance de galvanisation, la malade put dormir toute la nuit.

Gangrène du poumon.

M. Volkovitch a communiqué 2 cas de gangrène des poumons où il a été obligé d'intervenir par la résection costale.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 35 ans. Les accidents ont débuté par de la toux, de la fièvre, de la dyspnée et un point de côté. Lorsque le malade entra à l'hôpital au bout de 5 jours, il existait en outre une fétidité extrême de l'expectoration et de l'haleine. L'expectoration ne contenait pas de fibres élastiques, ni de tissu pulmonaire, ni de leptothrix, ni de cristaux d'acides gras. Pas de bacilles tuberculeux, pas de vomique.

En raison de la gravité de l'état général, on décida d'intervenir chirurgicalement. On fit la résection de la 5e côte, et on tomba sur un foyer pulmonaire qui se dirigeait en haut jusqu'à la 2e côte, et qui s'étendait en bas jusqu'à la 9e côte, dont une portion fut également réséquée. Nettoyage et drainage du foyer.

A la suite de cette intervention, l'état général s'améliora, l'appétit et le sommeil revinrent; les tissus sphacélés finirent par s'éliminer. Le malade est actuellement en voie de guérison.

La seconde observation concerne un homme de 46 ans, malade depuis 16 mois; les crachats et l'haleine n'étaient pas fétides, mais l'expectoration était purulente; il y avait de la fièvre de l'œdème de la face et des membres. Résection des 6e et 7e côtes. Parmi les caillots gélatiniformes et l'exsudat, on trouva des lambeaux de tissu pulmonaire sphacélé. Les résultats furent également très bons.

M. Sapiejko rapporte 2 observations de gangrène pulmonaire traitée chirurgicalement. Une des malades fut opérée il y a quelques mois, et, aujourd'hui, se porte très bien. Dans un autre cas, M. Sapiejko est intervenu pour une dilatation bronchique avec hémoptysies; il a ouvert plusieurs foyers. La guérison est actuellement complète.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — Des limites de la paralysie générale (p. 733).
THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Traitement de l'ataxie par la méthode de Frenkel (p. 736).
PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Fongus ombilical du nouveau-né (p. 738).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Hémorrhagies des capsules surrénales. — Insuffisance et rétrécissement mitral spasmodique. — Souffle intermittent crural sans insuffisance aortique. — Pneumothorax chez l'enfant (p. 740). — Néphrite aiguë bénigne chez les enfants. — Main suculente et atrophie musculaire dans la syringomyélie. — Ostéomyélite typhique. — Plaies du cœur et leur traitement. — Suppurations multiples consécutives à la grippe. — Troubles nerveux par cals exubérants au membre supérieur (p. 741).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Kyste dermoïde du troisième ventricule. — Tumeur du cerveau. — Hémiatrophie faciale. — *Médecine :* Traitement ioduré dans la syphilis. — Action de l'iodure de potassium dans le sang. — Intoxication saturnine. — *Chirurgie :* Diastasis de la ligne blanche. — Kystes du pancréas (p. 742). — Injections d'iode et de gaïacol dans la tuberculose chirurgicale. — Abcès périuréthraux blennorrhagiques. — Infection hémorrhagique. — Stérilisation des sondes. — Typhlite et appendicite actinomycosiques. — Rôle du colibacille dans la pathologie des voies urinasres (p. 743).
MÉDECINE PRATIQUE. — La bicyclette dans les affections cardiaques (p. 743). — Hyposulfite double de mercure et potasse. (p. 744).

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Des limites de la paralysie générale (1).

« La découverte de la paralysie générale, a écrit Baillarger (2), est le plus grand progrès qu'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales. » Il n'est que juste d'ajouter que Baillarger a contribué pour beaucoup à ce progrès. Mais, à peine réalisé, grâce aux travaux de Bayle et de Calmeil inspirés par Royer-Collard, ce progrès était traversé, ralenti et parfois compromis par des confusions et par des erreurs auxquelles Baillarger lui-même n'est pas demeuré complètement étranger.

Pour Esquirol (3) et ses élèves Georget (4) et Delaye (5), la paralysie était, *au même titre* que *la phthisie* et le *scorbut*, une *complication* de toutes les *folies en général*. Calmeil (6) donne de *cette paralysie spéciale* une description clinique infiniment plus exacte et approfondie que les auteurs précédents, mais il continue à la considérer, en dépit des travaux de Bayle déjà parus, comme *complication* des *folies quelconques*. C'est Bayle (7) qui, le premier, fait de la paralysie générale une maladie distincte dont « les symptômes peuvent tous se réduire à une *paralysie générale* et *incomplète* et au dérangement des facultés intellectuelles. » — Les troubles physiques ne sont pas quelconques. Bayle montre que ces troubles physiques ne viennent pas compliquer les folies chroniques en général, mais que, au contraire, ils suivent de près l'apparition de *certains* troubles intellectuels, consistant en une manie ambitieuse caractérisée, *dès le début*, par l'affaiblissement des facultés, et se terminant par la démence complète. Bayle s'élève ainsi à la conception d'une maladie particulière, **autonome** et *primitive*, dont il croit trouver la lésion dans une *arachnitis* ou *méningite chronique*; il établit l'*unité* de la paralysie générale. Pourtant il s'est trompé en plaçant dans les méninges la lésion essentielle de la paralysie générale. Au point de vue clinique, et bien qu'ayant vu des paralytiques mélancoliques, il n'a décrit qu'une des formes de la maladie, la forme expansive. Il a, de plus, introduit dans sa description une rigueur artificielle, en distinguant ses trois périodes de *monomanie*, de *manie* et de *démence*, etc. Mais enfin, après lui, l'espèce nouvelle existait dans ses traits essentiels.

Une réaction contre l'œuvre de Bayle ne tarda pas à se dessiner; Baillarger en fut le promoteur principal. Elle n'a pas cessé depuis, remettant sans cesse en question l'unité de la paralysie générale et même son existence en tant que maladie autonome. La doctrine de Bayle a soutenu trois grands assauts : le premier, à propos de « la paralysie générale sans aliénation »; le second, à propos des « folies congestives »; le troisième, le plus récent, au sujet des « pseudo-paralysies générales. »

I. Paralysie générale sans aliénation. — L'idée d'une paralysie générale sans aliénation est née des recherches de Baillarger (1); elle est une réaction à la fois contre la manière de voir d'Esquirol et de ses élèves et contre la doctrine de Bayle.

Contre la première, Baillarger établit que la paralysie générale n'est pas *complication de la folie*, puisqu'on voit d'ordinaire les symptômes paralytiques *accompagner dès le début* ou même précéder les troubles intellectuels.

Contre Bayle, il soutient d'abord que les symptômes paralytiques peuvent précéder le dérangement des facultés mentales, et qu'ensuite le délire ambitieux et même toute espèce de délire fait souvent défaut pendant toute la durée de la maladie, le trouble mental se réduisant dans ces cas à *la démence*. Or, la démence n'est pas la folie; « l'abolition pure et simple de l'intelligence et la folie sont deux choses parfaitement différentes et que personne ne confond » (2). Il en conclut que la paralysie générale est une affection *spéciale* et bien définie, distincte de la folie; c'est une *démence paralytique* apparaissant souvent, comme l'avait déjà admis Delaye, chez des gens *parfaitement sains d'esprit*, et « qui peut exister sans délire, *sans aliénation*, sans autre chose que la démence (3); — elle est « identique, dans ses symptômes et dans ses altérations anatomiques, à la paralysie des vieillards, à l'hydrocéphalie chronique des adultes et à l'hydrocéphalie consécutive à des altérations locales du cerveau. Dans un assez grand nombre de cas, la couche corticale du cerveau a été trouvée parfaitement saine (4) ». — Dans cette théorie, la paralysie générale peut donc *évoluer seule* ou *se compliquer* de folie; c'est exactement l'opposé de la doctrine d'Esquirol. Nous n'insisterons pas sur les confusions qu'il est possible de relever dans cette conception de la paralysie générale, évidemment appuyée sur des faits disparates

1. Extrait du rapport lu par M. F.-L. Arnaud sur le diagnostic de la paralysie générale (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*, Toulouse, août 1897).
2. *Ann. méd.-psych.*, 1859, p. 509.
3. Dictionnaire des sciences médicales, 1814-1816. — Des maladies mentales, 1838.
4. De la folie (Paris, 1820).
5. Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés (th. de Paris, 1824).
6. De la paralysie considérée chez les aliénés, 1826.
7. Recherches sur l'arachnitis chronique, etc. (th. Paris, 1822). — Nouvelle doctrine des maladies mentales (Paris, 1825). — Traité des maladies du cerveau et de ses membranes (Paris, 1826).

1. Nouvelles considérations sur la paralysie générale incomplète (*Gaz. des hôp.*, juillet, 1846). — Note sur la paralysie générale (*Ann. méd.-psych.*, 1847).
2. Baillarger, Note sur la paralysie générale (*Annales*, 1846, p. 340).
3. Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1816, t. VIII, p. 134.
4. Baillarger, Nouvelles considérations.

puisqu'elle accepte *l'identité clinique* et *anatomique* de la paralysie générale et de la paralysie des vieillards, des hydrocéphalies, de certaines lésions locales du cerveau, puisqu'elle accepte encore l'absence de toute lésion cérébrale à l'autopsie. Si tout cela est vrai, la paralysie générale n'est plus, comme le veut Baillarger, une maladie *spéciale et bien définie*; elle n'est qu'un simple *syndrome* dépendant de maladies très diverses.

Pour ce qui concerne les troubles intellectuels, Baillarger est revenu lui-même, de par l'évidence des faits, sur ce que ses premières affirmations avaient de trop absolu. Dans la discussion de 1858, à la Société médico-psychologique, il disait : « Il y a plus de 10 ans, j'ai fait entrer la démence dans la définition de la paralysie générale, au même titre que les symptômes de paralysie, je comprenais les signes de démence, car la démence est, comme on l'a fait remarquer, une véritable paralysie de l'intelligence. J'ajoute encore que l'affaiblissement de l'intelligence étant le plus souvent dès le début et devenant toujours par ses progrès une véritable aliénation mentale... *je n'ai jamais admis de paralysie générale sans aliénation mentale* (1). »

Requin propose de substituer au terme *paralysie générale des aliénés* celui de *paralysie générale progressive*, parce que, « quelquefois, on la voit faire invasion chez des personnes *jusque-là saines d'esprit*, et n'aboutir à la démence confirmée que plus ou moins tard (2) ». Requin admet encore une *forme rapide* de la paralysie générale progressive, et il rapporte, comme preuve à l'appui, une observation suivie d'autopsie qui est, sans doute possible, par ses symptômes comme par ses lésions anatomiques, un cas de méningite subaiguë d'une durée de trois mois.

Lunier (3) accepte et développe toutes les idées primitives de Baillarger; mais il donne comme exemples de paralysie générale n'ayant été « ni précédée d'aliénation mentale, *ni accompagnée de démence* », des observations évidemment étrangères pour la plupart à la paralysie générale.

Sandras (4) adopte aussi la paralysie générale progressive de Requin. Il pense que si « *en dehors de l'aliénation mentale*, la paralysie générale n'est pas très commune, elle n'en est pas moins *certaine*; elle se montre dans des conditions morbides tout à fait différentes » (*loc. cit.*, t. II, p. 87). Et il rapporte comme cas de paralysie générale des observations qui appartiennent soit à la polynévrite, soit à l'atrophie musculaire progressive, soit à une poliomyélite, mais nullement à la paralysie générale. De plus, ces sujets, qui sont donnés comme n'ayant aucun symptôme d'aliénation, présentent, de l'aveu de Sandras, de l'affaiblissement des facultés, surtout de la mémoire, s'irritent et rient « sans motif », ont des hallucinations de la vue. Enfin, d'ordinaire, ils guérissent ou s'améliorent en peu de temps. Dans certains cas mortels, l'autopsie ne révèle aucune lésion cérébrale.

Enfin, Rostan et Casimir Pinel (5), allant plus loin, soutiennent que, « sur 6 paralytiques généraux, 5 ne sont pas aliénés ».

Il est donc évident que l'histoire de la prétendue paralysie générale *sans aliénation* a été faite avec des faits étrangers à la paralysie générale, et n'a établi, à aucun degré, la démonstration de l'existence de plusieurs espèces de paralysie générale. De la discussion soulevée par Baillarger, il est cependant résulté la preuve que les troubles physiques prédominent, dans certains cas, au début de la paralysie générale, et que la maladie peut évoluer entièrement sans présenter ce délire ambitieux que Bayle croyait spécifique, sans présenter même un délire bien évident; les troubles psychiques consistent alors essentiellement en une démence progressive. On peut donc admettre, à la rigueur, qu'il y ait des cas de paralysie générale *sans délire;* il n'y en a pas *sans aliénation*. Je crois, d'ailleurs, que ces paralysies générales *sans délire* sont exceptionnelles, et qu'en suivant les malades de près on relève tôt ou tard, dans l'immense majorité des cas, quelques conceptions délirantes.

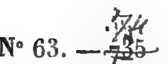
1. *Annales médico-psychologiques*, 1859, t. V. p. 289.
2. Eléments de pathologie médicale, 1846, p. 90.
3. Recherches sur la paralysie générale progressive (*Ann. méd.-psych.* t. I., 1849).
4. Traité pratique des maladies nerveuses, 2 vol., Paris, 1581.
5. *Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 119.

II. Folies congestives et paralytiques. — Pour Baillarger, la paralysie générale (démence paralytique) n'a pas trois ordres de symptômes essentiels : *folie, démence, paralysie;* elle n'en a que deux : *démence* et *paralysie*. Que sont alors ces délires à physionomie particulière que l'on observe si souvent — dans la majorité des cas, dit Baillarger lui-même — chez les paralytiques généraux : *manie ambitieuse* décrite par Bayle, Parchappe, J. Falret; *délire hypocondriaque*, si justement signalé par Baillarger? D'après la théorie, ce sont des *folies spéciales* « caractérisées par le délire des grandeurs ou le délire hypocondriaque, par l'hésitation de la parole, et, le plus souvent, par l'inégalité des pupilles »; la présence de ces signes physiques, dus à la congestion cérébrale, les distingue des folies simples. Elles peuvent guérir comme les folies simples, mais plus rarement; elles se terminent, d'ordinaire, après un ou plusieurs accès, non par la démence simple, mais par la démence paralytique. Ces folies *congestives* ou *paralytiques* (paralysies générales latentes de Westphal) précèdent très souvent ou accompagnent la démence paralytique, mais elles n'en ont pas moins « leur existence propre et tout à fait indépendante de la paralysie générale. » La preuve, c'est qu'elles peuvent guérir ou se terminer par la démence simple, et que, dans les cas terminés par la mort, les lésions de la paralysie générale sont souvent *absentes*. Ces *folies paralytiques* doivent donc former une catégorie spéciale à côté des folies simples, mais d'un pronostic plus grave. Toute l'argumentation de Baillarger repose sur deux points principaux; l'un d'ordre clinique : les difficultés de diagnostic que présente la paralysie générale du début; — l'autre d'ordre *théorique :* la conception de la manie, de la mélancolie et de la démence, comme des *espèces morbides* distinctes.

Il est incontestable que certains états psychopathiques, plus ou moins analogues à la paralysie générale, s'en séparent complètement par leur évolution et par leurs conditions anatomo-pathologiques. Mais cela ne démontre pas l'existence d'une classe de folies particulières; cela démontre seulement la nécessité de nouvelles recherches en vue de fixer le diagnostic plus tôt et avec plus de précision.

Il est certain, d'autre part, que la description ordinaire de la paralysie générale, telle que l'ont faite Bayle, Parchappe, Moreau (de Tours), J. Falret, etc., ruine la classification d'Esquirol. Si la manie, la monomanie, la mélancolie, la démence étaient des *espèces* morbides véritables, on ne les retrouverait pas si souvent, en rapport de succession ou de coexistence, chez un même ma-

1. De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux (*Ann. méd.-psych.*, 1858). — Théorie de la paralysie générale (*Ann. méd.-psych.*, 1883).



lade, au cours d'une même maladie. Or, Baillarger, n'admet pas que l'on mette en doute les *espèces* manie, mélancolie, démence. De là tous ses efforts pour établir « l'indépendance » réciproque de la *démence* paralytique et des *folies* paralytiques confondues à tort, selon lui, dans une même description, par les partisans de la théorie *unitaire* de la paralysie générale.

Mais les folies *congestives* ou paralytiques ne sont embarrassantes qu'à propos des premières périodes de la paralysie générale. Il existe d'autres psychopathies qui présentent à peu près au complet l'ensemble des symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale, y compris la démence; et cependant, ces états morbides peuvent se terminer par la guérison ou présenter à l'autopsie des altérations très différentes de celles de la paralysie générale. Ce sont les faits de cet ordre que l'on a groupés sous le nom de *pseudo-paralysies* générales.

III. Pseudo-paralysies générales (1). — L'expression de *pseudo-paralysie générale* semble avoir été employée pour la première fois, en 1851, par Delasiauve. Il l'appliquait, en particulier, à une forme de l'encéphalopathie saturnine, et, d'une manière générale, à tous les états morbides empruntant la physionomie clinique de la paralysie générale : hémorrhagie cérébrale, ramollissement, paralysies épileptique, pellagreuse, alcoolique, saturnine, etc. Par opposition à la paralysie générale vraie, idiopathique, ces divers états constituent « ce qu'on pourrait appeler la pseudo-paralysie générale symptomatique (2). »

Aubanel et Sauze emploient dans le même sens pratique le mot de pseudo-paralysie générale à propos d'une observation de cancer du cervelet pris pour une paralysie générale (3) et de certains cas de paralysie *généralisée* survenant chez les vieillards à la suite d'une hémiplégie.

Ce terme a été repris plus tard avec une signification qu'on a voulu rendre plus précise. En 1870, Hoffmann et Nasse décrivaient une pseudo-paralysie générale alcoolique. Fournier créait, en 1879 (4), la *pseudo-paralysie générale syphilitique*. Régis reprenait (1880-1883) la question des pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Enfin, plus récemment, Klippel a décrit des pseudo-paralysies générales *arthritique, névritique*, etc. (5). — De nombreux travaux ont été consacrés aux pseudo-paralysies générales, les uns favorables, les autres contraires à leur existence.

La conception générale des *pseudo* repose sur cette hypothèse que certaines causes morbides (alcool, syphilis, plomb, etc.) sont *incapables* de produire la *paralysie générale vraie;* qu'elles peuvent seulement déterminer des états pathologiques analogues, quoique différents, par leurs symptômes, mais différents surtout par leur évolution (*états paralysoïdes* de Lasègue). L'évolution des *pseudo* est régressive, elle aboutit à la guérison, tandis que la *paralysie générale vraie* est *progressive* par définition et *incurable*. Cette différence dans la terminaison implique nécessairement une différence dans les altérations anatomiques.

Cette doctrine est formulée avec toute la netteté possible par les auteurs. Fournier déclare (1879) qu' « il est impossible d'assimiler à la paralysie générale l'état morbide qu'on a si imprudemment décoré du nom de paralysie générale syphilitique ». Pour Régis « la paralysie générale saturnine n'existe pas » ; — « l'alcool, le saturnisme, la syphilis, et, en général, toutes les causes palpables, matérielles, n'ont en réalité qu'une action des plus secondaires sur le développement de la paralysie générale véritable (1). » Lacaille (2) se prononce complètement pour l'opinion qui « refuse à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale ». Blache (3) adopte la même manière de voir, etc.

Mais la doctrine a subi des modifications. Delasiauve, après avoir dit que le saturnisme crée une pseudo-paralysie générale, acceptait l'idée d'une *paralysie générale vraie, d'origine saturnine*. On admet que les pseudo (et surtout la pseudo-paralysie générale alcoolique) peuvent aboutir à la *paralysie générale vraie*, qui, dans ce cas, serait une affection secondaire. La syphilis est aujourd'hui regardée comme la *grande cause* de la *paralysie générale vraie* par les partisans mêmes des pseudo-paralysie générales. A cette première difficulté d'ordre théorique s'ajoutent des dissidences sur le terrain même de l'observation. Les uns admettent la possibilité d'un *diagnostic clinique* entre la fausse et la vraie paralysie générale, d'autres soutiennent que les distinctions invoquées sont de simples nuances individuelles, sans valeur réelle. L'accord n'est pas complet, non plus, à propos des altérations anatomiques. Pour la pseudo-paralysie générale syphilitique, Fournier avait admis que ses lésions étaient *diffuses* et *méningo-corticales*, comme dans la paralysie générale ordinaire, avec cette différence que la diffusion était moindre et que le maximum des altérations portait sur les méninges (sclérose méningée, avec symphyse méningo-cérébrale). Foville objectait qu'une différence de ce genre ne saurait suffire à distinguer les deux affections. Pour lui, la pseudo-paralysie générale syphilitique serait caractérisée anatomiquement par des *syphilomes multiples* et non par des lésions diffuses. Régis, Mendel, partagent cette manière de voir.

Reste l'évolution. Ici, l'on s'entend mieux, et l'on oppose généralement l'évolution *régressive* et la *curabilité* des pseudo à la marche fatalement progressive et à l'incurabilité de la paralysie générale vraie. Cette opposition n'est pourtant pas absolue et, sans parler des *récidives* fréquentes, on connaît des cas assez nombreux de pseudo terminés par la mort (cas de Nasse, Marcé, Dagonet, Baillarger, Fournier, Régis, A. Voisin, Camuset, etc.).

Ces incertitudes dans la doctrine, ces difficultés dans l'interprétation des faits fournissent autant d'arguments aux nombreux adversaires des pseudo-paralysies générales. Pour eux, les faits qualifiés pseudo-paralysies ne correspondent d'aucune façon à une forme morbide particulière qui mériterait « *une place à part* dans la classification des maladies mentales » (Baillarger) (4); ce sont ou bien des *erreurs de diagnostic totales*, ces faits pouvant être cliniquement distingués de la paralysie générale vraie, ou bien *des observations incomplètes* portant sur les premières périodes d'une paralysie générale authentique,

1. Voir surtout, pour la pseudo-paralysie générale alcoolique . Moreaux (thèse de Paris, 1881); — Lacaille, *id.*, 1881 ; — Régis, *Annales méd.-psych.*, 1881 ; Encéphale, 1883. — Rouillard, Les pseudo-paralysies générales (*Gaz. des hôpitaux*, 7 juillet 1888); — Vallon, Pseudo-paralysies saturnine et alcoolique, Paris, 1894. — Pour la pseudo-syphilitique : Fournier, La syphilis du cerveau, 1879 ; — Foville, Rapports de la syphilis et de la paralysie générale (*Annales méd.-psych.*, 1879); — Morel-Lavallée et Bélières, Syphilis et paralysie générale, Paris, 1889.
2. Delasiauve, *Annales méd.-psych.*, 1851, p. 615, et 1858, p. 459.
3. *Annales méd.-psych.*, 1858, 436.
4. Fournier, La syphilis du cerveau.
5. Klippel, *Rev. de méd.*, 1892; — *Gazette hebdomad.*, 1893.

1 Régis, *Annal. méd.-psych.*, 1880; Encéphale, 1883.
2. Thèse citée, 1881.
3. Essai sur les pseudo-paralysies générales, 1884.
4. *Annales méd.-psych.*, 1889, p. 208.

périodes pendant lesquelles s'observent des *rémissions* notables et mêmes des *guérisons* (Doutrebente, Vallon, etc.). Dans les deux cas, il s'agit, suivant l'expression du professeur Pierret, d'un *pseudo-diagnostic*.

Vallon (1), en particulier, a soutenu cette manière de voir.

Il a montré qu'un assez grand nombre de pseudo-paralytiques guéris n'ont jamais été qu'en état de rémission, qu'ils sont redevenus malades et qu'ils ont fini par la paralysie générale la moins contestable. Quant aux cas de guérison réelle, Vallon ne voit pas de raison suffisante de les exclure du cadre de la paralysie générale vraie; cette exclusion présuppose « le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale » qu'il se refuse à admettre. Le petit nombre des cas de pseudo irréductibles aux deux catégories précédentes sont « de simples curiosités cliniques (2) ».

La théorie des pseudo-paralysies générales n'est, au fond, qu'un autre aspect, plus étendu, de la doctrine des *folies congestives* ou *paralytiques* de Baillarger. Plus compréhensives que ces dernières, les pseudo-paralysies générales englobent les *pseudo-démences paralytiques curables* (3). Baillarger lui-même avait fini par rattacher aux pseudo les cas de *sa folie paralytique* (ancienne folie congestive) terminés par la démence simple ou par la paralysie générale vraie (4).

Les travaux récents sur les *névrites périphériques* leur ont ouvert un nouveau domaine, et M. Klippel a pu décrire les *pseudo-paralysies générales névritiques* (5). Il a voulu, en même temps, introduire un peu d'ordre dans tous ces faits disparates; d'où son classement des pseudo en deux groupes anatomiques :

1° *Maladies à lésions essentiellement centrales* (pseudo-paralysie générale syphilitique et arthritique).

2° *Maladies à lésions essentiellement périphériques* (probablement toutes les pseudo-paralysies générales toxiques, celle des alcooliques en première ligne).

Mais ce dernier groupe comprend, avec des états toxiques, une foule d'états *infectieux*, tout comme le premier groupe.

Enfin, on s'est avisé que depuis longtemps déjà des relations plus ou moins étroites avaient été signalées entre la paralysie générale vraie et la plupart des états infectieux et toxiques : choléra, fièvre typhoïde, érysipèle, diphthérie, variole, ergotisme, arsénicisme, etc. Les cas analogues se sont multipliés depuis quelques années; on a mis successivement en cause la puerpéralité, la grippe, le diabète, la tuberculose, les empoisonnements par le sulfure et l'oxyde de carbone, etc., etc. Dans l'ensemble de ces faits, on a trouvé tous les intermédiaires, depuis les cas n'ayant avec la paralysie générale qu'une ressemblance superficielle, jusqu'à ceux qui présentent avec elle une complète identité clinique, corroborée par des examens anatomiques plus ou moins concluants. C'est ainsi que, sur la voie ouverte par la syphilis, se présente aujourd'hui la *théorie infectieuse* de la paralysie générale. Cette doctrine n'est aujourd'hui qu'une simple hypothèse. Mais sa vérification ruinerait complètement la théorie des pseudo-paralysies générales.

Au point de vue pratique, tout au moins, convient-il de conserver le terme de pseudo-paralysie générale?

Quelques auteurs hostiles à la théorie, M. Ballet notamment, pensent que le mot est utile pour fixer l'attention sur les difficultés du diagnostic. Malheureusement, on abuse vraiment du mot. Après les pseudo-paralysies générales *saturnine, pellagreuse, alcoolique, syphilitique*, nous avons eu les pseudo-*névritiques, tabétiques, arthritiques* (Klippel), *diabétiques*. Régis a parlé des pseudo-paralysies générales *hystérique* et *neurasthénique*, etc.

A en juger par le passé, le bénéfice est plus que douteux pour l'avenir; un mot sans signification précise a toujours cet inconvénient grave de dissimuler notre ignorance et de masquer la difficulté qu'il recouvre : « Mieux vaut étudier ces faits plus complètement, c'est ainsi que les erreurs deviendront des exceptions » (Magnan et Sérieux).

En résumé, ni les *folies congestives*, ni les pseudo-paralysies générales n'ont apporté une réponse à cette question qui est le fond de tous ces débats: La paralysie générale est-elle *une maladie distincte*, ou un *groupe de maladies*, ou un *syndrome clinique?*

1. Pseudo-paralysie générale saturnine et alcoolique, *loc. cit.*
2. Camuset, *Annal. méd.-psych.*, 1883.
3. Baillarger, *Annal. méd.-psych.*, 1879, I, p. 5.
4. *Annal. méd.-psych.*, 1889, p. 208.
5. *Gazette hebd.*, 4 février 1893.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de l'ataxie par la méthode de Frenkel,

D'après le rapport qui sera lu au *Congrès de Moscou*

Par M. le prof. Grasset.

En 1890, Frenkel (1) a fait à Brême, sur la rééducation des muscles chez les tabétiques, une première communication qui fut peu remarquée.

En 1892, Leyden (2) applique cette méthode dans son service et la préconise. Puis, en 1893, Hirschberg (3) publie un premier travail, après des essais faits chez Dujardin-Beaumetz. En 1894, Bechterew (4) et Ostankow (5) publient les résultats qu'ils ont obtenus à Saint-Pétersbourg. La même année, paraît la revue de Glorieux (6). En 1895, Frenkel (7) donne un nouveau travail sur l'application de son traitement aux membres supérieurs, qu'il complète, l'année suivante, par une communication à la Société de médecine interne de Berlin (8).

Enfin, en 1896, paraissent les leçons de Raymond (9) et de Erb (10), les travaux de Dana (11) et Targowla (12), un nouvel article d'Hirschberg (13), les revues de

1. Frenkel, D. Therap. atakt. Bewegungsstör. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1890, n° 52).
2. Leyden, Ueb. d. Behandl. d. Tabes (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1892).
3. Hirschberg, Trait. mécan. de l'ataxie locom. (*Bull. génér. de thérapeut.*, 1893, p. 66).
4. Bechterew, Die Bedeut. d. Frenkel'sch. Meth. bei d. Behandl. von Tab. dors. (*Neurol. Centralbl.*, 1894, Bd: XIII, p. 643).
5. Ostankow, De la méth. de Frenkel dans le traitement du tabès dors. (*Mess. neurol. de Bechterew*, 1894. II, 3).
6. Glorieux, Trait. mécan. de l'ataxie locom. (*la Policlin.*, 1894, n° 3).
7. Frenkel, D. Behandl. d. Ataxie d. obera Extremit. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1895, Bd. XXVII, p. 66).
8. Frenkel, Ueb. gymnast. Ther. b. Tabes (*Ver. f. inn. Med. in Berlin.*, 4 mai 1896).
9. Raymond, *Clin. des mal. du syst. nerv.*, 2e série, 1897, p. 581
10. Erb, Die Ther. d. Tabes (*Samml. klin. Vortr. von Volkmann*, 1896, n° 150).
11. Dana, Neurol. Rep. (*The Post. Grad.*, 1896)
12. Targowla, De l'éducat. motr. graduelle (méth. de Frenkel) et de la révuls. galvan. du rachis dans le traitement du tabès (*Rev. neurol.*, 1896, p. 257).
13. Hirschberg, Traitement de l'ataxie dans le tabès dorsal, par la rééducation des mouvements (méth. de Frenkel) (*Arch. de neurol.*, 1896, nos 9 et 11).

Rauzier (1), de Raïchline (2) et de Belugou (3) et un récent travail de Kalinine (4).

La méthode est facile à exposer dans ses lignes générales et dans son principe, mais difficile à détailler parce qu'elle varie suivant chaque cas particulier.

On analyse soigneusement les troubles d'incoordination de chaque tabétique, puis on s'efforce de lui faire corriger cette incoordination par le concentration sur l'acte de sa volonté et de son attention. Le malade réapprend à faire lentement, aussi régulièrement que possible et d'une façon réfléchie, les mouvements qu'il ne sait plus faire ou qu'il fait mal. « On est obligé, dit Hirschberg, de lui enseigner comment il faut s' y prendre pour s'asseoir, se lever, se tourner... » Pour cela, on décompose les mouvements et on fait exécuter d'abord des contractions musculaires simples, puis des mouvements coordonnés simples, enfin des mouvements coordonnés compliqués.

Ces exercices se font le malade étant au lit ou le malade étant debout; dans ce dernier cas il y a des exercices d'équilibre statique et des exercices de locomotion.

Les exercices ont lieu une ou deux fois par jour et doivent durer d'une demi-heure à une heure au plus.

Comment agit cette médication?

Tout le monde est d'accord pour admettre qu'elle s'adresse spécialement et exclusivement au symptôme ataxie. On voit aussi, assez facilement, qu'il s'agit d'une rééducation psychique des mouvements perdus ou altérés dans le tabès. Mais il est plus difficile de pénétrer et de préciser le mécanisme intime de cette rééducation.

Tout ce qu'on peut établir (et c'est cliniquement suffisant), c'est que par l'action cérébrale voulue, on crée ou met en action un nouveau système de coordination spinale, chez le tabétique dont la coordination spinale normale est détruite ou altérée.

Quand l'enfant apprend à marcher ou à saisir un objet, c'est le cerveau qui commande et dirige, soit par son psychisme supérieur (mouvements voulus), soit surtout par son psychisme inférieur (imitation). La moelle intervient non seulement comme appareil de conduction, mais comme appareil de coordination, elle joue un rôle considérable dans l'exécution des ordres du cerveau.

Plus tard, cette innervation inférieur devient suffisante pour permettre à elle seule la marche et beaucoup de mouvements : on marche et on agit souvent par son appareil bulbo-médullaire, sans la participation du cerveau, qui ne reprend la direction que d'une façon accidentelle et intermittente.

Quand le tabès survient, sa lésion perturbe et peut détruire cette fonction médullaire de coordination du mouvement, Alors on ne marche plus avec sa moelle, ou on marche mal; d'une manière générale, on se meut mal avec sa moelle. Le symptôme ataxie est constitué.

Mais les faits comme celui de Schultze prouvent que ce trouble symptomatique n'est pas définitif et incurable, alors même que la lésion persiste. Des fibres médullaires, simplement engourdies ou inhibées, peuvent recouvrer leur activité ou d'autres fibres voisines, restées saines, peuvent suppléer les malades, et l'ataxie disparaît.

1. Rauzier, Traitement de l'ataxie locom. (*Nouv. Montpellier médic.*, 1896).

2. Raïchline, Traitement rat. de l'ataxie (*Nice médic.*, 1897, p. 49 et 65).

3. Belugou, Un chapitre de thérap. du tabès : traitement mécan. de l'ataxie (*Arch. génér. de médecine*, février 1896, p. 149).

4. Kalinine, Quelques observations de trait. du tabès par la méth. de Frenkel (*Obozranie Bechterew*, 1896, p. 908).

La méthode de Frenkel consiste à provoquer ce travail de résurrection ou de suppléance médullaire par la mise en œuvre de l'activité cérébrale volontaire du sujet.

Comme il avait fait au début de sa vie, et cette fois sous l'impulsion et la direction assidue du médecin, le tabétique réapprend à faire tous ses mouvements avec son cerveau, avec son psychisme supérieur. Comme au début de la vie, cette action cérébrale développe dans la moelle un nouveau système de fibres actives, un nouvel appareil de conduction et de coordination. On arrive ainsi à refaire, avec son cerveau, les mouvements perdus; et même, quand le progrès est suffisant, le cerveau qui a tout fait et tout conduit jusque-là peut arriver à s'abstenir, au moins par moments; la suppléance médullaire s'est reconstituée et le tabétique peut recommencer à marcher et à agir automatiquement, sans y penser chaque fois.

En somme, la méthode de Frenkel revient à une *rééducation de la moelle par le cerveau.*

Cette théorie, dont je ne me dissimule pas les lacunes et les obscurités, me paraît cependant mieux suffire aux besoins de la clinique que les autres.

Hirschberg, qui paraît adopter à peu près et développer les idées mêmes de Frenkel, admet aussi cette compensation établie par le cerveau. Mais il fait tout pivoter autour de la sensibilité musculo-articulaire. L'ataxie est la conséquence des altérations de cette sensibilité; le tabétique traité par Frenkel remédie, par ses sens cérébraux supérieurs, à l'infirmité de cette sensibilité musculo-articulaire, et c'est ainsi qu'il apprend à corriger son ataxie. En somme, dit-il, « les exercices raisonnés et souvent répétés ont pour but de compenser par la vue et par une attention plus grande les troubles de la sensibilité musculo-articulaire. »

Cette théorie, plus précise, me paraît par là même trop étroite. Si les troubles de la sensibilité musculo-articulaire jouent un grand rôle dans la production de l'ataxie, ce n'est pas dans tous les cas, l'élément pathologique unique, notamment quand il y a de l'ataxie les yeux ouverts.

De plus, s'il y avait seulement suppléance de cette sensibilité musculo-articulaire par la vue et l'attention, le tabétique, au maximum de l'amélioration par le traitement de Frenkel, ne pourrait jamais marcher qu'avec la vue et l'attention. Or, certains tabétiques sont arrivés, par cette méthode, à marcher, même automatiquement, c'est-à-dire sans l'intervention assidue du psychisme supérieur.

Enfin, avec sa théorie, Hirschberg a bien de la peine à expliquer les améliorations de la sensibilité musculo-articulaire, constatées par Frenkel et Ostankow; cette sensibilité ne devrait pas être améliorée, si la méthode avait pour unique effet de la remplacer en développant d'autres sens.

Je crois qu'il faut toujours admettre une compensation établie dans la moelle, une suppléance dans la moelle, sous l'influence du cerveau. Pourquoi les exercices de Frenkel, les yeux fermés, s'il faut uniquement développer la suppléance de la sensibilité musculo-articulaire par la vue et l'attention psychique?

Hirschberg admet que la marche est toujours soumise au contrôle de la conscience, puisque le cerveau est averti des causes de modification et modifie convenablement la marche. Mais beaucoup de réflexes peuvent, à umoment donné, être modifiés par le cerveau; ce qui n'empêche pas qu'à d'autres moments ils se produisent automatiquement, sans intervention actuelle du psychisme supérieur, volontaire et conscient.

Il y a donc un appareil de coordination bulbo-médullaire. C'est cet appareil qui est lésé dans le tabès. C'est un appareil suppléant de coordination bulbo-médullaire que le cerveau du tabétique développe dans la méthode de Frenkel, et cette suppléance, dans les cas les plus heureux, porte sur les conducteurs centripètes comme sur les conducteurs centrifuges, et améliore la sensibilité musculo-articulaire en même temps que l'ataxie.

En d'autres termes, nous n'admettons pas, avec Hirschberg, la suppléance de la moelle par le cerveau, mais la rééducation de la moelle par le cerveau, cette rééducation étant compatible avec la persistance de la lésion tabétique, impliquant par suite une suppléance intra-médullaire par d'autres fibres restées saines.

Raymond combat, lui aussi, cette théorie de la méthode de Frenkel et ne veut pas mettre l'ataxie sous la dépendance des troubles de la sensibilité.

Il revient alors à une théorie qui lui est chère : avec Jendrassik, il défend l'origine cérébrale de l'ataxie :

« La coordination, dit-il, est une fonction encéphalique, l'incoordination du tabès est un trouble encéphalique... La coordination... résulte de l'association de la conscience et de la volonté. L'incoordination du tabès doit donc traduire un trouble de l'une de ces deux facultés, ou des deux, ou de leur association. »

De cette conception pathogénique de l'ataxie résulte naturellement une théorie de la méthode de Frenkel : l'incoordination est un trouble encéphalique, c'est par l'encéphale qu'il faut le corriger ; à symptôme cérébral, traitement cérébral.

J'avoue que j'aurais quelque peine à me ranger à cette manière de voir, qui me paraît reposer sur une confusion entre l'automatisme cérébral (psychisme inférieur) et l'automatisme bulbo-médullaire.

Certainement la coordination est une fonction encéphalique, mais pas exclusivement encéphalique. Au-dessous du centre psychique supérieur (conscient et libre), il y a ce que j'ai appelé le polygone formé par la réunion des centres du psychisme inférieur ou de l'automatisme psychologique.

Ces centres polygonaux jouent un rôle dans la coordination des mouvements et par là cette coordination est une fonction encéphalique.

Mais tout n'est pas là. Quand le canard décapité continue à faire le tour de la basse-cour avant de tomber, il n'a même plus son automatisme cérébral, il n'a que son automatisme bulbo-médullaire.

Donc, si la coordination est une fonction encéphalique, c'est aussi une fonction bulbo-médullaire. L'incoordina-peut donc être un trouble encéphalique ; mais elle peut aussi être un trouble bulbo-médullaire. Or, tout nous porte à croire que, dans le tabès (vu la topographie de ses lésions habituelles), c'est plutôt l'élément bulbo-médullaire que l'élément encéphalique qui intervient pour produire l'ataxie.

Donc, pour nous, la coordination étant une fonction à la fois encéphalique et bulbo-médullaire, l'ataxie du tabétique est une perte plutôt de la fonction bulbo-médullaire que de la fonction encéphalique. Et alors, par la méthode de Frenkel, nous tâchons précisément, à l'aide de la fonction encéphalique conservée, de suppléer à la fonction bulbo-médullaire supprimée.

Par l'encéphale du tabétique, nous suppléons à son trouble médullaire ; et comme nous arrivons même, dans les cas heureux, à le faire marcher avec sa seule moelle (en pensant à autre chose), nous avons bien obtenu la *rééducation de la moelle par le cerveau*. Nous avons obtenu par le cerveau, le développement d'une compensation médullaire.

Ce qui reste pour nous la formule la moins mauvaise pour résumer la théorie de la méthode de Frenkel.

Reste à préciser les indications et les contre-indications de cette méthode. Car si elle réussit dans certains cas, elle échoue aussi dans d'autres et pourrait même nuire parfois.

D'abord la méthode ne s'adresse qu'au symptôme ataxie. Voilà un premier fait acquis. On ne doit donc l'employer ni dans la période préataxique, ni dans les formes purement sensitives.

En second lieu, il est bon de ne l'appliquer qu'en dehors des poussées aiguës ou subaiguës de la maladie.

« Dans le tabès à évolution aiguë trop rapide, dit Hirschberg, la rééducation des mouvements n'est d'aucune utilité... Si au contraire nous nous trouvons en présence de ces cas si fréquents de tabès, qui ne se développent que très lentement, ou encore mieux si le processus morbide s'est arrêté temporairement ou définitivement, le résultat de ce traitement sera excellent. »

En troisième lieu, le cerveau, la vue et les mouvements volontaires étant les moyens d'action de la méthode, elle ne pourra pas réussir chez les tabétiques aveugles, chez ceux dont les fonctions intellectuelles n'ont pas une intégrité suffisante, chez les paralytiques et les amyotrophiques. Cependant Bidon cite un succès de la méthode de Frenkel chez un tabétique aveugle.

Dans la même ordre de ces contre-indications, rentrent aussi les arthropathies, la fragilité des os et les cardiopathies qui rendent impossibles ou dangereux les exercices nécessaires à la méthode.

Raymond ajoute à ces contre-indications l'arthritisme et l'obésité, les intoxications (morphine, cocaïne, alcool, etc.). Ces éléments ne deviennent, le plus souvent, des sources de contre-indications qu'indirectement, en développant quelqu'un des autres éléments indiqués plus haut (arthropathies, cardiopathies, troubles intellectuels, etc.).

Voici les conclusions d'un récent travail de Kalinine fait à la clinique de Scherbacof, à Varsovie, et basé sur 5 observations nouvelles :

a) La méthode de Frenkel donne la possibilité de soulager le malade de l'inactivité à laquelle il est voué malgré son bon état général et d'améliorer sa marche.

b) La sensation de position et de mouvement, de même que la sensibilité de la peau, n'est pas modifiée ; mais le signe de Romberg devient moins manifeste.

c) La durée du traitement varie suivant le degré de l'ataxie et en aucun cas ne doit être inférieure à un mois.

d) Une interruption de traitement par un intervalle de 2 à 3 semaines n'est pas nuisible.

e) Comme toute autre méthode, celle-ci exige de la prudence dans son application ; car les exercices exagèrent quelquefois les douleurs fulgurantes dans les jambes.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude du fongus ombilical du nouveau-né,

Par le Dr R. Frœlich,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

L'étude de l'observation de fongus ombilical du nouveau-né, que nous allons rapporter, semble nous per-

mettre de modifier quelque peu la classification de ces tumeurs.

Il s'agit d'un petit garçon de 3 mois, que ses parents apportèrent à l'hôpital civil de Nancy au mois d'avril dernier.

A sa naissance, ni les parents ni la sage-femme ne remarquèrent rien d'anormal. La ligature du cordon tomba et la cicatrice se rétracta. Depuis quelques semaines, ils ont constaté que du fond de la cicatrice suintait un liquide incolore ou légèrement jaunâtre, sans odeur, et tachant très peu le linge. Au fond de l'ombilic ils ont aperçu, en y regardant de plus près, une petite masse rougeâtre. L'enfant ne paraît nullement souffrir de cette lésion.

Etat actuel : petit garçon très bien constitué. En déplissant la cicatrice ombilicale, j'aperçois une petite tumeur du volume d'un pois, de couleur rosée, lisse à sa surface, avec, au centre et au point culminant de la tumeur, une petite dépression en infundibulum, à fond jaunâtre, à travers laquelle perle une gouttelette de liquide jaunâtre.

En arrière, et tout autour de la base d'implantation de la tumeur, la peau est amincie et repoussée par l'intestin (pointe de hernie ombilicale).

Je résolus séance tenante, et sans anesthésie générale, d'exciser la tumeur. La lier simplement par un fil, selon le procédé classique, me parut imprudent à cause de la présence de la pointe herniaire.

Je circonscrivis la petite tumeur au bistouri; lorsque la peau fut incisée et que je voulus cueillir le fongus, je fus tout étonné de la voir se continuer par un cordon du volume d'un canal déférent, dans la profondeur, par en bas et sur la ligne médiane du ventre. En tirant sur ce cordon, je pus le faire sortir de l'ombilic sur une longueur de 2 centimètres. Il est lisse à sa surface et semble entouré par le péritoine. Il est fixé dans la profondeur et sur la ligne médiane. Je place une ligature à la soie sur le canal et je l'excise au-dessus, puis je ferme par deux points de suture la peau de la cicatrice ombilicale. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse pour l'enfant.

De quelle espèce de tumeur de l'ombilic s'agissait-il, et que signifiait ce cordon intra-abdominal?

On sait que les tumeurs fongueuses de l'ombilic chez le nouveau-né ont été divisées par Küstner, et plus tard par Villar, en *granulomes* et en *adénomes*. Les premiers sont constitués uniquement de tissu conjonctif jeune, à cellules rondes et à cellules fusiformes, et de quelques vaisseaux. Ce sont de *vulgaires bourgeons charnus* nés sur la plaie ombilicale.

Les seconds sont formés par une couche superficielle de cellules intestinales, sans plateau, de glandes tubuleuses, et enfin, plus au centre, de fibres musculaires lisses et de vaisseaux. Ils ressemblent, comme structure, à un petit intestin minuscule retourné en doigt de gant. On les considère, et avec raison, comme des tératomes développés au dépens des vestiges du conduit omphalo-mésentérique (entéro-tératome).

Dans notre observation, l'examen microscopique montra tout d'abord une couche d'épithélium plat, stratifié, puis des fibres musculaires lisses et des vaisseaux. Une coupe du pédicule intrapéritonéal fit voir la séreuse, puis des fibres musculaires lisses, et enfin des cellules plates tapissant l'intérieur du cordon qui est creux.

La structure histologique différencie donc nettement notre tumeur et du granulome (bourgeon charnu simple) et de l'adénome caractérisé par la présence de glandes en tubes nombreuses et volumineuses.

Nous pensons qu'elle était développée au dépens des vestiges de l'ouraque. On sait, en effet, que pendant la période embryonnaire, une partie de l'allantoïde se transforme en un canal, l'ouraque, qui sort par l'ombilic. La portion extra-ombilicale de ce conduit s'atrophie rapidement, tandis que la portion intra-ombilicale produit dans sa portion inférieure la vessie et dans sa portion supérieure un conduit qui se termine à l'ombilic. A partir du deuxième mois de la vie embryonnaire, ce conduit s'oblitère et se transforme en un cordon conjonctif, le ligament vésico-ombilical médian. C'est bien ce conduit, semble-t-il, qui persistait dans notre observation et qui avait donné naissance à la tumeur fongueuse que nous avons décrite. Ce qui le prouve, c'est la présence d'un épithélium plat, stratifié, de fibres musculaires, et l'absence de glandes de Lieberkühn, caractéristique des fongus d'origine intestinale.

La présence d'un cordon plein ou d'un conduit creux, en arrière des adénomes vrais (entéro-tératomes) et en continuité avec eux et allant jusqu'à l'intestin, n'est non plus exceptionnelle. Jusqu'ici on les a rarement observés; la raison en est facile à saisir : on se borne encore aujourd'hui dans le traitement des adénomes à exciser simplement ce qui dépasse de la tumeur et à cautériser la base d'implantation ou plus simplement encore à mettre un fil de ligature à la base du fongus. Ce procédé rend tout examen des racines profondes du fongus impossible.

Ces faits paraissent avoir été quelque peu laissés dans l'ombre dans la thèse de Villar; Lannelongue et Frémont n'en parlent pas non plus et se bornent à dire « que le pédicule de l'adénome complète l'anneau ombilical et adhère fortement au pourtour de cet anneau. »

Cependant King (cité par Charron *in Chirurgie infantile*, p. 262) a rapporté 2 cas dans lesquels, après ablation d'un fongus ombilical, il s'écoula par l'ombilic des matières fécales. L'enfant ayant succombé ultérieurement, après la guérison de cette fistule, on constata à l'autopsie un diverticule placé à 2 pieds 1/2 du cœcum et s'étendant à la concavité de l'intestin grêle. Quelquefois ce diverticule est un simple cordon du volume d'une plume d'oie, comme dans un cas de Prestat cité par le même auteur. Que les restes du canal de l'ouraque puissent également donner naissance à des fongus de l'ombilic implantés éventuellement, sur un conduit plein ou creux, la chose semble *a priori* probable.

Dans l'observation XVIII de la thèse de Villar (Paris, 1886) observation due à Gérard Marchand, il s'agit d'un adulte atteint depuis sa première enfance d'un suintement à l'ombilic, assez fort quand le malade marchait. On pensa à une fistule urinaire; en déplissant l'ombilic on découvrit un fongus, l'application d'acide chromique amena la guérison. L'examen histologique ne fut pas pratiqué; mais nous croyons que dans ce cas, il a pu s'agir d'un fongus né sur un ouraque perméable.

Kustner, dans son premier mémoire sur les fongus de l'ombilic, leur attribuait à tous cette origine puisqu'il pensait que c'était l'allantoïde qui leur donnait naissance (thèse Villar, p. 51).

D'autre part, si nous parcourons les observations données par Villar comme *granulomes*, nous voyons que dans l'obs. XI la tumeur est revêtue par une couche épidermique; dans l'obs. XVI revêtement épithélial pavimenteux stratifié; enfin, obs. XVII, un tiers de la tumeur est recouvert d'un revêtement stratifié.

Quoique dans ces observations on ne signale dans le reste de la tumeur aucune fibre musculaire lisse; nous

nous demandons s'il ne s'agissait pas là de fongus nés aux dépens de l'ouraque.

La présence d'un épithélium stratifié à la surface de la tumeur rendait vraisemblable cette hypothèse.

Mais la preuve péremptoire de l'existence des fongus de l'ombilic dus à l'ouraque nous semble être fournie par notre observation.

Les conclusions de notre travail pourraient donc se résumer de la façon suivante :

Il existe 3 espèces de tumeurs fongueuses de l'ombilic chez le nouveau-né.

1° Le *granulome* qui est un bourgeon charnu ne contenant que des cellules connectives jeunes, sans épithélium, il est irrégulier, mameloné à sa surface et saigne facilement.

2° L'*adénome intestinal* caractérisé par une petite tumeur à surface lisse, recouverte de cellules intestinales et de glandes tubuleuses et contenant des fibres musculaires dans son intérieur.

3° L'*adénome urinaire* (nous reconnaissons ce que cette dénomination d'adénome a d'impropre, mais nous l'employons par analogie la forme précédente) ayant les mêmes caractères macroscopiques que le précédent, mais s'en distinguant histologiquement en ce qu'il est revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié et qu'il contient dans son intérieur des fibres musculaires lisses.

4° L'adénome instestinal et l'adénome urinaire peuvent se prolonger dans l'abdomen par un cordon soit creux soit plein, vestige d'un canal omphalo-mésentérique ou de l'ouraque, le premier conduisant vers l'extrémité inférieure de l'iléon, le 2e au sommet de la vessie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Leconte (Robert). *Etude sur les hémorrhagies des capsules surrénales.* N° 390. (A. Maloine.)

M. Royer (Léon). *Nouvelles recherches sur l'insuffisance et le rétrécissement mitral spasmodique.* N° 365. (H. Jouve.)

M. L. Girard. *Le double souffle intermittent crural sans insuffisance aortique.* N° 389. (H. Jouve.)

M. Khinitz (Alexandre). *La valeur de la ponction dans le traitement au pneumothorax.* N° 386. (H. Jouve.)

Mlle Chrzanowska (Laure de). *Du pneumothorax chez l'enfant.*

M. Dupeu (Louis). *Sur la néphrite aiguë bénigne chez les enfants.* N° 367. (H. Jouve.)

M. Marinesco (G.). *Main succulente et atrophie musculaire dans la syringomyélie.* N° 241. (G. Masson.)

M. Savatier (Georges). *De l'ostéomyélite typhique.* N° 427.

M. L. Lennertz. *Quelques considérations sur les plaies du cœur et leur traitement.* N° 537. (Carré et Naud.)

M. Boucher (Paul). *Etude sur quelques cas de suppurations multiples consécutives à la grippe.* N° 595. (H. Jouve.)

M. E. Frère. *Contribution à l'étude des troubles nerveux par cals exubérants au membre supérieur.* N° 603. (Carré et Naud.)

On trouve dans les capsules surrénales des hémorrhagies qui peuvent détruire le parenchyme glandulaire et former de véritacles kystes hématiques. D'après M. Leconte ces hémorrhagies, plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, chez l'enfant que chez l'adulte, viennent par ordre de fréquence dans les maladies des capsules surrénales, après la tuberculose de ces organes. Elles sont consécutives à des infections ou à des intoxications, et résultent d'une suractivité fonctionnelle qui les hypertrophie et les congestionne en luttant contre ces infections ou ces intoxications. L'anatomie pathologique expérimentale et l'observation clinique sont d'accord pour confirmer cette opinion. Les symptômes, quand ils existent, sont ceux de l'insuffisance surrénale, qui se traduit presque toujours par ceux de la maladie d'Addison. Les lésions cardiaques ou rénales et leurs symptômes accompagnent fréquemment les lésions des capsules. Le diagnostic est très difficile et ne peut être fait qu'en présence d'un certain nombre de signes rarement réunis.

Le pronostic est grave. Pour l'auteur il faut opérer les gros kystes hématiques et suppléer à l'insuffisance fonctionnelle de ces glandes par l'opothérapie surrénale.

Pour M. Royer il existe réellement des souffles intra-cardiaques, insuffisance ou rétrécissement, d'origine spasmodique, ce ne sont pas toujours, comme on l'a dit, des souffles extra-cardiaques. Ces souffles, qui ont une même origine nerveuse, peuvent se montrer chez les sujets atteints d'endocardite aiguë commençante et chez les hystériques, et leur caractère spasmodique entraîne leur curabilité. L'étude de la pression artérielle permet d'affirmer, très souvent, que les signes stéthoscopiques observés se passent bien à l'intérieur du cœur, et n'ont rien d'extra-cardiaque.

Le pronostic de l'insuffisance et du rétrécissement mitral spasmodique est absolument bénin; nous admettons que, dans ces cas, endocarde et myocarde restent sains.

Le traitement est celui des nerveux et non des cardiaques.

Si le double souffle intermittent crural est un bon signe d'insuffisance aortique, il n'est nullement pathognomonique, comme le montre M. Girard. Durozier l'a rencontré, en dehors de toute insuffisance aortique, dans plusieurs cas de saturnisme avec ou sans lésions cardio-vasculaires appréciables par nos procédés cliniques d'exploration, dans l'anémie, la chlorose, la fièvre typhoïde. On l'a également observé dans l'anévrysme de l'aorte. L'auteur l'a vu survenir dans l'anémie post-hémorrhagique et dans la dilatation aortique sans insuffisance valvulaire.

L'opinion qui semble la plus plausible, après les expériences de Marey et celles de Toussaint et Colrat, au sujet du mécanisme de ce souffle, est celle d'une double ondée centrifuge; elle s'applique à tous les cas.

Les doubles souffles intermittents cruraux qui s'observent dans les maladies aiguës, la fièvre typhoïde par exemple, sont passagers; ils disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance.

M. Khiwitz recommande la ponction dans le pneumothorax. Elle procure un soulagement immédiat au malade. C'est surtout dans le pneumothorax à soupape qu'elle trouve son indication pressante. On peut avoir recours à la ponction simple, à des ponctions répétées suivant les cas. Dans le pneumothorax à soupape, la canule à demeure lui semble supérieure aux ponctions multiples. Les pyopneumothorax ne sont pas justiciables de la ponction, si ce n'est comme moyen purement palliatif, pour soulager un malade condamné. Dans toutes autres circonstances, c'est à l'incision franche, à la pleurotomie avec drainage, qu'il faut recourir.

Chez l'enfant, le pneumothorax est assez rare; pour Mlle de Chrzanowska. C'est une affection toujours secondaire, développée sur une autre maladie qui frappe l'appareil pleuro-pulmonaire. Toutes les maladies qui attaquent la vitalité du parenchyme pulmonaire peuvent donc être la cause du pneumothorax; la rougeole qui est très souvent suivie des complications pulmonaires occupe une large place dans l'étiologie du pneumothorax.

Il faut réunir plusieurs signes pour pouvoir en faire le diagnostic souvent difficile.

Le pronostic du pneumothorax est généralement grave, néanmoins il dépend beaucoup de l'affection dont il est la conséquence. Plus la marche de la maladie est longue, plus on a des chances de salut, parce que l'air a le temps de se résorber, et l'orifice de s'oblitérer.

Le traitement médical, souvent palliatif, n'éloigne pas la cause et par conséquent n'amène pas la guérison. Le traitement chirurgical évacuant l'air amène la guérison rapide, et doit être

préféré et même absolument indiqué dans les cas graves où l'asphyxie est imminente. Dès que le pneumothorax est compliqué d'un épanchement purulent, la ponction n'est plus suffisante, il faut pratiquer la thoracotomie.

La néphrite aiguë bénigne est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Dans sa thèse, M. Louis Dupeu montre que si elle débute dans le décours des maladies infectieuses, exception doit être faite pour celle qui accompagne la fièvre ganglionnaire, cette dernière survenant ordinairement en pleine période fébrile.

La durée varie entre quelques jours et plusieurs semaines, quelquefois même un ou deux mois. Le plus souvent la guérison est obtenue rapidement en une quinzaine de jours. Les symptômes sont l'albuminerie, l'œdème (bouffissure des paupières), l'oligurie, la présence de cylindres et de cellules dans l'urine, parfois l'hématurie. L'œdème de la face est généralement un signe du début; l'anasarque est assez rare. Le diagnostic est facile : il peut être basé sur la rétractilité de l'albumine, sur la présence des cylindres dans l'urine. Le procédé de MM. Achard et Castaigne pourrait être utilement appliqué dans les cas où l'albumine fait défaut, et dans les cas où elle constitue le seul symptôme.

Il existe, dans certains cas de syringomyélie, au début de l'affection comme dans les stades tardifs, des troubles trophiques cutanés et vaso-moteurs qui, associés à l'atrophie Aran-Duchenne, qu'on rencontre chez les malades, donnent à la main un aspect et une forme toute spéciale, ce qui, d'après M. Marinesco, permet de la désigner sous le nom de *main succulente*.

Les troubles trophiques cutanés, qui sont permanents, consistent dans la tuméfaction de la face dorsale de la main, tuméfaction ayant probablement pour substratum anatomique une hyperplasie des éléments du tissu conjonctif sous-cutané. La peau elle-même ne paraît pas épaissie. Elle est lisse, luisante et unie. A ces troubles cutanés permanents s'ajoutent des troubles vaso-moteurs variables qui dépendent surtout de la température du milieu ambiant.

La main succulente a une valeur séméiologique analogue à celle des autres types (main type Morvan, chiromégalique, etc.) que l'on rencontre dans la syringomyélie. Elle permet, dans la plupart des cas, de diagnostiquer la gliose péri-épendymaire.

Dans la production du type de la main succulente, la lésion des trois neurones médullaires entre en jeu. Le neurone moteur, situé à la partie antérieure; le neurone vaso-moteur, siégeant dans la partie moyenne de la substance grise; le neurone sensitif indirect, siégeant surtout dans la corne postérieure.

C'est de l'intégrité anatomique de ces trois neurones que résulte la conservation normale des tissus qui composent la main. Leur association fonctionnelle et anatomique constitue un métamère.

L'affection des neurones moteurs donne naissance à l'atrophie musculaire. Or, comme dans la syringomyélie, la lésion débute au niveau de la 8e racine cervicale et de la 1re dorsale et se dirige vers les régions supérieures; il s'ensuit que cette atrophie musculaire présente une topographie commandée par la marche de la gliose. Cette marche de la lésion permet de résoudre quelques problèmes de localisation médullaire.

Le type le plus fréquent d'atrophie musculaire qu'on rencontre dans la syringomyélie, tout au moins au début, c'est le type Aran-Duchenne.

Pour un segment donné du membre supérieur, les muscles les plus petits sont représentés par les étages les plus inférieurs de la région cervico-dorsale, et les muscles fléchisseurs sont sous-jacents aux muscles extenseurs.

Il en résulte que les muscles fléchisseurs subiront la première atteinte, et même seront plus atrophiés que les extenseurs. La conservation relative des extenseurs du poignet donne à la main une attitude spéciale à laquelle Charcot a donné le nom de *main de prédicateur*. Cette griffe se rencontre presque exclusivement dans la syringomyélie, qui offre les conditions les plus favorables à sa production.

Les centres des muscles extenseurs des poignets ont leur siège principal dans le groupe antéro-externe de la corne antérieure.

Il existe chez beaucoup de syringomyélitiques un relâchement et une distension des articulations de la main, constatables non seulement par les attitudes vicieuses et les mouvements anormaux qu'on peut imprimer aux doigts, mais aussi par la radiographie.

Les lésions osseuses déterminées au cours de la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence ou même après la convalescence s'observent surtout dans l'adolescence et l'âge adulte et reconnaissent comme causes prédisposantes, la fatigue, le froid, les traumatismes et les complications viscérales survenant au cours de l'évolution de la pyrexie. La pathogénie de ces lésions réside dans l'infection de la moelle osseuse par le bacille d'Eberth, seul, ou associé aux microbes pyogènes vulgaires, ou par ces microbes pyogènes seuls.

En clinique, M. Savatier décrit deux formes principales : la forme aiguë douloureuse et pyrétique; la forme lente, froide et apyrétique. La terminaison habituelle est la guérison. Le diagnostic est le plus souvent facile. Le pronostic est en général bénin. Le traitement chirurgical s'impose dès le début.

Il comprend : 1° l'incision de l'abcès sous-cutané; 2° l'incision de l'abcès sous-périostique; 3° la trépanation de l'os au moyen du trépan ou du ciseau; 4° le curage du canal médullaire à l'aide de la gouge et du maillet; 5° l'asepsie de cette cavité au moyen de caustiques; 6° le drainage de la plaie opératoire à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée.

La mort n'est pas la conséquence fatale d'une plaie du cœur : c'est une vérité aujourd'hui banale; la situation d'un blessé dont le cœur est atteint n'est donc pas désespérée, par cela seul que le cœur a été touché. Les blessures du cœur empruntant parfois leur gravité aux complications du voisinage, on devra s'efforcer de traiter ces complications.

La chirurgie, d'autre part, n'est pas complètement désarmée. Les faits récents montrent que le cœur peut être traité chirurgicalement. La conduite à tenir consiste à découvrir le plus vite possible l'organe malade, en réséquant hardiment les côtes et le péricarde et à appliquer sur le point blessé une suture comme on le ferait sur un autre organe. La ligature expérimentale des artères coronaires étant possible, M. Lennertz pense que, le cas échéant, il y aurait lieu de la tenter sur le malade.

Dans le cours ou la convalescence de la grippe, on peut voir se produire des suppurations multiples à sièges très variables. M. Boucher en a observé un cas dans le service de Duflocq. Parfois ces suppurations sont très superficielles et sous-épidermiques (pyodermites du professeur Leloir); parfois elles sont furonculeuses et sous ou intra-dermiques. Elles peuvent être plus profondes, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, ou même péri-viscérales : les auteurs ont rapporté plusieurs cas d'abcès périnéphrétiques. Le diagnostic et le traitement de ces abcès n'a rien de spécial. La thérapeutique sera surtout préventive, et consistera dans l'antisepsie des premières voies, car beaucoup de ces affections paraissent avoir pour point de départ la cavité bucco-pharyngienne.

La compression des nerfs due à leur refoulement par les cals exubérants, sans enclavement, est assez rare, puisque M. Frère n'a pu en réunir que 8 observations. L'observation de Busch (1863) souvent rangée dans cette catégorie de faits, doit en être séparée puisque la compression y est due à l'enclavement dans du tissu fibreux. Le simple refoulement du nerf par un cal exubérant peut suffire à déterminer, dans son territoire, une paralysie avec troubles sensitifs et trophiques. Le diagnostic est possible, parfois même facile. Le pronostic est sérieux, car on ne peut espérer ni la résorption ni même la diminution spontanée du cal; il est donc de toute nécessité d'intervenir le plus tôt possible. Le seul traitement rationnel est, actuellement, l'intervention chirurgicale complétée par l'emploi des courants électriques. Il donne généralement de très bons résultats.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Kyste dermoïde du troisième ventricule (Dermoïdcyste des dritten Gehirnventrikels), par Tannenhain (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 21, par 494). — Il s'agit d'un homme de 26 ans entré à l'hôpital avec des douleurs lombaires intenses qui cèdent au bout de 8 jours au salicylate de soude. Deux jours après, le malade étant chez lui, il est pris de maux de tête violents avec vertige et vomissements et tombe dans un état comateux. Quelques jours après on trouve de la raideur de la nuque et un étranglement des papilles optiques. Mort trois semaines après la sortie de l'hôpital.

A l'autopsie on trouve un kyste dermoïde du troisième ventricule, des dimensions d'un poing. La paroi du kyste renfermait par places du tissu osseux; le contenu était composée de masses dures constituées par des cellules polymorphes.

Tumeur du cerveau (Beitrag zur Kasuiskik der Hirntumoren mit Sections-befund), par Kempner et Fragstein (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 22, p. 470). — Les symptômes présentés par le malade, un homme de 62 ans qui n'était ni syphilitique ni tuberculeux, ont été une céphalalgie surtout accusée au niveau de la région occipitale, des vomissements, du vertige, de l'affaiblissement de la mémoire, de l'héminopsie homonyme gauche avec étranglement de la papille, et en dernier lieu du délire.

A l'autopsie on trouva un gliome situé entre la bandelette optique droite et le lobe occipital droit. Il y avait en outre une méningite récente de la convexité.

Hémiatrophie faciale progressive (Beitrag zur Hemiatrophia facialis progressiva), par J. Donath (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 18). — Il s'agit d'un homme de 26 ans qui trois ans auparavant eut la moitié droite de la face éraflée par une scie. La plaie guérit sans accident en laissant une cicatrice linéaire qui allait du front à la mâchoire inférieure. Trois ans plus tard le malade, s'étant fait arracher une grosse molaire inférieure du côté droit, sentit au bout de trois jours une mobilité anormale de sa mâchoire inférieure. Il se rendit chez un médecin qui retira un séquestre avec cinq dents qui y étaient implantés. Quelques jours après la moitié droite de la face devient rouge et tuméfiée, puis ces phénomènes ayant disparu, le malade constata au bout de quelque temps que la moitié droite de sa figure s'atrophiait progressivement.

L'examen du malade a montré du côté droit de la face, les phénomènes suivants :

Atrophie et sécheresse de la peau qui était couverte de rides; chute des cheveux au niveau de la tempe; diminution de la sensibilité à la douleur et du tact au niveau de la mâchoire inférieure, de la conjonctive de la muqueuse nasale et linguale; intégrité de la sensibilité gustative, olfactive et auditive; atrophie de la moitié droite de la langue; contraction fibrillaires des muscles du front et des joues; affaissement de la moitié droite du cou; exagération de l'excitabilité mécanique et électrique des muscles et des nerfs; atrophie de l'os malaire et du maxillaire inférieur du côté droit.

MÉDECINE

Traitement ioduré précoce dans la syphilis (Dell' azione dell'ioduro di potassio sul sangue dei sifilitici), par P. Colombini et A. Cerulli (*Giorn. ital. di malad. ven. e di pelli.*, 1897, fasc. 1). — Chez 14 sujets atteints de syphilis secondaire, n'ayant subi aucun traitement antisyphilitique, les auteurs ont constaté des modifications de l'hémoglobine et des globules rouges de sens exactement inverse de celles constatées chez les sujets sains : augmentation pendant le traitement, diminution après sa cessation; en outre augmentation du poids du corps. Ils en concluent que l'iodure de potassium exerce une action sur le virus syphilitique. L'iodure de potassium à doses peu élevées et pendant un temps pas trop prolongé est un excellent médicament contre l'anémie d'origine syphilitique, même dans ses formes les plus accusées.

Action de l'iodure de potassium sur le sang (Dell' azione dell'ioduro di potassio su gli elementi del sangue normale), par P. Colombini et Simonelli (*Giorn. ital. di mal. vener. e di pelli.*, 1897, fasc. 1). — Chez les sujets sains, l'iodure de potassium détermine d'abord une diminution du taux de l'hémoglobine, suivie tantôt d'une légère augmentation, tantôt d'une diminution plus prononcée lorsqu'on continue le traitement; après la suspension du traitement, l'hémoglobine tend plutôt à augmenter et entre dans la moitié des cas en proportion plus élevée qu'avant le traitement. Le chiffre des globules rouges subit des modifications à peu près semblables, sauf qu'après la suspension du traitement il diminue encore d'une façon appréciable. Les globules blancs ne subissent aucune action spéciale. Le poids du corps diminue progressivement pendant le traitement et tend à augmenter après sa suspension.

Etiologie de l'intoxication saturnine (Zur Aetiologie der Bleivergiftung), par Pel (*Centralb. f. innere Med.*, 1897, n° 23, p. 545). — Les trois observations que publie l'auteur sont intéressantes au point de vue des causes étiologiques de l'intoxication.

Dans un cas il s'agissait d'un cordonnier occupé dans une fabrique de chaussures militaires dont les clous pour les talons devaient être étamés. Le malade tenait, comme cela se fait ordinairement, les clous dans sa bouche d'où il les tirait pendant le travail. Or la couche d'étain qui recouvrait les clous renfermait du plomb.

Le second cas est celui d'un cigarier qui coupait les feuilles de tabac sur une planche recouverte de zinc émaillé contenant du plomb. Avant de couper les feuilles, il mouillait le couteau avec sa salive en le passant dans sa bouche et y transportait ainsi des parcelles d'étain qui adhéraient au couteau.

Le troisième cas est celui d'un sertisseur en diamants. Son métier consistait à enchâsser provisoirement les diamants dans du plomb mou qu'il mouillait en outre avec sa salive.

CHIRURGIE

La diastasis de la ligne blanche chez les enfants (Ueber Diastasen der Linea alba der Kinder mit Incarcerationserscheinungen), par K. Budinger (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 21, p. 491). — Ces cas que rapporte l'auteur ont trait à des enfants du sexe masculin, ayant joui antérieurement d'une santé parfaite et chez lesquels, à l'âge de 5 à 9 ans, c'est-à-dire à une époque où les enfants s'adonnent à des jeux qui exigent beaucoup de mouvement et d'efforts musculaires, on voit survenir des troubles dyspeptiques persistants. Les petits malades commençent à perdre l'appétit et surtout ils refusent certains aliments particulièrement aptes à engendrer des gaz et par conséquent à provoquer des douleurs épigastriques, tels que le pain, les pommes de terre, etc. De temps à autre ces enfants sont pris, au milieu de leurs jeux, de coliques dans la région stomacale. On les voit alors s'arrêter brusquement, pâlir et incliner le tronc en avant en pressant avec les mains sur le creux de l'estomac. Dans chacun de ces cas, l'auteur a constaté l'existence d'un écartement des muscles droits s'étendant depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Cette fente, en forme de losange, était limitée en bas par les muscles et en haut par le rebord des fausses côtes.

Tous ces symptômes disparaissent quand on fait appliquer sur l'éventration un bandage composé de bandelettes imbriquées de diachylon, larges comme le doigt. Parfois, lorsque le diachylon provoquait de l'éruption eczémateuse, l'auteur le remplaçait avec avantage par des bandelettes d'emplâtre de savon salicylé.

Kystes du pancréas (Ueber die Cysten und Pseudocysten des Pancreas und über ihre chirurgische Behandlung), par Heinricius (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 389). — L'auteur a eu l'occasion d'intervenir deux fois pour des kystes du pancréas.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 31 ans qui con-

stata après son troisième accouchement l'existence d'une tumeur dans la région épigastrique gauche. La tumeur avait assez rapidement augmenté de volume et atteignait les dimensions d'une tête d'adulte quand la malade entra à l'hôpital.

A l'examen on trouvait une tumeur mobile, lisse, mate à la percussion, indépendante du foie et de la rate. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste du pancréas, qui fut en partie excisé et le reste de la paroi pédiculisée et rentré dans l'abdomen. Guérison.

Dans le second cas où il s'agissait d'une femme de 38 ans, enceinte de 4 mois, le diagnostic a été de kyste de l'ovaire. L'opération montra que le kyste appartenait au pancréas. L'opération a été faite comme précédemment. La malade guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant.

Le travail est complété par l'étude de 91 cas de kystes du pancréas que l'auteur a trouvés dans la littérature.

Injections d'iode et de gaïacol dans la tuberculose chirurgicale (Contributo alla cura della tuberculosi chirurgica colle iniezioni di jodo e guajacolo), par S. Rindone Lo Re (*Riforma medica*, 28, 29 et 30 avril et 1er mai 1897, p. 267, 280, 291 et 303). — Les injections iodées suivant la méthode de Durante (de 2 à 5 centigrammes d'iode dans une solution d'iodure de potassium) ont une efficacité réelle contre la tuberculose chirurgicale; mais elles ont l'inconvénient de causer une douleur intense, souvent intolérable. L'adjonction de gaïacol (10 à 20 centigrammes par injection) permet, même aux malades les plus jeunes, de supporter le liquide de Durante; elle rend ce liquide plus rapidement efficace; ainsi modifié, le traitement n'agit pas seulement comme spécifique, mais encore comme reconstituant, en augmentant la résistance générale et locale. Les lésions tuberculeuses chirurgicales peuvent toutes être guéries par ce traitement, à condition que la résistance de l'organisme ne soit pas assez diminuée pour qu'il ne puisse ressentir le bénéfice de l'augmentation de vitalité de ses éléments. La guérison n'est pas toujours radicale, mais les récidives cèdent à une reprise du traitement.

Abcès périuréthraux blennorrhagiques (Contribuzione batteriologico allo studio degli ascessi periuretrali complicanti la blennorragia), par R. Stangille (*Riforma medica*, 9 février 1897, n° 378). — Trois observations : dans un cas, gonocoque pur; dans un autre, gonocoque associé au staphylocoque blanc; dans le troisième, gonocoque associé au staphylocoque doré. Donc, comme l'a déjà observé Pellizzari, le gonocoque peut produire des suppurations des glandes folliculaires périuréthrales, mais d'autres microorganismes peuvent s'associer à lui primitivement ou secondairement.

Infection hémorrhagique (Contributo allo studio batteriologico delle infezioni emorragiche nei bambini), par D. Durante (*la Pediatria*, mars et avril 1897, p. 88 et 101). — Enfant de 20 jours; mère mariée à un premier mari syphilitique dont elle a eu un enfant mort de syphilis héréditaire, puis à une second mari dont elle a eu 7 enfants morts au bout de quelques jours. L'enfant, dès sa naissance, présentait sur le dos des taches hémorrhagiques qui sont devenues saillantes; au bout de 2 jours, hématome du bras gauche, puis large ecchymose occupant l'aisselle et la région sous-mammaire gauche; mort 24 heures après la ponction de l'hématome, par suite de l'affaiblissement produit par la persistance d'un écoulement sérosanguin à travers l'orifice de la ponction. L'examen bactériologique et les cultures du liquide retiré de l'hématome pendant la vie donnent des résultats négatifs. Dans les différents organes, dans les muscles du bras et dans le sang du cœur, on trouve à l'état de pureté un bacille très court peu mobile, dont les cultures reproduisent chez le cobaye une infection hémorrhagique.

Stérilisation des sondes molles et élastiques par la glycérine (Versuche mit Glycerin zur Sterilisirung weicher and elastischer Katheter), par Wolff (*Centralb, f. d. Krankh. d. Harn.- u. Sex.-org.*, 1897, vol. VIII, p. 285). — L'auteur a tout d'abord constaté que les sondes en caoutchouc peuvent rester presque indéfiniment dans de la glycérine sans s'abîmer. Pour voir si la glycérine ne pouvait servir en même temps de désinfectant, il infecta des sondes avec des cultures de staphylocoques, de streptocoques, de coli-bacilles, de gonocoques, etc., les plaça dans de la glycérine continue dans une éprouvette et soumit cette dernière à l'action de la vapeur à 100° : au bout d'une heure toutes les cultures, à part celles de streptocoques étaient tuées. Il refit la même expérience avec de la glycérine contenant 3 p. 100 de formaline et constata que les sondes étaient stériles. La stérilité des sondes étaient également obtenue par le simple séjour pendant 24 heures dans de la glycérine contenant 3 p. 100 de formaline.

L'auteur propose de conserver les sondes dans de la glycérine formalinée. Comme celle-ci occasionne une légère brûlure de l'urèthre, il est indiqué de passer la sonde dans l'eau boriquée ou mieux encore dans de la glycérine contenant 20 p. 100 de sucre, avant de l'introduire dans l'urèthre.

Typhlite et appendicite actinomycosiques, par Gangolphe et Duplant (*Rev. de chir.*, 1897, n° 6, p, 563). — Les auteurs rapportent dans leur travail, qui est une étude de la typhlite actinomycosique d'après les faits publiés dans la littérature, une observation d'actinomycose très étendue de la paroi abdominale ayant au commencement revêtu l'aspect d'un phlegmon de la cavité de Retzius d'origine appendiculaire. Sous l'influence d'un traitement comprenant l'ouverture et le drainage des collections et l'administration de l'iodure de potassium, le malade a été considérablement amélioré.

Le rôle du colibacille dans la pathologie des voies urinaires (Die Bedeutung der Bakterium Coli für die Pathologie der Harnwege), par Melchior (*Centralb. f. d. Krankh. d. Sex.- u. Harnorgane*, 1897, vol. VIII, p. 229). — L'auteur a réuni dans son travail, qui est une revue d'ensemble, tous les faits relatifs au rôle pathogène du colibacille en pathologie urinaire. Il en conclut que ce microorganisme est l'agent le plus fréquent non seulement de la cystite, mais aussi de la pyélite et de la pyélonéphrite suppurées.

MÉDECINE PRATIQUE

La bicyclette dans les affections cardiaques.

M. le Dr Barié étudie, dans *la Médecine moderne*, le traitement des cardiopathies par les moyens mécaniques et consacre à ce propos un chapitre à l'usage de la bicyclette chez les cardiaques. On sait que parmi les moyens mécaniques proposés dans le traitement des cardiopathies, un des plus fameux est connu sous le nom de traitement ou méthode d'Œrtel. Celle-ci consiste surtout dans la marche progressive ascensionnelle sur un terrain de montagne et se complète par une série complexe de moyens comprenant à la fois un régime alimentaire spécial de bains de vapeur et d'étuve et du massage. Cette méthode, qui en réalité donne parfois d'excellents résultats, a ses indications et ses contre-indications.

Ce que l'on doit dire, en résumé, c'est que le traitement d'Œrtel peut être d'une certaine utilité dans *certains cas de lésions cardiaques bien compensées*, dans les *névroses cardiaques* et surtout chez les *cardiopathes obèses*, gros mangeurs; encore faut-il que la méthode soit appliquée avec mesure, car la clinique connaît des cas de dilatation du cœur à la suite d'exercices musculaires disproportionnés aux forces du muscle cardiaque.

Par contre, la méthode d'Œrtel doit être rejetée dans l'*endocartite récente*, dans l'*angine de poitrine*, dans l'*artério-sclérose avancée* dans les *cardiopathies orificielles et valvulaires* en *hyposystolie*, et à plus forte raison à la *période asystolique*, dans les *dégénérescences du myocarde* et dans les *dilatations anévrysmales de l'aorte*.

La bicyclette peut être évidemment utilisée dans certaines conditions avec les mêmes avantages. L'opportunité de son usage a été discutée à l'Académie de médecine (1894), à propos de 3 cas de mort subite survenue survenue chez des cardiopa-

thes pendant l'exercice de la bicyclette. Dumontpallier, Verneuil et quelques autres adressèrent quelques critiques au sujet de l'application de l'instrument. Marey, dont la compétence est grande, prétendit que le mode de progression de la bicyclette est moins laborieux que celui de la marche, et que les muscles utilisés varient assez pour déterminer un exercice musculaire généralisé. Hallopeau, chargé de faire un rapport sur la question en litige, conclut en disant que cet exercice favorise puissamment les fonctions de la peau et des poumons et qu'il a encore pour action d'exercer les muscles, d'augmenter l'appétit, de faciliter la digestion et de stimuler la nutrition générale, mais que, d'autre part, les efforts liés à l'ascension des côtes ou à la course trop rapide sont dangereux; par suite, on doit interdire la bicyclette aux malades atteints d'insuffisance aortique ou d'affection ou mitrale non compensée.

A l'étranger la question a été soulevée également et plusieurs médecins anglais ont étudié de leur côté les effets produits sur le cœur par les exercices vélocipédiques. Ward Richardson distingue à ce sujet des effets immédiats et des effets éloignés.

La bicyclette a pour *effet immédiat* de produire une accélération des mouvements du cœur qui peuvent atteindre 200 pulsations par minute, souvent même sans que le sujet en ait conscience. Bientôt le pouls se ralentit, mais reste accéléré pendant toute la durée du sport. Cette accélération de la circulation stimule les échanges organiques, et n'a jamais produit, suivant l'auteur, d'accidents fâcheux : surmenage aigu du cœur, essoufflements, vertiges, douleurs précordiales, etc.; bien plus, il connaît un cycliste qui gravit les collines avec facilité, alors qu'il ne peut monter un escalier sans éprouver de la dyspnée et des palpitations.

Quant aux *effets éloignés*, Richardson a vu des cas où, après plusieurs excès de sport, on vit apparaître des signes non équivoques d'affection cardiaque avec affaiblissement général et incapacité de se livrer à la moindre tentative nouvelle de cyclisme; dans d'autres cas, au contraire, il aurait constaté les heureux effets de la bicyclette dans diverses affections cardiaques, et notamment dans la dégénérescence graisseuse du cœur. En face de résultats si opposés, Richardson déclare ne pas savoir encore si la bicyclette doit ou non être recommandée aux individus atteints de lésions valvulaires du cœur : « C'est au malade lui-même, dit-il, qu'il laisse, en dernier lieu, la responsabilité de trancher cette question ».

Washington Isaac connaît un médecin atteint d'une affection aortique avancée, et qui continue à n'en ressentir aucun effet fâcheux; Fl. Little considère l'exercice modéré du tricycle comme un excellent moyen de traitement de la dilatation du cœur; enfin, Sansom estime que le cyclisme, convenablement réglé, peut constituer un bon moyen de traitement des affections cardiaques, préférable même aux cures de terrain d'Œrtel, parce qu'il offre un genre d'exercice gradué, beaucoup plus agréable que l'ascension des collines.

Avant d'arriver à une conclusion pratique, il est nécessaire de mettre en relief les effets produits par l'*abus* de la bicyclette. Il est certain que l'abus de ce sport arrive finalement à augmenter les dimensions du cœur, de la même façon, sans doute, que la marche forcée, produit des accidents de dilatation aiguë du cœur chez les jeunes soldats. De plus, le cœur devient plus irritable, plus impressionnable, pour ainsi dire; il palpite davantage, surtout chez les sujets nerveux, par l'attention soutenue qu'engendre la crainte des accidents dans la circulation à travers les rues populeuses des grandes villes. Richardson a montré que le sport vélocipédique peut être dangereux encore, à cause des efforts employés pour la montée des côtes ou la marche contre le vent, et enfin par un régime alimentaire défectueux. A ce sujet, rappelons que le bicycliste doit non pas prendre des repas copieux et éloignés, mais des collations fréquentes et légères; enfin, s'abstenir de boissons alcooliques.

Un point extrêmement important dans le conseil à donner sur l'usage de la bicyclette est de rechercher l'état des artères avec une attention au moins aussi grande que celle qu'on apportera dans l'examen du cœur, car il est certain que les altérations vasculaires constituent un danger ou tout au moins une contre-indications pour la vélocipédique : il va sans dire que les malades atteints d'artériosclérose avancée; que les vieillards aux artères athéromateuses, et, par-dessus tout, les sujets porteurs de dilatations anévrysmales ne doivent, à aucun prix, se livrer au sport cyclique.

On peut conclure maintenant que l'usage modéré de la bicyclette peut être permis à certains cardiaques et rigoureusement interdit à d'autres; les indications et les contre-indications semblent être approximativement les mêmes que pour la cure « de terrain »; M. Barié ne saurait accepter l'affirmation de Ward Richardson qui considère que la « dégénérescence graisseuse du cœur » peut être modifiée heureusement par l'usage de la bicyclette; pour lui, au contraire, la stéatose du cœur est une contre-indication formelle à ce genre de sport, et il pense que le médecin anglais fait une confusion entre la dégénérescence graisseuse et la surcharge adipeuse du cœur, cette dernière seule pouvant tirer un réel profit de la plupart des excercices physiques.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Hyposulfite double de mercure et potasse.

Généralités. — Ce sel double est obtenu en faisant dissoudre de l'oxyde jaune de mercure dans une solution d'hyposulfite de potasse. Il contient 31,81 p. 100 de mercure.

L'hyposulfite double de mercure et potasse est soluble dans l'eau et présente le grand avantage d'être sans action sur l'albumine. Il se comporte comme toutes les autres préparations solubles que nous avons jusqu'ici examinées, avec cette différence qu'il est doué d'une moindre toxicité que le sublimé ou le cyanure. Il pourrait donc être substitué à ceux-ci, dans le traitement des formes habituelles de la syphilis. Mais dans les formes malignes ou simplement à tendance grave, il serait insuffisant.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 1 à 2 centigr. par injection intra-musculaire, 1 injection par jour; 18 à 25 injections sont nécessaires pour le traitement (Rille). On peut injecter des doses supérieures de 0 gr. 05 à 0 gr. 125; mais les piqûres devront alors être espacées de 4 en 4 jours. Nous préférons dans tous les cas les plus faibles doses répétées quotidiennement.

Effets de l'injection

a) *Immédiats :* L'injection du sel double « ne serait pas plus douloureuse qu'une injection de morphine » (Camerer). En tous cas, elle ne produit aucune irritation locale, à condition, bien entendu, qu'elle soit poussée dans les masses musculaires. Pas de nodus ni d'abcès.

Ce sel se prêterait particulièrement aux injections intra-veineuses, en raison de sa faible toxicité et de l'absence d'action pour l'albumine.

b) *Eloignés :* Les accidents d'intoxication hydrargyrique seraient inconnus avec l'hyposulfite double. Jamais de stomatite ou d'entérite, même pas de salivation. Il y aurait donc quelque intérêt à multiplier les expériences avec ce sel qui n'a contre lui que son peu d'activité.

FORMULES

Hyposulfite double de mercure
et potasse . . . . 0 gr. 25 à 0 gr. 50
Eau *stérilisée* . . . . Q. s. p. 10 c.c.
1/2 à 1 centim. cube tous les jours.

(Dreser, Camerer.)

Hyposulfite double de mercure et
potasse . . . . 1 gr. 25
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p. 10 c.c.
1 centim. cube tous les 5 jours.

(J.-H. Rille.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE. — Traitement des déchirures du col consécutives à l'accouchement (p. 757).

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Kyste hydatique du foie (p. 758).

REVUE DES CONGRÈS. — *Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes :* Diagnostic de la paralysie générale (p. 759). — Hystérie infantile (p. 761). — Un cas de tremblement hystérique chez une fillette de 11 ans. — Méningite enkystée hémorrhagique traitée par la craniectomie (p. 762). — Tumeur du crâne opérée chez une fillette de un jour et demi. — Les troubles psychiques du paludisme. — Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés (p. 763). — *Association médicale américaine :* Traitement de Schott pour les maladies du cœur. — Indications pronostiques et thérapeutiques des maladies du cœur. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (p. 764). — Rechute de la fièvre typhoïde. — Traitement de la fièvre typhoïde. — Traitement de la tuberculose. — Curabilité de la tuberculose pulmonaire. — Bains chauds dans le traitement de la pneumonie (p. 765). — Leucémie lymphatique aiguë avec infection streptococcique. — Ulcération du duodénum. — Goutte. — Arthrite rhumatoïde. — Dilatation de l'estomac (p. 766).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Rapport de M. Javal sur le mémoire de MM. Druault et Tscherning relatifs aux verres isométropes. — Tubercule de la conjonctive et de la sclérotique; extirpation d'une portion de la paroi oculaire; guérison. — *Académie des sciences :* Troubles trophiques consécutifs à la section du sympathique cervical. — Eléments centrifugee des racines postérieures multiples (p. 767). — Analyse optique des urines (p. 768).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — BELGIQUE. *Société médico-chirurgicale du Brabant :* Traitement de la tuberculose laryngée. — *Société belge d'anatomie pathologique :* Hydronéphrose double par rétention (p. 768).

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement des déchirures du col consécutives à l'accouchement,

Par le Dr J.-L. AUDEBERT.

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les déchirures du col sont fréquentes au cours de l'accouchement; à tel point qu'il est bien rare de rencontrer, chez une femme ayant déjà accouché, un col parfaitement régulier, non déformé. Uniques, mais le plus souvent doubles, elles siègent de préférence aux commissures du museau de tanche; quand elles sont bilatérales, elles partagent le col en deux valves, une antérieure et l'autre postérieure. Leur étendue varie depuis la simple éraillure de l'orifice utérin jusqu'à la section complète de toute la portion vaginale; parfois même, elles se propagent au delà du cul-de-sac vaginal et cheminent dans l'extérieur du corps de l'utérus, qu'elles intéressent dans toute son épaisseur, ou seulement dans ses fibres musculaires les plus rapprochées de la muqueuse. Dans ces cas la déchirure du col s'accompagne de rupture de l'utérus complète ou incomplète. Si l'on se rappelle la distribution des vaisseaux sanguins de l'utérus, on s'aperçoit que la partie inférieure du col est à peu près démunie de gros vaisseaux et qu'au contraire, au niveau de l'insertion du vagin, on rencontre l'artère utérine qui, en ce point, aborde les faces latérales de l'utérus, après s'être infléchie en formant une sorte de crosse. Il est facile de comprendre d'après ces deux mots d'anatomie que les déchirures du col ne se compliquent d'hémorrhagies sérieuses que quand elles sont très étendues, quand elles atteignent la voute vaginale. Mais cette description n'est pas toujours exacte, et chez quelques femmes, en particulier chez les multipares, l'artère utérine se met en rapport avec la paroi utérine à 10 ou 15 millimètres au-dessous de l'insertion vaginale (Testut). Dans ce cas une déchirure moins profonde peut donner lieu aussi à une hémorrhagie abondante.

L'hémorrhagie est d'ordinaire le seul symptôme extérieur de la rupture; si elle vient à manquer, par la raison anatomique que nous avons développée plus haut, les lésions passent le plus souvent inaperçues.

En présence d'une accouchée qui perd du sang d'une façon continue, il faut toujours se demander si cet écoulement sanguin ne provient pas du col. A ce moment, quelle peut être la source de l'hémorrhagie? Elle est triple : le corps de l'utérus, le col et le vulve. La constatation du globe de sûreté de Pinard permet d'éliminer de suite l'hémorrhagie par inertie du corps. L'inspection directe, après écartement des lèvres, montre que les parties molles vulvo-vaginales ne sont nullement en jeu. Il ne reste donc plus que la rupture du col; par le toucher vaginal on arrive facilement à reconnaître l'existence et la situation de la déchirure, cause première de l'hémorrhagie.

Cette constatation faite, quels sont les moyens que possède l'accoucheur pour arrêter une *hémorrhagie* sérieuse due à une lésion du col? Nous n'envisageons ici que les lésions étendues avec hémorrhagies abondantes. Dans les cas ordinaires où la déchirure est limitée, l'écoulement sanguin cesse bientôt de lui-même; toute intervention est donc inutile.

Nous ne citerons que pour mémoire les *injections hypodermiques d'ergotine* dont l'insuffisance est certaine dans les cas où la section a porté sur un des vaisseaux importants de la région (branches de l'artère ou de la veine utérines).

Quant aux *injections vaginales ou intra-utérines chaudes*, mon ami M. Bouffe de Saint-Blaise a démontré, dans un récent article sur les « Hémorrhagies puerpérales justiciables du traitement par l'eau chaude » (*Revue pratique d'obstétrique*, mars et avril 1897), a démontré, dis-je, qu'elles étaient impuissantes dans les déchirures profondes du col. L'eau chaude ne saurait agir que sur les petits vaisseaux dont l'oblitération peut être obtenue par la mise en jeu de la contractilité utérine; son emploi est parfaitement indiqué dans les fissures peu étendues.

L'application de *longues pinces hémostatiques* sur les surfaces cruentées, la compression du point saignant avec deux doigts introduits dans le vagin (Veit) nous paraissent des méthodes incertaines, peut-être même dangereuses.

Nous n'avons aussi qu'une confiance très modérée dans l'emploi des *ballons* agissant par compression directe, et même dans le traitement de *Fristch* qui consiste à rapprocher les cuisses de la femme, et après lui avoir relevé le siège, à lui frictionner l'abdomen pendant qu'elle garde le repos absolu. L'hémorrhagie doit s'arrêter grâce à la formation des caillots sanguins dans le vagin (?). En cas d'échec, il faut recourir à l'injection de perchlorure de fer.

Plus efficace est le procédé de *Breisky* qui a été préconisé en France il y a 4 ou 5 ans par Doléris et Fraisse : pour le mettre à exécution il faut, d'une main introduite dans le vagin, soulever les 2 lèvres du col, les appliquer fortement contre la symphise pubienne, tandis que l'autre main, agissant à travers la paroi abdominale, « infléchit l'utérus en sens inverse, de manière à produire une antéflexion et un tassement forcé du corps sur le col ».

Après une compression de 5 à 10 minutes, tout écoulement est arrêté. N'ayant jamais eu l'occasion d'employer le procédé de Breisky, nous n'avons pas pu nous rendre compte de sa valeur, nous nous bornerons donc à la signaler sans l'apprécier.

Le *tamponnement vaginal* a été très vanté dans les hémorrhagies de cette nature, et, malgré les reproches dont il est passible, c'est à ce moyen hémostatique qu'on a eu recours dans la plupart des observations citées dans les auteurs. Il est trop connu pour que nous ayons besoin de le décrire.

Dührssen ne se contente pas de tamponner le vagin, il pratique le *tamponnement utéro-vaginal;* l'utérus est d'abord bourré de gaze iodoformée, puis, au niveau de la déchirure, la gaze est remplacée par l'ouate salicylée qui doit murer complètement l'orifice cervical et toute la cavité vaginale.

Le tamponnement vaginal ou utéro-vaginal doit, dans l'immense majorité des cas, assurer une hémostase complète, et il serait peut-être le procédé de choix s'il s'agissait seulement ici de combattre l'hémorrhagie. Certes l'hémorrhagie est bien le danger immédiat, menaçant, dont la persistance peut amener les conséquences les plus graves. Mais l'hémorrhagie, tout alarmante qu'elle est, n'est ici qu'un symptôme; c'est l'expression d'une lésion utérine contre laquelle le tamponnement reste désarmé. Le tamponnement laissera subsister cette solution de continuité qui demeurera donc béante, constituant ainsi dans la sphère génitale une porte d'entrée pour le processus infectieux. Or, sans admettre, comme Emmet, que toutes les maladies utérines ou péri-utérines reconnaissent pour origine les déchirures cervicales, on ne saurait nier cependant leur importance dans la pathologie de l'utérus ou de ses annexes. S'il est vrai que nombre de déchirures ne provoquent aucune manifestation locale, et si quelques-unes se réparent aseptiquement, on en rencontre d'autres qui sont parfois, à n'en pas douter, le point de départ de phénomènes d'endocervicite, d'endométrite avec ectropion et de paramétrite souvent fort graves. Sans accuser les déchirures utérines des innombrables méfaits dont les charge Emmet, on sait cependant qu'elles prédisposent formellement aux avortements habituels (Olshausen, Hegar); Breisky insinue même qu'elles favoriseraient l'éclosion du cancer (?). Mais ce qui n'est plus hypothétique, c'est l'action que ces ruptures peuvent avoir sur les accouchements ultérieurs, même si elles sont cicatrisées. Varnier (thèse de Taurin) a rapporté l'observation d'une femme qui succomba à une hémorrhagie *post partum* due à une rupture du col qui avait intéressé l'artère utérine, et dont le point de départ était une ancienne déchirure cicatrisée.

Il nous paraît donc plus sage, en présence d'une de ces lacérations du col, de supprimer les risques de l'infection utérine par une petite opération qui est en même temps un excellent moyen d'hémostase. Ce double résultat est obtenu par un procédé connu depuis longtemps, mais dont l'emploi n'est peut-être pas assez généralisé : par les *sutures*. Quoi qu'on ait dit, la suture du col n'est ni plus longue, ni plus difficile, ni plus compliquée que le tamponnement vaginal. Je dirai plus : le tamponnement, pour être vraiment hémostatique, doit être très complet et remplir exactement la cavité vaginale, ce qui demande une certaine expérience obstétricale. Combien avons-nous vu en effet de femmes soi-disant tamponnées perdant encore du sang en abondance! La suture de la déchirure cervicale ne demande au contraire qu'une éducation chirurgicale des plus élémentaires.

Voici, croyons-nous, comment on peut pratiquer ces sutures. Qu'on nous pardonne de décrire en peu de mots cette bien simple intervention; nous démontrerons ainsi que cette manœuvre est loin de « nécessiter un outillage assez compliqué et une connaissance approfondie de ce genre d'opération », comme l'a dit Cadiergue.

Quand on s'est rendu compte par le toucher de la situation et de la direction approximatives de la rupture, on doit, pour se donner du jour, appliquer deux larges valves sur la paroi antérieure et postérieure du vagin. Le col apparaît alors sous l'aspect d'une masse volumineuse, informe et sanguinolente. Il est un peu malaisé de s'orienter de prime abord, mais avec un peu d'attention on parvient à retrouver la plaie cervicale. A l'aide d'une pince de Duplay on attire doucement le col à la vulve, et, quand la déchirure est largement étalée sous les yeux, on absterge et on égalise soigneusement les surfaces cruentées. Inutile d'ajouter qu'avant de procéder aux sutures on devra lier les artères donnant du sang. On se servira de préférence pour les sutures du catgut n° 3 monté sur une aiguille à pédale. Pour que la coaptation soit parfaite, le catgut devra traverser complètement le tissu du col d'abord sur une lèvre de dedans en dehors, par exemple, franchir ensuite à la manière d'un pont la solution de continuité, puis à travers l'autre lèvre venir de dehors en dedans retrouver l'extrémité originelle. On a ainsi enserré la déchirure dans un cercle complet. Les points de suture seront placés au nombre de 3, 4 ou 5 suivant l'étendue de la perte de substance en commençant par le plus élevé. Pour que l'effet hémostatique et la prompte réparation soient plus assurés, il ne faudra pas craindre de prendre de l'étoffe de chaque côté et de serrer chaque point.

C'est là le meilleur traitement des *larges* déchirures du col compliquées d'hémorrhagies. Pour nous résumer, nous dirons que le tamponnement vaginal ne serait ici qu'un *expédient* temporaire, et qu'on doit lui préférer la suture qui donne une sécurité plus grande tant au point de vue de l'hémostase immédiate qu'au point de vue des résultats prophylactiques éloignés.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Guérison d'un kyste hydatique du foie à la suite de ponctions et de l'électrolyse. Étude physiologique d'une ptomaïne retirée de son contenu. Examen anatomo-pathologique de la cicatrice recueillie 5 ans plus tard,

Par M. le professeur Ed. Boinet,

Médecin des hôpitaux.

I. Observation. — X... chargeur, âgé de 35 ans, jouissant d'une bonne santé, possédant des chiens, entre à l'Hôtel-Dieu pour un kyste hydatique volumineux du foie dont il fait remonter le début à 2 ans. Une première ponction donne issue à un litre de liquide clair, transparent, eau de roche, sans crochets, ne précipitant pas par la chaleur. Le liquide se reproduit et, 15 jours plus tard, nous pratiquons avec le Dr Gilles l'électrolyse en enfonçant profondément trois aiguilles, en communication avec un courant de 15 à 25 milliampères venant du pôle positif. Au bout de 10 jours, une seconde ponction permet de retirer 600 grammes environ d'un liquide trouble, jaune, sirupeux, laissant précipiter sous l'action de la chaleur des matières albuminoïdes, contenant des crochets, indices de la mort des

hydatides et de leur nécrose aseptique, sans intervention microbienne. Ces modifications aseptiques ont donné lieu à la production d'une *toxine spéciale*, comparable à la mytilotoxine des moules vénéneuses et provenant probablement du dédoublement des matières albuminoïdes. Viron (1) avait retiré du liquide hydatique du mouton une toxalbumine très toxique et Schlagdenhauffen avait isolé d'un kyste hydatique une substance présentant les caractères généraux des ptomaïnes : elle ne fut pas étudiée au point de vue physiologique.

II. Ptomaïne hydatique. — La méthode employée par Gautier pour l'extraction des ptomaïnes nous a permis de retirer de ce kyste hydatique modifié par la ponction et l'électrolyse des cristaux transparents prismatiques, disposés en aiguilles soyeuses, en forme de feuilles de fougère, très solubles dans l'eau, à réaction acide. Ils sont toxiques à la dose de 5 milligrammes pour la souris, de 2 à 3 centigrammes pour le cobaye, de 5 centigrammes pour le lapin, de 2 centigrammes pour la grenouille. Nous résumerons brièvement l'*action physiologique* de cette *ptomaïne hydatique* (2) étudiée sur 12 animaux.

Circulation. — Chez la grenouille, elle ralentit les battements du cœur, qui vers la fin de l'expérience sont trois fois moins nombreux qu'au début; elle diminue l'énergie systolique et, sur les tracés, la ligne d'ascension est oblique, peu élevée, le plateau est horizontal, très étendu; puis le cœur faiblit, s'arrête pendant quelques secondes, donne de rares pulsations avortées; enfin l'arrêt définitif se produit en diastole et, à ce moment, l'animal peut faire encore quelques bonds et peut avoir des convulsions agoniques passagères. C'est donc un poison diastolique du cœur. Cette action est moins nette chez le cobaye et le lapin, qui, après une accélération passagère, présentent du ralentissement et de la faiblesse des battements cardiaques. Ces données permettent d'expliquer, en partie, le collapsus, qui a été signalé par Humphry, Terrillon, Barailhé, Finsen, dans l'intoxication hydatique. Du reste, l'injection dans les veines du chien du liquide hydatique, recueilli chez le malade de Humphry a déterminé un abaissement considérable de la pression sanguine et un ralentissement précédé d'une accélération passagère des pulsations cardiaques.

Motilité. — La souris, le lapin, le cobaye, la grenouille, présentent quelques mouvements convulsifs passagers au début de l'expérience et immédiatement avant la mort; mais les troubles moteurs prédominants sont : la parésie, la difficulté de la marche, la titubation, puis une paralysie plus complète et plus accentuée dans le train postérieur. Les animaux à sang chaud ont de la somnolence, de la prostration; un lapin qui avait reçu 2 centigrammes de cette toxine dans le péritoine paraissait être sous l'action d'un narcotique. La *sensibilité* est fort émoussée.

Respiration. — Au début, le nombre des respirations s'accélère et augmente momentanément d'un quart environ, pour diminuer assez rapidement dans une égale proportion; puis l'inspiration devient moins fréquente, plus difficile, plus embarrassée; vers la fin, elle est rare, pénible, prolongée; les poumons sont fortement congestionnés. Du reste, l'intoxication hydatique a produit chez l'homme des accidents dyspnéiques (Bussard, Debove), une congestion intense des poumons (Galliard) analogues.

Température. — Elle s'élève momentanément d'un degré sous l'influence d'une injection intra-veineuse ou intra-péritonéale faite au lapin ; Korach avait aussi constaté que l'injection du liquide hydatique donnait la fièvre à cet animal. A la période de collapsus, la température baisse de quelques degrés; elle était tombée à 34°5 en quelques minutes, chez un de nos lapins qui avait reçu 5 centigrammes de cette ptomaïne dans les veines de l'oreille.

III. — Après l'évacuation de ce liquide sirupeux, contenant cette ptomaïne, le kyste hydatique de notre malade s'affaissa, le foie se rétracta au niveau du rebord des fausses côtes, le malade put travailler pendant 2 ans; à cette époque, il présentait des signes de tuberculose pulmonaire au début; la guérison du kyste restait toujours complète. Cette tuberculose pulmonaire fut traitée par des injections de sérum de chèvre (1) immunisée avec de la tuberculine; elle évolua lentement pendant 3 ans, et le malade mourut de phthisie subaiguë.

Ce traitement sérothérapique a simplement retardé la marche de la tuberculose; car, *à l'autopsie*, les deux poumons étaient infiltrés de tubercules et de noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Sur la surface du foie, au niveau du point correspondant au siège du kyste hydatique, on voit une cicatrice fibreuse, déprimée, large de un travers de doigt, longue de 4 à 5 centimètres, elle est dure, résistante, crie sous le scalpel, elle a 1 centimètre d'épaisseur et se continue avec une poche fibreuse, dont la cavité linéaire avait une longueur de 3 centimètres et contenait un magma caséeux, blanchâtre, assez consistant, comparable à du fromage blanc. Le résidu de ce kyste hydatique avait à peine le volume d'une grosse noix. L'examen histologique de cette paroi fibreuse montrait au niveau de sa face interne une petite série de bourgeons, bien délimités, composés de tissu fibreux, reposant sur de minces traînées de petites cellules embryonnaires; au-dessous d'elles, on constate de nombreuses couches parallèles de lames fibreuses peu vascularisées dans leur profondeur, plus riches en vaisseaux vers la périphérie. La capsule de Glisson est épaissie et plissée au niveau de la cicatrice déprimée de ce kyste. Le tissu hépatique avoisinant est infiltré de tractus fibreux émanant de la cicatrice; ils circonscrivent dans leurs mailles des îlots de cellules hépatiques d'autant plus étendus que l'on s'éloigne de la paroi kystique.

Conclusion. — Cette observation nous a paru intéressante à divers points de vue : 1° elle montre que les ponctions simples et l'électropuncture positive peuvent amener la guérison du kyste hydatique volumineux du foie; 2° sous cette influence, les hydatides peuvent subir des modifications aseptiques et régressives donnant lieu à la production d'une ptomaïne, cristallisant en forme de feuilles de fougère, analogue à la mytilotoxine des moules; son étude physiologique prouve qu'elle agit surtout comme un poison diastolique du cœur; elle détermine chez les animaux les symptômes que l'on observe dans le collapsus qui est provoqué, chez l'homme, par l'intoxication hydatique.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

VIIIe session, tenue à Toulouse du 2 au 7 août 1897.

1re Question.

Diagnostic de la paralysie générale.

M. Arnaud, rapporteur, résume de la façon suivante la question du diagnostic de la paralysie générale (2).

1° La paralysie générale, maladie intermédiaire aux psychoses et aux affections organiques du cerveau, est caractérisée par une double série de symptômes psychiques et physiques en rapport avec des lésions particulières (méningo-encéphalite chronique diffuse). — Ceci élimine la prétendue paralysie générale *sans aliénation* et les états psychopatiques sans substratum anatomique appréciable ou dépendant de lésions en foyer, d'altérations athéromateuses, etc.

2° Bien qu'ayant des caractères distinctifs, aucun des symptômes de la paralysie générale n'est pathognomonique. On n'est pas autorisé à poser le diagnostic *uniquement* d'après les signes physiques ou d'après les symptômes psychiques : il est nécessaire que les *deux ordres* de symptômes soient représentés dans le tableau clinique, au moins par les plus essentiels

1. Viron, *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1892, p. 136.
2. Boinet, *Marseille médical*, 2892, p. 803; *Congrès de Rome*, 1895, et *in* thèse de Carrié, Montpellier, juillet 1897.

1. Boinet, *congrès de médecine interne de Lyon*, 1894, p. 538; *Société de biologie*, 6 juillet 1895.
2. Voir *Gazette hebdomad.*, 1er août 1897, p. 709 et 733.

d'entre eux. Ce sont, dans l'ordre mental, la *démence généralisée et progessive* à laquelle les *délires* empruntent leur physionomie spéciale ; — dans l'ordre physique, *l'embarras de la parole*, les *troubles oculo-pupillaires* (ophthalmoplégie interne, graduelle et progressive), *l'ataxie psycho-motrice* et les *accidents cérébraux*. — La démence généralisée et progressive, avec les caractères particuliers que j'ai essayé de décrire, est le *symptôme cardinal* de la paralysie générale ; elle constitue un véritable *stigmate paralytique*.

3° Dès le début de la maladie, l'état démentiel commençant se trahit par l'impuissance mentale, par *l'absurdité des opérations intellectuelles* (association des idées, raisonnement, jugement), plus encore que par l'absurdité des idées; — par les lacunes de la mémoire, par les altérations du sens moral, de la conduite et des actes, etc. Survenant chez un adulte, à l'époque où l'énergie de l'esprit est au maximum, ces différents symptômes ont vraiment une signification particulière. Malheureusement la constatation n'en est pas toujours possible par l'examen direct du malade, et la connaissance des antécédents, toujours très utile, peut devenir indispensable. Dans certains cas même, ni les renseignements sur le début de la maladie, ni l'examen direct du malade ne suffisent à établir un diagnostic légitime (certaines *folies congestives* et *pseudo-paralysies)*; il faut alors se résigner à attendre que l'évolution des symptômes vienne faire la lumière. — A la *période prodromique*, la paralysie générale peut être *soupçonnée*, mais il n'existe pas de signes permettant de l'affirmer.

En dehors de ces considérations générales, je crois que de l'étude des faits l'on peut déduire quelques *règles pratiques* pour le diagnostic.

4° A partir de 55 ans, la paralysie générale devient vraiment rare. En présence d'un sujet de cet âge et à bien plus forte raison après 60 ans, il convient de redoubler d'attention et de n'admettre le diagnostic de paralysie générale que sous le bénéfice d'un inventaire rigoureux et plusieurs fois répété.

5° Devant un malade ayant dépassé 50 ans et présentant des signes d'*artério-sclérose*, il faut se souvenir que l'athérome cérébral généralisé peut simuler cliniquement la paralysie générale et que, d'autre part, il peut lui être associé et en modifier la physionomie. De là l'obligation d'une critique des symptômes délicate et approfondie et la nécessité de sérieuses réserves.

6° De même, la constatation d'une *hémiplégie vraie*, si elle n'est pas de nature à faire éliminer d'emblée la paralysie générale, doit imposer un doute persistant ; les probabilités de paralysie générale sont, dans ces cas, très faibles, et, tout au moins, il y a certitude d'une association avec un autre état pathologique.

On peut en dire autant de la cécité qui, même à titre de complication, est exceptionnelle dans la paralysie générale ; elle est donc contraire plutôt que favorable au diagnostic de paralysie générale.

7° Enfin, si l'affection qui éveille l'idée d'une paralysie générale se montre chez un alcoolique avéré, si elle a eu pour point de départ un état infectieux ou toxique et surtout si le développement de cette infection a été rapide, la nécessité s'impose d'attendre et d'en appeler, pour fixer le diagnostic, à la marche de la maladie.

DISCUSSION

M. Régis (de Bordeaux) est convaincu de l'importance de l'infection dans la pathogénie de la paralysie générale. La grande fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux (80 à 90 p. 100), les cas relativement nombreux de paralysie générale juvénile, les cas, plus rares, de paralysie générale conjugale, lesquels ne peuvent guère s'expliquer que par contamination du mari à la femme ou inversement, constituent un des arguments puissants en faveur du rôle pathogénique de l'infection.

L'anatomie pathologique n'a pas encore démontré la nature syphilitique des lésions de la paralysie générale ; cependant il existe un certain nombre de faits dans lesquels la moelle était le siège de lésions identiques à celles que détermine la syphilis.

Le rôle que jouent les maladies infectieuses aiguës dans la pathogénie de la paralysie générale est moins bien établi que celui de la syphilis ; cependant, on a déjà rapporté plusieurs cas de paralysie générale développés consécutivement à la grippe, à la fièvre typhoïde, etc.

Cette théorie infectieuse de la paralysie générale n'est pas incompatible avec celle des pseudo-paralysies générales. De ce que la syphilis, en effet, est susceptible de provoquer l'apparition des lésions encéphaliques propres à la paralysie générale, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse pas déterminer d'autres lésions des centres nerveux : ces lésions de syphilis cérébrale donnent souvent lieu à un complexus symptomatique presque identique à celui de la paralysie générale ; de là le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique sous lequel on a pris l'habitude de le désigner.

De même, à côté des alcooliques chroniques qui deviennent de vrais paralytiques généraux et qui meurent, il y en a d'autres qui, après avoir présenté pendant un certain temps tous les signes de la méningo-encéphalite chronique diffuse, guérissent à la suite de l'élimination du poison : ce sont des pseudo-paralytiques généraux alcooliques.

M. P. Garnier (de Paris) estime que la démence constitue un véritable stigmate paralytique, mais à la condition que cette démence soit totale, globale. Si le malade a conservé soit un peu d'attention, soit un peu de mémoire, soit la faculté d'associer quelques idées, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un paralytique général. Les conceptions délirantes n'ont également de valeur pour le diagnostic que si elles revêtent le cachet démentiel propre à la paralysie générale.

Quant au rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, M. Garnier pense que la syphilis ne fait que préparer le terrain à la périencéphalite chronique diffuse ; il en est de même de l'alcoolisme ; mais, pour que la maladie éclate, il faut qu'une autre cause intervienne : surmenage, excès vénériens. etc.

M. de Perry (de Bordeaux) communique, au nom de M. Régis et au sien, les observations d'un certain nombre de paralytiques généraux qui à aucun moment de leur affection n'ont présenté de conceptions délirantes. Sur 32 malades atteints de paralysie générale confirmée, observés en ville, il y en a 20 qui n'ont jamais été atteints de troubles délirants. C'est surtout chez les femmes et les jeunes gens que cette absence d'idées délirantes a été constatée.

M. Briand (de Villejuif) a constaté que le « signe du cubital », qui a été considéré pendant quelque temps comme presque pathognomonique de la paralysie générale, n'a, en réalité, aucune valeur diagnostique, et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'il n'apparaît qu'à une période beaucoup trop avancée de la maladie ; la seconde, c'est qu'il est beaucoup trop variable et trop inconstant. L'état démentiel des paralytiques généraux ne leur permet pas, en effet, le plus souvent, de traduire ce qu'ils éprouvent quand on leur comprime le nerf cubital.

M. Giraud (de Saint-Yon) fait observer que deux signes de la paralysie générale qui étaient autrefois très fréquents : le « grincement des dents » et la « contracture des sterno-mastoïdiens », sont devenus aujourd'hui très rares. Du moins on n'en parle plus aujourd'hui.

M. Doutrebente (de Blois) ne saurait admettre avec M. Garnier, que la démence soit un signe de début de la paralysie générale ; or, il est loin d'en être toujours ainsi. On observe à la période prodromique de la paralysie générale une surexcitation de toutes les facultés ; loin d'être affaiblie, l'intelligence de ces patients est alors exaltée souvent dans tous ses modes, comme chez les excités maniaques. L'analogie entre ces deux espèces de malades est dans ce cas tellement grande que le diagnostic différentiel immédiat est très fréquemment impossible et qu'il faut attendre l'évolution de l'affection pour se prononcer.

M. Petrucci (d'Angers) constate qu'en dernier lieu il n'existe aucun signe vraiment pathognomonique de la paralysie générale. La maladie se traduit surtout par un cortège de symptômes dont les principaux sont la déchéance intellectuelle. L'embarras de la parole et l'ophthalmoplégie. Rien d'étonnant à cela, puisque le terme de paralysie générale ne satisfait personne et correspond, par sa signification même, à un état clinique complexe lié à des lésions nécropsiques très différentes, la création néologique des pseudo-paralysies générales n'a pas éclairé davantage la question ; elle n'a fait qu'accentuer avec plus de vigueur

l'insuffisance de cette nomenclature vicieuse tombée aujourd'hui en désuétude et qui dès l'origine n'a pas été acceptée par tous les pathologistes malgré l'autorité scientifique de ses parrains.

Il convient avant tout de mettre un peu de clarté dans la valeur des lésions anatomiques de la maladie, comme cela a été fait pour les affections de la moelle aujourd'hui mieux connues. Après tout, le cerveau n'est-il pas un simple renflement de la moelle, composé des mêmes éléments histologiques : substance blanche, substance grise, tubes nerveux, cellules nerveuses, enveloppes séreuses, etc.? A côté des myélites généralisées nous avons des myélites systématisées, c'est-à-dire propres à un ordre déterminé de substance nerveuse blanche ou grise (sclérose amyotrophique ou des cordons postérieurs, etc.). La maladie commençant par un système quelconque peut passer à l'autre et se généraliser.

Pourquoi n'en serait-il pas de même des péricérébrites? Les faits cliniques et les autopsies semblent justifier cette manière de voir. On ne saurait nier aujourd'hui la transformation du tabès ascendant en paralysie générale, et inversement de la paralysie générale en tabès descendant. Les quelques pathologistes irréductibles qui persistent à voir en ces états deux maladies distinctes sont obligés de reconnaître l'existence de faits matériels qu'ils ne s'expliquent pas.

L'artériosclérose cérébrale peut débuter comme celle de la moelle par des éléments nerveux différents; de là des variétés cliniques avec des signes initiaux également différents pouvant se généraliser ensuite et revêtir le masque de la méningo-encéphalite diffuse générale. Dans la maladie classique de Bayle où le cachet démentiel ouvre la scène, les cellules cérébrales et les tubes nerveux sont les premiers frappés; la maladie se propage en second lieu aux méninges; d'où les accidents convulsifs et moteurs, accès épileptiformes et paralytiques, dont le summum s'observe à la troisième période de la maladie. Les adhérences cérébrales se font de l'encéphale aux méninges, c'est-à-dire de dedans en dehors; l'inverse se produit dans les autres formes, la syphilis, par exemple, dont chacun connaît la prédilection pour les séreuses. Les poussées congestives initiales se traduisent par des convulsions épileptiformes, des paralysies à la première période; la décadence intellectuelle initiale est moins prononcée que dans le cas précédent.

Il semble possible de reconnaître dès aujourd'hui diverses variétés de péricérébrites. La forme la plus grave, généralement incurable et avec rémissions rares, est celle dont le processus morbide commence par la cellule nerveuse. Les autres sont sujettes à des rémissions plus ou moins complètes et durables parce que la cellule nerveuse est la dernière atteinte, et leur pronostic est beaucoup moins sombre.

Personnellement M. Petrucci distingue : 1° des péricérébrites d'origine toxique (alcoolisme, syphilis, saturnisme, états infectieux à lésions plus ou moins graves ou étendues, depuis la simple congestion jusqu'à la sclérose complète); 2° des péricérébrites débutant par l'altération de la substance blanche ou des tubes nerveux avec phénomènes d'ophthalmoplégie initiaux et prédominants; 3° des péricérébrites cellulaires, c'est-à-dire avec altération initiale de la substance grise, reconnaissables au cachet démentiel de la maladie et à l'absence de conceptions délirantes; 4° enfin des péricérébrites méningitiques commençant par l'altération des enveloppes avec productions pathologiques correspondantes : épaississements, suffusions sanguines et lactescentes, néo-membranes.

Il appartient aux études nosologiques et à la clinique d'étendre et de mieux préciser ces variétés dans l'avenir.

M. Arnaud trouve que les faits cliniques ne sont pas en faveur de la théorie de M. Petrucci. L'athérome artériel généralisé ne détermine pas des symptômes identiques à ceux de la périencéphalite chronique diffuse, comme il l'a indiqué dans son rapport. Ainsi que Klippel l'a démontré de son côté, on peut toujours distinguer les manifestations de l'artériosclérose généralisée d'avec celles de la paralysie générale : on ne peut donc pas admettre, selon lui, l'existence d'une variété de paralysie générale d'origine athéromateuse. En revanche, on peut admettre avec M. Petrucci la nécessité de demander à l'anatomie pathologique l'explication des faits cliniques qui à l'heure actuelle sont susceptibles d'interprétations diverses.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) considère comme certain que la paralysie générale augmente de fréquence dans les campagnes; cette augmentation ne paraît pas être le fait du développement de l'alcoolisme, mais semble plutôt liée à l'extension plus grande de la syphilis.

2e Question.

Hystérie infantile.

M. Bézy (de Toulouse), rapporteur. — (Le rapport sera publié dans le numéro de dimanche.)

M. Pitres regrette que M. Bézy n'ait pas fait une distinction entre l'hystérie de l'enfant et l'hystérie de l'adolescent.

M. Paillas signale certains troubles circulatoires et sécrétoires de la peau qu'on observe dans l'hystérie infantile. Dans deux cas se rapportant à des enfants du sexe féminin M. Paillas a observé des ecchymoses survenues spontanément et affectant dans l'un de ces cas (enfant de 10 ans avec hérédité nerveuse) l'aspect de nombreuses raies violacées assez exactement rectilignes, larges de 3 à 4 millimètres et longues de 10 à 15 centimètres, toutes dirigées suivant l'axe du membre, les unes parallèlement, les autres s'entre-croisant.

Dans un autre cas où il s'agit d'une jeune fille de 9 ans, sans antécédents névropathiques, mais impressionnable et nerveuse elle-même, il se développa successivement, dans la région des poignets droit et gauche, des taches lenticulaires ocreuses de 4 à 5 millimètres de diamètre, toutes à peu près semblables et disposées égulièrement en quinquonce comme des jetons de damier et à la façon d'un vaste bracelet empiétant sur la partie supérieure de la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras. La physionomie bizarre d'une semblable disposition, cette sorte de *morphologie expressive* si différente des ecchymoses et des troubles sécrétoires communément observés, semble ici caractériser l'hystérie et attester une origine psychique à l'instar des mouvements expressifs de la phase passionnelle de la grande attaque hystérique.

M. Briand estime que l'hystérie infantile est beaucoup moins fréquente qu'elle ne le semble à certains auteurs. Personnellement il a eu l'occasion d'observer un certain nombre d'enfants qualifiés d'hystériques parce qu'ils avaient de l'irritabilité, se mettaient facilement en colère, tombaient en pâmoison et se montraient trop volontiers menteurs. Il ne faut donc pas se hâter de porter le diagnostic d'hystérie chez des enfants dont le caractère paraît anormal.

M. Régis a eu l'occasion d'observer une malade dont l'affection a présenté 3 phases. Dans la première, les phénomènes hystériques étaient prédominants et on a cru à de l'hystérie cérébrale; dans la seconde on a eu à la fois des symptômes d'hystérie et des symptômes de méningite. Enfin, dans la dernière phase, les symptômes de méningite cérébrale l'ont emporté.

Cette observation soulève donc 3 questions : 1° L'hystérie peut-elle simuler une affection organique? 2° Peut-elle s'y associer? 3° Une affection organique peut-elle simuler l'hystérie?

M. Bérillon (de Paris). — La suggestion hypnotique est acceptée sans contestation dans le traitement de toutes les formes de l'hystérie chez l'adulte. Ce même procédé lorsqu'il s'agit de l'appliquer à l'enfant soulève de nombreuses objections.

Cependant les psychothérapeutes n'ont plus recours pour arriver à la production de l'hypnotisme qu'à des procédés absolument inoffensifs qui sont d'ordre psychique et persuasifs. Ils se bornent à suggérer au malade de s'abandonner au sommeil le plus simplement possible. Ils lui vantent les avantages de cet état de repos, de passivité. Lorsqu'ils jugent que le sujet est arrivé à un état de somnolence appréciable, ils s'appliquent par des suggestions appropriées à modifier les habitudes automatiques, à provoquer le réveil de l'énergie volontaire et à la créer lorsqu'elle fait défaut. Ils tiennent au sujet plongé dans le sommeil le même langage que d'autres lui adresseraient à l'état de veille. La suggestion faite, ils ne négligent jamais de procéder avec le plus grand soin au réveil complet du sujet.

La mise en œuvre de la psychothérapie, en apparence assez simple, nécessite cependant de la part de celui qui l'applique une certaine compétence et de certaines aptitudes. Ainsi appliquée, la suggestion hypnotique n'a jamais donne lieu à des accidents bien sérieux. Les plus graves n'ont jamais dépassé les

limites d'un simple mal de tête ou d'une somnolence passagère susceptible de disparaître sous l'influence d'une nouvelle suggestion.

Chez l'enfant il est extrêmement rare de constater les stigmates classiques de l'hystérie confirmée. Par contre, les troubles mentaux caractéristiques de l'hystérie vulgaire sont extrêmement fréquents : défaut d'attention, mobilité des idées, mensonge, perversion des sentiments. Une coquetterie excessive est bien souvent, chez les petites filles, une des manifestations de l'hystérie précoce.

L'éducation défectueuse joue dans l'étiologie infantile un rôle très important. Il appartiendra au médecin de procéder à une rééducation mentale de l'enfant et il ne dérogera pas en prouvant qu'il est capable de jouer le rôle d'éducateur. L'emploi de la suggestion est donc nettement indiqué dans le traitement de l'hystérie infantile. Les cas dans lesquels l'indication a été établie par des faits nombreux, rigoureusement contrôlés, sont les suivants :

1° Troubles symptomatiques de l'hystérie, associés ou isolés (tics, chorée hystérique, tremblements, contractures, hoquet, aphonie, mutisme et toux hystérique, strabisme hystérique, incontinence d'urine).

2° Habitudes automatiques, onanisme irrésistible, onychophagie, kleptomanie.

3° Troubles psychiques relevant d'une émotivité exagérée (pusillanimité, mensonges, terreurs).

4° Troubles psychiques revenant dans le cours des maladies aiguës (agitation, délire nocturne).

De plus, l'emploi de la suggestion hypnotique éclairera souvent le diagnostic et le pronostic, en permettant de différencier nettement les troubles fonctionnels qui dépendent de l'hystérie de ceux qui relèvent de la dégénérescence héréditaire.

M. Paul Garnier cite une observation qui montre avec quelles réserves il faut accueillir le témoignage en justice des enfants hystériques.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, apprentie dans un grand magasin de fleurs, qui, pour se rendre intéressante, mit 5 fois le feu à l'atelier où elle travaillait. Chaque fois elle signalait le péril au moment où il allait éclater. Pour détourner l'attention dont elle pouvait être l'objet, elle eut le soin d'attirer les soupçons sur une de ses compagnes d'atelier dans la poche de laquelle elle avait glissé des paquets d'allumettes. Le hasard permit enfin de découvrir la jeune incendiaire, qui était une franche hystérique et avait voulu jouer dans toute cette histoire un rôle providentiel.

M. Garnier ne croit pas que la suggestion hypnotique soit aussi inoffensive que le prétend M. Bérillon. Il a souvent vu, après la suggestion, survenir un délire hallucinatoire d'une durée plus ou moins longue, et dans lequel se reproduit invariablement la scène de la suggestion. Il fait donc les plus grandes réserves sur ce mode de traitement.

M. Doutrebente estime, lui aussi, prudent de délaisser la suggestion hypnotique. Il a observé un hystérique de 12 ans qui avait de l'incontinence d'urine. La suggestion fut proposée et acceptée comme mode de traitement. Après une tentative de suggestion hypnotique, infructueuse du reste, l'enfant eut des terreurs, des fugues, tomba dans la mélancolie et finalement dut être interné dans une maison de santé, où il guérit d'ailleurs rapidement au moyen de simples bains par immersion.

M. Bézy craint également que la suggestion hypnotique n'entraîne des accidents plus ou moins sérieux.

MM. Sabrazès et **Lamacq** rapportent 3 observations d'hystérie infantile qui méritent d'être réunies à cause de l'identité de la cause occasionnelle. Dans les 3 cas, on observe au début un choc moral ou physique. Chaque enfant présente des accidents propres; l'un a des crises syncopales, un autre une belle contracture du trapèze droit, le troisième s'endort tous les soirs à la même heure, rit et pleure sans le moindre motif.

Les présentateurs ont été frappés par les faits suivants :

1° Le choc moral pur ou associé à un traumatisme peut provoquer chez l'enfant, tout comme chez l'adulte, l'apparition de l'hystérie.

2° Elle s'accompagne de remarquables troubles de la nutrition générale (amaigrissement, pâleur, anémie) précisés par l'examen du sang et des urines.

3° Dans ces 3 cas, la suggestion à l'état de veille a réussi d'une façon parfaite à produire une guérison très rapide de tous les symptômes. Cette suggestion paraît, dans la seconde enfance, réussir plus facilement que chez l'adulte.

Un cas de tremblement hystérique chez une fillette de 11 ans.

M. Bézy relate un cas de tremblement hystérique chez une petite fille de 11 ans 1/2. Après avoir rappelé un cas analogue de Pierret (de Lyon), et un de Baumel (de Montpellier), l'auteur insiste sur la rareté des maladies à tremblements dans l'enfance, tandis que l'hystérie est fréquente à cet âge.

Le diagnostic se fait en général par la brusquerie du début et la recherche des stigmates, le tremblement hystérique n'ayant aucun caractère spécial.

L'enfant qui est présenté au Congrès a été prise de son tremblement à la suite d'une frayeur ayant occasionné une perte de connaissance. Elle a des zones d'anesthésie sur les 4 membres. Le tremblement, qui était d'abord intense, est aujourd'hui lent et limité aux membres supérieurs.

L'hydrothérapie, employée régulièrement depuis quelque temps, a produit une légère amélioration.

Paralysie hystérique chez l'enfant.

M. Dastarac montre que la paralysie hystérique chez l'enfant a été méconnue et est encore difficile à déceler malgré les travaux de Charcot et la découverte des stigmates si utiles au diagnostic, parce que ces stigmates manquent le plus souvent chez l'enfant, et d'autant plus souvent qu'il est plus jeune. Il donne 3 observations : une astasie-abasie, une paraplégie et une monoplégie sans stigmates dont le diagnostic a été singulièrement facilité par l'exploration électrique et qui ont guéri en une seule séance de faradisation. Ce qui prouve une fois de plus que chez l'enfant l'hystérie ne tient pas.

Il insiste sur la valeur thérapeutique de l'électricité, qui a une action réelle en dehors de la suggestion. L'électricité est encore très utile au diagnostic, ses observations le prouvent. L'existence de la réaction de dégénérescence permet d'éloigner l'idée d'hystérie. Il réfute le cas de Gilles de la Tourette et Dutil et les affirmations de Souques, qui tendraient à prouver que la réaction de dégénérescence est un signe sans valeur puisqu'on le rencontre dans l'atrophie musculaire purement hystérique.

Méningite enkystée hémorrhagique traitée par la craniectomie.

M. Aug. Voisin rapporte l'observation d'une jeune fille de 22 ans, venue en mars 1896 à la Salpêtrière avec une céphalalgie atroce dans le côté gauche de la tête, accompagnée d'attaques convulsives, d'hémiparésie droite, d'idées noires, de tendances au suicide. Cette jeune fille était considérée comme une hystérique.

M. Voisin pensa qu'il s'agissait des lésions méningées avec exagération du liquide céphalo-rachidien et compression cérébrale dans la région psycho-motrice. La craniectomie s'imposait pour amener la décompression. L'opération réussit à faire disparaître les phénomènes décrits et en outre une rétention d'urine qui datait de plusieurs mois.

En septembre 1896, il survint chez cette malade quelques douleurs de la tête du côté droit. La douleur fut progressive. Elle avait son maximum d'intensité à 5 centimètres au-dessous du pavillon de l'oreille et donnait la sensation d'une déchirure atroce ne laissant de trêve ni jour ni nuit. En même temps les idées sombres reparaissent, et la malade attente à plusieurs reprises à ses jours. Réapparition de la rétention d'urine.

L'intensité des accidents et le premier succès obtenu par une opération décidèrent M. Voisin à demander une seconde intervention chirurgicale. On pratiqua donc une craniectomie sur le côté droit, et on enleva une portion de 13 centimètres de long et de 10 de large aux dépens du pariéto-frontal. La partie postérieure du frontal fut trouvée plus dure que normalement. La dure-mère incisée on trouva une congestion considérable de la pie-mère, qui était dans une étendue de 5 centimètres d'une couleur violette, apoplectique.

La dure-mère fut ensuite suturée par un surjet et les 2 lèvres accolées.

Les suites de l'opération ont été simples, et la malade est actuellement guérie.

Tumeur du crâne opérée chez une fillette de un jour et demi.

MM. Secheyron et **Maurel** présentent une fillette âgée de quelques jours seulement, née à terme dans un accouchement normal, par la tête, et qui présentait une tumeur à la partie supérieure du crâne, au niveau de la région interpariétale, en avant de la pointe de l'occiput. Cette tumeur molle, comme spongieuse, recouverte comme d'un voile, était légèrement aplatie et offrait à sa base une ligne de séparation circulaire bien nette entre la peau crânienne et l'enveloppe. Cette tumeur était reliée par un large pédicule qui paraît s'enfoncer dans l'encéphale. Privée de tout mouvement d'expansion, la tumeur était douloureuse, surtout en arrière et à gauche, la pression de cette zone déterminant des mouvements réflexes, des contractures brusques des quatre membres, ou bien une sorte de bâillement, de respiration profonde, parfois des contractures de la face, exprimant la douleur. On notait également des mouvements de raideur tétanique, qui s'emparaient de la nuque, de la colonne vertébrale, et soulevaient légèrement l'enfant. La tête avait une forme spéciale aplatie. Le front était renversé en arrière. Les frontaux et pariétaux étaient réduits d'étendue, les sutures larges, les fontanelles antérieures et postérieures paraissaient faire défaut. Les globes oculaires étaient en exophthalmie.

L'enfant n'offrait pas d'autres malformations apparentes. La circulation était normale de même que les fonctions digestives.

M. Secheyron fit l'opération au bout de 24 heures. Les suites en furent simples et bonnes. La tumeur, examinée par M. Daunic, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, était simplement un angiome.

Les troubles psychiques du paludisme.

MM. Boinet et **Rey** apportent un travail basé sur des observations recueillies au Tonkin, au Brésil, et sur celles de sujets revenant de Madagascar et du Soudan, et mis en traitement à l'asile d'aliénés de Marseille.

L'intoxication palustre peut avoir un effet immédiat et déterminer des troubles psychiques, au moment de l'accès ou peu après, pendant la convalescence. Ces faits ont été souvent observés par les médecins de la marine, et leurs rapports établissent nettement que les troubles intellectuels du paludisme les plus communs consistent dans l'excitation maniaque, le délire mélancolique, les hallucinations de l'ouïe et de la vue, les idées de suicide, les fugues inconscientes, etc. L'un d'eux a observé au Tonkin de nombreux cas de ce genre.

Les troubles intellectuels consécutifs à une intoxication palustre chronique consistent dans un délire à forme dépressive, mais d'intensité généralement faible. Cependant il peut devenir persistant et entraîner la séquestration de ces malades dans un asile d'aliénés.

M. Rey appelle l'attention sur ces individus prédisposés qui font campagne en Indo-Chine, dans la légion étrangère. Chez ceux-là, on voit survenir, comme conséquence du paludisme, d'abord de la mélancolie et plus tard le délire de la débilité mentale, le délire ambitieux (il cite plusieurs cas).

Ces états chroniques, mentaux et cérébraux, ne s'établissent que chez les prédisposés (alcooliques, dégénérés héréditaires) qui ont eu à subir une intoxication palustre grave (colonies).

M. Rey a vu de nombreux cas de paludisme en Camargue et en Corse, et jamais il n'a trouvé de relation entre le paludisme et le délire. Il a, en suivant l'évolution des malades dans les asiles, remarqué que les accès de fièvre intermittente consécutifs, n'entraînent pas à leur suite l'aggravation des troubles psychiques.

En dehors de ces formes mentales, MM. Boinet et Rey ont observé des états cérébro-spinaux analogues à la paralysie générale.

Une femme qui a été vue au Brésil présentait une pseudo-paralysie générale, qui guérit rapidement par la quinine.

Comme conclusion pratique, M. Rey estime qu'il y a lieu dans les cas graves, où les affections palustres ont été la cause démontrée de l'état mental, de considérer ces individus intoxiqués, soldats ou officiers, comme devant bénéficier d'une réforme avec gratification ou pension de retraite.

M. Régis a observé des cas analogues à ceux dont vient de parler M. Rey, non seulement chez des soldats d'infanterie de marine, au retour des colonies, mais encore chez les habitants des régions marécageuses, en France. Les troubles psychiques dus à l'impaludisme ressemblent à s'y méprendre à ceux de l'alcoolisme, et, quand les malades sont à la fois des paludiques et des buveurs, il est bien difficile de faire la part de ce qui est dû au paludisme et de ce qui est dû à l'alcoolisme. Les troubles psychiques les plus communément observés dans les deux cas sont l'amnésie, le délire et les fugues. Qu'il s'agisse d'intoxication alcoolique aiguë et d'intoxication paludique aiguë, ou d'intoxication chronique, l'analogie se poursuit toujours.

Comme l'a noté M. Rey, le paludisme détermine des pseudo-paralysies générales. Mais ces dernières sont susceptibles de guérison rapide par la quinine.

M. Cullerre, qui habite une région marécageuse et voit beaucoup de paludiques, n'a jamais observé un cas de folie primitive reconnaissant nettement pour cause le paludisme.

3e Question.

Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.

M. Doutrebente, rapporteur, formule les propositions suivantes :

Les asiles publics d'aliénés sont en nombre insuffisant; il y en aura toujours au moins un par département ayant moins de 500 000 habitants.

Les asiles devront être construits et aménagés avec 6 quartiers de classement pour 500 malades des deux sexes (chiffre maximum). Ils contiendront un quartier d'observation ou de traitement dit de surveillance continue, et, comme annexe, une colonie agricole à la périphérie, en contact avec l'asile proprement dit.

Le département de la Seine, pour ne pas contribuer à augmenter l'encombrement dans les asiles de la province, doit rapidement construire une série d'asiles bisexués de 500 malades dans un rayon de 15 à 20 kilomètres de Paris.

L'encombrement progressif des asiles d'aliénés pourra, en outre, être combattu avantageusement par des mesures tendant à faciliter l'internement précoce des aliénés et l'assistance familiale directe avec secours en argent.

Le service médical et administratif doit être confié, dans chaque asile public d'aliénés, à un directeur-médecin, assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints, d'un ou plusieurs internes et d'un secrétaire, chef de bureau de la direction, ayant dans l'asile, à égalité, la situation hiérarchique et les appointements du receveur et de l'économe.

Dans les asiles cliniques, situés dans les villes où il existe une Faculté de médecine, le professeur de clinique deviendrait directeur-médecin, ayant à sa disposition deux médecins adjoints, dont l'un, le chef de clinique, serait chargé spécialement des besoins de l'enseignement, et l'autre des obligations légales du service médical. En cas de besoin, le nombre des médecins adjoints pourrait être doublé par des assistants choisis par le professeur de clinique, parmi les docteurs en médecine ayant été internes dans les asiles publics d'aliénés.

Les médecins adjoints, nommés par un concours unique pour toute la France, seront, dans chaque asile, placés par le Ministre de l'Intérieur à la disposition du directeur-médecin (Constans). C'est parmi les médecins adjoints que seraient pris, par ordre de mérite et de classement, les directeurs-médecins, sans qu'aucune exception ou dérogation à ce principe puisse être faite à propos de la création d'un nouvel asile, ou d'une première nomination, ou pour des services autres que ceux dévolus aux seuls médecins adjoints.

Les internes seront nommés, par suite de concours régionaux,

entre les docteurs en médecine âgés de moins de 30 ans et les étudiants français ayant terminé leurs études de médecine générale. Après un stage minimum de un an dans un asile d'aliénés, ils auraient le privilège exclusif de pouvoir concourir pour obtenir le titre de médecin adjoint.

Dans les asiles trop éloignés du siège d'une Faculté de médecine, l'interne pourrait être remplacé par un deuxième médecin adjoint.

Dans le plus bref délai, et en attendant la construction de nouveaux asiles départementaux, le service médical dans les quartiers d'hospice et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics sera assuré par le Ministre de l'Intérieur, comme pour les asiles départementaux, par des médecins nommés par lui et ayant la même origine, le même classement et la même situation hiérarchique.

Les certificats des 24 heures et de quinzaine faits par *le* médecin de l'établissement pourraient être faits par *un* médecin de l'établissement.

Le règlement du service intérieur, modifiable par le Ministre de l'Intérieur, serait mis à jour et adapté aux propositions cidessus énoncées, sans oublier de placer au premier rang le service médical relégué actuellement à l'article 52, section VIII.

Dans chaque asile d'aliénés, il sera aménagé une bibliothèque médicale, un laboratoire et une salle d'autopsie permettant aux médecins et aux internes de se livrer à des recherches scientifiques et à l'étude de l'anatomie normale et pathologique des centres nerveux.

Le service des retraites des directeurs-médecins sera fait, à l'avenir, par l'Etat; les internes étant admis à y participer subiront les retenues réglementaires à partir du jour de leur entrée en fonction.

Les surveillants en chef et gardiens participeront aux charges et avantages de la Caisse départementale des retraites.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

50e réunion annuelle, tenue à Philadelphie les 1, 2, 3 et 4 juin 1897.

SECTION DE MÉDECINE.

Traitement de Schott pour les maladies du cœur.

M. Camac (de Baltimore). — On n'a jamais formulé de théorie expliquant clairement l'action de ce traitement. Schott lui-même l'explique par action réflexe des centres nerveux. Lauder-Brunton et Ludwig ont découvert que le système musculaire contient une quantité de sang égale à celle de la peau et des organes internes, et pour eux le traitement de Schott agit en stimulant le système musculaire à tel point qu'il fait disparaître la résistance de la circulation périphérique. Quoiqu'il en soit de cette théorie, il est certain que le traitement institué à Neuheim agit et qu'il diminue le volume des cœurs hypertrophiés et dilatés. Cette méthode a été employée au Johns Hopkins Hospital non seulement dans les affections du cœur, mais encore dans celles des reins. Mon expérience porte sur 10 malades : 4 sont morts; 2 n'ont éprouvé aucune amélioration; 1 n'éprouva d'amélioration que sous l'influence d'un traitement constant; enfin 3 ont eu une amélioration permanente des plus satisfaisantes. Parmi ces malades, il y en avait qui avaient de la néphrite chronique à divers stades de développement, mais tous avaient un cœur dilaté ou hypertrophié. Concurremment avec le traitement de Schott, on a donné divers stimulants du cœur tels que la nitro-glycérine, la digitale, le strophanthus, la strychnine. En somme, chez tous nos malades, nous avons obtenu des changements notables de position de la pointe du cœur : mais cet effet à lui seul n'implique pas une amélioration permanente. Dans le mal de Bright, on ne peut attendre aucun effet utile de ce traitement.

M. Osler (de Baltimore). — Les sujets auxquels convient le traitement de Schott sont ceux qui ont une dilatation cardiaque modérée sans dégénérescence marquée de la fibre musculaire. Cette condition se rencontre surtout chez les buveurs ayant entre 40 et 45 ans.

M. Stockton (de Buffalo). — Ce traitement est dangereux quand il est employé indistinctement à tous les cas de maladies du cœur; il ne faut y recourir qu'avec beaucoup de précautions.

M. Camac. — Les effets sur les reins sont plus marqués quand on emploie les bains d'eau saline qu'avec les bains d'eau pure.

Indications pronostiques et thérapeutiques des maladies du cœur.

M. Rochester conseille le repos au lit, les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, les bains, les exercices passifs, un régime liquide.

M. Herrick. — La saignée rend de très grands services, surtout quand il y a de l'œdème et de la cyanose. Dans 3 cas de myocardite, j'ai sauvé mes malades par ce traitement.

M. Marvin. — Je conseille les injections sous-cutanées de strychnine dans les cas de dilatation aiguë du cœur; il faut en même temps que les malades gardent le lit.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Welch (de Baltimore). — La découverte de Widal repose sur ce principe que quand on ajoute une partie de sérum sanguin à 10 parties de liquide contenant des bacilles typhiques, il se produit une réaction en vertu de laquelle les bacilles perdent leur motilité et s'agglomèrent. Pour moi la meilleure manière d'obtenir du sang est de procéder par incision ou par piqûre du lobule de l'oreille. Ce pouvoir d'agglutination des bacilles que possède le sérum sanguin des typhiques se retrouve dans divers autres liquides, comme la sérosité d'un vésicatoire ou d'une cavité séreuse. Une température élevée détruit ce pouvoir d'agglutination.

C'est une question controversée de savoir s'il faut attacher plus d'importance à l'immobilité des bacilles ou à leur agglutination. Pour ces épreuves il vaut mieux se servir de cultures jeunes, n'ayant pas plus de 24 heures; le milieu de culture, agar ou bouillon, importe peu. Widal a recommandé des dilutions de 1 p. 10 ou 15; mais dernièrement on a vu que des dilutions de 1 p. 40 ou 50 étaient préférables. On a reproché à cette méthode de n'être pas sûre parce que la réaction d'agglutination étaient aussi donnée par le colibacille; mais pour lever les doutes, il suffit d'opérer avec des solutions très étendues, la réaction n'étant pas obtenue pour le colibacille quand la dilution est très étendue (inférieure à 1 p. 40). En général cette réaction est nette dès le 1er septénaire; cependant il a des cas avérés où la réaction n'a pas pu être obtenue avant le 2e ou le 3e septénaire, du même n'a jamais pu être obtenue. Il y a encore une autre source d'erreur : le sang des sujets qui ont eu la fièvre typhoïde garde pendant longtemps le pouvoir d'agglutination. Il est utile que les cultures soient alcalines, car dans les cultures acides la réaction ne se produit pas.

M. Cabot (de Boston). — Sur un total de 3475 cas de fièvre typhoïde, le séro-diagnostic n'a induit en erreur que dans 2 p. 100 de cas. Sur 301 cas de maladies diagnostiquées non typhiques, une seule fois la réaction d'agglutination a donné un résultat positif; il s'agissait d'un cas d'anémie pernicieuse chez un nègre. Pour que la réaction soit caractéristique il faut d'une part que les bacilles perdent leur mobilité et d'autre part qu'ils s'agglutinent. Si un seul de ces deux phénemènes se produit, cela ne suffit pas pour permettre d'affirmer la fièvre typhoïde. Dans le cours d'une fièvre typhoïde, il peut arriver que cette réaction se montre d'une manière intermittente.

M. Bloch. — On peut, à l'aide de l'hémoglobinomètre, mesurer exactement le degré de la dilution employée. Les résultats sont les mêmes, qu'on opère sur des matériaux frais ou sur des matériaux desséchés. Sur 46 cas de fièvre typhoïde, j'ai trouvé que la réaction manquait dans 6,5 p. 100 des cas. Cette réaction est très importante pour un diagnostic précoce avec la tuberculose.

M. Gerhardt (de New-York). — Pour cette réaction j'ai employé de la sérosité d'ampoules formées par des vésicatoires; la réaction a surtout été très nette quand on a employé des cul-

tures très virulentes. Comme milieu de culture, on peut employer indifféremment de l'agar ou du bouillon.

MM. Musser et **Swan** (de Philadelphie). — Nos recherches nous ont conduis aux conclusions suivantes : l'âge et le sexe n'ont pas d'influence; au cours de la fièvre typhoïde, la réaction peut être obtenue dès le 7e jour; elle disparaît à des périodes variables après la disparition de l'affection; enfin cette réaction ne peut pas être provoquée par du sang provenant de malades ayant une autre maladie que la fièvre typhoïde.

M. Richardson (de Boston). — Pour sa méthode de diagnostic de la fièvre typhoïde, Elsner préparait d'abord son milieu de gélatine pour cultures en y introduisant de l'acide phénique, plus tard il substitua à cet agent l'iodure de potassium, et les inoculations de la gélatine ainsi préparée à l'aide de selles typhiques ont donné de bons résultats. Aucune autre bactérie que celle de la fièvre typhoïde ne pouvait croître sur ce milieu. La méthode de Widal est certainement supérieure, car elle est plus commode à appliquer; mais la méthode d'Elsner peut donner des résultats positifs dans des cas où celle de Widal ne donne pas la réaction caractéristique. La méthode d'Elsner montre que l'ubiquité que certains auteurs admettent pour le bacille typhique ne correspond pas à un fait réel, car par l'emploi de cette méthode on ne trouve pas de bacilles typhiques chez les sujets atteints d'une autre affection que la fièvre typhoïde.

M. Davis (de Chicago). — Mon expérience personnelle me permet d'affirmer que la réaction de Widal réussit complètement dans 90 p. 100 des cas de fièvre typhoïde vraie; dans 6 p. 100 des cas il y a une réaction partielle; dans 3 p. 100 on n'obtient pas la réaction.

Rechutes de la fièvre typhoïde.

M. Osler. — Au Johns Hopkins Hospital, dans 500 cas de fièvre typhoïde, il y a eu 8 p. 100 de rechutes. Ce terme de rechute ne doit être appliqué qu'aux cas où il y a eu nettement une réinfection succédant à une période apyrétique. Ces rechutes sont beaucoup moins souvent qu'on ne le dit dues aux écarts de régime. L'origine de ces réinfections est encore inconnue; peut-être doit-on les mettre sur le compte des bacilles qui restent à l'état latent dans les muqueuses. Chiari a de son côté avancé que les bacilles typhiques restant dans la vésicule biliaire pouvaient devenir une source d'infection secondaire. Sur 33 cas de fièvre typhoïde, Chiari a trouvé 19 fois des bacilles dans la vésicule biliaire. Les rechutes peuvent être simples, doubles ou rarement triples. On a rapporté exceptionnellement jusqu'à 4 et 5 rechutes. Dans un cas de fièvre typhoïde, après une période apyrétique de 6 semaines, une rechute se produisit, puis une seconde. De sorte que la totalité de la maladie dura 6 mois. La rechute ne s'établit pas toujours graduellement; la fièvre peut s'établir après une ou deux oscillations seulement, je ne crois pas que le système de Brand ait une action quelconque sur la production de ces rechutes.

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. West. — Je ne crois pas au traitement abortif; je ne crois pas plus au traitement antiseptique, car quand on l'institue les microbes ont déjà passé dans le sang où rien ne peut les atteindre. Dans la fièvre typhoïde il y a une diminution énorme du pouvoir digestif de l'estomac en même temps qu'une diminution de sécrétion de l'acide chlorhydrique; aussi doit-on prescrire de la pepsine et de l'acide chlorhydrique; il faut aussi faire prendre beaucoup d'eau au malade pour laver son estomac et son intestin.

M. Upshur. — On ne doit pas prescrire d'alcool au début de la fièvre typhoïde, si ce n'est chez les alcooliques. La céphalée ne réclame aucun traitement et disparaît seule. Le salol est utile quand les selles sont fétides; on emploiera la strychnine, la nitroglycérine quand le cœur faiblira. On traitera la péritonite par l'opium et les injections de morphine, mais la laparotomie n'est pas indiquée en raison du peu de chances qu'on a de sauver le malade. Le traitement abortif et antiseptique est tout à fait irrationnel.

Traitement de la tuberculose.

M. Schweinitz. — On peut produire, mais en petite quantité seulement, une substance capable d'immuniser un animal contre une dose mortelle de tuberculine, ou capable de retarder la mort qui, au lieu de survenir comme d'ordinaire au bout de 3 ou 4 semaines, ne survient qu'entre la 10e et la 12e semaine. En somme il est possible de produire une antitoxine tuberculeuse; mais le traitement par cette méthode est encore dans la période expérimentale et restera tel tant qu'on ne saura pas protéger des cochons d'Inde contre l'infection tuberculeuse et les guérir lorsqu'ils sont infectés.

M. Mac Farland. — Je me suis attaché particulièrement à l'étude de l'antituberculine et dès le début j'ai pensé que cette substance employée pour le traitement serait inefficace, car la tuberculose est due à un état inflammatoire et non à un état toxique. Dans bien des cas de tuberculose il y a destruction très étendue d'organes, avant qu'apparaissent des symptômes généraux. Finalement quand les éléments tuberculeux commencent à se désagrégrer, d'autres microorganismes apparaissent. Toutefois on peut admettre que la tuberculine agit en augmentant la résistance des tissus ou en empêchant la désagrégation de ceux dans lesquels les bacilles tuberculeux sont encapsulés et en empêchant par conséquent la diffusion de ces derniers. J'ai constaté que chez les animaux sur lesquels j'expérimentais, je n'obtenais pas la guérison, mais leur vie m'a paru être prolongée. La tuberculine est inoffensive tant chez les cobayes sains que chez ceux qui sont déjà infectés. J'ai appliqué symptomatiquement ce traitement chez vingt malades ; l'un d'eux peut être considéré comme guéri, un autre est dans un état très satisfaisant, un 3e est manifestement amélioré, 3 vont mieux, 5 sont légèrement améliorés, 7 n'ont éprouvé aucun changement, 2 sont plus mal; 3 sont morts, mais sans que ce soit des suites du traitement. Il y a eu presque continuellement de l'urticaire, ce qui tient à ce qu'on s'est servi de sérum d'âne qui est plus irritant que celui du cheval; les malades se sont plaints, en outre d'une douleur dans le dos et dans la mâchoire.

M. Rochester. — J'ai employé contre la tuberculose, l'antitoxine de Paquin, la nucléine de Vaughan, l'aseptoline d'Edison. Je n'ai employé cette dernière substance que peu après sa découverte et à la requête des malades eux-mêmes; je l'ai administrée à 9 malades; il y a eu 4 morts, dont l'une me paraît due à la substance employée; je n'ai eu aucun cas de guérison, et, quand il y a eu des améliorations, on pouvait les mettre sur le compte d'autres facteurs. L'antitoxine tuberculeuse de Paquin est sans action quand la phthisie est un peu avancée; elle entraîne de la dermatite et des douleurs. La nucléine de Vaughan a toujours produit une amélioration, sauf dans un cas. Elle ne peut faire aucun mal, si on n'augmente pas trop rapidement la dose des injections. J'ai obtenu la guérison chez un malade qui, il y a 2 ans, au début du traitement présentait une caverne. Cependant tout ce qu'on tente est inutile si on n'y ajoute pas l'exercice et le grand air.

M. Flick. — Un traitement de la tuberculose ne peut être jugé que lorsqu'il a été expérimenté pendant des années. C'est ainsi que j'ai dans une précédente communication rapporté comme guéris par l'iodoforme des malades qui maintenant sont morts.

Curabilité de la tuberculose pulmonaire.

M. Borland. — La tuberculose est extrêmement fréquente et on peut admettre, d'après des statistiques fournies par les autopsies, que 50 p. 100 des hommes sont atteints de tuberculose à un moment donné de leur existence, dont les 2/3 ont la forme pulmonaire. Comme d'autre part la tuberculose ne donne qu'une mortalité de 14 p. 100, il est évident qu'elle est curable. Les antitoxines n'ayant encore rien donné, le mieux est de s'en tenir pour le traitement aux anciens procédés.

Bains chauds dans le traitement de la pneumonie.

M. Fichberg. — Je suis partisan des bains chauds employés systématiquement dans le traitement de la pneumonie.

Tout d'abord je les ai dirigés seulement contre l'élément fébrile; mais maintenant je prescris d'y recourir toutes les 3 heures, sans avoir égard à la température. Ces bains ont une grande influence sur le système nerveux et particulièrement sur l'agitation des malades; le pouls devient meilleur; le délire disparaît, le nombre des respirations diminue; le malade peut dormir. La durée des bains doit être de 10 minutes; leur température peut varier entre 35° et 40°.

Leucémie lymphatique aiguë avec infection streptococcique.

M. Herrick. — Un homme de 25 ans, jouissant habituellement d'une excellente santé, fut pris d'une angine aiguë, qui récidiva au bout d'une semaine, s'accompagnant d'adénites cervicales, axillaires et inguinales. La rate était hypertrophiée. Je n'ai vu ce malade que 3 jours avant sa mort. Outre les adénites et l'hypertrophie de la rate, il y avait des hémorrhagies rétiniennes nombreuses, de la pâleur de la peau et des muqueuses, une tendance hémorrhagique spécialement au niveau du nez, un malaise général. L'examen du sang, fait une seule fois, prouva qu'il y avait une grande augmentation de globules blancs. On trouva des streptocoques et la question se pose pour savoir si cette leucémie aiguë est due à l'infection streptococcique de la gorge. Il paraît bien certain que la leucémie n'existait pas avant l'angine.

Ulcération du duodénum.

M. Alten attribue l'ulcération chronique du duodénum à des symptômes nerveux réflexes consistant dans de l'épilepsie, de la mélancolie, de la folie. La cause la plus commune de l'ulcère chronique du duodénum est, d'après lui, la fièvre typhoïde; puis viennent la phtisie pulmonaire, la dysenterie; il l'a observé dans 30 cas de diabète sucré.

Goutte.

M. Hutchinson. — La goutte n'existe pas seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux supérieurs. C'est la maladie des riches. Certaines dyspepsies, des névralgies, l'asthme des foins sont des formes de la goutte. Quant au rhumatisme on n'en peut dire qu'une chose : c'est que ses deux tiers doivent être rapportés à la goutte et que de son autre tiers on ne sait absolument rien. La goutte a des manifestations génitales, laryngées, artérielles, ces dernières conduisant à la maladie de Bright. Ce qu'on appelle la lithémie doit évidemment être quelque chose de très voisin du processus normal qui se passe dans le corps, car s'il en était autrement, les manifestations si multiples de cet état extermineraient bientôt l'individu. On doit considérer cet état comme une habitude vicieuse des tissus, une sorte de manière d'être alcoolique. Il y a un retour partiel du métabolisme des cellules vers le type aviaire ou reptile. Les mêmes éléments résultant du métabolisme causent chez nous la goutte, tandis que chez les oiseaux et les reptiles ils sont compatibles avec la santé; chez eux la goutte est le résultat d'un retour vers un état plus éloigné. On peut même appliquer cette loi aux végétaux. Le traitement consiste à maintenir les tissus au plus haut degré possible de métabolisme et de vigueur; il faut prescrire l'exercice et un régime très sobre.

M. Stockton. — La lithémie n'est pas la goutte, mais une auto-intoxication dépendant d'un trouble gastro-intestinal.

M. Oliver. — Tous les tissus de l'œil, depuis les paupières et la conjonctive jusqu'à la rétine et au nerf optique, peuvent être atteints par la goutte. Dans l'inflammation goutteuse des paupières et principalement de la paupière supérieure, il y a du gonflement qui survient rapidement et passe de même. Contre cette complication on utilisera surtout la chaleur. J'ai trouvé des infarctus calcaires dans la conjonctive, près des glandes de de Meibomius, chez un autre qui ne présentait aucun autre signe de goutte; peu après il eut de la goutte articulaire. Les manifestations de la goutte oculaire produisent souvent des douleurs lancinantes qui disparaissent rapidement; il est rare qu'elle conduisent à l'ulcération. L'inflammation siège quelquefois en arrière du globe oculaire, d'où elle peut se propager au nerf optique qu'elle envahit dans certains cas jusqu'au chiasma.

M. Pearce. — Il y a une relation entre la neurasthémie et la production d'acide urique : un régime approprié a une très heureuse influence; mais ce qui domine la situation, c'est un état héréditaire spécial des neurones.

M. Wood. — Il n'y a pas de régime général de la goutte : mais il faut instituer un régime pour chaque individu : tel goutteux ne peut manger une tranche de viande noire sans provoquer chez lui une crise de goutte; chez tel autre au contraire un régime carné est indispensable. Le lait convient au plus grand nombre. Il faut un exercice modéré, bien gradué et qu'on doit augmenter peu à peu. Le salicylate de soude a le tort de trop nuire à l'estomac; le salicylate de strontium se supporte mieux; il faut quelquefois le combiner à de la digitale et à de strychnine.

M. Davis. — On connaît les manifestations athéromateuses qui se produisent au niveau des artérioles et en particulier de celles du rein chez les goutteux. Chez eux l'affection rénale est graduellement progressive; le rein est pris par places et finalement de larges aires sont envahies. Les glomérules et les tubuli n'étant attaqués que peu à peu, il y a à peine de symptomatologie, tandis que lorsque les mêmes lésions se produisent brusquement, comme cela arrive dans des cas relevant d'une autre étiologie, il y a des manifestations cliniques et urinaires très nettes. Les lésions artérielles au niveau du système nerveux conduisent à différents troubles, par altération de la nutrition des centres nerveux. Des complications cérébrales peuvent se produire à la suite de l'urémie ou de la thrombose des artères cérébrales.

Arthrite rhumatoïde.

M. Riesman. — Je préfère la dénomination d'arthrite déformante, adoptée par Virchow. Les nodosités d'Heberden sont plutôt des manifestations de l'arthrite rhumatoïde que de la goutte. La nature de l'arthrite rhumatoïde a été diversement appréciée : 1° ce serait une forme de rhumatisme chronique : 2° ce serait un mélange de rhumatisme héréditaire et de goutte; 3° elle serait d'origine nerveuse; 4° elle serait causée par un microbe spécifique. C'est la 3° théorie qui me paraît être le mieux en accord avec la symptomatologie. Dans un cas le bromure de strontium m'a donné un bon résultat.

Dilatation de l'estomac.

M. Finhorn. — Je divise en deux classes les cas de dilatation de l'estomac : la première comprend les cas où l'opération est nécessaire, que le rétrécissement du pylore soit malin ou bénin; la deuxième comprend ceux dans lesquels on se contente d'un traitement palliatif. J'ai réuni 10 observations de sujets opérés pour une sténose du pylore, de nature bénigne; il y eut 8 guérisons; deux malades, très bas déjà, moururent de choc opératoire. Dans les cas de rétrécissement cancéreux du pylore, le diagnostic est basé sur la présence de l'acide lactique et de la tumeur; la plupart des malades qui survécurent à l'opération gagnèrent du poids et furent très améliorés. Le point important pour le diagnostic de la dilatation consiste dans la présence dans l'estomac des aliments pris la veille. On se demande alors s'il s'agit d'une parésie de la musculature stomacale ou d'un rétrécissement du pylore; en faveur de ce dernier sont : l'épaississement du pylore, l'arrêt du péristaltisme, la production de fermentations. Quand il y a une tumeur et que la dilatation date de 2 ans, on peut faire le diagnostic de tumeur bénigne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Août 1897.

Rapport de M. Javal sur le mémoire de MM. Druault et Tscherning relatif aux verres isométropes.

MM. Druault et **Tscherning** ont pris la peine d'examiner des verres de lunettes à la baryte qui sont mis en vente depuis quelque temps, et le travail qu'ils ont fait au laboratoire d'ophthalmologie de la Sorbonne démontre que ces verres sont plutôt inférieurs aux verres ordinaires.

Il est exact que leur indice est plus élevé que celui des verres de commerce (1.576 au lieu de 1.534). Il en résulte, quelle que soit la force des verres, une différence de courbure d'environ 8 p. 100, ce qui est tout à fait insignifiant. Mais, en revanche, au lieu d'être 0,02 comme dans le crown, la dispersion est de 0,031 c'est-à-dire moitié en plus, ce qui a pour inconvénient, dans le cas de verres convexes, d'augmenter le chromatisme de l'œil plus que ne le font les plus mauvais verres du commerce; mais c'est un inconvénient léger, en présence du chiffre considérable de l'aberration chromatique de l'œil humain.

MM. Druault et Tscherning exposent que si l'on veut achromatiser les yeux myopes, il faut prendre des *flint* et encore la correction ne serait-elle complète que pour des yeux d'une myopie inférieure à 20 dioptries. Enfin, ils démontrent par un calcul simple que les verres en question ne présentent aucun avantage pour la vision indirecte. Les verres à la baryte ne sont pas plus durs que les verres ordinaires. Ils sont un peu plus transparents, ce qui ne présente aucun avantage.

Tubercule de la conjonctive et de la sclérotique; extirpation d'une portion de la paroi oculaire; guérison.

M. Valude. — A l'heure actuelle, on tend de plus en plus à s'écarter de la pratique ancienne qui consistait à énucléer les yeux atteints de tuberculose, même localisée.

La plupart des oculistes aujourd'hui traitent même les tubercules de l'iris par l'excision du foyer malade. M. Valude a observé un cas où l'intervention, plus hardie, a porté sur la paroi scléroticale elle-même et où une véritable trépanation de la coque oculaire a été faite avec un succès complet.

Il s'agissait d'un enfant de 3 ans atteint de lupus à la joue, et qui, à la faveur d'un pansement recouvrant à la fois la joue malade et l'œil, subit une inoculation à la conjonctive oculaire. Un nodule tuberculeux se développa sur la conjonctive bulbaire à 4 ou 5 millimètres en dehors du limbe scléro-cornéen.

Après avoir endormi l'enfant pour faire l'abrasion de ce tubercule, M. Valude passa un couteau fin à sa base. La sclérotique, en tant que paroi fibreuse, avait complètement disparu au milieu du nodule tuberculeux; le vitreum apparaissait dans l'orifice ainsi pratiqué et les bords de cet orifice eux-mêmes étaient infiltrés de tubercules; on en fit l'abrasion complète et on réunit, par des sutures, les lèvres de cette ouverture scléroticale ronde, figurant une véritable trépanation.

La guérison se fit avec une extrême simplicité et l'œil, d'abord déformé par les sutures, reprit en peu de jours sa forme ordinaire.

Les milieux sont restés clairs et on distingue nettement tous les détails du fond de l'œil.

M. Hallopeau communique un travail de M. Brault (d'Alger) intitulé « Paralysies ascendantes à rétrocession à la suite d'infections légères par le streptocoque ».

MM. Reynier et **Glover** communiquent leurs recherches anatomiques sur la topographie crânio-encéphalique, sur la topographie des cavités osseuses du crâne et de la face et sur celle des sinus veineux de la dure-mère au moyen de la radio-photographie.

M. Chipault présente plusieurs modèles de griffes métalliques destinées à opérer la fixation apophysaire directe pour la guérison durable des déviations vertébrales réduites.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juillet 1897.

Troubles trophiques consécutifs à la section du sympathique cervical.

MM. J.-P. Morat et Doyon. — Le trijumeau, comme tous les nerfs cutanés, contient des éléments ganglionnaires dans ses branches de distribution, éléments qu'il reçoit de deux sources distinctes et éloignées l'une de l'autre : la moelle épinière et le bulbe rachidien.

Etant donnée l'anastomose directe qui relie le ganglion cervical supérieur et le ganglion de Gasser, on comprend qu'une section faite sur la chaîne sympathique cervicale ne supprime qu'une portion des éléments ganglionnaires du trijumeau, d'où l'absence ou l'atténuation habituelle des troubles trophiques dans ce cas. Une section des origines du trijumeau faite en amont du ganglion de Gasser n'aura elle-même que des effets atténués ou nuls; mais une section sur le ganglion de Gasser même, ou un peu en avant, aura chance de supprimer les deux sources à la fois, d'où l'effet toujours plus rapide et plus complet des sections pratiquées à ce niveau, et cela sans que le ganglion lui-même y soit pour rien, comme l'a vu Cl. Bernard.

Indépendamment de ces attributions fonctionnelles qu'il convenait de préciser, ces lésions dégénératives qu'on produit à distance, en agissant sur des nerfs, ont encore un grand intérêt en ce qu'elles nous désignent le système nerveux dans son ensemble et le système ganglionnaire en particulier comme un intermédiaire possible et peut-être trop souvent oublié entre certaines lésions plus ou moins semblables et les causes diathésiques, toxiques ou banales, auxquelles on les rapporte souvent.

Dans toutes nos expériences, les interventions sur le système nerveux ont consisté en sections faites aussi nettement que possible, équivalant, par conséquent, à des paralysies des fibres coupées. Est-on autorisé à dire que l'excitation des nerfs n'est pour rien dans les effets produits? Nous ne le pensons pas. Quelque soin qu'on apporte à l'opération, elle peut être suivie d'effets secondaires de nature inflammatoire, dégénérative ou même régénérative des éléments coupés qui peuvent y entretenir un certain degré d'irritation. Mais, même si l'on élimine cette supposition, il faut se rappeler que le système ganglionnaire est un système double (Dastre et Morat), c'est-à-dire composé d'éléments, les uns excitateurs de la fonction et les autres inhibiteurs de cette même fonction, et que la paralysie de ces derniers équivaut en somme à l'excitation des premiers. Une section faite sur un ensemble d'éléments ainsi antagonistes a pour effet de le déséquilibrer, et cette perte de son équilibre se traduit par des effets multiples, parmi lesquels, au bout d'un certain temps, intervient un désordre de la nutrition.

Les éléments centrifuges des racines postérieures multiples.

MM. J.-P. Morat et **M. Doyon.** — De l'étude que nous venons de faire des altérations observées à l'autopsie sur les racines postérieures sectionnées expérimentalement chez le chien, nous sommes autorisés à conclure que les centres trophiques ou corps cellulaires de cette classe d'éléments contenus dans la racine postérieure, côte à côte avec les fibres sensitives, siègent dans la moelle épinière et, en nous reportant à ce que nous savons de la place ordinaire de ces centres par rapport à l'origine des nerfs moteurs, nous devons les considérer légitimement comme des éléments centrifuges. L'examen critique le plus minutieux de nos préparations aussi bien que des conditions de l'expérience ne nous permet pas d'attribuer la dégénération des fibres trouvées altérées dans le bout ganglionnaire à

aucune complication survenue en dehors de la section elle-même. Il y a du reste accord entre les preuves tirées de la physiologie et les preuves tirées de la méthode dégénérative. L'expérimentation physiologique désigne d'ores et déjà les éléments centrifuges des racines postérieures comme des nerfs moteurs ganglionnaires et, à la place où nous les examinons (dans les racines médullaires), ils représentent non des nerfs agissant directement sur les tissus, mais des fibres de projection étendues de la moelle épinière aux noyaux moteurs ganglionnaires du système grand sympathique. A ce titre ils peuvent émaner de la moelle, soit par les racines postérieures, soit par les racines antérieures, comme le montre l'expérimentation physiologique, au moins en ce qui concerne les vaso-moteurs.

Analyse optique des urines.

M. F. Landolph. — Le sucre diabétique est thermo-optique positif comme le sucre commercial, c'est-à-dire que, lorsque l'urine qui le contient est examinée au polaristabromètre à la température ordinaire et réexaminée une autre fois après avoir subi l'ébullition, le pouvoir optique a augmenté un peu et souvent même de plusieurs degrés. La quantité de sucre des urines réellement diabétiques correspondant à la fermentation est généralement d'accord avec la quantité indiquée par le polaristrabomètre. En dosant, dès lors, le sucre dans les urines d'après le procédé de Fehling seulement, la quantité obtenue en est de beaucoup trop élevée, et d'autant plus élevée que le sucre diabétique est plus prédominant sur le sucre thermo-optique négatif qui l'accompagne toujours et dont le pouvoir réducteur seul se rapproche de celui du sucre de raisin.

Je propose donc d'abandonner le dosage du sucre dans les urines par la solution de Fehling.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 25 Mai 1897.

Traitement de la tuberculose laryngée.

M. Pechère. — Dans sa communication d'il y a deux mois, M. Goris nous proposait l'intervention radicale immédiate, estimant inutile de tenter les autres modes de traitement employés jusqu'ici et qui, selon lui, n'ont jamais amené de guérison. Or, d'après le Dr Derscheid, assistant de Lucius Spengler à Davos, la cure d'air en Engadine serait efficace pour les tuberculeux laryngés. N'y a-t-il pas lieu dans certains cas de compter sur les bienfaits de cette cure, avant de recourir à l'intervention sanglante proposée?

M. Goris. — Je ne veux pas qu'on se méprenne sur la portée de ma communication. Voici ce que j'ai dit : à quelque traitement que j'aie eu recours (cautérisation, curetage, cure d'air, etc.), je n'ai jamais vu une tuberculose du larynx guérir. Or, quand on se trouve en présence de cette affection chez un malade qui n'a pas d'altérations pulmonaires, faut-il persister dans cette voie d'insuccès ou bien tenter une cure radicale, par l'extirpation, à ciel ouvert, des tissus atteints. Je me borne actuellement encore à essayer la méthode. Le premier de mes opérés, un menuisier, a gagné 4 kilogrammes en 3 mois, tout en continuant son travail. J'ajouterai que je ne pratique provisoirement l'opération que dans le cas où la lésion est bien localisée et à son début. Je ne crois pas, comme M. Pechère, au bénéfice des cures de Davos chez les malades : l'air y est trop sec pour les affections des voies respiratoires supérieures.

M. Pechère. — L'intervention permet-elle de conserver l'intégrité de la voix?

M. Goris. — Absolument, à moins nécessairement qu'on ne doive entamer profondément la corde vocale elle-même, cas dans lesquels l'aphonie existe antérieurement déjà.

M. Dubois-Havenith. — Si j'en juge par analogie, je trouve l'opinion de M. Goris tout à fait rationnelle. En effet, je suppose un foyer tuberculeux à la peau et bien localisé. Il faut l'extirper complètement et le plus tôt possible. Aucun lupus ne guérit par un traitement hygiénique ou climatérique. S'il survient une amélioration dans certains cas, c'est par modifications des associations microbiennes qui compliquaient l'affection. Je crois cependant qu'après l'opération M. Goris ferait sagement d'envoyer le malade loin de tout foyer d'infection nouvelle.

M. Goris. — Les tuberculoses absolument localisées au larynx sont très rares. Mais je crois que dans certains cas où le poumon n'est que légèrement pris, il y a lieu de tenter la même intervention, sans quoi, l'évolution de la tuberculose du larynx étant fatale, il arrivera un moment où la dysphagie qui l'accompagne empêchera l'alimentation du malade, alors que sa tuberculose pulmonaire lui aurait encore permis de longues années d'existence.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 28 Mai 1897.

Hydronéphrose double par rétention.

M. Vervaeck. — J'ai eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un enfant de 3 ans qui a succombé à la diphthérie.

En dehors des lésions d'endocardite, de broncho-pneumonie à droite, et à la base gauche de nombreuses granulations tuberculeuses miliaires, on trouva les altérations suivantes du côté de l'appareil urinaire :

Le rein droit est très petit; le parenchyme se trouve réduit à un lobule de la dimension d'une noisette; le bassinet est représenté par un kyste à contenu urineux. L'uretère est très mince, mais parfaitement perméable. L'artère rénale présente un calibre fortement réduit.

Le rein gauche est très volumineux et pèse 140 grammes; son artère nourricière est très large. L'uretère est dilaté. Le bassinet est fortement ectasié et le kyste qu'il constitue donne autant de prolongements sacciformes qu'il existe de pyramides.

La substance corticale est sensiblement augmentée de volume.

Je pense que le rein droit est atteint d'agénésie congénitale; le rein gauche, atteint d'hypertrophie compensatrice, a ultérieurement subi l'hydronéphrose pour une cause qui a échappé à l'examen *post mortem*.

M. Gratia. — Nous avons bien affaire dans l'espèce à l'hydronéphrose double par rétention. La dilatation des bassinets est assez marquée, et, dans le rein gauche, le sommet des pyramides a disparu par suite de l'évasement des calices. Comme les uretères sont perméables, l'obstacle causal doit se trouver en aval, c'est-à-dire dans la vessie ou le canal de l'uretère.

La double hydronéphrose est déjà ancienne; elle a abouti du côté droit à l'atrophie rénale. Du côté gauche, la dilatation du bassinet est accompagnée d'une hypertrophie vicariante de la substance corticale.

L'obstacle causal ne siège pas dans la vessie; celle-ci a fait effort, et sa paroi s'est épaissie. Mais au niveau du *veru montanum* existe une petite saillie qui, obstruant l'orifice vésical du canal de l'urèthre, est sans doute la cause de la rétention urinaire.

Reste à expliquer la diminution de volume de l'uretère du côté droit. Je pense que nous avons affaire à un processus de sclérose consécutif à une dilatation ancienne, et en rapport aussi avec l'atrophie du rein correspondant.

Cette hydronéphrose par rétention se trouve fréquemment en médecine vétérinaire; on rencontre chez le veau des tumeurs de l'espèce atteignant des dimensions considérables. Cet accident n'empêche pas l'animal de se développer et d'engraisser.

M. Vandervelde. — L'ancienneté des lésions rénales est encore mise en relief par l'état du cœur. Celui-ci présente les caractères habituels du cœur au cours des affections chroniques des reins; c'est un véritable *cœur rénal;* la paroi du ventricule gauche est fortement épaissie, tandis que les colonnes charnues ne sont pas du tout augmentées de volume. En même temps, le myocarde est plus dur qu'à l'état normal; le péricarde et l'endocarde sont blanchâtres, opacifiés.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE. — Formes de l'hystérie infantile (p. 769).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Cas de double rein flottant et de néphropexie lombaire bilatérale. Guérison (p. 774).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins. — Cancer utérin et grossesse. — Traitement des annexites (p. 776). — Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales. — Kyste du ligament large. — Troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. — Torsion des fibromes utérins. — Utérus après l'ablation des annexes. — Môle hydatiforme et déciduome malin. — Décubitus acutus (p. 777). — Anesthésie par l'éther. — Accidents observés pendant et après l'éthérisation (p. 778).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Paralysie diphthérique. — Psychologie du criminel. — Sensibilité générale des criminels. — Peste expérimentale. — Réflexes préputiaux. — Paralysie infantile (p. 778). — *Chirurgie :* Occlusion d'une perforation de l'estomac avec de l'épiploon. — Opérations sur les organes creux de l'abdomen. — Saprophytes dans les sécrétions vaginales. — Cancer de l'utérus. — *Médecine :* Tétanie stomacale et auto-intoxication. — Infection générale à gonocoques. — Hématoporphyrinurie. — Le pharynx et les amygdales comme porte d'entrée des infections. — Élimination des hydrocarbures (p. 779).
MÉDECINE PRATIQUE. — Emploi de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup. — Méthylal (p. 780.

NEUROPATHOLOGIE

Formes de l'hystérie infantile,

Par le Dr Paul Bézy,

Chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Toulouse (1).

Les premiers auteurs qui ont parlé d'hystérie infantile ont été frappés par ce fait : les crises convulsives et autres phénomènes hystériques que l'on rencontre chez la femme adulte existent aussi bien avant l'âge de la puberté.

Une fois ce fait bien établi par l'observation, et la théorie génitale mise de côté, on a été tout naturellement amené à reconnaître et à accepter l'hystérie chez l'homme et plus tard chez l'enfant, non seulement quand elle se manifestait bruyamment, mais quand elle se cachait sous des formes incomplètes.

L'hystérie se manifeste en effet chez l'enfant soit par des crises convulsives plus ou moins complètes qui ne laissent aucun doute, soit sous des formes trompeuses simulant des maladies plus ou moins spéciales à l'enfance sur lesquelles nous insisterons spécialement, soit sous des formes frustes.

Faits d'hystérie infantile convulsive. — L'existence de l'hystérie convulsive chez les enfants, filles ou garçons, est démontrée aujourd'hui. Elle se présente avec les mêmes caractères que chez l'adulte.

« Mais chez l'enfant, dit Gilles de la Tourette, le paroxysme convulsif revêt rarement d'emblée le type complet de la grande attaque; celle-ci va se complétant avec l'âge. Certaines des périodes qui la constituent existent seules ou prédominent à l'encontre des autres. »

Attaque convulsive — L'attaque convulsive peut survenir chez l'enfant déjà soupçonné ou reconnu atteint d'hystérie, ou être la première manifestation de la névrose. Dans ce dernier cas, la cause sera ordinairement une violente émotion morale ou un rêve terrifiant, l'enfant n'en eût-il pas conservé le souvenir, ou encore la pratique intempestive de l'hypnotisation.

1. Extrait du rapport présenté au *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes* tenu à Toulouse (août 1897).

C'est à Bourneville surtout que nous devons l'étude la plus complète et la plus importante sur la question. De ses travaux, de ceux de Rosenstein, P. Richer, Clopatt, on doit conclure que l'hystérie convulsive peut se rencontrer chez l'enfant avec son type le plus pur et le plus complet.

Mais pour que l'hystérie infantile mérite l'épithète de convulsive, il n'est pas nécessaire qu'elle revête la forme complète que nous venons de signaler et qu'il y ait perte de connaissance; il suffit que le phénomène convulsif existe, quoique limité.

Nous placerons dans cette catégorie les chorées, la toux spasmodique hystérique, la chorée électrique, le hoquet, le reniflement, le renaclement, le bégaiement, la pseudo-épilepsie partielle.

Chorées. — La chorée de Sydenham, si fréquente chez l'enfant, est-elle une proche parente de l'hystérie ?

Déjerine se demande si la chorée de Sydenham et l'hystérie ne sont pas « les deux rameaux d'une seule et même branche morbide ». Marie incline dans le même sens. C'est aussi l'avis de Lannois, de Comby, de Perret et Devic. Auché rapporte aussi des cas de chorée hystérique arhythmique. Nous ne pouvons que citer les observations analogues de Merklen et Chantemesse, Joffroy et Séglas, Laveran, Toché, Roque, Pierret, etc.

Il n'est pas possible d'établir une pathogénie unique pour la chorée de Sydenham, puisque sa nature infectieuse est défendue actuellement; mais il est permis de conclure, par l'examen des faits, que cette affection est, dans beaucoup de cas, une manifestation de l'hystérie infantile.

La question est plus simple lorsqu'il s'agit d'établir le trait d'union entre l'hystérie et la chorée rhythmée. Ce fait est aujourd'hui démontré.

« Nombreuses, dit Gilles de la Tourette, sont encore les épidémies modernes de chorée rhythmée, et si presque toutes sévissent sur des enfants ou des adolescents, dans des pensionnats ou des ateliers, c'est qu'avec les progrès de la pensée humaine, le temps n'est plus favorable aux démonopathies des adultes. »

Le même auteur ajoute plus loin : «... Elle semble plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, ou mieux chez les fillettes que les garçons, car les adolescents y sont singulièrement plus sujets que les adultes. »

Mais ce n'est pas seulement à l'état épidémique que les spasmes rhythmés existent chez l'enfant. Hadden en a rapporté deux cas très nets chez deux fillettes, une âgée de neuf ans et trois mois, l'autre de un an et neuf mois. Toutes deux étaient intelligentes et présentaient des spasmes rhythmés du tronc et des membres.

Toux spasmodique hystérique. — La toux spasmodique est très fréquemment une manifestation de l'hystérie chez les adolescents des deux sexes, mais en particulier chez les fillettes.

Il importe de la bien connaître, car elle prête souvent à des erreurs de diagnostic. Si cette manifestation est aujourd'hui bien connue, nous le devons surtout à Lasègue, et plus tard à Charcot.

M. Pitres lui donne les caractères suivants : elle est constituée par la répétition monotone d'efforts expiratoires plus au moins bruyants, à timbre rauque ou éclatant. Dans quelques cas, elle se produit à toutes les expirations; dans d'autres, elle n'a lieu que toutes les trois ou quatre expirations. Elle est permanente ou sur-

vient par accès de plusieurs heures de durée. Elle ne s'accompagne pas d'expectoration et ne coïncide avec aucune altération appréciable du parenchyme pulmonaire. Elle n'est pas quinteuse et ne détermine pas l'angoisse respiratoire, la suffocation, les menaces d'asphyxie qui s'observent si fréquemment dans la coqueluche. Elle est très tenace, cesse pendant la nuit, ou quand le malade lit, ou se distrait, ou s'étend. Elle peut guérir tout à coup et récidive facilement. Elle est surtout fréquente chez les adolescents, surtout chez les filles. Elle existe souvent sans attaque, elle peut même disparaître brusquement au moment de l'apparition d'une attaque.

Hoquet, renaclement, reniflement. — Le hoquet, le renaclement, le reniflement sont, dit Pitres, des syndromes convulsifs rhythmiques appartenant surtout à l'hystérie infantile.

Ces manifestations sont moins fréquentes et moins propres à induire en erreur que la toux.

Bégaiement. — Le bégaiement peut être une manifestation hystérique. Il survient le plus souvent de bonne heure. Il peut exister sans autre manifestation hystérique; mais son apparition à la suite d'une émotion ou d'un traumatisme, sa disparition, souvent brusque et inattendue, suffisent à expliquer sa nature. L'âge auquel le symptôme apparaît, varie de cinq à neuf ans chez les malades observés par Pitres.

Chorée électrique. — Laissant de côté l'affection décrite sous ce nom, en Italie, par Dubini, nous avons coutume d'appeler, en France, chorée électrique, une affection caractérisée par des secousses qui, au lieu d'avoir la mollesse et l'arhythmie de la chorée de Sydenham, sont rythmiques et brusques. Elles ont pour siège presque exclusif la tête et les membres supérieurs.

Les premières observations publiées en France sont dues à Bergeron, qui les fit décrire par un de ses élèves, M. Berlan, en 1880. L'année suivante. Cadet de Gassicourt vit un cas analogue qu'il fit décrire par son élève, M. Guertin.

Si nous rapportons ici cette affection, c'est d'abord parce qu'elle est fréquente chez l'adolescent, et en second lieu parce que, pour certains auteurs, elle n'est qu'une manifestation de l'hystérie. Cette opinion a été surtout défendue par Janowicz cité par Gilles de la Tourette et par Pitres qui, après avoir examiné les observations publiées, reste convaincu que « la plupart des cas rapportés sont des exemples de spasmes rhythmiques dépendant de l'hystérie infantile. »

Pseudo-épilepsie partielle. — G. Ballet et Crespin ont démontré que l'hystérie pouvait simuler l'épilepsie jacksonienne. E. Nogués a rapporté un cas très intéressant de ce genre dont voici le résumé : X..., garçon, treize ans. Père impressionnable, mère nerveuse. Douleur au niveau des vertèbres dorsales, diagnostiquée mal de Pott. Peu après, crises convulsives ayant tous les caractères de l'épilepsie partielle, limitée aux membres du côté gauche. Simulation des crises par le malade pour éviter d'aller au collège et se faire plaindre... grande amélioration par l'hydrothérapie et l'isolement... plus tard, troubles psychiques (colères violentes), guérison.

Bardol en cite plusieurs cas dans sa thèse.

Bien que les faits de ce genre ne soient pas très fréquents, il faut en tenir grand compte pour éviter des erreurs.

Faits d'hystérie non convulsive. — Nous allons étudier, dans cette catégorie, les petits malades présentant des manifestations hystériques autres que les attaques complètes ou les phénomènes convulsifs; ces malades peuvent très bien, à un moment donné, présenter de la grande hystérie, comme ceux que nous venons d'étudier.

Paralysie. — La paralysie hystérique chez l'enfant n'est pas une rareté; ces paralysies peuvent s'accompagner d'atrophies musculaires, fait capital dans l'histoire du diagnostic avec la paralysie spinale infantile.

Nous n'insisterons pas sur la paralysie faciale hystérique qui existe, mais qui n'est pas très fréquente chez l'enfant, sur la variabilité de sa forme et de ses localisations (P. Richer), non plus que sur son diagnostic avec le spasme glosso-labié, ces faits n'ayant rien de particulier à l'enfant.

Autrement fréquents et importants sont d'autres phénomènes paralytiques que l'hystérie peut produire chez l'enfant.

Ces paralysies fréquentes et débutant vers l'âge de neuf à dix ans, peuvent atteindre les diverses parties du corps soit régulièrement (hémiplégie, paraplégie), soit irrégulièrement. Elles marchent fréquemment de pair avec les contractures et peuvent être comme ces dernières, d'après Richer, la première manifestation de la névrose chez l'enfant; elles constituent même une des formes fréquentes de l'hystérie infantile monosymptomatique.

Elles s'accompagnent souvent de zones anesthésiques. Elles peuvent débuter d'emblée ou être précédées de simples phénomènes parétiques.

Contractures et spasmes. — Comme les paralysies, auxquelles elles sont souvent associées, les contractures constituent une forme précoce et fréquente de l'hystérie infantile. Elles sont une des manifestations fréquentes de l'hystérie monosymptomatique à cet âge.

La contracture, comme la paralysie, peut être plus ou moins étendue. Son diagnostic peut être souvent très difficile, car elle simule certaines affections, telles que l'hémiplégie spasmodique infantile, le torticolis, etc., et se présente chez des enfants n'ayant aucun stigmate hystérique. Elle est souvent précédée de parésie.

Lorsque la contracture est consécutive à un choc, il y a, d'après Richer, un rapport constant entre le point qui a reçu le choc et le siège de la contracture. Il n'y a, du reste, pas de rapport entre le moment du traumatisme et celui de la contracture.

Comme traumatisme pouvant aboutir à la contracture hystérique chez l'enfant, il faut noter la contention par les appareils de fracture. Charcot a cité un cas de ce genre chez l'adulte. Nous en avons vu et relaté ailleurs chez un garçon de douze ans qui se serait fracturé l'avant-bras dans une chute. Il fut placé dans un appareil par un rebouteur. Quand l'appareil fut retiré, nous constatâmes une hyperesthésie et une contracture de l'avant-bras, qui a presque disparu aujourd'hui, après deux ans de traitement.

Le traumatisme n'est pas la seule cause de la contracture; toute autre cause peut la produire, souvent même la cause est difficile à établir, on peut être porté à songer d'abord à une lésion organique du cerveau, surtout dans les cas d'hystérie monosymptomatique.

A côté des contractures plus ou moins généralisées ou permanentes, il faut signaler les spasmes, souvent plus localisés et moins apparents à cause de leur situation anatomique. C'est ainsi que la boule hystérique peut exister chez l'enfant. Nous en avons relaté une chez un garçon de sept ans.

Comme spasmes chez les enfants, la tétanie mérite une mention spéciale. Après avoir passé en revue les faits de ce genre, notamment l'épidémie de Gentilly, Gilles de la Tourette conclut : « L'hystérie revendique une

grande partie des contractures dites essentielles des extrémités ou tétanie dans leurs formes les plus bénignes et les plus graves; la tétanie hystérique peut sévir de façon épidémique chez les enfants en particulier... Le plus souvent, dans ce cas, l'hystérie est monosymptomatique... »

L'épidémie de Gentilly, qui eut lieu en 1876, a eu récemment son pendant dans une école d'un petit village d'Allemagne, avec cette différence qu'il s'agit non seulement de tétanie, mais de contractures plus ou moins intenses. Hirt, de Berlin, qui relate cette épidémie, dit que la première enfant atteinte fut une fillette de dix ans. Peu à peu, trente-huit fillettes, toutes paysannes robustes et bien portantes, fréquentant la même école, furent atteintes. Aucun des garçons qui fréquentaient cette école mixte ne présenta de symptômes analogues.

Certaines localisations de la contracture peuvent faire commettre des erreurs de diagnostic. Moizard a vu une fille de onze ans ayant une contracture partielle des muscles droits de l'abdomen qui donnait lieu à une saillie de l'estomac et du colon transverse, simulant une tumeur abdominale, cette tumeur persistant depuis quatre mois à l'épigastre, volumineuse, résistante, non fluctuante, sonore. Les phénomènes disparaissaient sous le chloroforme. La contracture et le hoquet, malgré l'absence de stigmates, indiquaient suffisamment la nature hystérique de l'affection.

Astasie-abasie. — Cette forme de paralysie hystérique est caractérisée par la possibilité, pour le malade, de remuer les jambes quand il est couché ou assis, mais dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher. Elle est surtout fréquente dans l'enfance.

Troubles digestifs. — Les manifestations de l'hystérie sur l'appareil digestif, si tenaces et quelquefois si graves chez l'adulte, ne sont pas fréquentes chez l'enfant.

« L'anorexie vraie, dit Gilles de la Tourette, est l'apanage des jeunes filles de douze à vingt ans. La gastralgie avec vomissement, le spasme de l'œsophage, se voient ou au moins continuent à se montrer plus tardivement. »

Elles existent pourtant, tel le cas de Rosenstein où un enfant de neuf ans avait des vomissements fécaloïdes qui faisaient croire à un iléus. Des cas ont été récemment rapportés à la Société médicale des hôpitaux (séances des 19-26 mars 1897), dans lesquels l'hystérie a simulé l'appendicite.

Troubles trophiques, atrophies musculaires. — Bien que les atrophies musculaires fassent partie des troubles trophiques, nous les soulignons spécialement parce qu'elles jouent un rôle capital dans le diagnostic de certaines affections, par exemple dans la pseudo-coxalgie. Si l'atrophie musculaire hystérique n'existait pas, sa présence serait un signe pathognomonique de la coxalgie vraie: malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les travaux qui démontrent l'existence de l'atrophie musculaire hystérique, tel le cas rapporté par Chauffard à la Société médicale des hôpitaux (14 mai 1886) et qui a trait à un malade de treize ans atteint de monoplégie brachiale avec atrophie musculaire, qui dura trois ans et se termina par la guérison, L'observation 15 de la monographie de Clopatt parle d'une fille de onze ans ayant de l'hémiparésie droite avec atrophie musculaire.

L'atrophie peut accompagner la contracture, ce qui est important dans le diagnostic de certaines maladies infantiles s'accompagnant de contractures.

Les lésions trophiques de la peau n'ont rien de spécial à l'enfant et ces troubles ne sont pas fréquents à cet âge; ils sont constitués par l'urticaire, l'œdème, les gangrènes.

« L'urticaire nerveuse des enfants, dit Ollivier, a la même forme que celle des adultes; elle est parfois plus rebelle lorsqu'elle est chronique, voilà tout. Pour la traiter, rappelez-vous d'où elle vient : rappelez-vous que l'hystérie en constitue le substratum et agissez en conséquence. »

Le Dr Gevaert (de Bruxelles) rapporte le cas d'une fille de trois ans, nerveuse, issue de parents nerveux. chez laquelle survient tous les jours, dans la région du cou, une tumeur indolente, mate, qui disparaît après deux ou trois heures. Cette tumeur, de nature angionévrotique, constitue une manifestation assez rare de l'hystérie infantile. Un cas analogue a été cité par Henoch : il s'agit d'une fille de quatre ans qui, dans l'espace de trois mois, présenta trois ou quatre fois du gonflement œdémateux du dos et des pieds, et même des narines et du visage.

La gangrène peut elle-même se produire chez l'enfant, puisque Sangster a relaté au Congrès de Londres, en 1881, le cas d'une jeune fille de treize ans qui présentait une série de plaques gangréneuses sur divers points du membre supérieur.

Hémorrhagies. — Les hémorrhagies ne sont qu'une manifestation rare de l'hystérie infantile. Gilles de la Tourette n'en rapporte que deux cas : un d'hémoptysie, chez une fille de quatorze ans, d'après Huchard, et un d'hématurie, chez une fille de onze ans, d'après Pinel. — Ollivier a cité des cas d'hémoptysie, en insistant sur les difficultés qui peuvent se présenter lorsque la consistance de la toux spasmodique peut faire penser à la tuberculose pulmonaire.

Pseudo-angine de poitrine. — La pseudo-angine de poitrine est une manifestation surtout de l'hystérie adulte; cependant on en signale quelques cas chez l'enfant de six ans.

Mutisme. — Le mutisme n'est pas, non plus, une des formes fréquentes de l'hystérie infantile. Comme l'adulte, l'enfant atteint de mutisme hystérique est surtout aphone, et son intelligence est entièrement nette. Ce double caractère était très net chez une fillette de dix à onze ans qui séjourna quelque temps, il y a plusieurs années, dans notre service de clinique infantile.

Le mutisme peut s'accompagner d'autres troubles de la parole, tel un cas signalé par Ringier chez une fille de douze ans qui eut, en même temps, de la paraphasie, de l'agraphie et de l'alexie.

Troubles circulatoires. — Nous n'insisterons pas sur les palpitations, les alternatives de rougeur et de pâleur, les formes syncopales de l'attaque : n'y aurait-il pas lieu de faire rentrer dans le domaine de l'hystérie certains cas d'intermittences cardiaques, que ces intermittences affectent la forme franchement asystolique de faux pas très rapprochés, ou de séries de pulsations rapides suivies de séries de pulsations lentes ?

Tremblements. — Le tremblement hystérique existe, quoique rare, chez l'enfant. Ce tremblement siège aux membres supérieurs et un peu aux membres inférieurs, est exagéré par les mouvements intentionnels. Il cède à deux mois de traitement (Pierret, Baumel).

Pseudo-arthrites. — Le Marinel a publié trois cas de pseudo-arthrites rhumatismales, survenues dans une pension de jeunes filles, et qu'il attribue à l'hystérie. La première malade, hystérique, fut prise sous l'influence d'une impression morale; les deux autres parurent prises par contagion. L'épidémie s'arrêta par la menace de renvoyer toutes les élèves qui deviendraient malades.

Athétose. — Iasenski (de Varsovie) a rapporté le cas d'un garçon de treize ans qui, effrayé par un rêve, présenta de l'athétose et de la paralysie glosso-labiée d'origine hystérique.

Anesthésies, hyperesthésies. — Elles n'ont rien de spécial chez l'enfant (hyperesthésies du cuir chevelu dans la pseudo-méningite, de la hanche dans la pseudo-coxalgie, du clou hystérique, etc.)

Troubles psychiques. — Les petits hystériques sont précoces; ils apprennent vite, surtout les arts d'agrément, et ne retiennent pas; ils sont contents d'être admirés, ne peuvent soutenir leur attention, ont des crises de tristesse d'autant plus longues qu'on veut plus les calmer. Ils ont, pour leurs parents ou pour des étrangers, des affections aussi vives que changeantes. Ils sont très impressionnables, jaloux; un rêve suffit pour provoquer des explosions violentes. Ils passent vite, et presque sans motif, de la joie à la colère. Ils sont remuants et en même temps indécis et bizarres. Ils ont l'air vif et intelligent. Les petits garçons ont souvent du goût pour les jeux de poupée et autres amusements des fillettes.

Exceptionnellement, on peut rencontrer des petits hystériques apathiques (Clopatt). Il est bien entendu que beaucoup d'enfants peuvent présenter, plus ou moins, ces petits défauts de caractère; mais l'œil exercé du médecin ne se laissera que difficilement tromper, surtout si l'enfant présente d'autres signes et si son hérédité est chargée.

Le mensonge chez l'enfant hystérique est un fait admis; il ne faut pas croire que tout hystérique soit un menteur et un simulateur, mais il existe un type bien net d'enfant menteur hystérique. Le mensonge peut être commis par l'enfant sous diverses influences, mais le petit hystérique est facilement simulateur et menteur. Nous en avons rapporté un cas très net chez une fille de dix ans atteinte en même temps de pseudo-coxalgie.

En dehors de la tendance au mensonge et à la simulation, le petit hystérique peut être amené à mentir par auto-suggestion, par suggestion provoquée à l'état de veille ou pendant l'hypnose. On comprend de quelle importance est la connaissance de ces faits au sujet de la valeur du témoignage de l'enfant en justice, témoignage qui ne devra jamais être accepté par le magistrat qu'avec une grande réserve, surtout si le médecin a des raisons de soupçonner l'hystérie.

Les menteurs hystériques par suggestion provoquée peuvent être suggestionnés pendant l'hypnose provoquée et dans un but criminel. Ces faits, dit Gilles de la Tourette, sont rares, car ils tombent sous le coup de la loi. Mais il est un autre genre de suggestion provoquée à l'état de veille, facile à produire involontairement chez le petit hystérique; nous voulons parler de ces enfants énervés et effrayés par une série d'interrogatoires dirigés par des magistrats, qui finissent, sans le vouloir, par dicter eux-mêmes les réponses. Tel celui dont Motet relate l'histoire, qui, rudoyé par un magistrat, finit par dire que son père avait assassiné une jeune fille. Tel celui dont parle Lasègue qui, répondant oui à toutes les questions, dit qu'il a été victime d'un individu, dont l'alibi est facilement démontré. Ces faits s'expliquent bien par l'impressionnabilité et la suggestibilité qui constituent le fond du caractère de l'enfant hystérique.

Les formes délirantes ont aussi une grande importance à cause de leur fréquence et de leur prééminence sur d'autres symptômes dans beaucoup de cas.

Elles peuvent être plus ou moins intenses et se présenter soit avant l'attaque dont elles constituent les signes précurseurs, soit pendant l'attaque dont elles peuvent remplacer ou prolonger une des phases.

Les troubles psychiques précurseurs de l'attaque ont, pour Gilles de la Tourette, une importance capitale en hystérie infantile, Chez l'enfant, en effet, l'attaque avorte souvent, et alors les troubles psychiques, avant et après l'attaque, constituent un état spécial sur lequel Charcot et son école ont longuement insisté.

Il faut donc admettre qu'il existe chez le jeune hystérique une forme délirante pure, qui n'est spéciale qu'au point de vue de l'évolution clinique, mais qui a sa place très nettement marquée dans l'histoire de la névrose.

Cette forme peut consister en une irritabilité ou un abattement prononcés dans l'exagération de tel ou tel trouble psychique habituel, ou enfin dans des faits beaucoup plus graves qui constituent ce qu'on peut appeler la folie hystérique; cette forme délirante peut être la seule manifestation, au moins bien apparente, de l'hystérie infantile. Les convulsions, plus ou moins larvées, prendront une importance capitale, par exemple lorsqu'il s'agira d'établir la responsabilité d'un enfant ayant commis un acte délictueux. Grancher insiste sur ce fait que chez certains petits hystériques avec impulsion, les facultés affectives sont surtout atteintes, tandis que l'intelligence reste saine dans l'intervalle des crises, ce qui fait que ces enfants doivent être considérés comme responsables des actes de violence qu'ils commettent, surtout contre leurs parents, en dehors des attaques. On comprend combien il est important, dans ces cas, de savoir si l'enfant n'était pas, au moment où il a commis l'acte répréhensible, en période d'attaque.

Nous devons signaler aussi des cas mixtes dans lesquels les enfants hystériques commettent des faits non délictueux, mais incohérents.

Lorsque les troubles psychiques se manifestent seuls, le diagnostic peut être excessivement difficile. Souvent ces troubles marchent de pair avec d'autres phénomènes hystériques, qui éclaircissent le diagnostic pour un médecin habitué, mais qui peuvent aussi, si on n'y prend garde, continuer à augmenter l'erreur.

Donc l'enfant hystérique a un caractère spécial. Les divers troubles psychiques qu'il présente peuvent se manifester sous la forme délirante. Cette forme délirante est une des plus fréquentes chez l'enfant. Par conséquent, chaque fois que le médecin constatera du délire plus ou moins aigu chez l'enfant, en dehors des causes normales et habituelles, les maladies infectieuses, par exemple, il devra penser à l'hystérie.

Hypnotisme, Somnambulisme, Attaques de sommeil. — L'attaque de sommeil donnant lieu à la léthargie, à la mort apparente, est rare chez l'enfant, et constitue une forme grave de l'hystérie. Mais à côté de l'attaque de sommeil il faut placer les faits de somnambulisme, très fréquents chez l'enfant.

Grâce aux travaux de Gilles de la Tourette et Pitres, on peut résumer les faits connus dans les formules suivantes : l'hypnose provoquée est de même nature que l'hypnose spontanée. L'attaque de sommeil n'est qu'un équivalent clinique de l'attaque d'hystérie. L'hystérique peut, au lieu d'une crise convulsive classique, avoir une crise de sommeil. Cette crise de sommeil peut affecter la forme de noctambulisme, de vigilambulisme, d'automatisme ambulatoire. On peut produire artificiellement ces divers états chez les hystériques. Ces formules générales s'appliquent aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte, et nous nous bornerons à signaler ce qui est particulier aux enfants.

Et le somnambulisme, que nous appelons aujour-

d'hui noctambulisme, est très fréquent dans l'enfance. La forme la plus fréquente chez l'enfant est le somnambulisme naturel.

Est-il donc bien nécessaire de séparer le somnambulisme naturel du somnambulisme hystérique?

Le somnambule enfant, en effet, ayant du somnambulisme naturel et ne présentant aucun phénomène hystérique, n'en est pas moins un hystérique, ou, si l'on veut, un hystérique larvé. En quoi donc diffère-t-il du somnambule hystérique franc? C'est que ce dernier présentera soit des stigmates hystériques, soit surtout un somnambulisme remplaçant la phase passionnelle de l'attaque et précédé, par conséquent, d'une phase convulsive plus ou moins accentuée. Donc le somnambulisme naturel chez l'enfant est un signe révélateur de l'hystérie, la névrose pouvant s'en tenir là ou évoluer plus tard. Le somnambulisme hystérique évolue sur le même terrain, mais la nature du terrain s'est manifestée par d'autres signes.

Le somnambulisme naturel se manifeste par des phénomènes connus et que nous rappelons en quelques mots : le sujet, après s'être couché et avoir dormi, se lève, se livre à des actes divers, revient au lit et n'a aucun souvenir, au réveil, de ce qu'il a fait; mais il se souvient, dans un autre accès, de ce qu'il a fait dans le premier. Souvent, l'enfant s'occupera de ses devoirs ou de ses leçons. P. Blocq cite l'histoire d'une jeune pensionnaire qui reproduisait, dans son noctambulisme, la scène de la confession, acte religieux auquel elle s'était livrée la veille et qui l'impressionnait vivement.

Le somnambulisme hystérique différera par ses manifestations extérieures du précédent, en ce sens qu'on trouvera des signes de l'hystérie qui seront presque toujours les phénomènes moteurs de l'attaque, dans laquelle le somnambulisme remplacera la phase des attitudes passionnelles.

Il est très important de noter que cette phase convulsive peut être très courte. Il est important aussi de savoir que l'accès de somnambulisme peut se prolonger plus ou moins longtemps et imprimer à la maladie un cachet tout à fait spécial.

Si en effet l'état de somnambulisme persiste plus longtemps que l'état normal, il y aura un de ces dédoublements de la personnalité qui fera que le sujet aura deux existences (Azam).

Pendant le somnambulisme, qu'il soit sous forme de noctambulisme ou de vigilambulisme, l'enfant peut présenter de l'automatisme ambulatoire hystérique, c'est-à-dire se livrer à une promenade ou un voyage plus ou moins long, sans en avoir conscience.

L'enfant peut-il, en état de somnambulisme hystérique, commettre un crime? Cela nous paraît difficile si nous nous en rapportons à l'étude faite par Gilles de la Tourette qui dit cependant que, dans cet état, le malade peut être suggestionné. Mais il serait possible de suggérer un faux témoignage en justice.

Faits d'hystérie simulant des affections plus ou moins spéciales à l'enfance. — Si nous faisons un article spécial de ces formes, ce n'est pas qu'elles diffèrent des précédentes par leur nature, mais c'est parce que leur groupement rendra leur étude plus facile au médecin d'enfants. Celui-ci ne doit pas ignorer, en effet, que certaines affections de l'enfance peuvent être simulées par l'hystérie.

Pseudo-coxalgie. — Les caractères généraux de cette affection sont les suivants : début portant d'emblée les symptômes à leur maximum; la cause peut être l'imitation, la suggestion (Charcot). Douleur superficielle très vive, occupant un espace limité losangique; simple pincement de la peau très douloureux (signe de Brodie). Boiterie apparaissant d'emblée. Coexistence fréquente de contractures sur d'autres groupes musculaires. L'examen de la région articulaire, sous le chloroforme, ne révèle ni empâtement, ni abcès. Guérison brusque, mais fréquence des récidives.

Dans les cas simples, le signe de Brodie, d'une part, l'examen de l'articulation, d'autre part, ne laissent aucun doute. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi.

Pseudo-mal de Pott. — Charcot a appelé depuis longtemps l'attention sur l'hystérie simulant le mal de Pott. Que l'on présente un enfant avec une zone d'hyperesthésie placée sur le trajet de la colonne vertébrale et une paralysie des membres inférieurs, la première idée qui se présentera au médecin sera certainement celle du mal de Pott. L'erreur a été souvent commise, car le pseudo-mal de Pott hystérique n'est pas une exception. Souques en rapporte plusieurs cas, un notamment, que l'on pouvait provoquer, chez une fillette de treize ans, en traumatisant la région pendant que la malade est plongée dans la période somnambulique. Audry en relate aussi un cas. Poncet (de Lyon) fut un des premiers à le signaler, et M. Pignet en a fait une longue étude.

Gendron et Brunet ont rapporté le cas d'une fille de neuf ans qui avait une rachialgie intense d'origine hystérique. Cette enfant était rachitique.

Voisin en rapporte un cas chez un garçon de onze ans.

Le rachitisme vient, en effet, compliquer quelquefois le diagnostic, car si le mal de Pott peut être simulé par l'hystérie, il peut l'être aussi par le rachitisme vertébral. D'où cette conclusion que l'hystérie peut simuler le rachitisme vertébral et le mal de Pott. C'est à Grancher que revient l'honneur d'avoir nettement établi l'existence de faits de ce genre. Le premier cas est relatif à un enfant de six à sept mois ayant une saillie de la colonne vertébrale à la région lombaire, et pour lequel le diagnostic porté fut celui de mal de Pott. Il succomba à une entérite au bout d'un mois, et à l'autopsie on ne trouva aucune lésion de la colonne vertébrale. Le second cas a trait à une fillette de six ans et demi, qui eut à trois ans et demi une saillie de la colonne vertébrale prise pour un mal de Pott. Mise dans une gouttière, elle présenta, trois mois après, non plus du mal de Pott, mais de la coxalgie, qui fut bientôt remplacée par un pied bot varus équin, dû à une contracture des muscles du mollet.

« Or, il est démontré, dit Grancher, que toutes ces déformations étaient le résultat de spasmes musculaires. Cette malade est un exemple aussi curieux par l'erreur qui a été commise à propos d'elle que par le fait de phénomènes hystériques ayant débuté à dix-huit mois. Elle présenta, en effet, plusieurs stigmates d'une hystérie certaine. »

Pseudo-méningite. — Combien de petits malades pour lesquels est porté le diagnostic de méningite à propos d'accidents nerveux! Ce serait un chapitre à étudier; mais, ne voulant pas sortir de notre cadre, nous nous bornerons à démontrer la vérité de cette assertion : l'hystérie infantile peut simuler la méningite.

Nous devons à Bardol une excellente thèse sur ce sujet. Ollivier en a communiqué une observation relative à une fille de six ans. C'est pour déterminer cet état que M. Dupré a récemment proposé le mot de méningisme.

Parmi les faits assez nombreux, nous nous contenterons de citer le suivant qui est typique; nous l'empruntons à la thèse de Bardol (p. 111) : « Marie D..., quatorze ans, réglée pour la première fois il y a huit jours.

Fatiguée depuis lors. Elle est très abattue, couchée en chien de fusil, fuit le jour; strabisme interne de l'œil droit; raie méningitique, raideur des membres inférieurs des deux côtés, céphalée diffuse, constipation, respiration irrégulière. Urines normales, pas de vomissement ni de fièvre. Anesthésie pharyngée, ovaralgie. L'enfant a eu autrefois des crises nerveuses. Cet état dure quatre jours et guérit brusquement. On constate, quelque temps après, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. »

Si nous ajoutons à ces données que les malades peuvent avoir en même temps de la fièvre hystérique, on comprendra combien l'erreur peut être facile.

Il est bon de savoir aussi que, dans ces cas, l'hystérie existe seule, et qu'il y a rarement, chez l'enfant, association avec une lésion organique (Bardol).

Autres affections cérébrales. — L'hystérie peut simuler d'autres affections cérébrales : convulsions, contractures et monoplégies d'origine corticale, aphasie, syndrome organique de Weber, amaurose, ptosis, méningite chronique (Bardol). Ce dernier auteur rapporte également deux cas de pseudo-hémiplégie spasmodique infantile dus à l'hystérie.

Pseudo-coliques abdominales. — Un fait de ce genre est rapporté par Raymond : « Un enfant de douze ans, très intelligent, se plaignait de douleurs abdominales survenant fréquemment, sans cause apparente et sans diarrhée. Au bout de deux mois, les accès de douleur s'accompagnèrent de crises nerveuses caractéristiques. La douleur débutait dans la région périombilicale, irradiait dans tout l'abdomen, était suivi de constriction de la gorge, de gêne de la respiration, de mouvements tétaniques du menton, puis de grands mouvements en arc de cercle, etc. L'hystérie n'était donc pas douteuse, mais pendant fort longtemps, les troubles nerveux ont été localisés à l'abdomen et ont pu être confondus avec de simples coliques. Nous avons rencontré plusieurs fois des faits de ce genre, et nous croyons devoir les signaler, car on comprend avec quelle facilité des erreurs peuvent être commises.

Scoliose. — L'adolescence et l'enfance sont sujettes à la scoliose, soit par suite de lésions osseuses ou musculaires, soit par suite de ces déformations scolaires qui ont été si bien étudiées et combattues dans ces dernières années. Là encore l'hystérie infantile peut faire commettre des erreurs.

La scoliose hystérique a été surtout différenciée par Grancher, Duret, Hallion, Vic et Mirallié.

Due à la contracture, elle succède le plus ordinairement à un traumatisme. Elle est surtout fréquente dans l'enfance. Il s'écoule ordinairement un certain temps entre le traumatisme et l'apparition des symptômes : il y a d'abord douleur au point contusionné, puis l'enfant s'incline pour se calmer; les muscles se contractent et la scoliose s'accentue alors que la douleur a disparu (Grancher). Elle peut se produire sans traumatisme et sans cause appréciable, telle l'observation de Mirallié. La guérison est fréquente et les récidives ne sont pas rares.

Il est à remarquer que les scolioses hystériques sont ordinairement adressées au chirurgien.

La guérison, dit Mirallié, est certaine, pourvu que le malade soit sûr qu'il doit guérir. Une fois cette certitude bien acquise, tous les moyens sont bons. Duret guérit sa malade en lui entourant les reins d'une ceinture de gros sous; Lannelongue, en lui ordonnant de se tenir droite.

Incontinence d'urine. — Un des éléments de diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie infantiles est l'absence ou la présence de l'émission d'urine pendant l'attaque.

Mais, en dehors de ce fait, il est important de se demander quel est le rôle de l'hystérie dans ce syndrome bien connu des médecins d'enfants : l'incontinence nocturne d'urine.

La pathogénie de cet accident est très variable, comme on peut s'en convaincre en lisant la leçon d'Ollivier. Son élève Brunet dit dans sa thèse : « Les terreurs nocturnes relèvent de l'hystérie...; il en est de même de l'incontinence nocturne d'urine; cela s'explique, puisque c'est un fait de même ordre, une hallucination; aussi cette énurésie est mentionnée aujourd'hui par tous les auteurs comme un des prodromes possibles de l'hystérie. »

Nous n'oserions pas affirmer que l'incontinence d'urine relève fréquemment de l'hystérie; et, d'après l'enquête à laquelle nous nous sommes livré soit dans les auteurs, soit dans nos souvenirs personnels, il nous semble que le trait d'union n'est pas très nettement établi, et que la fréquence de l'incontinence d'urine hystérique n'est pas démontrée. Les auteurs ne nous paraissent pas absolument d'accord lorsqu'ils établissent la pathogénie nerveuse de cette affection, en dehors, bien entendu, des causes organiques ou réflexes apparentes. Henoch dit que dans bien des cas, il faut admettre une « hyperesthésie du col et de toute la muqueuse vésicale ». Johan Steiner admet, au contraire, « une anesthésie des nerfs sensitifs de la vessie ». Comby, Baginski citent l'hystérie dans la pathogénie de l'incontinence d'urine; cependant à côté de bien d'autres causes. L. Guinon, qui a si bien approfondi la question, dit bien que l'incontinence nocturne relève, entre autres causes, de l'hystérie, mais il en fait surtout « un stigmate bénin de l'hérédité nerveuse psychique ».

En résumé, il nous semble que, sans vouloir admettre comme cause unique l'épilepsie larvée signalée par Trousseau, il ne faut pas faire à l'hystérie une trop large part. La pathogénie, probablement variable de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, nous paraît mériter de nouvelles études, particulièrement pour ce qui est des rapports avec l'hystérie et avec la dégénérescence.

Terreurs nocturnes. — Les terreurs nocturnes constituent une des manifestations de l'hystérie dans le jeune âge, mais elles peuvent tenir à d'autres causes. On les rencontre souvent dans les antécédents des hystériques adultes et comme première manifestation de la nature chez l'enfant. Braun affirme qu'elles sont dues à la neurasthésie et à l'anémie et refuse d'admettre qu'elles puissent être psychiques.

Pseudo-paralysie infantile. — A côté de la paralysie spinale infantile organique, il faudra compter avec la pseudo-paralysie hystérique. Souques en rapporte des exemples dans sa thèse. Il suffit, du reste, pour que l'erreur soit possible, qu'un enfant présente cette triade, facilement produite par l'hystérie : convulsions, paralysie, atrophie. Il ne semble pas cependant que ces faits soient très fréquents et très nets.

Pseudo-tabès spasmodique. — Le tabes spasmodique infantile peut être simulé par l'hystérie. C'est, dans les formes avec contracture que l'erreur pourra se produire.

C'est dans la thèse de Souques (p. 109) que nous trouvons un exemple typique. Il s'agit d'un garçon de treize ans ayant eu dans son enfance des crises rappelant le méningisme. Membres inférieurs contracturés en extension et en adduction forcée; abolition des mouvements volontaires, sauf aux orteils; exaltation des réflexes rotuliens; trépidation épileptoïde provoquée par la flexion dorsale du pied, arrêtée par la flexion plantaire. Rien aux viscères, intelligence nette. Guérison brusque et complète.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de Palerme. — M. Tansini.

Sur un cas de double rein flottant et de néphropexie lombaire bilatérale. Guérison,

par M. le Dr Jean Palleroni,

Aide-chirurgien.

L'observation suivante m'a paru rare et digne d'être publiée, d'abord à cause de la bilatéralité du rein flottant et en second lieu en raison d'une complication post-opératoire qui s'est produite les deux fois à la suite de la néphropexie et qui a été constituée par un vrai et caractéristique syndrome d'occlusion intestinale.

J. C., 37 ans, infirmière. Rien de particulier pour l'hérédité. Dans son enfance elle fut atteinte de la variole, et à 10 ans elle eut la rougeole. La menstruation qui commença à 12 ans se continua toujours irrégulière et peu abondante et elle est tout à fait cessée depuis trois ans. Elle eut à souffrir d'adénites suppurées au cou et aux régions inguino-crurales, et même une suppuration au pied gauche contraignit le chirurgien à en extraire des fragments d'os. Elle eut, il y a trois ans, une fièvre infectieuse, qui dura trois mois environ.

Il y a 3 ans, à la suite d'un effort musculaire qu'elle fit en transportant un malade, elle ressentit une très forte douleur déchirante aux lombes et principalement à gauche. Cette douleur persista fort longtemps, et dans la suite elle devint plus aiguë, surtout durant et après tout exercice fatigant; en même temps se produisait une élévation de température qui quelquefois atteignit 40° et même 41°, et qui était précédée de frissons et suivie d'efforts de vomissement.

Il y aura un an et demi, après un de ces efforts, elle éprouva une forte douleur aux lombes et sentit comme si on lui eût arraché quelque chose de la région lombaire; elle ne tarda pas à s'apercevoir, en se touchant dans la région correspondante de l'abdomen, de la présence d'un corps qui, dans les mouvements, se déplaçait dans tous les sens, et surtout de haut en bas. Dans la position droite, ce corps dépassait la région ombilicale et, à la pression, la malade ressentait une vive douleur. En même temps elle commença à souffrir de malaises nerveux qui intéressaient de préférence l'appareil digestif. A partir de ce jour, la malade commença à noter que, généralement à la suite de quelque fatigue physique, la température montait et les urines diminuaient et devenaient troubles.

Ces souffrances persistant, elle fut admise dans la clinique vers les premiers jours de mai 1896.

Voici ce que l'on nota :

Développement du squelette régulier, masses musculaires flasques, tissu adipeux peu abondant, muqueuses visibles pâles. On remarque des cicatrices au cou et aux régions inguino-crurales qui dénotent d'anciennes adénites suppurées et une cicatrice adhérente au bord externe du pied gauche.

Quand la malade est couchée sur le dos, à l'abdomen, en correspondance avec la région ombilicale, on sent, au palper seulement, une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de dindon, à surface lisse, d'une consistance dure, élastique, douée d'une notable propriété de déplacement, surtout de droite à gauche et de bas en haut; et dans ce dernier cas on peut facilement la refouler jusqu'à la région lombaire gauche. La tumeur est douloureuse à faire pleurer la malade et l'obliger souvent à subir des injections de morphine. Dans la région rénale gauche, on perçoit à la percussion une sonorité beaucoup plus étendue qu'à droite.

Les urines mesurent en moyenne 1 200 centimètres cubes en 24 heures; elles sont limpides, d'ordinaire acides, quelquefois alcalines, et l'examen chimique et microscopique les trouve normales.

Le professeur Tansini établit le diagnostic de rein gauche flottant, et, en présence des graves et persistants troubles généraux et principalement digestifs il conseille la fixation de l'organe.

Le 19 mai, après avoir couché la malade sur le côté droit et l'avoir chloroformisée, le chirurgien procède à la néphropexie lombaire gauche. Moyennant une incision légèrement oblique, qui de la onzième côte, à quatre doigts en dehors des apophyses épineuses des vertèbres, se dirige en bas et en avant presque jusqu'à la crête iliaque, il arrive sur la loge rénale contre laquelle un aide ramène et maintient fixe l'organe qui se montre recouvert d'une exubérante capsule graisseuse.

L'opérateur ouvre largement cette capsule, en détache de larges lambeaux et par le moyen de fils en soie il la maintient grande ouverte et étirée en dehors en mettant ainsi à découvert l'organe y contenu.

Après avoir ainsi mis à nu et tiré le rein de sa capsule adipeuse sur toute l'étendue de son bord convexe et une partie de ses deux faces, le professeur Tansini le perfore en plein parenchyme à un centimètre et demi de son bord convexe avec trois forts fils de soie, et les dispose à égale distance entre eux, en superposant le fil supérieur à la onzième côte, et les laisse temporairement sans les nouer.

Au milieu de l'espace circonscrit par ces fils, l'opérateur incise la capsule propre de Malpighi et dénude l'organe sur une largeur de cinq centimètres environ. Le léger écoulement de sang qui suit cette fine dissection est facilement arrêté par une courte compression.

Il passe ensuite les fils rénaux, à travers les bords de la capsule adipeuse, dans les muscles lombaires et les noue sur ces derniers; après quoi il attache la partie dénudée de l'organe à la paroi musculaire lombaire.

Enfin, pour fermer la large brèche, il la coud à l'aide d'une double couche de sutures musculaires et cutanées.

L'opération achevée, la malade est couchée sur le dos, en ayant soin que le bassin soit un peu relevé.

Dans les sept premiers jours elle fut apyrétique, et on observa le syndrome classique de l'occlusion intestinale : vomissements, obstruction complète de l'intestin tant pour les déjections alvines que pour les gaz, contractions très douloureuses des anses intestinales qui se dessinaient à travers la paroi de l'abdomen, météorisme.

Ce syndrome fut rebelle durant sept jours aux purgatifs et aux entéroclysmes à forte pression. Passé cette période, les phénomènes cessèrent et soudain la malade alla à la selle spontanément, et elle se rétablit rapidement.

Dix jours après l'opération, on enleva les points de suture et la plaie était réunie *per primam*.

Les urines seulement, dans les deux premiers jours, diminuèrent de quantité, jusqu'à arriver à 800 centimètres cubes elles apparurent légèrement teintées de sang et tout de suite après elles reprirent leur état normal.

La femme fut toujours apyrétique et un mois après l'opération elle sortit de la clinique parfaitement guérie et en bonne santé.

Retournée au lourd travail d'infirmière dans l'hôpital de Burgio (Sicile), notre patiente nota l'élimination de quelques fils de la suture à la cicatrice, et après quatre mois elle fut de nouveau prise des mêmes malaises qui l'avaient tourmentée quelque temps avant la première opération; vomissements, douleurs abdominales, météorisme et fièvres intercurrentes, précédés de frissons. Elle consulta plusieurs médecins qui, d'après ce qu'elle dit, furent d'avis que la chute du rein gauche déjà fixé s'était reproduite. Non convaincue de ces explications, la malade se représenta à la clinique et y fut de nouveau admise le 14 janvier dernier.

Le professeur Tansini l'observa et, après un examen diligent, il s'assura de l'immobilité absolue de l'organe déjà fixé à la paroi lombaire gauche. Ayant palpé l'abdomen il reconnut à droite une tumeur qui, tout en ayant les mêmes caractères que celle déjà observée l'année d'auparavant, se déplaçait pourtant plus en bas, presque jusqu'à la région iliaque, en offrant dans l'espace costo-iliaque les caractères manifestes du pelotement et se laissant refouler avec facilité jusque dans la région lombaire droite.

Aussi, vu la concomitance des mêmes symptômes objectifs et

subjectifs que la première fois établit-il le diagnostic de rein droit mobile et propose-t-il la fixation de cet organe.

Comme sur ce cas, grâce à la malignité de quelque collègue, le bruit avait couru que l'opération avait été inutile ou mal faite, si bien que le rein s'était de nouveau déplacé, le professeur Tansini fit constater l'état de la malade par les éminents professeurs Argenta et Giuffrè et par le docteur Maniscaleo, qui confirmèrent la complète fixité du rein gauche et la mobilité du rein droit.

La décision de fixer aussi cet autre rein fut agréée par la malade et, le 1er mars, après l'avoir chloroformisée, l'opérateur exécuta la néphropexie du rein droit avec le même procédé qu'il avait suivi 10 mois auparavant pour le rein gauche.

Quelques heures après, comme la première fois, apparaissent les nausées, les vomissements obstinés, les douleurs intestinales, la complète obstruction de l'intestin tant pour les déjections alvines que pour les gaz, les contractions intestinales visibles, phénomènes caractéristiques d'une vraie occlusion intestinale produite par quelque obstacle mécanique et qui durent, sans augmentation de température également, pendant sept jours. Après ce laps de temps la malade revient aux conditions normales, les vomissements et les douleurs cessent, et elle va spontanément à la selle.

Cette fois-ci les urines, durant la première période qui suivit l'opération, diminuèrent de quantité jusqu'à 600 centimètres cubes en 24 heures et pendant 2 jours elles furent sanguinolentes; puis elles redevinrent limpides et abondantes.

La plaie se réunit par première intention; 8 jours après les points de suture furent enlevés, et après 4 semaines de lit, la femme quitta la clinique complètement guérie et dans des conditions générales excellentes.

D'après des informations récentes il résulte que, bien que dans son retour à Burgio, la voiture ayant versé, la femme soit tombée sur le dos, elle se porte très bien et ne se ressent plus de ses anciennes souffrances.

Ainsi que je l'ai déjà dit en commençant, l'importance du cas présent, tient à la fois à la bilatéralité de la lésion et au brillant résultat de l'opération, malgré une occlusion intestinale sans obstacle ou fonctionnelle réflexe; cette occlusion observée les deux fois, ne fut probablement pas paralytique comme généralement cela s'observe, mais plutôt spastique.

Et, à vrai dire, la première fois le professeur Tansini fut fort préoccupé du syndrome, car on pouvait songer à la coudure d'une anse adhérente, déplacée par la réduction de l'organe dans la loge lombaire; dès lors, cet obstacle mécanique n'aurait été susceptible d'être levé sans une nouvelle intervention, qui eût eu pour résultat de rendre vaine l'opération déjà exécutée.

Heureusement, l'état général de la malade permettait d'attendre que tout phénomène disparût spontanément

La répétition des mêmes accidents après la seconde opération et l'heureux résultat obtenu, sans aucune action directe, confirment la nature de l'occlusion qui devra dorénavant être regardée comme une complication possible de la néphropexie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Demantké (Georges). *De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins par le procédé de la ligature élastique perdue (Procédé d'Olshausen).* N° 534. (G. Steinheil.)

M. Bosche (Charles). *Cancer utérin et grossesse. De la conduite à tenir dans le cas de cancer du col compliqué de grossesse.* N° 547. (A. Cornois.)

M. Audiau (Jules). *Contribution à l'étude du traitement des annexites.* N° 565. (G. Steinheil.)

M. Martin (Charles). *Etude sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales et en particulier sur leur traitement par le procédé dit du dédoublement.* N° 500. (G. Steinheil.)

M. Cocquelet (L.). *Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large.* N° 626. (Carré et Naud.)

M. Lévis (Georges). *Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux.* N° 529. (Carré et Naud.)

M. Planque (Emile). *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins.* N° 525. (G. Steinheil.)

M. Sassier (Pierre-Auguste-Marie-Joseph). *L'utérus après l'ablation des annexes. Résultats éloignés.* N° 504. (P. Lemaire.)

M. Segall (B.). *Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin.* N° 477.

M. Thésée (V.). *Contribution à l'étude du décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale.* N° 446.

M. Gibert (Joseph). *Sur l'anesthésie par l'éther.*, N° 527. (H. Jouve.)

M. Thorp (Henri). *Des accidents observés pendant et après l'éthérisation.* N° 506.

L'hystérectomie abdominale paraît à M. Demantké ne devoir s'adresser qu'aux fibromes non opérables par la voie vaginale, soit à cause de leur volume, soit à cause de leur développement dans le segment supérieur de l'utérus. Jusqu'à ces toutes dernières années (1895-96), les procédés d'hystérectomie abdominale sont restés incertains et peu connus dans leurs résultats, et les statistiques intégrales sont rares. L'hystérectomie abdominale à ligature élastique perdue, avec les modifications que lui a apportées M. le Dr Bouilly, semble présenter toutes conditions de facilité et de sécurité opératoires. La simplicité d'exécution permet d'appliquer ce procédé à des cas en apparence peu favorables, en particulier chez des femmes anémiées. L'hémorrhagie reprochée à ce mode de ligature n'a jamais été notée dans les observations de l'auteur. L'élimination de la ligature élastique, due à une infection secondaire, a été observée 6 fois sur 50 cas, sans aucun incident notable.

La grossesse peut se produire chez des femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus. M. Bosche nous montre que cette affection n'est pas un obstacle à l'évolution normale de la grossesse; les phénomènes de glycogénèse observés dans les cellules embryonnaires et dans les cellules néoplasiques jouent peut-être un rôle dans ces faits. Toutefois, dans le cas de cancer du corps, le fœtus est souvent expulsé avant le terme normal.

Dans le traitement du cancer du col utérin gravide, on ne doit donc pas systématiquement sacrifier un enfant vivant à une mère condamnée. L'avortement provoqué, l'ablation du col utérin précédés ou non de l'accouchement provoqué, les opérations de Freund et de Mackenrodt doivent être abandonnés. L'accouchement serait provoqué à partir du septième mois, si l'état de la mère était alarmant, ou si l'affaiblissement des bruits du cœur fœtal faisait craindre une mort imminente.

Les indications, au moment de l'accouchement, sont, suivant les cas : *a)* Expectation et terminaison spontanée de l'accouchement. *b)* Favoriser la dilatation du col et terminer l'accouchement par une application de forceps. *c)* Opération césarienne.

L'opération chirurgicale de choix quand l'accouchement est impossible, est l'opération césarienne. L'opération de Porro n'est indiquée qu'en cas d'infection ou si la césarienne ne peut absolument pas être terminée.

Avec son maître Hartmann, dont il relate la statistique intégrale, M. Audiau pense que la laparotomie, dans le traitement des annexites, est préférable à l'hystérectomie vaginale, au point de vue de la mortalité et surtout au point de vue de la chirurgie conservatrice. Pour qu'elle donne d'une manière constante de bons résultats, il faut : *a)* Dans les ablations unilatérales, lier isolément les vaisseaux et ne laisser aucun pédicule. *b)* Dans les ablations bilatérales, enlever l'utérus.

En cas de suppurations pelviennes aiguës : *a)* Il faut avoir recours à la colpotomie postérieure, quitte à intervenir plus tard

par l'abdomen et à agir alors suivant les lésions. C'est la méthode de choix. *b) Au besoin*, on pourrait, à l'exemple de Bardenheuer, et grâce au procédé indiqué par ce chirurgien, faire d'emblée la castration abdominale totale.

La méthode du dédoublement est, aux yeux de M. Ch. Martin, la méthode de choix dans le traitement des fistules vésico-vaginales; elle est applicable à la grande majorité de ces fistules et donne des résultats supérieurs à la méthode américaine, car elle permet de faire un avivement large, sans perte de substance et sans tiraillements. Dans le cas de fistules non abordables par le vagin, les méthodes d'oblitération indirecte doivent être presque complètement abandonnées et céder le pas à la suture intra-vésicale après taille hypogastrique. L'opération de Trendelenburg est indiquée dans les cas de : brides ou replis cicatriciels, d'adhérences de la fistule aux organes voisins, ou au pelvis; d'étroitesse ou profondeur du vagin; d'infections ou calculs de la vessie. Elle donne d'excellents résultats, témoins les succès enregistrés par la satistique. Il est un certain nombre de fistules pour lesquelles on ne peut tracer de règles opératoires fixes; les chirurgiens aux prises avec leurs difficultés ont imaginé des procédés spéciaux, et sans valeur thérapeutique générale. Le bon résultat de la cure chirurgicale est singulièrement favorisé par le traitement préparatoire, qui aseptise le champ opératoire, l'assouplit, mobilise les bords de la fistule, dilate le vagin.

Après avoir étudié une observation personnelle, M. Cocquelet conclut que l'évolution habituellement silencieuse des kystes du ligament large peut être troublée par des accidents à marche bruyante. Ceux-ci sont caractérisés par des crises réflexes (douleur, vomissements, troubles nerveux), de durée n'excédant pas 24 heures. L'état général reste d'ailleurs sain dans l'intervalle. La lésion anatomique est représentée par des hémorrhagies à la surface de l'ovaire et du ligament large du côté malade. Ces accidents sont dus, selon toute vraisemblance, à l'irritation des filets sympathiques des annexes. Le traitement consistera dans la suppression de la cause (ablation du kyste).

Les troubles de la menstruation sont très fréquents dans les maladies du système nerveux; il est probable qu'ils jouent parfois un rôle, encore mal connu, dans l'éclosion de certaines de ces maladies; mais, le plus souvent, ils n'en sont que la conséquence, et c'est à ce dernier point de vue que M. Levis les a étudiés. Dans les psychoses, la menstruation est ordinairement irrégulière et très fréquemment complètement suspendue, le retour des règles coïncide parfois avec l'établissement de la convalescence. L'aménorrhée est également très fréquente dans les névroses, surtout l'hystérie, et aussi dans certaines maladies dont la nature est encore mal connue, et que l'on peut rapprocher des névroses, telles sont la maladie de Basedow, la maladie de M. Raynaud, la sclérodermie, l'acromégalie. Les métrorrhagies s'observent aussi parfois chez les hystériques; elles sont communes chez les femmes atteintes de myxœdème, si souvent sujettes à des hémorrhagies diverses. Parmi les affections organiques des centres nerveux, la paralysie générale paraît seule s'accompagner, avant la période de cachexie, de troubles menstruels; le plus souvent c'est l'aménorrhée que l'on observe; celle-ci peut être parfois précédée de métrorrhagies. Les névralgies atteignant les nerfs des plexus lombaire et sacré, peuvent provoquer, par voie réflexe, une congestion utérine intense aboutissant parfois à la métrorrhagie. Le diagnostic de ces divers troubles menstruels d'origine nerveuse est subordonné à la constatation de l'intégrité de l'appareil génital. Leur traitement, essentiellement étiologique, variera naturellement suivant les cas.

Deux variétés de fibromes utérins sont susceptibles de se compliquer de torsion. Ce sont : 1° les fibromes sous-péritonéaux nettement pédiculés (torsion de fibrome proprement dit); 2° les fibromes interstitiels du fond de l'utérus. En s'élevant, ceux-ci entraînent le dôme utérin; le corps de l'utérus devient pédiculé et peut se tordre (torsion d'utérus fibromateux). L'étiologie de ces torsions est des plus obscures.

La torsion est lente ou brusque. Ses conséquences sont : 1° immédiates, consistant en thromboses du pédicule et la périphérie du fibrome et apoplexie myomateuse; 2° secondaires, consistant en l'établissement d'adhérences rapidement fortes et qui compliqueront d'autant l'intervention opératoire.

La symptomatologie varie. 1° La torsion lente s'accuse par des phénomènes de péritonite localisée dont les adhérences sont la conséquence. 2° La torsion brusque a les symptômes d'un étranglement interne. Dans les deux cas, l'impression donnée par l'examen physique est celle d'une tumeur rapprochée du plan médian et plus ou moins fixée.

Le pronostic, bénin au début, devient sombre si l'on perd du temps. Il faut donc intervenir toujours, affirme M. Planque, intervenir de suite par laparotomie. S'il s'agit d'un fibrome pédiculé tordu, il faut traiter la tumeur comme un kyste de l'ovaire. Si l'on trouve un utérus fibromateux tordu, il faut pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ou partielle.

Dans trois cas publiés par M. Sassier et dans celui d'Eckardt, les altérations qui suivent l'ablation des annexes utérines sont toujours identiques. L'ovaro-salpingectomie a entraîné des lésions atrophiques du côté de l'organe utérin. Ces lésions atrophiques dans les castrations anciennes sont visibles à l'œil nu; mais dans les castrations récentes le volume de l'utérus est conservé, l'atrophie existant néanmoins sous la forme de la disparition des éléments musculaires. L'atrophie résulte de la disparition des fibres musculaires par le fait d'une prolifération conjonctive, organisée en tissu adulte et subissant une rétraction cicatricielle. Les lésions du tissu conjonctif sont sous la dépendance d'une endo-périvascularite et plus particulièrement d'une endo-périartérite, qui en représente le processus initial. Au point de vue pathogénique, la ligature des vaisseaux de la corne utérine semble en être seule responsable. On peut dénommer cette lésion *cirrhose utérine*. Il existe des lésions de la muqueuse, qui ne sont pas encore suffisamment déterminées.

La môle hydatiforme n'est pas, pour M. Segall, un myxome des villosités choriales. Le stroma des vésicules jeunes est formé de tissu conjonctif muqueux, lequel existe aussi à l'état normal. Les éléments de ce stroma ne sont pas en prolifération.

Dans la môle on voit que le stroma des vésicules est tantôt œdémateux, plus chargé de mucine, tantôt il est frappé de nécrose, surtout dans les grandes vésicules, ce qui contribue à leur transformation cavitaire. On observe une prolifération active du côté des cellules de Langhans et du syncytium. La couche de Langhans prolifère et peut donner naissance à des îlots cellulaires. Le syncytium prolifère sous forme de bourgeons, mais il subit également des processus régressifs consistant en dégénérescence vacuolaire, voire même en nécrose. L'absence de vaisseaux dans le stroma des villosités suffirait à expliquer les lésions qu'on y observe. La cause des lésions constatées du côté du revêtement des villosités nous échappe.

Le déciduome malin est une néoplasie dans la structure de laquelle nous trouvons les deux éléments de revêtement des villosités choriales (le syncytium et les cellules de Langhans). De par sa structure, le déciduome malin n'est pas un sarcome, mais un épithélioma d'origine mixte, maternelle et fœtale. Les éléments néoplasiques envahissent le muscle utérin, ayant d'abord détruit la sérotine. Les fibres musculaires de l'utérus sont également détruites et dissociées, et de proche en proche la néoplasie arrive au contact des parois des vaisseaux, qui subissent le même sort. Ce mode d'envahissement nous explique la présence des nodules néoplasiques dans l'intérieur des veines, ainsi que les métastases éloignées. Dans la môle hydatiforme et dans le déciduome malin, le muscle utérin est aminci, ce qui commande la plus grande prudence dans les interventions chirurgicales. L'hystérectomie totale est indiquée dans le déciduome malin.

Le decubitus acutus est une complication rare mais possible de l'hystérectomie vaginale. Les difficultés et la longueur des manœuvres opératoires peuvent avoir une influence sur sa production; mais, pour M. V. Thésée, cette influence prédisposante paraît moindre que celle qui résulte de la nature ou de l'ancienneté de la lésion qui a nécessité l'intervention (cancer, suppurations anciennes et étendues). Par sa précocité, sa rapidité de formation, sa lenteur de réparation, il est absolument

comparable au decubitus acutus d'origine centrale et doit être considéré par suite comme résultant de troubles trophiques d'origine nerveuse. Le pronostic en est bénin.

Après avoir été longtemps abandonné en France, au profit du chloroforme, l'éther est en train de bénéficier d'un mouvement de réaction, que l'école des chirurgiens de Lyon a surtout adopté. Il y a deux procédés d'administration de l'éther : Le premier, le plus usité, consiste, l'anesthésie une fois obtenue, à l'entretenir par des doses successives d'éther, entre lesquelles le malade respire librement de l'air pur. Le second consiste à maintenir le masque constamment appliqué sur la bouche et le nez du patient, le faisant respirer dans une atmosphère à la fois d'éther et d'acide carbonique, qui, par ses propriétés anesthésiques, vient entretenir le sommeil produit par l'éther.

Les critiques formulées contre l'éther, touchant l'excitation violente au début, la toux, la cyanose, qu'il déterminerait, ainsi que les reproches touchant son pouvoir anesthésique, comparé à celui du chloroforme, sont très exagérées. La syncope cardiaque, au cours de l'éthérisation, surtout au début, est une rareté. On n'observe jamais que la syncope pulmonaire, dont une intervention énergique peut presque toujours triompher. Aussi la mortalité par l'éther est-elle inférieure à la mortalité par le chloroforme. Mais M. Gibert accorde qu'il y a contre-indication formelle à l'emploi de l'éther dans les affections broncho-pulmonaires, à cause de l'irritation possible de la muqueuse des voies respiratoires par l'éther. En dehors de ces cas, on peut l'utiliser dans toutes les opérations, et sur tous les sujets, enfants, vieillards, et même en obstétrique.

M. H. Thorp, également, admet que l'éther doit être préféré au chloroforme parce que : 1° l'anesthésie est plus rapidement obtenue. 2° Il occasionne moins de vomissements et moins d'agitation. 3° Il expose surtout à la syncope tertiaire contre laquelle nous pouvons lutter, tandis que le chloroforme expose surtout à la syncope secondaire contre laquelle nous sommes désarmés. 4° Il agit moins sur les reins. L'éther doit être donné aux enfants.

L'éther est contre-indiqué : 1° Dans les cas d'affection pulmonaire aiguë ou chronique. 2° Dans les opérations sur le cou. 3° Dans la chirurgie cérébrale.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie diphthérique (Su di un caso di rinite difterica seguità da paralisi in un neonato), par Smaniotto Ettore (*la Pediatria*, Anno V, n° 6, juin 1897, p. 161). — La diphthérie est rare chez le nouveau-né ; de plus sa forme nasale est d'un pronostic particulièrement sombre. A ce double point de vue, le cas ici rapporté présente déjà de l'intérêt; le jeune enfant, atteint de diphthérie nasale pure, primitive, qui resta localisée aux fosses nasales, guérit grâce au sérum injecté presque dès le début.

Mais 20 jours après cette guérison, il se développa une paralysie des deux membres supérieurs et une parésie des muscles de la respiration (rien au voile du palais, aux yeux, aux membres inférieurs, etc.) Il s'agissait bien d'une paralysie post diphthérique périphérique, d'une névrite; il ne pouvait être question ni d'une pseudo-paralysie de Parrot, ni d'une poliomyélite antérieure, ni d'une paralysie obstétricale.

Si la parésie des intercostaux est fréquente dans les paralysies post-diphthéritiques, la paralysie des membres supérieurs sans que le voile du palais, les muscles oculaires, les membres inférieurs soient frappés, est exceptionnelle. Malgré sa localisation, ce cas mérite cependant d'être classé parmi les formes de paralysie généralisée. Enfin, il est à noter que les symptômes aboutirent bientôt à la guérison (1 mois).

Psychologie du criminel (Note di psicologia criminale), par Niceforo (*Rivista quindecinale di psicologia, psichiatria, etc.*, Vol. 1, fasc, 3, 1er juin 1897, p. 41). — « Vous me demandez le motif de ma première condamnation. Qui se le rappelle? Il y a si longtemps? » Ce manque de mémoire explique très bien l'absence de remords des criminels-nés. L'homme que poursuit le souvenir d'une mauvaise action qu'il a commise arrive à se pendre, le criminel qui se souvient mal dort sans remords, se plaît en prison, plaisante : « Ici je suis bien, j'ai deux gamelles de haricots. »

Si les remords sont absents, le sens moral fait également défaut. La mémoire étant incomplète, le jugement est gibbeux ; les criminels n'apprécient pas la gravité de leur délit; il se jugent honnêtes parce qu'ils sont restés quelques semaines sans voler ; ils ont en haute estime des personnes méprisables; ils parlent avec indifférence ou se glorifient de leurs méfaits. « J'ai autant de délicatesse que vous, dit l'un, il y a plus de cinq mois que je n'ai eu affaire aux gendarmes. » — « Mon amante (professionnelle cloîtrée), dit l'autre, est si bonne, qu'elle est digne d'être saluée jusqu'à terre. »

La sensibilité générale des criminels (La sensibilita generale nei delinquenti e nelle prostitute), par Rosario Spina (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, etc.*, Vol. fasc. 4, 1re juillet 1897, p. 65). — L'auteur a examiné et mesuré les diverses sensibilités (au contact esthésiométrique, dolorifique, thermique, électrique), de normaux, de prostituées, de criminels. D'une façon générale, on peut dire que plus le sujet est criminel, moins il est sensible : ainsi que ceux qui ont attenté aux propriétés. La prostituée tient l'intermédiaire entre l'insensibilité de la femme criminelle et la sensibilité de la femme normale. Ce déficit des sensibilités des délinquants et des prostituées ne saurait avoir pour cause un vice de développement ou de situation des extrémités nerveuses; il résulte d'un défaut de l'attention.

Peste expérimentale (Alterazioni delle cellule nervose nella peste bubonica sperimentale), par Lugaro (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*, vol. II, fasc. 6, juin 1897, p. 241). — Les animaux qui meurent rapidement (24-48 h.) ne présentent pas de lésions des cellules nerveuses. Si le virus est moins actif, les animaux peuvent survivre quelques jours. Sur un lapin ayant survécu 6 jours aux injections, l'auteur a vu (cellules des ganglions rachidiens, cellules des cornes antérieures de la moelle) : la chromatolyse périphérique, l'altération presque concomitante du réseau achromatique, pas de modification du noyau; en somme des lésions cellulaires primitives, des lésions d'intoxication. Chez un cobaye ayant survécu 10 jours, les lésions étaient plus avancées : chromatolyse totale, disparition des fibrilles achromatiques, lacunes, homogénisation avec atrophie du noyau.

Réflexes préputiaux (Preputial reflex ; epileptiform convulsions), par Hodgdon (*Alienist and neurologist*, 1897, n° 2). — Il s'agit d'un enfant de 4 mois qui dès l'âge d'un mois avait présenté des accès de convulsions se répétant presque tous les jours. L'enfant avait un phimosis, et d'un tout petit orifice pré putial, l'urine ne s'écoulait que très difficilement. On pratiqua la circoncision; le jour suivant, il y eut l'accès convulsif habi tuel, mais, dans la suite, les convulsions ne reparurent plus.

Paralysie infantile (Paralisi spinale et cerebrale infantile a forma epidemica), par Nicolo Buccelli (*Il Policlinico*, Anno IV, fasc. 6, 15 juin 1897, p. 249). — Dans une aire très restreinte, dans l'espace de moins de 4 mois, l'auteur a observé 17 cas de paralysies spinale ou cérébrale infantiles. Trois enfants d'une même maison, frappés simultanément, présentèrent les uns la première forme morbide, l'autre la seconde; un enfan venant habiter une maison où ses cousines avaient été frappées de paralysie spinale, fut atteint de paralysie cérébrale infantile. Ces faits et d'autres analogues font penser que l'étiologie est la même pour les deux affections. Cette opinion est confirmée si l'on considère la fréquence de l'affection pendant les divers mois de l'année, dans une localité populeuse donnée : on obtien deux courbes presques superposables, ayant toutes deux leur maximum d'élévation en août, et s'abaissant au voisinage de zéro pour les mois d'hiver.

CHIRURGIE

Occlusion d'une perforation de l'estomac avec de l'épiploon (Uber den Verschluss eines perforirten Magengeschwurs durch Netz), par H. Braun (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 27, p. 739). — Dans un cas de laparatomie pour ulcère perforé de l'estomac, chez une femme de 40 ans, l'auteur trouva la paroi stomacale tellement friable dans une certaine étendue autour de la perforation que la suture en a été impossible. Pour combler la perte de substance, l'auteur appliqua contre la perforation un lambeau d'épiploon et la sutura tout autour et à une certaine distance de la perforation. La malade guérit et est restée guérie depuis trois ans.

L'auteur n'a trouvé dans la littérature que le cas de Benette qui utilisa également le grand épiploon dans un cas analogue.

Tamponnement préventif et temporaire dans les opérations sur les organes creux de l'abdomen (Die präventive temporäre Tamponade bei Operationem an den Hohlorganen des Unterleibes), par Lauenstein (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 24, p. 663). — Pour éviter l'issue des matières quand on opère sur l'estomac (oblitération d'une fistule), l'intestin (opération d'un anus contre nature), la vésicule biliaire (fistule), etc., l'auteur conseille de commencer l'opération par le tamponnement de l'organe avec de la gaze aseptique. Le tamponnement fait, on procède à l'opération et au fur et à mesure qu'on place les sutures on retire la gaze.

Le même procédé peut trouver encore son indication dans les opérations primitives sur ces organes.

De la présence des saprophytes dans les sécrétions vaginales normales des femmes enceintes (Sind Faulnisskeime im normalen Scheidensekret Schwangerer), par Gœnner (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 24, p. 723). — Pour voir si l'infection de la poche des eaux se fait ou non par les bactéries qui se trouvent normalement dans le vagin, l'auteur ensemençait le liquide amniotique recueilli aseptiquement ou stérilisé avec des sécrétions vaginales normales ou encore avec des parcelles de fœtus macérés, de muqueuses putréfiées, etc. Quand les cultures étaient faites à l'abri de l'oxygène, le liquide amniotique ne se putréfiait pas.

L'auteur en conclut que chez les femmes enceintes l'endométrite putride est produite non pas par les bactéries anaérobies qui se trouvent normalement dans le vagin, mais par des microorganismes transportés du dehors par le doigt de l'accoucheur et les instruments septiques.

Traitement du cancer de l'utérus par l'extrait de grande chélidoine (Ueber die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus), par Winter et Schmitt (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 27, p. 859), — Les auteurs ont essayé l'extrait de grande chélidoine administrée par la voie sous-cutanée et la voie buccale, dans un grand nombre de cas de cancer de l'utérus. Les effets thérapeutiques furent nuls. En outre les injections sous-cutanées étaient extrêmement douloureuses et provoquaient une réaction locale, et une réaction générale très intenses.

MÉDECINE

Tétanie d'origine stomacale et auto-intoxication (Magentetanie und Auto-Intoxikation), par Gumprecht (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1897, n° 24, p. 569). — Chez un homme de 19 ans entré à l'hôpital pour une sténose de pylore avec hyperchlorhydrie et qui a présenté un accès typique de tétanie, l'auteur a analysé le contenu stomacal et l'urine recueillis pendant l'accès.

Le contenu stomacal de même que son extrait alcoolique, inoculés à des animaux n'ont provoqué aucun phénomène d'intoxication. Le contenu stomacal contenait toutefois une albumose toxique qui n'a pourtant pas été retrouvée dans l'urine et qui par conséquent n'avait pas été résorbée.

L'urine du malade avait une toxicité double de celle qu'on trouve ordinairement à l'état normal. Mais l'urine recueillie chez le même malade quelques jours après l'accès avait le même degré de toxicité que l'urine recueillie au moment de l'accès.

L'auteur en conclut que chez son malade du moins l'accès de tétanie n'était pas provoqué par un poison formé dans l'organisme.

Infection générale à gonocoques (Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfection), par Ahman (*Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1897, vol. XXXIX, p. 323). — L'observation que publie l'auteur a trait à un homme de 22 ans qui au cinquième jour de sa première blennorrhagie fut pris de cystite et présenta ultérieurement une arthrite des poignets et des articulations tibio-tarsiennes, accompagnée de fièvre élevée. L'exsudat séro-purulent retiré par la ponction de la gaine du tendon du tibial antérieur droit donna après ensemencement une culture pure de gonocoques. Des gonocoques furent également trouvée dans le sang, pris directement dans la veine du pli du coude et ensemencé sur liquide ascitique.

Pour vérifier la nature des gonocoques cultivés avec le sang, l'auteur les injecta dans l'urèthre d'un individu qui a voulu se prêter à cette expérience. L'inoculation donna lieu à une blennorrhagie qui au bout de quelques jours se compliqua d'une synovite des tendons du cou-de-pied. L'exsudat de cette synovite renfermait aussi des gonocoques.

Hématoporphyrinurie (Ueber Hämatoporphyrinurie), (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol, LVIII, p. 313). — L'auteur rapporte dans son travail deux cas d'hémato-porphyrinurie observés dans le premier cas chez une démente de 73 ans, à laquelle on donnait tous les jours depuis un mois un gramme de sulfonal. Après la suppression du sulfonal, l'hématoporphyrinurie cessa d'abord, revint pourtant au bout de 5 jours, pour disparaître définitivement trois ou quatre jour plus tard. La malade succomba brusquement quelques jours après. A l'autopsie on trouva une myocardite parenchymateuse avec néphrite interstitielle et quelques ecchymoses intestinales.

Dans le second cas, l'hématoporphyrinurie a été observée chez un individu qui est entré à l'hôpital pour des coliques avec constipation et phénomènes paralytiques qui firent penser à une intoxication saturnine. Le malade n'avait pourtant pas de liséré gingival, l'urine ne renfermait pas de plomb et les paralysies n'avaient pas les caractères de paralysies saturnine. L'hématoporphrinurie disparut avec les autres symptômes sous l'influence du traitement.

Le pharynx et les amygdales comme porte d'entrée des infections (Die Schleimhaut der Rachens als Eingangsporte pyogener Infectionen), par Lexer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. XLIV. p. 736). — L'auteur a fait sur des lapins une série d'expériences destinées à mettre en lumière le rôle du pharynx en tant que porte d'entrée des infections.

Les expériences, qui consistaient à badigeonner le pharynx des animaux au moyen d'une brosse douce, avec des cultures virulentes, ont donné des résultats négatifs avec des cultures staphylococciques et pneumococciques. Les résultats furent positifs avec les cultures des bacilles de la suppuration spontanée des lapins (Schimmmelbusch) et surtout avec des cultures streptococciques très virulentes. Avec ces dernières les animaux succombaient au bout de 24 à 48 heures après avoir présenté des symptômes d'infection générale. Des prises de sang de la veine de l'oreille, faites à des intervalles d'une heure après le badigeonnage, ont montré qu'au bout de trois heures les streptocoques se trouvaient déjà dans le sang. A l'autopsie des animaux, les streptocoques se retrouvaient dans tous les viscères.

L'examen miscroscopiques des amygdales et du tissu lymphoïde du pharynx a permis à l'auteur d'établir que les streptocoques utilisaient cette voie pour pénétrer dans le sang.

Influence de la médication thyroïdienne sur l'élimination des hydrocarbures (Ueber den Einfluss der Schilddrüsenbehandlung auf den Kohlenhydrat-Stoffwechsel), par Bettmann (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 24, p. 519). — Les expériences faites à la clinique du professeur Erb sur

20 malades atteints de dermatoses variées ont consisté à administrer à ces malades, pendant 8 jours, diverses préparations thyroïdiennes, et de leur donner au 9e jour, le matin à jeun, 100 grammes de glycose en même temps que la préparation thyroïdienne. On faisait ensuite, à des intervalles réguliers, l'examen de l'urine au point de vue de la présence de l'albumine.

Ces recherches ont montré que, dans 48 p. 100 des cas, il survenait, sous l'influence de la médication thyroïdienne, une glycosurie alimentaire qui disparaissait ordinairement 8 jours après l'interruption du traitement.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup,

D'après M. le Dr E. Murier.

Il est d'expérience fort ancienne que les fumigations chaudes facilitent l'expectoration, décongestionnent les voies respiratoires supérieures. Aussi depuis longtemps avait-on préconisé la vapeur d'eau dans le traitement de la diphthérie et de sa localisation laryngée, le croup. A l'action locale des inhalations chaudes on avait même espéré joindre une action plus générale sur le poison diphthéritique en leur incorporant diverses substances antiseptiquese. Citons pour mémoire le travail de Renou qui démontra chiffres en main, dès 1889, combien la mortalité du croup se trouvait abaissée par la création d'atmosphères médicamenteuses chaudes dans lesquelles les petits malades respiraient.

De nos jours, grâce à la sérothérapie, nous n'avons plus à lutter contre l'intoxication générale : c'est le rôle du sérum. Aussi devra-t-on limiter aux cas de diphthérie compliqués de phénomènes laryngés l'application d'une méthode qui avait donné autrefois de si nombreux résultats. M. Murier a montré dans une thèse récente (1) tout le parti que l'on pouvait tirer dans ces cas de l'emploi de la vapeur d'eau chaude. Grâce à leur action sédative, dissolvante et décongestionnante, de nombreux tubages et trachéotomies pourront être évités, et même, si l'une de ces opérations devenait nécessaire, elle en retirerait le bénéfice d'une amélioration du pronostic : cela ressort en toute évidence des statistiques relevées dans le service de M. le Dr Variot. En effet si on compare les tableaux des diphthériques traités pendant le mois de janvier où ne fonctionnaient pas les chambres de vapeur que nous décrirons tout à l'heure en détail, avec les tableaux de février, mars, avril et mai, où elles fonctionnaient, nous notons les chiffres suivants :

Mois.	Proportion des interventions.	Proportion de la mortalité.
Janvier. . .	29,27 p. 100	9,1 p. 100
Février. . .	19 —	9,8 —
Mars. . . .	16,2 —	6 —
Avril. . . .	9,3 —	3,9 —
Mai.	14,7 —	10,7 —
Moyenne. . .	14,8 p. 100	7,6 p. 100

La proportion des interventions nécessaires a donc diminué de plus de moitié et la mortalité elle-même s'est légèrement abaissée. Il n'est pas besoin de faire remarquer l'importance de ces avantages pour le praticien, qui, par ce moyen, pourra mener à guérison sans opération la plupart de ses cas de croup.

Voici quel est le dispositif employé dans le service de M. Variot.

L'appareil servant à produire la vapeur est composé d'une chaudière cubique en cuivre à laquelle est adapté un large tube de dégagement par où la vapeur s'échappe. Extérieurement est un tube de verre permettant de voir quel est le niveau de l'eau dans le générateur. On peut placer cet appareil dans la chambre même où l'on traite les enfants, on le met alors sur une table et l'on se sert pour chauffer d'un fourneau à gaz ou à pétrole. Mais M. Variot a pensé qu'il serait plus commode de le placer en dehors de la chambre, la vapeur arrivant alors par le tuyau de dégagement qui passe à travers une cloison. On évite ainsi de souiller l'air par les produits de combustion dégagés par les appareils de chauffage, de plus le surchauffage n'est pas à craindre de cette manière. Ce dernier point est important à considérer si l'on opère en été. On pourrait alors se servir de pulvérisations qui pourront être efficaces si la température de la salle est assez élevée.

Il faut que la vapeur soit très abondante et que les murs ruissellent.

Comme on le voit, le dispositif est tellement simple qu'on peut l'appliquer partout. Dans la pratique privée, le générateur peut être remplacé par un vase quelconque, pourvu qu'il soit assez vaste pour produire une quantité de vapeur capable de bien saturer la pièce. Comme je l'ai dit tout à l'heure, l'inconvénient sera que les produits de combustion souilleront alors l'atmosphère, mais on y remédiera en aérant plus souvent la chambre.

J'ai dit que l'on mettait dans le générateur de l'eau simple. C'est, je crois, la meilleure marche à suivre. Si beaucoup de substances incorporées à l'eau ont pu ajouter faiblement leur action à celle de la vapeur, un certain nombre n'ont servi à rien; quelques-unes peuvent être nuisibles et causer même des accidents (Renou), si l'on n'est pas assez prudent dans leur emploi.

G. M.

1. Dr E. Murier (th. de Paris, 1897, n° 399).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Méthylal.

Solubilité. — Assez soluble dans l'eau.

Antitode. — Le méthylal est l'antitode de la strychnine.

Propriétés thérapeutiques. — C'est un médicament hypnotique, antitétanique, anticonvulsif. Il a été employé avec succès dans le traitement du *delirium tremens*.

Dose : Chez l'adulte : 20 centigrammes par injection. L'injection peut être renouvelée toutes les deux heures.

Effets de l'injection. — Très douloureuse, elle ne doit être pratiquée que dans les cas pressants, le *delirium tremens* par exemple où elle paraît d'une efficacité supérieure à celle qu'aurait une injection de morphine.

FORMULES

Méthylal. . . . . 1 gr.
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p. 10 c.c.

(Krafft, Ebing.)

G. Maurange.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La créance privilégiée des frais de la dernière maladie ne s'applique qu'à la maladie du débiteur. — Dans son audience du 3 août 1897, la chambre civile de la Cour de cassation a décidé que si la loi du 30 novembre 1892, article 12, modifiant l'ancien article 2101 du Code civil, déclare privilégiés les frais quelconques de la dernière maladie, qu'elle qu'en ait été la terminaison, elle n'a considéré que la maladie du débiteur, sans s'occuper de celle des membres de sa famille.

D'autre part, les privilèges étant de droit étroit et ne pouvant être étendus par analogie, c'est à la personne qui réclame le bénéfice de l'article 2101 à justifier que sa créance rentre bien dans les prévisions de ce texte.

On ne saurait donc utilement critiquer, en droit, la décision qui, pour refuser d'admettre une créance comme privilégiée, se fonde sur ce qu'il n'a pas été justifié que la dernière maladie fût celle du débiteur lui-même plutôt que celle de l'un des membres de sa famille.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Sur la cystostomie sus-pubienne (p. 781).

REVUE DES CONGRÈS. — *Association française pour l'avancement des sciences :* Craniectomie dans l'idiotie microcéphalique. — Hyperglycémie extraordinaire. — Circulation du placenta (p. 772). — Action des boissons chaudes sur la fonction stomacale. — Hémoglobinurie paroxystique. — Radiographie du pied et du poignet. — Cornes cutanées. — Lésions nerveuses dans la peste (783). — Angiomes et angiolipomes. — Redressement forcé. — Torticolis postérieur. — Action du bicarbonate de soude. — Traitement de l'actinomycose (p. 784). — Rétrécissement de l'œsophage. — Eviscération. Shock abdominal (p. 785). — Hémorrhagie mortelle consécutive à la section du frein sublingal. — Méat hypogastrique chez les prostatiques (786). — Traitement médical des goitres. — Opothérapie. — Sinusites maxillaires. — *Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes :* Syphilis et paralysie générale (p. 787). — Moelle épinière des aliénés. — Des borborygmes. — Paralysie pseudo-hypertrophique. — Epilepsie jacksonienne. — Hémiplégie chez l'enfant. — Acromégalie. — Chorée héréditaire (p. 788). — Fous et vagabonds. — Spasme laryngé. — Toxicité urinaire dans la chorée. — Tuberculose du cervelet. — Neuro-fibromatose centrale. — *Association américaine de neurologie :* Torticolis spasmodique (p. 789). — Tumeur cérébrale. — Paralysie cérébrale infantile. — *XIIe Congrès international de médecine :* Pathogénie de la chlorose (p. 760). — Défenses gastro-intestinales vis-à-vis des toxines. — Type nutritif dans l'immunité (p. 791). — Urologie du nouveau-né. — Epilepsie jacksonienne. — Traitement des affections de la peau (p. 792).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Tuberculose. — Corps étrangers de l'œsophage (p. 792).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur la cystostomie sus-pubienne,

Par Jean Lépine,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Récemment, M. Bazy (*Gazette hebd.*, 10 juin 1897, p. 543) soutenait à l'Académie de médecine que le traitement par excellence de l'hypertrophie prostatique devait être celui qu'il préconisait : « la sonde à demeure avec déambulation ».

Quelques jours plus tard, le 21 juin, M. le professeur Poncet faisait présenter à la Société de médecine de Lyon, par son interne, M. Xavier Delore, la vessie et la prostate d'un ancien cystostomisé, qui a gardé pendant plus de trois ans un méat hypogastrique continent, et qui est mort d'une tuberculose pulmonaire et vertébrale, sans aucune complication nouvelle du côté des organes urinaires.

Voici le résumé très bref de son observation :

Le début des troubles urinaires remonte au mois de mars 1893 ; le malade avait alors 67 ans. Au mois de juillet de la même année, la rétention s'établit progressivement et devint peu à peu complète.

Le 21 août, on pratiquait la cystostomie sus-pubienne au milieu de symptômes généraux alarmants, la température étant depuis plusieurs jours à 39°6. Un mois après l'opération, le malade quittait l'hôpital avec un état général excellent, gardant complètement ses urines.

Pendant trois ans, il exerça son métier de jardinier, sans la moindre gêne ou le moindre accident. Jamais une seule goutte d'urine ne s'écoulait par la fistule en dehors de la miction volontaire, qui projetait à un mètre ou un mètre et demi un jet du volume d'une plume d'oie.

Au mois d'octobre 1896, le malade rentra dans le service, porteur d'un mal de Pott lombaire et de tuberculose pulmonaire à laquelle il a récemment succombé.

L'autopsie a présenté une prostate énorme, dure, fibreuse ; l'urèthre était coudé suivant un angle droit dont le sommet correspondait au veru montanum. Le cathétérisme n'eût été possible qu'avec une sonde bicoudée ou à grande courbure.

La vessie était épaissie et sclérosée. Il n'y avait pas de trace d'inflammation récente, pas de pus. La muqueuse était ardoisée, avec colonnes et îlots saillants ; il y avait un bas-fond de 2 à 3 centimètres. Le canal hypogastrique avait une longueur de 6 centimètres, et présentait un aspect légèrement infundibuliforme, à grande ouverture du côté de la vessie. L'orifice cutané, très petit, n'admettait qu'une sonde n° 12. La muqueuse du canal était lisse, contrastant avec les saillies de la muqueuse vésicale. Les uretères, les bassinets et les reins présentaient également des traces d'inflammation ancienne, mais il n'y avait aucune lésion récente.

Tels sont les résultats de l'opération ; comment s'expliquer qu'un certain nombre de chirurgiens éprouvent quelque hésitation à la pratiquer ?

Sans doute, insuffisamment renseignés, ils songent aux difficultés possibles, aux accidents tels que l'ouverture du péritoine. En réalité, de telles circonstances sont exceptionnelles : sur plus de 200 cystostomies sus-pubiennes, M. le professeur Poncet n'a pas eu un seul cas d'ouverture du péritoine, quelques précautions très simples suffisent à l'éviter.

Il ne faut pas recourir à la distension de la vessie par l'injection d'un liquide aseptique pour éloigner le cul-de-sac péritonéal du champ opératoire. Outre les difficultés du cathétérisme, ce procédé n'est pas sans dangers pour les vessies irritables des prostatiques.

Tout aussi imprudente serait la distention du rectum par le ballon de Petersen : plusieurs cas sont déjà connus où le malade a ultérieurement succombé à une péritonite, le rectum ayant éclaté pendant cette manœuvre.

La véritable précaution est dans la position à donner au malade, qui doit avoir la tête placée très bas, comme pour les grandes interventions intra-abdominales. La masse intestinale, se portant alors dans la concavité du dôme diaphragmatique, abandonne la région prévésicale, et l'incision verticale de la cystostomie peut être faite sans crainte, si l'on a soin de bien décoller le cul-de-sac péritonéal. Pour ce faire, une fois la ligne blanche incisée, le chirurgien, placé à droite du malade, introduit l'extrémité de l'index gauche au-dessus du pubis. Il va ainsi à la recherche du col de la vessie. L'extrémité de l'index rase alors la face antérieure de la vessie qu'il dénude méthodiquement, et qu'il n'abandonne plus. Il soulève le péritoine qu'il maintient relevé par en haut pendant que la pointe du bistouri, tenu de la main droite, ponctionne, en toute sécurité, la face antérieure de la vessie, l'index gauche servant de jalon.

Il est inutile de revenir une fois de plus sur l'inappréciable avantage qu'offre au chirurgien la possibilité d'explorer facilement la cavité vésicale et de lutter efficacement contre son infection.

Nous rappelons seulement pour mémoire les ressources que présente la cystostomie sus-pubienne dans les cas de

calculs très volumineux, contre lesquels la lithotritie s'épuise, et que la voie périnéale ne saurait extraire sans graves dommages. L'incision verticale ordinaire, au besoin une incision cruciale, permettent d'en venir à bout.

Ainsi, comme manuel opératoire, la cystostomie suspubienne est de la plus grande simplicité. Quant au pronostic, tout le monde sait qu'il est entièrement subordonné à la maladie elle-même, et non à l'acte opératoire qu'elle a nécessité. Ce qui fait la gravité de certains cas, ce qui a causé des morts prématurées, c'est l'ancienneté des lésions, ce sont les antécédents, c'est l'état général au moment de l'intervention.

Si le malade est en proie à des accidents urinaires graves, ils continuent sans recevoir de coup de fouet par le fait de la cystostomie. Lorsqu'au contraire il s'agit de malades ayant une infection moyenne, la règle est qu'ils guérissent rapidement et complètement de ces complications.

Il y a quelques jours encore, M. le professeur Poncet opérait un vieillard de 86 ans, atteint de rétention depuis quelque temps, et sur lequel, malgré de minutieuses précautions, une fausse route avait été pratiquée. La température était de 39°9, montrant qu'à côté de la cystite ancienne, il y avait une pyélite en voie d'évolution. La langue était rôtie, l'état général alarmant. En pareil cas, que fallait-il faire? Une ponction hypogastrique? Mais elle aurait fatalement dû être répétée les jours suivants, non sans danger. De plus, jamais on n'aurait pu, par elle seule, espérer le rétablissement de la fonction. — Insister sur le cathétérisme, tenter de mettre à tout prix une sonde à demeure, en attendant la « déambulation »? On aurait traversé la prostate dans tous les sens à travers la fausse route déjà créée, plutôt que de retrouver l'urèthre déformé, hors de service.

La cystostomie a été faite; elle a donné issue à un litre et demi d'urine hématique, ammoniacale, et un demi-verre de pus chocolat, remplissant le bas-fond vésical. Le lendemain soir la température était de 39°2; le surlendemain à la même heure de 38°6.

Une semaine après, tout était rentré dans l'ordre, la température ne dépassait pas 37°7, l'état général était excellent et l'opéré en pleine voie de guérison.

M. le professeur Poncet pense qu'il serait singulièrement difficile, en présence de tels exemples, que l'on pourrait retrouver chez un grand nombre de cystostomisés, d'accorder au procédé de M. Bazy le crédit que celui-ci réclame.

Il est inutile de parcourir le long nécrologe des malades traités par la sonde à demeure pour acquérir la conviction qu'elle constitue un moyen barbare et dangereux.

Pénible pour les malades, elle est un appel indéniable à l'infection; M. Bazy dit lui-même que l'un de ses malades a eu deux orchites, et de l'uréthrite à répétition.

Les observations sont maintenant nombreuses de méat hypogastrique continent; aussi, chez les vieillards prostatiques, la cystostomie doit-elle se substituer à la sonde à demeure. Elle doit normalement prendre sa place dans la chirurgie courante à côté de la kélotomie dans l'étranglement herniaire, de la trachéotomie dans l'asphyxie.

C'est une opération d'urgence souvent, de toute sécurité toujours.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Saint-Étienne, tenu du 5 au 12 août 1897.

Résultats éloignés de la craniectomie dans l'idiotie microcéphalique.

M. Blanc (de Saint-Étienne) qui a fait 7 fois la craniectomie pour idiotie microcéphalique trouve que les résultats éloignés qu'on peut attendre de cette opération sont très hypothétiques. Au début, ces résultats existent certainement, mais ils ne sont pas durables.

Du reste comme la microcéphalie a d'ordinaire pour origine un arrêt de développement du cerveau se produisant au quatrième mois de la vie intra-utérine, on comprend que dans ces conditions, une intervention ne peut fournir grand'chose. On ne serait en droit d'escompter un avenir meilleur que dans les faits beaucoup plus rares de microcéphalie post-embryonnaire tardive.

Hyperglycémie extraordinaire chez une femme diabétique avec lésions rénales.

M. Lépine (de Lyon) a trouvé chez une femme entrée dans son service en état de coma, et chez laquelle on a fait le dosage du sucre du sang, 10 gr. 6 pour 1000 de sucre. Ce chiffre est le plus élevé que M. Lépine ait observé. Il s'explique par l'état des reins qui étaient énormes et présentaient une néphrite chronique très accentuée. Le défaut d'élimination du sucre par les reins est donc en partie la cause de cette hyperémie.

Circulation maternelle du placenta.

M. X. Delore (de Lyon). — Le placenta est un grand sinus utérin développé dans l'épaisseur de la muqueuse et dont les villosités fœtales ont envahi la cavité tout entière.

La paroi utérine ne présente des orifices vasculaires qu'exceptionnellement. La paroi fœtale est constituée par l'endothélium vasculaire maternel; mais cette mince couche est doublée par la membrane allantoïdo-choriale que lui envoie le fœtus.

La circonférence est occupée par les segments de la veine coronaire qui a des orifices établissant la communication avec la cavité ou espaces maternels auxquels on peut considérer une région sous-choriale remarquable par les piliers, les aréoles et les grandes lacunes; la région intervilleuse et la sous-caduque. Une injection poussée en un point quelconque envahit tous ces espaces et baigne toutes les villosités.

Le placenta est en état d'érection d'une façon permanente. Il y a double érection : la maternelle et la fœtale. L'agrandissement des espaces intervilleux en est la conséquence.

La circulation maternelle du placenta se fait, suivant M. Delore, de la façon suivante : le sang des sinus utérins aborde le placenta par sa circonférence; il pénètre d'abord dans le sinus circulaire, puis dans les orifices d'entrée de la cavité qui sont solides. Il s'étale dans les aréoles sous-choriales et à la surface des lacs; de là, en montant le long des piliers, il s'insinue dans tous les espaces intervilleux et arrive sous la caduque où il arrose les sommets villeux. Glissant sous cette membrane et dans les canaux intercotylédonaires, il revient à la périphérie d'où il s'échappe par des orifices de sortie délicats situés sur un plan supérieur à ceux d'entrée.

Les causes de la circulation sont :

Une pression plus forte dans les vaisseaux afférents;

Les augmentations alternatives de pression produites par la systole du cœur de la mère et du fœtus;

Les mouvements respiratoires et les efforts de la femme et surtout les contractions insensibles de l'utérus, provoquées par l'accumulation d'acide carbonique dans la cavité placentaire qui est un grand sinus utérin.

Un cas de lèpre nostras (scrofulide maligne),

M. Cénas (de Saint-Etienne) relate l'observation d'un homme originaire du Velay où les ladres étaient très nombreux autrefois, et chez lequel, à un premier examen, on pourrait croire à un cas de lèpre atténuée. En réalité, on est en présence des lésions suivantes : tuberculose cutanée du dos de la main et du tarse droits; névrite tuberculeuse du cubital, lymphangite de la jambe.

La théorie de M. Zambaco est donc beaucoup trop absolue. Comme les syphilitiques, les scrofuleux ont été enfermés pêle-même avec les lépreux dans les maladreries du moyen âge.

M. Poncet se rallie au diagnostic de scrofulide maligne; 2 ou 3 fois il a rencontré des cas analogues. Pour l'un d'entre eux (lupus éléphantiasique du membre supérieur droit), il a pratiqué une désarticulation de l'épaule. L'examen histologique a démontré la nature tuberculeuse de la lésion. Le malade, opéré il y a 8 ou 10 ans, est resté complètement guéri. Il est probable que des lésions de nature infectieuse viennent se surajouter à la tuberculose, nécessitant des opérations sérieuses (désarticulation dans ce cas).

De l'action des boissons chaudes sur la fonction stomacale.

M. Montagnon (de Saint-Etienne). — Les boissons chaudes entre 40° et 45° ont une action nette sur la motilité stomacale. Cette action a été constatée par une série comparative de repas d'épreuves retirés à la sonde et à l'aide de lavages à des heures variées pendant l'acte digestif. Elles n'ont pas d'action sur la sécrétion gastrique, ce qui a été vérifié par l'analyse chimique de la bouillie stomacale par les procédés habituels. Les boissons chaudes sont indiquées chez les atoniques, avec dilatation chronique ou non.

Surtout elles peuvent rendre de grands services chez les hyperchlorhydriques simples ou hypersécréteurs avec phénomènes d'ectasie et de rétention, et chez lesquels il importe d'augmenter la vitesse d'évacuation sans exciter la sécrétion.

Hémoglobinurie paroxystique considérablement atténuée par une rougeole intercurrente.

M. Layral (de Saint-Etienne) observe depuis 3 ans un cas d'hémoglobinurie chez une petite fille de 8 ans, née en puissance d'hérédo-syphilis. Elle avait des accès d'hémoglobinurie très fréquents et très intenses apparaissent toujours à la même heure (11 heures du matin). L'enfant était très anémiée, son état général médiocre, lorsque en mai 1896, apparut une rougeole normale. Depuis ce moment, son hémoglobinurie est allée s'atténuant de plus en plus; actuellement, il ne persiste plus que de très petits accès.

La radiographie dans les lésions traumatiques du pied et du poignet.

M. Destot (de Lyon) a pu trouver soit dans les hôpitaux, soit dans sa clientèle privée 17 cas de fractures de l'astragale dont le diagnostic n'avait pas été porté. Il a de plus observé 2 luxations sous-astragaliennes; une luxation de tout l'interligne de Lisfranc, des fractures de métacarpiens isolées. Pour le poignet, il a pu trouver 6 fractures du scaphoïde associées ou non à des fractures du radius, simulant l'entorse du poignet comme les fractures de l'astragale peuvent simuler l'entorse du pied. Dans sa communication, il insistera seulement sur le mécanisme qui préside à la production de ces lésions.

Les fractures de l'astragale empruntent plusieurs mécanismes; tantôt elles accompagnent les fractures du calcanéum dans la chute sur la plante des pieds; tantôt c'est le mécanisme des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe par torsion du pied en dedans; mais ici encore la chute est nécessaire. Tantôt on observe des fractures parcellaires de l'astragale par flexion du pied forcée. M. Destot a pu en observer deux exemples très typiques, l'un dans lequel la fracture de l'apophyse postérieure de l'astragale était seule arrachée, l'autre dans lequel cet arrachement de l'apophyse postérieure était joint à une fracture d la malléole interne. D'autres cas sont plus irréguliers; c'es ainsi qu'il a pu voir une fracture de la tête de l'astragale coexistant avec une fracture de la face inférieure du scaphoïde.

Dans ces cas il s'agit de chutes; le pied étant en extension légère, s'accompagnant de rotation; l'astragale va se luxer, chassée de sa loge tibio-péronière, mais elle rencontre une colonne osseuse qui lui résiste, la voûte s'exagère et la tête s'écrase contre le scaphoïde qui lui-même peut éclater. La fréquence de ces lésions de l'astragale confirme les données expérimentales de M. Rochet, qui, essayant de luxer l'astragale, a vu que cet os se fracturait dans tous les cas où le pied n'était pas en extension.

Parmi les autres lésions traumatiques du pied, M. Destot a pu observer deux luxations sous-astragaliennes dont les radiographies ont permis de déceler la forme et la nature en même temps qu'indiquer le procédé de réduction. Ces deux luxations ont présenté ce caractère singulier qu'au lieu d'être dues à un grand traumatisme et à une chute comme les fractures de l'astragale, elles se sont produites très simplement.

Pour le poignet, les lésions que l'on trouve du côté du scaphoïde sont très fréquentes.

Le scaphoïde par sa courbure tend à se casser dans les chutes sur la paume de la main; suivant que le condyle carpien est solidarisé dans toute sa masse, où qu'au contraire la force agit partiellement, on peut avoir des fractures isolées du scaphoïde, ou au contraire des fractures du scaphoïde avec fractures du radius typiques et classiques. Cette lésion du scaphoïde dans les entorses du poignet est très remarquable puisqu'elle donne la clef des douleurs et assombrit le pronostic. Aussi la radiographie rend-elle de précieux services.

M. Destot a pu observer un cas de fracture du scaphoïde, non plus dans la chute sur la paume de la main, mais dans une chute sur la face dorsale du poignet. Dans ce cas l'extrémité supérieure du scaphoïde est décapitée par le tendon du 1er radial.

Trois cas de cornes cutanées.

M. Reboul (de Nîmes). Observation I. — Un homme de 58 ans, charretier, observé en 1892, présentait sur la partie gauche de la lèvre inférieure une corne d'une hauteur de 1 centimètre et de 6 millimètres à sa base. Cette corne dure, striée en long, d'un brun foncé, était aplatie d'avant en arrière et légèrement recourbée. Elle avait apparu 2 ans auparavant et, après une chute spontanée, avait récidivé. Une incision cunéiforme permit de l'enlever facilement, l'examen histologique n'a pas permis de découvrir aucune lésion d'épithélioma.

Observation II. — Un jeune homme de 20 ans, observé en mars 1896, avec M. Lafon, présentait sur la partie moyenne de la face cutanée de la lèvre supérieure une corne blanche, conique, d'une hauteur d'un demi-centimètre. Ablation facile au galvano-cautère.

Observation III. — Un homme de 62 ans, opéré en avril 1897, portait depuis environ 15 ans, dans la région pariéto-occipitale gauche, une corne qui avait augmenté progressivement. Il y a 8 ans, ce malade perdit sa corne pendant la nuit. A son réveil, le matin, il remarqua une tache de sang sur l'oreiller et trouva sa corne dans son lit. Même chute spontanée de la corne en 1892. En avril 1897, la corne avait récidivé et acquis le développement actuel. Cette corne, incurvée sur elle-même, légèrement tordue, d'un brun foncé, a une surface striée en long. A sa partie moyenne, on voit un renflement régulier, la base était implantée dans un bourrelet cutané, son extrémité est mousse, en forme de massue. La longueur de cette corne est de 11 centimètres, la circonférence de sa base de 2 centimètres et celle du sommet de 3 centimètres et demi.

On peut invoquer comme causes de ces productions cornées, dans le premier cas l'irritation produite par la pipe, dans le second la blennorrhagie et dans le troisième la séborrhée grave du cuir chevelu et le diabète.

Lésions nerveuses dans la peste.

M. Nepveu (de Marseille). — Sur des coupes fines des circonvolutions cérébrales, on trouve dans l'espace sous-arachnoï-

dien des bacilles parsemés çà et là ou réunis en petits groupes, surtout nombreux dans les veines (où on les rencontre sur la paroi ou dans des caillots). On voit aussi de nombreux leucocytes devenant plus rares à mesure qu'on avance vers la profondeur. Les capillaires sont congestionnés, ils contiennent, outre des leucocytes en grande quantité, des bacilles de la peste que l'on voit bien en les colorant au bleu de Löffler ou par la thionine, procédé dont se sert mon chef de laboratoire, M. Hagenmuller.

Une abondante diapédèse leucocytique s'est produite autour des capillaires et des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale. Ces cellules sont parfois aplaties, comprimées ou même atrophiées en partie par 5,6 à 10 leucocytes. Dans ce cas, la matière chromatique et une notable partie du protoplasma ont disparu; le noyau est très réduit de volume.

Ces fins détails sont étudiés par le chlorure d'or. L'emploi de ce sel permet de voir que le riche plexus cylindraxile qui entoure les cellules a en partie dirparu, que la substance chromatique intra-cellulaire est réduite de quantité et de coloration, que les prolongements protoplasmiques des cellules les plus altérées sont comme granuleux et en dégénérescence. Ces lésions sont dues à la vive congestion, à la compression par la diapédèse leucocytique et l'œdème cérébral consécutif.

Angiomes et angiolipomes sous-cutanés et et intra-musculaires simples et caverneux du membre supérieur gauche et du thorax.

M. J. Reboul (de Nîmes) communique un cas d'angiomes sous-cutanés et intra-musculaires simples ou caverneux du membre supérieur gauche et du thorax, observés chez une femme de 30 ans qui a vu apparaître une première tumeur sur la face antérieure de son poignet gauche à l'âge de 12 ou 14 ans. Une nouvelle tumeur a paru au-devant de l'extrémité inférieure du sternum, quand elle avait 24 ans; 2 ans après elle reçut un coup d'ombrelle au niveau de la partie antérieure du 3e espace intercostal gauche; il se développa bientôt en cette région une tumeur d'abord indolente qui ne tarda pas à être le siège d'une gêne continue et de douleurs spontanées. En même temps, d'autres angiomes se développaient à la main gauche (éminence thénar, médius, 1er espace interosseux), des dilatations variqueuses et cirsoïdes occupaient toute la partie antéro-interne du membre supérieur gauche et allaient dans l'aisselle s'anastomoser avec les ramifications des angiomes thoraciques. De plus, d'autres angiomes indolents ont apparu dans la région dorsale et le flanc droit.

Les angiomes du membre supérieur gauche et du thorax n'ont pas déterminé de troubles trophiques locaux nets, mais cette généralisation angiomateuse a retenti sur l'état général de la malade qui présente des signes d'induration du sommet gauche. Les angiomes du poignet et du 3e espace intercostal étant douloureux, et devenant une grande gêne pour la malade, M. Reboul se décida à intervenir. Il excisa les tumeurs de la main et l'angiome présternal, mais fut obligé de se borner à une excision partielle de la tumeur intercostal qui était un angiome du 3e espace intercostal ayant détruit les muscles intercostaux, envahi le muscle grand pectoral et pénétrant dans le médiastin.

Les angiomes de la main étaient des angiolipomes, des angiomes caverneux, adhérant soit à la gaine du nerf médian, soit aux vaisseaux collatéraux de doigts, soit à l'aponévrose et aux muscles de l'éminence hypothénar. Suites normales.

M. Reboul insiste sur cette extension des angiomes sous-cutanés, sur les diverses variétés (angiolipomes kystiques, angiomes caverneux, angiomes caverneux, angiomes sous-cutanés et musculaires) qui coexistaient chez sa malade, sur les dilatations variqueuses et cirsoïdes du membre supérieur gauche et du côté du thorax correspondant. Le pronostic de cette angiomatose doit être très réservé à cause de l'évolution progressive qu'elle affecte en particulier chez cette malade, de l'altération de la santé générale qu'elle entraîne, du terrain favorable qu'elle prépare au développement de la tuberculose, et enfin de la production possible d'angiomes internes contre lesquels on est le plus souvent impuissant.

Dans ce cas, l'évolution et l'extension des angiomes paraissent avoir subi l'influence des grossesses répétées; enfin une de ces tumeurs, l'angiome du 3e espace intercostal droit paraît avoir eu un trauma pour cause occasionnelle de son développement, Deux de ces angiomes étaient douloureux, ce qui peut, comme dans ce cas, indiquer une intervention. L'excision de ces angiomes est la méthode la plus rationnelle, mais elle n'est pas toujours possible, si les angiomes sont pénétrants, s'ils sont étendus ou si l'état général de la malade contre-indique l'intervention chirurgicale ou l'anesthésie. L'électrolyse doit alors être employée. Elle donne généralement d'excellents résultats, à moins que l'angiomatose ne soit trop généralisée et en dehors des ressources thérapeutiques.

De la méthode du redressement forcé.

M. Delore (de Lyon) présente un appareil destiné à opérer le redressement forcé par l'application d'une force agissant lentement, progressivement. Son principe diffère donc de celui des appareils généralement employés et qui agissent brusquement.

Ce tarsoclaste de M. Delore possède les avantages suivants : sa force est indéfinie; elle s'exerce très lentement sans risque d'avoir des échappées; il est portatif; s'adapte à tous les âges et à toutes les formes de déviations. Avec cet instrument on peut pratiquer l'ostéoclasie dans le cas de genu valgum, dans les cals vicieux. Il serait facile également d'en faire un puissant appareil de redressement pour les déviations de la taille et les gibbosités du mal de Pott.

L'ostéoclasie exerce son action sur les os qu'elle refoule en place, sur les ligaments qu'elle tire avec une force telle qu'ils se décollent des os en entraînant des débris de périoste. Ce mécanisme fait comprendre le prompt rétablissement de la forme, même après les déformations les plus extrêmes du pied, par exemple; c'est une intervention incontestablement innocente.

Le redressement forcé appliqué au torticolis postérieur.

M. Delore.— Ce genre de torticolis est évidemment le plus fréquent. Il n'est pas justiciable de la ténotomie du sterno-mastoïdien; on obtient d'excellents résultats par le redressement forcé. On produit l'élongation des muscles en état de myosite et un redressement des arthrites subaiguës avec adhérences. Le malade est soumis à l'anesthésie. On fait un redressement progressif avec des efforts manuels; puis on maintient le redressement par un bandage inamovible.

Du bicarbonate de soude considéré comme agent actif de la sécrétion gastrique.

M. Montagnon (de Saint-Étienne). — 1° Le bicarbonate de soude administré avant le repas a une action évidente sur la sécrétion gastrique.

2° Pour obtenir l'effet maximum, il faut administrer le médicament 1 heure avant le repas; cet effet maximum a lieu 3 heures à 3 h. 1/2 après l'absorption du bicarbonate de soude, mais se manifeste déjà à la fin de l'heure qui suit son introduction dans l'estomac.

3° Les doses les meilleures sont celles de 0gr,50 à 2 grammes. Au-dessus, il se produit une superalcalinisation qui neutralise l'acide chlorhydrique au fur et à mesure de son apparition.

4° Chez les hyperchlorhydriques, de faibles doses produisent parfois une excitation sécrétoire très active. C'est avec 0gr,50 que le maximum d'acidité a été obtenu.

5° L'absorption de bicarbonate de soude n'est quelquefois suivie que de résultats négatifs, c'est qu'alors les éléments cellulaires de l'appareil sécréteur stomacal ont subi une atrophie déjà avancée et ne sont plus susceptibles d'excitation. La même chose peut se produire si l'on fait trop tôt le repas d'épreuve.

De l'iodure de potassium dans le traitement de l'actinomycose.

M. Bérard (de Lyon) ne pense pas que l'iodure de potassium puisse être considéré comme le médicament spécifique de l'actinomycose. On ne doit le prescrire isolément que pour les cas

récents, limités en profondeur, et à la phase d'induration congestive du début. Pour toutes les autres formes cervico-faciales et même pour les précédentes, si, au bout de quelques semaines, l'iodure semble inefficace, M. Bérard est partisan d'une intervention chirurgicale hâtive et large comme médication d'urgence. Ce n'est qu'après l'évacuation des principaux foyers que l'iodure administré à l'intérieur pourra hâter la cicatrisation.

Pour les formes viscérales profondes, difficilement accessibles au chirurgien, l'iodure n'est susceptible d'entraver l'évolution du parasite que tout à fait à la période de début; mais, à cette période, d'ordinaire, le diagnostic est très hésitant.

Plus tard, les infections fatalement surajoutées rendent illusoire l'emploi de l'iodure qui n'agit que rarement, à doses massives et prolongées, et encore faut-il le plus souvent qu'une intervention chirurgicale palliative puisse lui venir en aide

Actinomycose cervico-faciale.

M. Duchamp (de Saint-Etienne) présente un homme de 24 ans porteur d'ulcérations multiples de la région cervico-faciale du côté droit, d'origine actinomycosique. L'affection débuta par un trismus très marqué; en même temps un abcès se faisait jour sous la peau. On pensa à des accidents dus à la dent de sagesse. Le malade fut anesthésié; la dent enlevée; elle était absolument saine; pas de pus autour d'elle. Le trajet suppuré ne conduisait pas sur le maxillaire.

Le long de la branche montante de l'os, du côté droit, on trouvait une induration des parties molles remontant jusque dans la fosse temporale, descendant le long du cou. A cause de la résistance des tissus, il était impossible de sentir les ganglions. Ce tissu était miné par des trajets fistuleux fusant jusque vers le creux sus-claviculaire.

On procéda à un grattage minutieux de la région, et on donna de l'iodure de potassium d'abord à la dose de 4 gr. pour arriver rapidement à 10 gr. par jour. Au bout de 3 mois le trismus commença à disparaître. Actuellement, le malade va bien, il a engraissé. Il ne persiste plus que quelques cicatrices recouvertes de croûtes.

M. Poncet. — Le trismus, l'évolution de l'affection, l'aspect des cicatrices, démontrent absolument son origine actinomycosique.

M. Poncet est d'avis que le pronostic doit être encore très réservé, les foyers ne paraissent pas complètement guéris.

Actinomycose humaine néoplasique limitée.

M. Ducor présente 5 photographies d'une énorme tumeur actinomycosique limitée, avant et après la guérison complète.

Il s'appuie sur les résultats obtenus pour démontrer la légitimité de ses conclusions présentées à l'Académie de médecine, le 7 août 1896, à propos de ce cas d'actinomycose néoplasique limitée, le premier observé en France, conclusions portant sur les points suivants : importance capitale du régime tonique dans l'actinomycose comme dans la tuberculose; action spécifique de l'iodure à condition expresse d'être donné à *dose suffisante comme durée et comme quantité;* possibilité d'une action chirurgicale conservatrice, en ne traitant pas, de *parti pris*, ces tumeurs comme un néoplasme absolument malin et en réservant la résection du maxillaire pour les cas où l'os est irrémédiablement perdu.

Faits relatifs à l'histoire de l'actinomycose.

M. Heim (de Paris) n'a pu réaliser de culture de parasites sur des végétaux vivants; par contre, il a obtenu de vigoureuses cultures sur des milieux artificiels : gélose, gélatine, additionnées de jus stérilisé de végétaux divers. Ces faits expliquent la vie saprophytique normale de l'actinomyces à la surface des débris végétaux languissants ou morts.

Pour ce qui est du traitement M. Heim reconnaît les bons effets que l'on obtient dans certains cas d'actinomycose par l'iodure, qui peut, en outre, servir de pierre de touche. L'iode est probablement l'agent actif, car il entrave les cultures d'actinomyces même à faible dose; pourtant son emploi à l'état isolé n'a pas donné de résultats thérapeutiques supérieurs à ceux de l'iodure.

De l'actinomycose dans le Gard.

M. Reboul (de Nîmes), n'a pas observé et ne connaît pas de nouveaux cas d'actinomycose humaine dans le Gard, mais il a pu examiner en février 1897, avec M. Bouniol, vétérinaire, à Caissarques, petit village bas et humide, un cheval de 11 ans présentant une volumineuse tumeur actinomycosique du maxillaire supérieur droit, ayant 23 centimètres de longueur sur 23 centimètres de hauteur. Cette tumeur limitée, se confondant avec l'os, bombe fortement sur la face externe de l'os, sur la voûte palatine et obture à peu près complètement le naseau droit. C'est le 6e cas d'actinomycose observé chez les animaux dans le département du Gard.

Les 2 cas personnels d'actinomycose que M. Reboul a observés et dont il a précédemment publié les observations (Congrès de chirurgie 1895, Académie de médecine 1896) ont présenté depuis, malgré un traitement ioduré, de nouvelles récidives.

a) *Actinomycose thoracique.* Depuis octobre 1896, ce jeune homme a eu 2 abcès actinomycosiques à la partie antérieure du thorax, à droite (région pré-sternale, région sous-claviculaire). L'état général de ce malade est excellent. La scoliose qu'il présentait, si prononcée il y a 2 ans, s'est beaucoup améliorée sous l'influence de l'hydrothérapie et de la gymnastique orthopédique. Il continue à prendre de l'iodure, qu'il est parfois obligé d'interrompre.

b) *Actinomycose du maxillaire inférieur.* Cet enfant a eu une récidive au-devant de l'acien foyer, sur la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. M. Reboul a dû l'opérer en février 1897 et réséquer une bonne partie du maxillaire, cureter les foyers actinomycosiques. Depuis lors, pas de récidives. Etat général parfait. L'enfant prend toujours de l'iodure.

Quoique ces 2 malades aient été soumis au traitement ioduré depuis leurs opérations (2 ans et 1 an 1/2) il y a eu des récidives. M. Reboul pense que le traitement essentiel de l'actinomycose est l'ouverture large du foyer et que le traitement ioduré ne peut être considéré que comme adjuvant, à condition de l'associer aux toniques.

Gastrotomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

M. Villard (de Lyon) relate l'observation d'une femme de 45 ans, qui présentait depuis 4 ans un rétrécissement cicatriciel consécutif à l'ingestion d'acide sulfurique. Régulièrement cathétérisée, cette femme avait pu s'alimenter par l'œsophage jusqu'au mois de juin 1897. A cette époque, à la suite de cathétérismes maladroits, la déglutition devient impossible même pour les liquides, et, pour parer à l'état d'inanition, on pratique la gastrostomie en 2 temps et, pendant 7 jours, la malade est alimentée par la voie stomacale.

Au bout de ce temps, la cathétérisme œsophagien redevient possible ainsi que la déglutition des liquides. A partir de ce moment, la dilatation régulière de l'œsophage est poursuivie. Deux mois plus tard, une opération autoplastique est pratiquée dans le but d'oblitérer la fistule stomacale. Guérison.

Actuellement l'alimentation buccale est devenue régulière, mais de temps en temps, on fait le cathétérisme destiné à maintenir le calibre de l'œsophage.

Cette observation montre bien le rôle efficace de la gastrotomie, qui doit être considérée comme opération temporaire et qui ne deviendra définitive qu'exceptionnellement.

Effets physiologiques de l'éviscération. Du shock abdominal opératoire : étude expérimentale.

MM. J. Guinard et **L. Tixier** (de Lyon) se sont efforcés d'enregistrer, de fixer par des traces les divers phénomènes réflexes déterminés par des traumatismes abdominaux considérables.

Ces réflexes graves, d'origine abdominale, avait été entrevus par Ruysch et Boerhaave; mais c'est à Goltz, Brown-Sequard, Bernstein, Tarchanoff que revient l'honneur de les avoir con-

statés expérimentalement : ces auteurs s'appliquèrent d'ailleurs uniquement à étudier les troubles cardiaques produits par des chocs portés sur l'abdomen. Les troubles étaient plus ou moins intenses suivant que le péritoine était sain (Goltz) ou enflammé (Tarchanoff). On se contentait d'ailleurs d'en constater l'apparition *de visu*, par une fenêtre faite à la paroi thoracique au niveau du cœur.

La possibilité d'expliquer par ces réflexes péritonéaux certains troubles du cœur droit, consécutifs à des affections gastro-intestinales, avaient été admise par les cliniciens. Au Congrès pour l'avancement des sciences de Montpellier (1878), une discussion intéressante s'éleva entre MM. Potain, Tessier, François-Franck. M. Tessier admettait que les irritations reçues par le grand sympathique étaient répercutées sur le cœur par l'intermédiaire du sang. Mais bientôt MM. Arloing et Morel montraient que le réflexe n'abandonnait à aucun moment la voie sympathique.

On avait d'ailleurs reconnu que le cœur n'était pas seul influencé par les irritations abdominales et que la circulation tout entière était modifiée; en même temps se révélaient des troubles respiratoires importants. Les chirurgiens connaissaient bien ces cas, à la suite d'une opération grave sur l'abdomen où on voit le pouls devenir petit et filant, la respiration haletante et superficielle, le cœur lent et irrégulier (phénomènes de shock).

MM. Guinard et Tixier se sont appliqués à produire expérimentalement et à enregistrer ces phénomènes. Ils ont surtout étudié les résultats obtenus pendant l'éviscération, jugeant que c'est l'opération abdominale qui peut le plus facilement causer ces accidents graves, si redoutés.

Dispositif opératoire employé. — Ces auteurs ont expérimenté sur le chien. Une objection sera alors soulevée : le péritoine du chien est trop peu sensible pour que les résultats obtenus soient applicables à l'homme. MM. Guinard et Tixier répondent d'abord que c'est là une question de degré; si nous constatons quelques accidents en irritant le péritoine du chien nous n'avons qu'à les supposer exagérés pour reproduire ce que l'on verrait chez l'homme. De plus, on peut rendre irritable le péritoine du chien en pratiquant dans les jours qui précèdent l'expérience une laparotomie non parfaitement aseptique, en créant un volvulus intestinal; on voit alors le péritoine devenir très sensible.

Les résultats expérimentaux sont si manifestes que MM. Guinard et Tixier partagent leurs chiens en 2 groupes : les chiens sains et les chiens shockés (dont le péritoine avait été rendu malade). Les réflexes observés chez les uns et les autres sont tout différents dans leur apparition et leur intensité

Les chiens ont toujours été anesthésiés.

De ces expériences, MM. Guinard et Tixier ont conclu au point de vue physiologique : elles constituent une vérification complète et peut-être meilleure que les précédentes de l'existence de ces réflexes péritonéaux signalées par Goltz, Tarchanoff, etc.

Il leur paraît intéressant aussi d'avoir constaté que chez les chiens anesthésiés les impressions sensitives provenant du péritoine se traduisent par des réflexes vaso-moteurs aussi constants et aussi faciles à vérifier que ceux qu'ils ont vus, indépendamment et sans préjudice des autres manifestations du cœur et de la respiration.

Au point de vue chirurgical :

1° L'état de shock se révèle avec des signes physiologiques qui, enregistrés, correspondant exactement aux symptômes cliniques : chute de la pression artérielle, ralentissement et faiblesse du pouls et des pulsations cardiaques, accélération de la respiration;

2° L'éviscération réalise des conditions très favorables à la production du shock;

3° Chez les individus dont le péritoine n'est pas enflammé, l'éviscération peut être exécutée sans trop de dangers à condition que le cœur soit sain. Elle ne doit pas être prolongée au delà de 15 minutes au maximum;

4° Chez les individus dont le péritoine est malade (péritonisme, péritonite, occlusion intestinale, etc.) l'éviscération est très dangereuse par l'acuité des réflexes dont elle est le point de départ.

Les auteurs communiquent une série de tracés très démonstratifs.

Hémorrhagie mortelle consécutive à la section du frein sublingal chez un enfant à sa naissance.

M. J. Reboul (de Nîmes). — Il s'agit d'une petite fille à qui M. Dussaud sectionna quelques heures après sa naissance le frein sublingal, en prenant les précautions d'usage. Une petite hémorrhagie suivie la section, puis céda au tamponnement, mais recommença bientôt après, continue, en nappe, résistant à tous les moyens employés pour la combattre : compression ouatée, serres-fines, pince à forcipressure, perchlorure de fer, eau de Pagliari, antipyrine. M. Reboul vit l'enfant un jour et demi après le début de l'hémorrhagie: il essaya vainement de l'arrêter par la compression, le stérésol, le galvano-cautère. Les moyens locaux amenaient parfois un temps d'arrêt dans le suintement sanguin, mais l'hémorrhagie recommençait bientôt au pourtour des eschares produites par le galvano-cautère. La plaie s'agrandit sous l'influence des mouvements de la langue de l'enfant et des tentatives faites pour arrêter l'hémorrhagie. 8 injections sous-cutanées de sérum (150-200 grammes) furent faites à des intervalles plus ou moins rapprochés. Après chacune de ces injections, l'enfant parut se ranimer. Cependant l'hémorrhagie continuant, l'enfant s'affaiblit de plus en plus, devint d'une pâleur extrême, des ecchymoses sous-inguinales se montrèrent, quelques piqûres devinrent le point de départ d'ecchymoses, il y a eu du melæna, des érosions anales hémorrhagiques, et l'enfant mourut exsangue 5 jours et demi après la section du filet lingual.

M. Reboul pense que dans ce cas, comme dans celui de Richet, l'enfant dont il s'agit était hémophile. Les parents avaient perdu l'année d'avant un autre enfant mort un mois après sa naissance de pyohémie sans cause apparente. La mère est morte récemment de tuberculose aiguë. Les parents de l'enfant étaient cousins germains.

La section du filet lingual chez les nouveau-nés, pouvant entraîner la mort par hémorrhagie chez un enfant hémophile ou très débile, doit donc attirer l'attention du médecin et ne pas être considérée toujours comme une opération sans importance.

Du méat hypogastrique chez les prostatiques anciennement cystostomisés.

M. H. Delore (de Lyon), en s'appuyant sur l'étude d'observations de cystostomies avec méat hypogastrique persistant depuis 9 moins au moins et depuis 8 ans au plus, arrive aux conclutions suivantes :

1° Qu'un véritable urèthre contre nature se forme peu à peu dans la région hypogastrique, c'est-à-dire un canal présentant un trajet variant entre 2 et 6 centimètres avec 2 orifices, l'un cutané, l'autre vésical;

2° Les cystostomisés permanents (Poncet) sont les uns continents (13 cas); les autres incontinents (13 cas); les derniers enfin incontinents partiels (8 cas);

3° La continence semble résulter d'un ensemble de dispositions anatomiques et physiologiques parmi lesquelles les plus importantes sont : la longueur de l'urèthre, son calibre et sa constitution anatomique;

4° Le manuel opératoire de la cystostomie doit être simple, peu compliqué, comme le recommande M. Poncet, en raison de l'état des voies urinaires qui commande l'opération et en raison de l'âge des malades dont la moyenne égale 74 ans;

5° Chez les incontinents, l'urine est recueillie très convenablement et en totalité par un appareil que M. Delore montre aux membres de la section. L'infirmité est non seulement supportée, grâce à cet appareil (9 malades), mais l'auteur affirme que la situation de ces malades est préférable à la situation ordinaire des prostatiques non cystostomisés.

Chez les continents, la situation des malades est enviable et leurs récits nous montrent leur reconnaissance envers cette opération relativement récente.

M. Duchamp a pratiqué plusieurs fois l'opération de M. Poncet. Dans un cas même, il a essayé d'enlever par l'orifice hypogastrique une portion de la prostate qui proéminait dans la

vessie. Le succès obtenu fut complet. Le malade va bien à condition toutefois de pratiquer tous les 2 ou 3 jours un lavage vésical.

M. Poncet préfère incontestablement la cystostomie à l'emploi de la sonde à demeure préconisée par M. Bazy. La sonde, le plus souvent, détermine la production d'une pyélo-néphrite infectieuse.

La prostatectomie peut quelquefois compléter la cystostomie et cela surtout quand une saillie de la prostate forme une luette médiane rétrécissant l'orifice vésical. Dans la thèse de Lagoutte, 1 ou 2 cas sont signalés. Mais, le plus souvent, l'hypertrophie est charnue, en masse, non nodulaire, et on ne peut rien enlever.

M. Reboul a pratiqué plusieurs cystostomies. Un seul de ses opérés est mort 1 ou 2 jours après l'opération d'une pneumonie. Chez tous les autres, il a observé une survie assez longue.

L'iodothyrine dans le traitement médical des goîtres.

M. Briau (de Lyon) a essayé l'iodothyrine chez 4 malades du service de M. Poncet, suivant les indications de Bowmann, c'est-à-dire à la dose de 30 centigrammes par jour, pendant des périodes suivies variant de 1 à 3 mois.

Chez 3 de ces malades âgés de 12 à 18 ans, atteints de petits goîtres charnus récents, mais accompagnés de phénomènes respiratoires intenses, la médication fit rapidement disparaître cette dyspnée, symptôme capital, et agit plus lentement sur le goître mais suffisamment cependant pour que les 3 sujets aient cessé tout traitement depuis 5 mois, se considérant comme complètement guéris.

Le quatrième malade, âgé de 20 ans, avait un goître ancien volumineux, de consistance molle, sans phénomènes respiratoires; le traitement par l'iodothyrine, continué plus longtemps encore que chez les précédents, ne produisit aucune amélioration. M. Poncet pratiqua une thyroïdectomie partielle (il enleva une lobe de 270 grammes) suivie d'une guérison parfaite. Il estime que le traitement chirurgical est le seul traitement des goîtres charnus anciens et des goîtres kystiques.

L'iodothyrine peut rendre de grands services, mais seulement dans les petits goîtres charnus, récents, même accompagnés de dyspnée.

Opothérapie.

M. Rivière (de Lyon) a employé contre un certain nombre d'affections nasales un extrait liquide de muqueuse pituitaire préparé par M. Jacquet de la façon suivante : macération de la muqueuse des cornets moyen et inférieur d'un mouton dans de l'eau résorcinée à 4 pour 1000 soumise à une température de 65° à l'étuve pendant 24 heures. Filtration, puis remise à l'étuve à 65° pendant 24 heures.

Les résultats ont été analogues à ceux obtenus par d'autres substances actives dans des cas de perforation de la cloison, de rhinite sèche, de syphilis nasale rebelle.

Dans un cas d'ozène grave et ayant récidivé après divers traitements, dont l'électrolyse, les applications d'extrait suivant le nettoyage ont été suivies d'une disparition rapide de l'odeur, puis d'une amélioration de tous les symptômes et de la muqueuse qui a paru à M. Rivière supérieure à ce qui est généralement obtenu avec des traitements moins inoffensifs ou plus difficiles.

Des suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires.

M. Rollet (de Lyon). — L'origine sinusienne des inflammations orbitaires est souvent méconnue. Maintes fois on a publié des cas d'ostéites du plancher de l'orbite; on rapportait ces ostéites à des causes générales ou inconnues; l'examen du sinus n'était pas fait. Or c'est là que l'on peut bien souvent observer le début de l'affection. L'infection des parties molles de l'orbite est consécutive à une ostéo-périostite du plancher orbitaire. Or, la paroi supérieure du sinus est très mince, souvent présente des lacunes; l'infection se propage directement du sinus à l'orbite; ce n'est que très exceptionnellement que l'on pourra invoquer l'infection de l'orbite par voie lymphatique ou par voie veineuse.

L'ostéo-périostite du plancher de l'orbite revêt généralement une forme aiguë : on observe des symptômes généraux, fièvre avec frissons, abattement, des signes locaux caractéristiques, douleurs à la pression sur le rebord orbitaire, douleurs spontanées dans le domaine du nerf sous-orbitaire, rougeur érysipélateuse des paupières et de la joue, chémosis, exophthalmie, etc. Une petite tuméfaction se forme à la partie inférieure ou interne de l'orbite, s'abcède bientôt. Par l'orifice fistuleux s'échappent du pus, des masses caséiformes et des petits séquestres.

D'autres fois, il s'agit d'une ostéo-périostite à forme chronique; on observe les signes d'un phlegmon orbitaire ou oculaire, à marche insidieuse, des lésions ophthalmoscopiques du nerf optique qui attirent l'attention et commandent l'examen du sinus maxillaire.

Le diagnostic peut être difficile. On songe à un érysipèle, à un abcès, à une névralgie dentaire, on peut méconnaître l'origine exacte de l'inflammation, si l'on oublie l'examen du sinus et des fosses nasales.

On ne confondra pas ces ostéites symptomatiques avec les ostéites tuberculeuses ou les sarcomes. Il faut se rappeler qu'au pus inflammatoire et banal que l'on évacue par le bistouri et la gouge est mélangée une sécrétion assez particulière au sinus maxillaire. Cette sécrétion consiste en des masses caséeuses, concrétées, d'une odeur extrêmement fétide, que l'on retrouve, par exemple, dans le coryza caséeux.

Ces lésions sont généralement très graves. C'est la mort par suite d'abcès cérébral (Panas) ou de méningite (Mendel); c'est la cécité, suite de phlegmon oculaire (Brunschwig) ou d'atrophie optique (Gaine, Salter),

En terminant, M. Rollet donne lecture de 2 observations de suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires. Dans ces 2 cas, il intervint largement par une ou deux ouvertures, considérant qu'un drainage alvéolaire est insuffisant dans les cas graves.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

VIIIe session, tenue à Toulouse du 2 au 7 août 1897.

Syphilis et paralysie générale.

MM. Carrier et Carle (de Lyon) apportent 2 observations tendant à prouver l'influence prépondérante de la syphilis dans la paralysie générale.

La première observation a trait à une jeune fille de 18 ans atteinte de paralysie générale juvénile, dont la mère a contracté la syphilis trois ans avant la naissance de sa fille. La malade est actuellement arrivée à une période avancée de la maladie.

Cette forme juvénile n'est point une rareté et elle permet d'étudier l'étiologie de la paralysie générale. L'âge des sujets permet d'éliminer toutes les causes banales auxquelles on continue à attribuer cette affection, et il ne reste plus que la syphilis qui, lorsqu'elle existe, prend l'importance d'un facteur étiologique d'une valeur exclusive. Sous ce rapport cette observation est absolument probante.

Dans une seconde approbation apportée par M. Carrier, qui a trait à une femme de 42 ans, syphilitique avérée, les rapports de la syphilis avec la paralysie générale ne sont pas moins évidents.

M. Carrier croit que dans tous les cas de paralysie générale il faut rechercher avec grand soin la syphilis dans les antécédents personnels ou héréditaires surtout si le sujet est jeune.

Dans tous les cas de paralysie générale acquise ou congénitale, il faut appliquer le traitement spécifique de la vérole, à l'aide duquel si on n'obtient pas de véritables guérisons, ce qui est impossible, on peut du moins déterminer de longues rémissions.

M. Doutrebente fait observer que, bien que la première malade de M. Carrier, se trouvât à une période déjà avancée de la paralysie générale, le traitement spécifique a fourni une

longue rémission. Ce cas démontre donc qu'avec le traitement antisyphilitique on peut obtenir une grande amélioration, lorsque les lésions ne sont pas par trop anciennes. M. Doutrebente a rapporté en 1892 au Congrès de l'observation de 6 paralysés généraux syphilitiques et qu'il avait traités comme tels. Chez tous les 6, il avait obtenu sous l'influence de la médication spécifique une grande amélioration. Depuis 1892, 3 de ses malades ont eu des rechutes, et 2 sont morts, mais le sixième est encore bien portant après une rémission de 14 ans. Il croit donc que le traitement antisyphilitique s'impose en face d'un cas de paralysie générale.

M. Régis trouve que l'observation de M. Carrier démontre bien l'existence des paralysies générales juvéniles. Il a eu, lui-même l'occasion d'observer deux cas de paralysie générale juvénile; un des 2 malades étant mort, la nécropsie confirma le diagnostic posé. Comme cause de cette paralysie on incrimine la syphilis héréditaire.

Quant à la fréquence de la paralysie juvénile, M. Régis fait remarquer que depuis 1883 on a publié une cinquantaine d'observations de paralysie générale juvénile dont 25 environ avec autopsie. Cela prouve que non seulement cette affection existe, mais qu'elle est encore plus fréquente qu'on ne le croit.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la moelle épinière des aliénés.

M. Anglade a examiné 40 moelles d'aliénés dont il faut distraire celles de 14 paralytiques qui méritent par la fréquence des lésions et leur importance une étude spéciale, celles de 12 déments apoplectiques dont les lésions médullaires obéissent aux lois de la dégénération secondaire et celles de 3 épileptiques. Il reste 11 aliénés proprement dits.

Deux de ces aliénés avaient présenté des symptômes médullaires. A l'autopsie, dans la moelle de l'un d'eux, se voient des lésions de méningo-myélite tuberculeuse.

L'autre, dément stupide avec des contractures des membres inférieurs et des muscles du cou pendant 4 ans, présentait une moelle tuméfiée à la région cervicale sur une étendue de 3 centimètres environ. A la coupe, cette moelle offrait les lésions de sclérose diffuse avec destruction de la substance grise. Il n'existait pas de lésions centrales, et il est intéressant de constater qu'un sujet ayant présenté à la fois des troubles psychiques et des troubles médullaires offre seulement des lésions médullaires.

6 aliénés tuberculeux et morts des suites de tuberculose ont présenté des lésions de la substance grise et de la substance blanche.

Dans la substance blanche on observe de la dégénération des cordons postérieurs, d'une portion des cordons latéraux et antérieurs, celle qui avoisine la substance grise. Microscopiquement elle est caractérisée par la raréfaction de la myéline accusée surtout dans le faisceau de Burdach. Dans la substance grise, on constate l'altération des cellules radiculaires et des cellules de la colonne de Clarke.

Colorées par la méthode de Nissl, elles laissent voir un protoplasma altéré. Les granulations chromatophiles sont fondues. Une substance homogène se colorant fortement par les couleurs d'aniline les a remplacées. Le noyau a perdu ses contours arrondis, et gagne la périphérie de la cellule, les prolongements sont sectionnés.

Il serait intéressant de contrôler par l'expérimentation les résultats obtenus et de rechercher surtout le rôle de la tuberculose.

Des borborygmes.

MM. Sabrazès et **Lamarcq** ont étudié la pathogénie encore obscure des borborygmes. De leurs observations il résulte que :

1° Les contractures spasmodiques du diaphragme jouent un rôle essentiel dans la pathogénie des borborygmes rhythmés;

2° L'estomac est tombant, biloculaire. Il contient des liquides et des gaz provenant des fermentations anormales. Les bruits rhythmés n'existent pas sans eux. Ces bruits sont d'origine gastrique;

3° L'état névropathique du malade favorise l'apparition des spasmes phréniques;

4° La sonde de Glénard en redressant la courbure gastrique et en amenant une compression énergique de l'estomac amène la disparition des bruits anormaux.

Paralysie pseudo-hypertrophique.

M. Destarac présente un enfant de 6 ans atteint de paralysie pseudo-hypertrophique avec participation des muscles de la face.

Cette particularité extrêmement rare établit la transition entre la paralysie pseudo-hypertrophique et le type Landouzy-Déjerine. De plus ce malade n'offre pas le caractère familial. Les réactions électriques sont normales (simple affaiblissement de l'excitabilité).

Épilepsie jacksonienne.

M. André présente l'observation d'un malade atteint d'épilepsie jacksonienne, type à début brachial, avec atrophie consécutive très marquée du bras et main en griffe. Ce cas lui paraît plaider en faveur de l'action trophique de l'écorce grise du cerveau.

Hémiplégie chez l'enfant.

MM. Bézy et **Marie** (de Toulouse). La petite fille présentée s'est très bien portée jusqu'à 5 ans. A cette époque elle devient brusquement hémiplégique et ne peut plus marcher qu'avec un appareil. Nous ne pouvons avoir d'autres renseignements, cette enfant étant originaire d'un village de la montagne et recueillie dans un asile.

Depuis quelque temps elle marche, mais les 2 membres du même côté sont parésiés et atrophiés. La radiographie indique que l'atrophie est aussi marquée sur le squelette.

L'examen électrique montre l'hyperexcitabilité de certains muscles, les autres sont normaux.

On ne retrouve les signes classiques ni de l'hémiplégie spasmodique infantile ni de la paralysie spinale infantile. Il semble qu'il s'agisse d'une lésion organique.

Acromégalie traité par la médication thyroïdienne.

MM. J. Baylac et **Fabre**, relatent un cas d'acromégalie à évolution lente sans retentissement sur l'état général et n'ayant amené aucun trouble encéphalique, qu'ils ont traité par la médication thyroïdienne.

Sous l'influence de ce traitement le malade a présenté un amaigrissement progressif (8 grammes) qui a enlevé aux mains leur aspect de battoir et diminué l'hypertrophie des pieds. En revanche le prognathisme et la cyphose ont paru s'accentuer comme le démontrent les photographies présentées au Congrès.

Du côté des urines, les auteurs ont constaté une augmentation croissante de l'urée excrétée. Avec la suppression de la médication thyroïdienne, l'urée est tombée à son taux normal.

Deux cas de chorée héréditaire.

MM. Lannois et **Paviot** (de Lyon), ont pu faire l'examen microscopique du système nerveux central dans 2 cas de chorée héréditaire, datant l'un de 20 ans, l'autre de 5 ans et demi.

Au point de vue macroscopique, en dehors des lésions banales d'épanchement dans les méninges, de pachyméningite et d'hématomes récents, on a trouvé une atrophie cérébrale très accusée. L'encéphale entier pesait chez la première malade 950 grammes et chez la seconde 980 grammes.

Au point de vue microscopique la lésion très évidente consistait essentiellement en une infiltration de petites cellules rondes, presque uniquement constituées par un noyau volumineux que l'on voit déjà dans la zone des grandes cellules pyramidales. Ces cellules se rencontraient également dans la substance blanche sous-jacente et étaient disposées, au nombre de 3 à 6, autour des cellules pyramidales dont elles avaient envahi l'espace lymphatique, ou autour des vaisseaux, soit dedans, soit autour de la gaine péri-vasculaire.

La moelle paraissait légèrement atteinte dans les faisceaux descendants, la région antéro-cérébrale et cérébelleuse directe.

Sans se prononcer catégoriquement sur l'origine de ces noyaux, MM. Lannois et Paviot ont de la tendance à les considérer moins comme une encéphalite que comme le résultat de la prolifération des cellules fixes de la névroglie, prolifération d'origine embryonnaire à évolution lente, ne donnant de symptômes qu'à un degré avancé.

Fous et vagabonds.

MM. A. Marie et **Hamel** rangent les vagabonds et chemineaux en 4 grandes catégories :

Une première classe de vagabonds, en quelque sorte légitime et nécessitée par une cause économique, le chômage et pour laquelle une assistance bienveillante est nécessaire; une deuxième, vagabonds par fantaisie dont on doit respecter la liberté individuelle.

A côté de ceux-là, il est des vagabonds morbides par aberration psychique, auxquels un examen médical est dû, avec renvoi à l'asile d'aliénés et traitement qui s'ensuit pour sanction. Ces derniers peuvent prendre place à côté des aliénés méconnus par les tribunaux.

Restent les vagabonds pervers, qui fuient le juste châtiment de quelque méfait, les seuls auxquels la répression doive s'adresser. Encore ne leur demande-t-elle compte que des délits commis autres que le vagabondage, lequel ne saurait être puni, ni érigé en délit véritable par lui seul.

Spasme expiratoire laryngé paroxystique.

MM. Nogués et Saïrol communiquent l'observation d'un gendarme retraité, un peu nerveux, mais sans antécédents personnels, ni héréditaires, qui à la suite d'une émotion, en 1895, est brusquement pris d'étouffements. Cette première crise qui l'effraya dura 20 secondes environ. Depuis il a de 12 à 18 crises par jour et 4 ou 5 par nuit.

Avant la crise il y a de l'angoisse, puis sensation de boule. La crise est constituée par une expiration prolongée, précédée soit d'un gémissement rauque, soit d'un sifflement. La cage thoracique est immobilisée par une sorte de tétanisation des muscles expirateurs; les paupières sont mi-closes; les yeux ne sont pas convulsés; la face est congestionnée et la bouche est ouverte. Au bout de 15 à 20 secondes, il se produit une forte inspiration, la face se décongestionne, la bouche se ferme et les yeux s'ouvrent. Pas de perte de connaissance, ni de sensations vertigineuses. Pas d'émissions involontaires des urines et des matières fécales. État général bon.

L'examen laryngoscopique a montré qu'il n'y avait pas de lésions du larynx, ni aucun signe de tabès.

Il ne reste donc plus que l'hystérie mono-symptomatique ou le phréno-glottisme de l'adulte, affections qui se ressemblent fort, qu'on puisse invoquer pour donner l'explication des phénomènes étranges présentés par notre malade.

Note sur la toxicité urinaire dans la chorée chronique héréditaire.

MM. Rispal et **Baylac** ont trouvé chez une malade atteinte de chorée chronique et progressive avec hérédité similaire, un abaissement de coefficient urotoxique qui a varié entre 0,285 et 0,279. Il existait donc dans ce cas une diminution notable de la toxicité urinaire.

Tumeurs tuberculeuses du cervelet.

M. J. Baylac communique une observation de tumeurs tuberculeuses du cervelet chez un homme âgé de 28 ans, alcoolique avéré. Ces tumeurs étaient au nombre de 2 et siégeaient l'une sur la face inférieure du lobe droit, et l'autre sur la face supérieure du lobe gauche. Elles étaient toute deux tangentes au grand sillon circonférentiel de Vicq d'Azir. Le lobe moyen était sain, ainsi que le cerveau, la protubérance et la moelle.

Pendant la vie, le malade a présenté des attaques épileptiformes, des vertiges, une démarche chancelante, titubante, une céphalalgie occipitale tenace, et une neuro-papillite double. Il a succombé à une tuberculose pulmonaire au milieu de troubles psychiques très prononcés.

Un des points intéressants de cette observation réside dans ce fait que le malade avait été interné dans un asile d'aliénés pendant 3 mois à l'âge de 24 ans pour un délire aigu accompagné d'idées de suicide et précédé d'attaques apoplectiformes.

Tumeurs multiples de l'encéphale et de la moelle allongée. Neuro-fibromatose centrale.

MM. A. Mossé et **Cavalié** présentent l'observation d'un sujet de 42 ans, sans antécédents pathologiques et chez lequel ils avaient noté les signes suivants : paralysie faciale droite avec névralgie du trijumeau, céphalalgie continue depuis un an, torpeur intellectuelle, embarras léger de la parole, incertitude de la marche, parfois interrompue par des crises d'aspect épileptoïde (absence de cri initial, chute, quelques mouvements convulsifs, abolition très courte de la conscience). Ces crises ne surviennent que pendant le jour et, lorsque le malade est en marche, elles sont précédées par une aura qui avertit le malade de sa chute.

L'examen ophthalmologique fournit les renseignements suivants : champ visuel fortement rétréci à gauche, cécité complète à droite. Névrite optique double, hémorrhagies rétiniennes. Le malade mourut dans le coma quelques jours après son entrée dans le service.

A l'autopsie, l'attention fut immédiatement attirée par l'existence de nombreuses petites tumeurs disséminées sur toute la base de l'encéphale, la protubérance, la moelle allongée et d'une volumineuse tumeur majeure située dans le lobe latéral gauche du cervelet qu'elle déborde en haut et perfore en dessous au niveau du sillon circonférentiel près du vermis. Cette tumeur majeure est de couleur jaune ocracée, de consistance gélatineuse et de dimensions égales à celles d'une mandarine. Son aspect macroscopique rappelle le gliome.

Les petites tumeurs ont un volume qui varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un gros pois. On les trouve sur le cervelet, les lobules du pneumogastrique, les pédoncules cérébelleux, le bulbe, l'isthme de l'encéphale, les parois des ventricules latéraux, la cinquième temporale, les bandelettes optiques (qui semblent parsemées de verrues), les bandelettes olfactives, le bulbe olfactif, et sur plusieurs autres nerfs crâniens, au niveau de leur émergence (V, VII, IV, X). Les glandes pituitaire, pinéale, sont augmentées de volume et de consistance.

L'examen histologique a démontré la prédominance de l'élément névroglique, dans la constitution de ces tumeurs.

Deux hypothèses peuvent servir à interpréter cette observation : ou bien il s'agit d'une gliomatose diffuse, ayant eu le cervelet pour point de départ, ou bien il s'agit d'un processus ayant déterminé sur les diverses régions encéphaliques mentionnées un travail du genre de celui qui frappe les nerfs périphériques dans la neuro-fibromatose généralisée.

En d'autres termes, il s'agirait d'une neuro-fibromatose régionale, centrale. C'est à cette hypothèse que les auteurs s'arrêtent et qu'ils proposent pour l'interprétation de l'observation présentée, sous la réserve de ce que leur apprendra l'examen détaillé du bulbe, de la protubérance et des nerfs crâniens, sur lesquels ils reviendront dans une étude ultérieure.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NEVROLOGIE

Session tenue à Washington en juin 1897.

Nature et traitement du torticolis spasmodique.

M. Walton. — Le torticolis spasmodique est une affection des centres corticaux présidant aux mouvements de rotation de la tête. Il n'y a pas de grosses lésions organiques. Le spasme peut résulter d'une habitude prolongée. Des efforts du côté de l'œil provoqués par de l'astigmatisme ou des insuffisances musculaires peuvent en être la cause. Dans un cas je l'ai vu s'établir à la suite de l'usage d'un verre qui augmentait l'astigmatisme, au lieu de le diminuer. La marche de la maladie est progressive. Les principaux muscles atteints sont le sterno-

mastoïdien, le splenius capitis, les complexus, le trachélo-mastoïdien, l'oblique inférieur. Dans la forme la plus ordinaire, les muscles pris sont le sterno-mastoïdien d'un côté et les rotateurs postérieurs de la tête du côté opposé, plus rarement le spasme est limité au sterno-mastoïdien, quelquefois aux rotateurs postérieurs des deux côtés et rarement au sterno-mastoïdien et aux rotateurs postérieurs du même côté. Le seul traitement efficace est le traitement opératoire; la section ou l'élongation nerveuse ne suffisent pas. Les seules opérations auxquelles on doive s'arrêter sont la résection des nerfs ou la section des muscles. Les opérations sont presque toujours plutôt limitées que trop étendues. Le plus souvent il faut réséquer le spinal accessoire et les 3 premières branches postérieures des nerfs cervicaux; il est prudent de sectionner aussi les muscles. La section musculaire employée seule a donné de bons résultats (Kocher), mais il n'a pas de raison pour abandonner la résection des nerfs. On n'obtient une guérison complète que dans la moitié des cas; il y a amélioration dans une plus grande proportion et échec dans quelques cas.

M. Dana. — Il y a 3 types de cette affection : l'un survient au début de la vie et est associé à des manifestations neurasthéniques ou hystériques; un autre survient à l'âge moyen et me paraît être une névrite par dégénérescence : le 3e survient chez les enfants de 15 ans : il est graduellement progressif et incurable. A l'autopsie d'un sujet atteint de ce type progressif, j'ai trouvé des processus de dégérescence et de la leptoméningite chronique de la convexité. Je crois que dans beaucoup de cas il y a une dégénérescence corticale primitive. Le meilleur traitement consiste dans le repos prolongé et un massage bien fait. Quelques malades guérissent, d'autres sont améliorés.

M. Leszynsky. — J'ai employé des doses progressivement croissantes d'atropine injectées dans les muscles atteints de spasme. Je soigne depuis 18 mois une femme de 35 ans atteinte d'un spasme clonique du sterno-mastoïdien, du trapèze et du complexus. Le sterno-mastoïdien était très hypertrophié; en raison d'une idiosyncrasie, le traitement par l'atropine ne peut être employé. J'ai prescrit un repos prolongé et des toniques, en même temps qu'un massage local, avec mouvements massifs et gymnastique spéciale; le spasme chronique fut complètement guéri et n'a pas reparu depuis bientôt 10 mois. Mais il a été remplacé par une forme légère de spasme tonique qui est rémittent. Ce cas présente une particularité intéressante : l'urine a une très forte densité due à des urates. Or, quand la densité s'élève à 1,030 ou 1,034, le spasme augmente; il semble donc qu'il y a dans cette observation un élément irritatif dû à une auto-intoxication.

Tumeur cérébrale.

M. Zenner. — J'ai observé 3 cas de tumeur cérébrale. Le premier, un homme de 34 ans, avait une céphalée intense dans la région pariétale gauche et de la névrite optique double; il n'eut qu'une convulsion. La trépanation de la région pariétale gauche amena une disparition complète des symptômes. 7 mois après la céphalée reparut une cécité de l'œil gauche et paralysie musculaire. On fit l'énucléation de l'œil et on enleva une tumeur de l'orbite. Disparition des symptômes pendant des mois. La tumeur est en train de récidiver. Le deuxième malade, âgé de 33 ans, eut des attaques jacksoniennes dans le côté gauche de la face, de l'hémiparésie gauche, de la paralysie faciale gauche, sensibilité à la percussion sur le côté gauche du crâne. A l'autopsie on trouva une grosse tumeur dans l'hémisphère gauche, comprimant les circonvolutions centrales gauches; or les symptômes étaient du côté gauche; mais on vit qu'au niveau du bulbe il n'y avait pas d'entrecroisement des pyramides. Le troisième malade avait une tumeur dans le centre du bras droit; les principaux symptômes étaient : de l'épilepsie jacksonienne et une paralysie lentement progressive du bras et de la jambe gauches. On opéra; on découvrit les circonvolutions centrales, mais on ne put ni voir ni sentir la tumeur. A l'autopsie on trouva un gliome profondément situé dans la circonvolution centrale antérieure, empiétant un peu sur les première et deuxième circonvolutions frontales et sur les circonvolutions centrales postérieures. Il n'y eut ni névrite optique ni symptôme d'augmentation de la pression intracrânienne. Pas de vomissements. Céphalée peu intense, intelligence intacte. Pas de trouble de la sensibilité avant l'opération; mais aussitôt après il y eut de l'hémianesthésie. Il semble donc qu'une destruction très lente du centre moteur cortical n'entraîne aucun trouble de la sensibilité, tandis que des lésions brusques produiraient l'anesthésie. De semblables faits paraissent indiquer que les circonvolutions centrales ont des fonctions sensitives, mais ne constituent qu'une partie de l'aire sensitive.

Épilepsie consécutive à une paralysie cérébrale infantile.

M. Leszynsky. — Un enfant ayant actuellement 14 ans eut, à l'âge de 2 ans, une hémiplégie gauche, précédée par des convulsions et une perte de connaissance. A 12 ans commencèrent des attaques d'épilepsie. D'abord il y eut de la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté paralysé, avec perte de connaissance momentanée. Plus tard les attaques s'accompagnèrent de rigidité du bras gauche, puis du bras et de la jambe et finalement il y eut des convulsions généralisées et une augmentation de la faiblesse mentale. Pas de spasmes cloniques. On fit une opération exploratrice et on trouva un gros kyste sous-cortical, au-dessous de l'aire rolandique; l'écorce était très atrophiée. On vida le kyste; pas d'attaques d'épilepsie pendant 3 mois 1/2. Puis le malade eut en 18 heures 7 attaques généralisées. On vida de nouveau le kyste et les attaques disparurent pendant plus de 3 mois; le kyste fut encore vidé. Depuis cette époque le malade a de temps en temps de petites attaques, malgré l'usage du bromure de potassium Je crois qu'il serait bon d'établir un drainage permanent.

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

Pathogénie de la chlorose.

M. Charrin. — La chlorose est l'apanage presque exclusif du sexe féminin. Quelques cas signalés chez l'homme ont paru relever des anémies de croissance. La chlorose vraie, celle qui a fait dire à Trousseau qu'on crée des anémies, non des chloroses, est si rare chez les garçons que l'axiome de l'exception confirmant la règle peut être invoqué.

Quoi qu'il en soit, même en admettant la chlorose des garçons, les idées développées n'existent pas moins.

Les chlorotiques ont souvent des règles irrégulières; l'évolution de la maladie n'est pas sans rapport avec la puberté ou parfois avec la ménopause.

D'autre part, aux approches de la menstruation, on note fréquemment une série de malaises, de douleurs, de céphalées, quelquefois d'éruptions, d'herpès, d'érysipèle. Les nourrices qui, exceptionnellement, ont conservé leurs règles, voient à ce moment, survenir, chez leurs nourrissons, de l'entérite, des érythèmes, etc.

Tous ces phénomènes, d'ordre toxique, s'apaisent après les règles.

Dès lors, on est porté à rechercher dans la zone génitale quelque cause explicative, de nature infectieuse ou toxique.

Les tentatives dans le sens de la bactériologie ont fourni des résultats habituellement négatifs, bien qu'on ait décrit des parasites de divers ordres; les chlorotiques, du reste, ne succombent pas; en général on ne peut examiner suffisamment les tissus; en outre, les allures du mal, en dépit d'une légère et inconstante hyperthermie, ne sont pas celles de l'infection; elles sont plutôt celles de l'intoxication, attendu qu'à l'aide de poisons divers il est possible d'engendrer les principaux symptômes, les principales lésions, en particulier l'altération qualitative des globules.

Dans le but d'asseoir sur des faits précis cette hypothèse de l'auto-intoxication, j'ai injecté du sérum sanguin de femmes à la veille de la menstruation ou de suite après. Malheureusement le sang, recueilli par des scarifications du col utérin nécessitées par l'état de l'organe, a été fourni en trop petite quantité; j'ai

injecté le sérum sous la peau de 7 souris, quatre ont reçu le liquide puisé avant les époques, trois le liquide puisé après; ces témoins, à doses égales, ont succombé avant les autres.

Le sérum d'une chienne au second jour des chaleurs a tué à 14 par kilog. de lapin; 3 jours après la terminaison complète de ces chaleurs, cette toxicité s'est élevée à 20; les animaux sont morts par thrombose, par un processus mécanique.

L'insuffisance de ces faits est manifeste, bien que ces résultats soient dans le sens de quelques essais tentés par Carnot.

Il est de plus possible de remarquer que certaines chlorotiques ont des règles abondantes, que d'autre part des suppressions menstruelles ne provoquent pas toujours la chlorose.

A la vérité, il est permis de répondre que les brightiques émettent beaucoup d'urine, 2 à 5 litres, la qualité importe autant que la quantité; si les liquides d'émonction sont riches en eau, l'épuration se fait mal.

Il est également permis de répondre que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets; tel un choc amenant une tumeur blanche chez un tuberculeux; un accès, des dépôts d'urate chez un goutteux; une simple entorse chez un sujet sain; ces résultats dépendent en partie de l'état de l'organisme.

Or, brusquement, à l'heure de la puberté, les échanges se modifient; la nutrition s'active; ses déchets, soudainement abondants, réclament de nouveaux émonctoires. Plus tard, ces émonctoires sont créés; à côté d'eux des voies de suppléance qui suffisent pour une économie qui n'est plus à la période des grands bouleversements.

On a invoqué l'influence de la tuberculose, des tares héréditaires, des auto-intoxications d'origine hépatique intestinale.

Les descendants des bacillaires ont souvent des cellules de qualité inférieure; j'ai prouvé la chose à plusieurs reprises, au moment où l'intensité des actes nutritifs exige de la part de ces cellules des efforts; les cellules, jusque-là suffisantes, ne peuvent remplir le surcroît de fonctions qui leur sont dévolues; de là une insuffisance plus fréquemment constatée chez ces tarées héréditaires. Un mauvais état du foie, de l'intestin, ajoute ses effets morbides, favorise l'éclosion du mal, supprime les suppléances; ce sont là des causes, des éléments étiologiques, non pathogéniques; on confond étiologie et pathogénie.

J'ajoute que les travaux de divers auteurs, de Curatuto, de Keiffer, etc., représentent l'ovaire, l'utérus, comme des glandes internes ou plutôt mixtes, externes et internes.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que pour certaines chloroses, sinon pour toutes, il y a lieu de rechercher si une partie des désordres fonctionnels ou anatomiques, caractéristiques de l'affection, ne dépendent pas de phénomènes autotoxiques relevant d'une insuffisance de l'appareil utéro-ovarien, agissant comme glande interne ou organe d'émonction, surtout à l'heure des règles, de la puberté.

Les défenses gastro-intestinales vis-à-vis des toxines.

M. Charrin. — On sait qu'il existe, dans toute la longueur du tube digestif, en dehors des barrières anatomiques, épithéliales, une série de défenses, salive, mucus, sucs glandulaires, acides, bile, principes aromatiques, CO^2, phagocytes, etc., ayant surtout action contre les bactéries vivantes; on connaît moins les protections organisées en vue d'atténuer les effets des sécrétions microbiennes.

On sait pourtant qu'on peut introduire impunément, dans l'intestin, 10, 20 centim. cubes d'une toxine qui, déposée dans le sang, tue à 1/2 de ces centimètres cubes; j'ai montré que, pour ces principes d'origine parasitaire, il se passe ce qu'on observe pour le curare, les venins. Or c'est là un point important, attendu que, de toutes les portes d'entrée, celle du tube digestif est, dans la pratique, celle que choisissent les 4/5 des agents morbifiques.

Pourquoi ces toxines n'agissent-elles pas?

J'ai prouvé tout d'abord avec Cassin qu'elles sont absorbées, que l'influence du foie est insuffisante; j'ai comparé les toxicités de volumes égaux de ces mêmes produits solubles broyés avec des poids égaux de foie, de rate, de rein, car l'injection dans la veine porte est de peu de valeur; la solution qui pénètre par cette veine se dilue en premier lieu dans le lacs hépatique, en second lieu dans la circulation générale, unique dilution avant d'aller aux centres nerveux, de la solution déposée dans les capillaires périphériques; en outre, la lenteur du système porte fait que cette injection pénètre plus lentement; or, vitesse et degré de dilution peuvent tout fausser.

Avec Lefèvre, j'ai mis des toxines en digestion à 37° pendant 24 ou 48 heures, avec des sucs gastriques et intestinaux.

La pepsine imprégnée sur du phosphate de chaux a supprimé la toxicité de la toxine diphthérique utilisée. L'acide chlorhydrique agit fort peu.

Avec Mangin, j'ai cultivé des parasites divers dans ces toxines; or, comme l'a vu de son côté Metchnikoff, cette culture affaiblit l'action des sécrétions bactériennes.

Ces digestions, ces cultures, se font aisément dans tout tube digestif.

De plus, avec Cassin, j'ai vu qu'un intestin dont la muqueuse est morte laisse passer des toxines qui restent actives, qui altèrent le foie, tandis que ces toxines tout au plus vaccinent, lorsque cette muqueuse est saine.

En outre, des sécrétions de cette muqueuse on extrait des principes qui, en agissant sur l'économie, retardent une infection due à des microbes intestinaux.

Les sucs digestifs, en transformant les toxines, les bactéries, en les métamorphosant par leur évolution, certains éléments de la muqueuse, etc., tels sont, en dehors des barrières anatomiques, qui entravent l'absorption, la dialyse, etc., quelques-uns des processus de défense placés au niveau de l'intestin contre les toxines.

Les modifications des échanges. Le type nutritif dans l'immunité.

M. Charrin. — Le professeur Bouchard a soutenu le premier que l'immunité est une propriété cellulaire, formule adoptée par beaucoup d'auteurs.

En suivant cette idée, j'ai cherché avec Desgrez, à établir le type nutritif des animaux vaccinés, sans me préoccuper tout d'abord, des produits spécifiques. Nous avons pris des lapins solidement vaccinés contre le bacille pyocyanique, en pleine santé, ne subissant plus en rien l'influence des toxines vaccinantes qui accélèrent souvent la nutrition en donnant des accès de fièvre.

Nous avons mis ces animaux à un régime d'entretien, lait et carottes, isolés ou réunis, suivant les séries; après plusieurs jours d'entraînement à ce régime, les rations alimentaires étant parfaitement semblables, nous avons analysé les urines.

Une première série a donné, au point de vue de l'urée, des différences faibles, mais les quatre autres ont montré que l'urée chez les immunisés était inférieure de 1/4, 1/3, 1/2 à celle des lapins normaux.

A vrai dire, il s'agit là d'animaux réfractaire par un processus plus bactéricide ou phagocytaire qu'antitoxique; il s'agit d'animaux parfaitement vaccinés, sans aucune trace des mauvais effets des toxines. Dans d'autres conditions, à d'autres degrés d'immunisation, à d'autres périodes, on pourra trouver d'autres résultats.

Une série de considérations ou d'expériences conduisent, d'ailleurs à établir d'autre part la participation des cellules, à la genèse des éléments protecteurs, bactéricides, antitoxiques, etc., et cela sans parler des modifications des phagocytes, dont l'augmentation d'activité indique clairement un changement cellulaire.

Injectez du sérum anti-diphthérique actif à un premier groupe de lapins; recueillez les urines de ces lapins qui reçoivent 1 ou 2 centimètres cubes de ce sérum, tous les jours ou tous les deux jours. Déposez ces urines fraîches sous la peau de plusieurs cobayes, à raison de un centimètre cube ou deux par 24 heures; allez jusqu'à 15, 20, 25 par animal; puis introduisez de la toxine diphthérique : vous pourrez voir que ces cobayes, comme je l'ai constaté avec De Nittis, n'ont pas d'accroissement notable de leur résistance.

Il en résulte que les composés anti-toxiques ne paraissent pas s'éliminer d'une façon appréciable, conformément à l'opinion du professeur Bouchard.

D'autres auteurs, il est vrai, estiment le contraire; mais tous

sont d'accord pour reconnaître que, si on administre quelques centimètres cubes de ce sérum antidiphtérique à un second groupe de lapins normaux au bout de quelques semaines, au bout d'une durée variable avec le volume utilisé, on ne trouve plus, dans leurs tissus, de quantités saisissables de ce sérum. Ainsi, que ce soit par voie d'élimination, que ce soit par un autre procédé, ce sérum disparaît, avec lui les corps antitoxiques.

D'un autre côté, si vous vaccinez un troisième groupe de lapins, par les moyens habituels, en employant les produits solubles du bacille de Löffler, même en injectant une dose de ces produits solubles inférieure à celle du sérum antidiphtérique déposée chez les animaux du second groupe, vous obtiendrez une immunité durable. — Cette immunité prendra fin assurément; toutefois elle persistera au delà du temps que le sérum a mis à disparaître chez les sujets du second groupe, c'est-à-dire que ces lapins du troisième groupe posséderont, dans leurs humeurs, des corps antitoxiques plus longtemps que les précédents.

En résumé, les éléments protecteurs antitoxiques introduits directement, sous forme de sérum, disparaissent par un procédé quelconque, élimination, oxydation, etc.; chez les sujets immunisés par les toxines, ces éléments persistent, sans qu'on en fasse pénétrer artificiellement du dehors. Dès lors, il faut admettre que les tissus participent à la genèse de ces éléments protecteurs.

On ne saurait prétendre qu'on les a fait pénétrer inclus tels quels dans les toxines. En premier lieu, si on les cherche dans ces toxines, on ne les décèle pas : ces toxines préviennent le mal, mais, loin de le guérir, elles l'aggravent; en second lieu, ils n'apparaissent que plusieurs jours après l'arrivée de ces toxines; en troisième lieu, ces toxines s'éliminent assez vite; en quatrième lieu, cette élimination prend fin après quelques semaines, et pourtant, à ce moment, ces corps protecteurs sont de plus en plus manifestes; en cinquième lieu, il n'existe pas de principes défensifs, bactéricide ou antitoxique, supportant 100, tandis que certaines toxines vaccinantes les supportent.

Urologie du nouveau-né.

M. Charrin. — Mes recherches m'ont amené à reconnaître que l'urine du nouveau-né normal, âgé de 1 à 5 mois, est pauvre en urée, en pigments; elle est peu toxique, si on la considère au point de vue absolu; on augmente cette toxicité en faisant varier l'alimentation, en donnant de la potasse, en s'adressant à des sujets en proie à des fermentations intestinales, excessives, à des débiles par hérédité, à des êtres à désassimilation active.

Toutefois, si on tient compte des volumes, des poids, on voit qu'un kilog. de nouveau-né élimine à peu près la dose capable de tuer sensiblement ce que tue le volume fabriqué par un kilog. d'adulte.

Craniectomie pour épilepsie jacksonniene.

M. Aug. Voisin (de Paris) a observé un cas d'épilepsie jacksonienne chez un jeune garçon de 17 ans.

Il était atteint depuis l'âge de 4 ans, d'attaques convulsives du côté gauche qui débutaient par une aura très douloureuse du membre supérieur gauche.

Tous les traitements pharmaceutiques avaient échoué et le jeune homme était arrivé à ne plus pouvoir quitter son lit, tellement le nombre des attaques était grand; il était de plus tombé dans un état voisin de l'idiotisme.

Aussi le Dr Voisin pensa qu'une opération chirurgicale pouvait seule présenter quelques chances de succès; et il pria le Dr Péan de faire une large craniectomie au côté droit de la tête (région temporo-pariétale).

Une partie d'os longue de 0m15 et large de 0m05 fut enlevée au niveau des circonvolutions fronto-pariétales ascendantes.

La dure-mère présenta une voussure très marquée; la pie-mère apparut très vascularisée, la substance cérébrale fut trouvée notablement dure, comme sclérosée.

Les suites de l'opération furent simples.

Depuis l'opération, la douleur du membre supérieur gauche a totalement cessé, le jeune homme n'a eu que 3 attaques; il n'a conservé que quelques tressaillements, quelques légères secousses; mais il a repris peu à peu toute son intelligence, et aujourd'hui il s'est remis au travail.

Il y a 2 ans 1/2 que l'opération a été pratiquée et tout fait penser que la guérison arrivera à être complète.

Traitement des affections de la peau et des muqueuses par l'électricité (courants de haute fréquence et de haute tension).

MM. Oudin et **Barthélemy** (Paris). — Les courants de haute fréquence et de haute tension ont une action trophonévrotique puissante et peuvent être employés avec succès dans de nombreuses affections muqueuses ou cutanées de nature variable. Nous avons pu aussi bien modifier rapidement des ulcérations du col de l'utérus, des végétations adénoïdes du pharynx, qu'améliorer et guérir des eczémas, du psoriasis, et même du lupus. Donc cette action trophonévrotique doit être aidés par un pouvoir parasiticide spécial. Nous avons d'ailleurs la preuve de ce fait par la guérison très rapide d'affections exclusivement parasitaires comme le *molluscum contagiosum*.

La haute fréquence est obtenue par l'appareil bien connu de D'Arsonval, la haute tension par l'annexion à cet appareil d'un résonnateur (résonnateur de Oudin), et d'une électrode spéciale constituée essentiellement par un fil métallique entouré d'une gaine de verre; le tout agissant comme un condensateur qui crible la surface malade peau ou muqueuse de nombreuses petites étincelles.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 Août 1897.

Sur l'immunité de certaines familles de Saint-Ouen pour la tuberculose.

M. Dubousquet-Laborderie rapporte l'histoire d'une partie de la population de Saint-Ouen qui semble complètement réfractaire à la tuberculose. Ces familles habitent la partie de la ville nommée le vieux Saint-Ouen; elles sont issues des anciens jardiniers et maraîchers qui composaient autrefois la totalité de la population de la commune; elles ont été enrichies par la vente de leurs terrains, en sorte qu'elles vivent confortablement, elles se marient entre elles, les mariages consanguins y sont par suite très fréquents, elles ne fraient pas avec les ouvriers immigrés qui composent actuellement la grande majorité de la population de la ville.

Chez ces derniers la mortalité est de 25 p. 1000 et la tuberculose est très fréquente; au contraire, dans les familles autochtones la mortalité est de 15 p. 1000 et la tuberculose presque inconnue. Il est à croire que les conditions hygiéniques meilleures ne sont pas seules à causer ces résultats. Il s'est fait une sorte de sélection naturelle, d'où est résultée la formation d'une race qui jouit d'une immunité naturelle à la tuberculose.

Corps étrangers de l'œsophage.

M. Monnier relate l'histoire d'un enfant de 5 ans qui, un an auparavant, avait avalé une pièce de 1 fr.; après 10 jours d'accidents assez sérieux, la tolérance s'établit à peu près. La radiographie démontra que la pièce de 1 fr. était enclavée dans l'œsophage et M. Monnier pratiqua avec succès l'œsophagotomie externe. (Un rapport sera fait par M. Péan.)

M. Trouessart lit un travail sur *un acarien* qui pullule dans les vins sucrés du Midi.

M. A. Robin fait sur *l'albuminurie dyspeptique* une communication que nous résumerons dans notre prochain numéro.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Sur la pancréatite hémorrhagique (p. 793).
PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne (p. 796).
PATHOLOGIE INFANTILE. — Arhythmie du cœur chez les enfants (p. 796).
SYPHILIGRAPHIE. — De quelques anomalies dans les symptômes et dans l'évolution de chancres syphilitiques et de syphilides ulcéreuses (p. 797).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Sarcomes rétro-péritonéaux. — Obstruction du pylore par calculs biliaires. — Invagination intestinale. — Péritonite cancéreuse primitive (p. 799). — Perforation dans l'ulcère simple du duodénum. — Hématurie essentielle. — Néphrectomie lombaire par morcellement. — Varicocèle et hypochondrie. — Rétrécissements de l'urèthre. — Hydrocèle en bissac de Dupuytren et hydrocèle pseudo-biloculaire. — Tubercule sous-cutané douloureux (p. 800). — Syringo-cystadénome; cystadénomes épithéliaux bénins. — Neurofibromatose. — Gommes syphilitiques précoces. — Angines diphthéroïdes de la syphilis (p. 801).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement préventif du surmenage intellectuel par l'emploi simultané du phosphure de zinc et de l'arséniate de strychnine (p. 801). — Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol (p. 802). — Traitement précoce de la syphilis. — Traitement du tabès (p. 803).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur la pancréatite hémorrhagique,

Communication au *Congrès de Moscou*

Par M. le Dr J. Hlava,
De l'Université tchèque à Prague.

En 1889 (1) nous avons publié l'observation d'une « pancréatite hémorrhagique » chez un homme de 43 ans décédé au cours de troubles gastriques, après une maladie de 19 jours. La tête du pancréas était transformée en une masse molle, vert noirâtre, sans odeur. Dans les environs du pancréas on trouvait de nombreuses nécroses dites adipeuses, mais le péritoine était normal. A l'examen microscopique, nous avons pu constater dans quelques endroits du pancréas une inflammation (infiltration cellulaire) accompagnée de nécroses et de foyers hémorrhagiques récents et anciens parenchymateux.

De plus, nous avons trouvé un bacille ressemblant au colibacille. Nous avons cru d'abord qu'il s'agissait d'une inflammation primitive du pancréas produite probablement par les microbes. Aujourd'hui nous sommes convaincu, vu la longue durée de la maladie, que cette inflammation était secondaire. Nous avons fait quelques expériences en injectant des différentes espèces de microbes dans le tissu du pancréas du lapin, du chat et du chien. Ainsi nous avons injecté le staphylococcus pyogenes aureus, le pneumobacillus Fränkel-Weichselbaum, le bacillus coli et le bacille de Löffler. Le bacille coli et le bacille de Löffler ont produit une inflammation hémorrhagique du pancréas avec des nécroses adipeuses. Vu alors les résultats de ces expériences, vu aussi le bacille coli trouvé dans les tissus du pancréas, nous avons conclu que la pancréatite hémorrhagique peut être produite par le colibacille.

Ponfick affirmait aussi l'année dernière au Congrès de la médecine interne qu'un bacille spécial — qui évidemment n'était que le bacille coli — occasionne la pancréatite hémorrhagique.

Ayant eu l'occasion d'observer trois nouveaux cas d'hémorrhagie du pancréas, dite pancréatite hémorrhagique, et un cas de nécrose adipeuse très étendue du même organe et du tissu adipeux, nous nous sommes décidé à reprendre l'étude de cette question, c'est-à-dire l'étude de la cause de la nécrose et de cette curieuse hémorrhagie.

Observation I. — *7 janvier 1891 :* S. Joséphine, 54 ans.
Diagnostic clinique : Marasmus.
Diagnostic anatomique : Nécroses adipeuses du pancréas, du tissu péripancréatique et du péritoine. — Péritonite diffuse sérofibrineuse. — Pleurésie fibrineuse gauche. — Artério-sclérose généralisée.
L'examen bactériologique démontre la présence du colibacille, un diplobacille liquéfiant, et le pneumococcus Fränkel-Weichselbaum dans l'exsudat et dans les tissus nécrosés.

Obs. II. — *2 juin 1891* : F. Vincent, 38 ans, serrurier.
Diagnostic clinique : Occlusion intestinale. Mort au 4e jour de la maladie.
Diagnostic anatomique : Pancréatite hémorrhagique. — Météorisme abdominal. — Polysarcie.
Examen bactériologique : bacille coli.

Obs. III. — *11 juin 1892 :* S. Venceslas, 35 ans, maçon.
Diagnostic clinique : Tuberculose du poumon et du larynx.
Diagnostic anatomique : Tuberculose chronique successive du poumon et du larynx. — Gastrite granuleuse. — Pancréatite et péripancréatite hémorrhagique.
L'examen bactériologique n'a pas été fait.

Obs. IV. — *3 décembre 1896 :* F. Charles, 36 ans, employé.
Diagnostic clinique : péritonite hémorrhagique (?), mort au 5e jour de la maladie.
Diagnostic anatomique : Pancréatite hémorrhagique. — Nécroses adipeuses du pancréas, de la racine du mésentère et du mésocôlon. — Duodénite?
A l'examen microscopique on trouve : a) dans la préparation provenant du canal de Wirsung ; des diplocoques, des streptocoques, des bacilles courts, des bacilles longs filamenteux; b) dans la préparation provenant du duodénum : des streptocoques et des bacilles courts.
Dans les cultures, on trouve le bacille coli et une espèce de diplocoques.
On a fait une inoculation intra-abdominale des particules du pancréas, au lapin, au cobaye et au rat qui restent vivants et après les avoir sacrifiés on n'a trouvé aucune altération.

Des observations citées ci-dessus, la IIe et la IVe sont des hématomes typiques du pancréas. Dans les deux cas le pancréas était volumineux (dans le quatrième cas il mesurait 27 centim. de longueur et 8 centim. d'épaisseur), dur, totalement infiltré de sang, d'un rouge foncé, entouré de nécroses adipeuses. L'artère pancréatico-duodénale n'était pas oblitérée, les plus petites veines pancréatiques étaient thrombosées, mais dans la veine pancréatico-duodénale ou dans la veine splénique on n'a trouvé que des caillots libres. Dans le premier cas on trouve une nécrose adipeuse à côté d'une péritonite sérofibrineuse, mais pas des hémorrhagies du pancréas. Enfin dans le troisième cas les hémorrhagies sont nombreuses surtout dans la queue du pancréas.

L'examen microscopique des deux hématomes, qui étaient de forme aiguë, est absolument identique : infiltration hémorrhagique du tissu interstitiel et du parenchyme par des globules sanguins bien conservés ou détruits en petits grains, alors une nécrose du tissu pancréatique. Le parenchyme n'est pas infiltré hémorrhagiquement, il ne se colore pas, ni son tissu interstitiel pas plus que les cellules qui sont devenues granuleuses. Dans les vaisseaux, surtout dans les veines, des caillots homogènes. La réaction inflammatoire est insignifiante dans le

1. Voir *Archives bohêmes de médecine*, t. IV, p. 139.

tissu adipeux, mais il n'y en a pas dans les interstices. Les nécroses adipeuses se montrent le plus souvent comme des conglomérations des cristaux fins, quelquefois des hémorrhagies.

Dans le troisième cas il s'agit également de l'extravasation du sang et non de l'inflammation.

Les nécroses adipeuses du premier cas sont identiques à celles que l'on trouve dans l'hématome. Elle sont constituées de gouttelettes graisseuses ou de cristaux étoilés.

Si l'on compare les constatations microscopiques des deuxième, troisième et quatrième cas à celui que nous avons publié en 1889, et dans lequel on voit, en réexaminant les préparations, que la réaction inflammatoire doit être regardée comme secondaire, étant provoquée par la longue durée de l'affection, alors nous pouvons dire que ce qu'on appelle la pancréatite hémorrhagique n'est qu'une infiltration hémorrhagique et une nécrose du tissu interstitiel et du parenchyme du pancréas avec une altération consécutive du sang et du tissu. La réaction inflammatoire est ici un phénomène secondaire et insignifiant.

En comparaison des examens bactériologiques, on a trouvé dans les cultures des deuxième et quatrième cas le bacillus coli; dans le cas de l'année 1889 c'était peut-être la même forme; mais à côté d'elle on trouve dans les cultures du canal de Wirsung du quatrième cas des bactéries diverses.

Au microscope on voit, à l'aide de la coloration par le bleu de Löffler, dans le cas de l'année 1889, un bacille, probablement le bacillus coli; mais dans les deuxième, troisième et quatrième cas, malgré que nous ayons modifié la coloration de toutes les façons, nous ne trouvons pas de microbes.

Quel rapport ont les constatations histologiques et bactériologiques que nous venons de citer avec l'affection du pancréas en question? La réponse ne peut pas être précise, et on pourrait donner les explications suivantes :

a) Il s'agit, peut-être, d'un infarctus hémorrhagique du pancréas dû à une embolie ou à une thrombose.

b) Il peut s'agir d'une nécrose du tissu pancréatique due à l'infection et d'une hémorrhagie consécutive.

c) Il s'agit peut-être aussi d'une action toxique primaire et d'une digestion consécutive.

Ad. a) Molière (d'après Liebermeister) décrit un cas où il a trouvé une embolie de l'artère pancréatico-duodénale. Dans nos trois cas nous avons constaté des thromboses, mais seulement des petites veines. La possibilité d'un infarctus hémorrhagique n'est pas exclue, car nous en voyons ailleurs des analogies, par exemple après une embolie ou une thrombose de l'artère mésaraïque supérieure, ou bien après une thrombose des veines rénales chez les nouveau-nés.

Pour nous convaincre si l'infarctus hémorrhagique du pancréas peut résulter de l'obstruction de l'artère ou de la veine pancréatico-duodénale, nous avons eu recours aux ligatures de ces dernières. Les expériences étaient faites sur les chiens grands et moyens. Les relations des vaisseaux chez cet animal sont telles qu'une partie du pancréas est nourrie par l'artère pancréatico-duodénale tandis que l'autre reçoit son sang de l'artère pancréatique directement de l'aorte et des branches de l'artère splénique.

Résultat. — 1° La ligature temporaire ou permanente de toutes les artères du pancréas ne produit qu'une anémie de cet organe et des nécroses adipeuses isolées, mais pas de l'infiltration hémorrhagique (10 expériences).

2° La ligature de la veine pancréatico-duodénale, de la veine splénique et de la veine mésaraïque gauche ne produit pas l'infiltration hémorrhagique (2 expériences). On devrait répéter ces expériences sur le singe, dont la distribution des vaisseaux ressemble à celle de l'homme, mais le résultat ne sera probablement pas un autre.

Alors on peut dire qu'une embolie ou une thrombose de l'artère pancréatico-duodénale ou une thrombose de la veine pancréatico-duodénale ou de la veine splénique chez les chiens ne peut pas produire un hématome du pancréas par suite de la circulation collatérale très puissante. L'examen histologique semble indiquer plutôt la thrombose des petites veines depuis les capillaires jusqu'aux veines de calibre moyen.

Pour imiter une telle lésion, nous avons injecté le perchlorure de fer ou le nitrate d'argent dans la veine splénique et dans la veine pancréatico-duodénale, mais nous n'avons obtenu que l'effet de ces caustiques. Le même résultat après l'injection du sang défibriné du lapin dans les veines citées ci-dessus.

Ad. b) On peut s'imaginer, que les bactéries pénètrent dans le canal de Wirsung, qu'elles y pullulent et qu'elles peuvent produire par ses toxines une nécrose du tissu suivie des hémorrhagies ou de l'inflammation comme une réaction altériante des toxines (par exemple, les hémorrhagies de la septicémie à streptocoques).

Dans deux expériences, nous avons injecté dans le canal de Wirsung du chien de la culture du bacillus coli, puisqu'on l'a trouvé le plus souvent, et nous avons mis une ligature sur le canal. Dans les deux cas survint, il est vrai, une inflammation par places hémorrhagique, mais aussi une infiltration inflammatoire très nette au commencement de la suppuration et dans un cas même des nécroses adipeuses, bien que rares, autour du pancréas.

Il est évident, que l'invasion des bactéries, telles que le bacillus coli, provoque une inflammation hémorrhagique qui deviendra rapidement purulente. L'action peptique du suc pancréatique n'était visible que dans la présence de la nécrose adipeuse. Chose intéressante, le bacille coli injecté était difficile à trouver dans les préparations provenant des abcès et nous nous sommes convaincu que certaines bactéries, en présence du suc pancréatique artificiel (pancréas sec de Kühne) se détruisent ou bien ne se colorent plus. C'est pourquoi on ne peut pas absolument exclure la possibilité de l'existence d'une espèce inconnue de bactéries, qui puissent provoquer des hémorrhagies et de la nécrose et que l'on ne peut pas démontrer pour raison qu'elles se détruisent dans l'organe même. Mais il y a une chose que l'on peut reprocher : c'est la découverte des différentes bactéries dans le canal de Wirsung de notre quatrième cas, que l'on a pu cultiver, et qui, comme aussi le bacillus coli, trouvé quelquefois au pancréas même, y choisissent secondairement leur résidence.

Des expériences que nous sommes en train de faire, en injectant dans le canal de Wirsung le bacille d'acide lactique, le bacille lactique aérogène, le staphylococcus pyogène aureus, albus, le streptocoque pyogène, le pneumobacille de Friedländer, il nous est impossible de nous prononcer, les essais n'étant pas encore terminés en nombre suffisant; disons cependant que nous n'avons obtenu aucun succès positif.

Ad. c) L'action toxique primaire et l'action septique consécutive du suc pancréatique ou d'un autre suc sur le tissu du même organe n'est pas prouvé. Dans les nombreuses expériences de Lenn, d'Amozon, Vaillard, Bérard, Collin la ligature du canal de Wirsung fut suivie d'une atrophie des tissus et de sclérose. Naturellement

l'action peptique ne pourrait se montrer qu'après une lésion du parenchyme ou des vaisseaux éventuellement de la nutrition. Mais les bactéries, du moins le bacterium coli commune et les microbes pyogènes, n'ont pas une action pareille. Quelle est donc la cause de cette nécrose primaire suivie des effets de la tripsine et des effets des ferments décomposants, en supposant que les observations de Hildebrand, Detmar, Jung et de W. Herbert soient exactes?

Nous nous sommes demandé s'il ne s'agit pas de l'action d'un acide quelconque qui puisse provoquer une nécrose initiale et qui, étant neutralisé par les sécrétions alcalines, n'aurait plus d'action, les effets ultérieurs appartenant au suc pancréatique, ou bien s'il ne s'agit pas tout entièrement de l'action du suc gastrique. A cet ordre d'idées nous étions amené, d'une part, par la découverte des thromboses dans les petites veinules nous rappelant des thromboses dues aux acides (Säurenthrombosen) et par la destruction des tissus regardée déjà par Klebs comme un effet peptique, d'autre part, par l'examen de la muqueuse duodénale de notre deuxième et quatrième cas, qui est digéré, ou bien ne se colore pas, comme cela arrive après l'action du suc gastrique sur la muqueuse stomacale. Du reste, en parcourant les observations dans le travail de Fitz et de Seitz et d'autres cas publiés d'hématome du pancréas, sans omettre ces cas chroniques qu'on désigne sous le nom de gangrène du pancréas, nous avons trouvé que très souvent on a noté dans les antécédents des troubles de digestion devançant de quelques semaines ou de quelques mois, se montrant habituellement après l'ingestion de certains aliments et accompagnés de vomissements. Ces symptômes augmentaient d'intensité, l'hématome du pancréas s'étant surajouté jusqu'aux signes de l'occlusion duodénale. Il n'y a pas de doute que la dyspepsie a précédé chez ces malades, et elle a toujours été observée. Maintenant il nous reste à trancher la question s'il est possible que le suc gastrique puisse entrer dans le canal de Wirsung ou dans le canal de Santorini? Le suc gastrique normal est neutralisé par la bile et par le suc pancréatique. Mais il n'en est pas toujours ainsi, par exemple si l'on se trouve en présence d'une hyperacidité du suc, par laquelle nous expliquons la formation des ulcères peptiques du duodénum. Cette hyperacidité peut provoquer aussi bien au duodénum, comme elle fait au pylore, des contractions musculaires, elle conduit même aux contractions antipéristaltiques, et il se peut, que par suite de ces mouvements, une certaine quantité du suc gastrique acide stomacal pénètre dans l'orifice du canal de Santorini et peut-être même dans le canal de Wirsung, quoiqu'il soit protégé par sa situation. Et alors une autre question se présente, c'est de savoir si l'on peut provoquer une lésion quelconque du pancréas, en introduisant du suc gastrique dans le canal de Wirsung.

Dans ce but nous avons fait des expériences en injectant du suc gastrique contenant 2 et 4 p. 1000 d'acide chlorhydrique, puis de l'acide chlorhydrique à 2,3 et 6 p. 1000, ensuite du suc gastrique neutralisé et enfin le mélange de l'acide butyrique, de l'acide lactique et de l'acide acétique, un et demi de chaque p. 1000 (8 expériences). En injectant le suc gastrique, acide contenant de l'acide chlorhydrique en proportion au moins de 3 p. 1000, il s'est produit une infiltration hémorrhagique du pancréas et des nécroses adipeuses très étendues autour du même organe, dans le tissu adipeux de l'épiploon et dans celui du mésentère. Les lésions trouvées sont dues à l'acide chlorhydrique qui, concentré de 3 à 6 p. 1000, produit une nécrose, des hémorrhagies, une coagulation du sang, etc. Les nécroses adipeuses sont certainement provoquées ainsi par le même acide, car on n'observe ni les hémorrhagies, ni les nécroses adipeuses après les injections du suc gastrique neutralisé pas plus qu'après les injections du mélange des acides butirique, lactique et acétique, mélange qu'on retrouve dans les liquides des vomituritions. Plus le suc gastrique contient d'acide chlorhydrique, plus les hémorrhagies et les nécroses du pancréas sont étendues.

Donc il n'y a plus de doute. *Le suc gastrique hyperacide peut produire des lésions du pancréas qui ressemblent à ce qu'on appelle la pancréatite hémorrhagique avec des nécroses adipeuses.*

Et alors nous nous demandons si l'on peut appliquer ces découvertes à la pathologie de l'homme. Il faudra encore d'autres expériences — et elles sont déjà faites et bientôt nous en ferons rapport dans un travail détaillé — surtout en ce qui concerne l'entrée du suc gastrique acide dans le canal oblique de Wirsung ou dans le canal de Santorini voisin.

Mais, comme nous avons dit déjà, on peut s'imaginer que c'est bien moins un spasme musculaire que plutôt des mouvements antipéristaltiques dont la dyspepsie acide est souvent accompagnée, qui peuvent faire pénétrer le contenu du duodénum dans le canal de Wirsung.

Maintenant il s'agit de savoir si la bile et le suc pancréatique alcalin peuvent alcaliniser le contenu acide du duodénum. Puisque le canal de Wirsung ne contient pas toujours des sécrétions, le suc gastrique hyperacide pourra non seulement paralyser l'alcalinité de la bile, mais encore il y restera assez d'acide pour avoir une action délétère après avoir été introduit dans ledit canal. Si le suc gastrique hyperacide pénètre dans le canal de Santorini qu'on trouve une fois sur dix et qui conduit directement dans la tête du pancréas, les effets destructifs seront encore bien plus grands. Et c'est peut-être par ce chemin-là que la pénétration a lieu le plus souvent, comme le semblent témoigner les cas d'hématome du pancréas bien localisé dans la tête de l'organe ou bien y ayant son point de départ.

Pour savoir si après les effets de l'acide, la destruction ultérieure, c'est-à-dire la digestion, est produite par la pepsine ou par le suc pancréatique, il faudra faire d'autres expériences dans ce sens. Disons cependant que l'acide chlorhydrique met en liberté les acides gras contenus dans les graisses. Y a-t-il une différence entre ces nécroses adipeuses et les nécroses que l'on trouve chez l'homme? En agitant ces nécroses adipeuses artificielles du chien et les nécroses de nos observations avec du chloroforme ou avec de l'éther, elles se sont dissoutes. Mais il faudra chimiquement prouver l'identité de ces deux types de nécroses. Quant à l'action peptique du suc gastrique acide, le pancréas est digéré *in vitro* et cette destruction des tissus que nous avons observée dans les hématomes du pancréas est absolument identique à la digestion. Alors il n'est pas nécessaire de recourir à l'action peptique du suc pancréatique, quand le suc gastrique acide peut produire ou nécrose ou hémorrhagie ou nécrose adipeuse.

En résumé : expérimentalement on peut provoquer par le suc gastrique hyperacide le tableau de ce qu'on appelle la pancréatite hémorrhagique et des nécroses adipeuses. Le processus est probablement tel, que l'acide chlorhydrique produit la nécrose des tissus et la thrombose des vaisseaux. La stase sanguine qui en est la conséquence conduit aux infiltrations hémorrhagiques de tout le parenchyme et à sa nécrobiose.

Cette explication, nous croyons pouvoir l'appliquer à la pancréatite hémorrhagique chez l'homme, sans toutefois vouloir exclure d'autres causes de ce processus. A l'avenir des observations nouvelles démontreront si notre manière de voir est juste, peut-être aussi montreront-elles si l'on ne pourrait pas se servir de l'alcalinisation comme d'un moyen thérapeutique ; l'affection en question a été jusqu'à présent inaccessible au traitement.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A propos d'un lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et de lésions éléphantiasiques du testicule. Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds,

Communication au *Congrès de Moscou.*

Par M. le Dr Le Dentu.

« En 1881, j'ai eu à traiter une hydrocèle chyleuse. Dans le liquide existaient des embryons de la *filiaria sanguinis.* C'était la première fois que je rencontrais ce parasite découvert par Demarquay en 1863, dans des conditions identiques.

« En 1884, à propos de ce cas, j'ai lu devant la Société de chirurgie un travail sur les accidents causés par la filaire en général, et surtout sur les hydrocèles chyleuses.

« En 1887, j'ai attiré l'attention de mes collègues de la Société de chirurgie sur certaines indurations du testicule, ressemblant beaucoup à la syphilis de cet organe, que j'avais observées plusieurs fois sur des habitants de la zone tropicale. Frappé de la coïncidence possible, mais non constante, de ces indurations avec l'éléphantiasis du scrotum, je les ai considérées comme de la même nature que ce dernier, et je n'ai pas craint d'intituler mon travail : *De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum.*

« En 1890, une castration unilatérale rendue nécessaire pour une opération autoplastique, sur un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum, m'offrit l'occasion d'étudier les lésions spéciales du testicule et de constater qu'elles étaient bien, comme l'éléphantiasis cutané, d'origine lymphangitique. Le rapprochement que j'avais fait des deux ordres de lésions était donc exact. Le résultat de l'examen histologique du testicule est consigné dans les *Bulletins de l'Académie de médecine* de 1890. Un fait en ressort nettement, c'est que, ainsi qu'il fallait s'y attendre, l'induration fibro-laminaire siège presque exclusivement dans l'épididyme, la tunique vaginale et l'albuginée.

« Enfin, cette année (1897), j'ai eu à donner des soins à un jeune homme de vingt-trois ans, né aux Antilles, chez qui existaient en même temps une induration éléphantiasique du testicule, une hydrocèle, une entérocèle inguinale et une tumeur du canal inguinal, empiétant sur les bourses, qui ressemblait beaucoup à une épiplocèle adhérente.

« La cure radicale de cette lésion et de l'extirpation de cette tumeur furent jugées nécessaires pour diverses raisons. Au cours même de l'opération, il fut reconnu, qu'à côté de l'entérocèle se trouvait non une épiplocèle adhérente, mais un *lymphangiome* et un *varicocèle lymphatique* volumineux.

« Quant à l'*hydrocèle*, elle avait été ponctionnée plusieurs jours auparavant. Le liquide, absolument normal d'ailleurs, contenait *un grand nombre de filaires vivantes.*

« Le malade éprouvait depuis plusieurs années des accidents particuliers consistant en crises de douleurs, accompagnées de fièvre, de vomissements et de gonflement, ayant leur point de départ dans le testicule droit et remontant vers la fosse iliaque et le flanc jusqu'aux reins. Il avait vu apparaître l'hydrocèle et la tumeur mixte du canal inguinal (hernie et lymphangiome) depuis plusieurs mois. Les crises douloureuses ayant pris, au mois de février de cette année, une intensité extraordinaire, le malade s'est résolu à changer de climat. »

La pièce offre un vif intérêt. D'une part, le testicule enlevé présentait les mêmes lésions déjà décrites en 1890 à l'Académie de médecine (*lymphangite chronique* de l'épididyme et des enveloppes testiculaires, avec *hyperplasie conjonctive* consécutive); d'autre part, elle offrait à l'examen un *lymphangiome* de grandes dimensions, qui plongeait dans le bassin en même temps qu'il descendait dans le scrotum, et qui était escorté par un énorme *varicocèle lymphatique* sans connexions apparentes avec lui.

La tumeur était constituée par un amas de vaisseaux lymphatiques, la plupart de nouvelle formation, dilatés en vacuoles dont quelques-unes contenaient un liquide louche, un peu lactescent, où il n'a pas été trouvé de filaires.

Les suites de l'intervention furent assez inquiétantes pendant une période de quelques jours. Il fallut inciser une tumeur liquide développée dans la cavité abdominale et d'où il s'échappa du sang pur, liquide et en caillots. A chaque pansement, du sang s'écoulait, sans qu'on pût se rendre compte de son origine. Puis, des vomissements violents se déclarèrent, vomissements bilieux, accompagnés d'ictère et de douleurs dans la région de la vésicule biliaire, comme s'il s'était agi de coliques hépatiques; mais ces accidents devaient se rapporter à l'existence de grosses varices lymphatiques, et peut-être d'un adénolymphocèle du groupe ganglionnaire préaortique. Actuellement, le malade est guéri.

A propos de ce cas extrêmement intéressant, *où le paludisme n'a joué aucun rôle*, où la filaire a eu certainement un rôle prédominant, sinon exclusif, M. Le Dentu développe des considérations sur les accidents propres aux pays chauds qu'un certain nombre d'auteurs, Manson, Lews, Fayrer, Bancroft, Magalhaes, Audain, attribuent sans hésitation à l'influence de ce parasite. Il aborde aussi la question de l'*orchite paludéenne* et en met en doute l'existence, pour la raison que le paludisme est bien loin d'être toujours démontrable chez les sujets qui en sont atteints, et qu'elle apparaît exclusivement dans des régions où la filariose est endémique.

Le seul point douteux est de savoir s'il ne faut pas que le système lymphatique ait été préparé, *par une résidence prolongée dans les pays chauds*, à recevoir l'action de la filaire. En effet, *les individus fraîchement établis dans ces pays chauds sont indemnes d'accidents.* Sauf cette réserve, l'action du parasite est incontestable, quoiqu'on ne puisse pas toujours arriver à en démontrer l'existence par l'examen du sang.

Il convient de diviser les accidents testiculaires en aigus, subaigus et chroniques. Ces derniers peuvent être chroniques d'emblée, sans avoir été précédés de poussées aiguës, et ne sont pas toujours accompagnés d'éléphantiasis scrotal. Ils méritent spécialement la dénomination d'éléphantiasis du testicule.

Le diagnostic avec la syphilis tertiaire est parfois très délicat. Le défaut de tout accident spécifique préalable, l'état stationnaire, l'impuissance du traitement spécifique sont des motifs de différenciation très importants.

Le changement de climat, le passage dans une zone tempérée ou froide, arrêtent l'évolution des accidents plus ou moins rapidement. Peut-être l'électrolyse les ferait-elle rétrograder, comme lorsqu'on a affaire à un lymphangiome proprement dit.

PATHOLOGIE INFANTILE

Arhythmie du cœur chez les enfants,

Communication au *Congrès de Moscou*

Par M. le Dr J. Comby (de Paris).

Quand les battements du cœur sont inégaux en force, en durée, quand ils sont troublés par des intermittences, par des faux pas, on dit qu'il y a *arhythmie.* Ce trouble fonctionnel est extrêmement fréquent chez les enfants, indépendamment de toute lésion organique du cœur ou du cerveau. Nous laisserons de côté l'arhythmie des cardiopathies et des encéphalopathies. On remarque que l'arhythmie ne s'associe pas avec la tachycardie ;

quand le pouls est rapide, il n'est pas irrégulier; pour être nettement arhythmique, il faut qu'il soit lent ou peu accéléré. On peut répartir les enfants arhythmiques en six catégories principales :

1° *Arhythmie des enfants bien portants.* — Il faut qu'on sache bien que les irrégularités du pouls sont communes chez les enfants de tout âge, à l'état de sommeil comme à l'état de veille. Il y a donc une arhythmie essentielle ou physiologique, permanente ou intermittente.

2° *Arhythmie toxique.* — Les solanées, les opiacés, la digitale, l'éther, le chloroforme, l'oxyde de carbone, etc., peuvent causer l'arhythmie du cœur. Quand l'empoisonnement accidentel ou médicamenteux est poussé assez loin, le pouls se ralentit à un degré très accusé, la claudication du cœur s'accentue, la face devient pâle, il y a des nausées, etc. Tout indique l'urgence de la suppression du remède, de l'agent toxique qui a provoqué les accidents.

3° *Arhythmie d'origine gastro-intestinale.* — Les troubles digestifs, les infections intestinales diverses, l'embarras gastrique, la constipation entraînent souvent l'arhythmie, par une sorte d'auto-intoxication comparable à l'hétéro-intoxication citée plus haut. Quand, à l'arhythmie, se joignent de la céphalée, des vomissements, de l'abattement, on est porté à redouter la méningite; or, l'administration d'un purgatif, du calomel, des antiseptiques intestinaux, triomphe de cette pseudo-méningite. L'arhythmie de l'ictère catarrhal est aussi une arhythmie par auto-intoxication. Quant à celle de la lombricose, elle peut être aussi bien dite *réflexe* que *toxique*.

4° *Arhythmie des états diathésiques.* — Les enfants obèses, asthmatiques, diabétiques, chlorotiques, albuminuriques, rachitiques, présentent assez souvent de l'arhythmie cardiaque liée à leur état constitutionnel, au ralentissement de leur nutrition générale, etc. Du moins il est impossible de trouver une autre cause.

5° *Arhythmie de la chorée et des névroses.* — La chorée trouble fréquemment le rhythme du cœur sans qu'il y ait aucune lésion de l'endocarde ou du péricarde; il semble que l'incohérence des membres ait gagné le muscle cardiaque. Les hystériques, les neurasthéniques, les enfants qui se livrent à l'onanisme ont aussi de l'arhythmie en même temps que des palpitations cardiaques.

6° *Arhythmie de convalescence.* — La convalescence de la plupart des maladies aiguës fébriles est marquée par un ralentissement du pouls avec arhythmie. J'ai vu le pouls d'enfants atteints de pneumonie, de fièvre typhoïde, tomber, au moment de la convalescence, à 60, 50, 48, 44, 42 même. Cette arhythmie persiste 8, 15 jours, un mois, 40 jours dans un de mes cas. Elle coïncide parfois avec l'hypothermie. J'ai vu, à la suite de la grippe, un enfant tomber dans la somnolence et présenter une arhythmie des plus marquées; on croyait à la méningite, il a guéri en quelques jours.

Quelle est la pathogénie de l'arhythmie cardiaque? Elle peut être d'origine réflexe ou d'origine toxique. L'arhythmie des états nerveux, l'arhythmie émotionnelle, psychique est sans doute réflexe. L'arhythmie des empoisonnements et des maladies infectieuses, celle des dyscrasies, des gastropathies, etc., est évidemment toxique (auto-ou hétéro-intoxication suivant les cas). Les toxines ou les poisons charriés par le sang vont troubler l'innervation du cœur, exciter le pneumogastrique, qui est le nerf d'arrêt. Cependant, il faut admettre parfois une inflammation ou une dégénérescence du myocarde; les morts subites ou rapides observées à la suite de la diphthérie et des grandes infections, avec ralentissement et arhythmie du cœur, relèvent sans doute de ce mécanisme.

La valeur séméiologique de l'arhythmie est des plus restreintes. Il faut bien savoir que ce trouble est fréquent, qu'il est loin d'être un symptôme inhérent à la méningite; il ne faut donc pas s'effrayer quand on l'observera chez un enfant. Il semble même que l'arhythmie soit quelquefois un symptôme favorable, un phénomène *critique* (convalescence des maladies aiguës).

Le traitement de l'arhythmie en elle-même n'existe pas; il faut remonter à la cause et la traiter quand elle est accessible. L'enfant prend-il de la digitale? L'arhythmie indiquera qu'il faut s'arrêter. Est-il nerveux, excitable; on le privera de tous les excitants (vin, café, thé). Est-il constipé, a-t-il des troubles digestifs; on les saignera. Mais s'il y a des accidents inquiétants, des menaces de syncope, on fera des excitations de nature à tonifier le cœur et le système nerveux (frictions, injections de caféine, éther, huile camphrée, sérum artificiel, électrisation, etc.).

SYPHILIGRAPHIE

De quelques anomalies dans les symptômes et dans l'évolution de chancres syphilitiques et de syphilides ulcéreuses,

Communication au *Congrès de Moscou*

Par M. le Dr Barthélemy (Paris).

Quand on a étudié 100 chancres syphilitiques, disait Ricord, on croit qu'on ne peut plus faire d'erreurs de diagnostic. Quand on en a vu 10 000 on se convainct que les difficultés sont parfois insurmontables pour savoir, objectivement et sans grand retard, au juste à quoi on a affaire. Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude approfondie du diagnostic différentiel du chancre syphilitique. Je me propose seulement d'énumérer quelques anomalies symptomatiques que j'ai eu à observer dans ces derniers temps.

La première, la *principale anomalie* est, pour le chancre syphilitique, de faire défaut. Sans doute, on peut toujours dire que le chancre a pu être nain, ou a été si léger, si minime, si court d'évolution qu'il a passé inaperçu. Il a pu être dans une région inaccessible, ou intra-utérin, ou œsophagien, qui sait où? Toutefois, il est bien extraordinaire que l'on ne puisse saisir ni trace d'irritation ou d'induration locale, ni surtout déceler la moindre adénopathie, et pourtant la roséole survient, intense d'éruption et de coloration, généralisée, rapide d'évolution et avec des caractères spécifiques indiscutables. La syphilis existe très nette, confirmée et aucun chancre n'a pu être constaté.

Comment s'est réalisée l'infection? On n'en sait rien. Toutefois, le fait est réel, il y a des syphilis dont il est impossible de déterminer le point de pénétration dans l'organisme. La porte d'entrée ne peut être dépistée. Pas de chancre, pas même un ganglion prémonitoire, et un beau jour une roséole éclate, indubitable, souvent intense et généralisée; j'en ai eu plusieurs faits personnels à Saint-Lazare; on se dit d'abord que c'est parce qu'on a mal observé; mais d'autres faits se reproduisent dans les mêmes conditions : c'est ce que Verchère, amateur des recherches de portes d'entrée, a désigné sous le nom de *syphilis d'emblée* ou *syphilis sanguine*, parce qu'il pense que le virus a passé directement dans le sang, comme nous avons en 1880 démontré, Oudin et moi, qu'on vaccinait en introduisant du virus sous la peau, sans que pourtant il y ait d'éruption vaccinale. Quelle que soit l'explication, il faut savoir que le fait existe et qu'il constitue un important chapitre des syphilis ignorées; il est vrai que l'ignorance ne dure pas longtemps.

Quoiqu'il en soit, voici un exemple de plus que je signale à vos recherches et à vos méditations.

Observation I. — *Syphilis sans chancre et sans adénopathie.* — La nommée B... Marie, 19 ans, modiste, entre le 9 novembre 1895 à la salle XVII avec le diagnostic : *blennorrhagie aiguë totale.* A Saint-Lazare, on pose le diagnostic suivant : uréthro-vaginite, *herpès de la fourchette,* ulcération du col et

catarrhe purulent. Femme pâle, anémiée; acné du dos et de la poitrine.

Blennorrhagie utérine et vaginale.

Pas d'adénopathie inguinale.

7 décembre. — Apparition de la roséole. Roséole intense depuis les seins jusqu'aux flancs, développée surtout autour de la taille, par pression probable du corset. La malade étant à Saint-Lazare depuis un mois, on n'a pas aperçu le chancre. *Forte adénopathie du cou, à gauche, unique. Aucune adénopathie primaire.* L'adénopathie du cou est déjà une adénopathie secondaire. Rougeur du fond de la gorge. Amygdales opalines. A droite, muqueuse anfractueuse, presque ulcérative. Une lésion arrondie, très nettement circonscrite (papule?) sur la langue. Pas encore de traitement spécifique.

17 décembre. — Les accidents secondaires s'accentuent. Rien à la vulve. L'herpès est guéri. La gorge est plus douloureuse, plus malade, rouge. Les amygdales sont tapissées de rougeurs légèrement couenneuses. Quelques plaques tout à fait au début.

Première injection très bien tolérée de o gr. o5 de calomel.

19 décembre. — Première séance électrolytique intra-cervicale et intra-utérine de 50 m. m. a. durant 3 minutes. *La roséole bat son plein.*

Quelques papules érythémo-squameuses à la nuque et à l'épaule gauche.

Aucune espèce d'adénopathie, à part l'unique ganglion olivaire dur, indolent, cervical gauche.

Rien dans les aines.

24 décembre. — Injection de o gr. o5 de calomel.

26 décembre. — Electrolyse positive de 50 m. m.

28 décembre. — La plaque de la langue est guérie. La roséole a presque disparu.

9 janvier 1896. — Electrolyse cervicale positive (50 m. m. a.) 5 minutes.

8 février. — Injection de calomel de o gr. o5.

15 février. — La malade sort sans accidents spécifiques contagieux.

P.-S. — En relevant les antécédents de la malade, on voit qu'elle a fait un premier séjour à Saint-Lazare en 1893; elle n'avait pas de syphilis à cette époque. Elle commence à se prostituer depuis 15 jours, et a fait en 1893 une fausse couche de 4 mois.

On sait que, chez certains vieillards, les adénopathies symptomatiques sont parfois minimes, presque nulles; j'en ai observé plusieurs cas pour des chancres des lèvres ou de la langue, par exemple, dans le service de mon maître le professeur Fournier; mais, ici, il s'agit d'une jeune femme; et c'est après avoir fait faire l'examen par plusieurs maîtres, et notamment par M. Fournier qui a contrôlé le diagnostic, que je me suis décidé à publier l'observation qui suit, très rare sans doute, au point que le tableau symptomatique de la syphilis primaire n'en peut pas être modifié, mais intéressante puisque Ricord avait proclamé cet axiome que le ganglion suit le chancre comme l'ombre suit le corps exposé au soleil.

Obs. II. — B... Louise, insoumise, âgée de 17 ans, couturière, entre à la salle XVII le 9 novembre 1896, sortie le 21 avril 1897.

Blennorrhagie subaiguë du vagin, de la vulve, du col.

Ulcération fongueuse et saignante du col. Sur la grande lèvre droite *une érosion sans caractères nets.* Pas d'*adénopathie primitive inguinale.*

Amygdales absolument petites et saines. Muqueuses pâles (gorge, etc.).

Anémie.

L'ulcération du col date certainement de plusieurs mois, bien que la malade n'ait eu ni grossesses, ni fausses couches.

Légère adénopathie cervicale.

Cicatrices de brûlures anciennes par l'acide sulfurique à la commissure labiale et à la joue droites.

24 novembre 1896. — Excision de végétations du vagin. — Il reste toujours une ulcération arrondie, lisse, indurée qui est suspecte. Apparence chancriforme sans ganglions.

22 décembre 96. — Erosion suspecte du bord libre de la grande lèvre droite. *Pas d'adénopathie.* Col entr'ouvert, bourgeonnant, érodé, en voie d'amélioration.

12 janvier 97. — Apparition de la roséole. Taches espacées, légèrement saillantes, non desquamées. Première injection : huile grise.

14 janvier 97. — Les tâches de roséole ont notablement pâli. Mais elle est en pleine évolution, très nette, ayant même complété son éruption sur les cuisses et dans le dos, et sur le thorax (région présternale).

16 janvier 97. — M. le professeur Fournier est venu voir la malade. Il n'hésite pas à diagnostiquer un type de roséole syphilitique, encore récente, mais bien développée.

Le chancre lui parait également incontestable bien que la réparation soit, depuis quelques jours, tout à fait complète. Mais il existe encore de l'induration et une sorte de cicatrice ovalaire et lisse qui, par sa forme, dénote bien sa nature spécifique.

Or, il n'y a aucune espèce d'adénopathie dans les aines, ni (autant qu'on peut s'en rendre compte sur cette fille de 17 ans, maigre) dans les fosses iliaques.

Depuis la roséole, apparition d'adénopathies cervicales d'infection générale. Amygdales saines et singulièrement petites. Pâleur, anémie. — Caprices d'appétit. — Elle tousse un peu; toux sèche. Respiration faible, suspecte au sommet droit. — Les cheveux tombent un peu. Pas de croûtes dans la tête. Pas de céphalée. Pas de douleurs rhumatoïdes.

Il y a 15 jours, règles normales.

28 janvier 97. — Injection calomel.

9 février. — Injection huile grise.

27 février. — Injection calomel.

8 et 15 mars. — Electrolyse de 75 m. m. a. et 50 m. m. a.

20 mars. — Injection calomel.

27 mars. — La malade a maigri un peu au moment de son chancre. Elle présente, symétriquement développées sur toute la région fessière externe et postérieure de la racine de la cuisse, des vergetures à 15 réseaux parallèles, récentes, formant un pinceau chevelu violacé. Même pinceau, mais d'abondance moindre, dans les creux poplités. — Pas de vergetures des seins.

La roséole est en voie de disparition n'est plus marquée que par des macules violacées, mais l'infection est toujours caractérisée par l'adénopathie cervicale secondaire, par la pâleur et l'anémie et par l'inappétence. Petite toux sèche. Examen des crachats négatifs.

2 avril. — Injection de calomel.

Petite plaque de l'amygdale droite.

10 avril. — Injection de calomel.

Le col utérin est petit, resserré entre 2 brides antérieures et postérieures, l'antérieure la plus intense. Elles vont se fixer dans le raphé de la colonne antérieure du vagin. Cette disposition est congénitale.

21 avril. — La malade sort du service.

Plus de roséole.

Pas de ganglions inguinaux.

Les ganglions cervicaux existent toujours.

Ordinairement, c'est l'herpès qui est multiple et le chancre syphilitique qui est unique. Dans les cas dont je veux vous entretenir, c'est l'inverse qu'on observe, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les photographies ci-jointes, auxquelles je pourrai joindre encore celle d'un chancre simple dont la nature fut démontrée par l'inoculation positive, et qui resta unique, en dépit de son siège dans le sillon balanopréputial, en dépit de sa durée de plus de six semaines.

Je ne parlerai ici que pour mémoire de ces chancres nains et éphémères, dont les symptômes sont réduits à l'extrême, si minimes que les malades (comme Brocq et moi en avons rapporté des exemples en 1897 à la Société française de dermatologie) ne peuvent se résigner à admettre qu'ils sont syphilisés. Dans d'autres cas au contraire, tout est simplifié, exagéré, comme dans ces chancres énormes, hypertrophiques, saillants comme un bouton de loto,

comme une noix, avec une base indurée et ressemblant à une tumeur maligne (ulus elevatum de Verneuil); ces lésions ont également une durée anormalement prolongée; je me suis bien trouvé dans ces cas de faire un traitement local en plus du traitement général par les injections. Outre les frictions avec 2 grammes d'onguent napolitain sur les adénopathies, je pratique tout autour de la sclérose initiale et, au-dessous de l'induration sur laquelle elle repose, une série d'injections d'une goutte par dose, par exemple, soit de cyanure d'hydrargyre ou de biiodure, soit même d'huile grise ou d'huile au calomel.

J'ai cru obtenir ainsi des résultats plus complets qu'en suivant le traitement simple ordinaire.

C'est ce même traitement local que je fais autour des placards de syphilis cutanés tertiaires qui se montrent menaçants ou rebelles au traitement vulgaire : autour, au-dessous et quelquefois dans l'épaisseur même du néoplasme spécifique (injections interstitielles). J'ai ainsi guéri des lésions qui avaient résisté pendant de longs mois à tous les modes de traitement, si énergiques et si variés eussent-ils été. Une syphilide ulcéreuse a seule résisté à ce traitement et encore après des résultats passagers très satisfaisants.

Il s'agissait d'un homme alcoolisé qui avait eu la syphilis en 1870. Or depuis 8 ans, il était porteur d'une ulcération du front et du sourcil tout à fait indiscutablement syphilitique et qui résistait à tout.

Anomalies des syphilides.

Je ne reviendrai pas sur cette anomalie que j'ai déjà signalée, à savoir la prolongation excessive de la *période secondaire* de la syphilis; les syphilides bucco-linguales par exemple se renouvellent incessamment pendant de très longues années, disparaissant facilement par le traitement mais revenant dès que celui-ci était cessé et perpétuant par conséquant, en dépit de tout, les périls et la contagiosité.

Je termine en disant un mot seulement des *syphilides tertiaires* typiques dont j'ai observé un cas, si rebelle par ses récidives incessantes et sa durée de huit années, qu'il fallut le traiter chirurgicalement, comme un cancroïde.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Ménard (Paul). *Des sarcomes rétro-péritonéaux*. N° 437. (H. Jouve.)

M. Maugourd (A). *Obstruction du pylore par calculs biliaires*. N° 445. (H. Jouve.)

M. Monod (Adrien). *Remarques sur la méthode de l'invagination intestinale à propos de quelques opérations nouvelles*. N° 447. (G. Steinheil.)

M. Vitalien (Joseph). *Péritonite cancéreuse primitive*. N° 517. (P. Delmas.)

M. Darras (Edmond). *De la perforation dans l'ulcère simple du duodénum*. N° 536. (G. Carré et C. Naud.)

M. Hamel (Paul). *De l'hématurie essentielle*. N° 432. (H. Jouve.)

M. Ratynski (Martin-Ange). *De la néphrectomie lombaire par morcellement*. N° 479. (Carré et Naud.)

M. Saussol (L.). *Varicocèle et hypochondrie*. N° 470. (H. Jouve.)

M. Jusseaume (Edmond). *Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthrre, rebelles à la dilatation*. N° 507.

M. Buyck (E.). *Quelques considérations sur l'hydrocèle en bissac de Dupuytren et l'hydrocèle pseudo-biloculaire*. N° 462.

M. Guillaume (Paul-Amédée-Joseph). *Contribution à l'étude du tubercule sous-cutané douloureux et en particulier de l'angiome circonscrit douloureux*. N° 543. (A. Malverge.)

M. Bernard (J.). *Contribution à l'étude du syringo-cystadénome; cystadénomes épithéliaux bénins*. N° 576. (H. Jouve.)

M. Oriot (Emile). *Contribution à l'étude de la neurofibromatose*. N° 470. (P. Delmar.)

M. Le Tellier (Adrien). *Etude sur les gommes syphilitiques précoces*. N° 450. (Carré et Viaud.)

M. Battier (Marius). *Les angines diphthéroïdes de la syphilis*. N° 448. (H. Jouve.)

Les sarcomes rétro-péritonéaux sont à peu près aussi fréquents que les lipomes de cette région. La forme sarcomateuse est de beaucoup la plus commune des tumeurs malignes développées en arrière de la séreuse. Microscopiquement ce sont des tumeurs généralement grosses comme des têtes de fœtus, molles, kystiques ou non. Macroscopiquement, on y retrouvera toutes les espèces de sarcomes décrites.

Ils empruntent leur symptomatologie aux troubles qu'ils apportent au fonctionnement des organes voisins. Ils tuent en un espace de temps variant de 6 mois à un an. Leur diagnostic est très difficile et M. Ménard pense que la plupart du temps on ne pourra que soupçonner le lieu de développement et la nature du néoplasme. L'opération a réussi deux fois, dans les mains de Potherat et de Péan. Les malades n'ont pas été suivis. Généralement l'extraction est impossible.

L'obstruction du pylore par calcul biliaire est assez rare. La plupart des malades chez qui elle se rencontre appartiennent au sexe féminin. Le calcul biliaire ne peut pénétrer dans la cavité gastrique qu'à la suite de la formation d'adhérences entre la vésicule et l'estomac et après la production d'une fistule cholécysto-gastrique ou cholécysto-pylorique. L'élément spasmodique joue un grand rôle dans la fixation du calcul au niveau de l'anneau pylorique. La présence du calcul dans le calibre du pylore n'est pas l'unique cause d'obstruction, les adhérences, l'épaississement des parois y contribuent dans une large part.

Le traitement est variable : il faut d'abord, dit M. Maugourd essayer le traitement médical : lavages de l'estomac. Si la sténose est de date récente, si la dilatation de l'estomac n'est pas excessive, faire la laparatomie médiane, ouvrir le pylore ou l'estomac et extraire le corps étranger. Libérer les différents organes de leurs adhérences. Si l'état général du malade est trop déprimé, si la dilatation de l'estomac est considérable et si les adhérences sont trop résistantes, pratiquer rapidement la gastro-entérostomie.

La méthode de l'invagination de l'intestin appartient dans son principe à Jobert. Le procédé satisfait aux conditions de simplicité et de sécurité qui caractérisent la bonne technique. Tandis que l'entérorrhaphie circulaire expose au rétrécissement de l'intestin et ne garantit pas l'étanchéité du joint, l'invagination respecte le calibre intestinal et soude les parties rapprochées d'une manière solide. Elle est plus facile et plus rapide à exécuter que la suture circulaire. C'est donc l'opération de choix d'après M. A. Monod, pour l'anastomose de deux segments intestinaux. Le procédé de Doyen, grâce à l'invagination, permet d'aboucher avec sécurité deux segments intestinaux de calibre inégal. La technique d'Emerich Ullmann (de Vienne) est une application ingénieuse de la méthode, et peut être recommandée pour la réunion bout à bout de deux calibres égaux. L'entéro-anastomose latérale de Frey (de Tubingue) doit son originalité et sa valeur à l'obturation des bouts par son invagination. Le retournement du bout inférieur d'un anus iliaque, après ablation partielle ou totale du rectum, tel qu'il est décrit par Quénu, présente l'avantage d'assurer l'asepsie parfaite et définitive de la plaie opératoire.

La péritonite cancéreuse primitive, dont les travaux antérieurs

et dont les observations récentes montrent l'existence, évolue d'une façon chronique ou quelquefois aiguë. Elle présente cette particularité étiologique de frapper de préférence les femmes et de présenter souvent dans le petit bassin une masse néoplasique qui pourrait être le point de départ. Elle se révèle par l'augmentation de volume du ventre due au météorisme, à des tumeurs multiples, à l'ascite qui peut être séreuse ou hémorrhagique. Des observations ont montré qu'en cas de cancer abdominal, on pourrait trouver une ascite spéciale laiteuse non chyleuse. Dans le diagnostic, c'est surtout la péritonite tuberculeuse qui pourra causer des erreurs. L'inoculation de l'épanchement aux animaux lève les doutes.

M. Vitalien, montre qu'il n'existe aucun traitement perde guérir la péritonite cancéreuse primitive.

La perforation est la complication la plus ordinaire de l'ulcère du duodénum qui peut ne se révéler que par cet accident initial et terminal. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (5 :1) et se rencontre de préférence à l'âge adulte.

M. Darras montre qu'elle siège dans la grande majorité des cas sur la première portion de l'organe et à sa face antérieure. Sa conséquence habituelle est une péritonite généralisée; rarement celle-ci se trouve empêchée ou retardée.

Les accidents ont ceci de particulier : dans plus des 2/3 des cas, ils éclatent subitement, au milieu d'une santé en apparence parfaite, chez un individu (ordinairement un homme) parvenu à l'âge adulte. Leur évolution est ultra-rapide et conduit presque fatalement à la mort si l'on n'intervient pas. Dans certains cas, exceptionnels à la vérité, la marche des accidents est moins dramatique et presque silencieuse par suite de la formation d'une péritonite enkystée.

Le diagnostic, à la période de péritonite, est surtout à établir avec l'étranglement interne; malgré les nombreux signes différentiels signalés, ce point reste parfois très difficile à élucider.

Pour déterminer le siège de la perforation (duodénum, estomac, appendice iléo-cæcal), les meilleurs signes sont : les antécédents du malade, les circonstances dans lesquelles survient la perforation, le siège précis de la douleur au début. On se rappellera en outre que la perforation du duodénum est plus fréquente chez l'homme, contrairement à ce qui s'observe pour l'ulcère de l'estomac; que ce dernier, bien que parfois latent, l'est moins souvent que l'ulcère du duodénum; qu'enfin les vomissements paraissent plus constants dans la perforation du duodénum que dans celle de l'estomac.

Le seul traitement est l'intervention chirurgicale, qui pour avoir chance de réussir, doit être précoce, rapide et complète. La suture de la perforation est la méthode de choix; si elle était impossible, le tamponnement de la cavité péritonéale au voisinage de la lésion et le drainage de la région serait indiqués. La toilette du péritoine et le drainage de la cavité abdominale sont le complément nécessaire de l'intervention. Le traitement post-opératoire ne devra pas non plus être négligé.

Il existe des hémorrhagies rénales abondantes, persistantes, que n'explique jusqu'à présent aucune lésion connue. M. Hamel reprend leur étude d'après les faits publiés déjà par Senator, A. Broca, Passet, etc., et il relate deux cas inédits de M. J. Renault, concernant des enfants.

Il divise ces hématuries essentielles en 6 groupes : 1° hématurie avec néphroptose; 2° hématurie avec névralgie; 3° hématurie hémophilique; 4° hématurie purpurique; 5° hématurie avec albuminurie; 6° hématurie essentielle pure. Cette division n'a rien de définitif; elle pourra être remaniée quand l'étude de ces hématuries sera plus connue.

Dans certaines pyélo-néphrites calculeuses anciennes ou tuberculeuses, dans certaines interventions secondaires à des opérations sur le rein, les procédés opératoires actuellement connus et méthodiquement employés sont souvent insuffisants et dangereux pour l'extirpation du rein. Dans ces cas, pour éviter les accidents terribles (hémorrhagies internes, foudroyantes, ruptures de l'intestin) que peuvent occasionner les adhérences ou la périnéphrite, pour faciliter singulièrement la tâche de l'opérateur, M. Ratynski conseille la néphrectomie lombaire par morcellement, d'après la méthode de M. Tuffier. Les tumeurs néoplasiques du rein, friables et saignantes ne peuvent bénéficier que d'une façon très relative de ce procédé opératoire.

L'hypochondrie est fréquemment associée au varicocèle. Elle est provoquée par les accidents habituels du varicocèle (intensité des douleurs, volume de la tumeur), par les complications qui l'accompagnent (atrophie testiculaire, impuissance) ou par l'affaissement moral résultant de l'incapacité à remplir une fonction. Elle est caractérisée par une tristesse et une mélancolie extrêmes, par un abattement moral et physique absolu, par des troubles digestifs souvent intenses, par de l'amaigrissement, des insomnies et des vertiges et par un malaise général qui donne souvent à ces malades des idées de suicide.

Lorsque les palliatifs n'ont amené aucune amélioration dans l'état du varicocèle et lorsque la psychopathie s'accentue en dépit de l'influence morale exercée par le médecin, recourir à une intervention chirurgicale. M. Saussol conseille de choisir de préférence la résection du scrotum à cause de sa bénignité et des excellents résultats qu'elle donne. On réservera l'excision du tronc veineux aux phlébectasies considérables. L'opération fait disparaître à la fois les accidents habituels du varicocèle et l'hypochondrie qui en est la conséquence. Chez les malades qu'il a été possible de revoir longtemps après, ces résultats s'étaient maintenus excellents.

M. Jusseaume conclut que la cure radicale, définitive, des rétrécissements organiques de l'urèthre est, jusqu'à présent, irréalisable. Après l'emploi de l'électrolyse linéaire double, comme après l'usage de tous les autres procédés, le traitement post-opératoire est absolument nécessaire pour maintenir la dilation du canal de l'urèthre. L'électrolyse linéaire double n'aggrave pas l'état local des rétrécis, lorsque les opérés ne suivent pas régulièrement le traitement post-opératoire et qu'il s'agit d'une stricture uréthrale, rebelle à la dilatation. Les résultats éloignés de l'électroyse linéaire double sont supérieurs à ceux fournis par l'uréthrotomie interne, ce qui est dû : *a*) A la double section du canal au niveau du rétrécissement. *b*) A la destruction d'une partie de tissu scléreux qui siège principalement sur la paroi inférieure de l'urèthre, au niveau de la stricture. *c*) A l'heureuse influence qu'exerce le courant électrique sur la sclérose diffuse du canal, influence incontestable, puisque l'élasticité des parois uréthrales augmente, bien que l'on n'ait pas recours au cathétérisme, à mesure que l'on s'éloigne de l'opération, comme le prouve l'introduction de plus en plus facile de la grosse bougie introduite dans le canal quelques jours après l'opération. Les excellents résultats immédiats et les heureux résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double prouvent que c'est le procédé de choix que l'on doit employer dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre rebelles à la dilatation.

L'hydrocèle en bissac, dont M. Buyck relate un cas inédit opéré par Bazy, est une affection rare. Elle résulte d'une disposition congénitale. Chaque vaginale a sa forme particulière, qui déterminera la forme de l'hydrocèle. Il n'y a pas lieu d'admettre des hydrocèles biloculaires superficielles, ou interstitielles. Ces deux variétés doivent être considérées comme des hydrocèles bilobées ou des hydrocèles développées dans un diverticulum de la vaginale. L'hydrocèle dont la poche supérieure est située au-dessus de l'anneau inguinal profond reste seule la véritable hydrocèle biloculaire, l'hydrocèle en bissac de Dupuytren.

Le terme de tubercule sous-cutané douloureux ne s'applique pas à une affection nettement définie; mais sert à désigner un symptôme dominant, la douleur, présenté par diverses tumeurs. Et, par exemple, M. Guillaume pense que certains angiomes sous-cutanés circonscrits peuvent revêtir ces caractères. Les traumatismes paraissent jouer un certain rôle dans leur production et leur développement. Ces tumeurs naturellement molles, ne peuvent devenir douloureuses que lorsqu'elles sont devenues dures. Elles peuvent subir cette transformation sous l'influence de traumatismes et d'un état diathésique amenant certaines modifications dans leur structure. Ces douleurs paraissent sous la dépendance d'une compression et d'une irritation des extrémités nerveuses sous-dermiques et dermiques par

les portions centrales ou périphériques de cette tumeur dure, principalement chez un sujet nerveux ou prédisposé. Le mécanisme de la production des accès douloureux peut être dû à des changements de tension dans les vaisseaux sanguins de la tumeur.

L'irrégularité et les bosselures de la surface des tumeurs, la coloration bleuâtre de la peau qui les recouvre, une légère dilatation des veines sous-cutanées voisines, devront être recherchées et pourront, lorsqu'elles existeront, servir à distinguer l'angiome douloureux dont elles sont caractéristiques, d'une autre variété de tumeurs. Les angiomes douloureux siègent presque toujours sur les membres, et en particulier sur le bras et l'avant-bras. Dans tous les cas, ce sont des tumeurs bénignes, toujours encapsulées, s'énucléant facilement, ne récidivant ni se généralisant jamais. Le seul traitement efficace et sans aucun danger, est l'extirpation de la tumeur au bistouri.

Le syringo-cystadénome est considéré par M. J. Bernard comme une variété de nævus, qui se développe lentement aux dépens de débris erratiques de l'épiderme. La localisation est très variable : il peut aussi bien prédominer à la partie supérieure du thorax et la partie inférieure du cou qu'au niveau du visage. Il se développe sous une influence inconnue, ordinairement au moment de la puberté et ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire ni d'aucun symptôme douloureux. Au point de vue histologique il semble y avoir une transition insensible entre l'adénome sudoripare et l'adénome sébacé. Ils rentreraient tous deux dans le groupe des adénomes épithéliaux bénins. Au point de vue thérapeutique, le meilleur procédé opératoire est l'électrolyse, pratiquée avec l'aiguille négative, lentement et en multipliant les interventions, et en ne produisant pas chaque fois de destruction trop étendue des tissus. On obtient ainsi des réductions graduelles des lésions sans provoquer la formation de cicatrices vicieuses ou de kéloïdes.

La neurofibromatose se caractérise par un syndrome dont font partie : 1° la pigmentation; 2° la tumeur cutanée; 3° la tumeur nerveuse. L'un quelconque des trois termes de la triade, c'est le plus souvent la tumeur nerveuse, peut manquer semble-t-il. Bien qu'on en ait dit, M. Oriot montre que les tumeurs cutanées existent fréquemment à la face, à la paume des mains, à la plante des pieds, aux organes génitaux. Il n'est pas démontré que les tumeurs cutanées soient toujours développées aux dépens des nerfs. Le tissu du neurofibrome varie selon que la néoformation a pris souche dans l'endonèvre, le périnèvre ou l'épinèvre. Alors que le syndrome de la neurofibromatose est cliniquement incomplet, l'autopsie peut montrer le bien fondé du diagnostic : c'est quand les tumeurs nerveuses sont développées au niveau des viscères. La tuberculose et le sarcome semblent être des complications fréquentes de la neurofibromatose.

Il n'y a pas de date fixe dans l'apparition des gommes syphilitiques; d'habitude elles surviennent après 3 ou 4 ans lorsque la maladie est devenue constitutionnelle. Mais on en rencontre de très précoces qui se montrent d'emblée avec le caractère tertiaire à une époque tout à fait insolite de la diathèse puisqu'elles coïncident avec ses premières manifestations érythémateuses. Leur étiologie, souvent obscure, dépend quelquefois, dit M. Letellier, de la nature du terrain où elles poussent. On ne doit pas confondre les gommes précoces avec des érythèmes ou des suffusions hyperplasiques survenant dans les premiers mois de la syphilis. Leur pronostic est souvent bénin et dépend : du terrain, de leurs localisations, des soins. Elles réagissent très bien suivant les individus au traitement ioduré, mais elles peuvent aussi n'avoir aucune tendance à se résoudre et être réfractaires à l'iodure de potassium qui ne peut alors ni les prévenir, ni les guérir.

La syphilis donne naissance à des angines qui peuvent simuler l'angine diphthérique. Elles se présentent à deux périodes de la syphilis : dans un cas il s'agit du chancre amygdalien à forme diphthéroïde, dans l'autre des angines syphilitiques secondaires à forme diphthéroïde. Mais l'examen bactériologique révèle la présence de microbes quelconques (staphylocoque, streptocoque, coli commune); il n'existe pas de microbe spécifique comme dans la diphthérie.

La connaissance du chancre amygdalien diphthéroïde donne donc, d'après M. Battier l'explication d'erreurs commises. On se croit en présence d'une angine diphthérique, elle guérit, mais il se déclare une syphilis dont on ignore la porte d'entrée. Il est donc important de faire l'examen bactériologique pour faire le diagnostic différentiel entre l'angine diphthéroïde et la diphthérie.

Ces angines paraissent dues à une inoculation, sur les amygdales, de microbes, hôtes ordinaires de la bouche, à la suite d'un affaiblissement local et passager de l'organisme. Le froid paraît être une cause prédisposante. Le traitement doit consister dans l'antisepsie de la cavité buccale, les cautérisations au nitrate d'argent et le mercure à l'intérieur.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement préventif du surmenage intellectuel par l'emploi simultané du phosphure de zinc et de l'arséniate de strychnine,

D'après M. le Dr A. Gaboriau.

Bien que nous soyons opposé en principe au traitement médicamenteux du surmenage intellectuel, nous ne pouvons passer sous silence les conclusions de l'intéressant travail que vient de consacrer à l'étude de cette question M. A. Gaboriau (1). La thérapeutique interne du surmenage intellectuel comprend l'emploi simultané du phosphure de zinc et de l'arséniate de strychnine que l'on emploiera différemment suivant qu'on se trouvera en présence de la forme *aiguë*, *chronique* ou *chronique-aiguë* de la maladie.

Dans la première forme, on administrera chaque jour 2 granules d'arséniate de strychnine (de 1 milligramme chaque) et un granule de phosphure de zinc de 8 milligrammes, soit au premier déjeuner, soit au repas de midi, suivant que le travailleur devra se coucher tôt ou veiller tard. Le traitement pourra être continué pendant toute la durée de la période de surmenage, à condition de le suspendre 2 jours par semaine.

Dans la *forme chronique*, le traitement sera intermittent; soit que l'on fasse prendre régulièrement un granule d'arséniate de strychnine tous les 2 jours, et un granule de phosphure de zinc tous les 4 jours, soit qu'on administre les médicaments seulement les jours où la fatigue est plus manifeste ou le surmenage plus grand.

Dans la forme *chronique-aiguë*, il faudra se montrer très prudent, s'assurer de l'intégrité de l'émonctoire rénal, en surveiller le fonctionnement et ne donner les médicaments que tous les 2 jours, en s'assurant de leur complète élimination.

Ce n'est que dans les cas où cette médication échoue qu'il faut s'adresser au traitement curatif, lequel comprend en premier lieu la suppression de la cause, le repos forcé avec changement de milieu.

Le choix du phosphure de zinc est légitimé par les propriétés toni-stimulantes du système nerveux que possède ce médicament. Il facilite la production du travail intellectuel et en permet l'augmentation passagère. Il donne le coup de fouet à l'organisme et l'empêche d'être abattu par l'état morbide (Gubler). Son pouvoir ozonifiant contribue à rétablir l'activité de la circulation générale en rétablissant l'équilibre entre le pouls radial et le pouls carotidien, rompu à l'avantage de ce dernier chez le surmené (Gley). Enfin son action s'exerce sur la fibre musculaire elle-même et diminue la sensation de l'effort.

Quant à l'arséniate de strychnine, non seulement il agit aussi sur les vaso-moteurs, mais encore il combat les troubles dyspeptiques des surmenés par l'augmentation de la sécrétion du suc gastrique et l'excitation des mouvements du tube diges-

1. Thèse de Paris, 1897, n° 443.

tif; il remédie à la fatigue cérébrale ainsi qu'à la dépression causée par l'excès de la dénutrition ; enfin il contribue à activer les phénomènes d'élimination dont l'importance est de premier ordre chez le surmené.

Malheureusement ces deux médicaments étant très actifs sont souvent mal supportés. Aussi dès qu'apparaissent des crampes douloureuses de l'estomac, des coliques avec diarrhée, de l'élévation de la température, faut-il en suspendre l'emploi. Voilà pourquoi malgré les observations très convaincantes de M. Gaboriau, persistons-nous à accorder nos préférences à la médication diététique et hygiénique du surmenage intellectuel. Nous ne voulons pas dès à présent traiter cette question à fond : disons simplement comme formule générale que ce traitement se résume dans la régularisation des heures de travail, un régime alimentaire sévère, plus végétarien que carné, avec réduction du minimum des boissons pendant les repas, suppression de l'alcool, 10 à 12 heures de repos au lit, sieste de 2 heures au moins après les deux principaux repas, et enfin, dans quelques cas et à titre d'adjuvant, l'hydrothérapie.

G. Maurange.

Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol.

Communication au *Congrès de Moscou*,

Par M. Le Dentu.

Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection absolue d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne. On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces *méthodes* sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement humide ou sec. Elles utilisent des *agents* dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique, de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe, pour être efficaces. Sauf certaines substances possédant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe, immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années, un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-unes cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville ; ce sont : le *formol* et le *parachlorophénol*.

Avec des solutions à 5 p. 100 et à 5 p. 1000 de la solution à 40 p. 100 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 p. 100 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escharifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gr. 79 et 0 gr. 10. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait de 0 gr. 66 par kilogramme d'animal, ce chiffre nous paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution mère de formol à 40 p. 100. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir *désodorant* absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5 p. 1000.

A ces divers titres, le formol est donc *un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre*. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées, mais je ne m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 p. 1000, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas, et il n'irrite sérieusement ni les yeux, ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici, et la solution au 1/200 m'a paru toujours très bien supportée. Avec une solution au 1/400 ou à 2,5 p. 1000 on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectes. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le *parachlorophénol* est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37°, bouillent à 217°, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 p. 100 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique, et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme, en injections sous-cutanées sur 21 cobayes. Dans une première série d'expériences, nous avons fait une seule injection de solutions à 2,5 p. 100, 1 p. 100 et 1 p. 1000. La dose mortelle s'est trouvée entre 0 gr. 21 et 0 gr. 26 par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de coma. En deux injections faites deux jours consécutifs, 0 gr. 25 par kilogramme ont été supportés. Avec trois injections pratiquées en trois jours, 0 gr. 26 par kilogrammme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de jours variant de 6 à 66, des doses totales de 0 gr. 51 et de 1 gr. 42 par kilogramme, ont causé la mort ; dans le premier cas, avec 4 injections ; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gr. 34 en 48 injections pendant 66 jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard (de Berne). Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 0 gr. 25 à 0 gr. 26 par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il nous a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbicide cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, je lui reconnais encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant ; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est donc un agent dont le maniement exige des précautions.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement

et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

Traitement précoce de la syphilis,

Communication au *Congrès de Moscou*
Par Barthélemy (de Paris).

Quand doit-on commencer le traitement de la syphilis par le mercure? Pendant combien de temps le traitement de la syphilis doit-il être continué? Faut-il traiter la syphilis seulement au moment de l'apparition des accidents de cette infection — ou bien faire le traitement préventif en dehors de ces accidents?

La syphilis est une infection primitivement locale, très rapidement généralisée, qui est engendrée par la pénétration d'un virus spécifique, un et toujours identique à lui-même, dans l'organisme, alors que cet organisme est en pleine santé. La tuberculose a besoin pour se développer d'un terrain depuis longtemps déprimé et fortement dénourri et on ignore toujours le moment précis où l'agent pathogène s'introduit dans l'organisme. Dans la syphilis, on le sait mieux et bien plus vite que pour la tuberculose; mais on le sait moins vite que pour la vaccine et pour la rage qui débutent par un signal traumatique des plus nets. Quoiqu'il en soit, par la syphilis, est réalisée dans l'organisme contaminé une véritable expérience évoluant en actes multiples, en nombreuses années, dans une marche chronique et vers une échéance lointaine : c'est la lutte entre l'organisme sain et le virus pathogène, entre l'assiégé et l'assaillant, et l'observateur peut assister aux assauts soutenus, aux attaques souvent furieuses et répétées sans trêve livrées par l'agent envahisseur, comme il est témoin de la défense parfois heureuse de l'économie et c'est précisément parce que le malade peut guérir, parfois même presque spontanément, qu'il faut à tout prix et le plus tôt possible seconder les efforts de la nature.

Si c'est bien ainsi que l'infection s'effectue, procède et évolue, comment le médecin, qui n'a pas d'autre raison d'être que de guérir et de soulager les malades, ne s'empresserait-il pas et ne s'efforcerait-il pas, sans perdre le plus petit espace de temps, d'aider l'organisme à se défendre aussitôt même que le besoin d'assistance se ferait sentir; pourquoi imposer un délai quelconque? pourquoi refuser, ne fût-ce qu'un instant, le renfort que l'organisme implore dans sa détresse? Pourquoi en un mot ne pas administrer, sans le moindre retard le remède, le contrepoison, le parasiticide par excellence? Tous les arguments de la doctrine de temporisation sont aujourd'hui réduits à rien; l'accord est fait, unanime, me semble-t-il, pour combattre la redoutable infection avec toute la vigueur, la méthode, l'intensité et la persévérance nécessaires, mais aussi avec toute la rapidité possible : « Aussitôt que le diagnostic de syphilis est certain, donner le mercure; savoir, au contraire, s'abstenir de toute médication spécifique tant qu'il subsiste un doute sur la nature du mal. » Voilà les deux règles dont le praticien ne doit plus se départir : dans le doute il faut s'abstenir, mais, dès que la contamination spécifique est démontrée, il y a lieu de commencer le traitement mercuriel. Plus tôt l'eau est jetée, plus tôt l'incendie éteint, à condition toutefois qu'il y ait assez d'eau et qu'elle soit lancée avec assez de force et de discernement pour bien maîtriser le feu?

La syphilis étant une maladie rapidement généralisée, *morbus totius substantiæ*, le mal existe tout aussi bien quand il reste silencieux et latent, que quand il se manifeste par une expression locale quelconque : ce n'est pas parce qu'il déborde que le vase est plus rempli! Agir autrement serait manquer de logique ce serait traiter les syphilides et non la syphilis. Il y a donc lieu de combattre la diathèse le plus tôt possible, le plus près possible de son début, et par l'emploi méthodiquement et alternativement donné, cessé et repris, c'est-à-dire dosé proportionnellement à la tolérance respective de chaque organisme, des médicaments spécifiques.

De tous, le plus puissant dont nous puissions disposer jusqu'à ce jour est le mercure. S'il était une substance plus puissante, c'est à cette dernière qu'il faudrait, sans plus d'hésitation que de retard, recourir. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas d'autre agent que le mercure. « Mercuro victori! » c'est par lui qu'on aidera le mieux l'organisme à triompher de l'agent envahisseur.

C'est donc lui qu'il faut employer exclusivement, à moins d'indication exceptionnelle pour l'iode; il faut employer le mercure à dose suffisante pendant un temps assez prolongé, et le plus vite possible, d'autant plus qu'on ne connaît encore aucune espèce de criterium capable de fixer, avec quelque chance de certitude, le pronostic dès le début d'une infection syphilitique.

Cette mesure est précieuse pour le patient dont les accidents sont rendus plus légers, plus superficiels, moins durables et moins fréquents. Elle est utile aussi pour l'entourage dont les chances de contamination sont réduites au minima.

Il n'y a pas encore de meilleur procédé connu pour que les éléments de contagion soient atténués, agir vite, c'est peut-être sauver de la contagion la famille présente et à venir.

Il faut donner le mercure de façon à stériliser le mieux et le plus profondément possible l'organisme; il faut inoculer l'organisme dans sa totalité et jusque dans ses tissus les plus reculés, dans ses artérioles les plus lointaines, dans les limites bien entendu de la tolérance individuelle.

Jadis les frictions hydrargyriques faites dès le début étaient à juste titre considérées comme la médication héroïque, comme le traitement d'assaut, selon l'expression de Charcot. Aujourd'hui les injections intrafessières de préparations mercurielles insolubles, semblent, avec le temps, le moyen le plus énergique de lutter contre la vérole et le plus capable d'en atténuer l'intensité, la virulence et la durée. Voici comment on procède : dès le début du chancre : prescrire des séries d'injections hebdomadaires, six dans les cas moyens, huit et douze dans les cas graves, d'abord d'huile au calomel, 0 gr. 05 par gramme, puis d'huile grise, selon la formule bienfaisante de Lang, trois gouttes et demie, soit 7 centigrammes de mercure métallique par dose. Selon les tolérances individuelles, ces séries sont répétées avec plus ou moins d'intervalle. D'ordinaire, je conseille de faire un traitement actif pendant 8 mois sur les 12 de la première année d'infection, puis 6 pendant la seconde, puis 3 pendant la troisième, puis, sauf indication nouvelle, je reste un an sans faire de traitement, puis je reprends 2 mois par an pendant encore 3 années. Ces résultats statistiques semblent très favorables au mode de traitement ainsi institué, en somme, c'est la méthode thérapeutique de l'illustre maître Fournier adaptée au système des injections insolubles intramusculaires. Les injections solubles, par suite sous-cutanées, soit de cyanure d'hydrargyre (solution aqueuse à 1/100), soit de biiode d'hydrargyre (1 centigramme par gramme d'huile) devant être renouvelées tous les deux jours, ne peuvent être admises comme système courant de traitement prolongé.

Traitement du tabès,

D'après le Rapport qui sera lu par M. le professeur Grasset au *Congrès international des sciences médicales* à Moscou.

I. — Comme il n'y a pas de traitement *spécifique* du tabès, les indications thérapeutiques ne peuvent être déduites que de la connaissance de la *nature nosologique* de cette maladie.

Le tabès est un *syndrome anatomo-clinique*, bien défini d'un côté par ses symptômes et son évolution (histoire clinique), de l'autre par ses lésions (histoire anatomique).

Ce syndrome anatomo-clinique fait partie d'une maladie plus générale : la *sclérose multiple disséminée*.

Car : 1° dans le tabès pris en lui-même il y a souvent des lésions scléreuses éparses, discontinues, disséminées; 2° avec le tabès coexistent souvent, chez le même sujet, d'autres syndromes anatomo-cliniques nerveux, qui correspondent à d'autres foyers disséminés de sclérose du système nerveux; 3° au tabès on trouve fréquemment associées, chez le même sujet, diverses scléroses d'organes autres que le système nerveux.

Comme l'*étiologie* de la sclérose multiple disséminée, l'étiologie du tabès est essentiellement *complexe*.

La syphilis est la cause la plus fréquente; mais elle n'est pas le seul élément étiologique, même dans les cas où on la rencontre. L'arthritisme, diverses intoxications, la disposition névropathique héréditaire ou acquise, le surmenage médullaire et d'autres causes jouent aussi un rôle. Il y a des éléments étiologiques multiples qui collaborent pour produire soit la maladie elle-même, soit sa localisation sur la moelle sensitive.

Cette notion importante de la complexité étiologique est la seule qui me paraisse expliquer la parasyphilis : la syphilis n'y est qu'un complice ou un co-accusé.

II. — Cela posé, le *tabès* est *curable*.

Les faits prouvent notamment qu'il peut être *cliniquement* guéri alors même que la lésion persiste.

D'autre part, le tabès peut aussi, à défaut de guérison, présenter des *rémissions* et des *rétrocessions partielles*, assez longues et assez durables pour être désirées par le malade.

Enfin, dans des cas moins favorables, on peut encore obtenir des *temps d'arrêt*.

L'ataxie locomotrice n'est donc pas implacablement progressive.

Donc, malgré l'anatomie pathologique et ses conclusions décourageantes sur la sclérose définitive de la moelle, il y a lieu d'étudier le traitement du tabès et de discuter ses ressources.

III. — On peut classer sous trois chefs les *actions thérapeutiques* à rechercher dans le tabès. On peut chercher : 1° à guérir, améliorer ou enrayer l'état anatomique de la moelle; 2° à rétablir les fonctions troublées de la moelle malade; 3° à soulager les symptômes pénibles ou gênants.

Et les *moyens* proposés pour remplir ces indications se classeront en trois groupes : 1° moyens s'adressant aux éléments étiologiques (*agents modificateurs des causes du tabès*); 2° moyens s'adressant aux éléments anatomiques (*agents modificateurs des lésions du tabès*); 3° moyens s'adressant aux éléments symptomatiques (*agents modificateurs des symptômes du tabès*).

IV. — Dans les *médications étiologiques* du tabès, il faut discuter le traitement antisyphilitique, le traitement antiarthritique et divers autres traitements étiologiques.

1° Le traitement *antisyphilitique* n'est pas nuisible dans le tabès. Souvent il fait du bien (rémissions, rétrocession partielle); exceptionnellement, il guérit.

On doit l'instituer toutes les fois que la syphilis antérieure est certaine, probable ou seulement possible chez le tabétique. D'où la règle qu'on doit toujours instituer le traitement spécifique chez un tabétique dont on pose le diagnostic pour la première fois.

Ce premier traitement sera mixte et durera 3 mois.

Les reprises ultérieures de traitement seront réglées suivant la tolérance et les effets. L'emploi des eaux chlorurées et sulfureuses se rattache à cette indication.

2° Le traitement *antiarthritique* comprendra les alcalins, les iodures (à faible dose), l'arsenic... un régime et une hygiène particuliers (1), certaines eaux minérales.

3° Les indications tirées des autres éléments étiologiques se déduisent de ces éléments mêmes et se synthétisent dans le traitement étiologique de l'état névropathique en général.

V. — Les agents thérapeutiques qui s'adressent aux *lésions* du tabès tirent leur indication de la *nature scléreuse* de ces lésions ou de leur *localisation médullaire*.

1° Contre la *sclérose* on emploie surtout les préparations iodées (iodures, teinture d'iode), les sels d'argent s'il y a intolérance des iodiques; le seigle ergoté (en surveillant et par séries courtes) dans les poussées aiguës ou subaiguës; le régime antiscléreux (qui est très important).

2° Plus spécialement à la *moelle* s'adressent les moyens de révulsion locale (dans les poussées aiguës ou subaiguës, en dehors des périodes de rémission), certains procédés électrothérapiques, l'élongation des nerfs (à peu près abandonnée aujourd'hui) et divers procédés d'élongation de la moelle.

Parmi ces derniers, la suspension doit être retenue comme un moyen utile, dans les phases essentiellement chroniques, à la condition formelle d'être continuée très longtemps : il paraît s'adresser à la sclérose réalisée, au reliquat des poussées antérieures, à l'infirmité ou à la cicatrice plutôt qu'à la maladie dans son processus actif et progressif.

1. Voir *Gazette hebdomad.*, 1er août 1897, p. 718.

VI. — Le traitement *symptomatique* peut se grouper sous 5 chefs principaux.

1° Les *douleurs fulgurantes* et les *crises viscéralgiques* sont justiciables de tous les sédatifs : opium (éviter le plus possible les injections de morphine), antipyrine, etc.

Contre les crises d'estomac on a employé l'oxalate de cérium. L'étude du chimisme stomacal dans chaque cas fournira des indications complémentaires utiles.

Au même groupe appartient une série de moyens externes : révulsifs, eau chaude, pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle, électricité, eaux minérales sédatives.

2° A l'*amyosthénie* et à l'*asthénie* on a opposé la médication séquardienne et la transfusion nerveuse qui peuvent être remplacées aujourd'hui par les injections de sérum artificiel et de glycérophosphates.

Au même groupe appartiennent les toniques internes (généraux et spéciaux) et aussi le massage et l'hydrothérapie, l'électricité et certaines eaux minérales.

3° Contre l'*ataxie*, la rééducation des muscles suivant la méthode de Frenkel est un récent et utile moyen (1) : c'est la rééducation de la moelle par le cerveau ou le développement, par l'action cérébrale, d'une compensation médullaire, compatible avec la persistance de la lésion (comme dans le cas de Schultze).

Ce moyen doit être employé en dehors des poussées aiguës ou subaiguës, quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées.

4° Sans parler de l'hystérie simulant le tabès et de l'association hystéro-tabétique, on peut dire que les phénomènes *névrosiques* occupent dans la symptomatologie du tabès une place beaucoup plus importante qu'on ne le croit et qu'on ne le dit généralement.

Le premier et le principal moyen pour combattre ces symptômes est la suggestion.

Au même groupe appartiennent certaines applications électriques, l'hydrothérapie et certaines eaux minérales.

5° Enfin les troubles vésico-rectaux, les troubles oculaires, les troubles trophiques, les troubles circulatoires, les crises bulbaires sont le point de départ d'indications spéciales dans certains cas.

VARIÉTÉS

Le **Congrès des aliénistes et neurologistes** a décidé de se réunir à Angers, en 1898, et à Marseille en 1899. Cette dernière décision sera ratifiée au Congrès d'Angers.

M. Motet est nommé par acclamation président du Congrès de 1898. M. Petrucci est nommé secrétaire général.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour pour 1898 :

Pathologie mentale. Troubles psychiques post-opératoires. Rapporteur : M. Renaut.

Pathologie nerveuse. Du rôle des artérites dans la pathologie nerveuse. Rapporteur : M. Sabrazès.

Médecine légale. Les délires transitoires au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Vallon.

A propos des rayons X. — L'application des rayons X, en matière d'expertises médicales, vient de donner lieu à une contestation intéressante.

On demandait à la cour de Lyon d'annuler une expertise, parce que l'expert commis avait, disait-on, indûment délégué ses pouvoirs en chargeant un spécialiste de photographier, au moyen des rayons X, le membre blessé du malade soumis à ses investigations.

La cour a décidé que ne délègue pas ses pouvoirs d'expert à une tierce personne le médecin qui, commis pour l'examen d'un blessé demandeur en dommages-intérêts à la suite d'un accident, charge un de ses collègues de photographier le pied du blessé au moyen des rayons X. Il n'y a là, en effet, qu'une opération purement matérielle pour laquelle il n'y a aucune appréciation à faire, et qui, par conséquent, ne participe en rien de la mission d'un expert. (*Le Temps.*)

1. Voir *Gazette hebdomad.*, 8 août 1897, p. 736.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Tumeurs de la prostate (p. 805).

REVUE DES CONGRÈS. — *XIIe Congrès international de médecine :* Tuberculoses d'ordre chirurgical. — Conception biologique. — Rapports existant entre la physiologie, la pharmacologie, la pathologie et la médecine pratique. — Rétrécissements de l'œsophage, du pylore et du rectum (p. 806). — Mal de Pott. — Calculs urinaires. — Calculs vésicaux. — Opération du bec-de-lièvre. — Résection du maxillaire supérieur (p. 807). — Hystéropexie. — Hystérectomie abdominale. — Médication thyroïdienne. — Sérothérapie dans les néoplasmes malins. — Sérothérapie dans l'infection puerpérale. — Péritonite aiguë purulente. — Péritonite tuberculeuse (p. 808). — Empoisonnement par la benzine. — Chlorose. — Néphrites. — Immunité acquise. — Démence progressive familiale (p. 809). — Maladies du système nerveux. — Organothérapie dans le traitement du tabès, des paralysies alcooliques, de l'épilepsie jacksonienne. — Altération des cordons postérieurs secondaires. — Aliénation mentale (p. 810). — Ulcération blennorrhagique. — Zona et syphilis. — Injections mercurielles. — Accidents par les rayons X (p. 811). — Variété de diabétides génitales. — Affections parasyphilitiques. — Thromboses et coagulations sanguines. — Affections du tractus uvéal. — Asthénopie musculaire (p. 812). — Traitement des sinusites. — *Association française pour l'avancement des sciences :* Rhumatisme goutteux (p. 813). — Mal de Pott. — Empyème interlobaire. — Modifications circulatoires et respiratoires qui précèdent, accompagnent et suivent le vomissement (p. 814).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Albuminurie dyspeptique (p. 814). — Syringomyélie. — Intoxication des mangeurs d'aroche. — *Académie des sciences :* Action physiologique du courant galvanique. — Mort chez les animaux décapsulés. — Courant ondulatoire. — Hérédité indirecte (p. 815). — Bactériologie de l'ambre gris. — Activité de la présure. — Toxicité de la sueur. — Action des rayons Röntgen sur la température du corps. — Tic douloureux de la face. — Bronches épartérielles (p. 816).

CLINIQUE CHIRURGICALE

D'une complication très rare des tumeurs de la prostate : propagation d'une tumeur prostatique épithéliomateuse aux corps caverneux,

par E. Tailhefer,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de la médecine de Toulouse
(Travail de la clinique chirurgicale de M. le Professeur Jeannel.)

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Jeannel une carcinose prostato-pelvienne diffuse présentant une complication qui n'a été signalée nulle part. Dans le tiers postérieur des corps caverneux, il y avait un noyau blanc dont la nature épithéliomateuse nous a été révélée par l'examen microscopique. Cet envahissement du cancer est extrêmement rare dans les tumeurs de la vessie. Clado (1) n'en cite que deux cas et encore sont-ils douteux. Adenot (2) en a rapporté un exemple typique, mais, pour la prostate, nous ne connaissons pas d'observations où cette complication ait été noté.

Notre malade, qui avait 47 ans, n'avait pas d'antécédents morbides et n'avait jamais eu aucune maladie des voies génito-urinaires. Trois mois avant son entrée à l'hôpital il avait éprouvé une grande gêne pour ses défécations; quelques jours après, la miction devenait très difficile et était retardée quelquefois de 1/4 d'heure. Deux hématuries sont survenues sans cause apparente, l'une au début de la maladie, l'autre tout à fait en dernier lieu, et très souvent la miction a été précédée de l'expulsion de quelques caillots sanguins. Le malade est devenu très maigre. Au moment où nous l'examinâmes il n'avait aucun trouble de la fonction urinaire. Il était très constipé et commençait à se cachectiser, mais il ne se plaignait d'aucune douleur. La traversée prostatique était très douloureuse et se faisait avec un peu de difficulté. Dans la vessie l'exploration ne trouva rien d'anormal. Le toucher rectal découvrit sur le lobe prostatique gauche une tumeur lisse, très dure, très douloureuse; la paroi vésicale nous parut attaquée par le néoplasme. Nous notâmes en outre de l'adénopathie inguinale bilatérale et l'absence du ganglion de Troisier.

M. le professeur Jeannel pratiqua la taille sus-pubienne le 11 décembre. La prostate était envahie par un épithélioma qui s'était propagé à la vessie. L'intervention, purement palliative, fut limitée au curetage, à la cautérisation et à la création d'un méat hypogastrique. L'opération ne fut pas hémorrhagipare et il ne fut pas nécessaire de placer un tampon intravésical.

Nous vîmes s'installer peu à peu les symptômes d'infection urinaire ascendante, et la cachexie marcha à grands pas. Cependant la mort se fit assez longtemps attendre et n'arriva qu'au bout de 4 mois. L'autopsie nous démontra qu'elle était due à une pyélonéphrose double.

Il n'y avait pas de généralisation viscérale de l'épithélioma. Tout le petit bassin était rempli par une masse cancéreuse dure qui, partie de la prostate, se propageait à la vessie, dont le volume était très augmentée et la cavité presque comblée, et à la face postérieure du pubis. Les ganglions iliaques et inguinaux étaient pris. Le rectum et les testicules étaient respectés. La surface externe de la tumeur était lisse, mais sa surface intravésicale était ulcérée.

A l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur des corps cancéreux et sur la ligne médiane, à cheval sur la cloison qui sépare les deux corps caverneux, on trouvait un noyau de cancer, complètement blanc, du volume d'une grosse noisette. L'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Ch. Audry nous révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma alvéolaire, parti de la prostate et ayant envahi successivement les organes plus haut désignés.

Le méat sus-pubien n'avait pas été atteint par le cancer.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle fait connaître une complication de la carcinose prostato-pelvienne : l'envahissement des corps caverneux par le cancer, envahissement qui n'a été reconnu du reste qu'à l'autopsie. Elle montre une fois de plus que les malades atteints de cancer de la prostate meurent par pyélonéphrite plutôt que par généralisations viscérales; c'est le contraire qui arrive généralement chez les porteurs de tumeurs vésicales. Elle témoigne enfin de l'inutilité et du danger du méat sus-pubien dans des cas semblables. Notre malade n'était pas infecté avant la taille et ne présentait aucun trouble urinaire. Grâce à sa fistule hypogastrique la pyélonéphrose n'a pas tardé à s'établir. Il n'a donc retiré aucun bénéfice de cette intervention, si utile d'ailleurs dans tant de cas. Il y a gagné une infirmité qui a tourmenté inutilement ses derniers jours. Nous aurions préféré pour lui une suture totale de la vessie.

1. *Tumeurs de la vessie.*
2. Adenot. *Annales des maladies génito-urinaires*, 1895.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

Séance d'ouverture.

Thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical et plus spécialement ostéo-articulaires.

M. Lannelongue (de Paris). — D'après l'auteur, la chirurgie peut, sans péril, confiante dans la méthode antiseptique, tenter, dans la grande majorité des cas, surtout dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire, la destruction de tout foyer tuberculeux. Elle n'échoue dans sa tâche que parce qu'elle n'enlève pas tous les infiniment petits et qu'il reste, perdus au milieu de la matière vivante, de nouveaux organismes à peine différents d'elle, dont le réveil, un jour donné, est appelé à décider de ses destinées; il faut donc mettre le bacille dans l'impossibilité de nuire. Il n'existe pas, en effet, chez l'homme, d'immunité conférée par une première atteinte, de telle sorte qu'on peut se demander si le bacille porte en lui son remède,comme beaucoup d'autres microbes. Les recherches en ce sens n'ont pas manqué; les agents physiques, chimiques ont tous été épuisés, mais sans résultat absolu.

Si donc le microbe de la tuberculose porte en lui le remède aux destructions dont il afflige l'humanité, il faut, à tout prix, lui arracher son secret et l'obliger à se rendre. Sinon il conviendra de changer de méthode.

Continuité de la vie comme base d'une conception biologique.

M. Virchow (de Berlin). — L'auteur dit que, actuellement, la médecine doit se placer au point de vue purement biologique. On avait d'abord adopté la théorie de la génération spontanée, théorie renversée depuis les travaux de Pasteur; on a pu éliminer cette notion et se convaincre que, pour qu'une cellule prenne naissance, il faut qu'une autre cellule lui donne vie.

Il ne peut y avoir de déformation ni de maladie sans que tout d'abord il y ait une cellule vivante qui prolifère par une cause irritative quelconque. Les systèmes des hommes sont caducs et variables, mais les hommes, les bêtes et les plantes persistent toujours, malgré tous les obstacles qui s'opposent à leur existence : il en sera de même pour la science biologique.

Des rapports existant entre la physiologie, la pharmacologie, la pathologie et la médecine pratique.

M. L. Brunton (de Londres). — La physiologie, la pharmacologie, la pathologie tendent à se fusionner en se simplifiant mutuellement.

La pathologie étudie aujourd'hui la nature et les actions des ferments et des poisons que les microbes produisent; par suite, la pharmacologie peut être également considérée comme constituant une branche de la physiologie, puisqu'elle étudie les phénomènes vitaux dans les modifications qu'ils éprouvent sous l'influence des médicaments. D'autre part, les dernières découvertes physiologiques ont été faites à l'aide des méthodes pharmacologiques. Aussi, actuellement, la médecine pratique doit-elle se baser sur la physiologie, la pharmacologie et la pathologie.

Travaux des sections.

CHIRURGIE

Les rétrécissements de l'œsophage, du pylore et du rectum.

M. Czerny (d'Heidelberg), rapporteur. — Les tumeurs malignes ont été considérées depuis longtemps comme des maladies infectieuses qui, prenant leur origine sur un endroit circonscrit et délimité du corps, infectent tout le corps par les voies lymphatiques et sanguines. Quand on découvrira le ou les microorganismes spécifiques de ces tumeurs malignes, on instituera un traitement prophylactique de ces fléaux de l'humanité. En attendant, nous sommes obligés de nous en restreindre au traitement chirurgical, qui sera plutôt palliatif que radical. Ces opérations seront : la sonde œsophagienne, l'œsophagotomie, la gastrostomie, la jéjunostomie, etc.

M. Ceccherelli, pour la gastrostomie, décrit ainsi le procès opératoire qui lui a réussi plusieurs fois : il coupe la peau et le tissu cellulaire sur la ligne axillaire antérieure dans le 8e espace intercostal, puis il fait glisser les tissus coupés et divise les muscles et le péritoine. Pénétré dans la cavité abdominale, plusieurs épreuves l'ont convaincu qu'une pince introduite et dirigée en haut et en arrière conduit certainement sur l'estomac. Si, par hasard, on trouve l'épiploon, il faut recommencer dans les tentatives et on réussit très sûrement à rejoindre l'estomac, à le conduire en dehors à travers la blessure faite dans le 9e espace intercostal, le plier sur lui-même et le faire parvenir au-dessous des tissus en correspondance du 8e espace où l'on avait fait l'incision de la peau, et du cellulaire. Ainsi, on a pu suivre les deux indications : s'éloigner du pylore, et créer une valvule et éviter d'ouvrir deux fois le péritoine comme cela a été fait.

A propos de la chirurgie de l'estomac, M. Ceccherelli formule ces 3 corollaires :

1° L'estomac vide est dirigé de haut en bas et de gauche à droite et son grand axe fait avec l'horizon un angle qui est entre 60°-70°. Excepté l'extrême pylorique qui est complètement à gauche, la petite à droite, et s'éloigne de la ligne médiane de 1 à 3 centimètres et plus. Le cardia est à gauche de la ligne médiane de 1/2 à 2 centimètres. Le pylore est à droite, tout au plus à 2 centimètres, mais on peut le rencontrer sur la ligne médiane et non à gauche. La distance entre le cardia et le pylore est entre 7-11 centimètres; l'angle fait par la ligne qui passe par eux sur l'horizon est entre 60°-90°.

2° L'estomac qui se dilate par les aliments qui s'introduisent ou qui est dilaté par les conditions pathologiques augmente en particulier dans la portion voisine du pylore, c'est-à-dire dans l'antre pylorique.

Les schèmes obtenus dans les estomacs dilatés s'éloignent de ceux de Doyen, puisque les premiers ont une forme plus allongée, les seconds plus globuleux.

Les autres rapports ne diffèrent pas de ceux de l'estomac vide comme la distance entre cardia et pylore, sinon en cas de gastroptose la valeur de l'angle correspondant au pylore; la distance du cardia et du pylore de la ligne médiane diffère de ce que dit Doyon, c'est-à-dire que le pylore s'approche de la ligne médiane avec l'accroissement de la dilatation.

Au contraire, des modifications se produisent sur la petite courbure, laquelle se divise en deux parties (les 2/3 supérieurs et le 1/3 inférieur.

3° Il n'y a pas de différence à faire entre les estomacs distendus ou en dilatation moyenne au maximum, mais entre les estomacs vides ou rétrécis dans lesquels il y a très fréquemment tendance à devenir bilobés.

M. Ceccherelli ensuite expose plusieurs recherches et considérations sur la réunion des blessures de l'estomac, et il discute sur les opérations qui s'accomplissent sur l'estomac.

Sur la gastro-entérostomie, il fait des observations très intéressantes pour expliquer son mécanisme et démontrer les conditions qui sont nécessaires pour son fonctionnement sans inconvénients et sa tunique.

Enfin pour les rétrécissements du rectum, il cherche avec des observations cliniques et anatomopathologiques à démontrer que, s'il y en a des syphilitiques, les manifestations bientôt produisent des lésions histologiques communes qui donnent la raison de l'inutilité du traitement spécifique.

M. J.-E. van Iterson (Leiden) se base, pour conseiller de pratiquer les opérations sur le tube digestif sans anesthésie générale, sur l'importante statistique personnelle suivante :

16 gastrostomies avec 12 guérisons et 4 morts (après 7, 8, 9 et 10 jours).

20 gastro-entérostomies avec 19 guérisons et 1 mort (après 34 jours).

2 résections du pylore dont 1 guéri depuis 16 mois et 1 mort (après 29 jours).

1 jéjunostomie, mort par volvulus (après 14 jours).

2 résections intestinales, 2 guérisons.

10 anus artificiels avec 9 guérisons et 1 mort (après 10 jours).

Toutes ces opérations ont été pratiquées sans chloroforme et sans éther. D'après M. Van Iterson on évite ainsi le collapsus si redoutable dans les premiers jours après l'opération, et les vomissements post-opératoires si dangereux, tout en diminuant considérablement les chances d'hypostase pulmonaire.

L'abstention de l'anesthésie générale a été pour lui la règle sans exception, depuis 1890, dans toutes les interventions intra-abdominales régulières; il s'en est toujours très bien trouvé et a pu constater la grande satisfaction que ses malades éprouvaient de sa façon de faire.

Le traitement du mal de Pott.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Je suis le premier à dire que, dans la voie du redressement de la bosse pottique, il faut avancer lentement et prudemment et quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique.

Pour que le traitement nouveau entre dans la pratique courante il faut, en premier lieu, assurer sa parfaite innocuité. Je suis bien d'accord avec les opposants là-dessus. Ma technique primitive avait paru demander trop de force; je l'ai modifiée de point en point, sans relâche, jusqu'à ce que j'aie été enfin bien assuré d'avoir atteint le but.

Actuellement, la manœuvre de correction dure quelques secondes; elle se fait sans secousses avec une douceur extrême. Elle consiste dans une traction du rachis d'une valeur de 20 à 60 kilog., suivant les âges. Cette traction est suivie immédiatement de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité pour réaliser une pression de 15 à 30 kil. Le redressement est fini; je construis aussitôt l'appareil plâtré; j'estime qu'ainsi modifiées les manœuvres de redressement représentent un traumatisme absolument insignifiant.

Tenez-vous en dans votre pratique pour le traitement de la tuberculose vertébrale à la correction obtenue par ces manœuvres si simples et si douces, que j'ai reconnues être suffisantes; elles vous donneront, en effet, dans les gibbosités récentes le redressement complet, et dans les gibbosités anciennes et plus marquées, la seule correction qu'il vous soit permis de rechercher au moins dans une première séance. Dans ce dernier cas vous recommencerez ces manœuvres tous les 3 ou 4 mois au moment du renouvellement de l'appareil. Quant aux gibbosités qui résistent entièrement à une traction de cette valeur, soyez très circonspect pour l'instant s'il s'agit d'un mal de Pott : des manœuvres 2 ou 3 fois plus vigoureuses étant au contraire permises lorsque vous êtes en présence de déviations rachidiennes non tuberculeuses, par exemple dans la scoliose.

Un redressement fait avec la douceur que j'ai dite, suivi d'un appareil de contention absolument parfait : voilà en deux mots ce qui caractérise ce traitement nouveau du mal de Pott, traitement très simple, qui est à la portée de tous les médecins. Il nous permettra d'améliorer plus ou moins grandement les gibbosités volumineuses encore en évolution; mais, surtout, ce qui est d'une importance absolument capitale à mes yeux, il nous permettra d'obtenir la guérison complète sans difformité dans tous les cas peu avancés.

M. Ducrocquet (de Berck-sur-Mer). — Notre impression, de par nos nombreuses radiographies, est que l'écart produit en avant est diminué dans la proportion des 2/3 et même des 4/5. Ce tassement peut amener les restes des tissus osseux des vertèbres détruites au contact et favoriser et leur soudure et leur prolifération. Il en résultera une colonne osseuse extrêmement solide, capable sans conteste de soutenir le rachis, et rendant superflu dans bon nombre de cas toute production nouvelle.

Ce tassement est produit en partie par le poids de la colonne sus-jacente aux vertèbres malades, en partie par les tractions des muscles des gouttières, de l'abdomen, etc. Et, comme conclusion, chose qui peut paraître paradoxale, nous ne serions pas éloigné de proposer la marche des malades pendant quelque temps, dans leur corset strictement appliqué. Et, de fait, la chose se voit très nettement sur Adolphe (le sixième malade présenté à l'Académie, dont M. Monod attend la guérison pour se rendre à la valeur de la méthode dans les gibbosités anciennes et volumineuses), que l'on fit marcher pendant 15 jours, deux mois après son opération. Il ne faudrait point penser que ce tassement soit chose rare; je l'ai vu à peu près constamment sur les 20 photographies prises de pottiques redressés.

Telles sont les quelques réflexions que m'inspire la lecture de mes radiographies; je me réserve d'y revenir plus longuement dans une publication prochaine.

Fragmentation spontanée des calculs urinaires.

M. Severeano (de Bucarest). — Observation d'un jeune malade de 18 ans qui souffrait depuis l'âge de 2 ans, avec intermittences, était pris de violentes douleurs pendant la miction; les phénomènes augmentaient d'intensité à la suite d'une chute sur l'abdomen. L'urine était claire, en quantité habituelle, et ne contenait pas de sang. Le toucher rectal laissait sentir une petite tumeur dans la vessie, et à la pression on avait la sensation de plusieurs corps étrangers glissant les uns sur les autres. Il s'agissait évidemment de calculs. Par une taille transversale sus-pubienne l'auteur retira deux calculs, placés l'un à côté de l'autre, du poids total de 30 grammes. Ce n'étaient que les deux fragments d'un même calcul. Réunis ils formaient un corps elliptique, aplati sur deux faces; leur consistance était dure et présentait une forte résonnance.

La théorie de la fragmentation provenant d'une contraction de la vessie (occasionnée dans ces cas par une chute) paraîtrait fournir l'explication la plus vraisemblable.

De la lithotritie en une séance comme le meilleur mode de traitement des calculs vésicaux de grandes dimensions.

M. H. Milton (Caire). — Cette communication est basée sur les résultats d'environ 550 cas de calculs vésicaux, dont plus de 100 pesaient 50 grammes et davantage. Ces grands calculs sont exposés au Musée du Congrès.

La lithotritie a été le traitement appliqué dans la majorité des grands calculs parmi lesquels il y en avait qui pesaient plus de 200, 300 et 400 grammes.

Voici les conclusions de l'auteur.

1° Tous les calculs, quelque grands et durs qu'ils soient, peuvent être extraits par la lithotritie en une seule séance.

2° La lithotomie périnéale ou sus-pubienne peut donner des résultats presque aussi bons que ceux obtenus par la lithotritie dans le traitement de petits calculs; mais la lithotritie est d'autant plus indiquée que le calcul est volumineux et que le malade est épuisé.

Nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre.

M. Severeano (de Bucarest). — Dans tous les cas d'opération du bec-de-lièvre, la préoccupation principale des chirurgiens est de ne laisser subsister après l'intervention qu'une déformation aussi faible que possible; comme il reste toujours au bord libre, une encoche plus ou moins visible, les auteurs ont cherché à pallier ce défaut. M. Severeano énumère les 5 principaux procédés entrés dans la pratique et connus de tous :

1° Procédé de Clénot; 2° Nélaton et Henry; 3° Mirault; 4° modifié de Lannelongue; 5° de Giraldès.

Il fait ensuite la description de son procédé. Il incise les bords de la plaie de manière à les dédoubler en formant un lambeau du côté du derme et un autre du côté de la muqueuse. Il passe ensuite à l'application des sutures et emploie son procédé de suture dite en zigzags: la cicatrice est pour ainsi dire nulle et l'auteur pense avoir ainsi annihilé les défauts que comportaient les procédés antérieurs.

Nouveau procédé pour la résection du maxillaire supérieur.

M. Severaneo (de Bucarest) trace d'abord une ligne horizontale qui, commençant à l'angle externe de l'œil, s'étend

en dehors sur une longueur de 3 centim. ; une deuxième ligne horizontale part de l'angle interne de l'œil vers la racine du nez, sur une longueur de 1 centim. A partir de l'extrémité interne de cette deuxième ligne, il trace une 3e ligne qui descend du sillon naso-génien, contourne l'aile du nez, rejoint la ligne médiane de la lèvre, et se prolonge vers le bas jusqu'au bord libre de cette lèvre. Après avoir incisé, il renverse le lambeau en dehors, lie les vaisseaux, et ne s'occupe pas du nerf sous-orbitaire qui se trouve sacrifié. La section des os se fait à l'aide de la scie à chaîne ou du sécateur de Liston, puis on saisit le maxillaire avec une forte pince, et on le luxe par des tractions de haut en bas pour l'enlever ensuite.

Les avantages présentés par ce procédé consistent en ce que le champ opératoire est assez étendu, et que la cicatrice est bien dissimulée et à peu près invisible.

L'opération est courte; l'extraction de l'os se fait en même temps.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Nouvelle méthode d'hystéropexie.

M. Charles Beck (New-York) propose une nouvelle méthode d'hystéropexie :

1er Temps. — Ouverture habituelle de l'abdomen; une petite incision suffit.

2e Temps. — Saisir l'utérus avec une pince de Museux, l'attirer hors de la cavité péritonéale. Choisir un ligament rond (ou bien les deux). L'isoler soigneusement du péritoine au moyen d'une sonde cannelée, après avoir pratiqué deux incisions superficielles dans une partie de sa longueur en commençant à deux pouces de son insertion utérine.

3e Temps. — Attirer autant que possible le ligament au dehors au moyen d'une aiguille et suturer le péritoine au-dessous de manière à laisser le ligament pour ainsi dire à cheval sur celui-ci. Suturer de même les aponévroses et les muscles sous le ligament qu'on maintient toujours tendu. Au besoin, on fait passer ces points de suture au travers du ligament. La suture musculaire achevée, alors seulement, on laisse le ligament reposer sur ce plan.

4e Temps. — On achève l'opération en suturant la peau et l'aponévrose superficielle.

M. Ch. Beck a fait trois fois l'essai de cette nouvelle méthode sur des malades avec prolapsus utérin. Pas un de ces cas n'a été suivi de la moindre réaction. La paroi abdominale reste intacte et il n'y a aucun indice de hernie. De nouvelles observations seront encore nécessaires pour établir des indications précises de l'emploi de ce nouveau mode opératoire. Son auteur le recommande comme une opération d'exécution facile et qui fournit à l'utérus un support d'une solidité parfaite tout en lui laissant sa mobilité. Le seul inconvénient de cette opération est l'obligation d'avoir recours à une laparotomie.

A la séance du mois de mars de la Société gynécologique de New-York, le professeur von Ramdohr s'est prononcé en faveur de cette méthode qu'il a essayée avec succès sur l'une de ses malades souffrant d'un prolapsus utérin.

L'hystérectomie abdominale contre l'hématométrie de longue date.

M. Felipe Margarito (Barcelone). — Dans l'hématométrie de longue date il se produit une hypertrophie du tissu conjonctif utérin avec dégénération du tissu musculaire qui rend impossible son retour à l'état normal. Le péritoine qui recouvre un utérus atteint d'hématométrie est le siège d'une activité qui fait qu'il adhère aux organes voisins; c'est ce qu'on observe aussi dans les tumeurs bénignes de l'abdomen.

Si on donne passage au sang par la voie vaginale, la diminution partielle de volume de l'utérus que cet acte détermine, produit la descente de l'utérus et des organes auxquels il adhère, ce qui occasionne une perturbation dans la fonction de ces organes et produit de violentes douleurs.

Seule l'hystérectomie abdominale, combinée au drainage vaginal, permet la section des adhérences, remet en place les organes déplacés (coudures des intestins, des uretères). Elle rend la guérison sûre et prompte. En agissant différemment, il est impossible de fermer la grande cavité qui reste dans l'utérus après son ouverture dans le vagin, et d'éviter les infections secondaires.

La médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins.

M. Jouin (Paris), a appliqué la médication thyroïdienne au traitement des états congestifs du pelvis et à la cure des fibromes de l'utérus.

Cette médication, d'origine française, mérite de prendre place dans la thérapeutique à côté de tous les agents décongestionnants et en particulier de l'électricité. Elle agit particulièrement de la façon la plus heureuse sur l'élément hémorrhagique.

Grâce à elle on peut obtenir la guérison complète et définitive des hémorrhagies purement fonctionnelles si tant est qu'il en existe, et même des hémorrhagies qui relèvent de lésions simples et bénignes (ménopause, flexions, versions, etc.).

Elle arrête toujours l'évolution des fibromes, en amène souvent la régression et permet d'obtenir la guérison des cas simples et soumis prématurément à cette médication.

Sérothérapie dans les néoplasmes malins.

M. J. F. Sématzky (Saint-Pétersbourg). — J'ai employé la sérothérapie dans 22 cas de néoplasmes malins et avec des résultats toujours négatifs. Je crois donc pouvoir affirmer que, dans les quelques cas, fort peu nombreux, d'ailleurs, dans lesquels des néoplasmes malins auraient été guéris au moyen des injections de sérum, il a été commis une erreur de diagnostic.

Je pense même que les injections de sérum peuvent être nuisibles, soit qu'elles servent de porte d'entrée à certaines infections, soit surtout qu'elles déterminent des accidents d'intoxication. Je crois donc qu'il faut proscrire en clinique les sérums jusqu'ici préconisés contre les néoplasmes ; il faut auparavant que la médecine expérimentale prépare la voie à une thérapeutique moins dangereuse.

Etant donné l'entraînement général pour la sérothérapie, il y a lieu de soulever ici une question d'ordre général : n'est-il pas possible de trouver un milieu, qui, tout en renfermant les éléments actifs des sérums sanguins, soit en même temps dénué de leurs qualités dangereuses?

La sérothérapie dans l'infection puerpérale.

M. V. Wallich (Paris). — Les chiffres de la morbidité et de la mortalité observés dans une statistique importante n'ont pas été sensiblement modifiés par l'institution méthodique de la sérothérapie à l'aide du sérum de Marmorek, employée concurremment avec les moyens ordinaires de traitement local et général de l'infection puerpérale.

Traitement chirurgical de la péritonite aiguë purulente.

M. Crestovich (de Salonique) présente quelques observations de péritonite aiguë purulente et conclut que le traitement rationnel de cette variété de péritonite doit être l'intervention chirurgicale pratiquée le plus tôt possible.

Les ponctions exploratrices doivent précéder l'opération pour permettre de constater la nature de la péritonite.

La guérison parfaite est très possible, si les malades ont recours à temps au chirurgien et si celui-ci intervient promptement. Les insuccès sont dus en grande partie à une intervention chirurgicale tardive.

Traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique au moyen de la paracentèse suivie de l'insufflation d'air dans la cavité abdominale.

M. Joaquin Duran (Barcelone). — Si l'efficacité de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse est définitivement établie, les divers facteurs qui interviennent dans la guérison sont encore incomplètement déterminés.

En passant en revue les diverses explications invoquées par les auteurs, M. Joaquin Duran arrive à la conclusion que c'est à l'action de l'air sur la séreuse péritonéale, à son effet irritant, qu'il faut attribuer la mort des colonies bacillaires. Or, si l'air intervient comme principal agent curateur, point n'est besoin de pratiquer la laparotomie pour obtenir la guérison : il suffit, une fois le liquide ascitique évacué, d'insuffler de l'air dans la cavité abdominale.

Les succès obtenus par M. J. Duran lui permettent d'affirmer que la méthode de choix dans le traitement de la péritonite tuberculeuse doit être l'insufflation d'air et non la laparotomie. Il faut pratiquer cette insufflation dès que le diagnostic est établi sans s'attarder à des médications palliatives; du reste, dans la péritonite tuberculeuse sèche, l'insufflation paraît aussi produire de bons effets.

M. Duran va plus loin et croit que l'insufflation peut être utile dans les ascites inflammatoires non tuberculeuses et en général dans les exsudats séreux.

MÉDECINE ET PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Empoisonnement chronique par la benzine.

M. Santesson (Stockholm) a observé, dans une fabrique de vélocipèdes où l'on employait une solution de caoutchouc dans de la benzine, 9 cas d'empoisonnement chronique dont 4 mortels.

Ces cas ont été observés exclusivement chez des jeunes femmes. Les symptômes de l'empoisonnement ont été constitués par de la céphalalgie, des vertiges, des vomissements, de l'abattement, de l'anémie, et, avant tout, par des hémorrhagies du côté de la peau, quelquefois des gencives, de l'estomac et des organes génitaux. Il n'y avait pas d'ictère, ce qui excluait toute idée d'empoisonnement par le phosphore. La marche de ces symptômes était subaiguë et la maladie durait plusieurs semaines.

La fabrique était mal ventilée, et dans les ateliers où les ouvriers restaient très longtemps on sentait une forte odeur de benzine.

Dans un cas qui s'est terminé par la mort, l'examen microscopique des organes a montré l'existence d'une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins, des organes du petit bassin et de l'endothélium des vaisseaux.

L'analyse chimique de la benzine employée a montré qu'elle était relativement pure et ne renfermait que du benzol et ses homologues, ces derniers en petite quantité. On n'y trouva pas d'aniline ni de nitrobenzol.

Pour élucider le mécanisme de cette intoxication M. Santesson a fait une série d'expériences sur des lapins auxquels il appliquait sur la peau des compresses de benzine de commerce ou injectait sous la peau cette même substance. Les animaux présentaient régulièrement un abaissement de la température, des tremblements et une paralysie progressive. A l'autopsie des animaux qu'on sacrifiait 3 à 6 jours après l'empoisonnement on trouvait de petites hémorrhagies dans les poumons et la muqueuse gastro-intestinale. L'endothélium des vaisseaux n'était pas dégénéré.

L'injection sous-cutanée de benzol pur produirait les mêmes phénomènes. C'était donc le benzol qui était la substance toxique de la benzine.

Des causes essentielles de la chlorose.

M. Gilbert (de Paris) expose d'abord les différentes hypothèses émises sur les causes de la chlorose : théories génitale, nerveuse, digestive, vasculaire, hématique. Il explique comment il se rallie à cette dernière (théorie de l'hypoplasie hématique). Pour lui, la chlorose n'est pas une anémie secondaire subordonnée à un état pathologique des ovaires, du tube digestif du foie ou du système nerveux, mais une anémie primitive. Elle représente l'un des modes d'expression de la déchéance organique héréditaire, d'où sa coexistence fréquente avec d'autres stigmates de déchéance, tels que l'hypoplasie vasculaire, l'hypoplasie des organes génitaux, l'hystérie.

D'ordinaire, elle se manifeste chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, dans des conditions étiologiques facilement saisissables devant être interprétées comme ayant une signification provocatrice.

Classification clinique des néphrites.

M. Brault (de Paris). — Le travail de M. Brault consiste dans la publication et le commentaire de 22 observations de néphrites. L'étude a été faite surtout au point de vue étiologique. Parmi quelques-unes de ces observations, la pathogénie en est inconnue. Toutefois, voici en substance le résumé des idées de l'auteur à ce sujet. Les conditions de la néphrite sont particulièrement favorables lorsqu'on est en présence de faits simples, lorsque le malade est ou saturnin ou goutteux, s'il a été soumis quelques années auparavant à une infection grave, suivie d'albuminurie et d'anasarque.

Si l'on peut fixer exactement le moment d'apparition de la néphrite, c'est-à-dire la durée probable, on aurait en mains les facteurs indispensables pour assurer l'explication de l'évolution passée, et prévoir l'évolution future.

Si l'on veut plus de renseignements, il faut interroger le cœur, le pouls, les autres organes.

On voit que, durant cet examen, l'esprit n'est nullement guidé par le souvenir de l'ancienne division des néphrites et que les expressions de parenchymateuse et interstitielle n'appartiennent plus désormais qu'à l'histoire des néphrites.

Étude sur l'immunité. Rôle et importance des modifications humorales dans l'immunité acquise.

M. Roger (de Paris). — Etude savante dans laquelle l'auteur nous amène à une conception plus aisée des grandes causes de l'immunité, et nous fait pénétrer dans le mécanisme mis en œuvre par l'économie pour résister aux infections.

Les changements qui se produisent dans la constitution des humeurs et des tissus ne sont pas primitifs, ils sont liés à une impulsion nouvelle et à l'activité nutritive des cellules. Elles peuvent exercer leur rôle protecteur soit en sécrétant des substances bactéricides ou antimicrobiennes, soit en enkystant et digérant les éléments figurés. Etant données nos connaissances actuelles sur les vaccines, nous sommes naturellement conduits à attribuer aux cellules l'action initiale, c'est-à-dire la sécrétion de liquides microbicides; mais toutefois l'auteur s'empresse-t-il d'ajouter que sans l'intervention de la phagocytose les éléments pathogènes finiraient toujours par se développer comme ils le font dans les sérums en dehors de l'organisme. Adoptons donc ses conclusions et disons avec lui que : « Chez les animaux vaccinés la phagocytose achève l'œuvre commencée par les humeurs et que les deux processus sont également indispensables pour assurer le triomphe de l'organisme. »

SYSTÈME NERVEUX

Nouvelles contributions sur une singulière maladie de famille sous forme de démence progressive.

M. E. A. Homen. — L'auteur rend brièvement compte d'une maladie singulière, affectant deux frères et une sœur à l'âge de 20, 12 et 20 ans, présentant essentiellement la forme de démence progressive, et déjà décrite par lui en 1892 dans les *Archiv für Psychiatrie*. La durée de la maladie était dans les trois cas de 3 1/2, 7 et 6 ans. L'auteur avait déjà alors émis l'hypothèse qu'il s'agissait de syphilis héréditaire comme cause prédisposante loitaine; il y avait en effet : polymortalité infantile, infantilisme, épaississement du crâne et des méninges, adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sous-jacente, endartérite précoce, hépatite interstitielle diffuse, etc.

Plus tard, l'auteur a eu dans son service une sœur et un frère cadets, les seuls survivants de la famille, chez lesquels, à l'âge de 16 et 17 ans la même maladie avait commencé exactement de la même manière : vertiges, lourdeur et maux de tête, fatigue générale, diminution de l'appétit, affaiblissement de l'intelligence, douleurs vagues, surtout des jambes, démarche chancelante, etc.

La tuberculose emporta la fille 2 ans 1/2 après le début de la maladie, et l'autopsie ainsi que l'examen microscopique révélaient, outre les signes de tuberculose, tout à fait les mêmes altérations que dans les cas précédents, mais beaucoup moins moins prononcées.

Chez le garçon, entré au service de l'auteur, environ un an après le commencement de la maladie, on a immédiatement appliqué un traitement antisyphilitique très énergique, qui a duré, avec des intervalles, environ 3 ans, avec ce résultat qu'il ne reste plus des anciens symptômes qu'une certaine tendance à rougir et en général un peu d'impressionnalité. Le malade vient de reprendre l'exploitation de sa ferme. Dans le succès du traitement antisyphilitique dans ce dernier cas l'auteur trouve une nouvelle preuve qu'il s'agit dans tous les cas d'une syphilis héréditaire comme base, bien qu'il manque de renseignements sûrs sur la syphilis des parents; l'auteur veut aussi distinguer l'affection en question de la paralysie progressive proprement dite; il admet une connexité plus grande entre cette maladie et la syphilis qu'entre celle-ci et la paralysie progressive.

Quelques méthodes de traitement des maladies du système nerveux central.

M. Robertson (de Glasgow). — L'auteur préconise l'application alternative du chaud et du froid à la tête ou à la colonne vertébrale, à température déterminée et pendant un temps considérable (une ou deux heures par jour).

Cette application stimule le cerveau et la moelle; elle a donné de bons résultats dans l'aliénation mentale et la catalepsie accompagnées de stupeur.

L'auteur pense que la percussion pourrait être un remède efficace dans certaines formes d'aliénation mentale où les symptômes indiquent l'utilité d'une stimulation de la surface corticale du cerveau. Il conseille aussi le traitement par suggestion méthodique systématiquement appliquée aux maladies du système nerveux. Cette méthode n'est réellement utile que dans les cas peu graves de troubles fonctionnels du cerveau et de la moelle épinière.

L'auteur recommande les douches froides et prolongées appliquées à la tête, comme un agent très efficace pour calmer les convulsions produites par l'alcool.

Enfin, dans certaines opérations caractérisées par des lésions bulbaires, telles que le diabète sucré et insipide, paralysies bulbaires, il préconise l'électrisation du bulbe rachidien qui lui a fourni de bons résultats.

L'organothérapie dans le traitement du tabès, des paralysies alcooliques, de l'épilepsie jacksonienne.

M. Victoroff (Moscou). — En partant du point de vue biochimique, la pathogénie des maladies nerveuses fonctionnelles et de certains troubles nerveux à substratum anatomique peut se réduire à une modification pathologique dans la nutrition moléculaire, tant générale que spéciale du système nerveux.

En principe, l'organothérapie doit s'appliquer au traitement des maladies nerveuses, puisqu'il s'agit d'introduire dans l'organisme des substances physiologiques ayant d'indubitables rapports avec la nutrition moléculaire.

Cette thèse est surtout juste quand il s'agit des affections du système nerveux évoluant sur un terrain syphilitique, podagrique, diabétique, alcoolique, etc., dans lesquelles une modification pathologique de la nutrition est évidente. Les injections sous-cutanées de l'extrait testiculaire (injections de Brown-Séquard) sont d'une utilité indiscutable dans le traitement du tabès, des paralysies alcooliques et de *certains cas* de l'épilepsie jacksonienne. Ces mêmes injections rendent de grands services surtout dans les cas de tabès où, en raison d'antécédents syphilitiques, un traitement spécifique mercuriel a été suivi d'un abaissement de la nutrition générale du malade.

M. Victoroff conclut en disant que Brown-Séquard n'est pas seulement un des maîtres de la physiologie du système nerveux et un des fondateurs de la pathologie expérimentale du système nerveux, mais c'est à lui encore qu'appartient en toute justice le titre de fondateur de l'organothérapie qui est en train de conquérir ses droits de cité dans le traitement des maladies nerveuses.

Contribution à l'étude des dégénérescences propagées. Altération des cordons postérieurs secondaire à une lésion cérébrale en foyer.

M. G. Durante (Paris). — La dégénérescence *rétrograde* qui, à la suite de l'interruption d'un tronc nerveux, remonte dans le bout central vers le centre trophique, mise en lumière par V. Gudden, est très connue aujourd'hui et a été retrouvée aussi bien dans les centres que dans les nerfs périphériques.

Ce que l'on admet moins généralement, c'est que, de la même façon que la dégénérescence wallérienne, cette dégénérescence rétrograde puisse se propager d'un neurone au neurone suivant.

Aussi nous apportons un nouveau fait d'altération des cordons postérieurs secondaire à une lésion cérébrale, par dégénérescence rétrograde propagée à travers les relais bulbaires.

Histologiquement, il s'agit d'une atrophie, d'une altération chimique de la myéline avec conservation du plus grand nombre des cylindres-axes plutôt que d'une véritable sclérose avec disparition totale des éléments.

Cette propagation possible de la dégénérescence rétrograde, qui entre certainement en cause dans les lésions médullaires observées chez les amputés, dont relève au moins un grand nombre de scléroses latérales amyotrophiques et peut-être de tabès spasmodiques, est importante à connaître dans les cordons spasmodiques. Si, en effet, le plus grand nombre des tabès vrais sont d'origine radiculaire, ganglionnaire ou périphérique, il est vraisemblable que certaines affections tabétiques ou du moins tabétiformes, que certaines scléroses systématisées des cordons antérieurs sont la conséquence directe de lésions diffuses ou en foyer de l'encéphale.

Aliénation mentale momentanée dans l'intoxication alcoolique. Attitude illogique de la loi civile (incapacité) et criminelle (responsabilité).

M. J. F. Sutherland. — La question que l'auteur expose au Congrès a une importance psychologique, médico-légale, sociale et morale très grande; elle tend à affirmer l'irresponsabilité légale des alcooliques.

La plupart des Etats essaient de lutter par tous les moyens possibles contre l'alcoolisme : ils créent des lois pour protéger les biens des alcooliques, restreignent la vente des boissons enivrantes, contrôlent la pureté de la fabrication, créent des établissements pour les alcooliques. Cependant, dans la plupart des pays, l'alcoolique reste responsable devant la loi de ses actes criminels même produits à l'état d'ivresse.

M. Sutherland voudrait qu'on admît que l'ivresse est non seulement une folie momentanée, mais que l'aliénation mentale est manifeste pendant toute sa durée. Elle présente, du reste, tous les caractères d'un accès de folie vraie (exaltation, idéation rapide, idéation automatique, ou quasi-automatique quand commence l'inhibition, coordination motrice défectueuse, perception et pouvoir de raisonnement amoindris — trouble complet des sens spéciaux — abolition du sens musculaire à un degré si prononcé qu'une idée juste de la force employée est impossible); c'est un état aussi morbide que le choléra et la dysenterie.

Dans cet état, l'idée d'une punition, d'une responsabilité possibles est totalement absente; d'où il découle que la condamnation d'un individu pour un acte accompli pendant l'ivresse est, au XIXe siècle, une monstruosité et peut être mise en parallèle avec les châtiments qui, autrefois, frappaient les fous. Du reste, il y a une inconséquence évidente, notamment dans la loi anglaise, qui annule les actes civils commis à l'état d'ivresse, et punit sévèrement les actes criminels consommés dans le même état.

Comme conclusions : l'ivresse, de même que la folie, doit entraîner l'acquittement ou modifier la pénalité; il y a un abîme entre le crime accompli volontairement et celui effectué à l'état d'ébriété. Il faudrait que la loi frappât non pas le crime, résultat de l'ivresse, mais l'ivresse elle-même, qui devrait être con-

sidéré comme un délit. L'alcoolique doit être considéré légalement comme un aliéné, privé de ses droits civils et enfermé jusqu'à sa guérison dans une maison de santé particulière.

DERMATOLOGIE

Deuxième note sur l'ulcération blennorrhagique.

M. Jullien (Paris). — Plus j'observe et plus je reconnais la fréquence de l'ulcération blennorrhagique, et l'influence d'appel qu'elle exerce sur les contacts virulents. C'est ainsi que j'ai pu observer une femme chez laquelle la lésion habituelle d'un orifice bartholinique avait été suivie d'une sclérose primitive tellement localisée que la grande vulvo-vaginale était largement ouverte et son fond mis à nu.

Une autre malade de Saint-Lazare m'offrit un véritable type de l'ulcère à gonocoques, que je pus observer durant 4 mois. Il s'agissait d'érosions symétriques prébartholiniques, de forme allongée à droite et comme fissuraire, arrondie à gauche. Les orifices glandulaires débouchaient à leur niveau, le gonocoque fut toujours retrouvé à la surface. Les glandes lymphatiques restèrent remarquablement indemnes, sauf vers la fin. La guérison ne fut obtenue que par le dessèchement des glandes, jusqu'à ce moment tous les topiques avaient été inutiles.

Une telle lésion peut prêter aux erreurs de diagnostic; j'ai conscience d'en avoir commis une de ce genre, il y a 15 ans, chez une jeune femme mariée nouvellement à un jeune homme que je savais à la fois blennorrhagique et syphilitique. Pendant le cours de la blennorrhagie qu'elle contracta, je vis à gauche un ulcère que j'interprétai dans le sens d'une sclérose et que je traitai comme tel. J'espère que la connaissance de l'ulcère blennorrhagique permettra d'éviter cette erreur à l'avenir.

Zona et syphilis.

M. Jullien (Paris). — La zona, manifestation morbide d'une atteinte portée au système nerveux central, ganglionnaire ou périphérique, a été observé au cours de la plupart des infections ; rougeole, pneumonie, grippe, vaccine, varicelle, angine folliculaire, malaria, tuberculose, diabète, intoxication par l'oxyde de carbone, l'arsenic, piqûre de serpent, morsure de cheval, et même traumatisme. Il s'agit évidemment là d'éruptions zostériformes, bien distinctes du zona infectieux proprement dit (Landouzy).

A toutes ces causes je pense qu'il faut ajouter la syphilis, seule incriminée autrefois par Hoffmann, et que théoriquement il est rationnel d'attribuer certains cas de zona au principe syphilitique, à ses toxines peut-être.

A l'appui de cette manière de voir j'apporte 15 observations dont 8 me sont personnelles. Dans 6 cas la venue des vésicules coïncidait avec celle d'éruptions spécifiques, les deux poussées restant cependant bien distinctes. Le siège était 7 fois thoracique moyen, 2 fois thoracique supérieur, 1 fois lombaire, et 1 fois facial. Je citerai comme particulièrement intéressantes les observations de Abbott Contrell et de Trapeznikoff. Dans la première les vésicules évoluèrent en même temps qu'un syphiloderme non douteux. Dans la seconde elles subirent à deux reprises l'influence du traitement spécifique, pour reparaître s'il était cessé. Les symptômes prémonitoires avaient simulé la syphilis cérébrale.

Je ne doute pas que tous les spécialistes n'aient pas devers eux un lot semblable d'observations concluantes, et, si les archives hospitalières et privées pouvaient parler, ma dizaine de cas deviendrait centaine, et la démonstration apparaîtrait surabondante. Pour le moment, je me contenterai d'avoir établi la réalité et même la fréquence au cours de la syphilis, d'éruptions zostériformes, qui ne sont pas le zona, ne sont pas des syphilides, et dérivant de l'action des toxines sur le système nerveux peuvent être rangées avec assez de vraisemblance dans la classe déjà si nombreuse des manifestations *parasyphilitiques*.

Quelques mots sur les injections mercurielles.

M. Jullien (Paris). — Je n'envisagerai que les injections insolubles, ou pour mieux dire l'*huile grise* et le *calomel*. Ces deux moyens font partie de l'arsenal journalier, et se complètent l'un l'autre. Le calomel convient aux lésions urgentes, mais, quand les premiers coups ont été frappés et qu'il ne s'agit plus que de continuer une lutte commencée, l'huile grise reprend ses droits. Dans ce travail je désire étudier au point de vue anatomique et physiologique l'organisation de la poche mercurielle que nous créons dans les tissus.

Le foyer subit quant à sa *forme* l'influence de la direction des fibres musculaires, ainsi que j'ai pu le reconnaître dans une série d'épreuves radiographiques que je dois à l'obligeance de M. Heller. Chez un cobaye, le voici étalé et comme aplati entre les muscles abdominaux, il est reconnaissable par la tache noire et le pointillé fourni par le calomel. Chez la femme où, dans le but d'utiliser les rayons X, j'ai depuis quelque temps choisi la région externe de la cuisse, vous le voyez allongé, parallèlement à la ligne qui marque le bord du fémur. Dans une autopsie j'ai vu les foyers fessiers vaguement sphériques, avec des prolongements polypoïdes. A leur limite s'organise une *membrane pyogénique*, qui va devenir le théâtre de la lutte pour la phagocytose, en vertu de laquelle la suppuration, inévitable théoriquement après l'introduction d'un corps étranger, sera enrayée et finalement vaincue. La *suppuration* des injections de calomel, qui ne nous préoccupe plus en clinique, reste théoriquement un problème très intéressant. J'en ai observé deux cas récemment, l'un au neuvième jour avec pus chocolat ne renfermant plus trace de mercure, et parfaitement stérile, l'autre au dix-septième jour, stérile également, mais je vis s'en écouler un pus mêlé à la poudre blanche du protochlorure. Dans une autopsie un foyer de 3 mois contenait la matière des épanchements huileux traumatiques, sans traces mercurielles. Enfin chez un lapin je retrouvai, au bout de 18 mois, un foyer riche encore en mercure. Je rappellerai que Mazza a déterminé des suppurations stériles en injectant à des chiens un mélange de calomel et de staphylocoques.

Plusieurs circonstances influencent l'*évolution du foyer*. On observe des *poussées inexpliquées* qui le font parfois se rallumer. Pendant une saison à La Bourboule un de mes malades sentit ses foyers devenir sensibles sous l'influence des *eaux minérales*. On a signalé l'action chimique irritante de l'*iodure de potassium*. Le *traumatisme* peut déterminer l'inflammation et la rupture de poches déjà anciennes. L'*infection pyogénique* générale fit suppurer d'une façon aiguë un foyer calomélique de la fesse chez une femme atteinte de lymphangite du bras. En revanche j'ai vu des *abcès d'injection morphinique* évoluer à côté de mes piqûres sans les influencer en rien. J'ai remarqué la tolérance des morphinomanes pour le calomel.

L'*absorption* se fait vite au sein du foyer. Linden, Nicolich ont trouvé le mercure au bout de 2 heures à 2 h. 1/2 dans l'urine; j'ai eu l'occasion de le trouver *dans le lait* d'une nourrice au bout de 5 heures.

Les *phénomènes douloureux locaux ou réflexes* ne doivent pas être négligés. J'ai vu fréquemment des pseudo-sciatiques, j'ai même vu une fois une *sciatique bilatérale*.

On a dans ces derniers temps préconisé l'injection de Scarenzio contre le lupus. Je l'ai employée nombre de fois chez des malades portant des adénites de l'enfance, et qui venaient de contracter la syphilis, et j'ai pu constater sa parfaite *inutilité contre l'adénite tuberculeuse*.

Si j'ai laissé à d'autres aujourd'hui le soin des éloges c'est que ces puissantes méthodes n'ont plus besoin d'être défendues. On n'oubliera pas du reste que j'ai utilisé des cas tout à fait exceptionnels ou datant d'une époque où la pratique du médecin de Pavie n'allait pas sans quelque vicissitude.

Accidents cutanés causés par les rayons X.

MM. Oudin, Barthélemy et **Darier** (Paris). — Une cinquantaine de cas de lésions dues à cette cause ont pu être réunis : c'est peu, si l'on pense au nombre absolument considérable de radiographies faites jusqu'à ce jour; c'est trop pour être passé sous silence. Deux formes ont été observées :

1° La première lente, graduelle, chronique, atteint les opérateurs; elle occupe les doigts et les mains ; la peau devient sensible, rouge, épaisse ; puis elle perd son élasticité, elle s'œdématie, elle desquame; les ongles s'altèrent, s'épaississent, se décollent, se fendillent; rarement ils tombent. En prenant des

précautions, en cessant de pratiquer, toute lésion peut disparaître; elle revient ensuite plus vite et plus facilement que la première fois.

2° La seconde, aiguë, se montre habituellement sans aucun phénomène prémonitoire, sans sensation spéciale, sans douleur, et seulement plusieurs jours, parfois huit, parfois quinze, après la séance de radiographie; cette seconde forme n'atteint que les malades. Elle va de la simple rougeur à la chute des phanères, à la desquamation, à la vésication, à l'eschare; cette eschare peut être très étendue et avoir lieu même à distance; elle est très lente à se détacher; la réparation se fait sous elle; de là son adhérence extrême; elle est indolente; elle ne diffère en rien de l'eschare habituelle au point qu'on ne saurait, par l'examen microscopique, indiquer que cette eschare est due aux rayons X plutôt qu'à toute autre cause.

Nous n'avons jamais eu d'accident de cet ordre; nous ne nous servons jamais de plus de six ampères et nous éloignons toujours notablement nos sujets du tube; nous ne prolongeons jamais les poses plus d'une demi-heure. Il est difficile de dire si c'est l'action du champ électrostatique qui est nuisible, si la lésion est d'origine centrale, trophique, nerveuse, vasculaire, par névrite ou par mécanisme vasomoteur. Certains sujets y sont, comme pour les taches de rousseur par exemple, beaucoup plus prédisposés que certains autres.

Mode de début d'une variété de diabétides génitales chez l'homme.

M. Barthélemy (Paris). — Les diabétides génitales chez l'homme sont rarement observées au début; quand elles arrivent sous les yeux des médecins, c'est sous forme de lésions étendues, profondes, ulcéreuses, confluentes, compliquées de la pénétration des diverses espèces de microbes, en un mot absolument masquées, pouvant être prises pour des syphilides ulcéreuses, pour des épithéliomas, pour des plaies phagédéniques ou de toute autre provenance. J'ai été à même d'observer un malade qui a été soumis à la plus stricte antisepsie balanopréputiale pendant plus de quatre mois. Le sucre atteignait 120 gr. par 24 heures; le malade refusait de s'astreindre à n'importe quelle sorte de régime, et avait parfois un peu d'incontinence urinaire. C'est dans ces conditions qu'une éruption de petites lésions arrondies, couenneuses, ulcéreuses, se produisirent dans le sillon balano-préputial. A force d'antisepsie, aucune complication n'eut lieu, comme cela n'eût pas manqué de se faire dans toute autre circonstance; il fallut 3 semaines pour guérir cette petite éruption, herpétiforme au plus haut point et qu'on eût pu croire devoir guérir en une dizaine de jours. Mais à peine la guérison était-elle obtenue que de nouvelles poussées s'effectuaient : il y en eut six successivement, tous les unes après les autres, la suivante se produisait au moment où la précédente était considérée comme guérie, de de telle sorte que la guérison définitive n'eut lieu qu'au bout de 4 mois. Le diagnostic différentiel dut être fait avec l'herpès ulcéreux, le chancre simple, la syphilide ulcéro-pustuleuse, et ce n'est que par exclusion et grâce à certains caractères insolites qu'on put prononcer le diagnostic de diabétides génitales herpétiforme. Les antiseptiques à l'extérieur, les alcalins à l'intérieur, finiront par triompher de ce mal récidivant et tenace.

Sur les affections parasyphilitiques.

M. Vizioli (Naples) rapporte le cas de 4 enfants, 1 fille et 3 garçons, nés d'un père syphilitique, venus à terme et bien portants jusqu'à l'âge de 2 ans, qui voient apparaître vers cette époque des contractures des membres inférieurs, ensuite des membres supérieurs à un degré différent; chez le premier enfant, âgé de 9 ans, la contracture a envahi tout le corps, même les muscles de la face et de la déglutition. Aucun des enfants n'a jamais pu marcher à cause de la rigidité extrême des membres inférieurs. Cette forme de diplégie familiale est progressive; il faut la comprendre parmi les affections organiques héréditaires avec la paralysie spinale spastique, avec les différentes formes d'amyotrophie familiale, avec l'ataxie héréditaire de Friedreich, etc.

Il semble que la maladie soit l'expression d'une faiblesse de certains systèmes des centres nerveux; il est possible qu'elle ait une relation avec la plus ou moins grande virulence des diverses substances toxiques qui circulent dans le sang; on peut expliquer par là la raison qui fait que l'affection commence à des âges différents, surtout dans le bas âge. Il semble qu'à une certaine époque de la vie, la disparition d'une fonction ou d'un système organique est fatale pour les malheureux qui y sont prédestinés. On peut rapprocher ce fait d'une loi biologique qui règle le développement de certains animaux, perdant à une époque déterminée des organes et des fonctions importantes (métamorphose régressive des naturalistes). La syphilis paternelle joue un rôle analogue, ses toxines agissent comme un lent poison qui, à une certaine époque, atteignent un système important de l'organisme tel que les fibres pyramidales et déterminent la maladie.

SECTIONS DIVERSES.

De la physiologie pathologique des thromboses et des coagulations sanguines.

M. V. Cornil (de Paris). — L'organisation des caillots intra-vasculaires se fait aux dépens des éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux, cellules endothéliales de l'endoveine ou de l'endartère. Le réticulum fibrineux du caillot sert de soutien à la végétation de ces éléments. Les phénomènes d'organisation sont très rapides; ils commencent dès le premier jour, par des modifications dans les cellules endothéliales. Les néocapillaires apparaissent vers le 3° et 4° jour, et le tissu conjonctif vers le 9° et 10°. L'étendue et le degré du traumatisme que l'on fait subir au vaisseau ont une certaine influence sur l'étendue et la rapidité de l'organisation. La septicité du caillot retarde, au contraire, les phénomènes. Les phénomènes d'organisation sont partout les mêmes, quel que soit le siège de la coagulation sanguine : vaisseau, cœur, poumon, tissu cellulaire. Selon le siège, l'agent de l'organisation est la cellule endothéliale vasculaire, cardiaque, pulmonaire, ou bien la cellule fixe du tissu conjonctif dont les autres ne sont que des dérivés.

De l'iode dans les affections du tractus uvéal.

M. Vignes (de Paris). — Dans une précédente communication à la Société française d'ophthalmologie (1896), j'ai avancé que les injections sous-cutanées d'iode (liquide de Durante) sont d'une efficacité supérieure aux autres modes d'administration de cet agent — y compris ses composés salins — dans les irido-choroïdites *aiguës*. Une série de nouvelles observations m'a affirmé que dans les irido-cyclo-choroïdites aiguës rhumatismales, avec corps vitré inéclairable, survient une amélioration plus rapide qu'avec tout autre procédé.

Mais je ne leur ai trouvé aucune action réelle dans les autres affections oculaires et je ne puis confirmer le bien qu'on en a dit dans les kératites interstitielles. Elles peuvent cependant toujours être prescrites comme excitant de la nutrition générale.

De la valeur comparative des traitements opératoires de l'asthénopie musculaire.

M. Vignes (de Paris). — 1° L'asthénopie musculaire *protopathique*, caractérisée par la conservation de la vision binoculaire, mais l'impossibilité de prolonger la fixation rapprochée, qu'on observe chez des adolescents ou bien de jeunes sujets emmétropes (ou amétropes de moins d'une dioptrie), est essentiellement justiciable de l'intervention chirurgicale.

2° Il faut y procéder aussitôt que les moyens optiques sont insuffisants à assurer l'application soutenue du regard à courte distance (lecture, écriture, dessin, couture, etc.).

3° La ténotomie des muscles antagonistes est une opération à délaisser à cause des perturbations profondes qu'elle apporte dans le champ du regard et parce qu'elle expose au strabisme secondaire.

4° L'observation clinique démontre que l'avancement modéré de la paire musculaire insuffisante, répartissant également l'intervention dans les deux yeux, est infiniment plus respectueuse du fonctionnement binoculaire; ce procédé s'est montré pour nous préférable à l'avancement capsulaire et au plissement de la tête tendineuse.

5° Nous pratiquons systématiquement une petite résection de la tête tendineuse.

Sur le traitement des sinusites (maxillaire excepté).

M. E.-J. Moure (de Bordeaux). — Les sinusites peuvent se présenter sous 3 formes différentes : 1° forme muqueuse ou muco-purulente ; 2° forme polypoïde et 3° forme osseuse. La forme muqueuse de la sinusite sphénoïdale passe souvent inaperçue : la même forme de la sinusite frontale ne nécessite aucune espèce de traitement, et les formes muqueuses de la sinusite ethmoïdale nécessitent simplement l'emploi de moyens médicaux. Les formes polypoïdes ou fongueuses des inflammations des 3 sinus réclament une intervention chirurgicale, qui doit consister à faciliter l'écoulement du muco-pus de l'intérieur des cavités au dehors. C'est à la voie externe qu'il faut donner la préférence et la méthode Ogston-Luc est la meilleure pour le traitement des sinusites fongueuses. Les formes osseuses des sinusites seront traitées par voie externe en combinant cette méthode avec les procédés par voies naturelles.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Saint-Étienne, tenu du 5 au 12 août 1897.

Rhumatisme goutteux.

M. Teissier (de Lyon). — La pathogénie des rhumatismes chroniques est toujours controversée. Une grande incertitude règne pour classer les faits cliniques suivant leur nature. MM. Teissier et Roque tentèrent une classification rationnelle. Pour eux, on doit les diviser en 3 grands groupes :

1. *Rhumatisme chronique déformant* (goutte asthénique de Landry-Beauvais) bien caractérisé par la tendance à la généralisation des lésions articulaires, la symétrie de leurs manifestations ordinairement bilatérales, l'absence de lésions endocarditiques, et son évolution naturelle vers la cachexie brightique ou tuberculeuse. Cette affection apparaît actuellement comme une *trophonévrose infectieuse*. Bien que son agent infectieux n'ait pas encore été isolé, il est permis de penser qu'on doit incriminer l'action des moisissures des maisons salpêtrées ; ces mucédinées déterminent une méningo-myélite (trouvée plusieurs fois à l'autopsie) et, par suite, des troubles trophiques ostéopathiques avec déformations articulaires bien décrites par Charcot (types de flexion, d'extension...).

2. Le point de départ du deuxième groupe est tout différent. Les lésions extérieures sont analogues ; mais *cette forme de rhumatisme chronique est une modalité du rhumatisme articulaire aigu* dont on signale toujours une ou plusieurs crises dans les antécédents.

Ce type de rhumatisme chronique n'est habituellement pas progressif ; il atteint d'emblée son maximum ; il va souvent en s'améliorant avec le temps, et ne passe pas ordinairement par la phase de troubles sensitifs (crampes et fourmillements) qui caractérisent le début de la forme précédente.

L'établissement de ce groupe avait peut-être été un peu téméraire, car jusqu'à ces dernières années on ne croyait pas que le rhumatisme articulaire aigu pût passer directement à l'état chronique. Cette idée a pourtant fait son chemin. Dernièrement, M. Barjon, de Lyon, a admis dans sa thèse que le rhumatisme chronique succède souvent au rhumatisme articulaire aigu.

3. Le troisième groupe est le plus controversé. Pour M. Teissier, son autonomie paraît formellement établie. C'est le *rhumatisme goutteux*. C'est du rhumatisme au point de vue morphologique (arthropathies, déformations) et cependant c'est de la goutte par ses parentés morbides, par les altérations viscérales que l'on y rencontre : il présente des nodosités d'Heberden, et surtout s'accompagne d'aortite et évolue vers la néphrite interstitielle.

Tels sont ces 3 groupes nettement caractérisés. On pourra peut-être plus tard créer de nouvelles divisions, des pseudo-rhumatismes chroniques (entre autres, le pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux).

Si l'on a taxé le troisième groupe d'arbitraire, c'est qu'on n'en a pas pesé suffisamment les différences et les caractères qui distinguent les 3 formes. On est allé trop loin en généralisant à outrance et en les englobant, comme l'a fait M. Barjon, dans une seule description : le syndrome rhumatismal.

Ce sont pourtant là des affections d'origines différentes, dont la prophylaxie et la thérapeutique ne seront, par suite, pas les mêmes. Elles diffèrent par leur étiologie : ce rhumatisme goutteux, sans endocardite, mais pouvant se compliquer d'altérations artérielles, de maladie de Hogdson, se produit chez des sujets ayant une hygiène parfaite et logeant dans des habitations saines. Il évolue vers la néphrite interstitielle.

Ces affections diffèrent aussi cliniquement, non seulement par leurs symptômes et la nature de leurs complications, mais leurs parentés morbides ne sont pas les mêmes. Pour le rhumatisme goutteux, nous trouvons dans les antécédents : l'asthme, la gravelle, la diabète...

L'expérimentation vient encore à l'appui de l'opinion de MM. Teissier et Roque : comme la goutte, le rhumatisme goutteux s'accompagne d'une insuffisance rénale relative, les urines sont hypotoxiques ; on observe, en outre, les signes de la nutrition retardante et des dyscrasies acides : températures subnormales, 36°3, 36°5 le matin ; souvent 36° le soir ; le sang contient de l'urate de soude ; on trouve de l'oxalate de chaux dans la sérosité des vésicatoires. En outre dans le liquide sanguin, on rencontre des cellules éosinophiles. Ces cellules sont des organites frappés de mort ; ils indiquent une nutrition ralentie et on les retrouve dans ce rhumatisme goutteux comme dans l'asthme ou le psoriasis. Ces altérations hématologiques n'ont pas été observées dans le rhumatisme chronique progressif.

La radiographie enfin montre bien qu'il s'agit, dans de pareils cas, d'un véritable rhumatisme goutteux. L'exploration par les rayons X a pu être faite chez les principaux malades qui avaient servi de base à leur description primitive. L'épreuve a été concluante ; elle a bien montré que, dans ces cas, on ne constatait aucune des lésions du rhumatisme progressif vrai dont l'altération essentielle, bien mise en évidence par M. Destot, est la disparition des cartilages articulaires précédant les altérations de l'os proprement dites, la pénétration réciproque des têtes osseuses.

Dans ce rhumatisme goutteux, rien de semblable ; aucune altération du cartilage au début ; celui-ci apparaît, au contraire, dans l'épreuve radiographique sous forme d'une ligne blanche caractéristique, et, si ce cartilage disparaît plus tard, c'est seulement lorsque l'arthrite sèche aura succédé au tophus.

Quant aux nodosités d'Heberden, elles apparaissent sous forme de stalactites saillantes, représentées par des taches blanches dues à leur composition chimique différente (sels uriques) suivant les notions bien établies par M. Potain.

Remontant enfin à la nature de ce rhumatisme goutteux, M. Teissier cherche à montrer que l'uricémie qui lui sert de base peut avoir une triple origine : tantôt, elle relève d'un mauvais fonctionnement de la peau, tantôt, comme dans les faits de M. Bouchard, elle provient d'un trouble digestif caractérisé par les fermentions gastriques et un état congestif concomitant du foie (or, on sait qu'on a pu réaliser la synthèse de l'acide urique à l'aide de l'urée et de l'acide lactique), tantôt, enfin, elle semble dépendre d'une insuffisance rénale innée ou acquise qui, combinée, comme dans la goutte, avec l'hyperfectionnement du foie, aboutira fatalement à la rétention des sels uriques.

Ces distinctions paraissent, au point de vue de la prophylaxie comme à celui de la thérapeutique, avoir une réelle importance.

M. Destot a pu constater par la radiographie que :

1° *Dans la goutte*, les tophus forment des taches blanches en raison de la transparence de l'urate de soude ;

2° *Dans la polyarthrite déformante chronique* (rhumatisme déformant), l'élargissement des trabécules osseuses coïncidait avec un boursouflement des têtes osseuses ; disparition rapide du cartilage constituant des caractères bien spéciaux ;

3° Les *nodosités d'Heberden* se rapprochent du morbus coxæ et se caractérisent par des productions osseuses vraies et non par des agglomérats tophacés ;

4° Enfin, on peut considérer *une forme particulière de tuberculose sèche*, sur laquelle M. Poncet a surtout appelé l'attention, qui doit être nettement séparée du rhumatisme déformant qu'elle simule. Cette affection est caractérisée au point de vue radiographique par une infiltration blanchâtre par places des têtes osseuses; le cartilage reposant sur un plan non résistant s'effondre en même temps que les os s'atrophient et s'effritent sous l'influence de l'infiltration tuberculeuse.

Traitement du mal de Pott.

M. Bilhaut (de Paris). — Le traitement du mal de Pott reconnaît deux grandes indications fondamentales : 1° éviter l'apparition de la bosse; 2° la corriger, si elle s'est déjà produite.

Au début, on emploiera l'immobilisation et l'extension continue. Grâce à l'application, pendant l'allongement aussi complet que possible du tronc et de la tête, d'un corset plâtré prenant bien les hanches et se terminant par une minerve, on réalisera, à la fois, l'immobilisation et l'extension continue.

Dans les gibbosités accentuées, on tentera la réduction pendant l'anesthésie chloroformique, en procédant avec assez de mesure, assez de persévérance et de continuité dans l'effort, pour se rendre compte du degré de réductibilité.

On ne fera jamais de *redressement brusque;* il est de beaucoup préférable de procéder par étapes successives, quand la bosse est déjà ancienne et que sa correction demande une élongation importante non seulement du rachis, mais de tous les éléments qui se trouvent dans le segment compris entre les deux points extrêmes de la gibbosité.

S'il semble nécessaire de songer à préserver la peau contre les eschares que produirait la saillie de l'épine, on aura recours à la *section sous-périostée* des apophyses épineuses; on conservera ainsi le ligament interépineux qu'il est nécessaire de ménager.

Dans les régions difficiles à fixer, comme le cou, les lombes, chez les sujets turbulents, agités, chez les jeunes adultes, la réduction de la bosse fera l'objet d'une opération préliminaire que l'on complètera, à quelques jours d'intervalle, par la ligature métallique *temporaire* des apophyses épineuses.

Chez les adultes atteints de mal de Pott et non prédisposés par leur âge à la gibbosité en angle, on se bornera à l'immobilisation en bonne attitude.

Chez les sujets chétifs, à grosses gibbosités compliquées de lésions graves des viscères, de dégénérescence amyloïde du foie, des reins, d'abcès ossifluents avec ou sans fistules, il faut voir dans ces états autant de contre-indications formelles des manœuvres de redressement.

Le traitement sera de longue durée; il ne devra comporter aucune interruption dans le maintien en bonne attitude et chaque appareil devra être parfaitement appliqué.

On ne permettra au malade de reprendre la marche, les exercices légers, qu'au moment où la consolidation sera assurée soit par l'ankylose de l'arc postérieur, soit par la reconstitution des corps vertébraux, avec ou sans soudure. C'est alors que la radiographie devra être utilisée; elle pourra fournir aussi des indications très précieuses concernant la suppression définitive des appareils de contention.

Traitement de l'empyème interlobaire associé à l'empyème de la grande cavité.

M. Cénas (de Saint-Etienne). — La pleurésie purulente peut s'accompagner d'un empyème enkysté de l'espace interlobaire, et cette dernière localisation, facilement méconnue, retarder indéfiniment la guérison.

Il faut, dans tous les cas douteux, aller à la recherche du sinus interlobaire au moyen d'une grosse sonde uréthrale que l'on introduira au travers de l'orifice créé par la pleurotomie classique. Il sera facile de l'atteindre si l'on se guide sur la situation anatomique des scissures pulmonaires.

Dans 2 cas, l'auteur a employé ce procédé comme moyen d'exploration et de traitement; il a pu évacuer ainsi, sans délabrements costaux, le pus de la collection interlobaire. Il se loue de l'emploi de l'appareil aspirateur de Revilliod; dans les cas d'empyème interlobaire, il l'adapte à la sonde, sectionnée au niveau de l'espace intercostal et laissée à demeure dans le sinus interlobaire.

Modifications circulatoires et respiratoires qui précèdent, accompagnent et suivent le vomissement.

M. L. Guinard (de Lyon) a étudié chez le chien sain, par la méthode graphique, les modifications de la circulation et de la respiration, sous l'influence des vomissements provoqués par l'apomorphine et les vomitifs réflexes. Il a constaté que :

Les vomissements de l'apomorphine s'annoncent toujours par des troubles prémonitoires d'une certaine valeur ayant d'autant plus d'importance que la dose du médicament est plus faible, fait encore contesté. Les vomissements provoqués par l'apomorphine s'accompagnent de troubles fonctionnels qui diffèrent un peu de ceux que déterminent les vomitifs réflexes, particulièrement dans la phase nauséeuse et dans la phase consécutive ou réactionnelle.

Dans la période nauséeuse, le tracé sphygmographique s'accélère en s'affaiblissant beaucoup; la tension artérielle a de grandes oscillations et a des tendances à tomber, lorsqu'il s'agit de vomissements apomorphiniques. Les vomitifs réflexes sont moins dépressifs et provoquent même parfois l'hypertension.

Dans la période réactionnelle, la respiration devient ample et profonde, le cœur reste un peu accéléré et la pression a des tendances manifestes à tomber un peu en dessous de l'état normal; c'est ce que produisent habituellement les vomissements d'origine réflexe. Quand on a employé l'apomorphine, il y a lieu de tenir compte, à cette période, de l'action propre de ce médicament qui modifie les fonctions que nous étudions.

Il n'est pas douteux que chez les malades, lorsque le cœur, la circulation et la respiration sont troublés, l'influence du vomissement sur les grandes fonctions est modifiée.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 Août 1897 (fin).

Sur l'albuminurie dyspeptique.

M. Albert Robin. — On trouve l'albuminurie assez fréquemment chez les dyspeptiques. L'étude qui suit repose sur l'examen de 300 malades; il ne s'agit pas de coïncidence de dyspepsie et de mal de Bright, mais d'albuminurie intermittente, liée à la dyspepsie et se manifestant par des caractères tout à fait spéciaux.

L'ensemble symptomatique de l'albuminurie dyspeptique peut se résumer ainsi :

1° Signes d'hypersthénie gastrique, appétit exagéré, contrastant avec l'amaigrissement du sujet; signes de dilatation de l'estomac; augmentation du volume du foie; constipation; accumulation de matières dures dans le colon;

2° Symptômes nerveux, signes de neurasthénie, vertiges d'origine stomacale.

3° Albuminurie à caractères pathognomoniques. *a)* Elle n'existe jamais dans les urines du jeune, dans les urines du matin; elle n'existe que l'après-midi ou le soir, tous les jours chez certains malades, irrégulièrement chez d'autres. Elle est influencée par le régime, disparaît ordinairement par le régime lacté, augmente par le régime carné. *b)* L'albumine est constituée par de la sérine pure; jamais il ne s'y joint de globuline. *c)* Il n'existe qu'exceptionnellement des cylindres dans les urines; en tout cas ce ne sont jamais que des cylindres hyalins. *d)* L'albumine disparaît complètement par le séjour au lit, même après le repas, même sans changement de régime.

4° Les urines contiennent, en outre, des phosphates terreux et de l'indican, témoin de l'existence de fermentations gastro-intestinales; le dépôt urinaire contient presque toujours des cristaux octaédriques d'oxalate de chaux; il résulte des analyses urinaires que le coefficient de déminéralisation est augmenté; le rapport des phosphates calcaires aux phosphates alcalins est également augmenté.

5° Dans l'exhalaison pulmonaire, la quantité d'acide carbonique est diminuée; la quantité d'oxygène absorbée est diminuée.

D'où vient cette albuminurie. La théorie régnante est que des toxines se forment dans le contenu de l'estomac et irritent le rein par leur passage (Cassaët) : je ne puis l'admettre. Avec mon interne, M. Küss, j'ai vu, en effet, que le contenu stomacal de nos malades pouvait, après neutralisation, être impunément injecté à des cobayes. Il m'est donc difficile d'admettre la théorie toxique.

J'ai substitué la théorie suivante : l'albuminurie dyspeptique est constitué par l'albumine des aliments, qui n'a pu subir, ni dans l'estomac, ni dans l'organisme, les modifications nécessaires pour l'élever à l'état d'albumine assimilable *a)* parce que les fonctions digestives sont altérées, *b)* parce que l'activité chimique est diminuée dans l'organisme.

L'albuminurie dyspeptique guérit facilement quand on soigne convenablement l'estomac : la plupart des malades sont justiciables du régime lacté; le lait doit être absorbé par petites quantités toutes les trois heures. Il faut lutter contre la coprostase par par des pilules légèrement purgatives. Le séjour au lit est recommandable. Si le régime lacté amène de l'amaigrissement, ajoutez à deux des prises de lait, des œufs et des végétaux. Le retour à l'alimentation normale n'est repris que progressivement.

Mouvements cloniques d'origine médullaire dans la syringomyélie.

M. François Franck dépose, au nom de M. **Marinesco**, une note établissant l'existence de mouvements cloniques d'origine médullaire dans la syringomyélie.

Ces mouvements localisés aux membres supérieurs et en particulier aux doigts et surtout au pouce, ont été étudiés dans le détail grâce aux appareils enregistreurs : ceux-ci ont montré que les secousses peuvent affecter le caractère de véritables accès, à début brusque, comparables à ceux de l'épilepsie partielle d'origine corticale.

De fait on a déjà attribué ces convulsions locales à une irritation de la zone motrice du cerveau et on les a identifiées avec l'épilepsie jacksonienne. M. Marinesco montre, par ses examens anatomo-pathologiques, qu'il s'agit ici, au contraire, d'accès convulsifs résultant de l'irritation médullaire seule indépendante de toute intervention corticale.

En réalité les accès convulsifs, de provenance cérébrale, ne sont en somme que le résultat d'une irritation transmise à de véritables centres moteurs bulbo-médullaires et non point l'effet direct de l'excitation de la zone motrice. Celle-ci n'intervient dans leur production que comme le ferait une surface sensitive anormalement excitée; c'est un point de départ et non un foyer producteur.

De même dans les cas de M. Marinesco les organes moteurs de la moelle sont stimulés par l'irritation épendymaire. L'intérêt de cette étude consiste surtout à montrer qu'une affection médullaire pure, dans sa phase irritative, peut déterminer de véritables décharges convulsives sans aucune participation corticale.

Séance du 24 Août 1897.

Intoxication des mangeurs d'aroche.

M. Mégnin. — Les études que j'ai entreprises sur les acariens de l'archipel indien me semblent élucider certains points de l'intoxication des mangeurs d'aroche, étudiée devant nous il y a quelques mois par M. Matignon. Cet acarien, qui s'appelle vulgairement « touille-canard », a en effet une action de contact à peu près analogue à celle de l'acarien vert jaunâtre qui vit sur l'atriplex ou aroche. Mis sur la peau, il provoque du prurit et une éruption qui ressemble à la maladie sur laquelle M. Laveran a fait un rapport.

M. Guépin fait une lecture sur la compression digitale de la prostate.

M. Weber confirme les opinions de M. Nocard sur la sérothérapie antitétanique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 Juillet 1897.

Action physiologique du courant galvanique dans sa période d'état variable de fermeture.

M. Dubois (de Berne). — Aux questions suivantes : 1° la même contraction musculaire (minima) se montre-t-elle toujours au même voltage ou à la même intensité? 2° quelle est l'influence de la résistance propre du corps sur l'action physiologique d'une fermeture de courant? enfin quel est l'effet du rhéostat en circuit principal employé comme moyen de dosage de l'intensité? je puis répondre expérimentalement : 1° que l'effet physiologique dépend beaucoup plus du voltage que de l'intensité; 2° que la résistance propre du corps, dont dépend nécessairement l'intensité, n'a presque pas d'influence sur l'action physiologique d'une fermeture de courant; 3° que des résistances rhéostatiques, intercalées dans le circuit principal, abolissent l'effet physiologique d'une fermeture de courant, alors même que ces résistances sont, par leur valeur ohmique, absolument négligeables vis-à-vis de la résistance du corps.

Mort chez les animaux décapsulés.

M. Chauveau présente un travail de **M. Gourfein** sur le rôle de l'auto-intoxication dans la mort des animaux décapsulés. Les capsules surrénales ont pour fonction protectrice d'emmagasiner et de détruire une grande partie des toxines élaborées par l'organisme. Cette thèse, ou plutôt cette hypothèse, M. Gourfein l'étaye sur deux ordres de faits, les premiers de simple observation, les seconds d'ordre expérimental :

1° Les capsules surrénales contiennent une quantité abondante de toxines; celles-ci sont retenues par ces organes, elles ne sont pas sécrétées sur place;

2° Si cette vue est juste, les toxines, chez les animaux décapsulés, et par conséquent privés de l'organe fixateur, doivent se répandre dans toute l'économie. Cette diffusion peut s'établir par une expérience des plus simples : il suffit d'enlever les capsules surrénales, de prélever, au bout d'un certain temps, une partie du corps quelconque de l'animal décapsulé, du muscle notamment, d'en faire un extrait, et d'injecter cet extrait à un autre animal pour déterminer une intoxication manifeste.

Applications nouvelles du courant ondulatoire en gynécologie.

M. G. Apostoli. — Le courant ondulatoire, en gynécologie, est d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante. Sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, il paraît être le médicament par excellence de la douleur.

Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même contre les hémorrhagies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins, et il constitue un analgésique et un décongestionnant de premier ordre.

L'hérédité indirecte au point de vue anatomique.

M. Charrin — A diverses reprises, j'ai appelé l'attention sur les caractères anormaux que présentent les rejetons issus de mères atteintes d'infections autres que la syphilis : tuberculose, diphthérie, pneumonie, influenza, etc. Il ne s'agissait pas que

d'une hérédité directe, due au passage des microbes à travers le placenta.

Il n'en est pas moins vrai que ces rejetons, plus souvent que ceux des générateurs en parfaite santé, offrent des particularités : leur poids, leur croissance sont faibles; leur désassimilation est plus accentuée, leur rayonnement est moindre, la toxicité des urines est plus considérable; au point de vue physique, chimique, dynamique, ces organismes se distinguaient des autres.

J'apporte aujourd'hui de nouvelles différences.

A l'autopsie, on peut ne déceler aucune lésion notable; on peut, en revanche, découvrir des altérations, spécialement du côté du foie. Chez un garçon né d'une mère tuberculeuse au second degré, et mort à 4 mois, j'ai constaté une dégénérescence graisseuse manifeste.

Dans un autre cas, au bout de 5 semaines, dans un 3e, après 20 jours, j'ai découvert des lésions dégénératives moins profondes, quoique tout aussi indiscutables.

Comment expliquer ces modifications viscérales? A partir de la naissance, ces enfants prennent du lait, du lait exclusivement, du lait stérilisé ou du lait de nourrices irréprochables, qui, du reste, alimentent une série d'autres nourrissons en parfait état, constituant autant de témoins.

Dès lors, on est conduit à invoquer l'influence maternelle.

Ces rejetons ont pu recevoir, au travers du placenta, des poisons bacillaires, de la tuberculine dans le cas de tuberculose; ils ont pu recevoir, en dehors des toxiques microbiens, ceux qui circulent chez les infectées comme résultats de la vie troublée des tissus, ou encore les cellules de ces rejetons, filles de cellules débilitées, ont évolué dans un sens morbide, surtout dans les points où, à l'exemple de ce qui a lieu dans le parenchyme hépatique, l'activité est considérable, exige des efforts; ou bien, enfin, ces cellules inférieures ont, en fonctionnant défectueusement, abouti à la production de produits toxiques, ainsi que tend à le prouver la toxicité urinaire accrue, produits toxiques propres à déterminer de pareilles altérations, à la manière des urates, des acides urique, lactique, des matières extractives, des leucomaïnes, des principes aromatiques, etc., en excès. Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, la valeur anatomique des tissus de ces descendants, en vertu d'une influence héréditaire, laisse à désirer, comme laisse à désirer leur valeur fonctionnelle physiologique : au lieu et place de ces mots vagues, *conditions du terrain*, il est possible de fournir des données établissant que ces organismes diffèrent des normaux, et au point de vue dynamique et au point de vue statique; les germes pourraient donc trouver là des conditions spéciales.

Bactériologie de l'ambre gris.

M. Beauregard, étudiant l'ambre gris, matière très employée en parfumerie, et qui n'est autre chose qu'un calcul intestinal du cachalot, y a découvert un vibrion (*Spirillum recti Physeteris*) mobile, très polymorphe. Ce vibrion, qui ressemble par beaucoup de points à celui du choléra asiatique, a été ainsi trouvé vivant dans un noyau d'ambre gris qui est conservé depuis au moins 4 ans.

L'ambre gris, en effet, n'acquiert l'odeur suave pour laquelle il est employé en parfumerie, qu'après avoir perdu un violent relent stercoral qui, pendant des années, masque l'odeur agréable. M. Beauregard suppose que la destruction des matières infectes de l'ambre gris s'opère par l'intermédiaire des microbes, qui trouvent dans ces matières un terrain de culture favorable.

Persistance de l'activité de la présure.

MM. Camus et **Gley** ont étudié l'influence de la température sur le ferment coagulateur du lait, la présure. Ce ferment, contrairement à ce que l'on croit, agit encore au-dessus de 15°, et même à 0°, mais on ne peut constater que cette action que si l'on ajoute quelques gouttes d'acide. D'autre part, la présure, si elle a été préalablement desséchée, peut être portée à 140°, et même 130° et 150°, et, redissoute, manifester encore sa propriété. Fait intéressant puisqu'il pourra permettre l'étude de l'action du ferment stérilisé sur du lait également stérilisé.

Toxicité de la sueur.

M. Arloing montre que la pression artérielle suit la prostration qu'un animal en expérience subit lorsqu'on lui injecte de la sueur de l'homme. Aussitôt après l'injection, la pression s'élève notablement, puis une dépression graduelle s'accuse.

La sueur est à peine toxique lorsqu'on a provoqué son émission par des moyens artificiels. La sueur qui provient des fonctions naturelles, du travail musculaire surtout, a, par contre, une toxicité relativement grande, puisque, injectée à un chien, elle détermine la mort entre 6 et 40 heures.

A ce propos, **M. Berthelot** mentionne que déjà Africanus, dans son Traité sur les moyens de faire la guerre, indiquait la sueur récoltée sous l'aisselle d'un cheval comme étant une des substances les plus propres à servir à la fabrication des flèches empoisonnées.

Action des rayons Röntgen sur la température du corps.

M. Lecercle a relevé, chez les sujets soumis à la radiographie, un abaissement considérable de la température centrale et de la température rectale. Cette dépression est suivie, une demi-heure après l'expérience, d'une élévation de température qui n'est pas simplement compensatrice, mais elle est beaucoup plus élevée.

Traitement électrique palliatif du tic douloureux de la face.

M. Bergonié. — Voici la technique d'un traitement électrique du tic douloureux de la face, expérimenté depuis plus de dix ans et qui consiste dans l'emploi percutané du courant continu avec de très hautes intensités et une longue durée :

L'électrode active a la forme d'un demi-masque et couvre exactement tout le territoire innervé par le trijumeau; elle est en étain malléable, recouvert d'une couche de feutre débordant le métal d'un demi-centimètre, et se moule exactement sur la face du malade, où elle est maintenue par deux ou trois tours de bande de caoutchouc.

Les électrodes étant convenablement imbibées d'eau chaude et exactement appliquées, on élève progressivement et très lentement l'intensité du courant, jusqu'à ce qu'elle atteigne 35, 40 et jusqu'à 50 milliampères. On emploie d'abord l'intensité minima, pour atteindre ensuite, dans les séances ultérieures, des intensités plus élevées. La période d'ascension du courant doit durer 7 à 10 minutes, et, si l'application est convenablement faite, aucun vertige, aucun phosphène, aucune sensation douloureuse vive ne peut se produire. L'intensité maxima étant atteinte, on la laisse constante pendant 15, 20 ou 25 minutes; puis à cette période succède la période décroissante du courant, pendant laquelle l'intensité est lentement ramenée à 0.

Parmi les malades auxquels j'ai eu l'occasion d'appliquer ce traitement, 10 ont pu être suivis pendant une durée qui varie de 3 à 10 années. Chez tous, l'effet palliatif de ces applications a été très marqué. Chez 3 malades en particulier, les crises douloureuses ne se produisent plus qu'à des intervalles de 6 mois, 11 mois, 3 ans; chez tous les autres, les intervalles des crises ont toujours été augmentés dès le début du traitement.

Les bronches épartérielles chez les mammifères et spécialement chez l'homme.

M. d'Hardivillier. — D'après les recherches que j'ai faites sur des lapins et sur deux embryons de fœtus humain, les poumons des mammifères sont originellement symétriques et possèdent une épartérielle de chaque côté. Quand cette loi paraît en défaut chez l'adulte, c'est par suite d'une atrophie dans le développement embryonnaire.

Les bronches épartérielles sont des bronches collatérales primaires du tronc bronchique, ayant une valeur toute particulière. Elles ne sont pas, comme l'a prétendu Narath, des rameaux de second ordre dérivant des bronches hypartérielles.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Accidents de la sérothérapie dans la diphthérie (p. 817).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement sans immobilisation avec massage immédiat des fractures (p. 819).

DERMATOLOGIE. — Les toxines en dermatologie (p. 821).

SYPHILIGRAPHIE. — Para-hérédo-syphilis de 2e génération (p. 822).

REVUE DES CONGRÈS. — *Association française pour l'avancement des sciences :* Mal des montagnes. — Toxines microbiennes. — Fièvre typhoïde. — Hépatopexie (p. 823). — Institut antirabique de Marseille. — Sels d'apomorphine (p. 824).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Végétations adénoïdes de l'adolescence et de l'âge adulte. — Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson (p. 824). — Rhinites spasmodiques. — Sinusites frontales. — Rayons de Röntgen en médecine et en chirurgie. — Hernie congénitale du cerveau. — Érysipèle. — Structure de la rate. — Rétinite proliférante (p. 825). — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Contagion de l'érysipèle et prophylaxie. — Occlusion iniestinale par calculs biliaires. — Éclats de capsules de cuivre sur l'œil. — Inversion de la vaginale. — Épithéliome du limbe scléro-cornéen (p. 826).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Traitement thyroïdien. — Influence de la castration sur l'état de la prostate (p. 826). — Calcul vésical. — Fistule uretéro-ventrale. — *Médecine :* Traitement thyroïdien. — Cirrhose aiguë du foie. — Sécrétion chlorhydrique de l'estomac. — Traumatisme pendant l'agonie (p. 827).

MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des algies rhumatismales par les badigeonnages de salicylate de méthyle. — Nitro-glycérine ou trinitrine (p. 828).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des accidents de la sérothérapie dans la diphthérie

(D'après le rapport du *Congrès international de Moscou*),

Par M. le Dr Romniciano (de Bucarest).

J'ai publié, il y a deux ans, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de Paris, quelques-uns de mes accidents sérothérapiques, entre autres un cas d'éruption morbilliforme accompagnée de douleurs violentes à l'articulation coxo-fémorale, d'albumine dans l'urine et d'une fièvre très forte (39°-40°) pendant 4 jours. L'enfant a guéri.

Au cours de l'année passée et de celle-ci, j'ai eu l'occasion de constater d'autres accidents dus aux injections de sérum antidiphthérique, accidents qui pourraient parfois avoir de graves conséquences, et que je crois utile de vous soumettre, Messieurs, puisqu'il me semble qu'on abuse assez souvent de ce genre de traitement, lequel n'est point exempt de danger.

1° N. N..., âgé de 18 mois, fut soumis à une injection préventive, son frère étant tombé malade de la diphthérie. Malgré cela, il prend la diphthérie à son tour. C'est un enfant débile et très en retard par rapport à son âge.

Dix jours après la seconde injection — soit l'injection curative — l'enfant accuse une subite élévation de température, 39°, et je constate du côté droit, dans la partie inférieure de l'abdomen, au-dessus de l'arcade fémorale, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf d'oie, dure, très douloureuse, recouverte d'une peau luisante, mais pâle. D'ailleurs aucune éruption sur le corps, à part 2 plaques d'urticaire sur le mollet droit, et une sur le mollet gauche. Rien au cou dont la muqueuse est plus pâle que d'ordinaire chez les enfants de cet âge. Le lendemain matin la température est de 38°8, et de 39°2 vers le soir. L'enfant est abattu ; il a la figure pâle et les yeux enfoncés dans les orbites, mais aucun organe n'est malade. La peau est sèche, rude et très chaude ; l'urine rare et peu abondante contient un léger nuage d'albumine (albuminurie fébrile). La place où l'on a fait l'injection, savoir à 4 largeurs de doigt au-dessus de la tumeur actuelle, est normale ; la peau est pâle et nous n'y trouvons pas même un nodule comme indice de l'injection pratiquée.

Je lui administre de la quinine en suppositoires (l'enfant n'avait qu'une selle par jour) et une potion antiseptique au benzo-naphtol, hydrate de chloral et bicarbonate de soude. Je fais un pansement antiseptique occlusif. Au bout de 2 jours la tuméfaction disparaît ainsi que la fièvre, mais celle-ci peu à peu et non tout d'un coup, l'urine redevient normale et le nuage d'albumine se dissipe petit à petit.

Cette tuméfaction était-elle due à un amoncellement de plaques d'urticaire sur ce point ? Je pense que oui et je base mon opinion sur le fait de la rapide disparition de la tuméfaction ; en l'absence de toute autre éruption sur le corps en dehors des plaques d'urticaire. Je ne saurais admettre que la tuméfaction était due à l'injection qui avait été pratiquée par un très expérimenté confrère, beaucoup au-dessus du point où la tuméfaction s'était produite.

Ce cas présente une réelle importance aux deux points de vue suivants :

a) D'abord à cause de l'âge de l'enfant, car je n'avais jamais encore noté une complication de cette nature accompagnée d'une fièvre aussi violente chez un sujet si jeune, bien que les tout petits enfants supportent beaucoup mieux les injections de sérum antidiphthérique que ceux qui sont plus âgés (au-dessus de 3 ans).

b) Puis à cause du petit nombre des plaques d'urticaire accompagné d'une aussi grande élévation de la température ; je n'ai observé pareille fièvre, même dans les cas d'urticaire généralisée, déclarée à la suite d'injections de sérum antidiphthérique.

Ne pourrait-on pas expliquer la présence de cette infection secondaire par l'état de l'enfant ? Il me semble que oui.

2° P. C... Un enfant de 4 ans 1/2, débile, type vénitien. Le thorax offre le type rachitique ; les poignets sont rachitiques, les jambes légèrement courbées avec la convexité en dehors ; la couronne rachitique ; la tête donne une transpiration qui inonde l'oreiller. Les membres inférieurs sont beaucoup plus développés que le tronc et les membres supérieurs ; le corps est recouvert de poils longs et minces ; les sourcils sont épais, les cils longs et abondants. Les ganglions, particulièrement ceux du cou, sont assez développés.

Son frère aîné, âgé de 6 ans, avait eu vers la fin de février de l'année courante un croup constaté bactériologiquement ; je lui fis faire, en dehors de son autre traitement, une injection de sérum antidiphthérique faible à la suite de laquelle la température, qui était de 39°, descendit en 24 heures à 38°1 et pendant ce temps les accès de suffocation et le tirage perdirent leur caractère menaçant. Au bout de 4 jours, la température était devenue normale ; il ne restait plus qu'une légère aphonie, et, de temps à autre, un peu de toux croupale, généralement grasse. L'urine ne contenait pas d'albumine.

Le quinzième jour apparut tout à coup une discrète éruption rubéoliforme, accompagnée de quelques démangeaisons, mais sans fièvre (température habituelle de 36°5 à 36°6) et sans albumine dans l'urine. Quarante-huit heures après, l'éruption avait disparu sans laisser d'autre trace qu'une différence de couleur de la peau.

P. C..., tomba malade du croup 48 heures après que cette maladie se fut déclarée chez son frère, dont nous l'avions fait isoler dès le début. Après le diagnostic bactériologique, je

lui fis également pratiquer une injection de sérum faible, et le croup disparut chez lui beaucoup plus facilement que chez son frère aîné, car en 6 jours il était complètement guéri.

Le quinzième jour après l'injection de sérum que nous lui avions faite, P. C... avait le soir un peu de fièvre (37°9 sous l'aisselle), la peau était sèche et le lendemain matin apparaissait sur la paupière et la joue gauche une éruption morbilliforme, accompagnée de démangeaison et d'un œdème de la paupière gauche; de ce côté la conjonctive palpébrale était rouge et il s'en écoulait une grande quantité d'un liquide citrin, limpide, sans aucun flocon; la cornée était normale.

Le jour suivant, la température, qui était de 37°8 le matin, monte le soir à 37°9, prise sous l'aisselle; cependant l'enfant est gai, mange assez bien mais boit plus que d'habitude. L'urine, légèrement rouge, ne renferme pas d'albumine.

Deux jours après, la température est normale (36°5) et l'éruption a entièrement disparu.

Vingt jours après l'injection de sérum, pendant la nuit et subitement, l'enfant commence à se plaindre de douleurs dans tous les os.

L'ayant examiné le matin, nous constatons une température (axillaire) de 39°9, peau chaude et couverte d'une sueur, si abondante qu'elle mouillait la chemise, et une éruption confluente morbilliforme avec des taches de la grosseur d'un grain de lentillle jusqu'à celle d'une noisette, séparées entre elles par des points de peau ayant la couleur normale, mais confluentes au niveau des articulations. Quelques-unes de ces taches étaient rosées, d'autre d'un rouge clair et le plus grand nombre rouge foncé.

L'enfant demeure immobile car le moindre mouvement ou le plus petit attouchement le fait crier; c'est à peine s'il peut desserrer les mâchoires à cause des douleurs qu'il éprouve au niveau des articulations temporo-maxilaires. Il reste raide comme dans le tétanos généralisé, à cette différence près, que nous pouvons corriger ses positions, non sans lui causer de terrible douleurs, mais non pas de contraction musculaires permanentes.

Aucune des articulations n'est tuméfiée, mais toutes sont douloureuses; c'est dans les petits os des mains que les douleurs surtout sont intolérables, de même que dans les articulations des vertèbres (l'enfant garde la tête fixe et immobile). Une douleur poignante à droite de l'articulation condro-costale n° 4; il respire fréquemment, d'une manière courte et superficielle.

Soif ardente; la langue est chargée d'une épaisse couche blanc jaunâtre; pas d'appétit; somnolence continuelle accompagnée de gémissements.

L'urine rare, peu abondante, est fébrile et pour la première fois contient un nuage d'albumine. Aucun des organes examinés ne présente de lésion.

J'administre à l'enfant 2 grammes de salicylate de soude, et le soir je constate une légère diminution de souffrances aux articulations des membres inférieurs. La température, par contre est de 39° (dans l'aisselle) et les sueurs plus abondantes. J'ajoute de la quinine à l'intérieur.

Le 3ᵉ jour, au matin, la température est de 38°8. Les douleurs articulaires persistent, mais provoquent moins les cris de l'enfant qui d'autre part urine davantage. Le nuage d'albumine persiste également, mais l'éruption commence à devenir plus pâle et à disparaître. L'enfant ouvre la bouche avec plus de facilité, quoique pas encore entièrement; le fond de la gorge ne présente rien de pathologique. Le soir, la température remonte à 39°: la peau continue à être mouillée d'une sueur abondante et collante.

Je continue à administrer 60 grammes de sulfate de quinine et 3 grammes de salicylate de soude par jour.

Le 4ᵉ jour la température est de 38°1 le matin, de 38° 5 à midi, de 37°8 à 4 heures et de 38°5 le soir. Les douleurs ont à peu près disparu; l'enfant ouvre bien la bouche; il plie les membres et peut poser les mains sur sa tête et lever facilement les épaules. Je le fais mettre sur son séant; il reste assis, mais éprouve seulement un peu de gêne à courber la tête. La douleur costale à droite du cartilage condro-costal a disparu. L'éruption bien diminuée, a laissé des taches grises sur les points occupés par les taches rouges foncé. L'auscultation ne trahit aucune lésion pulmonaire, pleurale ou cardiaque; le nuage d'albumine persiste; l'enfant urine plus abondamment, tandis que les sueurs ont diminué au point de ne plus présenter qu'une agréable moiteur de la peau.

Le 5ᵉ jour, la température est de 38° le matin, de 37°4 à midi, et de 37°2 le soir. Comme l'enfant ne peut plus supporter le salicylate de soude et le rend chaque fois que je lui en administre, je le supprime tout en maintenant la quinine. L'enfant peut se lever seul, joue et rit, mais il n'a pas d'appétit.

Le 6ᵉ jour, au matin, la température est de 36°4 et les douleurs ont complètement disparu. L'enfant peut tendre la tête, la courber et la remuer facilement dans tous les sens. Il avait bien dormi la nuit et d'un sommeil continu. La langue commence à redevenir rouge à son point et quelque peu sur les bords. L'éruption sur le corps a disparu entièrement, mais quand l'enfant éprouve une émotion, les taches apparaissent de nouveau pour se dissiper quand il est devenu plus tranquille. L'urine est normale, quoique un peu rouge encore.

L'état général va s'améliorant constamment, et 5 jours plus tard, soit le 11ᵉ de cet accident alarmant, l'enfant était tout à fait rétabli sans qu'il ne soit jamais rien survenu depuis lors.

Dans le présent cas, il n'y a aucun doute que ces accidents assez alarmants (un pseudo-rhumatisme infectieux) et qui, pendant un certain temps, m'ont fait redouter une issue fatale, ne soient dus à l'injection de sérum antidiphthérique qui a facilité la production d'une infection secondaire sur un terrain devenu propice à la fertilisation de nombreux microbes, particulièrement des streptocoques ayant amené ce pseudo-rhumatisme. Je dis cela puisque le sérum que nous fournit notre institut bactériologique, et dont nous servons depuis bien des années, ne nous a donné qu'une seule fois une arthropathie accompagnée d'urticaire et d'éruption morbiliforme, avec fièvre de 40°, et il s'agissait alors d'un enfant au type vénitien.

La rapidité avec laquelle l'infection s'est déclarée, la violence de l'éruption, la couleur rouge foncé du plus grand nombre des taches, les douleurs vives, surtout aux extrémités des os, et de préférence à droite des vertèbres cervicales, des petits os et des articulations temporo-maxillaires; la fièvre subite et croissante, la sueur abondante et persistante, en rapport avec l'intensité des douleurs ne peuvent qu'être la cause de l'infection facilitée par l'introduction du sérum antidiphthérique ou par la diphthérie originelle (le croup dans le cas actuel), infection secondaire plus facile à se développer chez un enfant débile et rachitique, offrant moins de résistance à l'invasion des microbes contenus normalement dans la bouche, le canal auditif, etc., et à leur multiplication. La preuve en est : son frère B. C..., qui a eu un croup beaucoup plus violent, auquel on a fait une injection du même sérum antidiphthérique, et chez lequel, en dehors d'une éruption morbilliforme, je n'ai pas même eu à noter de la fièvre. Et pourquoi cela?

B. C... est beaucoup plus solide que son frère; il n'est point rachitique, il a été allaité par une bonne nourrice et sevré plus tard. En ce qui concerne P. C..., au contraire, sa mère avait eu une grossesse accompagnée de vomissements presque jusqu'à terme, ce qui est rare. L'enfant, à sa naissance, pesait 2 800 grammes; il eut une mauvaise nourrice, fut sevré avant le moment, et n'avait que 8 dents à un an, de sorte que son rachitisme non seulement ne disparut pas mais fit encore des progrès.

Chez ce dernier (P. C...), ne faudrait-il pas chercher dans sa débilité même l'explication de l'influence nuisible qu'a eue sur lui l'injection de sérum antidiphthérique?

Je pense que oui, et voici pourquoi :

L'absence de toute éruption scarlatineuse sur la peau au début de la maladie (le croup) de P. C..., et plus tard

le manque de toute desquamation; la constatation, depuis le commencement, du bacille diphthérique dans sa gorge, sont pour moi une preuve que dans ce cas on ne saurait admettre l'association du croup avec une scarlatine fruste sur le compte de laquelle on pourrait mettre ce pseudo-rhumatisme, apparu le 20° jour après l'injection, c'est-à-dire justement à l'époque où se déclare ce pseudo-rhumatisme infectieux de la scarlatine, et en voici la raison :

Le pseudo-rhumatisme de P. C... a été très violent; il occupait toutes les articulations et a eu une durée plus prolongée que celui de la scarlatine. Dans notre cas, il a causé des douleurs horribles, sans compter qu'il a été accompagné d'une violente éruption cutanée, ainsi que cela a lieu dans les autres pseudo-rhumatismes infectieux,

Or, si la scarlatine peut faciliter des infections secondaires en déterminant un pseudo-rhumatisme infectieux; si, au cours de ces maladies comme, par exemple, la cystite, il nous est possible d'observer des pseudo-rhumatismes infectieux, séreux, et même purulents, pourquoi n'admettrions-nous pas que la diphthérie (soit le croup, dans notre cas), surtout quand elle se déclare chez des enfants débiles, sur lesquels on a pratiqué des injections de sérum antidiphthérique, puisse être suivie de pseudo-rhumatisme infectieux?

Tenant compte des cas sus-indiqués et du fait que le sérum antidiphthérique n'est pas un moyen préventif, mais seulement curatif; considérant que, bien que rarement, l'emploi de ce moyen peut être suivi d'accidents suffisamment graves, et même mortels, ainsi que cela a été le cas pour l'enfant d'un professeur de Berlin, même lorsque le sérum est de bonne provenance;

Considérant que, au cours de la scarlatine (période éruptive), il m'est arrivé à deux reprises, cette année même et à la fin de 1896, de voir la scarlatine suivie (de 3 à 6 jours après l'apparition de l'éruption) d'une angine ayant toutes les apparences de l'angine diphthérique, mais qui, ainsi qu'on l'a constaté à la suite d'un examen bactériologique fait à l'institut par M. le Dr V. Babesch et répété plusieurs jours de suite, n'était cependant diphthérique, ni streptococcique, ni staphylococcique, mais tous les deux réunis;

Considérant que, dans un cas d'angine streptococcique observé par nous au cours de la scarlatine, une injection de sérum antidiphthérique a donné lieu à une violente éruption générale de plaques morbilliformes hémorrhagiques, avec une élévation de la température (qui était à 38° 9 avant l'injection) jusqu'à 39° 9 et 40°, l'angine faisant des progrès et aboutissant à une issue fatale;

Considérant que, dans le croup ou la diphthérie, un retard de quelques heures ne met point la vie en danger;

Considérant qu'une injection faite inutilement peut augmenter la réceptivité des infections secondaires chez les enfants débiles ou débilités;

Je me demande s'il n'est pas imprudent de pratiquer une injection de sérum antidiphthérique avant d'avoir établi son diagnostic par un examen bactériologique.

En effet, dans le cas où viendraient à se produire des accidents déterminés par l'injection du sérum antidiphthérique, nous aurons du moins la conscience tranquille, car alors nous pourrons nous dire que cette injection était inévitable, surtout puisqu'une injection de sérum antidiphthérique faite là où il ne le faut pas peut être cause de regrettables accidents.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement sans immobilisation avec massage immédiat des fractures dans lesquelles les fragments sont naturellement mobiles; résultats immédiats et éloignés,

Communication au *Congrès de Moscou*

Par le Dr Lucas-Championnière,

Chirurgien de l'hôpital Beaujon (de Paris).

Depuis les temps les plus reculés, un seul principe a dominé le traitement des fractures : nécessité d'immobiliser les fragments pour favoriser leur recollement par le cal.

L'on n'avait jamais tenu un compte suffisant des inconvénients très nombreux de cette immobilisation. La généralisation des appareils inamovibles aggrava encore l'immobilisation.

D'excellents observateurs ont reconnu une partie des inconvénients de l'immobilisation et ont cherché à les atténuer surtout par un traitement consécutif à l'usage des appareils.

Convaincu que les muscles, les ligaments, les *articulations* et les *os* eux-mêmes ne sauraient *vivre* et se *réparer* sans *mouvement*, j'ai inauguré, en 1884, le traitement systématique des fractures par le massage *immédiat et la mobilisation*. Pour arriver au meilleur succès il ne faut pas attendre que l'immobilisation ait accompli son œuvre pernicieuse. L'excitation directe des muscles par le massage, la mobilisation méthodique des articulations, muscles et tendons doit se faire *dès le début*.

J'ai commencé ma démonstration par les fractures dans lesquelles les fragments des os ont peu de mobilité l'un sur l'autre. On sait pour les fractures du radius et du péroné que les petits mouvements communiqués aux fragments, sans déterminer de déformation, favorisent la formation du cal plutôt qu'ils ne l'entravent. J'ai pu dès le début arriver à la guérison de ces fractures en faisant disparaître la douleur, en conservant la souplesse du membre et surtout en abrégeant considérablement le temps nécessaire à la réparation.

Comme j'ai présenté des faits très nombreux, ces principes ont été admis et j'ai été imité pour les fractures qui n'ont pas de tendance à la mobilité des fragments. Les chirurgiens, cependant, paraissent peu convaincus du rôle du mouvement dans la formation du cal et continuent à associer au massage, quand ils l'adoptent, une somme d'immobilisation inutile.

Mais, dès le début de mes travaux sur cette question, j'avais reconnu que, même pour des fractures avec lesquelles *les fragments sont en mouvement* constant, la réparation *est favorisée par le mouvement mesuré* plutôt que par l'immobilisation la plus rigoureuse. Ici le fait paraît plus paradoxal, cependant il est réel. Ses conséquences sont aussi favorables pour la thérapeutique de beaucoup de fractures du membre supérieur. Il trouve son application surtout pour les fractures du membre supérieur.

Les fractures avec mobilité fragmentaire que j'ai traitées sont les fractures de la clavicule, les fractures de l'humérus à la partie supérieure, les fractures de l'humérus à son extrémité inférieure, les fractures du coude, comprenant les fractures condyliennes trochléennes et olécraniennes, la fracture de l'omoplate. Pour la clavicule, sauf des cas d'une grande rareté, une contention relative suffit.

Une écharpe qui soutient le membre et empêche les grands mouvements est tout ce qu'il faut. En bien des cas la simple suspension du poignet est suffisante, même; s'il a fallu tout au début maintenir le membre un peu mieux, cette suspension simple suffit au bout de peu de jours. Depuis bien des années je suis cette pratique. Depuis 2 ans j'ai une série très importante de 40 observations. Cette nombreuse série a donc pu être traitée par les moyens les plus simples, même dans des cas d'apparence d'abord très grave.

Une écharpe soutient le coude en le plaçant dans une situation telle que la difformité soit la moindre possible. Chaque jour, dès le premier jour, l'écharpe est enlevée et le massage est pratiqué légèrement sans douleur autour du foyer de fracture et sur le moignon de l'épaule. Des mouvements méthodiques sont provoqués après le massage. Les malades n'ont été hospitalisés que dans les cas les plus graves et les plus rares.

Avec ce traitement, la douleur disparaît. La contracture des muscles s'efface. Les mouvements deviennent si faciles que bien des sujets non hospitalisés se servent de leur membre pour toutes sortes d'usages qui n'exigent de la main ni force ni grande étendue de mouvements.

La solidité de la clavicule est obtenue bien plus vite que sur les membres immobilisés: généralement la fin de la troisième semaine marque la fin du traitement. Nous voyons les coureurs cyclistes reprendre l'entraînement au bout de 21 jours, c'est-à-dire tirer énergiquement sur leur guidon dès cette période.

Au point de vue de la difformité, celle qui est conservée n'est pas plus marquée que celle que laissent les appareils immobilisateurs les mieux construits.

On voit même la *difformité primitive diminuer* chaque jour depuis la première observation malgré l'absence d'immobilisation. Ce fait est peut-être un peu difficile à expliquer. La disparition des contractures musculaires contribue assurément à produire ce résultat. Solidité rapide et parfaite disparition de la douleur sont obtenues. La forme et la puissance du membre ne laissent rien à désirer.

Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus au niveau du col anatomique donnent peu de déplacement. On conçoit qu'elles puissent être traitées par le massage sans immobilisation.

Les fractures du col chirurgical s'accompagnent d'un déplacement compliqué d'une mobilité plus ou moins grande. C'est dans ces fractures que l'on perçoit dans certains cas le bruit de noix qui indique la mobilité de fragments très multiples.

Même dans ces cas l'immobilisation *n'est point utile*, mais elle est *pernicieuse*.

Si une difformité est acquise par un certain degré d'engrènement des fragments, cette difformité sera de peu d'importance si l'épaule est parfaitement souple sans atrophie musculaire. S'il y a une mobilité assez importante, il suffira de mettre les bras en écharpe pour que le poids du corps amène le membre dans une rectitude suffisante. J'ai plusieurs observations dans lesquelles le bruit de noix était bien manifeste. La consolidation a eu lieu sans difformité. Dans ces cas le poids du membre entraîne l'épaule dans une bonne position. L'expérience apprend que cette bonne position n'a pas de tendance à être modifiée par des mouvements modérés et méthodiques.

Pour cette fracture comme pour la fracture de la clavicule, les chirurgiens ont beaucoup redouté la déformation par les mouvements. Chez un sujet massé, cette déformation n'a aucune tendance à se produire.

La déformation que l'on observait au premier jour a été en diminuant sous l'influence d'un massage doux. La disparition de la contracture musculaire joue un rôle dans cette heureuse modification de la forme première du membre fracturé.

Avec ce traitement, la déformation dont on accuse la mobilité du membre ne se produit pas.

Si l'hygiène du membre est bonne, la *tendance naturelle de la réparation* est donc plutôt favorable à la conservation de la forme et surtout de la fonction du membre.

Le résultat de ce traitement de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, au point de vue de la forme, n'est pas inférieur à celui qui est obtenu par les appareils. Si une déformation subsiste, elle se rapporte ordinairement à un engrènement des fragments. Le rétablissement de la *fonction* est *parfait*.

Avant ce traitement par le massage et la mobilisation, la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus était une des plus mauvaises, amenant la raideur de l'épaule, la paralysie du deltoïde, la douleur secondaire persistante. Le sujet restait communément infirme et douloureux.

Sur un sujet d'un certain âge, il n'y avait presque jamais restitution complète des mouvements du membre.

Avec ce traitement, la solidité du membre est acquise aussi vite que par le passé. Mais on obtient un membre souple et on fait disparaître les douleurs. Les résultats obtenus sont d'autant plus parfaits que *l'on a pu intervenir plus tôt après la fracture* et si le sujet a montré une *parfaite docilité*.

La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus se présente dans des conditions analogues. Ici, la tendance au renversement du fragment inférieur en arrière donne au traitement un peu plus de difficultés. Malgré cela, la contention par des appareils exacts est parfaitement inutile, chez les vieillards surtout, la contention par une simple écharpe suffit parfaitement. Chez l'adulte, il peut être utile, pendant les premiers jours, d'appliquer une bande roulée pour maintenir les fragments suivant le même axe. Mais même dans les cas où l'on est obligé de maintenir ainsi les fragments, il suffit de le faire pendant très peu de jours. Très vite, il se produit un commencement de consolidation qui suffit à prévenir une difformité secondaire.

Cependant, c'est là une fracture à grande mobilité quelquefois caractérisée par le bruit de noix. J'ai constaté ce bruit sur une vieille femme de 70 ans chez laquelle nous avons obtenu un résultat aussi parfait que possible.

Ici encore, il faut que la même intervention soit très rapide, il suffit de *quelques jours d'immobilisation préalable* pour modifier du tout au tout le pronostic de ces fractures.

Ce que je dis là est plus exact encore des fractures du coude proprement dites comprenant le condyle, la trochlée ou même l'olécrâne.

Ici, la tendance au déplacement est nulle. Si un fragment avait, sous l'influence du traumatisme, pris une situation vicieuse l'immobilisation ne pourrait jouer aucun rôle pour le remettre en place.

Si le membre est déposé dans une gouttière pendant les premiers jours pour calmer la douleur, il faut que cette contention, si faible qu'elle soit, soit de très courte durée et chaque jour interrompue par le massage suivi de la mobilisation méthodique. Il suffit de quelques

jours de retard dans ce mode de traitement pour que l'avenir du coude soit compromis.

Au contraire, si le traitement a été suivi vite et régulièrement, ces fractures n'ont plus une gravité spéciale et le retour du membre à l'extension parfaite est la règle.

Les principes à appliquer dans le traitement des fractures sont très simples.

Massage très doux prolongé quotidien *s'arrêtant au niveau des extrémités fragmentaires.*

Ce massage non seulement ne doit *jamais être douloureux,* mais il doit déterminer dans la région une *anesthésie suffisante* pour que les mouvements provoqués ne soient pas douloureux.

Les mouvements provoqués ne doivent *jamais entraîner les extrémités fragmentaires* de telle sorte qu'ils tendent à les disjoindre.

L'appareil de contention ne doit servir qu'à *empêcher les mouvements fonctionnels* du membre et à donner une *situation* commode pour éviter les douleurs.

La *constriction* du membre par les appareils est mauvaise en principe.

Dans quelques cas rares on peut tirer quelque avantage de la *compression.* Mais elle doit toujours être *très modérée et de courte durée*

Aussitôt que la solidité du membre est acquise, la liberté complète du membre permettra de rétablir *le mouvement par les fonctions.* Mais il ne faut jamais oublier que pour obtenir un membre souple, indolore et vigoureux, les mouvements doivent être d'abord de médiocre amplitude. Il est *toujours inutile qu'ils soient douloureux.* Ils doivent être lentement progressifs.

Les mouvements *forcés avec ou sans chloroforme* ont pour résultat habituel de rendre plus tardif et moins sûr le retour aux fonctions parfaites et à la souplesse indolore du membre.

Les faits qui m'ont permis de démontrer la facilité de la réparation des fragments sans cesse en mouvement sont très nombreux. Pour la seule période de 2 ans et demi à l'hôpital Beaujon, voici le chiffre des fractures du membre supérieur traitées par le massage dans mon service sous la direction du Dr Dagron :

Fractures de clavicule 40;
Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus 14;
Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus 5;
Fractures de l'olécrâne 5;
Fractures du coude 4;
Fractures de l'extrémité inférieure du radius 47;

DERMATOLOGIE

Sur les toxines en dermatologie,

Communication au *Congrès de Moscou.*

Par M. le Dr Hallopeau (de Paris).

L'introduction de la notion des toxines dans l'interprétation des phénomènes pathologiques doit être considérée comme un progrès aussi fécond en conséquences doctrinales et pratiques que la découverte par l'histologie des unités cellulaires et que celle des microbes. On peut dire qu'elle constitue une véritable révolution, car elle a modifié de fond en comble l'interprétation de la plupart des phénomènes morbides. Ce travail a pour objet de résumer les acquisitions nouvelles qui en ont résulté pour la dermatologie.

Nous entendons par toxines toutes les substances morbifiques produites par des êtres vivants. La condition essentielle de leur production est l'activité cellulaire; à chaque activité cellulaire appartient la genèse de produits qui lui sont propres et peuvent rester incorporés à l'élément anatomique, s'accumuler dans le tissu ambiant, pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine, s'éliminer primitivement ou secondairement, avec les produits de sécrétion : d'où l'apparition possible de phénomènes morbides, au point de vue qui nous occupe, soit dans un territoire limité du tégument externe, soit en diverses parties de sa surface, soit dans sa totalité. Ils peuvent se développer chez le sujet générateur des toxines ou chez d'autres êtres vivants auxquels est transmis le produit nocif.

Le champ des toxines ainsi conçues est des plus vastes, puisqu'il comprend non seulement tous les venins ou poisons, mais aussi tous les produits de sécrétion et de désassimilation des organismes vivants et des parasites qui s'y multiplient : bien plus, les tissus et surtout les liquides normaux de chaque espèce vivante peuvent devenir nocifs pour d'autres espèces.

M. A. Gautier, en étudiant ces produits au point de vue de la chimie et de la biologie, est arrivé à les grouper en trois grandes classes : les leucomaïnes, les ptomaïnes et les toxines proprement dites.

Il faut tenir grand compte, dans l'interprétation pathogénétique des toxines, non seulement de la nature de l'agent, mais aussi du terrain que lui offre le sujet affecté en raison de sa constitution, de son âge et des conditions dans lesquelles il se trouve au moment où il est exposé à l'action nocive. Les toxines peuvent être exogènes, endogènes, ou d'origine mixte.

Toxines exogènes. — Ce sont les venins, les poisons, les liquides et les tissus d'autres espèces animales.

Leur action s'exerce soit au niveau de la porte d'entrée, sous la forme d'érythèmes, de vésications, de suppurations, d'urticaires, de purpuras, plus rarement de gangrènes, parfois de dyschromies telles que celles qui caractérisent l'action des Pediculi pubis et de sensations anormales, le plus souvent prurigi-nauseuses ou cuisantes. Elle peut se traduire à distance ou se généraliser à toute la surface cutanée.

Certaines de ces toxines, par exemple celles qu'engendrent certains Mollusques, n'agissent qu'après avoir été introduites dans les voies digestives; les champignons des teignes agissent par l'intermédiaire des toxines.

Toxines endogènes. — Elles peuvent provenir de troubles dans le fonctionnement cellulaire ou de la résorption de produits de sécrétion normaux ou altérés.

Les produits de fonctionnement cellulaire peuvent devenir nocifs, soit par leur quantité exagérée, soit par leur altération, sous l'influence tantôt d'une prédisposition héréditaire ou acquise, tantôt d'une altération passagère ou durable du milieu interne que constituent les humeurs : cette altération peut être elle-même d'origine extérieure, accidentelle ou provoquée par un trouble dans tel ou tel autre organisme.

Parmi ces produits d'origine viscérale, qui peuvent donner lieu à des altérations cutanées, on doit mentionner la thyroïdine et les substances qui s'accumulent lorsque le corps thyroïde est détruit, les sécrétions des capsules surrénales (mélanodermie), les substances anormales qu'engendre la ponte menstruelle, etc).

Parmi les produits de sécrétion dont la surabondance, l'altération ou l'élimination insuffisante sont causes d'intoxications, il faut citer surtout la bile, le glucose et les matériaux des sécrétions urinaire et sudorale. Tomasoli a mis en relief l'influence des auto-toxines sur la genèse des hyperkératoses.

Toxines d'origine mixte. — Celles qu'engendrent les microbes introduits dans l'organisme doivent être considérées comme telles, car si l'agent qui les produits vient directement ou indirectement du dehors, il les engendre à l'aide des éléments qu'il trouve dans les cellules ou les liquides de l'organisme. Le fait est de toute évidence pour les fermentations des voies digestives, envahies incessamment par de nombreuses colonies microbiennes qui y sécrètent des toxines aux dépens soit des aliments, soit des produits de sécrétion. L'organisme est protégée contre elles surtout par l'épithélium et par le foie (Roger). La bouche est le siège fréquent de résorptions infectieuses : c'est là une cause d'altérations cutanées dans les pyrexies. La résorption des produits toxiques élaborés dans l'estomac dilaté est cause d'acné,

d'eczéma et d'urticaire; les taches rosées typhiques sont dues à l'action de toxines développées dans l'intestin.

Bouchard et Charrin ont montré que les toxines engendrées par les microbes ont la même action pathogénétique que ces microbes eux-mêmes. L'action des toxines microbiennes peut rester limitée au voisinage immédiat de leur foyer générateur; il en est ainsi dans les tuberculoses localisées, le chancre simple, les condylomes, le molluscum contagiosum, les acnés, les folliculites pustuleuses et le furoncle: d'autres peuvent se répandre excentriquement. Il en est ainsi de la tuberculine, quand elle donne lieu à la production de lichen scrofulosorum autour de foyers lupiques; certains microbes, après s'être primitivement localisés, produisent secondairement des phénomènes d'infection qui peuvent eux-mêmes rester localisés ou se généraliser; si l'on ne retrouve pas dans ces manifestations secondaires le microbe pathogène, c'est qu'elles sont dues à la résorption de toxines. Il en est ainsi dans la diphthérie où l'on voit apparaître secondairement des éruptions semblables à celles que produisent les injections de sérum : dans la blennorrhagie dont les toxines vont provoquer, en même temps que des arthropathies, soit des éruptions pseudo-exanthématiques, soit des élevures cornées, dans la coli-bacillose, dans le choléra, dans la tuberculose et la farcinose.

Le mode d'action de certaines toxines peut être très divers : c'est ainsi que celles de la tuberculose peuvent rester localisées autour des foyers microbiens et donner lieu soit au tubercule anatomique, soit à d'autres néoplasies isolées et circonscrites, qu'elles peuvent se propager de proche en proche, comme dans le lichen scrofulosorum et, enfin, qu'elles peuvent aller provoquer à distance diverses autres manifestations de la tuberculose, telles que les folliclis de Barthélemy, les acnés dites des cachectiques et des scrofuleux, diverses folliculites isolées ou agminées, compliquées ou non d'éruptions pemphigoïdes, et des éruptions papulo-érythémateuses persistantes; les manifestations pseudo-exanthématiques du lupus érythémateux doivent être interprétées dans le même sens; il en est vraisemblablement de même des éruptions érythémateuses aiguës, que l'on observe dans le farcin, la lèpre et les mycosis, les toxines interviennent, selon toute vraisemblance, dans la genèse des eczémas, des psoriasis, des purpuras, des éruptions pemphigoïdes non trophonévrotiques.

Les toxines jouent donc un rôle prépondérant dans la genèse des dermatoses; il appartiendra à l'avenir de déterminer la constitution chimique exacte de chacune d'elles.

SYPHILIGRAPHIE

Para-hérédo-syphilis de 2e génération.

Communication au *Congrès de Moscou*,

Par M. Barthélemy (Paris).

Ayant eu à observer un tabès confirmé chez une jeune fille hérédo-syphilitique, âgée de 20 ans, tabès ayant débuté à l'âge de 16 ans, et me demandant ce que devenaient ces descendants de syphilitiques, syphilitiques eux-mêmes, je n'ai eu, pour le savoir, qu'à ouvrir le beau livre de Fournier sur l'hérédo-syphilis tardive. Mais, poussant plus loin mes investigations, j'ai cherché à savoir ce que devenaient les enfants de ces hérédo-syphilitiques, sans que, bien entendu, une syphilis nouvelle fût intervenue; en d'autres termes, quelles sont pour les petits-enfants les conséquences d'une syphilis acquise par le grand-père?

Je n'ai pas observé d'accidents syphilitiques vrais, purs, directs, à proprement parler; seul le contraire eût été étonnant. Qu'elle soit héréditaire ou non, la syphilis ne se transmet plus guère après 20 ou 25 ans, et c'est seulement à cet âge que les hérédo-syphilitiques de la 1re génération peuvent avoir des enfants dont l'observation soit apte à être étudiée utilement pour le problème que je me suis proposé d'élucider ici.

Divers exemples seront nécessaires pour que, nettement, la question soit posée ; car plusieurs éventualités se présentent dont voici la synthèse :

1° Un homme, syphilitique avéré, se marie avant que le temps et le traitement aient pu le rendre inoffensif pour son entourage et pour sa descendance. Venu au monde 4 ans après le début de la syphilis paternelle, l'aîné de ses enfants, dans les 3 mois qui suivent sa naissance, présente des syphilides cutanées, labiales, etc., et une hérédo-syphilis vraie. Plus tard, de l'iritis, des arthropathies, des troubles de conformation, de croissance, de nutrition, notamment des dystrophies dentaires caractéristiques, non seulement à la 1re, mais à la 2e dentition; bref, les stigmates non douteux de l'hérédo-syphilis directe. Après bien des difficultés, le malade finit par résister définitivement à l'infection, par prendre le dessus, il grandit, se développe, devient homme, puis père... Eh bien! au point de vue de la conformation, de la santé, de la race, quels sujets seront ces enfants?

2° Un autre homme a de la syphilis à 24 ans, s'en traite peu ou pas et meurt de syphilis cérébro-médullaire à l'âge de 47 ans. L'aîné de ses enfants fut une fille venue au monde avant terme, à 7 mois, qui ne présenta jamais aucun accident de syphilis pure, avérée; elle fut petite, chétive, débile, délicate et difficile à élever, resta infantile et réalisa un type de la para-hérédo-syphilis directe, de 1re génération, c'est-à-dire qu'elle fut porteuse d'un certain nombre d'anomalies qui n'auraient certainement pas existé sans la syphilis paternelle, mais que le traitement, spécifique et habituellement heureux modificateur de la syphilis, ne peut en rien améliorer. Mariée à 17 ans, elle a maintenant deux enfants, l'un de 6 ans, l'autre de 3 ans; que seront ces enfants au point de vue anthropologique?

Dans l'un et l'autre cas, sans qu'ils aient jamais présenté de symptômes quelconques de syphilisation vraie, il y aura des troubles de nutrition, de croissance, de conformation tels que l'influence hérédo-syphilitique ne pourra pas être niée, ni même mise en doute, par tout observateur compétent.

On peut suivre ainsi à plus lointaine échéance l'influence du virus syphilitique, non plus seulement sur l'existence et sur la santé d'un homme, mais encore sur les générations successives, et assister à la déchéance graduelle de la race humaine, quand les éléments puissants de relèvement ou d'épuration n'interviennent pas; et parmi ceux-ci, il faut compter le traitement de la syphilis et son ancienneté chez celui qui l'a acquise, et aussi le traitement approprié des états parasyphilitiques et enfin l'état indemne de la mère dont l'organisme sain joue d'ordinaire le rôle de correctif. Il faut bien savoir toutefois que même dans les situations sociales le plus à l'abri du soupçon de la syphilis, l'organisme maternel, tout à fait incapable d'avoir acquis la syphilis directement, peut très bien par son hérédité paternelle propre, ne pas être indemne de la tare spécifique.

Prenant des faits d'origine bien connue comme points de départ, tels ceux que j'ai donnés pour exemples et qui fournissent à l'observateur des signes certains, il n'est pas téméraire de se risquer à entreprendre l'étude des faits moins nets, plus douteux, et de s'élever à la synthèse des stigmates, ou partiels (ce qui est fréquent), ou rudimentaires.

De cette tentative découlent les conclusions suivantes, certainement contestables, puisqu'on ne peut pas encore apporter la preuve irréfragable de l'étiologie spécifique des tares constatées, mais qui contiennent, et je suis convaincu que l'avenir le démontrera, une bonne part de vérité.

Trois alternatives peuvent se présenter : ou le descendant débile succombe; ou le descendant, d'abord troublé et compromis dans sa vitalité, se relève et se dégage, comme cela arrive parfois après la seconde enfance où les stigmates les plus nets peuvent s'atténuer ou disparaître totalement et sans laisser de traces; ou enfin le descendant a été trop profondément atteint, et s'il survit, il est plus ou moins troublé dans sa nutrition, altéré dans la structure, dans la résistance de ses tissus ou dans le fonctionnement et la conformation de ses organes : ce sont ces derniers cas, seuls, qui nous intéressent ici où nous les étudions, non seulement en philosophe et pour indiquer dans quelle mesure la syphilis est préjudiciable à la race humaine, mais encore en médecin pour déterminer les signes grâce auxquels on pourra établir dans des cas difficiles ou douteux, un diagnostic rétrospectif d'hérédo-syphilis lointaine, ou de para-

hérédo-syphilis, et par conséquent instituer un traitement plus directement modificateur, plus profondément et plus heureusement épurateur.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Saint-Étienne, tenu du 5 au 12 août 1897.

Une nouvelle théorie du mal des montagnes.

M. Foveau de Courmelles (de Paris) se basant sur l'analogie des symptômes du mal des montagnes, ses troubles asphyxiques et les effets physiologiques et pathologiques de l'ozone, s'appuyant sur des recherches récentes démontrant que l'ozone est d'autant plus abondant que la couche atmosphérique est plus élevée, l'auteur conclut à l'action ozonoscopique dans le mal des montagnes. Diverses expériences sur lui-même, sur diverses personnes, sur des animaux, ses recherches épidémiologiques lui ont, en effet, démontré l'impossibilité, pour le sang, sous l'action d'un excès d'ozone, d'accomplir ses fonctions vitales et surtout respiratoires. Le mal des hauteurs (montagnes ou ballons) dépendrait de cet oxygène condensé; on expliquerait ainsi les insuccès des aéronautes ayant respiré de l'oxygène, et c'est au contraire l'oxygène électrisé en excès dont il faudrait diminuer la teneur, par l'ammoniaque notamment qui le dédouble.

M. Cénas (de Saint-Etienne) admet qu'on peut invoquer 3 grandes causes : 1° le surmenage du cœur chez des gens non entraînés; 2° le besoin d'alimentation; 3° la crainte de ne pas arriver au sommet.

Les théories basées sur la composition, la pression de l'air, n'envisagent qu'un point secondaire de la question et celle-ci est très complexe. Elles n'expliquent pas la disparition du mal dès l'arrivée au sommet, son apparition à des altitudes insignifiantes.

M. Guinard croit aussi que les causes du mal des montagnes sont multiples et que la seule variation de la pression atmosphérique et de la tension d'oxygène, qui constitue un des facteurs importants de sa production, n'en est pas l'unique cause. L'influence de la fatigue musculaire, du surmenage du cœur et du défaut d'entraînement dont a parlé M. Cénas peut en être souvent un des éléments essentiels; c'est d'ailleurs en rapport avec les travaux de Chauveau et les recherches de Kauffmann sur l'état de la circulation des muscles qui travaillent et l'influence du travail musculaire sur le cœur et la circulation générale. Mais, tout en atténuant l'importance un peu excessive accordée par les physiologistes à l'insuffisance d'oxygénation, il faut bien se garder d'être exclusif dans l'adoption d'une interprétation.

Lésions du foie chez les animaux à jeun soumis à l'empoisonnement par les toxines microbiennes.

MM. Teissier et L. Guinard (de Lyon) ont, dans une précédente note, annoncé qu'au cours de leurs recherches expérimentales sur les influences capables de modifier les effets de certaines toxines microbiennes ils avaient constaté que l'abstinence et l'inanition peuvent mettre les chiens dans des conditions de résistance plus grande à ces poisons. Ces auteurs ont dit aussi que généralement les lésions macroscopiques relevées à la nécropsie des animaux inanitiés et des témoins n'ont jamais la même gravité, et que le foie, notamment, chez les premiers est habituellement peu malade et n'offre pas toujours les caractères du foie infectieux.

C'est cette dernière particularité que MM. Teissier et Guinard ont étudiée de plus près, en s'aidant de l'histologie, avec la collaboration de M. Duplan et le concours autorisé de M. Paviot.

Or l'examen microscopique des coupes faites dans le foie de chiens à jeun, intoxiqués soit par la pneumobacilline, soit par la toxine diphthérique, a appris que, chez eux, les lésions hépatiques sont loin d'avoir l'importance de celles que présentent les animaux en état normal d'alimentation.

Chez ces derniers prédominent des phénomènes de congestion, avec dilatations vasculaires, inflammation très vive des espaces conjonctifs s'accompagnant de lésions du parenchyme et d'altérations cellulaires profondes. Les éléments lobulaires sont disloqués et nécrosés. Les cellules, devenues inégales, sont dissociées, elles ont, pour la plupart, perdu leur noyau, et ceux-ci libres se voient souvent en grand nombre dans les préparations; elles sont enfin vésiculeuses et atteintes parfois de dégénérescence granulo-graisseuse.

Chez les chiens intoxiqués *à la suite d'un jeûne prolongé*, les lésions hépatiques sont loin d'être toujours aussi graves et se réduisent parfois aux altérations que résume la note suivante :

Le tissu hépatique présente, dans son aspect général, une disposition normale. Autour des vaisseaux, dans les espaces de Kiernan, existe un développement très accentué de tissu conjonctif nettement fasciculé, sans cellules jeunes dans le tissu fibrillaire. C'est le type du tissu conjonctif adulte non inflammatoire.

Les vaisseaux sont normaux ; les canalicules biliaires ont leur épithélium parfaitement conservé.

Les travées des lobules sont plus larges que normalement et disloquées en beaucoup de points, mais d'une façon légère. Les cellules présentent des altérations manifestes : leur protoplasma est uniformément jaune; le noyau est mal coloré, invisible dans beaucoup d'éléments. Ces lésions rappellent la tuméfaction trouble.

Pas de dilatation de la veine centrale du lobule, ni sclérose autour d'elle; les capillaires périhépatiques ne sont pas dilatés. Pas d'épaississement de la capsule ni de suffusion sanguine.

Il s'agit, en somme, d'une lésion à prédominance épithéliale, rappelant la tuméfaction trouble avec légère dislocation des travées lobulaires; mais c'est tout. Quelquefois l'inflammation périvasculaire des espaces de Kiernan et la dislocation des travées sont plus marquées, mais l'absence de lésions graves, en d'autres circonstances, n'en demeure pas moins un fait intéressant par la confirmation anatomo-pathologique qu'il apporte à ce que MM. Teissier et Guinard ont dit de l'influence de l'abstinence sur les effets de certaines toxines microbiennes chez le chien.

La tension artérielle dans la fièvre typhoïde.

MM. Alezais et François (de Marseille). — Dans les formes muqueuses de la fièvre typhoïde, en dehors de toute complication, la tension artérielle tend à se maintenir, pendant la période fébrile, à 13 ou 14, quelquefois d'une façon régulière, après quelques oscillations pendant les premiers jours, le plus souvent avec des irrégularités notables, variables suivant les sujets allant de 9, 10, à 16, 17. C'est ordinairement au début de la période apyrétique, quelquefois vers la fin de la période fébrile, que l'on constate le minimum de pression, abaissement qui peut être court, ou se prolonger pendant plusieurs semaines. La pression artérielle dans une fièvre muqueuse d'intensité moyenne ne revient pas aux environs de la normale avant une semaine et peut ne l'atteindre qu'au bout d'un mois et plus, si l'infection de l'organisme a été plus sévère.

Hépatopexie pour une hépatoptose totale.

M. Blanc (de Saint-Etienne) rapporte un cas d'hépatopexie pratiquée chez une femme de 35 ans, atteinte d'ataxie locomotrice. Reçue d'abord dans le service de son collègue, M. Roussel, médecin de l'Hôtel-Dieu, elle présenta une série de poussées fébriles avec frisson violent, vomissements bilieux abondants, température allant de 40° à 41°; ces poussées survenant tous les 5 à 6 jours avec les mêmes caractères, firent craindre l'existence d'un abcès du foie qui présentait un volume considérable pendant l'accès; la malade fut dirigée dans le service de M. Blanc.

L'examen pratiqué dans l'intervalle de deux accès montra un foie gros, mais surtout abaissé, descendant de 2 à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic; en le prenant entre la paume de la main et le pouce, on l'énucléait comme un noyau de cerise et on le remontait sous les fausses côtes; abandonné à lui-même, il retombait aussitôt.

Il s'agissait donc bien d'une hépatoptose, et les poussées fébriles, qui, à la longue, s'étaient accompagnées d'un léger ictère, étaient dues très probablement à la coudure des voies biliaires et à la rétention biliaire qui s'ensuivait. La fixation du foie s'imposait donc.

L'opération fut ainsi pratiquée : incision verticale allant des fausses côtes à l'ombilic en suivant le bord externe du grand droit.

Le foie est dur, étranglé en sablier (déformation du corset) abaissé en masse. On le remonte facilement sous les côtes; avant de suturer, on gratte au bistouri la face antérieure du foie et la face interne des fausses côtes pour adosser des surfaces cruentées; 3 fils de soie n° 3 sont passés à 1 centim. 5 de profondeur dans le foie et entre les cartilages des fausses côtes auxquelles le foie est ainsi suspendu. De plus, 3 fils de soie fixent le foie à la partie supérieure de l'incision, en comprenant le péritoine et le plan musculo-aponévrotique.

Résultat opératoire parfait, sans complications; les poussées douloureuses et fébriles n'ont pas reparu depuis le 15 février 1896, époque de l'opération.

L'Institut antirabique de Marseille.

M. Livon (de Marseille). — L'Institut antirabique de Marseille fonctionne depuis le mois de décembre 1893.

Depuis cette époque, le nombre annuel des personnes traitées a été le suivant : en 1893, 16; en 1894, 271; en 1895, 360; en 1896, 255; en 1897, jusqu'au 31 juillet, 195.

Au point de vue de la mortalité, les résultats ont été de 0 en 1893, 1895, 1896; de 3 en 1894; de 1 en 1897; ce qui fait, sur un total de 1097 personnes traitées, 4 décès, soit une proportion de 0,36 p. 100.

Il est maintenant de règle à l'Institut de Marseille de garder les personnes en traitement un peu plus longtemps qu'on ne le faisait autrefois; ainsi les personnes mordues à travers les vêtements sont traitées 15 jours; celles mordues aux mains ou sur les autres parties du corps à nu sont traitées au moins pendant 18 jours et quelquefois plus si les morsures sont étendues et profondes; enfin, celles mordues à la tête sont gardées en traitement de 21 à 25 jours. C'est probablement à cette règle de conduite que l'on doit les bons résultats obtenus.

Différenciation physiologique des deux sels d'apomorphine.

M. Guinard (de Lyon). — On trouve dans les officines et on a employé souvent indifféremment un chlorhydrate d'apomorphine cristallisé et un chlorhydrate amorphe, à propos desquels on n'a jamais indiqué de différenciations physico-chimiques ou physiologiques bien nettes. Les chimistes eux-mêmes n'ont pas établi leur formule et ne peuvent indiquer qu'une chose, c'est que le chlorhydrate cristallisé a subi un degré d'oxydation supérieur à l'autre.

Etant donnés les nombreux travaux contradictoires, les désaccords expérimentaux et thérapeutiques, le discrédit basé sur des accidents divers, qui constituent actuellement l'histoire de l'apomorphine. M. Guinard s'est intéressé à l'étude pharmacodynamique de ce médicament qui, au point de vue de la thérapeutique générale, lui a fourni des résultats fort remarquables.

M. Guinard, laissant de côté ses observations physico-chimiques, ne rapporte que les résultats expérimentaux obtenus par *injection veineuse* des médicaments à des animaux sains.

Le sel cristallisé produit plus souvent le vomissement que le sel amorphe; il détermine l'excitation, l'effarement, l'hyperexcitabilité, l'agitation avec mouvements désordonnés, course, sauts, etc., tandis que l'autre, après quelques mouvements de défense, très fugaces, provoque un calme profond, l'inertie, la résolution musculaire complète avec atténuation de la sensibilité. L'un se montre excitant, l'autre narcotique.

Quand les doses sont toxiques ou très élevées, le chlorhydrate cristallisé met les animaux dans un état de surexcitation extrême qui aboutit rapidement à des convulsions violentes, à des crises épileptiformes typiques, très énergiques et prolongées, pendant lesquelles ou aussitôt après lesquelles le sujet peut mourir.

Le chlorhydrate amorphe, au contraire, exagère son influence déprimante; il plonge les chiens dans une narcose subite conduisant rapidement à un collapsus profond, pendant lequel la mort survient, sans spasmes, ni convulsions, par arrêt primitif de la respiration.

Enfin l'étude graphique des modifications de la tension artérielle montre que les *doses suffisantes* d'apomorphine cristallisée relèvent la courbe manometrique ou du moins ne produisent pas d'hypotension, tandis que celles d'apomorphine amorphe la font tomber progressivement ou très rapidement à un niveau parfois inférieur.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Bertrand (Charles). *Végétations adénoïdes de l'adolescence et de l'âge adulte.* (P. Delmar.)

M. Guéneau. *Etude clinique des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson.* (H. Jouve.)

Vassal (Auguste). *Etude sur les rhinites spasmodiques.* (H. Jouve.)

M. Morin (Etienne). *Du traitement des sinusites frontales par l'ouverture large et le drainage endo-nasal (méthode d'Ogston-Luc).* (Carré et Naud.)

M. Robert (Léonce). *Des rayons de Röntgen en médecine et en chirurgie.* N° 621.

M. Ott (Charles). *Etude sur les deux formes de hernie congénitale du cerveau, l'encéphalocèle et l'encéphalome.* N° 518. (P. Delmar.)

M. Parvu (E.). *Des manifestations articulaires au cours de l'érysipèle.* N° 515. (H. Jouve.)

M. Paulesco (N. C.). *Recherches sur la structure de la rate.* N° 499. (H. Jouve.)

M. Guilbaud (Gaétan). *La rétinite proliférante.* N° 429. (G. Steinheil.)

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ne constituent pas une affection exclusive à l'enfance, mais elles se montrent avec une fréquence extrême chez l'adulte et le vieillard. Alors leur symptomatologie est souvent différente de celle que l'on observe habituellement chez l'enfant. Tandis, en effet, que certains malade offrent le type classique des adénoïdiens (troubles respiratoires et leurs conséquences), d'autres ne présentent pas les signes habituels de l'affection. En l'absence de ces signes, les complications peuvent prendre le premier rang, et mettre sur la voie du diagnostic. Il s'agit alors le plus souvent de végétations adénoïdes disséminées. En présence donc de troubles auditifs se rapportant à un catarrhe tubaire chronique, à une otite catarrhale, moyenne chronique, ou bien si l'on assiste à l'évolution de pharyngites nasales à répétition de laryngites, M. Bertrand pense qu'on doit de parti pris aller à la recherche des végétations adénoïdes. La probabilité est grande si à ces symptômes viennent s'ajouter des accès d'oppression ou des céphalalgies tenaces, même des troubles intellectuels, Presque tous les malades atteints de « catarrhe rhino-pharyngien » sont des adénoïdiens. Ainsi se trouve justifiée la division clinique que l'auteur a essayé d'établir dans son travail. Elle correspond, on le voit, à la division anatomique en forme circonscrite et forme disséminée.

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal sont loin d'être

rares chez le nourrisson. M. Guéneau montre qu'à mesure qu'elles deviennent mieux connues, elles paraissent aussi plus fréquentes, et les cas observés s'en multiplient. Elles donnent lieu à des symptômes fonctionnels et à une marche clinique tout à fait particulière à cet âge. Ce qui domine la scène, ce sont les troubles de la respiration et les difficultés de l'allaitement, résultats de l'obstruction nasale et rétro-nasale. Il y a à la fois insuffisance respiratoire et insuffisance alimentaire. Le diagnostic est facile en général. Il faut toujours songer à la possibilité de végétations adénoïdes chez un enfant nourrisson qui, en l'absence de fièvre; éprouve de la gêne à respirer et à teter. Le pronostic est toujours sérieux, quelquefois grave, l'affection pouvant conduire à l'athrepsie. Il y a donc urgence à instituer un traitement radical : le traitement de choix est l'ablation à l'aide d'une pince de Lœwenberg modifiée suivant ses courbures. La guérison est la règle après l'opération.

La rhinite spasmodique périodique (asthme des foins) et la rhinite spasmodique apériodique (coryzas spasmodiques) sont pour M. A. Vassal des affections identiques et se manifestent par le même ensemble de symptômes; la périodicité n'a donc aucune valeur pathognomonique; ces deux affections qui présentent la même symptomatologie sont aussi de même nature. Elle sont soumises à la même étiologie et relèvent de la même pathogénie; le traitement sera, à la fois, local et général. Il tendra à modifier la diathèse et à diminuer l'excitabilité de la muqueuse nasale.

Les observations démontrent la nécessité absolue de cureter avec le plus grand soin le sinus frontal infecté; le curetage forme le temps le plus important de l'opération. Dans tous les cas où l'on a observé des récidives plus ou moins rapides, elles provenaient de fongosités omises par la curette. En outre, M. Morin considère que M. Luc a eu pleinement raison d'insister sur la résection étendue de la paroi antérieure du sinus : la guérison est rapide et définitive quand on fait une véritable application de l'opération d'Estlander à la chirurgie crânienne.

La bilatéralité des sinusites est fréquente : elle est causée par propagation : elle pourrait être le résultat d'une atteinte involontaire de la cloison au cours d'une intervention. Cette bilatéralité est assez fréquentée pour que M. Luc conseille d'adopter, dans les cas douteux, l'incision de Mayo-Collier, qui permet d'ouvrir les deux sinus frontaux simultanément.

Le pronostic des sinusites frontales est loin d'être toujours bénin et, dans les suppurations des os de la partie supérieure de la face, les phénomènes méningiques graves, quoique moins fréquents que dans les suppurations de la caisse, sont encore redouter.

La réunion par première intention et dans sa totalité de la plaie frontale empêche la peau de s'enfoncer et d'aller tapisser la paroi postérieure du sinus frontal en donnant une cicatrice déprimée, mais encore faut-il assurer le drainage de la cavité. Seul le drainage endo-nasal rend possible cette réunion totale :

Cette observation est intéressante, car elle montre que la méthode d'Ogston-Luc peut être appliquée aux empyèmes du sinus frontal avec fistule et permet une cure radicale de la fistule cutanée sinusienne. Le drainage endo-nasal a permis une véritable autoplastie du front. En outre le pus, sortant par la partie déclive, ne s'écoule plus par le front et la plaie peut se refermer complètement. La méthode d'Ogston-Luc peut être considérée comme la cure radicale des sinusites frontales.

M. L. Robert jette une vue d'ensemble sur les procédés pratiques employés pour utiliser la radiographie dans les sciences médicales et sur les résultats qu'a donnés jusqu'ici la merveilleuse découverte de Röntgen. Pensant que c'était entre les mains des praticiens que la radiographie pouvait devenir un instrument de diagnostic rapide et sûr, il a étudié une technique simple et à la portée de tous les médecins. On trouvera en outre dans cette thèse les plus importants des documents puisés dans la littérature médicale de ces deux dernières années. L'auteur rapporte les essais sans résultats probants faits dans un but thérapeutique. Enfin il termine son travail par la question très importante de l'interprétation des épreuves, question délicate qui est loin encore d'être résolue mais qui contient peut-être l'avenir de la radiographie.

A la base du crâne, la hernie congénitale du cerveau se montre le long de la première fente branchiale. A la voûte, elle se trouve le long de la grande suture sagittale. L'origine de cette malformation remonte aux premiers temps du développement. Elle se présente sous deux formes, suivant que la partie de l'encéphale déplacée se développe d'une façon normale ou atypique. Dans le premier cas, on a l'encéphalocèle; dans le second, l'encéphalome. Les rapports de cette malformation avec la grossesse et l'accouchement seraient intéressants; mais, en présence de la pénurie des faits où ce point de vue est envisagé, on ne peut rien conclure de précis.

Au point de vue du traitement, M. Ch. Ott conclut avec M. le professeur Berger : « L'on doit ménager celles de ces tumeurs dont le volume est faible, l'accroissement peu marqué et qui ne menacent pas l'existence dans un avenir prochain. Celles qui sont volumineuses, tendues, dont les enveloppes amincies menacent de se rompre, etc., doivent être traitées par l'extirpation. »

Les manifestations articulaires au cours de l'érysipèle sont rares; M. Parvu les range en 3 formes : des 1° arthralgies; 2° des polyarthrites séreuses; 3° des arthrites purulentes. La forme arthralgique et la forme de polyarthrite séreuse sont la plupart du temps sous la dépendance de l'infection streptococcique ou d'une infection secondaire : on ne peut, dans un grand nombre de cas, la considérer comme un réveil d'un rhumatisme antérieur par l'érysipèle. Dans la polyarthrite séreuse, l'examen bactériologique de l'articulation révèle la présence tantôt du microorganisme qui cause l'érysipèle, tantôt de microbes étrangers tels que le staphylocoque. Dans quelques cas, l'examen bactériologique a été négatif. L'arthrite purulente chez les érysipélateux se montre dans deux conditions : tantôt elle apparaît à l'endroit occupé par l'érysipèle, tantôt elle se montre à distance. Les microorganismes que l'on a rencontrés dans le liquide de ces arthrites purulentes sont le plus souvent le streptocoque, soit seul, soit associé au staphylocoque. Ces arthrites parfois ne sont pas isolées, elles ne sont qu'une manifestation de l'infection généralisée par le streptocoque, comme le montre la présence de ce microorganisme dans le sang. Leur traitement de choix est l'arthrotomie, aussitôt que la purulence du liquide articulaire aura été vérifiée par la ponction.

La rate présente, au dire de M. Paulesco, une structure d'une remarquable simplicité; comme toute glande, elle se compose de cellules parenchymateuses et d'une charpente conjonctivo-vasculaire.

La constitution du stroma conjonctivo-vasculaire de la rate est identique à celle que l'on observe dans les autres glandes de l'économie; en effet, il se compose de : 1° un système vasculaire sanguin formé par des artères qui se résolvent en capillaires, lesquels, après avoir irrigué le parenchyme splénique, s'abouchent directement dans un réseau veineux; 2° un système lymphatique, dont le réseau d'origine se trouve dans le tissu conjonctif du parenchyme splénique, au pourtour des capillaires sanguins, et par conséquent au contact des cellules de la rate; 3° un tissu conjonctif qui unit les diverses parties constituantes dans la rate.

La disposition du stroma conjonctivo vasculaire de la rate, se rapproche de celle que l'on observe dans d'autres organes, le foie et le poumon en particulier. Comme dans ces derniers, en effet, la rate est décomposable en parties élémentaires qu'on pourrait par analogie désigner sous le nom de lobes, lobules, etc. L'avantage de cette division est de faciliter singulièrement l'étude de l'organe, à l'état normal et pathologique.

La disposition des diverses parties constituantes de la rate ne diffère donc pas, quant à ces traits généraux, de celle des autres glandes de l'économie. Toutes, en effet, paraissent avoir été faites sur un modèle unique et cela est conforme à la loi universelle de la nature : variété de l'espèce dans l'unité du genre.

La rétinite proliférante est une rétino-hyalite, résultant d'une irritation aseptique de la rétine et du corps vitré. Des hémorrhagies abondantes ou répétées, à la surface de la rétine et dans le vitré, paraissent être l'agent essentiel et suffisant de cette irritation. Sans vouloir nier absolument l'influence directe de cer-

taines vasculites ou rétinites sur l'hyperplasie conjonctive qui caractérise la rétinite proliférante, il ne paraît pas prouvé à M. Guilbaud que celle-ci se soit jamais développée en dehors de toute hémorrhagie. Dans la plupart des observations, il est question d'épanchement sanguin, et de ce qu'il n'a pas été constaté chez certains malades, on ne peut conclure qu'il n'a jamais existé. Une hémorrhagie de cause quelconque, spontanée ou traumatique, peut déterminer la rétinite proliférante pourvu que le sang pénètre dans le vitré et que, par son abondance ou son apport répété, il provoque une irritation suffisante des tissus rétinien et vitréen. Les diverses altérations rétiniennes constatées par quelques auteurs n'ont d'influence sur le développement de cette rétino-hyalite qu'autant qu'elles sont elles-mêmes une cause d'hémorrhagies. La rétinite proliférante est donc bien moins une entité morbide qu'une complication des hémorrhagies intra-oculaires. Cette origine explique qu'elle soit souvent bilatérale; elle indique le traitement et aussi le pronostic. Le diagnostic doit se faire surtout avec le décollement rétinien et avec les tumeurs en raison de la vascularisation propre des néomembranes.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Gabrielle. *Etude sur la contagion de l'érysipèle et prophylaxie.* N° 71.

M. Raymond. *De l'occlusion intestinale par calculs biliaires et surtout de son traitement.* N° 72.

M. Ardoin. *Effets des éclats de capsules de cuivre sur l'œil.* N° 12.

M. Barral. *Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.* N° 50.

M. Picon. *De l'épithéliome du limbe scléro-cornéen.* N° 53.

M. Gabrielle a étudié dans sa thèse la contagion de l'érysipèle et surtout sa prophylaxie. On ne doit pas garder d'érysipélateux dans les salles de chirurgie; dans les salles de médecine, en prenant des précautions, en entourant le lit de rideaux de gaze, on pourra, dans la plupart des cas, éviter la contagion; il sera toutefois plus prudent d'isoler les malades; l'isolement deviendra une nécessité, si dans la salle se trouvent des malades particulièrement prédisposés. De plus, les malades émettent des germes virulents pendant quelques jours après leur guérison, on a observé des cas de contagion après onze jours, jamais après vingt jours; le malade ne devra donc reprendre ses occupations que quinze jours environ après sa guérison.

L'occlusion intestinale par calcul biliaire est une affection assez rare et M. Raymond a cherché à préciser les conditions dans lesquelles elle se présente. On l'observe surtout chez des femmes ayant dépassé la cinquantaine; son siège de prédilection est l'intestin grêle, dans lequel le cholélithe peut être arrêté mécaniquement ou par un spasme des parois. La migration de la pierre de la vésicule dans l'intestin se fait rarement par les canaux biliaires, beaucoup plus souvent par une fistule cystico-intestinale. Au point de vue clinique, on distingue deux formes : une aiguë, durant de 2 à 5 jours, de pronostic presque toujours fatal, et de diagnostic à peu près impossible, et une forme chronique, à marche beaucoup plus lente, de pronostic moins sombre et dont le diagnostic exact, quoique très difficile, peut être établi parfois. Le traitement chirurgical consiste dans la laparo-entérotomie, avec extirpation du calcul, avec ou sans résection intestinale.

M. Ardoin étudie les effets des éclats de capsules de cuivre sur l'œil. Le plus souvent les désordres de l'œil sont très grands; les éclats de capsule de cuivre sont les corps métalliques les plus redoutables, et par les lésions qu'ils produisent, et par les complications qu'ils déterminent. Pour M. Ardoin, l'action chimique du corps étranger entrerait en ligne de compte. Le cuivre, de par sa nature chimique, est tout spécialement dangereux. Il agit après dissolution; aussi qu'il soit réduit en poudre, ce qui rend la dissolution plus facile, et l'irritation sera beaucoup plus intense.

En outre, il y a des différences considérables dans l'intensité du processus inflammatoire, suivant le siège du corps vulnérant. Par suite de leur forme irrégulière et de la force vive dont ils sont animés, les éclats de cuivre déterminent, dans le cristallin, des plaies contuses de la capsule cristallinienne, et secondairement des opacifications plus étendues et plus rapides de la lentille; mais ils n'y jouent pas une action spéciale, en tant que corps de nature chimique déterminée. Sont-ils dans le vitré, ils en déterminent la sclérose, la rétraction, et consécutivement un décollement plus ou moins étendu de la rétine; mais les parcelles d'acier ou les grains de plomb en font autant. Ce qui est plus particulier, c'est la suppuration qui s'y produit souvent, très localisée, il est vrai, et à marche lente. La rétine et la choroïde sont vivement irritées par la présence d'un éclat de capsule; l'iris l'est encore davantage; mais c'est surtout sur le corps ciliaire, si riche en vaisseaux et en nerfs, que l'action est intense. Les fragments de cuivre qui s'y logent déterminent rapidement la production d'une suppuration très abondante; ils sont tout spécialement redoutables, et par les accidents inflammatoires qu'ils développent dans l'œil atteint, et par la forte prédisposition aux accidents sympathiques qu'ils créent dans l'autre œil.

Si l'emploi de l'injection iodée doit être conservé dans les cas simples d'hydrocèle vaginale, il faut souvent avoir recours à une méthode radicale sanglante et M. Barral préconise, suivant l'opinion de Poncet, l'inversion ou le retournement de la vaginale tel que l'ont conseillé Jaboulay et Doyen. L'inversion de la vaginale consiste dans le fait d'éverser en arrière la vaginale pariétale, incisée sur la face antérieure du testicule; de telle sorte qu'une fois l'intervention terminée, la couche épithéliale de la séreuse, au lieu d'être tournée du côté du parenchyme testiculaire regarde la face profonde des enveloppes des bourses. La face convexe du testicule est ainsi mise à nu; la cavité séreuse est détruite par l'incision et le retournement de ses feuillets. L'auteur préconise ce procédé en raison de la simplicité du manuel opératoire, de sa facile exécution et de l'absence d'accidents consécutifs.

M. Picon étudie l'épithéliome du limbe scléro-cornéen. C'est une tumeur de l'œil assez fréquente, débutant le plus souvent sur le bord externe du limbe sous la forme d'un petit bouton de de la grosseur d'un grain de millet, qui grossit sans gêne notable de la vision, s'accompagne d'une infection sclérale, prend les caractères définitifs d'une tumeur à bords escarpés, à surface papillaire, indolore, qui peut rester quelque temps stationnaire, puis cette tumeur s'ulcère : l'ulcère a des contours irréguliers, des bords surélevés, un fond déchiqueté ou blafard et sanieux : pas de véritables hémorrhagies. Le diagnostic doit en être fait au début avec la conjonctivite phlycténulaire, puis plus tard avec la pinguecula, le papillome, le dermo-épithéliome de Parinaud, le pterygion sarcomateux, le sarcome mélanique. Cet épithéliome est le plus souvent pavimenteux lobulé, plus rarement mélanique. Le pronostic est grave, la perte de l'œil est presque fatale. Aussi, pour l'auteur, l'énucléation d'emblée paraît le procédé de choix.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Influence de la castration sur l'état de la prostate (Experimentelle Untersuchungen über die Prostata, u. s. w.), par Casper (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 27, p. 582). — Les recherches expérimentales faites sur 11 chiens et 10 lapins ont montré que la castration double amène régulièrement l'atrophie de la prostate, tandis que la résection des canaux déférents amène cette atrophie une fois seulement sur trois, laquelle atrophie se fait alors plus lentement qu'après la castration; en outre, la section des cordons n'amène pas d'atrophie des testicules.

La castration unilatérale, la section d'un seul cordon et l'administration de préparations faites avec la prostate n'exercent aucune influence sur l'état de la prostate.

Calcul vésical développé autour d'un fragment de sonde (Ueber einen interessanten Blasenstein), par Mankiewicz (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 28, p. 602). — L'observation se rapporte à un homme de 39 ans, chez lequel l'auteur enleva, par la taille hypogastrique, un calcul phosphatique pesant 39 grammes et mesurant 4 centim. 1/2 de longueur sur 4 de largeur et 2 1/2 de hauteur. Le centre du calcul était formé par un fragment de sonde de Nélaton, mesurant 2 centim. 1/2 de longueur, et dont la lumière était oblitérée par une masse pierreuse.

L'auteur en conclut qu'avant de sonder un malade, il faut chaque fois se rendre compte de la solidité de la sonde, et que, si on constate que la sonde s'est cassée dans la vessie, il ne faut pas hésiter à faire la taille hypogastrique si l'on ne parvient pas à retirer le fragment par la voie uréthrale.

Fistule uretéro-ventrale (Beitrag zur Ureter-Bauchfistel Frage), par Seiffart (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 21, p. 613). — Au cours d'une extirpation d'une tumeur volumineuse du ligament large du côté droit, l'auteur sectionna un cordon volumineux, qu'il prit pour une bride fibreuse, et en réséqua 4 centim. Il s'aperçut alors que la bride fibreuse était l'uretère. L'opération terminée, il rapprocha autant que possible les deux bouts de l'uretère sectionné et a pu les suturer très près l'un de l'autre dans la plaie abdominale.

Les premiers temps, la plus grande partie de l'urine passait par la fistule, mais au fur et à mesure que la plaie se cicatrisait les deux bouts de l'uretère se rapprochaient si bien qu'au bout de 2 mois la fistule se ferma spontanément et la totalité de l'urine reprit le chemin de la vessie. Actuellement cette guérison dure depuis 6 mois.

MÉDECINE

Action du traitement thyroïdien sur les échanges interstitiels dans l'obésité (Ueber ein Stoffwechselversuch mit Schilddrüsentabletten bei Fettsucht), par Zinn (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 27, p. 577). — Les recherches faites sur deux obèses soumis au traitement par des tablettes thyroïdiennes ont montré à l'auteur qu'avec une alimentation mixte ce traitement amène une diminution du poids tenant à une déperdition de liquide et à une fonte de tissu adipeux, et laissant intact ce tissu musculaire.

Cirrhose aiguë du foie (Ueber acute Lebercirrhose), par Eichhorst (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLVIII, p. 339). — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de quarante-sept ans, alcoolique, pris brusquement de faiblesse des membres inférieurs et de délire et qui a été amené à l'hôpital quarante-huit heures environ après le début des accidents.

A l'examen, on trouva une cyanose notable des extrémités, une dyspnée avec 28 respirations par minute, un pouls de 112, petit, dépressible, mais régulier, une température de 38° environ, un délire tranquille. L'auscultation permit de constater l'existence d'une bronchite généralisée. Rien du côté du cœur. Le foie était augmenté de volume et descendait à 8 ou 10 centimètre au-dessous de l'ombilic. Pas d'ictère, pas de liquide dans l'abdomen. La rate était manifestement hypertrophiée et pouvait être sentie sous les fausses côtes.

Cet état, avec une température oscillant entre 38° et 39°, a persisté pendant douze jours, au bout desquels le malade a succombé. Deux jours avant la mort survint une tuméfaction inflammatoire de la parotide.

La lésion principale trouvée à l'autopsie a été une cirrhose récente du foie. La prolifération du tissu conjonctif interlobulaire était par places multilobulaire, de sorte que, sous le microscope, on avait tantôt le type de la cirrhose biliaire, tantôt celui de la cirrhose péri-portale.

Dans les endroits où la cirrhose était multilobulaire, le tissu conjonctif était pauvre en cellules; par places, mais d'une façon tout à fait isolée, on voyait, à la périphérie des lobules, quelques cellules hépatiques ayant subi la dégénérescence graisseuse : une prolifération des canalicules biliaires était exceptionnelle. Par contre, dans les foyers de cirrhose monolobulaire, le tissu conjonctif était extrêmement riche en cellules, la néoformation de canalicules biliaires était très abondante, et nulle part on ne trouvait de cellules hépatiques ayant subi la dégénérescence graisseuse.

L'auteur suppose que la cirrhose monolubaire était de date récente, ajoutée à la cirrhose multilobulaire plus ancienne, et que c'est justement par le fait de cette combinaison que la cirrhose a pris chez son malade une marche aussi rapide.

Influence de la morphine sur la sécrétion chlorhydrique de l'estomac (Der Einfluss des Morphiums auf die Salzsäuresecretion des Magens), par Kleine (*Deut. med. Wochenschr.*, 1897, n° 21, p. 321). — Ces recherches, faites par l'auteur sur des chiens fistulisés, dont on examinait le contenu stomacal avant et après la morphinisation par la voie sous-cutanée, lui ont montré que, dans l'intoxication aiguë, c'est-à-dire après l'injection d'une forte dose de morphine, la quantité de l'HCl du suc gastrique n'est pas diminuée. Par contre, si la morphine était administrée tous les jours, pendant un certain temps, à petites doses, on constatait à la longue une diminution de la sécrétion chlorhydrique, mais, avant tout, un ralentissement de la digestion stomacale, c'est-à-dire une parésie motrice de l'estomac due à l'action que la morphine exerce sur les éléments nerveux moteurs du tube digestif.

D'après l'auteur, la paralysie motrice de l'estomac facilite les fermentations anormales de son contenu, et les produits de cette fermentation arrivent à la longue à troubler le fonctionnement de la muqueuse stomacale et à modifier les conditions de la sécrétion chlorhydrique. Quand l'état morbide de la muqueuse persiste, la sécrétion d'acide chlorhydrique diminue graduellement. Mais il suffit de supprimer la morphine et de soigner convenablement la muqueuse malade, pour voir la sécrétion d'acide chlorhydrique redevenir progressivement normale.

Traumatisme pendant l'agonie (Zur Lehre von der der agonalen Verletzungen), par Haberda (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 8, p. 181). — Il s'agit d'une femme de 69 ans, qui, au moment où elle était en train de prendre, avec des amis, quelques consommations dans une brasserie, s'affaissa brusquement sur sa chaise et fut relevée déjà morte. L'autopsie médico-légale montra l'intégrité de tous les viscèrees, sauf le cœur qui présentait les lésions suivantes :

Le péricarde, chargé de graisse, paraissait un peu bleuâtre, mais nullement tendu ni distendu, et renfermait 40 centimètres cubes de sang liquide, foncé. Le cœur, du volume d'un poing, était flasque, extrêmement chargé de graisse et offrait plusieurs plaques blanches au niveau de l'épicarde. Sur la paroi antérieure du ventricule droit, tout près du sillon longitudinal antérieur, et parallèlement à ce dernier, se trouvait une déchirure de 15 millimètres de longueur, qui pénétrait dans la cavité ventriculaire, mais dont les bords étaient à peine écartés. Ces bords étaient irréguliers et ne présentaient pas de suffusions sanguines; celles-ci manquaient également au niveau de l'épicarde. Les valvules étaient normales, la crosse de l'aorte également, à part quelques taches laiteuses qui se trouvaient à sa face interne. L'orifice de l'artère coronaire gauche était normal, celui de l'artère coronaire droite considérablement rétréci : les deux artères présentaient, du reste, un épaississement notable de leur tunique interne. Le myocarde du cœur droit et de la pointe était de couleur brunâtre, très friable, parcouru par des travées fibreuses et, en grande partie, remplacé par de la graisse.

D'après l'auteur, la mort, chez cette femme en apparence bien portante, a été déterminée par arrêt du cœur, arrêt facile à concevoir grâce à la présence de l'adipose de la dégénérescence du myocarde et aux lésions des artères coronaires. Quant à la déchirure du ventricule droit, l'auteur la considère comme une déchirure *post mortem*, produite par l'affaissement de la malade au moment de sa mort. Ce qui viendrait à l'appui de cette interprétation ce sont : la petite quantité de sang trouvée dans le péricarde l'absence de suffusions sanguines au niveau de la déchirure et, enfin, le siège de la rupture au niveau du ventricule droit.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des algies rhumatismales par les badigeonnages de salicylate de méthyle.

D'après M. le docteur L.-E. Duplessis.

Le salicylate de méthyle, principe actif de l'essence de Winter-Green, est un liquide incolore, d'une odeur forte et pour quelques-uns agréable, en tous cas très persistante. Employé en applications locales il agit d'une façon très efficace sur le rhumatisme articulaire aigu. La douleur diminue dans les 4 heures qui suivent le badigeonnage pour une période de 6 à 12 heures. Au bout de 2 à 3 jours la fièvre tombe et 5 à 6 jours plus tard le gonflement à son tour disparait. Ces effets favorables concordent avec l'élimination par les urines d'une quantité d'acide salicylique qui y est déjà décelable au bout d'une demi-heure, s'accroît progressivement jusqu'à la 6e et 9e heure, pour cesser 48 heures après la suspension du médicament (G. Lemoine, Linossier et Lamion).

L'action du salicylate de méthyle paraît donc bien due à l'absorption de l'acide salicylique par la peau. Introduit dans l'organisme par cette voie l'acide salicylique n'a plus aucun des mouvements qu'il présente par la voie gastrique : c'est au moins ce qui ressort des 31 observations réunies dans le travail de M. Duplessis (1) qui résume l'ensemble des publications faites jusqu'à ce jour sur ce sujet. Nous y trouvons des indications très précises sur le mode d'emploi de ce médicament.

On choisit, pour faire l'application, la région la plus douloureuse : dans le rhumatisme articulaire aigu, ce sera de préférence la jointure la plus volumineuse. On passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée et on verse le salicylate de méthyle goutte à goutte sur toute la surface cutanée : on relève la feuille de gutta-percha, on l'entoure d'une forte couche d'ouate que l'on fixe par un tour de bande. Si la quantité employée dépasse 4 grammes, comme le liquide tendrait à s'écouler il est bon d'en retenir l'excès par un petit carré de gaze. Il importe de faire une occlusion aussi complète que possible, pour que les vapeurs ne se répandent pas dans l'atmosphère ou sous les couvertures, ce qui n'est pas sans inconvénient, mais soient absorbées par la peau.

La dose moyenne est de 4 grammes par friction que l'on peut répéter dans les 24 heures. M. G. Lemoine a démontré qu'au-dessus de 12 grammes l'élimination d'acide salicylique n'augmentait plus. Il considère donc cette dose comme ne devant pas être dépassée.

L'action du salicylate de méthyle est surtout remarquable dans les formes subaïgue et chronique : nous l'avons employé avec succès dans le traitement du rhumatisme musculaire. Nous ne pensons pas qu'il doive être excessivement employé dans le rhumatisme articulaire aigu : le salicylate de soude et le salophène gardent, dans ce cas, leur prééminence thérapeutique. Mais on utilisera avec avantage ses propriétés analgésiques et antithermiques, au moins à titre d'adjuvant.

G. Maurange.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Nitro-glycérine ou trinitrine.

Solubilité. — La trinitrine est soluble dans l'alcool. En pratique on emploie la solution alcoolique à 1 p. 100 qui est soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — La trinitrine a été vantée à la fois comme antispasmodique et antiépileptique. C'est en réalité un vaso-dilatateur dont l'action est surtout remarquable dans l'accès d'angine de poitrine : il agit également à titre préventif. Aussi la trinitrine est-elle employée avec succès chez les malades atteints d'affections aortiques (Huchard). Enfin on l'a employée contre les névralgies locales, l'asphyxie des extrémités (Cates).

Dose usuelle, — *Chez l'adulte :* on ajoute 3 à 9 gouttes de la solution à 1 p. 100 pour une injection.

Effets de l'injection. — a) *Immédiats :* peu douloureuse et ne s'accompagnant d'aucune réaction locale.

b) *Eloignés :* l'action vaso-dilatatrice se produit de 3 à 5 minutes après l'injection : les tissus de la face reprennent au bout de ce temps leur coloration normale.

FORMULES

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100. XL gouttes.
Eau stérilisée . . . . 10 c. cubes.

1/4 de centim. cube 2 à 4 fois par jour dans les affections aortiques, l'angine de poitrine.

(Huchard.)

Solution alcoolique de nitro-glycérine à 1/100. XXX gouttes.
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.

1/2 centim. cube contre les sternalgies.

(Lublinski.)

Nitroglycérine . . . . 0 gr. 006
Alcool. . . . . 1 gr.
Eau stérilisée . . . . . q. s. p. 10 c. cubes.

1 puis 2 centim. cubes chaque jour contre l'asphyxie symétrique des extrémités.

(Cates.)

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100. XXX gouttes.
Eau de laurier-cerise . . . . 8 gr. 40 à 10 gr.

1 centim. cube.
Mêmes indications.

(Marieux et Dujardin-Beaumetz.)

Association. — La nitro-glycérine a été associée à l'atropine et à la strychnine dans le traitement de la forme anémique de l'insolation.

FORMULE

Sulfate de strychnine. . . . . 0 gr. 01
Sulfate d'atropine . . . . 0 gr. 003
Nitroglycérine . . . . 0 gr. 005
Eau stérilisée. . q. s. p. pour 5 centim. cubes.

1 centim. cube

(Fabricius.)

Dans la forme apoplectique de l'insolation on associe au contraire la nitroglycérine au strophantus et à l'aconit.

FORMULE

Teinture de strophantus . . . . . 0 gr. 04
Alcoolature de racines d'aconit . . X gouttes.
Nitroglycérine . . . . 0 gr. 005
Eau stérilisée . . . q. s. p. 5 centim. cubes.

1 centim. cube, à répéter au besoin au bout de 2 heures.

(Fabricius.)

Enfin on a pensé prévenir les accidents de la cocaïne en lui associant la trinitrine.

FORMULE

Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne . . . . . 0 gr. 20
Solution de trinitrine à 1 p. 100. . X gouttes.

1/2 à 1 centim. cube.

(Albert Prieur.)

G. Maurange.

(1) Duplessis, De l'emploi en thérapeutique du salicylate de méthyle (th. de Paris, 1896-1897, n° 487).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE. — La néphrite chronique et l'albuminurie chez les enfants (p. 829).
REVUE DES CONGRÈS. — *XII° Congrès international de médecine :* Epilepsie jacksonienne. — Pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie (p. 830). — Hématomyélie centrale. — Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique. — Tabes dorsalis (p. 832). — Pathologie de la cellule nerveuse. — Paralysie générale des aliénés (p. 833). — Arrêt de la respiration plusieurs heures avant celui du cœur. — Paralysie progressive chez les femmes. — Délire mélancolique. — Etats d'angoisse et de contrainte. — Atrophies musculaires. — Etiologie des néphrites chroniques (p. 834). — Traitement de l'urémie. — Urémie fébrile. — Polyphlébite infectieuse streptococcique. — Pathogénie de la fièvre (p. 835). — Sur la chlorose. — Paludisme et ses hématozoaires (p. 836). — Philosophie de la stimulation cardiaque, particulièrement dans les maladies aiguës. — Pathogénie des calculs urinaires. — Fièvre récurrente. — Morphologie du sang leucémique (p. 837). — Pathogénie de la fièvre typhoïde et les erreurs de la théorie microbienne actuelle. — Sur un hématimètre. — Phthisie. — Traitement de la pellagre par les sels de fer. — Utilisation du massage dans le traitement des maladies internes. —Auto-séro-réaction (p. 838). — Pérityphlite. — Rétrécissements cancéreux de l'œsophage, du pylore et du rectum (p. 839). — Tuberculose primitive du testicule. — Traitement de la blennorrhagie. — Altérations du sang dans les maladies des enfants. — Ictère des nouveau-nés. — Syphilis héréditaire (p. 840).

PATHOLOGIE INFANTILE

La néphrite chronique et l'albuminurie chez les enfants,

D'après le rapport lu au *Congrès de Moscou*,

Par le professeur Heubner (de Berlin).

J'ai observé chez les enfants une forme particulière de néphrite qui n'entre dans aucun des groupes établis. La trentaine de cas que j'ai réunis peut se diviser en plusieurs catégories.

Le groupe le plus important est celui qu'on peut désigner sous le nom de néphrite scarlatineuse prolongée.

Dans 14 cas de ce genre que je possède, une albuminurie aiguë ou subaiguë se déclarant au cours de la scarlatine devient chronique malgré le traitement vigoureux auquel on soumet l'enfant. Au bout de 3, 5, 10 mois de traitement, on trouve encore dans l'urine de petites quantités d'albumine et des éléments figurés. Quelquefois cette albuminurie a un caractère nettement intermittent.

Ces cas de néphrite chronique ne produisent généralement pas une mauvaise impression.

Les enfants ne se plaignent de rien et se comportent comme des enfants bien portants. Un peu de pâleur des téguments et la persistance de l'albuminurie après la scarlatine permettent seuls d'établir le diagnostic.

La néphrite chronique, avec les caractères qui viennent d'être décrits, peut s'établir encore après d'autres maladies infectieuses. J'en ai observé un cas après la diphthérie, un autre après la rougeole, un troisième et un quatrième après l'influenza. Des maladies infectieuses de nature indéterminée, comme l'angine, peuvent agir de même sur le rein. J'ai observé enfin un cas chez un enfant atteint de gale et traité par le styrax. Peut-être dans ce cas faudrait-il incriminer une action médicamenteuse.

Dans plusieurs cas, il m'a semblé que l'élément héréditaire jouait un certain rôle. Dans un cas de néphrite chronique consécutive à la scarlatine chez une petite fille, ses deux frères ont eu également pendant longtemps de l'albumine dans l'urine après une attaque de scarlatine. Dans un autre cas, le frère aîné du petit malade avait aussi une néphrite chronique d'origine scarlatineuse. Dans un troisième cas, le père du petit malade est mort de néphrite datant de son enfance.

Les cas que j'ai rapportés se rapportent à des enfants déjà grands dont l'âge varie généralement de 6 à 14 ans. Mais la néphrite chronique, avec les mêmes caractères que dans les cas étudiés plus haut, peut s'observer aussi chez les *nourrissons*.

Je n'ai pas en vue ici la néphrite qui a été signalée par Epstein et ses élèves après ces gastro-entérites. Cette néphrite aiguë ne devient pas chronique par la simple raison que l'enfant succombe à son affection primitive. Du reste, la néphrite aiguë peut se développer à la suite d'autres maladies. Je l'ai vue survenir dans les affections de l'appareil respiratoire, dans les suppurations. Elle survient aussi spontanément, à titre de maladie primitive comme Emmet, Holt et Loar en ont publié des cas.

Personnellement, j'ai vu cette néphrite aiguë primitive une dizaine de fois. Dans 4 cas elle s'est terminée rapidement par la mort avec des symptômes d'urémie et l'autopsie, faite dans trois cas, a confirmé le diagnostic clinique. Un cas que j'ai observé chez un nourrisson de 8 mois atteint de maladie de Barlow a guéri. Un autre cas, observé également chez un enfant nourri avec du lait d'albumose, s'est également terminé par la guérison. Enfin, dans 2 cas, chez un nourrisson de 8 mois et un autre de 1 an et 9 mois, la néphrite aiguë a passé à l'état chronique.

Récemment, Guthrie a émis l'opinion que la néphrite interstitielle des enfants pouvait bien relever d'une néphrite datant de la première enfance. J'ai effectivement observé un garçon de 10 ans atteint de néphrite chronique et chez lequel l'albuminurie a été constatée à l'âge de 18 mois, au cours d'une éruption indéterminée. A l'âge de 7 ans, il a eu la scarlatine qui donna lieu à une exagération de l'albuminurie sans provoquer les signes de la néphrite aiguë.

Si nous dégageons maintenant des observations que j'ai citées le tableau clinique de la néphrite chronique des enfants, nous trouvons qu'il présente certains traits assez caractéristiques.

Au point de vue *étiologique*, les maladies infectieuses jouent un rôle indiscutable. Sur mes 35 cas, on trouve la scarlatine dans 25; viennent ensuite la diphthérie, l'influenza, la rougeole, les infections indéterminées. Il est encore difficile de dire jusqu'à quel point ces causes interviennent aussi dans l'étiologie de la néphrite chronique des nourrissons.

Les *symptômes* sont peu accentués. Il est rare de trouver de la céphalalgie, de l'abattement, des insomnies, des vomissements, une tendance aux diarrhées, faisant penser à une souffrance de l'économie par insuffisance rénale. Ce qu'on trouve généralement ce sont les signes de faiblesse générale de l'organisme : anémie, pâleur des téguments, faiblesse musculaire, fatigue rapide. *Dans aucun cas on ne trouve d'hydropisies, ni de rétinite, ni d'hypertrophie manifeste du cœur avec exagération de la tension sanguine.*

Le diagnostic peut être fait par l'*examen de l'urine*. La quantité d'urine reste normale, environ 1 litre dans les 24 heures. Le poids spécifique est moyen; la couleur de l'urine est normale, sa réaction toujours acide.

La proportion d'albumine ne dépasse généralement

pas 1 p. 1000. Comme éléments figurés, on trouve un petit nombre de cylindres hyalins, quelquefois de cylindres cireux; jamais on ne trouve de cylindres granuleux ni de cylindres épithéliaux. Les hématies font défaut, mais les leucocytes sont en revanche nombreux et dans les cas où on ne trouve pas de cylindres, ils sont ordinairement groupés en amas cylindriques.

L'albuminurie a parfois un caractère nettement intermittent ou mieux cyclique. Dans le premier cas, on voit sous l'influence de certaines causes (régime lacté, repos au lit), l'albuminurie disparaître pour quelque temps, pour revenir ensuite. Dans le second cas, l'albuminurie a les caractères spéciaux de l'albuminurie cyclique. Dans mes observations, l'albuminurie cyclique est notée 6 fois.

La marche de cette néphrite est essentiellement chronique. Dans 13 cas que j'ai pu suivre, sa durée a varié de 1 à 9 ans, sans subir la moindre modification. Pourtant, il y a des faits qui montrent que le *pronostic* à longue échéance de cette néphrite est grave. Ainsi Auffrecht a publié l'observation d'un malade chez lequel l'albuminurie, suite de scarlatine, est survenue à l'âge de 9 ans, et qui est mort à 28 ans de néphrite interstitielle constatée à l'autopsie. Dixon Mann a observé un cas analogue: scarlatine et albuminurie à 14 ans, et mort d'urémie à 42 ans. Personnellement, je possède deux cas identiques. Dans un cas, la néphrite scarlatineuse survenue à l'âge de 8 ans a amené la mort du malade 22 ans après. Dans un autre cas où la néphrite scarlatineuse a été constatée à l'âge de 4 ans, le malade succomba à 28 ans.

Si ces cas assombrissent singulièrement le pronostic, il il y en a d'autres — j'en possède personnellement deux — qui montrent la possibilité de la guérison complète de la néphrite chronique. Dans un de ces cas, il s'agit du fils d'un médecin qui à l'âge de 6 ans contracta une néphrite scarlatineuse; cette néphrite disparut quand l'enfant eut atteint l'âge de 14 ans. Dans l'autre cas, qui se rapporte à la fille d'un chimiste très familiarisé avec la recherche de l'albumine dans l'urine, la néphrite scarlatineuse a disparu vers la puberté, après avoir persisté pendant 7 ans.

Senator a publié un cas qui montre qu'après la disparition de la néphrite, le rein reste encore particulièrement vulnérable longtemps après; ce fait aggrave encore le pronostic.

Il est certain que, dans un grand nombre de cas, le *diagnostic* n'est pas fait de bonne heure. L'existence antérieure d'une néphrite aiguë et la constatation de certains symptômes en apparence peu importants, comme la céphalalgie, l'abattement, l'épistaxis, la fatigue rapide, la pâleur des téguments, doivent faire rechercher l'albuminurie.

Le *traitement* est absolument impuissant. Le repos au lit, qui a une série d'inconvénients chez les enfants, le régime lacté, le tannin, l'iode, le fer, l'huile de foie de morue n'ont aucune action sur la néphrite. Peut-être doit-on attendre davantage des bains de boue et du séjour dans le Midi. Il est inutile de changer le régime et la vie du malade. La seule chose à faire, c'est d'éviter le refroidissement.

En terminant, je désire encore dire deux mots des rapports entre l'albuminurie chronique et l'albuminurie cyclique essentielle. Si, comme nous l'avons vu, la néphrite chronique peut s'accompagner d'albuminurie cyclique, faut-il considérer celle-ci comme une maladie autonome ou seulement comme un symptôme de néphrite chronique?

Cette question a été soulevée et a eu le don de diviser les médecins en deux camps. Si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, je trouve ceci : sur 5 cas d'albuminurie cyclique essentielle chez des enfants que j'ai pu suivre pendant plusieurs années, et dont j'ai publié les observations en 1892, tous ont guéri.

Sur les 30 cas de néphrite chronique que j'ai observés, je n'ai vu guérir que 2 malades.

Ce fait permet déjà d'établir une distinction profonde, surtout au point de vue pratique, entre la néphrite chronique et l'albuminurie cyclique des enfants.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

L'intervention chirurgicale dans le traitement de l'épilepsie jacksonienne.

M. R. Lavista (de Mexico). — Les lésions produisant l'épilepsie jacksonienne étant d'une évolution lente et tardive, l'auteur s'occupe d'un cas où la lésion est nettement limitée. Il s'agit d'un kyste hémorrhagique consécutif à un traumatisme, kyste cérébral. L'auteur pratiqua la craniotomie. Après l'intervention, la guérison du délire fut obtenue temporairement. Mais dans les cas de ce genre il est de règle que tôt ou tard celui-ci reparaisse, les accidents se généralisent et se terminent par la mort. Les désordres psychiques sont une contre-indication à l'opération. Il faut craindre la hernie du cerveau, hernie qu'on peut réduire par la compression, si elle est peu importante. L'auteur conseille la craniotomie dès le commencement des manifestations épileptiques, au moment où les moyens thérapeutiques sont inutiles; on limite par là même le traumatisme opératoire.

M. A. Voisin. — Voir *Gazette*, p. 792.

M. Lucas-Championnière (Paris). — L'épilepsie jacksonienne, qui donne un élément précieux de direction pour la trépanation, est loin de donner des renseignements toujours fidèles sur les localisations des maladies cérébrales.

Quand elle existe seule, l'épilepsie jacksonienne peut caractériser des lésions relativement éloignées du foyer cérébral qu'elle accuse. J'ai vu des tumeurs de la base du cerveau s'accompagner d'épilepsie jacksonienne.

Il en est tout autrement si l'épilepsie jacksonienne est accompagnée de phénomènes de contracture et surtout de monoplégies.

Mais dans les indications des trépanations, le chirurgien doit toujours tenir un grand compte du phénomène douleur qui reste une des plus précieuses indications de l'intervention.

Il doit, en outre et toujours, faire des ouvertures infiniment plus larges que celles que paraît comporter l'intervention localisée.

Ces très grandes ouvertures seules lui permettent de découvrir les lésions, dont l'étendue ne lui est presque jamais révélée par la localisation des phénomènes. Elles lui permettent aussi d'exercer l'action si précieuse de la décompression cérébrale qui joue un rôle capital dans la thérapeutique par la trépanation.

M. Doyen (Reims) pense que la condition essentielle d'une bonne opération est l'abord très large de la cavité crânienne, la résection temporaire des os du crâne est la méthode de choix. Il présente l'instrumentation nouvelle qu'il a inventée et qui permet de pratiquer, en très peu de temps, 5 à 10 minutes, l'isolemement de larges volets osseux.

Pathogénie et anatomie pathologique de syringomyélie.

M. H. Schlesinger (de Vienne), co-rapporteur, donne les conclusions suivantes : 1° D'après les données anatomiques pu-

bliées jusqu'à ce jour, il n'est pas encore démontré que la lèpre joue un rôle dans l'étiologie de la syringomyélie.

2° La grande analogie entre les symptômes cliniques de ces deux affections ne justifie pas l'hypothèse d'un même processus anatomique; si l'on se rapporte aux phénomènes cliniques, il semble impossible d'admettre que la lèpre puisse conduire à la formation de cavités dans la moelle épinière.

3° Le terme de « maladie de Morvan » ne doit plus être employé; on doit le remplacer par celui de « complexus symptomatique de Morvan », lequel complexus peut apparaître aussi bien dans les affections du système nerveux central (syringomélie) que dans les affections du système nerveux périphérique.

4° Au point de vue clinique il faut attribuer une importance considérable aux phénomènes bulbaires unilatéraux, aux parésies spasmodiques, rigidités et contractures des membres inférieurs, à l'exagération des réflexes rotuliens, au nystagmus, aux accès de vertige, aux troubles de mobilité et de sensibilité, ensemble de symptômes qui appartiennent au tableau de la syringomyélie et non à celui de la lèpre. Les symptômes particuliers à la lèpre sont les paralysies faciales périphériques, la tuméfaction et l'endolorissement des troncs nerveux, les troubles oculaires et laryngés typiques, les taches pigmentaires et les éruptions vésiculaires disséminées sur tout le corps et la déformation particulière des doigts.

5° Dans des cas authentiques de lèpre mutilante, on n'a pas trouvé encore de formations cavitaires dans la moelle épinière.

6° Les lésions anatomiques du bulbe dans la syringomyélie se retrouvent sur les coupes transversales jusqu'à la partie terminale du pont de Varole.

7° L'étiologie de la syringomyélie bulbaire ne semble pas comporter une cause unique. Pour les fentes situées latéralement les troubles de développement ne jouent probablement qu'un rôle subordonné. Dans les cas où la maladie se développe pendant la première enfance, les processus vasculaires semblent jouer un rôle important. Il est très possible que la destruction ischémique par lésions des vaisseaux afférents et par hémorrhagies joue le rôle de cause étiologique de premier ordre. Il est également possible qu'un rôle étiologique appartienne encore à des causes que nous ne connaissons pas actuellement et qui interviennent dans la production des lésions anatomiques.

8° Contrairement aux formations cavitaires de la moelle épinière, les fentes latérales ne présentent jamais de revêtement épendymaire même partiel, tandis que ce revêtement existe toujours dans les fentes médianes.

9° Les lésions des premiers nerfs crâniens et de la portio-minor du trijumeau dans la syringomyélie sont dues à une complication (hydrocéphalie, tabès, paralysie progressive, tumeur), car, d'après ce qu'on connaît actuellement, la formation de cavités ne frappe pas les noyaux ni les fibres intra-bulbaires des nerfs mentionnés plus haut.

M. L. Minor (de Moscou). — I. Dans les cas graves, suivis d'autopsie, d'affections traumatiques de la moelle (par suite de fracture, luxation, déplacement, etc. des vertèbres), on peut généralement constater l'existence de deux sortes de foyers, dont les uns pourraient être appelés *foyers locaux*, les autres *foyers localisés*.

II. Le foyer local se trouve directement sous l'endroit de la lésion osseuse et consiste dans une simple destruction mécanique et désordonnée (contusion, écrasement) de la substance médullaire. Dans quelques cas rares (suivis d'autopsie) de compression moins grave, on peut trouver une myélite par compression.

III. Au-dessus et au-dessous du foyer local uni- ou bilatéralement on peut constater dans la majorité des cas l'existence des lésions nettement localisées.

IV. Cette localisation est toujours la même ; le plus souvent elle occupe la substance grise centrale de la corne antérieure et postérieure; plus rarement elle occupe un territoire bien défini de la corne postérieure, notamment l'angle formé par la commissure postérieure et la limite interne de la colonne de Clarke.

L'irruption du sang dans les cordons latéraux doit être considérée comme un phénomène exceptionnel, et dans ce cas l'hémorrhagie se cantonne le plus souvent dans la région du processus réticulaire de la corne antérieure. En tout cas l'auteur n'a jamais vu l'extension de l'hématomyélie dans les cordons pyramidaux.

V. Le tableau histologique de ces foyers localisés consiste avant tout et le plus souvent en une accumulation de sang pur sous forme d'hématomyélie centrale; ensuite on peut constater l'hématomyélie macroscopiquement et trouver à l'examen microscopique la formation de fissures et de cavités dans les mêmes régions. On peut également trouver une simple désintégration centrale, avec ou sans mélange de sang.

Enfin, dans quelques cas, l'hématomyélie préexistante avec destruction de parties centrales peut être le point de départ de formation de grandes cavités. Dans des cas plus anciens ces cavités peuvent s'entourer d'un anneau de tissu névroglique hyperplasié.

VI. Dans ces cas le canal central se montre généralement non pas oblitéré, mais ouvert; sa lumière est souvent beaucoup plus grande qu'à l'état normal (tendance à l'hydromyélie); sa configuration est très variable; l'épithélium qui tapisse le canal et les cellules périépendymaires ont une grande tendance à la prolifération (gliose débutante). Par endroits, on voit la lumière du canal se diviser en deux et trois parties.

VII. Quant aux phénomènes cliniques, en dehors de la perte du réflexe rotulien, déjà connue dans les localisations les plus diverses du traumatisme de la moelle épinière, il faut accorder une attention spéciale à l'existence d'une zone, parfois considérable, de dissociation syringomyélique de la sensibilité, trouvée souvent par l'auteur dans les segments situés immédiatement au-dessus de la région complètement anesthésiée. Cette zone d'analgésie et de thermoanesthésie peut être expliquée par l'existence d'un foyer central ascendant (le plus souvent hématomyélie centrale) ou, autrement, elle en fait présumer l'existence. Si cette constatation se trouve vérifiée dans d'autres observations d'affections traumatiques de la moelle, à l'exclusion des cas de myélite transverse, ce phénomène peut acquérir une grande valeur au point de vue médico-légal, comme signe différentiel.

VIII. Il y a lieu d'admettre que dans les cas de dissociation syringomyélique exclusive il n'existe qu'une seule lésion centrale localisée. Ces cas arrivent rarement à l'autopsie, car, à l'instar de la poliomyélite aiguë, ils ne sont pas absolument mortels.

IX. La tendance toute particulière de l'hématomyélie centrale de ne pas quitter les limites extérieures de la substance grise, de ne pénétrer dans la substance blanche, surtout dans les voies pyramidales, engage à un scepticisme envers la théorie qui veut expliquer le type Brown-Séquard dans beaucoup de cas d'hématomyélie centrale par une irruption du sang dans les cordons latéraux.

X. Toutes les observations cliniques et anatomiques, nouvellement réunies par l'auteur, parlent en faveur de la présomption qu'il existe une catégorie de syringomyélies vraies progressives, hématomyélogènes.

M. Emerich Maixner (Prague), résume quelques observations sur la symptomatologie de la syringomyélie. Dans une série de cas, où la syringomyélie se présenta sous le type établi par Kahler, Schultze et Schlesinger, quelques observations cliniques sont notées, qui méritent de l'intérêt à cause de leur caractère. Il s'agit de deux cas de cheiromégalie unilatérale, d'un cas qui passe sous l'image de maladie de Raynaud, d'un cas compliqué de tabès et enfin d'une observation concernant la syringomyélie à type Morwan.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — A propos de la communication de M. Schlesinger sur la syringomyélie et la lèpre, je ferai remarquer que M. le professeur Pitres et moi avons, dès 1892, montré les difficultés que soulève le diagnostic clinique dans certains cas. Lorsque le problème paraît insoluble, on peut le résoudre en pratiquant sur une zone analgésique une résection d'un filet nerveux cutané superficiel; la recherche des bacilles est toujours positive s'il s'agit de lèpre. L'évolution de la maladie vient du reste ultérieurement lever toutes les incertitudes; c'est ainsi que dans un cas de lèpre nerveuse pure où le bacille fut décelé dans un filet nerveux, nous avons, vu M. Pitres et moi, se développer tardivement une paralysie faciale double, symétrique, intéressant les deux orbiculaires des paupières, symptôme tout à fait caractéristique de la lèpre. Les déformations des doigts lépreux radiographiées sont pathognomoniques. Nous avons, avec notre maître M. Pitres, usé de cette méthode

d'investigations. Dans la lèpre, le squelette des deux dernières phalanges subit le phénomène si curieux de la résorption spontanée progressive, ainsi que le démontrent les épreuves que je vous présente.

Dans la syringomyélie, vous pouvez voir au contraire (sauf les cas où il y a des mutilations grossières dues à des panaris multiples) qu'il y a plutôt une légère tendance à l'acromégalie.

Hématomyélie centrale.

MM. Pitres et Sabrazès (de Bordeaux). — Il s'agit d'un cas d'hématomyélie centrale de la partie effilée du renflement lombaire, consécutif à un traumatisme de la colonne vertébrale remontant à plus de 2 ans. Le foyer du sang épanché en pleine substance grise, dans la moitié droite de la moelle qui n'était point rompue, en dehors du canal épendymaire, a été le point de départ d'une cavité volumineuse sur les parois de laquelle se sont déposés des amas d'hématoïdine amorphe et cristallisée. La névroglie ambiante a progressivement formé une capsule qui, de proche en proche, a successivement empiété sur la substance grise et sur les divers cordons. Autour de ce kyste d'origine hématique, il est remarquable de voir l'extension prise par les phénomènes de gliose, l'hématomyélie tubaire ayant joué, pendant plus de 2 ans, le rôle d'épine irritative vis-à-vis de la névroglie. Cliniquement, les symptômes observés jusqu'à la mort appartiennent à la série syringomyélique; l'atrophie musculaire extrêmement marquée marchait sensiblement de pair et respectivement sur chaque membre inférieur avec la dissociation sensitive.

Anatomiquement, grâce à la survie du malade pendant plus de 2 ans, a été réalisée une lésion médullaire rappelant microscopiquement la syringomyélie, mais s'en différenciant histologiquement par la localisation de l'anneau de gliose à un court segment de moelle.

En somme, il découle de ce cas que l'hématomyélie centrale peut simuler, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, certaines formes de syringomyélie à évolution lente ou à symptômes stationnaires.

Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique.

M. E. Maixner (Prague). — Le caractère familial de la paralysie musculaire hypertrophique est démontré de nouveau par l'observation clinique de 3 sœurs, qui descendent d'une famille neuropathique. Les premiers symptômes apparurent chez toutes les 3 sœurs à l'âge de 10 ans. L'aînée mourut, des conséquences de cette maladie, âgée de 19 ans; la seconde sœur présente à ce moment un accroissement remarquable des muscles du mollet, des muscles extenseurs quadri-jumaux, glutéens et des muscles extenseurs de la colonne vertébrale; elle-même est forcée de garder le lit, à cause d'une contraction permanente des muscles du mollet. Chez la cadette, âgée de 11 ans, commence à se développer à ce temps un agrandissement du mollet, une marche balançante, et une impuissance et maladresse quand elle exécute des mouvements exigeant un peu plus d'attention. L'évolution classique des manifestations exclut chaque doute sur la nature de la maladie.

La question s'il y a dans la paralysie musculaire hypertrophique des lésions anatomiques de la moelle épinière n'étant pas encore jusqu'ici définitivement décidée, il était nécessaire de les soumettre à des recherches anatomiques minutieuses. Et vraiment des altérations importantes ont été trouvées dans la moelle épinière et dans les tronc nerveux. Dans la moelle, des lésions ont lieu dans les cellules ganglionnaires antérieures, dans la névroglie des cornes antérieures et dans le système vasculaire, mais aussi dans la substance blanche de moelle des troubles dégénératifs se sont établis — d'une manière plus précise dans la région lombaire et cervicale que dans la région dorsale de moelle. Dans le n. crural et n. ischiatique et dans les troncs du plexus brachial il existe une prolifération insolite du tissu conjonctif entre des faisceaux et des fibres de nerfs; les fibres nerveuses sont soumises aux altérations dégénératives, qui passant par des stades divers, finissent par destruction des fibres nerveuses. Des morceaux de muscles pris du m. gastro-cnémien, des muscles quadrijumeaux et du m. deltoïde présentent les altérations connues. Pour contrôler ces observations et y établir un parallèle, on fit des recherches comparatives sur une moelle saine et sur des troncs nerveux sains d'une personne du même âge; les préparations en furent colorées selon les mêmes méthodes de coloration.

Discussion sur le tabes dorsalis.

M. Grasset (de Montpellier). — Voir *Gazette*, p. 736 et 803.

M. R. Colella (Messine). — Mes recherches me permettent de proposer les conclusions suivantes :

1° Dans le tabès dorsalis on peut observer des paralysies amyotrophiques très graves et répandues, même lorsque la substance grise antérieure de la moelle épinière présente seulement des modifications histologiques à peine appréciables et très circonscrites.

2° Ces paralysies amyotrophiques sont, la plupart, sous la dépendance d'une altération primitive, généralisée et profonde des racines antérieures de la moelle épinière.

3° Ces altérations sont constituées par des névrites radiculaires parenchymateuses, et par des foyers nécrotiques répandus dans les racines médullaires.

M. Jacob (Berlin). — Il a été impossible jusqu'à présent d'obtenir une guérison ou même une amélioration notable dans le tabès dorsal au moyen du traitement spécifique.

Le traitement mécanique (compensatoire) nous permet d'obtenir, au contraire, des résultats qu'aucun autre système de traitement n'a encore donnés. Cette méthode n'a pas la prétention de guérir la maladie elle-même, mais elle soulage le malade et fait cesser les troubles de coordination au moyen d'exercices méthodiques. Ils consistent à apprendre au malade à se rendre maître de ses mouvements, malgré l'affaiblissement de la sensibilité (sens musculaire).

Ces exercices ne peuvent pas avoir d'heureux résultats si on se borne à de simples indications; des appareils organisés spécialement dans ce but sont nécessaires, et une direction méthodique de plusieurs semaines au moins est indispensable,

M. L. Darkschewitsch (de Kasan). — La modification des cordons postérieurs de la moelle dans le tabès dorsalis n'est pas une affection primaire, mais un phénomène secondaire.

Deux processus morbides surtout paraissent être la cause de cette modification secondaire :

a) Des modifications inflammatoires du système nerveux périphérique.

b) Une inflammation chronique et progressive des enveloppes molles de la moelle.

Ces deux causes initiales peuvent être combinées avec prépondérance de l'une ou de l'autre.

L'inflammation du système nerveux périphérique peut provoquer une dégénérescence rétrograde, qui s'étend aux faisceaux des racines postérieures.

Dans la moelle, ces modifications se localisent dans la zone d'expansion des faisceaux des racines postérieures.

Les modifications des cellules des ganglions intervertébraux, dans cette dégénérescence ascendante des faisceaux sensitifs, paraissent être de l'atrophie simple et correspondent aux modifications des cellules des cornes antérieures, qu'on rencontre dans la dégénérescence rétrograde des faisceaux moteurs.

L'atrophie des cellules des cornes antérieures résulte de la morbidité des faisceaux moteurs périphériques.

La leptoméningite, qui provoque des modifications tabétiques dans la moelle, se localise presque exclusivement dans la zone d'expansion de l'art. spinalis post.

Ces modifications ne se rencontrent que suivant l'étendue du processus morbide dans les racines postérieures.

M. H. Obersteiner (de Vienne). — Pour rechercher la pathogénie du tabes dorsalis, il faut se baser d'un côté sur l'étiologie, et, de l'autre côté, sur l'anatomie pathologique ; puis il faut tâcher de mettre d'accord les résultats trouvés des deux côtés.

Quant à l'étiologie, la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que la plupart des tabétiques ont été antérieurement syphilitiques, malgré les divergences concernant le pourcentage. Le désaccord est plus grand quand il s'agit d'interpréter la façon d'agir de la syphilis.

Il faut en conclure que d'autres causes (froid, traumatisme, toxines, etc.), peuvent provoquer le tabès.

Au point de vue anatomique, on trouve dans le tabès des modifications très étendues de tout le système nerveux; il y a certaines régions qui ne sont presque jamais atteintes, tandis qu'il y en a d'autres qui le sont toujours.

Il y a différentes lésions qui sont pour ainsi dire constantes dans le tabès. On trouve toujours une dégénérescence dans le domaine des cordons postérieurs et plus spécialement des parties qui sont la continuation intra-médullaire des cordons postérieurs.

Comme néanmoins les racines postérieures ne sont pas toujours attaquées ni en même temps, ni de la même façon, on ne peut pas dire, au sens strict du terme, que le tabès soit une affection systématique.

Mais quel est le point de départ de cette dégénérescence ascendante des racines intramédullaires? Quatre localisations ont été tour à tour incriminées :

1° Les nerfs périphériques avec les terminaisons périphériques (Leyden, etc.);

2° Les cellules des ganglions spinaux (Stroebe, Oppenheim, Marie, Babès);

3° Les racines postérieures elles-mêmes :

a) A l'endroit où elles traversent la dure-mère et l'arachnoïde (Nageotte),

b) Au point où elles passent à travers la pie-mère et la couche périphérique (Lange);

4° La partie intramédullaire des racines postérieures seule ou avec la partie extramédullaire.

Si aucune des théories énumérées ne peut, à elle seule, expliquer l'affection tabétique des racines postérieures, leur ensemble sera peut-être à même de donner une explication suffisante.

M. A. Raichline (Paris). — Le traitement classique antisyphilitique (mercuriel ou iodo-mercuriel) est d'une efficacité très relative et même contestable dans le tabès; il reste indiqué dans la première période de la maladie. L'usage des iodures à haute dose, surtout dans les stades avancés du tabès, paraît irrationnel. La sérothérapie antisyphilitique est défavorable au tabès. L'organothérapie est privée de toute espèce d'importance au point de vue du traitement radical du tabès. Les médications physiques, notamment la balnéo-et l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage et la gymnastique sont, au contraire, d'une très grande utilité et doivent être mises au premier plan dans le traitement du tabès. La principale indication dans le tabès doit viser l'état général du malade et tâcher de relever par un ensemble de mesures diétético-hygiénique les forces physiques et morales de l'organisme, et de compenser les effets de la maladie. La rééducation des mouvements est un immense progrès réalisé dans les derniers temps dans la thérapeutique du tabès.

Pathologie de la cellule nerveuse.

M. G. Marinesco (de Bucharest) Rapporteur. — Ce qu'il y a d'important à considérer dans la cellule nerveuse, au point de vue de sa pathologie, c'est l'élément chromatophile, ainsi nommé parce qu'il se colore fortement par les couleurs d'aniline. Ainsi la section d'un nerf moteur ou sensitif amène une désintégration de ces éléments, processus que l'auteur a désigné sous le nom de chromatolyse. Il y a une premièe phase de réaction, puis la phase de réparation, et, quand celle-ci fait défaut, la phase de dégénérescence et d'atrophie. L'auteur n'a pu constater qu'expérimentalement la phase de réparation caractérisée par une hypertrophie progressive de la cellule nerveuse. Dans l'action directe des poisons, dans l'anémie expérimentale par exemple, réalisée par la ligature de l'aorte, on constate dans certaines cellules de la corne antérieure, soit une chromatolyse périphérique, soit un réseau brillant très coloré par le bleu de méthylène. Dans la rage, chromatolyse périphérique quelquefois très avancée, à peu près de même dans les lésions produites par bacillus botulinus. Dans les injections à doses répétées d'alcool, désintégration et atrophie des éléments chromatophiles périphériques. Le tétanos, le bacille de la peste, les grandes infections produisent sur la cellule nerveuse des lésions caractérisques.

MM. Gilbert Ballet et **A. Dutil** (de Paris). — Les auteurs se proposent de compléter la communication qu'ils avaient déjà faite, l'an passé, au Congrès de neurologie de Nancy, sur les lésions légères des cellules nerveuses de la moelle. provoquées par l'anémie temporaire de cet organe, et ils comparent ces lésions à celles qui apparaissent consécutivement aux sections des troncs nerveux. Ils provoquent l'anémie en pinçant pendant quelques minutes l'aorte abdominale d'un cobaye, ce qui détermine une paraplégie complète des pattes postérieures. Sur les cellules nerveuses de l'animal sacrifié ensuite, ils constatent d'abord la dissolution partielle des granulations chromatophiles ou chromatolyse partielle initiale qui se localise généralement au pourtour du noyau ou à l'un des pôles de la cellule, et qui est d'autant plus étendue que l'anémie a été plus longtemps prolongée. Les altérations que détermine, dans ces mêmes éléments, la section des nerfs périphériques sont identiques. Les dissemblances habituellement observées entre ces deux ordres de lésions sont le fait d'une différence dans l'intensité plutôt que dans la qualité du désordre produit.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Il semble que l'étude du protoplasma des cellules nerveuses ait absorbé toute l'attention des observateurs qui ont pris part à cette discussion. Cela tient vraisemblablement à ce que le noyau de ces éléments est considéré comme n'ayant plus les qualités d'un organe reproducteur et préside simplement à la nutrition de la cellule. Mais à chaque altération protoplasmique correspond néanmoins une modification du noyau qu'il importe d'étudier; or cette étude du noyau des cellules nerveuses, à l'état normal comme à l'état pathologique, est généralement sinon négligée, du moins laissée au second plan.

Nous avons, dans un travail publié avec M. Cabannes dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (1897), étudié l'état des cellules nerveuses médullaires dans la rage humaine. A côté des lésions de chromatolyse du protoplasma que nous avons figurées, existent des modifications intéressantes du noyau; il est souvent projeté à la périphérie, turgescent; le nucléole est fragmenté; la membrane nucléaire et le réseau de linine s'effacent; il n'est pas rare de voir des bâtonnets de chromatine et même un véritable peloton chromatique dans le corps nucléaire. Il y a là, dans les éléments nerveux des cornes antérieures et postérieures, dont la confusion n'est pas possible avec des cellules endothéliales des leucocytes, des cellules névrogliques, une ébauche de karyokinèse qui avorte. La cellule nerveuse réagit vis-à-vis de l'irritant pathologique (virus rabique) en consommant d'abord les matériaux chromatiques accumulés dans les mailles du spongioplasma : ce stade correspond à la période des spasmes rabiques. Mais la cellule ne peut suffire à réparer ses pertes et à résister au virus : alors survient le stade paralytique de la rage et cela bien que la cellule devenue globuleuse ait fait préalablement effort (par l'intermédiaire du noyau qui tend sans y aboutir à la karyokinèse) pour persister et pour se reproduire.

Il n'est donc pas indifférent d'étudier le noyau cellulaire qui commande la nutrition normale pathologique du protoplasma. Les travaux de M. Balbiani et de ses élèves sur la mérotomie des êtres unicellulaires ont suffisamment bien établi le rôle du noyau pour qu'il soit presque banal d'affirmer que son intégrité est la condition *sine qua non* de la vitalité normale des cellules.

On nous a dit que le protoplasma de la cellule nerveuse, après avoir subi la chromatolyse, pouvait redevenir tout à fait normal, et cela dans un délai relativement court; je n'y contredis point. Par contre, on a affirmé que les lésions de la substance achromatique ou spongioplasma étaient irréparables; ce dernier fait ne me paraît pas échapper à toute contestation. Du reste, si on s'en rapporte aux enseignements de la biologie générale, c'est dans l'examen du noyau qu'il faut chercher les raisons en vertu desquelles une altération de la cellule nerveuse est ou non indélébile.

Quant à la technique de la méthode de Nissl, elle varie avec les observateurs. J'estime que la thionine à saturation dans l'eau est le réactif de choix des granulations chromophiles; l'association de l'alcool picrique met en évidence le spongioplasma.

De la pathogénie de l'apparition des foyers dans la paralysie générale des aliénés.

M. W. A. Muratow (de Moscou). — L'auteur a pratiqué l'autopsie dans 123 cas de paralysie progressive à l'asile d'alié-

nés Preobrajensky de Moscou. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les infections en foyer à forme hémorrhagique ou de ramollissement sont excessivement rares dans la paralysie progressive (5 cas seulement);

2° Les symptômes locaux dans la paralysie progressive qui apparaissent sous forme d'ictus epileptiforme et apoplectiforme, ne dépendent pas d'une nouvelle complication mais de la propagation de l'inflammation aux circonvolutions centrales;

3° Les convulsions cloniques doivent être considérées comme des mouvements forcés d'origine corticale puisqu'on les remarque dans l'épilepsie corticale ordinaire;

4° La même origine doit être attribuée aux troubles du sens musculaire et à l'hémianesthésie;

5° La pathogénie de l'apparition des foyers dans la paralysie des foyers dans la paralysie progressive présente une certaine analogie avec les infections au foyer de l'encéphale.

Dans les 2 cas, on a affaire à l'action directe ou indirecte du foyer (excitation, dégénération).

Sur un syndrome observé au cours d'affections cérébrales et caractérisé par l'arrêt de la respiration plusieurs heures avant celui du cœur.

M. Dyce Duckworth (Londres). — Citation de plusieurs cas de traumatismes du système nerveux central dans lesquels l'auteur démontre que l'arrêt de la respiration se fait très longtemps avant celui du cœur. A la suite de la suppression de la fonction respiratoire, la température n'est pas abaissée.

Bien que le centre respiratoire soit très rapproché du centre cardiaque, lorsque ces deux centres se trouvent intéressés par une même lésion, celle-ci agit plus vite et avec plus de force sur le premier, celui-ci étant beaucoup plus sensible.

Il faut donc s'efforcer de réduire immédiatement toute pression intra-crânienne au moyen de la trépanation et en utilisant la sonde.

Il importe de continuer la respiration artificielle aussi longtemps qu'elle est indiquée; enfin, il ne faut pas non plus considérer une basse température comme preuve de l'absence d'un foyer purulent ou hémorrhagie dans le cerveau.

De la paralysie progressive chez les femmes.

M. B. Greidenberg (de Simphéropol). — Les cas de paralysie générale chez les femmes sont devenus ces derniers temps beaucoup plus nombreux, et leur nombre progresse relativement plus vite que chez les hommes. Dans le gouvernement de la Tauride, le rapport est de 2 à 1.

Les causes de la paralysie progressive sont les mêmes pour les deux sexes, mais leurs combinaisons diffèrent. Le tableau clinique de la paralysie progressive chez les femmes offre certaines singularités qui lui donnent un cachet particulier. Le cours de la maladie est plus lent; par conséquent, la durée de la maladie est, en moyenne, un peu plus longue que chez les hommes.

Le délire mélancolique.

MM. Vallon et **Marie** se sont particulièrement attachés dans cette étude aux formes typiques de la mélancolie, aux cas pouvant aboutir à une évolution en quelque sorte progressive, au délire mélancolique chronique systématisé. En le faisant, ils ont cherché à isoler dans le syndrome clinique de la mélancolie ce qui lui appartient en propre de ce qui peut n'être que symptôme accessoire et variable.

Dans le groupe des mélancolies, on peut, comme Lasègue l'a fait pour les persécutés, distinguer des cas offrant avec ces derniers d'ailleurs certaines analogies, mais pouvant leur être opposés comme types de mélancolie vraie, essentielle, avec des caractères fondamentaux dont les formes chroniques systématisées ne sont que l'accentuation progressive, la cristallisation si l'on peut ainsi dire, la forme stéréotypée en un mot (délire chronique des négations de Cotard).

Cette étude a pour but de dégager d'abord du complexus symptomatique ce qui est délire mélancolique vrai, de ce qui n'est qu'idées mélancoliques. Les auteurs attribuent à ces deux mots (*délire* par opposition à *idées* simples) le même sens qu'on attribue aux mêmes expressions en ce qui concerne les persécutés. De même qu'il y a des malades quelconques à idées de persécution symptomatique, et des malades à délire de persécution idiopathique, de même il y aurait des malades à idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique. C'est ce dernier que cette étude a pour but d'isoler en une entité clinique comparable à la maladie de Lasègue.

Du traitement d'états d'angoisse et de contrainte.

M. Otto Dornblüth. — Le traitement systématique par l'opium et la codéine donne les meilleurs résultats quand on a affaire à des états graves et invétérés d'angoisse et de contrainte; le repos au lit, l'hydrothérapie, la diète et le traitement psychique doivent aider les médicaments et corroborer les résultats obtenus par eux. Même sur des cas de moindre gravité, on doit avoir recours aux médicaments sus-nommés.

Atrophies musculaires

M. Friedel Pick (de Prague). — Dans différents cas il est impossible d'établir, suivant le tableau clinique de l'atrophie, une séparation nette entre les formes spinales et myopathiques des atrophies musculaires.

A une période plus avancée de l'atrophie myopathique primaire, on rencontre des dégénérescences des nerfs périphériques, qu'on doit regarder et considérer comme étant secondaires.

SECTION DE MÉDECINE

Contribution à l'étude de l'étiologie des néphrites chroniques.

M. Pavlinow (Moscou). — Des trois observations que l'auteur rapporte in-extenso dans son mémoire, découlent les conclusions suivantes :

Contrairement à l'opinion de MM. Charcot, Eichhorst, Liebermeister, etc., nos observations prouvent l'existence de la néphrite scarlatineuse chronique — parenchymateuse et interstitielle, opinion émise déjà avant nous par MM. Leyden, Potain, Litten, Lécorché et Talamon, etc.

D'accord avec notre opinion sur l'inflammation, et comme on le voit en général dans l'évolution clinique de la néphrite, on trouve à l'autopsie la néphrite épithéliale chronique — quand elle n'a relativement pas duré longtemps, et la forme interstitielle — quand sa marche a été lente.

Il faut le reconnaître, la durée de la néphrite chronique est généralement beaucoup plus longue qu'on ne le trouve indiqué dans nos manuels.

D'après nos observations, la durée de la forme parenchymateuse de la néphrite chronique (obs. 2 : gros rein blanc où, d'ailleurs, des lésions interstitielles peu prononcées se sont déjà developpées) peut être de 5 ans, et la forme interstitielle (obs. 1 et 3) peut durer de 12 à 17 ans.

C'est dans l'espace de six mois que nous avons observé à la clinique nos trois cas, par conséquent, la forme chronique de la néphrite scarlatineuse, n'est peut-être pas un phénomène très rare.

La néphrite chronique, dans nos observations, s'est développée chez des sujets jeunes, à l'âge de 21 à 24 ans; par suite, quand on la trouve à cet âge, il faut toujours avoir en vue la possibilité de son origine scarlatineuse.

En admettant la scarlatine comme une des causes de la néphrite chronique, on s'expliquera ainsi, dans certains cas, son étiologie et, par conséquent, on verra diminuer le nombre de néphrites chroniques provenant de causes inconnues.

M. Crocq (de Bruxelles). — L'auteur voit dans la desquamation des éléments épithéliaux du rein, des glomérules aussi bien que des canalicules urinaires, la cause indispensable de l'albuminurie. C'est pourquoi il ne peut y avoir d'albuminurie physiologique; mais la cause de l'albuminurie peut être transitoire : il peut y avoir, par exemple, simplement une congestion active ou passive (ainsi la congestion rénale due aux lésions val-

vulaires du cœur). Cependant, la plupart du temps, c'est l'inflammation parenchymateuse qui détermine l'albuminurie. La néphrite interstitielle en est absolument distincte, celle-ci est due à l'inflammation du tissu conjonctif du rein dans lequel sont inclus les éléments parenchymateux. Si l'épithélium, malgré cela, reste intact, il n'y aura pas d'albuminurie; mais si l'inflammation s'étend jusqu'aux éléments épithéliaux, l'albuminurie apparaît. Il y a donc, au point de vue clinique, deux espèces de néphrites chroniques : la 1re avec et la 2e sans albuminurie. Ces deux espèces s'accordent avec les deux formes anatomiques de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstitielle. Les différentes causes qui déterminent les néphrites peuvent transformer l'une en l'autre de ces espèces, par exemple la cantharidine donne une inflammation parenchymateuse, la bière peut avoir une influence semblable, les boissons distillées, le plomb, les acides de l'urine au contraire déterminent une inflammation interstitielle.

M. Senator (de Berlin). — On désigne, quoique à tort, sous le nom de néphrite chronique, une inflammation des deux reins, inflammation qui est le résultat des altérations du sang et qui a pour conséquence la diminution du parenchyme rénal et l'atrophie du rein.

Un grand nombre de néphrites chroniques ont pour origine l'artério-sclérose. Les causes principales de cette dernière affection, qui détruit le parenchyme du rein, sont : la goutte, le saturnisme, l'abus d'alcool, la syphilis, le diabète sucré, le tabac et enfin l'hérédité. Il faut mentionner la néphrite chronique des vieillards qui a pour cause l'irrigation insuffisante des reins et celle des anémiques.

M. Jawein (Saint-Pétersbourg). — On pourrait peut-être expliquer de la manière suivante le développement continu de la néphrite après la cessation de la cause : la partie restée saine du parenchyme des reins ne suffit pas pour désintoxiquer le sang, de sorte que les produits de désassimilation non remplacés exercent une action continue sur les reins.

M. Gerhardt (de Berlin). — La clinique ne s'intéresse plus autant à l'anatomie pathologique de la néphrite qu'à son étiologie. Elle paraît plus fréquente et souvent on la néglige, des mois entiers passent parfois sans écoulement d'albumine. L'artério-sclérose occasionne déjà des maladies des reins dans le jeune âge. Le rétrécissement primaire des reins agit comme poison (alcool, acide urique, etc.).

La fièvre scarlatine et la grossesse y conduisent seulement quand d'autres circonstances se présentent. De son côté, elle agit comme poison (urémie). Il faut écarter soigneusement toutes les autres formes de la néphrite. Gerhardt a fait une fois sans succès la ponction lombaire, ce qui prouve que la pression sanguine n'en est pas cause.

M. Ewald (de Berlin) cite l'apparition cyclique d'albumine dans l'urine d'enfants qui, jouissant d'une bonne santé apparente, ne souffrent que de dyspepsie.

L'albuminurie ne dure guère plus d'un jour. M. Ewald n'a pas encore eu l'occasion de voir si ce fait est une cause de néphrite.

Saignée dans le traitement de l'urémie.

M. Laache (de Christiania). — L'auteur rapporte 3 cas de traitement de l'urémie par la saignée avec résultats très favorables. Les malades urinaient presque aussitôt après l'opération. L'auteur emploie la saignée simple, c'est-à-dire sans injection consécutive d'une solution physiologique de chlorure de sodium quelconque dans le sang. Il faut également, suivant l'auteur, que la saignée soit assez abondante pour influer sur la circulation totale. Néanmoins il faut considérer l'état général du malade. La ponction d'un gros exsudat a la même influence sur la sécrétion urinaire, l'analogie est très nette.

M. Friedel Pick (de Prague) a traité 4 cas d'urémie au moyen de saignées concurremment avec du bromure de sodium injecté par la voie rectale. Il en a traité 4 autres uniquement par cette dernière méthode. Les résultats furent les mêmes dans les deux cas. Dans le cas de pneumonie et d'hémorrhagie encéphalique, il a obtenu de bons résultats par les saignées peu abondantes.

M. Pisek (Lemberg). — La saignée n'est qu'un moyen symptomatique. Si on ne veut pas la discréditer de nouveau comme moyen de guérison, on ne doit pas perdre de vue que cette médication ne doit s'employer que dans quelques cas particuliers.

Sur l'urémie fébrile.

M. G. B. Ughetti (de Catane). — Les observations cliniques prouvent que dans l'immense majorité des cas d'urémie, il y a un abaissement de la température, et que, dans le cas où la température s'élève, il y a toujours coexistence de phénomènes d'inflammation ou de convulsions. Les expériences de l'auteur démontrent que la ligature des uretères, la néphrectomie, ainsi que la ligature des vaisseaux rénaux sont toujours suivis de l'hypothermie. Quand, dans l'urémie, on note une élévation de la température, on ne peut pas rapporter ce phénomène à l'action des substances contenues dans l'urine puisqu'on ne connaît ni dans l'urine, ni en dehors d'elle aucune substance chimique qui produise une élévation de la température sans produire hémolysie ou convulsions. L'urémie fébrile est due à l'action d'une cause énergique et concomitante d'hyperthermie telle que des convulsions ou une inflammation très aiguë.

Polyphlébite infectieuse streptococcique.

M. Recasens (Barcelone). — Il existe une forme de phlébite qui, envahissant à la fois un grand nombre de veines parmi lesquelles n'existent pas de solution de continuité, constitue une entité pathologique essentiellement distincte, sous le point de vue clinique, de celles décrites jusqu'aujourd'hui. L'invasion brusque et simultanée d'un grand nombre de vaisseaux appartenant à des terriroires vasculaires indépendants fait considérer le processus comme résultant d'une infection générale. La polyphlébite infectieuse ne garde dans le sens étiologique ni sémiologique aucune relation de ressemblance avec l'infection purulente. La cause déterminante de cette maladie paraît le streptococcus pyogène, primitivement développé dans le sang. Les maladies d'un caractère infectieux général, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine etc., prédisposent à l'infection streptococcique polyphlébitique, soit par des altérations endothéliales, soit par la diminution du pouvoir phagocytosique des leucocytes. La polyphlébite infectieuse dans sa symptomatologie est analogue à toutes les infections générales; les pyrexies, les phénomènes ataxo-adynamiques, les troubles digestifs, circulatoires et exécrétoires ne se différencient nullement de ceux qui se présentent en elles. L'apparition des foyers phlébitiques se produit du 3e au 4e jour de la maladie, La suppuration des thrombus ne se produit qu'à la 2e semaine; la résolution doit être très rare, de même que la terminaison par induration ou organisation. L'évolution est très aigue, la mort peut arriver avant que le processus phlébitique se soit établi; les cas qui se terminent par suppuration se prolongent 6 ou 8 semaines et peuvent occasionner la mort par épuisement. Quand le processus phlébitique envahit les veines des organes internes inaccessibles et indispensables à la vie, la mort en est la conséquence fatale. Le traitement de la polyphlébite infectieuse est de deux sortes : 1° général, 2° local. Le premier est commun à toutes les infections; les toniques, antipyrétiques, calmants, etc. Le second consiste dans l'ouverture et l'antisepsie des foyers phlébitiques suppurés. Parmi les antipyrétiques les bains froids sont ceux qui ont donné de meilleurs résultats. Pour diminuer les symptômes graves de l'infection, les injections interstitielles d'essence de térébenthine agissant comme fixateurs des streptocoques nous ont fait obtenir de notables rémissions.

Sur la pathogénie de la fièvre.

M. G. B. Ughetti (de Catane). — Les modifications de température observées dans la fièvre sont dues, d'après l'auteur, à la présence dans le sang de substances étrangères de formes corpusculaires. Il faut distinguer la fièvre de l'hyperthermie, l'une et l'autre peuvent être séparées, mais presque toujours l'hyperthermie est un des symptômes de la fièvre. D'après quelques théoriciens, les fièvres proprement dites sont des

toxhémies infectieuses, toxhémies dues à un poison qu'on doit appeler pyrotoxine. Toutefois, d'après M. Ughetti, la fièvre serait plutôt due à la présence même des microbes dans le sang (qui agiraient comme corps étrangers), qu'à la sécrétion d'une toxine pyrogène. En effet, l'expérience prouve que la conséquence constante de tout empoisonnement est en général l'hypothermie. Si l'on injecte en effet à un animal des substances chimiques toxiques, on a toujours abaissement de température; si, au contraire, on injecte des substances absolument inoffensives par elles-mêmes (de l'eau salée par exemple) mais qui peuvent amener une dissolution des tissus environnants, on aura une certaine quantité de détritus qui agiront comme corps étrangers et amèneront l'élévation de température.

Sur la chlorose.

M. Gilbert. — Voir p. 809.

M. Charrin. — Voir p. 790, 791.

M. Warfvinge (Stockholm) désire montrer avant tout la nécessité de considérer la chlorose comme une maladie spécifique, essentielle, bien caractérisée par le mode de son apparition et par son tableau clinique. Quant au traitement de la maladie M. Warfvinge se propose de prouver qu'il est impossible de ne voir dans les effets constants et si bien éclatants du fer qu'une action locale, et que, d'autre part, l'hypothèse de M. Bunge n'a pas de sens. En confirmation de ce qu'il avance, il a administré le fer dans une série de cas de chlorose par la voie sous-cutanée et s'est convaincu qu'ainsi employé le fer agit de même façon que si on l'administre à l'intérieur, mais à doses beaucoup plus petites (1/5). Plusieurs faits démontrent la nécessité d'admettre l'absorption du fer médicamenteux. Warfvinge ne croit pas cependant que le rôle du fer absorbé consiste à combler le déficit en fer des globules du sang. Les effets de ce médicament dans la chlorose devraient consister en ce qu'il combat pendant son passage à travers l'organisme les conditions pathologiques qui entravent la régénération normale du sang, de même que le mercure agit dans la syphilis, l'arsenic dans l'anémie pernicieuse, etc. Il est probable que tous ces moyens agissent contre une affection déterminée, c'est-à-dire d'une façon spécifique. Pour que le fer puisse agir ainsi, il est nécessaire de choisir des préparations martiales qui puissent développer dans l'organisme tous les effets propres au fer, aussi bien qu'en présence des réactifs. Par suite, dans la chlorose restent inefficaces les préparations qui, comme l'hémoglobine et l'hémol d'une part, le ferrocyanure de potassium d'autre, forment avec le fer des combinaisons chimiques fermes difficilement attaquées par les réactifs. On n'oubliera pas la nécessité de donner au chlorotiques le fer en grande quantité, par conséquent nos eaux ferrugineuses ne peuvent point être utiles dans cette affection.

M. Goloubinine (de Moscou). — La chlorose, comme maladie spéciale, est décrite dans tous les traités dans le chapitre des maladies du sang. Néanmoins, presque aucun auteur ne voudrait se charger de la traiter comme maladie indépendante, Les uns supposent qu'elle provient de lésions primitives du système nerveux, d'autres l'attribuent au système digestif, quelques-uns à l'appareil vaso-cardiaque ou aux organes génitaux. Les explications mentionnées ont le défaut de considérer des symptômes comme causes principales, tandis qu'ils ne sont que les combinaisons du hasard. Nous ne voudrions pas nier les relations de l'altération du sang avec certaines maladies du corps, mais au même degré que l'influence des altérations des différentes fonctions de l'organisme entre elles; mais nous croyons que nos vues sur la maladie en question gagneraient en simplicité et en clarté, si nous mettions la chlorose au même degré d'indépendance que les autres maladies.

Nous osons dire que la chlorose devrait être considérée comme provenant de l'insuffisance et de l'irrégularité du système hématopoiétique qui peuvent se manifester comme phénomènes primitifs ou secondaires à la suite d'une maladie quelconque, sans qu'il soit nécessaire que cette dernière soit localisée dans un endroit spécial pour provoquer la chlorose.

La maladie joue un rôle du moment qu'elle affaiblit toutes les fonctions vitales, entre autres la formation des éléments du sang.

Dans les organismes nés faibles où toutes les fonctions sont ralenties, nous voyons quelquefois que les fonctions hématopoiétiques s'en ressentent particulièrement. Les sujets mentionnés offrent un terrain favorable à la chlorose, et c'est dans ces cas que la maladie récidive souvent après la guérison. D'autres fois, nous voyons que la fonction hématopoiétique s'affaiblit pour un certain temps durant la période la plus énergique du développement de l'organisme.

C'est pourquoi les personnes atteintes de l'affaiblissement de l'hématopoièse, soit héréditaire, soit provenant de différentes causes, sont sujettes, pendant ladite période, presque inévitablement à la chlorose. Ce sont les femmes surtout qui en sons atteintes le plus souvent. Cela s'explique en ce que la formation du sang est en général moins énergique chez la femme que chez l'homme. Le nombre de globules rouges et la quantité l'hémoglobine sont pour la plupart inférieures chez la femme.

Quant à nous, il nous semble qu'on devrait définir la chlorose en prenant pour signe l'altération du sang, principalement la diminution d'hémoglobine, sans prendre en considération les autres symptômes.

M. De Dominicis (de Naples). La chlorose doit être regardée comme une maladie de l'organisme entier, avec participation de plusieurs altérations organiques.

Les désordres des fonctions digestives ont certainement une grande, et, on peut dire, la plus grande influence sur la chlorose; mais ces désordres seuls ne suffiraient pas à expliquer tout le mécanisme de la maladie, comme ne l'expliqueraient pas les différentes lésions vasculaires, sexuelles, nerveuses, etc.

Pour cela il convient d'admettre un ensemble d'actions déterminantes, et une prédisposition spéciale.

D'après l'examen de tout ce qui concourt au développement de la chlorose, il me semble que cette maladie doit être considérée comme un diabète analogue au sucré, à l'oxalique, à l'uratique, etc., où la cause essentielle consiste dans une anomalie hématologique due probablement à des auto-intoxications.

Quant au traitement, je dois avouer que, par la transfusion directe de sang hétérogène (de chien), j'ai obtenu des succès non seulement supérieurs à tous les autres moyens thérapeutiques, mais encore prompts et durables, de sorte que je me suis convaincu qu'à la transfusion directe du sang hétérogène, lorsqu'elle est bien pratiquée, est réservée une place d'honneur dans la thérapeutique de la chlorose, aussi bien que dans la thérapeutique d'anémies essentielles.

Paludisme et ses hématozoaires.

M. Saharow (de Tiflis). — Pour montrer que la théorie de l'unité du parasite des fièvres palustres n'est pas soutenable, il suffit de prouver l'indépendance biologique d'un type de ces parasites. Ce groupe, nous le trouvons en nous basant sur des données morphologiques, biologiques, cliniques et géographiques de la forme irrégulière ou estivo-automnale de la malaria.

La même démonstration nous est fournie par l'insuffisance des preuves apportées par les unicistes pour défendre leur doctrine et par l'impossibilité dans laquelle nous sommes de trouver, dans la doctrine de l'unité, une explication satisfaisante des principaux phénomènes pathologiques de la malaria, phénomènes qui s'expliquent très facilement par la doctrine de la pluralité des parasites.

D'après les observations que nous possédons jusqu'à présent, nous devons admettre l'existence de trois variétés de parasites des fièvres palustres : l'hæmamœba f. tertianæ, le h. f. quartanæ et celle des parasites des fièvres irrégulières que nous devrions nommer l'hæmamoeba febris meridianæ, parasite des fièvres du Sud.

M. Coronado (de la Havane), pense au contraire que les formes diverses que présente l'hématozoaire de Laveran ne sont que les différentes phases évolutives du même parasite.

Dans tous les types et dans toutes les formes, fébriles ou non fébriles, de l'infection palustre, on ne trouve que l'hématozoaire de Laveran.

Toutes les manifestations du paludisme ne reconnaissent pour cause qu'un parasite unique.

M. E. Gautier (de Moscou). — Au cours des fièvres intermittentes du Caucase, on peut observer dans le sang des malades trois variétés d'hématozoaires. Chacune possède un cycle d'évo-

lution caractéristique qui permet de le distinguer des deux autres. L'un de ces hématozoaires correspond au parasite de la fièvre tierce, l'autre à celui de la fièvre quarte, tels que les a décrits Golgi. Le troisième est probablement identique à celui que Mardiajava et Bignaceri ont observé en Italie, dans les cas de fièvres estivo-automnales. Mes observations tendent à prouver que ce dernier parasite évolue en l'espace de deux jours. Il se rencontre au Caucase dans des cas qui, au point de vue clinique, peuvent être rangés parmi les fièvres irrégulières quotidiennes et tierces. Ces trois espèces d'hématozoaires, tout en différant les unes des autres sous beaucoup de rapports, subissent dans leur évolution des modifications qui leur sont communes. La communication illustrée par des planches, contient la description détaillée des différents modes d'évolution de ces trois espèces.

M. A. Mossé (de Toulouse) est arrivé aux résultats suivants, d'après ses recherches sur la polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents : la polyurie aiguë ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle, mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique; il peut se produire quelquefois, cependant, une véritable débâche d'urée. L'excrétion d'acide urique est proportionnellement bien plus accentuée que celle d'urée; l'élimination de l'acide phosphorique total diminue au moment de l'accès; les chlorures sont l'élément dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie; quant à la toxicité urinaire, les rechercher de M. Mossé sur ce point ne lui ont pas donné de résultats absolument concordants.

Philosophie de la stimulation cardiaque, particulièrement dans les maladies aiguës, avec considérations sur le choix des remèdes.

M. Faugères Bishop (de New-York). — Le mot « stimuler » doit avoir une signification plus étendue que simplement fouetter. L'objet de toute stimulation cardiaque est de soutenir le cœur dans la lutte de l'organisme avec la maladie. Un médicament déprimant peut parfois, comme résultat final, mieux entretenir la force du cœur que maint remède qui porte le nom de stimulant proprement dit. L'hydrothérapie, en améliorant le tonus et la circulation dans les vaisseaux périphériques, aide à soutenir le cœur; elle est, par conséquent, un stimulant cardiaque. C'est par la même voie que les vaso-dilatateurs arrivent à un résultat analogue; en allégeant le cœur d'une pression superflue, ils en allègent le travail. La distinction entre la dépression cardiaque et l'épuisement cardiaque est très importante. Il est souvent possible de produire une dépression cardiaque par l'emploi des médicaments et par leur influence favorable sur la distribution de la force du cœur pendant tout le cours d'une maladie. L'épuisement cardiaque ne peut jamais être produit sans danger. Une stimulation trop grande est un danger aussi grave qu'une trop grande dépression. L'aconit et ses composés ont toujours été d'un maniement dangereux. Les stimulants cardiaques ne doivent pas être appliqués sans appréciations de leur puissance tant en bien qu'en mal. Le soutien idéal du cœur consiste dans l'emploi judicieux des méthodes qui modèrent l'activité cardiaque quand il faut ménager les forces du cœur, qui la stimulent quand, d'après l'expérience, cela paraît nécessaire, et dans l'observation attentive de tous les détails qui peuvent en alléger le travail et en entretenir la nutrition.

Sur la pathogénie des calculs urinaires.

M. Wilhelm Ebstein (de Göttingen). — La pathogénie, c'est-à-dire le mode de développement des calculs urinaires et des symptômes qui en dépendent, fait l'objet de cette communication. L'étiologie, c'est-à-dire l'exposé des causes déterminantes de la formation des calculs urinaires, ne sera mentionnée ici qu'autant que cela est nécessaire pour l'intelligence du sujet. Le développement de tout calcul urinaire suppose l'existence d'une substance organique (albuminoïde) qui est indispensable à la formation du noyau, à moins que ce dernier ne soit formé par un corps étranger. Cette substance albuminoïde, produite de différentes manières, dans l'organisme des sujets atteints de lithiase, fournit aussi bien pour la formation du noyau que pour le développement des calculs urinaires, avec les autres substances (acides uriques et ses composés, oxalates, phosphates, etc.), la base constante des concrétions à partir du sable urinaire jusqu'aux calculs les plus volumineux justiciables d'une intervention opératoire. La croissance des calculs urinaires, et ceci résulte de mes recherches sur la pathogénèse des calculs urinaires, se fait toujours par apposition et notamment en partie par formation de couches concentriques, en partie par dépôt de masses cristallines irrégulièrement disposées; en partie par combinaison de ces deux modes, mais en tout cas avec le concours de la substance organique (albuminoïde) ci-dessus mentionnée. Si cette dernière fait défaut, le calcul, cesse de croître. L'exactitude de cette doctrine est prouvée non seulement par l'analyse chimique des calculs urinaires chez l'homme et chez les animaux, par l'étude de leur structure, par leur production comme volume, forme et mode de développement prenant sa source dans la substance organique albuminoïde ci-dessus mentionnée, mais encore par la possibilité de reproduire expérimentalement, chez les animaux nourris d'oxamide, des calculs qui, par leur formation, leur croissance et leur construction, sont identiquement pareils aux calculs ordinaire. Cette reproduction expérimentale de calculs oxamidiques, découverte par moi avec le professeur Nicolaiev, et souvent constatée depuis, donne non seulement un aperçu clair sur la formation et la croissance des calculs urinaire, mais aussi sur le développement des symptômes auxquels il donne naissance. Mes études ultérieures et celles du professeur Nicolaier, sur l'excrétion de l'acide urique par les reins, faciliteront probablement aussi la notion de la formation, à ses débuts, des concréments uratiques dans les reins.

Sérodiagnostic, pronostic et thérapeutique de la fièvre récurrente.

M. H. Lœventhal (de Moscou). — Le sérodiagnostic pendant l'apyrexie consiste dans l'influence des propriétés spécifiques bactéricides du sang pendant chaque apyrexie de la fièvre à rechute vis-à-vis des spirilles (Gabritschevsky).

Je soumis à ce procédé diagnostique 30 cas avec un résultat positif, affirmé par le cours de la maladie; chez 9 malades, atteints d'une autre maladie infectieuse aiguë, le résultat fut négatif.

Le sérodiagnostic nous fournit une méthode exacte pour diagnostiquer, dans le courant de une à deux heures, en se servant de l'étuve pour les malades entrés à notre observation pendant l'apyrexie. De même dans des accès abortifs (troisième et quatrième accès, et paroxysmes minimes, paroxysmi levissimi), quand le sang contient très peu de spirilles ou lorsqu'il est trop tard pour les chercher. En usant de la sérothérapie, on peut presque dans la moitié des cas abréger le cours de la maladie. Le séjour à l'hôpital sera plus court pour les malades, classés dans les récurrents par erreur des données cliniques.

Le séropronostic. Le pronostic est le même que pour le sérodiagnostic; cette méthode donne un critérium exact pour pronostiquer le cours de la maladie. Selon mes recherches, la durée d'une heure de la réaction le septième jour de la première apyrexie n'était jamais (58 fois) suivie d'une rechute.

La sérothérapie. J'ai inoculé le sérum antispirille à 84 malades au commencement de la première apyrexie; 45 d'entre eux soit 53,57 p. 100, ont été atteints de rechute; quant aux autres 39, soit 46,43 p. 100, leur maladie finit par un seul accès. A la même époque, dans les 152 cas qui ne furent pas traitées par le sérum, la maladie finit 25 fois soit 16,45 p. 100 comme febris recurrens sine recursu.

De la morphologie du sang leucémique.

M. G. Dock (de Ann-Arbor). — Le but de cette communication est d'attirer l'attention sur certaines variations dans la structure des leucocytes dans différents cas de leucémie chronique, surtout sur la dégénérescence granuleuse qui a été pour la première fois bien observée par le professeur Neumann et décrite ensuite par beaucoup d'autres auteurs; ensuite, d'indiquer les points de similitude et de différence des petits lymphocytes dans les cas pathologiques et dans les cas normaux; enfin

de prouver que ces cellules proviennent de tissus lymphoïdes pathologiques principalement dévelobpés dans la moelle des os; que l'hyperplasie de ce tissu et la disparition de la moelle normale peuvent être mises en rapport avec certaines particularités bien connues, observées dans ces cas, tels que la diminution du nombre des leucocytes à noyaux polymorphes, l'insuffisance du chiffre des cellules éosinophiles et des corpuscules rouges granulés et l'absence des cristaux de Charcot dans le sang et la moelle des os; d'attirer l'attention sur la présence des formes de dégénérescence des lymphocytes et de montrer l'importance de l'étude de ces formes dans la leucémie.

Pathogénie de la fièvre typhoïde et les erreurs de la théorie microbienne actuelle.

M. Franguela (de Roumanie). — La fièvre typhoïde peut, en certaines circonstances, naître spontanément, c'est-à-dire sans que l'intervention du bacille d'Eberth soit nécessaire; le bacille coli commun peut, sous l'influence du surmenage, de l'encombrement, des peines morales, etc., acquérir des qualités typhogènes et produire la fièvre typhoïde. Ces nouvelles qualités, il peut les conserver et les transmettre aux générations futures tant qu'il se trouvera dans ce nouveau terrain; aussitôt que ce terrain sera changé, le microbe, afin de ne pas périr, cherchera à s'adapter aussi à ce nouveau milieu, en changeant de propriétés et même de forme; puis il retournera, grâce à la loi d'atavisme, à sa forme primitive, ou subira d'autres transformations; du moment donc qu'un germe ne peut conserver, partout et quand-même, sa forme et sa qualité native, la spécificité, admise par l'école pasteurienne, et surtout une spécificité absolue, reste en non-sens; pour rester dans la voie de la vérité scientifique, on ne peut admettre qu'une spécificité relative tout à fait passagère et non une spécificité absolue, comme on le pensait il y a quelques années.

En admettant le transformisme et une spécificité relative, tout à fait passagère, on se met d'accord avec toutes les données scientifiques les plus positives, sur la génèse et sur le perfectionnement de tous les êtres organisés; en second lieu, au point de vue pratique, on pourra plus facilement se mettre dans de bonnes conditions pour prévenir la fièvre typhoïde, ou même toute autre maladie contagieuse.

Sur un hématimètre.

M. J. Daland (de Philadelphie) montre un hématimètre qui a subi des modifications importantes et pratiques. On y trouve des tubes capillaires gradués; devant ces tubes il existe une lentille au moyen de laquelle la hauteur de la colonne formée par les corpuscules sanguins peut être facilement et exactement appréciée.

Il donne une description détaillée et précise d'un nouveau procédé au moyen duquel on peut faire une étude complète du sang en trois à quatre minutes. Il rapporte une série d'observations montrant les variations physiologiques et les sources possibles d'erreurs. Il explique aussi la manière de comparer le pourcentage volumétrique obtenu par cette méthode d'examen du sang avec les données fournies par l'examen du sang fait au moyen de l'hémocytomètre de Thoma-Zeiss.

Sur le traitement efficace de la pellagre par les sels de fer.

M. G. Galli (de Binasio). — Après avoir observé que les eaux de « Levico-Brunnen » guérissent les pellagreux, M. Lombroso a essayé l'acide arsénieux, au moyen duquel il a réussi de guérir quelques malades. M. Galli prescrivit ce médicament à un paysan de la plaine de Lombardie, homme âgé de 54 ans, mais sans succès aucun. L'arsenic fut combiné alors au fer, et le malade a complètement guéri. L'auteur est convaincu que le traitement de la pellagre par le fer sera toujours suivi de plein succès.

Sur l'utilisation du massage dans le traitement des maladies internes.

M. Dolega (Leipzig). — Après avoir fait un aperçu très court de l'histoire de la médecine et plus spécialement des méthodes physiques employées en thérapeutique, M. Dolega démontre que cette histoire de la médecine nous apprend qu'un grand nombre de procédés et de méthodes qu'on croit récents, ont été déjà employés dans l'art médical il y a quelques siècles ou même quelques dizaines d'années. Les méthodes physiques sont dans ce cas, mais malheureusement on les a oubliées depuis. C'est avec une lenteur extrême que ces procédés ont repris leur valeur dans la science médicale. La médecine interne s'est montrée très sceptique en ce que concerne le massage et en particulier la mécanothérapie. Cependant toute une série d'expériences physiologiques et cliniques a démontré, ces dernières années, que la mécanothérapie peut rendre de réels services dans les maladies internes.

De la méthode de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde Widal, auto-séro-réaction.

M. A. Mills (de Bruxelles). — D'après l'auteur, il importe avant tout de connaître la virulence des cultures employées. D'après 28 expériences faites avec des cultures d'âges semblable, mais de virulences variables, M. Mills a constamment trouvé que la rapidité avec laquelle l'agglutination se produisait était en raison inverse de la puissance de virulence du bacille d'Eberth employé. L'omission de ce facteur peut entraîner l'expérimentateur à faire fausse route; il sera donc nécessaire désormais de mentionner trois éléments d'appréciation avant de donner le résultat d'une séro-réaction et ses éléments sont :

1° La dilution du sérum du malade;
2° La durée de la séro-réaction avant son apparition;
3° La virulence de la culture employée.

CHIRURGIE

De la pérityphlite.

M. Roux (Lausanne), rapporteur, a opéré, dans l'espace de 14 ans, plus de 500 cas de pérityphlite, depuis les formes les plus simples et dont le début ne remontait pas à plus de 24 heures, jusqu'aux péritonites sanieuses très graves. L'auteur divise toutes ces formes en diverses catégories, étant donné qu'elles présentent une différence uniquement quantitative. Roux s'oppose surtout à la pratique des Américains qui opèrent toute pérityphlite aussitôt diagnostiquée. Il est devenu lui-même avec les années plus conservateur, et n'opère que dans les indications d'urgence, tous les autres cas sont traités par lui et avec plein succès d'une façon conservatrice. Il laisse volontiers passer les premiers phénomènes inquiétants de la péritonite et attend l'apparition d'une collection purulente. Le plus grand danger qu'on puisse courir, c'est la perforation secondaire des cas anciens dans la cavité péritonéale. Il préfère le transport du malade atteint de pérityphlite aiguë, et qui se trouve dans des mauvaises conditions hygiéniques, de son domicile à l'hôpital. Le rapporteur a trouvé, dans tous les cas opérés par lui, un épanchement séreux secondaire.

M. Kümmel a opéré, depuis 1889, 103 cas de pérityphlite récidivante. Toutes les opérations ont été faites quand il n'y avait plus de symptômes alarmants, et toutes ont été suivies de guérison. Comme substratum organique pouvant expliquer les coliques, il a trouvé, depuis, les inflammations diffuses les plus simples, dans lesquelles l'appendice vermiculaire se fait sentir au doigt explorateur comme un organe érectile en passant par toute l'échelle des ulcérations, des rétrécissements, des perforations et jusqu'à la sortie des matières fécales.

L'auteur pense qu'une suppuration peut survenir même sans perforation aucune. Le traitement que Kümmel recommande de suivre pendant les accès est essentiellement conservateur. De 400 cas non opérés, il y a eu 5 p. 100 seulement de décès. Dans les cas récidivants il opère après la troisième attaque.

M. E. Grinda (Nizza) décrit un cas de collection purulente rétrocæcale d'où le pus ne pouvait être vidé que par une incision lombaire.

M. Maydl (de Prague) rapporte le cas d'un abcès rétropéritonéal qu'il a incisé par devant. Comme il a trouvé les deux feuillets péritonéaux intacts, les intestins ont été refoulés en

haut, les deux feuillets du péritoine ont été suturés et c'est seulement après que l'abcès a été ouvert.

M. Le Dentu est absolument d'accord avec M. Roux, quant à l'opération pendant l'accès. C'est seulement dans les cas où les phénomènes cliniques plaident en faveur d'une gangrène aiguë de l'appendice uniforme que l'auteur agit d'une façon active.

M. Sonnenburg (de Berlin) insiste sur la marche latente des antécédents de la première attaque typique pour ainsi dire. Dans 104 cas d'appendicite perforante, sans complications, opérés dès le premier accès, on a trouvé des altérations anatomo-pathologiques de l'appendice à un très haut degré dans 90 p. 100 des cas. Dans 58 cas d'appendicite avec complications, on a trouvé des altérations très graves dans 70 p. 100 des cas. Enfin, dans les appendicites gangréneuses, 90 p. 100 des cas opérés de la première attaque ont présenté des altérations très graves de l'appendicite iléo-cæcale. Il faut donc admettre ou que les antécédents sont tellement insignifiants qu'ils passent inaperçue, ou que l'analyse clinique n'était pas poussée assez loin pour les indiquer. Parmi les 124 cas, il y en avait seulement 17 dans lesquels on avait noté, dans les antécédents, des maladies chroniques.

Pour étayer sa manière de voir, qui consiste à opérer dès la première attaque pour éviter toute sorte d'éventualité, M. Sonnenburg fait connaître sa statistique dans laquelle les 100 cas de collection purulente circonscrite, opérés dès le premier accès, ont été suivis de guérison complète.

Rétrécissements cancéreux de l'œsophage, du pylore et du rectum.

M. Czerny (de Heidelberg). — Après des généralités (voir p. 806), l'auteur s'occupe d'abord du carcinome de l'œsophage : sur 10 cas de résection, il y eut 3 cas de survie et seulement de 13, 11 et 8 mois; donc pas de résultats appréciables. Les opérations palliatives donnent de meilleurs résultats, notamment le cathétérisme et l'application de sondes à demeure; l'œsophagotomie ne paraît pas très favorable; par contre la gastrostomie a rendu de grands services dans quelques cas. Pour cancer du pylore : sur 22 résections, 2 guérisons durables (3 ans 1/2 et 6 ans 1/2). Opérations palliatives : la gastro-entéro-anastomose produit une mortalité de 29 p. 100; pour cette opération l'auteur recommande d'une façon spéciale le bouton de Murphy et la méthode de Hacker. Pour ce qui concerne les opérations sur le rectum, il y a 8 p. 100 de morts : dans les opérations radicales, l'auteur pratique l'incision pararectale. Pour le traitement palliatif, l'auteur ne pratique plus le curetage, la rectotomie, que dans les cas de squirrhe; par contre il pratique souvent la colostomie.

M. V. Eiselsberg (de Königsberg) s'occupe du traitement des rétrécissements de l'intestin impossibles à opérer, ainsi que des fistules stercorales qui se trouvent dans le même cas, au moyen de l'ablation totale de l'intestin.

Il mentionne les résultats obtenus de l'ablation de l'intestin qui ont déjà été publiés. Il est arrivé à cette conviction (en se basant sur 12 cas opérés suivant cette méthode) que chaque fois qu'un opérateur tombe sur des difficultés insurmontables, l'ablation totale est forcée. Il indique 6 guérisons sur 12 cas d'opération de fistules et 3 cas mortels sur 6 opérations à cause de carcinome inopérable. Mais à chaque cas d'ablation totale de l'intestin, il conseille de coudre dans la peau une extrémité de la portion coupée et non de l'enfoncer complètement.

Pour le rectum. M. Eiselsberg a vu les coliques disparaître quand le passage des matières fécales à travers le rétrécissement cancéreux est devenu impossible par suite d'un prolapsus complet du rectum.

Il préfère, dans ses opérations, pratiquer des anastomoses par abouchement; tandis que M. Roux qui, lui aussi, a opéré un malade atteint de prolapsus total du rectum, conseille l'implantation perpendiculaire.

M. Baracz (de Lemberg) s'est vu forcé d'opérer, il y a 4 ans, une ablation totale de l'intestin, et le morceau opéré a été complètement fermé et enfoncé. Cependant suivant son expérience il conseille de drainer la partie opérée. Il a constaté encore, au bout de quelques mois, que par suite de l'accumulation de secrétions et de canaux bactérifères, des processus ulcératifs ont encore tué les animaux par perforation, d'essai dans la partie de l'intestin oblitérée.

M. Jonnesco déconseille l'ablation totale de l'intestin, et prone une entéro-anastomose.

M. Sématzky (de Saint-Pétersbourg). — Le seul fait qu'une opération aussi récente que la gastro-entérostomie a déja subi tant de modifications nous prouve qu'il y a quelque chose dans la méthode actuelle qui laisse fortement à désirer. Néanmoins elle est excessivement attrayante.

Mais les faits cliniques prouvent que l'arrivée du contenu du duodénum dans la cavité stomacale, provoque des vomissements biliaires opiniâtres, qui conduisent fatalement le malade à la mort plus ou moins longtemps après l'opération. C'est pourquoi M. Braun a proposé la formation d'une anastomose complémentaire entre les anses intestinales au-dessous du point de la gastro-entrérostomie; mais cette modification n'améliore pas les résultats.

De mes expériences sur des chiens, je conclus que l'opération de la gastro-entérostomie, telle qu'elle est généralement exécutée à l'heure actuelle, n'a point sa raison d'être, et qu'elle doit être exécutée de la manière suivante :

Le jéjunum doit être réséqué tout à fait transversalement; à l'aide de son bout inférieur on forme un canal anastomotique (conduit gastro-jéjunal), qu'on réunit au moyen de sutures à l'estomac, tandis que le bout supérieur de l'intestin est réuni avec son bout inférieur (l'efférent) par une entéro-anastomose à une distance de 12-16 centimètres de l'anastomose stomacale.

Par cette disposition on arrive à empêcher, autant que la chose est possible, l'arrivée de la bile dans l'estomac.

M. Doyen (de Reims). — La chirurgie de l'estomac doit être particulièrement appliquée au traitement des affections non cancéreuses de cet organe. L'auteur démontre qu'en dehors des cas de sténose cicatricielle complète ou incomplète, où la gastro-entérostomie est généralement acceptée, cette opération est le seul traitement curatif des cas d'ulcères de l'estomac distants du pylore ou de dyspepsie grave. L'opération combat la stase gastrique, entretenue par la contracture spasmodique du pylore dont dépendent tous les symptômes pénibles éprouvés par les malades.

M. Frank (de Chicago) décrit une nouvelle suture absorbable sans l'entéro-anastomose.

Elle consiste principalement en un tube de drainage à axe central, aux deux extrémités duquel se trouvent des boutons en os tellement calcinés que leurs surfaces se touchent intimement. Le bouton s'introduit comme le bouton de Murphy, se fixe, et une fois consolidé dans le tube intestinal, on tire la 2° extrémité de l'intestin sur l'autre moitié du joint. En même temps il montre des animaux sur lesquels il a expérimenté son procédé. La suture est très légère. Cependant l'élasticité du tube de caoutchouc ne paraît pas suffire à l'auteur et l'inséparabilité des moitiés du bouton est un grand inconvénient. Aussi cet appareil ne peut-il servir aux opérations sur l'estomac.

M. A. M. Pétroff (de Sofia) apporte une contribution à l'iléo-colorraphie en bourse appliquée à deux cas de cancer du gros intestin et à un 3° cas de cancer de l'intestin grêle et de cæcum à la fois.

Premier cas. Chancre du cæcum. Résection totale du cæcum et d'une partie de l'ilion. Réunion circulaire de l'ilion et du côlon ascendant. Guérison.

2° cas. Chancre dans l'angle du côlon ascendant. Résection et guérison.

3° cas. Chancre du cæcum et de l'ilion. L'intervalle sain mesure 36 centimètres. Les glandes lymphatiques du mésocôlon fortement attaquées. Sortie. La couture a suffi.

Traitement chirurgical de la tuberculose primitive du testicule.

M. S. Duplay (de Paris). — La castration n'étant plus guère employée qu'exceptionnellement, on fait sur le testicule des opérations économiques dans lesquelles on conserve la plus grande partie de la glande, en n'enlevant que les foyers tuberculeux. Pour cela, l'auteur a adopté depuis 1890 une méthode d'extirpation de ces foyers au bistouri, suivie de réunion et dont les résultats ont été très satisfaisants. Il dissèque au bis-

touri les foyers soit dans l'épididyme, soit dans le testicule et il les énuclée en totalité, en ne limitant leur ablation qu'au niveau des tissus parfaitement sains. Si l'on a affaire à un foyer suppuré, on poursuit l'extirpation de la poche tuberculeuse dans toute son étendue ainsi que celle des trajets fistuleux, s'il en existe.

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë masculine par les pansements intra-uréthraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urèthre.

M. Boureau (de Paris). — La méthode des pansements intra-uréthraux, que je préconise dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, enraye l'écoulement dans les 24 heures, quand elle est appliquée dès l'origine de cet écoulement; il ne reste plus qu'à maintenir la guérison apparente pendant quelques jours à l'aide de lavages antiseptiques de la portion pénienne du canal pour la transformer en guérison définitive. Un pansement intra-uréthral, que j'ai imaginé en 1891, que j'ai appelé uréthro-mèche, est fait en coton; il est souple et on l'introduit dans le canal à l'aide d'un mandrin souple également. L'uréthro-mèche peut être enduit de toutes les compositions médicamenseuses; celle que j'emploie est une pommade au sublimé au millième.

PÉDIATRIE

Des altérations du sang dans les maladies des enfants.

M. Baginsky (de Berlin). — L'auteur résume un travail général qui a été fait sur les examens du sang dans les différents services de l'hôpital des Enfants-Malades, créé par l'Empereur et l'Impératrice Frédéric. Ces travaux ont été faits notamment par les assistants Felsenthal, Bernhard, Schlesinger, et ont été publiés, en grande partie, dans les *Archives des maladies des enfants*. Les maladies d'un caractère nettement anémique se groupent autour de l'anémie pseudoleucémique ou splénique depuis le simple rachitisme accompagné d'hypertrophie de la rate jusqu'aux formes compliquées comprises dans l'anémie pernicieuse. Quant à ces dernières, l'auteur a fait une série de recherches sur l'urine, surtout ne perdant pas de vue l'action de l'urine en présence de l'apparition des matières colorantes de la bile et l'élimination de l'azote. Plus loin, il signale les rapports de la pneumonie — surtout en vue de la crise — avec les propriétés du sang relatives à sa signification pronostique et diagnostique. On a examiné les fièvres typhoïde et scarlatine, la rougeole, la diphthérie sous l'influence de la sérumthérapie. L'auteur a établi dans quelques cas particuliers les rapports généraux, ainsi que les maladies des intestins et quelques cas de néphrite et d'affections cardiaques.

M. C. S. Engel (de Berlin) confirme en général les allégations de Baginsky, lorsque les recherches se font au moyen des méthodes ordinaires. Mais il appelle l'attention sur la grande valeur des préparations colorées par la méthode d'Ehrlich, tant dans le sang des nouveau-nés que dans celui des adultes, ainsi que dans la pneumonie, la syphilis et les formes compliquées de la diphthérie. L'orateur a pu constater une crise de sang comme Baginsky-Felsenthal, dans des cas de pneumonie et de rougeole. Il recommande surtout de procéder au calcul de la quantité de leucocytes dans toutes les recherches du sang, et de procéder dans toutes les préparations sèches d'après la méthode d'Ehrlich.

Sur l'ictère des nouveau-nés.

M. Vermel (de Moscou). — L'ictère des nouveau-nés est lié à l'état de la circulation du foie : et la circulation, au développement plus ou moins parfait de l'activité respiratoire et circulatoire. L'observation micro- et macrospique faite par l'auteur lui a démontré que le mécanisme de l'ictère est le suivant : la stase veineuse du foie détermine la compression des cellules hépatiques et des canalicules biliaires; de là, rétention biliaire. Néanmoins les excréments ne sont pas décolorés parce que tous les conduits biliaires ne sont pas oblitérés. Dans l'urine on trouve une faible quantité de pigment, non qu'il soit dans le sang, mais c'est le rein qui le retient. La clinique démontre qu'il faut une prédisposition à la stase veineuse pour produire l'ictère des nouveaux-nés. Toutes les complications de l'accouchement favorisent également son apparition.

Formes de syphilis héréditaire observées à l'hôpital des enfants de Bucarest de 1874 à 1876.

M. Romniciano (Bucarest). — La syphilis héréditaire apparaît le plus fréquemment du 1er au 4e mois. Quelques enfants dès leur naissance avaient le faciès caractéristique de la syphilis héréditaire et présentaient des plaques muqueuses. Quelques-uns commençaient à maigrir avant toute manifestation cutanée ou muqueuse. Chez les premiers, les maladies infectieuses ont été plus fréquentes et plus graves, les abcès plus nombreux que chez les seconds.

Chez ces derniers les mêmes manifestations étaient plus fréquentes et d'une durée plus longue que chez les enfants non syphilitiques. La première manifestation de la syphilis héréditaire a toujours été le coryza. Parmi les différents accidents de cette maladie les plaques muqueuses sont les plus fréquentes. Viennent ensuite les ragades aux commissures des lèvres et à l'entrée des narines; l'eczéma, le pemphigus, la blépharits et la conjonctivite. La syphilis tuberculeuse est extrêmement rare. Les épistaxis sont au contraire très fréquentes chez les enfants syphilitiques.

Sur la névrose héréditaire chez les enfants.

M. Stuttleworth (de Surrey). — On peut définir la névrose comme un état anormal du système nerveux avec tendance à des troubles fonctionnels, sans lésions appréciables mais souvent associés à des troubles trophiques. L'auteur cherche à montrer comment la névrose héréditaire implique l'irritabilité nerveuse et l'instabilité intellectuelle avec manifestations multiples.

Dans les familles nerveuses, on trouve des enfants mentalement et moralement atteints, des enfants prédisposés à l'éclampsie, aux convulsions et aux affections choréiques, etc.

L'hérédité nerveuse se manifeste de différentes manières dans diverses générations et dans les membres de la même génération, le fait peut être prouvé par des tables généalogiques typiques.

L'histoire de la dégénérescence d'une famille se retrouve dans toutes les causes qui la mènent à sa complète extinction. La statistique a prouvé l'influence des maladies mentales et nerveuses, des infections phtisiques et syphilitiques, de l'alcoolisme, de la consanguinité, de la sénilité des parents dans le développement de la névrose dans leur postérité. Les différentes formes sous lesquelles se présente la névrose héréditaire ont été étudiées, surtout dans leurs manifestations chez les enfants.

Au point de vue sociologique, l'auteur insiste sur la nécessité de développer dans la société l'idée de la nocivité des mariages entre gens nerveux et sur les précautions nécessaires à prendre dans l'éducation et dans les conditions scolaires des enfants souffrant de la névrose.

La pratique de l'intubation dans la médecine infantile en dehors des cas de diphthérie.

M. Bokay (de Budapest) envisage la question à plusieurs points de vue : 1° application de l'intubation aux rétrécissements occasionnés par des cicatrices et après la laryngite submuqueuse hypertrophique chronique, ainsi qu'aux rétrécissements syphilitiques.

2° Cas de décanulement difficile en présence de corps étrangers des voies respiratoires, et comme procédé facilitant la trachéotomie. Ces différents points de vue sont corroborés par 8 observations personnelles chez des enfants. L'auteur termine en préconisant à nouveau l'intubation comme procédé facilitant la trachéotomie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire (p. 841).

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Pneumoconiose par silicate d'alumine (p. 846).

REVUE DES CONGRÈS. — *XII° Congrès international de médecine de Moscou :* Séméiologie des obsessions et idées fixes (p. 847). — Impulsivité morbide. — Hypnotisme et suggestion. — Genèse psychopathique. — Action analgésique et sédative de la main appliquée en position hétéronome (p. 848). — Posologie infantile (p. 849).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Du siège décomplété. — Rupture du sinus circulaire. — Versions et latéro-versions utérines envisagées au point de vue obstétrical. — Hématocèle para-vaginale (p. 849). — Rétention d'urine liée aux déviations de l'utérus gravide. — Mort subite et mort rapide dans les suites de couches. — Antéflexion pathologique de l'utérus. — Tuberculose inoculée buccale (p. 850).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Coxa vara. — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (p. 850). — *Médecine :* Éléments particuliers dans les produits syphilitiques. — Gangrène du thorax consécutive à la rougeole. — Influenza sporadique (p. 851).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement du psoriasis par l'acide cacodylique (p. 851). — Picrotoxine (p. 852).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire,

D'après le rapport lu au *Congrès de Moscou*

Par M. le Dr Tuffier.

La chirurgie pulmonaire, regardée pendant longtemps comme une chirurgie d'exception, mérite d'entrer plus largement dans la pratique. Les résultats favorables de l'expérimentation, les perfectionnements de la technique opératoire, la tolérance remarquable du poumon chez l'homme sont autant de données acquises permettant à cette chirurgie de se généraliser et d'assurer son avenir.

Un diagnostic précis et une intervention précoce sont ses deux éléments de succès. La *précision du diagnostic* a beaucoup à gagner encore, pour nous indiquer le *siège* des lésions et pour nous en limiter *l'étendue*. La percussion et l'auscultation sont des méthodes excellentes, et l'ensemble des signes physiques est important, mais je ne doute pas que la radiographie ne soit ici d'un puissant appui dans les cas difficiles. La ponction purement exploratrice offrirait de grands avantages, si elle ne présentait quelques dangers; c'est au moment même de l'intervention ou après l'incision du thorax qu'elle donne le maximum de renseignements avec le minimum de risques. Sur 87 cas, nous trouvons 19 ponctions négatives, 52 positives, 19 fois plusieurs ponctions furent nécessaires.

L'incision et la *résection* du parenchyme pulmonaire peuvent être largement pratiquées sous le double couvert de l'antisepsie et de l'hémostase les plus rigoureuses. Elles comprennent une opération préliminaire : la *thoracotomie* et la *traversée pleurale*, et une opération principale : *l'incision ou la résection du poumon*. L'opération préliminaire a une importance considérable; la thoracotomie comprend un tracé d'incision des parties molles généralement courbe à convexité inférieure mais variable d'étendue avec la profondeur, l'étendue et l'incertitude du diagnostic de la lésion présumée. L'incision simple de l'espace intercostal, sauf rares exceptions de suppurations aiguës, est insuffisante; une résection costale proportionnelle à la profondeur, à l'étendue, à la difficulté d'atteindre le foyer pulmonaire est préférable. La partie inférieure de cette résection devra affleurer le point le plus déclive du foyer; elle a l'avantage de donner un champ d'opérations large, d'assurer un drainage plus complet, et, ultérieurement, elle permet l'affaissement de la paroi thoracique, si utile au processus de cicatrisation des pertes de substance du poumon.

Les adhérences des deux feuillets pleuraux sont la règle générale (87 0/0). 215 opérations par lésions septiques avec : absence d'adhérences 25 cas, adhérences insuffisantes ou incomplètes 24. Les poussées de pleurésie antécédentes, les allures aiguës de la maladie, le siège constant des lésions, la douleur localisée à la pression créent des présomptions en leur faveur. La dépression des espaces intercostaux pendant l'inspiration, l'amplitude des oscillations d'une aiguille exploratrice enfoncée à ce niveau pendant la respiration plaident dans le même sens. Mais aucune de ces constatations n'offre de garantie absolue, et il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'ouverture de la séreuse. Au cours de l'opération, l'aspect gris, lardacé de la plèvre, son épaississement, sa consistance fibreuse appréciable au doigt, sont, à mon avis, de bien meilleurs indices. Quand elle existe, cette symphyse pleurale facilite l'opération, devient un gage précieux du voisinage du foyer morbide et allège d'autant le pronostic. Si elle paraît insuffisante, il faut la consolider par une collerette de sutures. Les adhérences manquent-elles, voit-on chevaucher sous le feuillet pariétal, le poumon avec sa teinte gris-rosé au niveau du point d'attaque? on peut les chercher ou les créer. Les *chercher :* en pratiquant une ouverture pleuro-pariétale qui permette l'introduction du doigt dans la séreuse; ou en décollant la plèvre autour du point réséqué pour sentir une induration à sa surface; les *créer immédiatement :* par la suture des deux feuillets pleuraux et la pénétration dans le poumon au centre de la surface ainsi isolée; les *créer lentement :* par l'acupuncture, ou l'application des caustiques chimiques (pâte de chlorure de zinc) ou le tamponnement iodoformé. La traversée pleurale constitue alors une opération en un ou plusieurs temps. *La suture des deux feuillets pleuraux* me paraît la méthode de choix, elle permet d'agir de suite avec sécurité et sans changer les rapports du poumon et du thorax, rapports sur lesquels sont basées toutes les recherches ultérieures du foyer intra-parenchymateux. Quant à la méthode qui consiste à se passer des adhérences en ouvrant largement la plèvre, elle peut être employée s'il existe déjà un pneumothorax, un pyothorax ou des adhérences étendues; mais, en dehors de ces cas spéciaux, qui sont du domaine de la chirurgie pleurale, elle me paraît toujours téméraire, surtout quand la lésion cherchée est un foyer septique. Elle expose à un pneumothorax sérieux, à une infection pleurale, elle éloigne le poumon du centre d'action du chirurgien et change les rapports avec la paroi. Les expériences sur les animaux permettent d'espérer que pour les cas spéciaux où les adhérences manquent complètement, la respiration sous pression et le tubage laryngé deviendront de

précieux adjuvants. En somme, la presque unanimité des chirurgiens croit qu'il est bon d'éviter le pneumothorax, et ce n'est que dans les moyens d'y arriver que les opinions diffèrent.

La plèvre traversée, l'*opération principale* commence. Si la teinte brunâtre du parenchyme indique la lésion sous-jacente, on va droit au foyer; de même s'il s'agit d'une tumeur. Mais s'il existe des doutes, une ou plusieurs ponctions exploratrices sont indiquées, et si le résultat obtenu est positif, l'aiguille laissée en place servira de conducteur au thermo-cautère ou *au bistouri*, préférable aux instruments mousses comme la pince à pansement. Le fer rouge est contre-indiqué s'il s'agit de pneumectomie; l'emploi du gros trocart, les applications de caustiques, les ponctions au thermo-cautère suivies de l'élargissement de la fistule, sont des procédés d'exception, auxquels j'ai toujours préféré l'incision franche au bistouri, incision faite en dédolant, et accompagnée d'une *exploration digitale* qui permettra d'apprécier la consistance des parties périphériques. La profondeur même de cette incision peut nécessiter l'emploi d'un instrument mousse, d'une sonde cannelée par exemple. Le foyer découvert sera exploré, on s'assurera qu'il est unique et largement ouvert. L'exploration et les caractères de l'expectoration ou de l'entrée de l'air par la plaie auront alors leur importance. Le tamponnement et le drainage direct ou transthoracique du foyer, s'il est septique, sa suture après extirpation, s'il est aseptique, devront être minutieusement soignés, par crainte d'hémorrhagie secondaire dans le premier cas, ou de pneumothorax d'origine bronchique dans le second. C'est la même crainte d'hémorrhagie secondaire qui fera préférer le drain de caoutchouc souple aux autres instruments de drainage; son maintien doit être prolongé. Les irrigations ne peuvent être employées qu'après preuve acquise de la non-communication du foyer morbide et des bronches. L'exploration de la cavité pulmonaire à l'aide du miroir frontal ou de l'éclairage électrique permettra de se rendre compte de la marche de la cicatrisation.

Des *accidents* variés peuvent troubler le cours normal de l'opération. Tout d'abord, l'incision peut ne pas rencontrer la collection, nos relevés signalent 12 fois cet accident; l'expérience montre que, dans ces cas, un drain laissé à demeure sert d'appel, et que le foyer s'ouvre généralement les jours suivants à son niveau (5 cas). Le *pneumothorax* et l'*hémorrhagie* sont les deux complications à redouter. Dans le premier cas, saisir rapidement le poumon et le suturer à la plaie me paraît le meilleur moyen de remédier aux accidents immédiats et ultérieurs. Quant à l'hémorrhagie primitive, elle est heureusement rare (nous n'en relevons que deux cas), mais ni les instruments mousses, ni le fer rouge, ni même la ponction n'en mettent plus à l'abri que le bistouri; elle est justiciable du tamponnement. Si enfin tous les moyens mis en œuvre pour empêcher l'infection de la plèvre ont été inutiles, le drainage du cul-du-sac pleural, avec ou sans résection de la neuvième côte, est une pratique recommandable.

Les applications spéciales auxquelles s'adresse la chirurgie pulmonaire peuvent être classées artificiellement en lésions *aseptiques* et lésions *septiques* (bien que certaines affections, comme la tuberculose et les kystes hydatiques, puissent passer de l'une à l'autre de ces deux classes).

Les résultats opératoires fournis par le dépouillement des observateurs que nous avons pu lire et analyser sont les suivants :

Lésions aseptiques.

Guéris. . . . 22=75,8 % } 29
Morts . . . . 7=24,1 % }

Lésions traumatiques: Plaies . .	9	Suture de la plaie pulmonaire. . .	5	3	2
		Tamponnement. .	4	3	1
Lésions traumatiques: Prolapsus traumatiq.	8	Résection	7	7	»
		Suture et réduct..	1	1	»
Hernies.	1	Cure radicale . .	1	1	»
Néoplasmes . . .	7	Pneumectomies. .	7	4	3
Noyaux tuberculeux	4	Pneumectomies. .	4	3	1

Kystes hydatiques.

Kystes hydatiq. .	61	Pneumotomies . .	61	55=90,1 %	6=9,8 %

Lésions septiques.

Guéris. . . . 140=64,8 % } 215
Morts . . . . 75=35,2 % }

Cavernes tuberculeuses . . .	36	Pneumotomies . .	26	13=50 %	13=50 %
		Ponction.	1	1	»
		Thoracoplasties. .	3	2	1
		Pneumectomie . .	1	»	1
		Incis. d'abcès communiquants . .	5	4	1
Abcès.	49	Pneumotomies . .	43	33=76,2 %	10=23,8 %
		Ponctions.	6	4	2
Bronchiectasies .	45	Pneumotomies . .	38	28=73,6 %	10=26,3 %
		Ponctions	5	3	2
		Thoracoplastie . .	1	1	»
		Pneumectomie . .	1	»	1
Corps étrangers.	11	Pneumotomies . .	8	4	4
		Ponction.	1	1	»
		Pleurotomies. . .	2	2	»
Gangrène	74	Pneumotomies . .	71	42=59,1 %	29=40,8 %
		Ponctions	3	1	1
Actinomycose. .	1	Pneumotomie . .	1	1	»

Lésions aseptiques.

Les *lésions aseptiques* sont représentées par les *tumeurs*, certains *traumatismes* et leurs complications immédiates ou tardives telles que les *hernies;* elles constituent une minorité notable.

Néoplasmes. — Parmi les *néoplasmes pulmonaires* primitifs, il en est que l'anatomie pathologique et la chirurgie reconnaissent justiciables de l'extirpation; c'est jusqu'ici la difficulté du diagnostic qui nous en écarte. Toutes nos pneumectomies ont été dirigées contre des tumeurs secondaires ayant pour siège la *cage thoracique* et s'étendant au poumon; c'est au cours de leur exérèse que le chirurgien est conduit sur le parenchyme envahi, par propagation, ou par des noyaux de voisinage. La résection du néoplasme et du tissu pulmonaire avoisinant, puis sa suture hémostatique et unissante ont donné des résultats encourageants (4 guérisons sur 7 cas). Ces tumeurs étaient des sarcomes, la récidive a été lente. Deux écueils sont à éviter pendant l'opération : le pneumothorax est ici la règle, à cause de l'absence constante d'adhérences en dehors de la portion du poumon atteinte par le néoplasme; la réunion insuffisante de la plaie pulmonaire a pu provoquer consécutivement le même accident : c'est alors que la suture préventive en collerette, que la préhension et la fixation du poumon ont rendu l'opération possible, et c'est précisément dans ces cas que la respiration sous pression trouvera son application.

Traumatismes et hernies du poumon. — *L'intervention immédiate dans les plaies aseptiques* ou supposées telles est commandée par l'hémorrhagie incoercible ou la hernie d'une portion du poumon. L'ouverture large du thorax rempli de sang, le nettoyage de la plaie, la recherche rapide de l'origine de l'hémorrhagie, la forcipressure, la

ligature ou le tamponnement du parenchyme et le drainage consécutif constituent l'ensemble des moyens employés dans les 9 observations publiées. Le volume généralement notable du vaisseau sectionné, la difficulté de l'abord ont fait donner la préférence à la *suture hémostatique* sur le pincement du vaisseau. On serait peut-être autorisé à faire la compression ou la ligature temporaire du pédicule du poumon dans les cas où la recherche de l'origine de l'hémorrhagie abondante, ou son hémostase directe, deviendrait laborieuse.

Les hernies pulmonaires traumatiques immédiates, véritables prolapsus du poumon compliquant les plaies de poitrine, peuvent être réduites si leur asepsie est certaine et si l'organe est sain. Dans le cas contraire, qui est de beaucoup le plus fréquent, la résection de la masse herniée, après ligature au ras de l'espace intercostal et fixation à la plaie, constitue un mode de traitement qui a fait ses preuves (7 cas avec 7 succès). A côté de ces prolapsus dans une plaie, je placerai les faits exceptionnels de hernie immédiate du poumon par *contusion*. L'issue a lieu à travers une rupture d'un espace intercostal. L'immobilisation, puis la réduction lente peuvent parer à cet accident, et seuls des signes particulièrement graves de dyspnée et d'hémorrhagie justifient le débridement et la réduction immédiate. Enfin les *hernies spontanées, congénitales ou acquises*, les hernies consécutives à d'anciens traumatismes sont souvent curables par de simples bandages, et une intervention opératoire n'est indiquée que par les douleurs, l'augmentation progressive ou l'incoercibilité de la hernie. *La cure radicale* après réduction de la hernie et résection du sac pleural m'a donné un bon résultat et c'est là le type absolu de l'opération aseptique sur le poumon.

Tout ce chapitre de chirurgie pulmonaire aseptique est assez pauvre en documents (29 observations); on ne rencontre que des faits isolés pour ébaucher des conclusions. Ils constituent cependant un tout, ils ont un lien commun. Le succès opératoire est imputable à la technique suivie, et, si l'indication a été exactement remplie, le résultat est à peu près certain.

Kystes hydatiques.

Les kystes hydatiques servent de transition entre la chirurgie aseptique et les infections pulmonaires d'ordre chirurgical. Notre intervention a été pratiquée dans trois alternatives : le kyste n'est pas suppuré et n'est pas ouvert dans les bronches; le kyste n'est pas suppuré, mais ouvert dans les bronches; enfin il est suppuré et ouvert dans les bronches. La plupart des pneumotomies ont été pratiquées pour des kystes suppurés et ouverts dans les bronches, et les opérations pour kystes non suppurés sont d'une extrême rareté. Nous sommes tous d'accord aujourd'hui pour proscrire d'une façon absolue la ponction dans le traitement des kystes, à cause des accidents de la plus haute gravité qu'elle occasionne : la rupture du kyste dans les voies aériennes, qui entraîne fréquemment la mort par asphyxie. Par contre, la pneumotomie a donné ici les plus brillants résultats, pratiquée dans 61 cas elle a donné 55 succès, soit 90,1 p. 100 de guérisons.

Tuberculose.

L'intervention chirurgicale contre la *tuberculose pulmonaire* a été tentée à la période de début, quand la lésion est encore à l'état de *noyau induré,* et à la période d'état, alors que les *cavernes tuberculeuses* sont constituées. A ces deux périodes, les indications, le manuel opératoire et le but à atteindre sont complètement différents. A la *tuberculose au début*, analogue à un néoplasme, j'ai essayé d'opposer l'ablation totale du foyer par pneumectomie, absolument comme s'il s'agissait d'un néoplasme à enlever. Lorque la caverne est constituée, il ne s'agit plus d'ablation, mais d'ouverture ou de destruction par des moyens variés. Les premières tentatives d'extirpation de noyaux tuberculeux sont peu nombreuses, c'est à tort que Bloch, Rughi et Krönlein ont été signalés comme auteurs malheureux de pneumectomies pour tuberculose au début. Le premier opéra une femme qui n'était pas tuberculeuse, les observations de Ruggi n'ont rien de commun avec cette question, et Kronlein m'a écrit n'avoir jamais pratiqué de pneumectomies pour tuberculose. Les trois seuls faits de Tuffier, de Lowson et de Doyen qui ont trait à l'ablation, de propos délibéré, de noyaux tuberculeux ont donné 3 guérisons durables. Ces tentatives n'ont pas été répétées par la majorité des chirurgiens, qui appuient leur abstention sur l'idée théorique d'une diffusion primitive très étendue de la tuberculose pulmonaire au début et les difficultés pratiques du diagnoctic.

La chirurgie des *cavernes tuberculeuses* n'a pas donné de bien brillants résultats : il est vrai qu'elle s'est adressée à des cas désespérés et dont les lésions étaient au-dessus de toutes les ressources de de l'art.

Suivant l'idée que s'est faite chaque opérateur des causes de l'extension de la tuberculose, une méthode opératoire a été proposée : l'évacuation pure et simple du foyer; la cautérisation des parois; la thoracoplastie avec ou sans pneumotomie. L'*incision de la caverne* avec ou sans résection costale est facile et paraît en elle-même bénigne, mais elle ne constitue qu'un moyen de drainage; elle permet le traitement de la paroi tuberculeuse active par la cautérisation ignée et les diverses substances employées dans le traitement des tuberculoses locales, qu'elles aient pour but la destruction de la paroi ou celle du bacille. Vingt-six opérations de ce genre ont été suivies de mort rapide dans 13 cas, soit 50 p. 100, et quant au résultat définitif il a presque toujours été à peu près nul, sauf chez un des opérés de Sonnenburg. Chez tous les autres malades, la tuberculose a continué à évoluer après la pneumotomie, les cavernes ainsi ouvertes se sont rarement cicatrisées et c'est à peine si l'on peut compter une ou deux améliorations, que l'on se soit contenté d'une simple incision, suivie de drainage, ou que l'on ait cherché à agir sur la paroi de la caverne à l'aide d'antiseptiques ou de caustiques variés. Ces résultats peu encourageants, joints à cette notion générale que l'affaissement du thorax est un élément très important dans la cicatrisation des pertes de substance du poumon, ont fait proposer la résection costale, ou *thoracoplastie*, comme méthode de traitement de ces cavernes. Les rares opérations qui ont été faites jusqu'ici (3 cas) ne permettent pas de tirer de conclusions. C'est dans ce même but de réunion des parois de la caverne que la compression de la base correspondante du thorax a été proposée.

Ces moyens sont à l'essai, et leur valeur se dégagera des faits que vous publierez; mais il est nécessaire, pour établir scientifiquement les résultats, de les baser sur des indications opératoires précises dont les seules acceptables sont : pour l'exérèse complète, la limitation exacte des lésions; pour la pneumotomie, les accidents septiques de rétention; pour la thoracoplastie, la notion d'une paroi caverneuse dense et fibreuse, passive, sans tendance à la cicatrisation.

Les *injections intra-parenchymateuses* dans la tuberculose

pulmonaire n'ont pas tenu ce qu'elles semblaient promettre, les résultats qu'elles ont donnés ont été jusqu'ici peu encourageants; et cependant tous les spécifiques tour à tour vantés dans le traitement de cette maladie ont été mis à contribution. Certaines *complications* de la tuberculose pulmonaire sont accessibles à la chirurgie. Je laisse de côté les abcès ou les adénopathies de voisinage; les fistules tuberculeuses et les pyopneumothorax, qui sortent du domaine de la chirurgie pulmonaire. La *gangrène* compliquant une caverne tuberculeuse deviendra une indication opératoire. Les *hémoptysies* incoercibles, que Chassaignac déjà voulait traiter par les injections d'air d'air dans la plèvre et pour lesquelle Cayley a proposé la création d'un pneumothorax complet, ne semblent pas avoir beaucoup profité de ce moyen; mais la résectoin costale supérieure a donné, dans les quelques cas où elle a été employée, des résultats satisfaisants : elle se propose d'affaisser un point déterminé du poumon qui est le siège même de l'hémorrhagie; elle semble appelée à devenir un procédé applicable à ces cas exceptionnels, auxquels je joindrais volontiers la résection du sommet pulmonaire si l'affection est au début et bien localisée.

Lésions septiques.

Les *suppurations pulmonaires* forment un groupe presque homogène par leur processus anatomique et leurs indications opératoires. Quelle que soit la variété d'altération, la septicémie commande l'intervention chirurgicale; l'évacuation et le drainage sont le but thérapeutique. Nous serions donc tentés de décrire sous un même chef : les *suppurations pulmonaires*, comme on a décrit les suppurations pelviennes. Mais à côté des grands traits qui les relient, il existe entre elles de si nombreuses différences, qu'il est nécessaire d'établir des variétés. D'ailleurs l'expérience n'est-elle pas là pour montrer quelle confusion de faits a créée ce terme de suppurations pelviennes, et combien les indications opératoires sont devenues plus précises depuis l'édification d'un cadre nosologique distinct pour chaque variété anatomique? Sans doute, il existe des faits complexes, difficiles à classer, relevant à la fois de deux groupes; mais si, sur ce point, ma tâche n'est pas remplie, ne nous en prenons qu'à la difficulté générale de toutes les classifications, et un peu à nous-mêmes dont les observations sont trop souvent incomplètes. J'envisagerai donc les *suppurations simples*, aiguës et chroniques, *abcès*, *bronchiectasies*, la *gangrène* et l'*actinomycose* (1).

Abcès du poumon. — La fréquence des opérations pour *abcès pulmonaires* (49 cas), opposée à l'extrême rareté de la constatation anatomo-pathologique de ces abcès, semble prouver que nombre des interventions ont été dirigées contre des foyers de *pleurésie purulente enkystée;* certains faits même sont étiquetés par le même auteur tantôt pleurésie interlobaire, tantôt abcès pulmonaire. Beaucoup de suppurations dont la nature et l'étiologie n'ont pas été suffisamment étudiées, viennent encore grossir le chiffre de ces opérations et en expliquer le nombre. Il faudrait réserver ce nom d'abcès aux collections purulentes creusées dans le parenchyme pulmonaire; ils ne seraient alors que la complication de lymphangites et d'embolies.

Les résultats thérapeutiques bénéficient dans ces cas de la confusion des termes. La collection est unique, l'état général au moment de l'opération est relativement satisfaisant, les adhérences sont la règle; l'état du poumon, normal dans le reste de son étendue, lui permet de combler rapidement la perte de substance; les parois mêmes de la collection, dans les cas aigus, sont molles et se prêtent à l'ampliation pulmonaire; le diagnostic de nature et de siège est posé : dans de telles conditions, la pneumotomie donne 23,8 p. 100 de mortalité opératoire. Quant à la guérison, elle est complète et rapide (de 12 jours à 6 semaines) dans les cas aigus opérés de bonne heure. Mais les collections purulentes déjà anciennes demandent 4, 5, 6, 7 et 8 mois pour arriver à la cicatrisation.

Bronchiectasies. — Les conditions sont tout autres dans les *bronchiectasies* et les résultats sont également très différents. Le diagnostic exact est beaucoup plus difficilement établi : je veux parler ici du diagnostic de la variété de dilatation bronchique. La dilatation ampullaire *sacciforme*, qui est la plus justiciable de la chirurgie, peut être simulée par un groupe de cavernules moniliformes réunies en un point du poumon. Ni l'auscultation, ni la percussion, ni le mode, ni la quantité d'expectoration, ni même la ponction, négative dans la moitié des cas, ne permettent un diagnostic précis. L'incision pulmonaire elle-même peut passer à côté des lésions ou même au milieu des dilatations bronchiques sans les faire constater. Joignez à ces difficultés diagnostiques la présence presque constante de foyers multiples quelquefois bilatéraux, la généralisation possible de ces ectasies, l'absence d'adhérences pleurales, la difficulté de cicatrisation de ces tissus fibroïdes, le tout chez un sujet souvent âgé, scléreux, infecté depuis longtemps, et vous comprendrez combien le pronostic sera sombre, et combien la chirurgie devra être réservée dans l'attaque de cette affection. L'*indication opératoire*, dans nos 45 observations, a été constituée par la septicémie subaiguë ou chronique chez des sujets porteurs de lésions diagnostiquées unilatérales et rebelles à tout traitement médical. La pneumotomie a donné 20 morts opératoires sur 38 cas. La mort est due, en général, à des complications viscérales (dégénérescences amyloïdes, abcès du cerveau) ou à la bilatéralité des lésions. Les résultats opératoires sont très différents cependant suivant qu'il s'agit de bronchiectasies sacciformes ou ampullaires. Mais il faut s'attendre dans ces cas à voir une fistule persister pendant de longs mois.

Bronchiectasies sacciformes		Guérisons.	14	15
		Mort	1	
Bronchiectasies ampulaires multiples unilatérales	Avec une cavité prédominante	Guérisons.	15	21
		Morts	6	
	Pas de grande cavité	Guérison..	1	3
		Morts	2	
Bronchiectasies ampulaires multiples bilatérales	Avec uue grande cavité.	Guérison..	0	4
		Morts	4	
	Pas de grande cavité	Guérison..	1	1
		Mort	0	
Bronchiectasies consécutives à la présence de corps étrangers		Guérison..	1	3
		Morts	2	

Les *résultats thérapeutiques* sont peu encourageants si l'on envisage la possibilité d'une guérison absolue, et c'est à peine si l'on peut en citer 7 cas, mais si l'on considère que dans presque tous les cas la pneumotomie et le drainage ont amené une grande diminution dans l'expectoration, la suppression des vomiques quotidiennes, et

1. L'intervention chirurgicale dans l'actinomycose doit toujours céder le pas au traitement médical par l'iodure de potassium. Jusqu'à présent la chirurgie pulmonaire n'est représentée dans cette affection que par la seule observation de pneumotomie pratiquée par Reboul (voir Naussac, *th. de Lyon*, 1896 : De l'actinomycose pulmonaire). Nous ne saurions édifier des conclusions sur ce seul fait.

surtout de la fétidité des crachats, on se convaincra facilement de l'utilité de l'intervention.

Corps étrangers. — C'est dans les bronchiectasies que je ferai rentrer l'histoire des *corps étrangers du poumon*. Les complications qu'ils provoquent appartiennent au groupe des suppurations pulmonaires ou des bronchiectasies. Beaucoup plus fréquentes quand le corps étranger a pénétré par le larynx, elles sont exceptionnelles dans les plaies de poitrine par armes à feu. L'extraction du corps étranger par bronchotomie ou par pneumotomie semble peu engageante d'après les faits expérimentaux comme d'après les faits cliniques, si bien que le traitement chirurgical symptomatique reste seul applicable, et c'est en somme une bronchiectasie ou un abcès gangréneux avec accidents généraux septiques que nous devons combattre. L'extraction du corps du délit ne peut être malheureusement qu'un fait accessoire puisqu'il est de règle de ne pas le trouver (10 fois sur 11); il pourra cependant être expulsé spontanément plus tard (2 cas) ou demeurer indéfiniment dans le poumon. La pneumotomie, précoce ou tardive suivant les allures aiguës ou chroniques des accidents, a été pratiquée 11 fois : ses résultats ont été des plus médiocres (4 morts opératoires, 4 fistules, 1 résultat à peu près nul et seulement 2 améliorations).

Gangrène pulmonaire. — De toutes les affections du poumon, c'est la *gangrène* qui a été le plus souvent l'objet de nos interventions; je relève actuellement 74 cas opérés. La gravité des accidents septiques qui l'accompagnent, accidents dus à une rétention des produits sphacélés, explique la richesse de nos documents. La *gangrène circonscrite*, corticale ou profonde, est seule justiciable de nos interventions. Les gangrènes pleuro-pulmonaires provoquent des empyèmes putrides qui constituent l'affection dominante principale, et appartiennent comme telles aux pleurésies purulentes en général; et si nous devons agir alors sur le parenchyme pulmonaire, ce n'est plus qu'à titre secondaire, c'est un épisode sans grande importance du traitement, et je suis obligé de les distraire de ce chapitre. La gangrène circonscrite n'appartient elle-même au domaine chirurgical que dans sa période d'*élimination et de réparation*. Toutes les infections pulmonaires peuvent se compliquer de gangrène : c'est la putridité, l'entrée en scène des microbes saprogènes qui constitue la gangrène : qu'ils pénètrent sans effraction à la suite d'une pneumonie, d'une bronchiectasie, de la tuberculose ou du cancer, avec un corps étranger ou une embolie, ou qu'ils entrent de vive force par une plaie de poitrine ou une perforation de l'œsophage. Si le pronostic médical ou chirurgical peut varier suivant chacune de ces causes, suivant chacune des *formes aiguës* ou *chroniques* des accidents, abcès gangréneux ou gangrènes chroniques, l'indication, le manuel opératoire sont les mêmes pour tous ces cas. Je puis donc les envisager en bloc, quitte à tirer ultérieurement des éléments de la clinique un élément de pronostic opératoire ou thérapeutique différent.

Lorsqu'un foyer de gangrène pulmonaire ne peut s'éliminer par le drainage bronchique, drainage naturel, des accidents de rétention septique continus ou progressifs conduisent à chercher dans la pneumotomie un mode d'évacuation efficace. La persistance des accidents septiques menace le malade soit par elle-même, soit par la greffe possible des produits gangréneux dans le même poumon ou dans le poumon opposé, provoquant une véritable pneumonie gangréneuse par aspiration. Cette suppuration persistante amène des lésions viscérales chroniques sous forme d'amylose rénale ou hépatique qui commandent l'intervention, mais en aggravent singulièrement le pronostic. L'observation prouve que ces accidents *de propagation* sont plus fréquents dans la gangrène des lobes supérieurs; au contraire, la gangrène des lobes inférieurs tire sa gravité du drainage insuffisant. L'intervention précoce sera donc plus formellement indiquée dans le premier cas; mais cette localisation est rare, le siège d'élection de la gangrène étant la partie postérieure des lobes inférieurs. Les accidents consécutifs à l'entrée dans les bronches de parcelles alimentaires sont généralement des gangrènes aiguës nécessitant une intervention rapide; malheureusement, dans tous les cas traités chirurgicalement, la multiplicité ou l'étendue des foyers a rendu inutiles les efforts chirurgicaux dirigés de ce côté.

L'indication opératoire nettement posée, le *diagnostic précis* est nécessaire. Moins fécond en erreurs que pour les bronchiectasies, il est loin d'être facile. La présence du foyer gangréneux ne fait pas de doute, mais son siège est difficile à préciser. Les meilleurs cliniciens, après de nombreux et méticuleux examens, ont été trompés, non seulement dans la délimitation du foyer, mais encore dans son siège, soit que l'erreur de localisation portât sur les parties d'un même lobe, soit même qu'une lésion siégeât très loin du maximum des foyers d'auscultation, dans le lobe supérieur, alors qu'on la croyait dans le lobe inférieur. Les ponctions aspiratrices sont utiles, mais elles sont alors dangereuses par la septicité du foyer à atteindre; plusieurs fois, une pleurésie purulente, un phlegmon gangréneux en ont été la conséquence. La fréquence de *multiplicité* et de *bilatéralité* des lésions nécessite les plus grandes précautions; les foyers gangréneux consécutifs aux perforations de l'œsophage notamment sont souvent bilatéraux. Le diagnostic des *adhérences* est ici plus important qu'ailleurs à cause de la septicité toute spéciale du foyer pulmonaire, elles sont heureusement la règle (sur 74 cas : 6 fois elles manquaient totalement, 14 fois elles étaient insuffisantes ou incomplètes). Si elles manquent, leur recherche ou leur création s'impose. Tous les moyens de diagnostic doivent être mis en œuvre pour permettre avant l'opération de connaître leur siège et leur présence et d'établir un pronostic. Il n'est pas jusqu'à la *cause* elle-même de la gangrène qui ne doive être précisée : les gangrènes par corps étrangers des bronches ou par rupture de l'œsophage étant particulièrement graves.

Gangrène consécutive à une	Affection inflammatoire du poumon.	Guérisons . .	39	55
		Morts.	15	
		Amélioration.	1	
	Bronchiectasie.	Guérison . . .	1	4
		Morts	3	
	Corps étrangers	Guérison.. . .	2	2
		Mort.	1	
	Embolie	Guérisons. . .	2	7
		Morts.	5	
	Plaie de poitrine	Guérison . . .	1	1
		Mort	0	
	Perforation de l'œsophage	Guérison . . .	0	2
		Morts.	2	

Au point de vue *thérapeutique*, tous les moyens médicaux ayant échoué, le choix de l'intervention ne paraît guère discutable; malgré les belles et anciennes recherches de Wilhelm Koch et les résultats récents de Hewelke, les injections antiseptiques iodées ou thymolées ne répondront qu'à des formes bénignes, peut-être à ces cas de foyers trop multiples pour permettre des incisions. La ponction au gros trocart présente tous les dangers de la pneumotomie sans avoir ses avantages. L'*incision large*,

l'évacuation du foyer et l'extraction des séquestre parenchymateux constituent la méthode de choix. La thoracotomie avec résection costale proportionnelle à l'étendue et à la profondeur du foyer gangreneux est généralement adoptée. La suture des feuillets pleuraux s'il n'y a pas d'adhérences, leur consolidation si elles sont molles, et la préservation de la séreuse s'imposent ici par la virulence toute spéciale des foyers gangreneux. L'incision pulmonaire avec ou sans ponction probatoire sera pratiquée au bistouri ou au thermocautère; le fer rouge n'est guère hémostatique, mais les craintes d'inoculation du foyer opératoire peuvent expliquer son choix dans ces cas. Cette incision franche me paraît préférable aux ponctions ignées ou à la cautérisation chimique lente et incertaine. Le foyer gangreneux largement ouvert à son point déclive, débarrassé de ses séquestres, bien examiné du doigt et de l'œil pour s'assurer de son isolement, sera tamponné antiseptiquement et drainé. Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'un drain souple, de longueur bien calculée pour ne pas pénétrer dans les bronches et provoquer des accès de toux, bien fixé pour ne point être aspiré par les bronches, et fréquemment déplacé et replacé pour ne pas provoquer d'hémorrhagies par érosion vasculaire. En dehors du pneumothorax par défaut d'adhérences pleurales, les accidents opératoires à craindre sont l'hémorrhagie ou l'entrée de l'air dans les veines pulmonaires, accidents rares d'ailleurs. L'hémorrhagie primitive a toujours été, dans les observations que nous rapportons, rapidement arrêtée par le tamponnement. Quant aux hémorrhagies secondaires, leur gravité est tout autre (4 opérés ont succombé à des hémorrhagies de ce genre). Le pneumothorax secondaire et la pleurésie purulente consécutive n'ont pas toujours pu être évités par la suture des feuillets pleuraux, comme le montre une des observations de Roux.

Les résultats immédiats sont la disparition de la fétidité de l'expectoration et la chute de la fièvre. Le passage de l'air dans le foyer, sa ventilation ont sur les accidents putrides une action spéciale, indépendante du drainage lui-même. Il a suffi, en cas de putridité nouvelle, d'élargir la fistule pour voir l'infection disparaître sans que pour cela l'écoulement soit plus abondant. Les résultats obtenus par le traitement chirurgical accusent une mortalité de plus de 40 p. 100, mais un groupement plus instructif est celui qui a trait aux résultats chirurgicaux obtenus dans les différentes gangrènes suivant leur étiologie; 63 de nos observations sont utilisables à cet égard. Je relève 55 gangrènes métapneumoniques avec 39 guérisons; 4 gangrènes survenues au cours de dilatations bronchiques avec 3 morts, 7 gangrènes par embolie avec 5 morts, 2 cas consécutifs à une perforation de l'œsophage avec 2 morts; enfin un cas d'abcès gangreneux consécutif à une plaie par arme à feu a guéri. Il résulte de ces faits que la gangrène pulmonaire circonscrite bénéficie de l'intervention chirurgicale à sa période d'élimination et de réparation. Les résultats de la pneumotomie sont d'autant plus favorables qu'elle *est plus hâtive*, que les feuillets pleuraux sont adhérents, que les foyers sont plus superficiels et que les causes du processus sphacélique relèvent d'une infection aiguë et accidentelle, frappant un poumon dont le reste du parenchyme est normal. Nous voyons en effet que, les hémorrhagies secondaires mises à part (4 morts), ce sont les lésions multiples et bilatérales qui ont le plus souvent amené la mort des opérés (11 obs.). La majeure partie des causes de nos échecs pourra donc disparaître si les malades nous sont confiés avant d'être des septicémiques épuisés, si les foyers sont attaqués au début. Nos opérations devenues *précoces* en bénéficieront d'autant et je ne doute pas que la chirurgie ne trouve alors dans la gangrène pulmonaire l'occasion de brillants et d'indiscutables succès.

DISCUSSION

M. Sapiejko (Kiew) s'occupe, en passant, du diagnostic exact, quant à la chirurgie des poumons. L'impossibilité de diagnostiquer d'une façon exacte et précise les adhérences des feuillets pleuraux l'avait engagé à faire construire un petit instrument. Ce dernier consiste essentiellement en une aiguille à ponction, aiguille qui se trouve en communication avec un manomètre. Si l'on enfonce l'aiguille dans la cavité pleurale absolument normale (sans adhérences des feuillets) le manomètre baisse immédiatement par la suite de la pression négative. S'il y a des adhérences, les oscillations du manomètre manquent complètement. Avec cet appareil, M. Sapiejko a trouvé, dans plusieurs cas d'abcès des poumons, l'endroit exact et précis des adhérences. Il a provoqué chez les animaux des adhérences artificielles par les injections des liquides irritants.

M. B. Fabricant (de Kharkow). — D'après l'auteur, la pneumotomie n'est indiquée que dans les cas d'abcès ou de gangrène du poumon; le pronostic de la pneumotomie dans les cas de cavernes tuberculeuses est mauvais : si le malade supporte l'opération, il ne succombe pas moins à la tuberculose. Le pronostic est plus favorable dans les cas d'abcès du poumon; l'âge du malade influe sur l'issue de l'opération; le pronostic dépend beaucoup de la maladie antérieure.

Pour éviter l'hémorrhagie, il faut pénétrer dans les poumons au moyen du thermomètre modérément chauffé ou d'un instrument mousse.

Il vaut mieux, après l'opération, ne pas faire usage d'injections antiseptiques, car s'il y avait pénétration dans les bronches, il pourrait y avoir des phénomènes d'asphyxie. Le drainage au moyen d'un tube sera remplacé par une bande de tarlatane.

M. d'Antona (Rome), recommande pour éviter le pneumothorax, de provoquer chez les patients des quintes de toux et de comprimer pendant ce temps le côté sain du thorax. Ces quintes produisent en outre la voussure du poumon malade qui fait hernie dans la plaie opératoire.

M. Macewen (de Glasgow). — Je suis d'accord avec M. Tuffier, sur la plupart des points, mais, en ce qui concerne la physiologie mécanique de la plèvre, je ne pense pas que ce soit la pression de l'air qui retienne les deux feuillets pleuraux en contact l'un avec l'autre. A mon avis, c'est la cohésion moléculaire s'exerçant entre deux surfaces lisses qui produit ce résultat. Aussi je ne crains pas de faire une large ouverture de la cavité pleurale, car, lorsqu'on procède ainsi, il ne se fait pas d'accumulation d'air entre les deux feuillets.

Dans la pratique, je crois qu'il faut distinguer les cas suivant qu'il s'agit de cavernes *petites*, *grandes* ou *très grandes*.

Pour les petites cavernes, je n'incise pas la plèvre et je me borne à réséquer trois côtes vis-à-vis du foyer, de façon à obtenir l'affaissement de la cavité.

Pour les grandes cavernes, j'ouvre la plèvre, je fais un grattage et je draine avec de la gaze iodoformée.

Pour les très grandes cavernes, je procède de la même façon, mais j'ai soin de bourrer complètementl avité avec de la gaze iodoformée.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Pneumoconiose par silicate d'alumine

(*Silico-aluminosis kaolinosis du poumon*),

Communication au *Congrès de Moscou*

Par M. le Dr J. Hlava,

Professeur d'anatomie pathologique de l'université tchèque à Prague.

En faisant l'autopsie d'un cas de paralysie progressive de la maison des aliénés, nous trouvâmes des altérations très curieuses du poumon.

Le poumon gauche, gros, lourd, pesait presque 900 grammes. La plèvre était lisse, d'une pigmentation gris verdâtre. La surface de la section présentait partout de nombreux nodules et des travées indurées, gris verdâtre, dont quelques-uns montraient à leur centre une coloration grise plus prononcée. La transition des parties indurées en tissu sain se fait peu à peu, ou bien elles sont entourées d'une zone d'hépatisation gris brunâtre. Dans le lobe inférieur, on voit des petits noyaux de bronchopneumonie de formation récente. Le reste de parenchyme pulmonaire est emphysémateux, pour la plupart œdématié. Les bronches légèrement dilatées, sont remplies de mucosités filantes.

Le poumon droit, du poids de 1 000 grammes environ, nous offre des altérations semblables. On trouve les mêmes nodules indurés, nombreux, de couleur gris verdâtre. Les ganglions bronchiques sont aussi indurés et à la coupe leur coloration est vert foncé. Un tissu de sclérose périganglionnaire les unit intimement aux bronches et, au niveau du hile du poumon, à la plèvre. A gauche, les ganglions bronchiques sont moins indurés.

Ces altérations macroscopiques prouvent évidemment qu'il ne s'agit pas d'une induration ordinaire de l'anthracose — de la tuberculose il n'existe aucune trace — et qu'on se trouve certainement en présence d'un autre pneumoconiose.

Le cas concerne un homme (F. K.) de 46 ans, qui n'était que depuis peu de temps à la maison des aliénés, et qui, comme nous avons appris, était employé depuis sa douzième année chez un potier en qualité de tourneur et d'ébaucheur. Dans ce métier il travailla pendant 20 ans.

La terre plastique dont on se sert est, il est vrai, humectée, mais les pièces sèchent vite à leur surface, il y en a même qu'on fait passer par un séchoir, et qui reviennent ensuite entre les mains de l'ouvrier. On comprend alors quelle quantité de poussière on trouve dans l'atmosphère et que l'ouvrier, penché audessus de son travail, se trouve dans les meilleures conditions pour en aspirer.

Nous avons fait examiner le poumon dans le laboratoire de notre collègue Horbaczewski et l'analyse chimique a démontré la présence du silicate d'aluminium. Pour en connaître la quantité, nous avons fait incinérer le poumon droit. Le poids total des cendres était de 27 gr. 93 dont 13 gr. 17, soit presque la moitié, de silicate d'aluminium.

Il en résulte que cette pneumoconiose, était une silico-aluminosis ou kaolinosis comme elle est observée dans les usines de porcelaine et de faïences, décrite par Déperet-Huret, Duchesne, Raymondaud, Lemaistre, Boulland, Paté. D'après l'opinion de Lemaistre, Boulland et Paté, elle peut conduire à une tuberculose spéciale non bacillaire et elle peut même amener la guérison d'une tuberculose bacillaire commençante.

Aussi on rencontre une caolinosis du poumon dans les usines de bleu (ultramarine) ou l'on fait moudre du kaolin avec le sel de Glauber ou le natron. Mais chez les potiers elle ne paraît pas se montrer bien souvent, du moins pas dans la mesure, comme dans notre cas.

L'examen microscopique démontre la présence de 3 pigments dans le poumon : 1° la poussière de charbon en petite quantité; 2° les particules d'oxyde de fer sont décelées par l'acide chlorhydrique et cyanure de fer, surtout dans les produits inflammatoires récents, aussi bien dans le tissu interstitiel que dans l'épithélium alvéolaire. 3° Mais, en plus grande quantité, on voit dans les parties sclérosées du poumon un pigment crystalique, esquilleux, granuleux, très gros. On trouve ce dernier aussi bien dans les bronches qu'autour des bronches, dans l'épithélium alvéolaire, dans le tissu des granulations récentes que dans le tissu conjonctif sclérosé.

Les altérations pathologiques consistent dans une inflammation fibreuse, scléreuse à côté des processus interstitiels récents, de plus une pneumonie catarrhale d'origne récente, bactérienne (à pneumocoques). Les bronches et le tissu sont ectasiés, et dans les bronches on voit une inflammation catarrhale. Les ganglions bronchiques sont sclérosés et remplis d'un pigment granuleux et esquilleux.

La poussière de kaolin devient donc le point de départ (ce qui n'est pas douteux, vu sa constitution) d'un processus inflammatoire chronique, qui conduit à la longue aux indurations multiples du poumon, accompagnées d'un emphysème consécutif.

L'auteur présente ensuite un morceau de poumon conservé dans la gélatine à la formaline. La pièce est durcie d'après la méthode employée dans l'institut anatomo-pathologique de l'université tchèque. Cette méthode, étudiée depuis plus d'une année, consiste en ce qu'on ajoute à la solution plus ou moins concentrée de formaline (ce qui dépend de l'épaisseur de la pièce), de l'alcool, de l'eau glycérinée d'oxalate ou de citrate de soude à 2 p. 100.

S'il ne s'agit pas des hémorrhagies la durabilité de l'hémoglobine en est augmentée.

REVUE DES CONGRÈS

XII° CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

Séméiologie des obsessions et idées fixes.

MM. Pitres et **Régis** (de Bordeaux). — L'obsession est un état morbide foncièrement émotif. Dans le premier degré, tout se réduit aux phénomènes de l'émotivité pathologique, de l'angoisse : c'est la panophobie.

Les phobies systématisées ou monophobies se présentent sous la forme de répulsions ou de peurs anxieuses; c'est dans cette catégorie que rentrent les phobies à deux.

Outre ces monophobies, il en est d'accidentelles; il est aussi des états obsédants dits monoïdéiques. L'hérédité est la grande cause prédisposante; la marche des obsessions est aiguë ou chronique; la terminaison est variable; elle dépend à la fois du terrain et des caractères de l'obsession; le pronostic est plus ou moins grave selon les formes; le diagnostic est parfois fort embarrassant. Quant au traitement, la psychothérapie en est la base même; il faut y ajouter les calmants, les distractions, les exercices corporels, les bains, et, s'il s'agit d'une femme touchant à la ménopause, l'opothérapie ovarienne pourra donner de bons résultats.

M. Al. Atanasiu (Marcutza). — Les obsessions mentales méritent d'attirer l'attention du médecin aliéniste; elles constituent un phénomène curieux et intéressant dans la symptomatologie des affections mentales, surtout celles de nature dégénérative; leur importance est grande en médecine légale.

MM. Marti et **Julia** (de Barcelone). — L'obsession, occasionnée par l'émotivité morbide, diffère de l'idée fixe due à une impulsion physiologique d'un cerveau déséquilibré au point de vue fonctionnel. La première dépend de l'état psychomoral de la personnalité, la seconde, non. La première exagère l'état émotif jusqu'à l'angoisse, l'autre ne produit que de l'ennui, de la fatigue et une très légère émotivité. L'obsession est persistante; à intensité variable, l'idée fixe n'est en action que pendant les états aprosexiques, la première a tendance a subsister, l'autre va à l'épuisement; celle-là produit du délire, celle-ci, non; elle n'est qu'une perception mnémonique persistante. L'obsession altère la personnalité, l'idée fixe n'a pas d'action sur la personnalité. La première est un trouble pathologique, la seconde est un trouble fonctionnel observable à l'état physiologique aussi bien qu'à l'état pathologique.

M. Boucher (Rouen) avait signalé au premier *Congrès français annuel de médecine mentale*, tenu à Rouen en 1890, un cas singulier d'obsession caractérisé par une crainte excessive de rougir, déterminant des troubles dans l'état général et des idées de suicide.

En 1896, M. Boucher eut l'occasion de revoir un cas analogue. Il s'agissait d'une malade héréditaire névropathique de par la lignée maternelle, avec une sœur atteinte de claustrophobie, un frère mal équilibré; cette malade présente une forme spéciale d'obsession qui se caractérise de plus en plus à chaque grossesse. Cette obsession consiste en une rougeur subite, suivie de transpirations et d'angoisse, survenant à la suite des rencontres les plus banales. L'érythrophobie, chez cette malade, devint telle qu'il lui devint difficile de paraître en société; son état général s'en ressentit aussi vivement.

Rapprochant ces deux faits, M. Boucher croit qu'il s'agit là d'un état mental particulier dont la place se trouve nettement

indiquée à côté des troubles mentaux tels que la claustrophobie, l'agoraphobie, etc., constatés chez des héréditaires et paraissant du même ordre.

MM. Vallon et **Marie**. — D'une façon générale, les obsessions peuvent être considérées comme des excitations non diffuses à l'ensemble des centres nerveux, mais irradiées partiellement en un sens particulier. Les phénomènes secondaires ainsi éveillés sont d'autant plus intenses que l'irradiation est plus limitée à telle sphère déterminée — l'intensité et la limitation du phénomène réalisent un traumatisme plus ou moins impérieux en même temps que plus ou moins conscient. Il est d'autant moins conscient qu'il est plus impérieux à son summum. C'est alors comme une personnalité nouvelle qui prend naissance au sein de l'ancienne, qui assiste impuissante à sa genèse.

On peut, à côté, distinguer ces irradiations de l'éréthisme obsessionnel, quel qu'il soit, à la sphère cénestéthique : obsessions émotionnelles; à la sphère sensitivo-sensorielle, obsessions hallucinatoires; à la sphère motrice, obsessions impulsives; à la sphère psychique, obsessions intellectuelles, et les combinaisons possibles de ces variétés entre elles. La combinaison la plus constante et dont on a voulu faire la règle est celle qui comprend un certain degré de participation de la zone antérieure psychique, sous forme de phénomène de conscience plus ou moins complet avec intervention plus ou moins effective des centres phrénateurs qui en dépendent (lutte). Ces centres peuvent être secondairement obnubilés ou en partie absents primitivement ou du moins incomplètement développés (débiles).

Ils peuvent enfin être perturbés et participer à l'éréthisme morbide sous forme de conception délirante associée, ou d'adhésion volontaire à l'impulsion maladive. L'absence congénitale ou l'abolition acquise des fonctions modératrices des centres conscients n'empêche pas l'obsession d'exister avec ses attributs essentiels. Elle peut s'installer définitivement et d'une façon permanente, constituant une sorte de psychose partielle chronique avec démence par extinction des fonctions supérieures rectificatives.

M. Arie de Jong (de la Haye).— Les obsessions, étant généralement des stigmates psychiques de dégénérescence, sont observées quelquefois chez des personnes non dégénérées.

Il n'est pas vraisemblable que les causes des obsessions soient des changements anatomiques pathologiques du cerveau, mais il est plus probable qu'elles sont d'une nature suggestive; que les obsessions sont des auto-suggestions.

Il va sans dire qu'il faut une cause psychique ou une cause de nature somatique par laquelle l'auto-suggestion est provoquée.

Il importe de tâcher de découvrir ces causes, surtout pour le traitement.

M. J. Konstantinowsky (Moscou) pense que l'on peut admettre les obsessions dans le sens de Westphal.

Tous les actes psychiques peuvent revêtir le caractère de l'irrésistibilité. Cependant un seul caractère d'irrésistibilité ne donne pas le droit d'englober tous ces phénomènes dans le vaste cadre des obsessions. Plusieurs symptômes ayant un caractère d'irrésistibilité doivent être rangés, après leur étude clinique, dans les divers cadres des troubles intellectuels. La présence d'hallucinations tant communes que verbales et motrices ne constitue pas un fait caractéristique pour les obsessions avec conscience, car elle se rencontre dans la démence déjà avancée.

Pour la classification des phénomènes psychiques d'un caractère irrésistible (obsédant), il est nécessaire de les apprécier à un point de vue clinique.

L'impulsivité morbide.

M. Marti y Julia (Barcelone). — L'impulsivité vraie est celle qu'on appelle impulsivité morbide; l'impulsivité physiologique n'existe pas.

Ce qu'on appelle impulsivité physiologique n'est que l'évolution complète des arcs fonctionnels psycho-moteurs réflexes, arrêtés dans leur route physiologique chez l'individu même ou dans ses ancêtres.

Par impulsions morbides on qualifie à tort des phénomènes très différents, tels que la réflectivité psychique, la réflectivité psycho-motrice, et les impulsions morbides.

L'impulsion morbide est un trouble pathologique des dégénérés, non pas un stigmate.

Les caractères de l'impulsivité morbide sont :

a) Apparition d'emblée.

b) Défaut d'étiologie psychologique.

c) Absence de rapport avec la personnalité.

d) Résistanee de l'individu à réaliser l'impulsion.

e) Quand l'impulsion ne se réalise pas, il y a de l'angoisse progressive.

f) Après la réalisation de l'impulsion, il y a un sentiment de bien-être physique et de regret pour les résultats de l'impulsion.

h) L'impulsivité morbide est paroxystique.

L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale et les maladies mentales.

M. Bernheim (Nancy). — La suggestibilité est une propriété physiologique du cerveau humain ; c'est la tendance du cerveau à réaliser toute idée acceptée par lui.

Toute idée acceptée est une suggestion. L'hypnotisme n'est pas un état particulier ; c'est la mise en activité de la suggestibilité, avec ou sans sommeil.

La suggestion peut faire réaliser à quelques personnes des actes criminels, soit par impulsion instinctive, soit par hallucination, soit par perversion du sens moral. La suggestion ne peut détruire un sens moral robuste, ni le créer quand il est absent ; elle peut développer les germes bons ou mauvais existants. Un viol peut être commis par suggestion sur une femme, soit dans le sommeil hystérique consécutif aux manœuvres hypnotiques, soit par perversion instinctive et excitation sensible en condition seconde, soit par insensibilité psychique suggérée au sujet.

La suggestion, c'est-à-dire l'idée, d'où qu'elle vienne, s'imposant au cerveau, joue un rôle dans presque tous les crimes.

La faiblesse congénitale du sens moral et une grande suggestibilté facilitent les suggestions criminelles.

Un acte délictueux ou criminel peut être commis dans un état de condition seconde ou vie somnambulique, d'origine hétéro- ou auto-suggestion. De même un faux témoignage peut être fait de bonne foi par auto-suggestion donnant lieu à des souvenirs fictifs.

Le libre arbitre absolu n'existe pas. La responsabilité morale est le plus souvsnt impossible à apprécier. La société n'a qu'un droit de défense et de prophylaxie sociales.

L'éducation doit intervenir pour neutraliser les germes vicieux et opposer un contrepoids de suggestions coercitives.

Génèse psychopathique.

M. Louis Dolsa (Barcelone). — Les psychopathies essentielles (vésanies) n'ont pas d'autre étiologie que l'hérédité. Elles sont, donc, des manifestations nosologiques d'une génération troublée ou pathologique (déterminante d'une entité fixe qui s'appelle dégénéré), évolutionnées par le milieu. Le milieu, cause déterminante de ces états de caducité en évolution, est un élément biologique dont l'activité révèle le dégénéré accomplissant la loi de sélection. Le milieu pathologique est un élément de dégénération ; seulement il peut produire des délires symptomatiques, pas de vésanies. La psychiatrie doit se borner à prévenir, favorisant les régénérations ; mais elle ne peut guérir des étatspathologiques qui sont toujours la manifestation d'un défaut d'origine.

Action analgésique et sédative de la main appliquée en position hétéronome.

M. Ed. Bertran (Barcelone). — L'application hétéronome de la main de l'opérateur exerce une action calmante décidée, évidente et prompte sur les manifestations algiques (névralgies, myalgies, viscéralgies) de la plupart des malades névropathes, surtout des hystériques et neurasthéniques. L'effet est toujours

immédiat et en maint cas définitif. La promptitude et efficacité de cet effet est en raison directe de ce qu'on pourrait appeler *aptitude physico-biologique* de l'opérateur. Il est vraisemblable que ladite action analgésique est due à ce qu'on étudie modernement sous le nom d'*od*; et, par conséquent, il n'est pas aventureux de supposer que l'efficacité du procédé est proportionnelle à la quantité et à l'énergie des *effluves odiques* de l'opérateur.

SECTION DE PÉDIATRIE

Posologie infantile.

M. J. W. Troitzky (de Kiev). — L'auteur montre la nécessité qui s'impose d'établir le dosage des médiacments en se basant non seulement sur l'âge, mais aussi sur le poids des enfants en état de développement. On doit tenir compte des effets des médicaments suivant les conditions à la fois anatomiques et physiologiques du jeune être, on ne doit pas admettre comme critérium certain l'expérience sur l'animal : les effets médicamenteux variant avec les espèces, enfin on doit aussi prendre en considération l'état de chaque système en particulier,

L'auteur termine en donnant une liste de médicaments dont l'influence sur ces jeunes organismes est caractéristique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Bloc (Henri). *Du siège décomplété. Mode des fesses. Etude statistique.* N° 356. (Jouve.)

M. Rivron (Maurice). *De la rupture du sinus circulaire.* N° 385. (Jouve.)

M. Grauval (Harien). *Des anté vèrsions et des latéro versions utérines envisagées au point de vue obstétrical.* N° 384. (Jouve.)

M. Lemichez. *De l'hématocèle para-vaginale. Variété de l'hématome extra-vaginal des auteurs.* N° 208. (Danel, Lille.)

M. Lefebvre (Adrien). *Considérations sur quelques cas de rétention d'urine liée aux déviations de l'utérus gravide.* N° 402. (Maloine.)

M. Parquet. *Contribution à l'étude de la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches.* N° 395. (Carré et Naud.)

M. Lévy. *Considération sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement.* N° 171. (Carré et Naud.)

M. Tarrade (Firmin). *De la tuberculose inoculée buccale. De l'efficacité des phosphates de chaux dans son traitement.* N° 484. (Limoges.)

M. Bloc donne le relevé de tous les accouchements en présentation du siège décomplété, mode des fesses, qui se sont effectués pendant 11 ans à la clinique de la Faculté, soit 175 sur 14 307 accouchements. Dans le même temps il n'y a eu que 135 sièges complets. Ces 175 cas se répartissent entre 100 primipares et 75 multipares.

Chez les primipares on compte 86 accouchements spontanés et 11 interventions;

Chez les multipares, 68 accouchements spontanés et 11 interventions.

Les interventions ont consisté dans l'abaissement prophylactique du pied (15 fois), application d'un lacs (4 fois), le forceps sur la tête dernière (2 fois).

La mortalité maternelle est égale à 0.

Sur 176 enfants (1 grossesse gémellaire) 22 n'ont pas vécu; 6 étaient morts et macérés; 16 sont morts pendant le travail ou pendant leur séjour à l'hôpital. Sur ces 16 enfants 1 était atteint de spina-bifida, deux autres de syphilis. Donc 13 morts sur 176 enfants.

La mortalité fœtale moyenne est par conséquent de 7,62 p. 100, tandis que la mortalité dans les autres variétés de présentation du siège est de 17,14 p. 100, ce qui pourrait s'expliquer par ce fait que le passage de la tête dernière est dans ce cas singulièrement facilité par les dimensions de la circonférence, *acromio-rétro-tibiale*, qui l'emportent toujours de quelques centimètres sur celles de la circonférence sous-occipito-bregmatique, 38 centim. sur 31 centim. pour les enfants de 3 000 grs. 43 centim. sur 33 centim. 1/2 pour ceux de 4 000 gr.

1° En présence d'une présentation du siège décomplété, mode des fesses constatée *avant le début du travail*, on devra tenter la version par manœuvres externes, à plusieurs reprises, aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

2° Si la femme est *en travail*, avant tout engagement il faut encore tenter la version.

3° *A la dilatation complète*, doit-on pratiquer systématiquement l'abaissement du pied? cette manœuvre est souvent inutile, quelquefois impossible.

4° *Le siège étant engagé*, l'abaissement du pied est bien difficile, le crochet mousse est bien dangereux; le forceps ou le lac employés seuls échouent bien souvent. Le meilleur procédé est l'emploi simultané du forceps et du lacs.

Le sinus circulaire, très visible sur la face utérine du placenta, est formé, d'après M. Rivron, par une série de segments de cercle qui ne communiquent pas entre eux. Il peut se rupturer soit pendant la grossesse, soit pendant le travail. Cette rupture s'accompagne d'une hémorrhagie qui peut être interne, externe ou mixte et d'abondance variable. L'utérus est alors augmenté de volume, douloureux; le segment inférieur paraît au toucher normal, non épaissi. D'ordinaire le travail se déclare après la rupture du sinus circulaire, car l'hémorrhagie a pour conséquence le décollement des membranes. Le diagnostic de ces hémorrhagies n'est pas facile; on ne les confondra pas avec celles qui sont dues à un placenta prævia latéral, qui se reconnaîtra au non-engagement de la partie fœtale, aux présentations vicieuses, à l'épaississement des membranes, quelquefois aussi à la rupture prématurée des membranes et à l'accouchement avant terme.

Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant.

En cas d'hémorrhagie sérieuse on a le choix entre le tamponnement et la rupture des membranes, il faut de plus hâter l'accouchement par tous les moyens, le ballon de Champetier de Ribes en particulier. Les injections d'eau salée trouvent dans ces cas une indication très nette.

M. Granval range les antédéviations observées pendant la grossesse en 3 groupes : les antéflexions congénitales; les antéversions chez les multipares ou les prédisposées; les antéversions chirurgicales hystéropexiées. Elles exposent, surtout les dernières, à des accidents divers. Pendant les premiers mois, les complications sont bénignes, douleurs vagues, pollakiurie; quelquefois on note du ténesme vésical, de la rétention d'urine et même l'avortement. Dans les derniers mois l'antéversion s'accentue davantage, une véritable éventration se produit; l'accommodation est gênée et les présentations vicieuses très fréquentes.

Les latérodéviations ont presque toujours lieu du côté droit; elles n'occasionnent d'ordinaire aucun trouble pendant la grossesse. Quand elles sont très prononcées, elles peuvent amener par compression des vaisseaux ou des nerfs. des douleurs, des crampes, des varices et de l'œdème; elles exposent aussi aux présentations de l'épaule et à des retards dans l'engagement de la tête.

Pendant l'accouchement on a noté la rupture prématurée des membranes, des douleurs vives pendant les contractions, la lenteur du travail, enfin des difficultés très grandes dans la dilatation, tous accidents observés après la ventro- et surtout la vagino-fixation. Pendant les suites de couches on a signalé principalement des troubles de la miction, inertie vésicale, rétention d'urine; on peut les attribuer à la torsion du col de la vessie.

D'une étude très consciencieuse sur l'hématocèle para-vaginale. M. Lemichez tire les conclusions suivantes : l'hématocèle paravaginale est rarement sous la dépendance d'une cause générale, elle succède plus souvent à un traumatisme et principalement à une ponction d'hydrocèle, à la blessure du testicule ou à la déchirure d'un vaisseau. On la reconnaîtra aux signes suivants : tumeur piriforme, à base inférieure, recouvrant en partie le testicule qui reste indépendant; tumeur qui présente un *prolongement* le long du cordon et atteignant quelquefois l'orifice ex-

terne du canal inguinal. La résorption spontanée est rare; on observe plus fréquemment l'enkystement. Au début le repos, le relèvement et la compression des bourses, les applications résolutives seront essayés. En cas d'insuccès on aura recours suivant les cas à la ponction ou à l'incision suivie de drainage, à la décortication, à l'excision, voire même à la castration.

M. LEFEBVRE rapporte deux observations fort curieuses de dilatation anormale de la vessie liée à une rétroversion utérine. La vessie avait la forme d'un sablier dont les deux portions renflées, l'une antérieure, rétro-pubienne, et l'autre postérieure, siègeant derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, étaient réunies par un étranglement situé au point culminant de l'utérus rétrofléchi. Il a suffi dans les deux cas d'évacuer régulièrement la vessie et le rectum pour permettre à l'utérus de se redresser. L. conseille donc de traiter tous les cas semblables par le cathétérisme pratiqué avec une sonde longue et flexible; l'évacuation de la vessie devra être faite lentement pour éviter une hémorrhagie vésicale. On aura soin de plus, par des lavements et des purgations, de vider complétement l'intestin.

A côté des causes banales de la rétention d'urine chez les accouchées, telles que le boursouflement du méat, la paralysie de la vessie, le froncement de l'urèthre; la compression vésicale pendant le travail, la distension de la vessie pendant la grossesse, la torsion du col de la vessie etc., l'auteur insiste sur l'influence des rétro-déviations de l'utérus sur la production des rétentions urinaires dans les suites de couches, et cite plusieurs observations à l'appui de son dire; c'est ici surtout que le cathétérisme doit être employé régulièrement et donnera les meilleurs résultats.

La mort subite et la mort rapide dans les suites de couches, d'après M. PARQUET, se présentent dans deux conditions bien distinctes :

I. Dans certains cas on ne trouve à l'autopsie aucune lésion capable d'expliquer la mort; II, dans d'autres, cette lésion est révélée par la nécropsie.

I. Dans la première catégorie, la mort peut survenir 1° *par syncope*, syncope qui serait sous la dépendance d'une myocardite, d'hémorrhagies graves, ou du passage rapide de la position horizontale à la station verticale; 2° par *shock* ou épuisement nerveux comme on en rencontre souvent après les grands traumatismes chirurgicaux. Le chloroforme pourrait dans une certaine mesure, grâce à son action dépressive, amener l'épuisement nerveux. La mort dans ce cas ne survient jamais après le premier jour et bon nombre de décès dus à la septicémie péritonéale post-opératoire ont été mis sur le compte du shock; 3° par *inhibition*, c'est-à-dire par une action réflexe à point de départ utérin et à centre bulbaire, qui déterminerait des phénomènes d'arrêt amenant la mort. Cet accident s'est produit à la suite d'un toucher vaginal, de l'introduction d'une canule dans le vagin etc. et plus fréquemment à la suite d'une injection intra-utérine. Dans ce cas on l'a expliqué par les propriétés irritantes ou par la température trop basse ou trop élevée du liquide, ou par la force trop grande du jet, enfin par une susceptibilité particulière des malades aux excitations utérines.

II. Parmi les lésions constatées à l'autopsie, il faut citer d'abord : *l'entrée de l'air dans les veines :* pour que cet accident se produise 2 conditions sont nécessaires : il faut que l'air pénètre dans l'utérus et que les sinus soient béants. La pénétration de l'air dans l'utérus peut être la conséquence de touchers répétés et surtout de l'emploi de sondes ou de canules incomplètement amorcées. La position génu-pectorale, les mouvements brusques, les accès de rire, les quintes de toux, les grands efforts d'inspiration favorisent l'entrée de l'air dans la cavité utérine. Ce premier pas franchi, l'air pénètre facilement dans le sinus étant donné la perméabilité et la large ouverture de ces lacs sanguins. Ici la mort survient par le mécanisme suivant : le cœur droit est rempli par un sang spumeux et compressible que la systole ne réussit pas à faire progresser. De plus, la circulation est encore gênée par les difficultés qu'éprouve tout liquide mélangé de gaz à traverser un tube capillaire (capillaires du poumon). On a rencontré, de plus, dans le cours de nécropsies des femmes mortes subitement, les lésions les plus variées, dans lesquelles la puerpéralité ne joue qu'un rôle très secondaire *(lésions concomitantes)* telles que : ruptures d'anévrysmes, pleurésie, pleuro-pneumonie, hémorrhagie cérébrale, cardiopathie, symphyse cardiaque, lésions valvuvaires etc.

Enfin c'est l'*infection puerpérale* qui doit être mise le plus souvent en cause. La mort survient alors soit par généralisation foudroyante de la septicémie, soit par retentissement sur les plèvres, la péricarde ou l'endocarde. D'autres fois il se produit sans lésions macroscopiques une altération grave, une véritable paralysie de la fibre cardiaque par les toxines microbiennes; le foie, et les reins jouent dans cette intoxication un rôle prépondérant, dû à la cessation de leurs fonctions émonctoires.

Mais la cause la plus fréquente des morts subites est la *phlébite* infectieuse; toutes les variétés en sont aussi dangereuses, phlébite banale, phlébite latente, phlébite à forme pulmonaire (Pinard), toutes exposent à des embolies et par conséquent à la mort subite. Quelquefois même, ces embolies constituent le premier symptôme de la phlegmasie.

Normalement, d'après M. LEVY, l'utérus est antéflechi, il y a donc lieu de distinguer l'antéflexion *physiologique* et l'antéflexion *pathologique*. Dans ce dernier cas, l'angle de flexion est fixe. En clinique on a pu constater 3 variétés d'antéflexion pathologique : 1° antéflexion congénitale; 2° antéflexion avec métrite; 3° antéflexion avec lésions péri-utérines. Dans la première variété l'application d'une tige intra-utérine de Lefour amènera la cessation des troubles dus à la déviation, c'est-à-dire la dysménorrhée et la stérilité. Quand l'antéflexion est liée à une affection utérine, l'usage du pessaire Lefour devra être précédé par un traitement antiphlogistique. S'il existe en même temps un allongement hypertrophique du col, l'amputation devra être pratiquée avant tout traitement intra-utérin. De même, les lésions annexielles doivent être traitées avant tout; ce n'est qu'après leur guérison que l'on devra s'occuper de l'antéflexion.

On a reproché à l'appareil de Lefour de réaliser mal le drainage de l'utérus; peu de temps après son introduction, a-t-on dit, la muqueuse cervicale se plisse et forme des bourrelets qui obstruent les cannelures. Pour obvier à cet inconvénient peut-être théorique, L. a fait construire un modèle un peu différent, dans lequel on trouve à la fois les cannelures périphériques, et une perforation centrale. L'extrémité supérieure est terminée par une cage fenêtrée; l'extrémité inférieure peut recevoir l'embout d'une canule; on peut ainsi irriguer la cavité utérine avec un liquide approprié.

Des observations recueillies par M. TARRADE, il résulte qu'un sujet sans antécédents héréditaires, peut succomber à la tuberculose acquise à la suite d'une lésion dentaire. Une large perte de substance, une plaie gingivale d'une certaine étendue ne sont pas nécessaires pour amener l'infection. Il suffit d'une simple carie avec déchaussement, d'un aphte ou d'une légère ulcération de la muqueuse pour servir de porte d'entrée au virus tuberculeux. La malignité, la marche rapide de la phtisie, paraissent en rapport avec la quantité de microbes absorbés, avec l'hérédité et l'état de réceptivité du malade.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Coxa vara (Zur Symptomatologie und Therapie der Coxa vara), par BURCHARD. — L'observation que publie l'auteur est intéressante en ce sens que les symptômes de coxa vara du côté gauche apparurent après un traumatisme ayant porté sur la hanche droite. L'auteur admet donc que le traumatisme a eu pour effet d'amener un choc du bassin contre le col du fémur gauche instantanément immobilisé, et, d'exagérer ainsi l'inflexion du col qui existait auparavant.

Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (Weitere 19 mittelst Laparotomie behandelte Fälle von Bauchfelltuberculose), par VALENTA V. MACHTHORN (*Wien. klin. Wochenschr.*,

1897, n° 9, p. 206). — Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 19 nouveaux cas de péritonite tuberculeuse opérés à la clinique du professeur Chrobak (de Vienne).

Ces 19 cas, se rapportent tous à des femmes; il n'y eut pas une seule mort opératoire; mais une opérée succomba, quelques jours après l'intervention, à l'inanition (?), 12 ont guéri complètement, mais deux de ces opérées ont succombé plus tard à la tuberculose pulmonaire, qu'elles présentaient déjà au momoment de l'intervention; un, deux ans, l'autre cinq mois après l'opération. Chez aucune d'elles, il n'y eu de récidive du côté du péritoine.

Chez 3 opérées, la péritonite récidiva au bout de trois à sept mois après la première opération. Elles furent opérées une seconde fois. Deux ont guéri définitivement; la troisième est morte de tuberculose pulmonaire, dont elle était déjà atteinte au moment de l'intervention, 5 mois après la seconde opération; il n'y eut pas de récidive du côté du péritoine.

Sur les 19 opérées, 11 présentaient des signes de tuberculose pulmonaire au moment de l'opération : deux d'entre elles ont complètement guéri; 6, qui ont quitté l'hôpital en apparence guéries, n'ont pu être suivies; 3 ont succombé à la tuberculose pulmonaire. Les 8 autres chez lesquelles l'appareil respiratoire était intact, ont toutes guéri.

Contrairement à Spaeth, l'auteur ne pense pas que la tuberculose concomitante des poumons soit une contre-indication à l'intervention dans la tuberculose du péritoine. Les deux guérisons définitives survenues dans ces conditions et citées plus haut semblent le prouver. En second lieu, dans la forme ascitique de péritonite tuberculeuse, l'opération, en faisant disparaître la lésion abdominale, exerce une influence favorable sur la tuberculose pulmonaire.

Dans 6 cas, la péritonite tuberculeuse était compliquée de lésions probablement tuberculeuses des annexes, ayant provoqué des adhérences telles que l'extirpation des parties malades fut jugée impossible. Trois femmes ont guéri complètement; la quatrième sortit améliorée, n'a pas été suivie; chez la cinquième, revue au bout de 2 ans, la tumeur primitive du petit bassin a pour ainsi dire fondu, et, à l'examen, on ne trouva plus qu'un exsudat de la grosseur d'une noix; le sixième cas est celui d'une malade qui succomba 24 heures après l'opération; l'autopsie montra chez elle l'existence d'un abcès tuberculeux de l'ovaire gauche.

Les suites opératoires ont évolué, chez ces malades, de la façon suivante : chez 15 opérées, la température resta tout le temps à la normale; chez une autre, elle monta une seule fois à 38°; sur 3 qui avaient un mouvement fébrile (38°5, 39°) encore avant l'opération, la température tomba à 37°5 au bout de 3-5 jours chez deux opérées, et resta élevée chez la troisième. De ce fait, l'auteur conclut qu'une température élevée ne constitue pas une contre-indication à l'intervention.

Dans tous ces cas, le diagnostic de péritonite tuberculeuse a été confirmé par l'examen bactériologique.

D'après l'auteur, la laparotomie doit être considérée comme le moyen le plus efficace pour le traitement de cette affection.

MÉDECINE

Eléments particuliers dans les produits syphilitiques (Ueber eigenthümliche, specifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Producten), par F. Winkler (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 17, p. 397). — Sur des préparations microscopiques colorées, faites avec des chancres indurés, des papules syphilitiques, des condylomes plats, des ganglions lymphatiques indurés, l'auteur a constaté la présence de corpuscules sphériques particuliers, ayant les dimensions d'un tiers de leucocytes, et disposés, le plus souvent, deux par deux. Tantôt ils étaient uniformément colorés, tantôt ils présentaient au centre une tache claire. Ils se distinguaient des « Mastzellen » par l'absence de granulations; des lymphocytes mononucléées par l'absence de la bordure de protoplasma; des hématies, par leurs dispositions et leurs dimensions. Ces corpuscules ne possédaient ni noyaux, ni éléments nucléiformes.

Comme ces corpuscules n'existent ni dans les tissus sains, ni dans les tissus atteints d'inflammation ou d'infiltration non syphilitiques, l'auteur se demande si ces corps ne seraient pas des éléments cellulaires organisés ayant des rapports avec le virus syphilitique.

Gangrène du thorax consécutive à la rougeole (Ein Fall von Gangrän der Weichtheile nach Masern), par K. Vunder (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 20, p. 536). — L'observation se rapporte à une petite fille de 2 ans qui, 10 jours après le début d'une rougeole, présenta sous l'aisselle droite, sur la partie latérale du thorax, une plaque de gangrène d'un gris sale, mesurant 4 centimètres de hauteur sur 9 de longueur, La température était de 38°, le pouls fréquent battait 96 par minute. Il existait, en même temps, une diarrhée verdâtre et une stomatite ulcéreuse très étendue. Rien du côté du cœur.

L'incision de la plaque, qui était saillante, donna issue à une petite quantité de pus. Lorsque, sous l'influence d'une cautérisation au chlorure de zinc et des pansements antiseptiques, l'eschare tomba, on put constater que le processus gangréneux avait mis à nu, sur une certaine étendue, le grand pectoral, le grand dentelé et le périoste des côtes sous-jacentes, et envahi le tissu cellulaire qui se trouve sous ces deux muscles.

La cicatrisation de la plaie se fit sans accident, et l'enfant guérit sans troubles fonctionnels, après avoir encore présenté un abcès volumineux de la face interne du bras droit.

D'après l'auteur, la localisation toute particulière de la gangrène tenait à ce fait qu'avant et pendant la rougeole l'enfant avait l'habitude de coucher sur le côté droit. L'affaiblissement de la vitalité des tissus, par le fait de la maladie infectieuse, joint à la compression de l'artère thoracique longue, a donc pu amener la thrombose de ce vaisseau et la gangrène consécutive des parties molles. La gangrène était, dans ce ces, analogue au noma de la bouche, et, si elle a évolué d'une façon relativement rapide et bénigne, cela tenait, d'après l'auteur, à ce que, sur le thorax, il y avait moins de saprophytes que dans la bouche.

Influenza sporadique (Ueber die sporadische Influenza), par O. Lindenthal (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 15, p. 353). — Ce travail, basé sur l'examen bactériologique *post mortem* de 8 cas d'influenza sporadique, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Il existe une influenza sporadique, qui s'observe en dehors des épidémies d'influenza, mais qui possède les mêmes caractères anatomiques et bactériologiques que l'influenza épidémique.

2° Dans la pneumonie influenzique, l'exsudat n'est pas toujours purulent : il existe des cas où il est fibrineux, séreux ou hémorrhagique.

3° Les inflammations des sinus de la face, fréquentes au cours de l'influenza, sont presque toujours produites par les bacilles de l'influenza; les pneumocoques et les autres microorganismes pyogènes, qu'on y rencontre souvent, sont ordinairement le résultat d'une infection secondaire.

4° Les bacilles de l'influenza, dont les dimensions varient suivant les cas, sont reconnaissables aux caractères suivants : ils se décolorent par le Gram, ne cultivent que sur un milieu contenant de l'hémoglobine, ne se développent pas à la température de la chambre ni en l'absence de l'oxygène. Au début, les colonies sont hémisphériques, vitreuses, homogènes, transparentes; mais, au bout de quelque temps, elles s'aplatissent, deviennent bleuâtres et opaques, atteignent un diamètre de 4-5 millimètres, et leur centre devient granuleux.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du psoriasis par l'acide cacodylique,

D'après M. le Dr V. Fournier.

Le traitement interne du psoriasis a été visiblement délaissé par les contemporains. On a préconisé l'application locale d'un grand nombre de substances dont le moindre inconvénient est

d'obliger le malade à enduire des surfaces parfois étendues de sa peau avec un corps gras qui souille infailliblement le linge et les vêtements. Les résultats obtenus n'ont pas été en rapport avec les désagréments de ces procédés thérapeutiques. Aussi s'explique-t-on que M. Gaucher, dans un traité récent, ait pu affirmer que le psoriasis était de toutes les dermatoses celle qui paraissait devoir le plus bénéficier de la médication interne.

Nombreux sont les essais faits en ce sens. On a expérimenté tous les dérivés des phénols, tous les composés salicylés, les combinaisons à base d'antimoine et de soufre, les résineux, la série des préparations mercurielles, le phosphore, l'iode et les iodures, la digitale, l'ergotine, etc. Les succès ont été rares sans compter les dangers auxquels l'usage de plus d'une de ces substances exposait les psoriasiques. Nous devons mettre à part le traitement par l'opothérapie thyroïdienne qui a donné d'incontestables résultats, mais dont les indications doivent être précisées : il y a des psoriasis ou mieux des psoriasiques qui guérissent par la médication thyroïdienne : il en est d'autres sur lesquels elle n'a aucune influence. Cette distinction devra être établie par des travaux ultérieurs basés sur l'examen critique d'un grand nombre de faits. A notre avis, le traitement opothérapique mérite une place à part et porter sur lui un jugement définitif nous paraît prématuré.

Ces réserves faites, nous n'hésitons pas à reconnaître avec M. le Dr V. Fournier (1), que, de tous les médicaments employés contre le psoriasis, l'arsenic est celui qui a donné les preuves les plus réelles de son efficacité. Mais ici encore les combinaisons sont multiples : la raison en est que la plupart des composés arsénicaux en usage sont toxiques ou irritants (Danlos) et ne peuvent être pour ces motifs prescrits aux doses utiles. Le problème consiste à trouver une préparation qui permette d'administrer l'arsenic en quantité suffisante pour être efficace, sans avoir à redouter l'explosion d'accidents d'intoxication aiguë ou chronique (arsenicisme). M. Danlos et son élève V. Fournier croient avoir trouvé la solution demandée, en s'adressant à l'*acide arsénique diméthylé*, connu sous le nom d'*acide cacodylique*.

L'acide cacodylique, très soluble dans l'eau, résiste aux agents oxydants énergiques, n'est pas *vénéneux* malgré la forte proportion d'arsenic qu'il contient (un peu plus de 54 p. 100, c'est-à-dire un peu moins que l'acide arsénieux, et 2,5 fois plus que l'arséniate de soude).

En pratique, on l'administre soit en injections hypodermiques, soit en pilules ou en potion.

Pour la voie sous-cutanée, on emploie une solution d'acide cacodylique à 5 p. 100 soigneusement neutralisée par q. s. de bicarbonate de soude. Si la neutralisation est bien faite, l'injection n'est pas douloureuse : si elle est insuffisante, on a des phénomènes d'irritation. Pour cette raison et aussi à cause de la nécessité d'injecter, dans certains cas, 10 et 12 centimètres cubes de solution (?), M. Danlos abandonna la voie cutanée pour la voie gastrique. Voici les formules.

Pilule avec :

Acide cacodylique	0 gr. 05
Extrait de gentiane	0 gr. 10

pour une pilule.

De 2 à 10 et 12 de ces pilules par jour.

Potion avec :

Acide cacodylique neutralisé (cacodylate de soude)		2 gr. 50
Rhum	ââ	20 gr.
Sirop de sucre	ââ	20 gr.
Eau distillée		60 gr.
Essence de menthe		II gouttes.

de 2 à 6 cuillerées de café par jour.

Comme, dans un certain nombre de cas, les pilules ne paraissent pas avoir été absorbées, il est mieux de faire usage de la potion.

1. V. Fournier, Traitement du psoriasis par l'acide cacodylique, th. de Paris, 1897, n° 606.

Ce traitement est sans danger : tout au plus signale-t-on de la tendance aux selles fréquentes, un peu de céphalalgie. Les résultats ont été excellents dans 12 observations sur 13 rapportées dans le travail de M. V. Fournier.

G. Maurange.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Picrotoxine.

Définition. — La picrotoxine est le principe actif des graines de l'*anarmita cœculus*. C'est une substance très active, d'un maniement difficile par la voie hypodermique.

Solubilité. — Peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool : 1 partie pour 3 parties d'alcool. Insoluble dans les huiles grasses et fixes.

Propriétés thérapeutiques. — La picrotoxine est un *anticonvulsivant*. On l'a employé à ce titre dans l'épilepsie, les névroses avec contractures, l'hystérie, et à une époque où l'on n'avait pas des notions très précises sur le bacille de Nicolaier, contre le tétanos. Actuellement elle est peu usitée. Cependant elle trouve encore des applications dans le traitement de quelques formes rebelles d'hystérie, concurremment avec une médication diététique et hygiénique, l'isolement, l'hydrothérapie. Il faut dire que les résultats favorables obtenus ne l'ont été guère que par la voie gastrique. A noter encore quelques succès dans la sclérose en plaques, où la picrotoxine fait disparaître, quelquefois pour un temps assez long, le tremblement. Mais encore une fois il est rare que la voie sous-cutanée soit choisie, le médicament paraissant aussi bien agir par l'estomac.

Exception doit être faite dans les cas d'empoisonnement par les convulsivants ou les tétanisants. Dans ces circonstances, il faut agir vite et l'injection demeure alors la méthode de choix.

On lui attribue enfin une action favorable contre les sueurs des phthisiques : elle aurait été prescrite avec succès dans des cas où d'autres médications auraient échoué.

Dose. — *Chez l'adulte* : 1 à 5 milligrammes par injection et par 24 heures. Cette dose peut être exceptionnellement portée à 2 centigrammes dans les cas d'empoisonnement.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats.* — Très douloureuse. Sensation persistante de brûlure au point injecté.

b) *Eloignés.* — Souvent, malgré les précautions les plus grandes d'asepsie, demeure une zone d'induration qui peut quelquefois durer longtemps. La région reste sensible, mais il n'y a pas d'irradiation douloureuse dans le membre.

FORMULES

Picrotoxine		0 gr. 01
Alcool à 50°	ââ	5 c. cubes,
Eau *stérilisée*	ââ	5 c. cubes,

Dose : 1 à 3 seringues de Pravaz.

Paralysie glosso-labio-laryngée. Tétanos, contractures. Sueurs des phthisiques.

(Gubler, Westbrook.)

Picrotoxine	0 gr. 40
Acide acétique	1 gr.
Eau *stérilisée*	120 gr.

1 à 5 centimètres cubes contre les empoisonnements par les convulsivants.

(Planat.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INTERNE. — De la pneumonie fibrineuse bilieuse (p. 853). — Sur l'immunisation contre le staphylocoque pyogène doré (p. 854).

REVUE DES CONGRÈS. — *XIIe Congrès international de médecine :* Traitement de la tuberculose (p. 854). — La tuberculose bovine et ses rapports avec la tuberculose humaine. — Genèse des différentes formes du diabète sucré (p. 856). — Trichinose. — Endothéliomes à cellules géantes. — Cancer et maladies à sporozoaires. — Hérédité. — Dégénérescence kystique. — Ferments solubles oxydants. — Recherche de la bile et de l'albumine dans l'urine (p. 857). — Gaz du sang dans les grandes altitudes. — Fixation de l'oxygène sur le sang. — Acidité urinaire. — Glandules parathyroïdes. — Myxœdème (p. 858). — Tumeurs du rein. — Néphropexie. — Cathétérisme des uretères (p. 859). — Lithotritie. — Absorption de la vessie. — Hypertrophie de la prostate. — Fausses cystites. — Splénectomie. — Sarcome de l'épiploon (p. 860). — Hépatopexie. — Suture des plaies artérielles. — Difformités des os. — Gibbosités pottiques. — Cure radicale de la hernie (p. 861). — Fractures du membre inférieur. — Coxalgie. — Injections intra-articulaires. — Résection de l'épaule. — Traitement du lupus. — Cautérisations par l'air chaud. — Luxation congénitale de la hanche (p. 862). — Hématorachie. — Dyspepsie nerveuse. — Hypnotisme. — Hydrocéphalie. — Tumeurs cérébrales. — Kystes muco-dermoïdes de l'ovaire (p. 863). — Cystocèle vaginale. — Castration abdominale (p. 864).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Cirrhose de buveurs (p. 864).

PATHOLOGIE INTERNE

De la pneumonie fibrineuse bilieuse,

Rapport lu au *Congrès de Moscou*

Par le Professeur N. V. Pétrov (de Saint-Pétersbourg).

Jusqu'ici n'est pas encore suffisamment bien élucidée la question à savoir pourquoi la pneumonie aiguë fibrineuse est quelquefois accompagnée de l'ictère. Pour l'explication de ce phénomène, beaucoup de causes ont été mises en avant parmi lesquelles nous citerons les suivantes : 1, stase veineuse du foie, laquelle en comprimant les voies biliaires gêne considérablement l'écoulement de la bile ; 2, l'inflammation catarrhale du duodénum ; 3, l'inflammation catarrhale des conduits biliaires fins ; 4, le ralentissement de l'écoulement de la bile à la suite de l'affaiblissement des mouvements respiratoires dans la pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon droit ; 5, la formation des matières colorantes de la bile au dedans des globules rouges du sang qui sont détruits pendant la résorption de l'exsudat à la période de résolution ; 6, on a voulu enfin attribuer la formation des pigments biliaires dans le sang à l'action hémolitique du pneumocoque de Fränkel.

Afin de contribuer pour ma part à l'élucidation de cette question, j'ai examiné tous les cas de pneumonie fibrineuse accompagnée d'ictère que j'ai rencontrés pendant les deux dernières années ; j'ai mis en parallèle systématique les observations sur tous les cas de pneumonie fibrineuse en général qui se sont présentés à moi durant une certaine période sur la table d'autopsies et j'ai eu recours à l'expérimentation sur les animaux au moyen du diplocoque de Fränkel.

J'ai recueilli en tout 13 cas de pneumonie fibrineuse accompagnée d'ictère. Dans 11 cas la pneumonie s'est localisée du côté droit et dans 2 cas du côté gauche.

Dans tous les 13 cas, j'ai constaté la présence des lésions du côté des voies biliaires. Dans 8 cas s'observait l'inflammation catarrhale du duodénum compliquée dans 2 cas de la cirrhose hypertrophique du foie et dans 5 cas l'inflammation catarrhale des canaux biliaires fins. Dans aucun des 13 cas observés je n'ai pu noter l'existence de stase considérable dans les veines hépatiques.

Ensuite, pour savoir si la localisation de la pneumonie dans le lobe inférieur du poumon droit est capable de provoquer l'ictère, j'ai étudié tous les 67 cas de pneumonie fibrineuse aiguë qui se sont présentés à moi pendant les 4 premiers mois de l'année dernière sur la table d'autopsies. Sur ce nombre la pneumonie s'était localisée dans 63 cas dans le poumon droit. Dans 4 cas le poumon droit était envahi tout entier ; dans 23 cas le processus morbide s'était localisé dans le lobe inférieur. Sur tous ces cas, je n'ai pu constater l'ictère que 6 fois. Dans tous ces cas, cités plus haut, on observait toujours quelques lésions du côté des voies biliaires. Quant à tous les autres cas de pneumonie droite ils ne présentaient absolument aucun ictère. Ces faits ne nous prouvent-ils pas clairement que l'ictère ne se trouve nullement en rapport avec la localisation de la pneumonie dans le lobe inférieur du poumon droit ? Et enfin si l'apparition de la jaunisse avait réellement pour cause l'affaiblissement des mouvements respiratoires, comment s'expliquer le fait qu'on ne l'a jamais notée dans la pleurésie droite classique ?

J'ai rencontré la pneumonie aux différentes étapes de son évolution en commençant par l'hépatisation rouge et en terminant par la résolution. L'absence de l'ictère pendant la période de la résolution de la pneumonie, nous amène à la conclusion que la jaunisse ne se trouve nullement en rapport avec la résorption de l'exsudat, malgré que le foyer d'inflammation atteigne parfois une étendue considérable.

Quant à la réplétion sanguine des veines hépatiques qui, à la suite de leurs dilatations considérable, pourrait être accusée de la compression des canaux biliaires, je l'ai constatée en effet dans les cas notés bien que pas d'une façon bien marquée. Puisque dans les cas non compliquées de lésions du côté du duodénum et des conduits biliaires on n'observait jamais de jaunisse, nous sommes amenés à accepter que l'ictère n'est nullement provoqué par l'hypérémie hépatique, telle qui suit ordinairement la pneumonie lobaire.

Enfin, dans le but d'étudier la prétendue action hémolytique des diplocoques, j'ai eu recours à la voie expérimentale. Le suc d'un poumon hépatisé provenant d'une pneumonie bilieuse a été dilué dans du bouillon et inoculé sous la peau d'un lapin. L'animal est mort au bout de 3 jours. Du sang pris de cet animal et mêlé avec du bouillon a été inoculé à plusieurs autres lapins. Dans le sang de tous ces animaux je n'ai rencontré que le diplocoque lancéolé qui s'y trouvait en quantité considérable ; le même diplocoque a été reçu d'ailleurs, aussi en culture. La rate des animaux inoculés présentait les symptômes d'hématolyse, mais pas trop bien exprimés. L'urine des lapins a été examinée à plusieurs reprises ; elle contenait de l'albumine, mais point d'hémoglobine ni de pigments biliaires. Si la destruction des globules rouges n'est pas suffisamment énergique pour provoquer l'apparition de

l'hémoglobine et de pigments biliaires dans l'urine même des lapins, dans le sang desquels les diplocoques se trouvent cependant en quantité considérable, l'apparition de ces éléments est certainement encore bien moins probable chez l'homme, dans le sang duquel les microorganismes sont beaucoup moins nombreux. Il faut ajouter que j'ai examiné à peu près 30 malades atteints de la pneumonie fibrineuse à ses différentes stades. Dans 3 de ces 30 cas s'observait une légère coloration ictérique des conjonctives. J'ai examiné l'urine de ces 3 et de quelques autres malades; elle ne contenait pas d'hémoglobine ni de pigments biliaires.

Mes observations se trouvent en quelque désaccord avec celles de M. Banti, qui a eu l'année dernière l'occasion d'étudier à Florence plusieurs cas de pneumonie bilieuse. M. Banti trouvait à l'autopsie que la rate présentait des phénomènes d'hématolyse; il constatait en même temps l'absence de lésions des canaux biliaires, de même que l'absence des obstacles à l'écoulement de la bile. En inoculant aux lapins de l'exsudat pulmonaire contenant les diplocoques, M. Banti trouvait toujours de l'hémoglobine et de la bilirubine dans l'urine, mais cette hémoglobinurie qu'on n'observait que pendant les premières inoculations d'un animal à l'autre disparaissait constamment déjà du troisième au sixième transports, malgré que la virulence des bactéries ait été augmentée. Dans la communication de M. Banti (*Centralb. f. Bacteriologie*, Bd. XX et XXIV), nous n'avons pas trouvé d'indications si l'auteur a constaté la présence de l'hémoglobine dans l'urine de ses malades atteints de pneumonie bilieuse. A en juger d'après les observations de M. Banti, on est amené à supposer que les diplocoques acquièrent quelquefois, dans les conditions qui nous sont inconnues, des propriétés hémolytiques très manifestes ne se trouvant d'ailleurs nullement en rapport direct avec leur virulence, et que ces propriétés disparaissent assez vite.

De mes recherches concernant la pneumonie bilieuse je me permets de tirer les conclusions suivantes :

1. L'ictère qu'on observe dans la pneumonie bilieuse, ne dépend nullement de la localisation du processus pneumonique dans le lobe inférieur du poumon droit ni de l'hypérémie hépatique telle qui suit ordinairement à la pneumonie lobaire.

2. Il n'est pas déterminé par la résorption de l'exsudat pneumonique.

3. Il ne se trouve ordinairement non plus en rapport avec les propriétés hémolitiques des diplocoques.

4. Cet ictère est déterminé par les lésions des voies biliaires et se trouve en rapport tantôt avec l'inflammation catarrhale du duodénum, tantôt avec celle des canalicules biliaires, tantôt avec la cirrhose hypertrophique du foie, n'étant en somme que comme une complication tout à fait accidentelle de la pneumonie.

Sur l'immunisation contre le staphylocoque pyogène doré

(*Travail du laboratoire anatomo-pathologique tchèque à Prague*).

Rapport lu au *Congrès de Moscou*,

Par M. le Dr O. KOSE (de Prague).

Dans les deux dernières années, j'ai tâché d'immuniser trois chèvres contre l'infection staphylococcique.

J'ai commencé par injecter, sous la peau de ces animaux des petites doses de culture en bouillon du staphylocoque doré atténuées par la chaleur, puis je procédais aux injections de doses toujours croissantes du microbe virulent et j'ai fini par injecter quelques centimètres cubes directement dans la veine.

A chaque injection, l'animal répond par une élévation de température et par un malaise général.

Ce procédé d'immunisation dure longtemps, et très souvent il arrive des accidents désagréables tels que des abcès, des œdèmes, des arthrites suppurées, etc., qui guérissent quelquefois mais qui souvent amènent la mort de l'animal.

J'ai perdu deux animaux pendant l'immunisation même, tandis que le troisième supporta l'expérience jusqu'au bout. A ce moment j'ai pris une petite quantité de sang qui m'a servi plus tard aux expériences sérothérapeutiques. Malheureusement l'animal ne survécut pas longtemps à cette opération et succomba quelques semaines après à une faiblesse extrême.

A l'autopsie on ne trouva ni dans le sang ni dans les organes aucun foyer staphylococcique pas plus que d'autres lésions graves. Le sérum de l'animal immunisé injecté directement dans l'appareil circulatoire du lapin se montrait tout à fait inoffensif.

Les lapins et les souris auxquels j'ai inoculé une culture virulente du staphylocoque et en même temps du sérum vivaient sans exception beaucoup plus longtemps que les animaux témoins et quelques-uns d'entre eux qui avaient reçu une dose de sérum trois fois plus grande que la dose du microbe virulent restaient vivants et bien portants. Le sérum de l'animal immunisé additionné à une culture en bouillon du staphylocoque, montrait *in vitro* une agglutination très nette encore en proportion de 1 : 200. Les staphylocoques ensemencés directement dans le sérum ne se multipliaient guère, ou à un degré très faible.

En vous communiquant les résultats de mes expériences, j'ai voulu appeler votre attention sur le sérum antistaphylococcique, qui, d'après mon opinion, pourrait avoir plus de chance en pratique que le sérum antistreptococcique : le staphylocoque ne formant pas tant de variétés que le streptocoque.

Quant au phénomène d'agglutination que j'ai remarqué, je pense que par un sérodiagnostic à la manière de Widal, il nous sera possible d'établir dans des cas douteux un diagnostic bactériologique précis, comme par exemple dans les cas d'ostéomyélites, d'endocardites, de septicémies, etc.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

MÉDECINE ET PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Traitement de la tuberculose.

M. Ziemssen (Munich). — L'auteur distingue 2 formes de traitement de la tuberculose : le traitement spécifique et l'aérothérapie. Pour ce qui concerne le premier, l'auteur a employé la tuberculine de Koch sans résultat. Dans la seconde, il distingue le séjour sur les hauteurs et le séjour dans la plaine. Les deux présentent comme avantages particuliers : l'absence de germes et de poussières, une proportion plus grande d'ozone, une pression atmosphérique moindre, moins de mouvements atmosphériques, et, par suite, moins de vent et de courants d'air, action plus énergique des rayons du soleil. Cependant les fiévreux supportent mal ce climat, le voyage fatigant et l'isolement sont également difficiles à supporter. Et d'ailleurs la plupart des avantages que présente le séjour dans les hauteurs se rencontreraient également dans la plaine, dans les bois, si on établissait des sanatoria suivant les conseils de Brehmer, et en nombre considérable.

M. v. Leyden n'a pas encore obtenu de meilleurs résultats avec la nouvelle tuberculine qu'avec les autres méthodes. Néanmoins il ne voudrait pas émettre une opinion définitive sur la valeur du nouveau remède. Cependant il ne faut pas espérer beaucoup de succès dans la thérapeutique de la phthisie. Nous

ne pouvons donc rejeter à l'arrière-plan le traitement de la phthisie par le climat, car il fort possible que dans quelque temps d'ici on trouve un spécifique de la tuberculose. Les résultats du traitement par le climat sont acquis. Le mouvement dans les sanatoria ne doit donc pas subir d'arrêt par suite de l'examen par la tuberculine. On ne doit pas attribuer un effet spécifique à toute espèce de climat. Le climat de la montagne doit toujours être préféré, parce qu'il est le plus rigoureux et fortifie mieux le corps.

Enfin on doit insister surtout sur ce fait qu'il faut guérir le malade dans le climat même qu'il doit habiter ultérieurement.

M. Senator (Berlin). — L'auteur a employé la tuberculine dans une douzaine de cas et il a observé dans quelques cas une aggravation des symptômes, dans d'autres l'apparition de la fièvre. On ne peut donc rien espérer de ce procédé de traitement; d'ailleurs, le traitement par le climat est excellent dans certaines circonstances. A ce point de vue, le séjour dans les hauteurs présente quelques avantages sur celui de la plaine, mais il convient plutôt à ceux qui sont soupçonnés de tuberculose ou à ceux qui en sont au premier degré. L'hémoptysie n'empêche pas ce séjour quand elle n'est pas considérable. L'auteur considère également le climat du bord de la mer, qui se distingue par une faible pression atmosphérique et par l'humidité, et qui convient à certaines formes de phthisie. Quant aux sanatoria, il faut en construire de petits mais en grand nombre. Enfin l'auteur a mis en question l'installation de sanatoria flottants (sur l'eau).

M. Drozda (de Vienne). — Une thérapeutique rationnelle de la tuberculose pulmonaire et de la phthisie consécutive a naturellement plusieurs problèmes à résoudre : il faut détruire les toxines accumulées dans l'organisme par suite de l'invasion des bacilles de la tuberculose, des streptocoques, des staphylocoques, etc., toxines dont l'influence sur les divers organes doit être prise en considération au point de vue séméiologique, et mettre énergiquement obstacle à la production simultanée des pyrotoxines. Ces dernières se reproduisant tant qu'il existe dans le corps humain des micro-organismes virulents, il est clair que ce but ne peut être atteint que par des mesures énergiques, dirigées dans cette direction. C'est par une étude consciencieuse, basée sur l'expérience de longues années, que seront indiquées les remèdes et les voies propres à atteindre ce but et sera éclairci le mode de leur ingérence. Comme, dans une invasion plus considérable, il ne peut être question d'une excrétion immédiate, rapide des microorganismes, il faut chercher à diminuer, autant que possible, la virulence des bactéries qui ont déjà envahi l'organisme, afin de mettre obstacle à leur multiplication ultérieure et à la formation consécutive des toxines; il faut chercher à fortifier progressivement l'énergie vitale des organes affectés, à provoquer le ramollissement lent, puis la solution des adhérences pleurétiques existantes et enfin la dilatation libre des diverses parties des poumons; parallèlement avec ces modifications a lieu progressivement le ramollissement des infiltrations tuberculeuses compactes qui jusque là formaient une barrière solide autour des diverses sections du poumon, y mettaient obstacle à l'échange respiratoire des gaz et les préparaient à une invasion consécutive des micro-organismes; il faudra préciser exactement les remèdes et les voies par lesquels ce but pourra être atteint; enfin, il faut encore rendre non nocifs les micro-organismes qui, par résorption, ont passé dans le système lymphatique, et chercher à prévenir le danger d'une iufection consécutive.

L'auteur, se basant sur une étude consciencieuse de longues années, est ainsi arrivé à la conclusion que les infiltrations tuberculeuses et les processus phthisiques, si l'on intervient à temps et d'une manière appropriée, dans le sens indiqué ci-dessus, sont susceptibles d'une guérison complète, lente, mais certaine. Même à un degré avancé de phthisie pulmonaire, sans espoir de guérison, il y a lieu, par le régime indiqué, d'attendre une amélioration sensible de l'état du malade et une prolongation de la vie.

M. Crocq (Bruxelles). — L'hérédité et la contagion sont les deux causes les plus importantes de la tuberculose. Les anciens accordaient un rôle prépondérant à l'hérédité, tandis que les modernes l'accordent à la contagion. Celle-ci repose surtout sur l'inoculation, la tuberculose en effet se propage surtout par inoculation, et non par l'air. Crocq n'a jamais constaté de contagion d'individu à individu mais plutôt la transmission héréditaire, Rissel en Allemagne, Leudet en France ont fait des observations analogues. Il en résulte que l'on ne doit pas considérer la tuberculose comme une maladie contagieuse, mais surtout comme une déchéance constitutionnelle et héréditaire de l'organisme.

La tuberculose se termine plutôt par la guérison que par la mort. Si celle-ci survient, c'est en raison d'une inflammation qui détermine la propagation des tubercules. Si on pouvait éviter cette inflammation ou la guérir, il y aurait plus de cas de guérison. Nous n'avons aucun moyen d'action contre le bacille, la créosote n'arrive pas à le tuer, et elle présente au contraire quelquefois certains inconvénients, notamment pour l'estomac qu'il faut avant tout ménager. L'auteur a employé avec beaucoup de succès, même dans les cas de tuberculose grave ou compliquée de diabète, l'ergotine et le nitrate d'argent. Ce dernier a une action également très avantageuse sur l'estomac.

La révulsion a été souvent pratiquée dans la tuberculose. Cette méthode s'applique aux cas où la tuberculose est restée stationnaire sous l'influence de lésions périphériques, par exemple de fistules rectales, d'affections articulaires chroniques.

La révulsion sur l'intestin par les purgatifs peut avoir un effet favorable sur la tuberculose pulmonaire, mais si elle est trop longtemps employée, elle détermine des affections intestinales chroniques et devient par cela même nuisible. Mais sur la peau, on peut faire une révulsion énergique (vésicatoires, huile de croton, cautérisations de toutes sortes), particulièrement par le nitrate d'argent qne l'auteur a employé avec succès.

M. Kernig (de Saint-Péterbourg) rend compte du traitement de neuf malades par la tuberculine. L'état de cinq d'entre eux s'est notablement aggravé à la suite. Son opinion est qu'il faut rejeter entièrement l'usage de la nouvelle préparation.

M. Dehio (Dorpat) cite les sanatoria pour la tuberculose dans le Nord de la Russie où de bons résultats ont été obtenus. Il recommande d'en augmenter le nombre.

M. Jawein (de Saint-Pétersbourg) a vu des affections purement locales se transformer en tuberculose miliaire par suite de l'injection de la nouvelle tuberculine, tuberculose qui a rapidement amené la mort. Il est complètement revenu de l'emploi du remède.

M. Gerhardt (Berlin). — Les observations faites avec la nouvelle tuberculine ne sont pas encore assez concluantes pour pouvoir en fixer définitivement la valeur. Il ne faut donc employer ce moyen que sur la demande formelle du malade, et après que celui-ci a été mis au courant des dangers que présente son application. Les observations faites par Gerhardt ont été souvent négatives et quelques-unes ont eu des suites funestes, Tous les médicaments employés dans la phthisie ont complètement échoué. Ce n'est que l'air pur qui agit dans le traitement par le climat, et non par la hauteur ou la mer. Le résultat obtenu dans le Sanatorium érigé auprès du lac de Grabow, près de Berlin, par la Société de la Croix-Rouge, fut, que 20 p. 100 des phthisiques soumis au traitement eurent une amélioration telle que, s'ils ne furent pas guéris rapidement, ils purent au moins reprendre leurs occupations.

M. V. Schépotiew (Constantinople). — Le véritable traitement de la tuberculose — le traitement hygiénique et diététique — ne peut se faire que dans des établissements spéciaux, établis à une distance suffisante des agglomérations urbaines. L'air pur et le soleil étant les plus grands ennemis de la tuberculose, il faut choisir pour les sanatoria un climat qui donne par jour le plus grand nombre d'heures possibles à la cure au grand air. Chaque grande ville devrait hospitaliser les phthisiques pauvres dans des sanatoria spéciaux, situés hors de la ville, dans des conditions favorables au traitement de la tuberculose. *(Section d'hygiène.)*

M. Michaelis (Berlin) rend compte des recherches faites à la clinique de M. Leyden au sujet de la présence des bactéries dans le sang des phthisiques et des résultats de ces expériences par rapport à la diazoréaction. Dans huit cas graves sur dix, l'examen du sang permit de reconnaître des staphylocoques.

MM. Kimla, Poupé et Vésely. — Le bacille de la tuberculose cultivé ne montre pas toujours la même virulence ni les mêmes qualités végétatives. Il s'affaiblit à la suite de plusieurs cultures successives sur glycérine en proportions déterminées,

il pousse dans les milieux nutritifs neutres faiblement alcalins ou facilement acides. Dans des conditions déterminées, les exigences du bacille sont minimes en ce qui concerne la quantité et la qualité des matières nutritives. Pour ce qui concerne sa morphologie, les observations de Fischl et de Copen-Jones sur son polymorphisme sont justes. Les bacilles de la tuberculose humaine et aviaire ne sont que deux variétés de la même espèce. Les auteurs ont fait des expériences sur l'action de la tuberculine en l'injectant à des animaux et à des hommes tuberculeux; ils ont employé la tuberculine de Koch, mais sans extrait de viande et avec une forte proportion de glycérine : chez les animaux tuberculeux, cette tuberculine provoque une réaction locale et générale, mais ne les tue qu'à la suite de doses trop fortes; chez les hommes, dans beaucoup de cas de lupus, elle produit l'amélioration générale du processus, toutefois elle ne guérit et n'empêche pas les récidives, mais aussi elle ne provoque pas les accidents que donne la tuberculine de Koch.

La tuberculose bovine et ses rapports avec la tuberculose humaine.

M. Nocard (Alfort). — La tuberculose des animaux ne diffère en rien de celle de l'homme. La tuberculose de l'homme peut être expérimentalement inoculée aux bovidés et elle provoque chez eux des lésions semblables à celles de la maladie naturelle. D'autre part la tuberculose bovine peut se transmettre à l'homme d'abord par le lait, mais seulement quand la mamelle renferme des tubercules, et aussi par contagion naturelle, par séjour habituel parmi des vaches tuberculeuses. C'est la contagion qui le plus souvent propage le mal, le rôle de l'hérédité étant insignifiant et pratiquement négligeable, mais la contagion ne se réalise que par un contact intime et prolongé; grâce à la tuberculine il est possible d'éviter la contagion en isolant les animaux reconnus sains et en abattant les animaux malades. Ceux dont les lésions seraient récentes et très peu étendues peuvent être conservés, mais ils doivent surtout être préparés pour la boucherie, de façon à ce que le propriétaire puisse s'en débarrasser, au meilleur compte, le plus tôt possible.

M. Ch. Morot. — A mesure que l'inspection sanitaire s'étend et s'améliore dans une partie des abattoirs publics, on reconnait de plus en plus que la tuberculose règne dans un nombre considérable d'exploitations agricoles, où la plupart du temps elle n'était même pas soupçonnée par les propriétaires de ces établissements. Il y a là, au point de vue de l'hygiène populaire et de la fortune publique, un danger effrayant, qui ira encore en s'accentuant si l'on reste les bras croisés devant lui ou même si l'on se borne à le combattre mollement. En conséquence, il est urgent de s'opposer, par tous les moyens rationnels connus, à l'extension de la tuberculose animale; il faut, avant et après la mort, prendre des mesures sérieuses, contre toutes les bêtes portant le germe de cette redoutable affection.

M. V. C. Vaughan (Michigan, Amérique) recommande les moyens suivant suivants pour empêcher la tuberculose de s'étendre :

1° Tout laitier n'a le droit de vendre son lait que muni d'un permis. Ce permis ne doit être accordé qu'après une parfaite inspection du bétail faite par un vétérinaire compétent. Cet examen doit être complété par une épreuve au moyen de la tuberculine et tout animal malade doit être tué.

2° Tout bétail destiné à l'alimentation doit être soumis à l'examen d'un vétérinaire compétent.

3° La désinfection des crachats de personnes atteintes de tuberculose pulmonaire, est indispensable et ces personnes ne devraient jamais expectorer dans les rues et dans les voitures publiques.

4° Les maisons ayant été habitées par des phthisiques doivent être désinfectées.

5° Le gouvernement devrait se poser comme devoir de construire, d'organiser et d'entretenir des hôpitaux pour les indigents atteints de tuberculose. Ces hôpitaux doivent se partager en deux classes : ceux destinés aux incurables et ceux pour les malades susceptibles de guérison.

6° Puisque la tuberculose, prise à temps est, comparativement parlant, une maladie facile à guérir, les personnes qui en sont atteintes devraient, au moins une ou deux fois par an, se faire ausculter par un médecin compétent. Le gouvernement devrait donner aux pauvres les moyens d'en agir ainsi. (*Section d'hygiène.*)

Genèse des différentes formes du diabète sucré.

M. Lépine (de Lyon) rappelle que chaque cas de diabète est constitué par plusieurs éléments pathogéniques dont l'importance est variable. Il étudie principalement : l'azoamylie, l'excès de protéolyse primitive de la glycogénie sans glycogène, le défaut de transformation du glucose en graisse, la diminution du ferment glycolytique et l'élément rénal du diabète.

Il conclut en montrant que ces différents éléments existent tous, ou presque tous, dans les différentes formes du diabète, mais, chacun intervient plus ou moins, selon les cas : dans le diabète pancréatique, par exemple, il y a azoamylie (Hédon, Minkowski), diminution du ferment glycolytique (Lépine), diminution de la formation de la graisse (Weintraud et Laves), diminution de la formation du sucre (Kaufmann); dans le diabète nerveux, dont la pathogénie est d'ailleurs encore moins connue, il y a, au moins, azoamylie (Naunyn), exagération de la glycogénie hépatique (Cl. Bernard), diminution du ferment glycolytique (Lépine); on ignore s'il y a diminution de la formation de la graisse; enfin, d'après Chauveau et Kaufmann, il y aurait probablement inhibition de la sécrétion interne du pancréas, mais qui, en tout cas, ne suffit pas à expliquer les effets obtenus, attendu que, d'après Hédon, la piqûre du bulbe exagère l'hyperglycémie et la glycosurie produites par l'ablation du pancréas. Ce fait a été confirmé par Kaufmann.

M. Pavy. — Le diabète consiste en résumé en un vice d'assimilation par l'organisme animal des hydrates de carbone.

Comparaison faite entre un sujet bien portant et un diabétique après l'ingestion de matériaux sucrés, nous voyons qu'à l'état de santé cette dernière ne fait que répondre aux exigences de l'organisme; chez le diabétique, le sucre est éliminé avec l'urine ainsi qu'une matière inutile.

Les hydrates de carbone doivent nécessairement passer sous la forme de sucre par le système vasculaire avant d'être excrétés par l'urine.

L'examen de l'urine qui y révèle la présence du sucre indique que le sang en est aussi chargé. Chez un sujet bien portant le mode de nutrition n'exerce aucune influence sur la composition du sang et de l'urine, mais si, pour une cause quelconque, le sucre apparaît dans la circulation générale, il se retrouve sûrement dans l'urine.

Le premier point à observer pour prévenir la glycosurie est par conséquent d'empêcher l'apparition du sucre dans la circulation générale. C'est à quoi l'organisme sain arrive par un travail d'assimilation, accompagné de transformation graisseuse et de synthèse en un glycoside albumineux.

La forme alimentaire (légère) du diabète est le résultat d'un travail d'assimilation défectueux. Le degré de l'altération varie suivant la gravité du cas.

Le traitement doit viser au rétablissement de la force assimilatrice de l'organisme, rétablissement qui s'accomplit proportionnellement à la quantité d'hydrate de carbone pouvant être ingérée sans être suivie d'excrétion de sucre par l'urine.

Quand ce résultat est obtenu, l'organisme exige une alimentation sucrée dans la mesure de ce qu'il peut utiliser et si ces velléités ne sont pas satisfaites il commence à péricliter en force et en volume.

L'apport des matériaux sucrés doit être nécessairement subordonné au degré de la force d'assimilation, en d'autres termes, ne jamais atteindre la quantité pouvant amener du sucre dans l'urine.

Les mauvais effets d'une diète diabétique erronée.

Le point principal à observer dans le traitement c'est de maintenir l'urine exempte de sucre et de tâcher d'équilibrer les dépenses de l'organisme. C'est à la présence anormale du sucre dans le sang, qu'il faut attribuer les symptômes du diabète.

Dans la forme grave du diabète qui atteint les sujets jeunes, à côté du sucre provenant d'un défaut d'assimilation des hydrates de carbones de la nourriture, se trouve le sucre produit par la désorganisation des glycosides albumineux du corps.

Sur l'accroissement des cellules éosinophiles dans la trichinose.

M. Thayer (de Baltimore). — Il s'agit de 2 cas de trichinose observés en 1897 à l'hôpital de John Hopkin. Le premier présentait tous les symptômes cliniques du mal; on trouva la trichine dans le biceps. L'examen du sang donna les résultats suivants : globules rouges, 4 232 000; globules blancs, 16 500; parmi ces derniers 5 p. 100 de mononucléés; 50 p. 100 de neutrophiles et 38 p. 100 d'éosinophiles. Le nombre des leucocytes oscillait entre 13 000 et 3 500 pendant la maladie, celui des globules éosinophiles entre 38 p. 100 et 68 p. 100 (un mois après le début de la maladie). Dans le second cas, on ne soupçonna la trichinose que par l'accroissement des leucocytes éosinophiles. Il y eut 5 000 000 de globules rouges; 13 000 globules blancs, 11 p. 100 de petits globules mononucléés, 5 p. 100 de gros mononucléés, 37 p. 100 de polynucléés neutrophiles et 47 p. 100 d'éosinophiles. L'examen du muscle, fait ensuite, permit de trouver la trichine.

Endothéliomes à cellules géantes.

M. A. Glöckner (de Genève). — L'auteur parle de 2 cas d'endothéliome dans lesquels il observa la présence de cellules géantes à un ou plusieurs noyaux, et de cellules géantes à gros noyaux. Le premier cas comprend un endothéliome primitif du péritoine (publié dans le tome XVIII de la *Zeitschrift für Heilkunde*) (*Journal de thérapeutique*, 1897); le second cas un endothéliome primitif des ganglions lymphatiques du côté gauche avec métastase à l'ovaire gauche, à l'utérus et à tous les groupes de ganglions lymphatiques abdominaux. Les deux tumeurs présentent une structure nettement alvéolaire sans travées intercellulaires. Les cellules présentent elles-mêmes, pour la majorité, des formes cubiques, cylindriques et variées, une apparence exquise d'épithélium et la grandeur que l'on trouve généralement dans les cellules du carcinome glandulaire. Les cellules géantes possèdent en partie plusieurs noyaux relativement petits et répondant au type décrit par Bang et Chiari, en partie, un seul noyau atteignant souvent la grosseur de 80 millimètres et d'aspect sombre. Le corps protoplasmique des plus grosses cellules peut avoir jusqu'à 120 millimètres. Pour ce qui concerne leur raison d'être par rapport aux autres cellules du néoplasme, l'auteur admet dans leur formation une complète analogie avec la formation des petites cellules et ne peut plus les considérer comme des formes de dégénérescence parce qu'elles ne présentent que rarement des transformations régressives, et qu'en outre, puisqu'on y constate le phénomène de la karyokinèse, elles possèdent la faculté de se reproduire et de proliférer.

Quant à la formation des cellules géantes à plusieurs noyaux, l'auteur croit pouvoir l'expliquer par la division du noyau primitif, mais qui n'a pas été suivie par une division correspondante du protoplasma, tandis que les noyaux géants résultent de la fusion en un seul de plusieurs noyaux plus petits subissant eux-mêmes la karyokinèse après leur développement.

Pathogénie et histogénèse du cancer et des maladies à sporozoaires (clavelée, variole, vaccine, syphilis, trachome).

M. F.-J. Bosc (de Montpellier). — L'élément causal des tumeurs malignes, d'après M. Bosc, est les coccidies : de nombreuses expériences seraient parait-il, très concluantes à cet égard; aussi l'histogénèse des tumeurs devient-elle d'une interprétation plus facile : le cancer est donc une néoplasie inflammatoire produite par la prolifération de l'hypertrophie des cellules en présence d'un agent d'irritation de la classe des sporozoaires; dans un nombre considérable de maladies non microbiennes (clavelée, variole, vaccine, syphilis, trachome), on retrouve des lésions et des formes parasitaires identiques à celles des cancers. Il paraît donc indéniable, maintenant, qu'il existe une longue série de maladies causées par des sporozoaires dont les formes d'évolution sont variables et qui constituent en général, des maladies à marche chronique pouvant persister longtemps ou même indéfiniment dans l'organisme.

Théorie de l'hérédité.

MM. Hillemand et **Petrucci** (de Paris). — L'auteur commence par rappeler que Magendie, Cl. Bernard, Vulpian ont démontré la prépondérance du système nerveux dans les domaines physiologique et pathologique. Dans la théorie de l'auteur, le système nerveux devient l'agent principal de l'action de chaque individu sur l'espèce; l'hérédité des caractères acquis se réduit pour lui à une action réflexe spéciale du système nerveux sur les cellules germinatives.

La pathologie et surtout les résultats de la pathologie expérimentale viennent à l'appui de cette manière de voir. L'auteur cite des faits de transmission héréditaire de l'épilepsie expérimentalement provoquée chez des cobayes par l'hémisection de la moelle. Enfin la castration montre l'intime liaison qui existe entre l'épithélium germinatif et le reste de l'économie; pour expliquer que l'ablation des cellules germinatives puisse arrêter le développement du larynx, des poils, il faut intervenir, un trouble local du système nerveux se généralisant et se répercutant sur l'ensemble du corps.

De la dégénérescence kystique des organes glandulaires.

M. Kimla. — L'auteur, examinant une série de cas de dégénérescence kystique des organes glandulaires, est arrivé à cette conclusion, qu'aucune des théories actuelles de l'origine de la dégénérescence kystique n'est soutenable. Il regarde la vraie dégénérescence kystique comme le résultat d'un développement anormal de l'organe glandulaire. Dans les premiers temps de l'évolution embryonnaire, la partie mésodermique dudit organe s'accroît aux dépens du tissu épithélial et désorganise les formations glandulaires, jusqu'à présent primitives, soit totalement, soit partiellement en segments épithéliaux. Ces derniers étant séparés de la continuité organique se développent ensuite indépendamment, d'une part en kystes communs, d'autre part en formations d'apparence kystadénomateuse : mais il ne faut pas les confondre avec les formations kystoïdes et kystes par rétention qui se développent plus tard dans le parenchyme resté en fonction.

L'auteur a examiné avec le plus grand soin la dégénérescence kystique des reins et du foie. Pour lui, la bronchectasie congénitale dans le sens de Grawitz (du moins la plupart des cas dans lesquels il s'agit des kystes fermés), de même quelques cas de la cirrhose de Corrigan unilatérale chez les adultes ne sont que la vraie dégénérescence kystique du poumon, étiologiquement et anatomiquement, complètement identique avec la dégénérescence kystique du rein, du foie, du poumon, du pancréas, de la glande mammaire, du testicule, de l'ovaire, et résume tous les arguments à l'appui desquels il a conclu à la théorie ci-dessus.

Sur les ferments solubles oxydants de l'organisme.

MM. Abelous et **Biarnès** (de Toulouse). — Nous avons cherché si, chez les animaux, il n'existait pas un ferment oxydant présentant des propriétés analogues à la laccase, décrite par Bertrand chez les végétaux. Nous avons pu montrer la présence d'un pareil agent d'oxydation chez l'écrevisse et le homard. Il existe aussi chez les mammifères, mais avec quelques digérences. Le poumon et la rate d'un chien, dont les organes ont été rendus complètement exsangues par un lavage prolongé, permettent d'obtenir directement la réaction d'oxydation de l'acide gaïaconique.

Il existe donc chez les mammifères, en proportion variable suivant les organes, les espèces et mêmes les individus, une substance oxydante insoluble dans l'eau, soluble dans les solutions salines neutres. Au contraire, la diastase oxydante des crustacés est soluble dans l'eau.

Recherche de la bile et de l'albumine dans l'urine au moyen de l'asepsol.

M. Barral (de Lyon). — L'asepsol est un réactif très sen-

sible de l'albumine, dont il peut déceler $0^{gr}003$ à $0^{gr}005$ par litre d'urine. La mucine seule donne, outre l'albumine, un trouble avec l'asepsol; mais ce trouble disparaît par l'ébullition.

L'asepsol, superposé à l'urine biliaire, donne à la surface de séparation une coloration verte; cette réaction est plus sensible que celle fournie par l'acide azotique.

Gaz du sang chez les animaux vivant dans les grandes altitudes.

M. Viault (de Bordeaux). — J'ai fait au Pic-du-Midi des expériences sur des animaux importés depuis peu (10 ou 15 jours) dans la montagne, et j'ai examiné la teneur de leur sang en oxygène avant leur départ pour la montagne, puis après un séjour d'altitude de 15 jours. Sur 3 chiens ainsi examinés, la richesse du sang en oxygène n'a pas varié, donnant la preuve que l'organisme s'adapte spontanément et rapidement à ces nouvelles conditions d'existence.

Sur la fixation de l'oxygène sur le sang des animaux.

M. Biarnès (de Toulouse). — Il y a toujours, chez les animaux supérieurs, une réserve d'hémoglobine que l'animal n'utilise qu'autant que la capacité respiratoire de son sang pour l'oxygène est troublée. Si l'on vient à abaisser, soit par la saignée soit par des inhalations d'oxyde de carbone, la capacité respiratoire du sang d'un animal, on observe que la richesse en oxygène du sang n'a pas sentiblement varié, mais que le coefficient respiratoire de cet animal, c'est-à-dire le rapport de l'oxygène que renferme ce sang à celui qu'il renferme lorsqu'il en est saturé, se rapproche de plus en plus de l'unité, au fur et à mesure que l'on supprime ou détruit son hémoglobine. Et la nutrition générale de l'animal n'est troublée (trouble manifesté par l'abaissement très rapide de la température), qu'autant que la capacité respiratoire de l'animal s'est abaissée au-dessous de la valeur en oxygène que renfermait son sang avant toute expérience. L'organisme des animaux supérieurs maintient donc fixe autant qu'il le peut la valeur en oxygène de son sang artériel, malgré les troubles apportés à la nutrition générale.

De l'acidité urinaire et des procédés employés pour sa détermination.

MM. Berlioz, Lépinois et **Michel**. — Il serait nécessaire d'adopter, pour la mesure de l'acidité urinaire, un procédé unique, bien défini, afin que les résultats publiés par différents expérimentateurs fussent toujours comparables. En effet, il est bien difficile, en examinant les données actuellement connues, d'en tirer les conclusions certaines que réclame la séméiologie urinaire; les résultats obtenus à l'aide de procédés variés sont exprimés tantôt en acides chlorhydrique, oxalique, phosphorique, etc., tantôt en alcalis, potasse ou soude.

Quelques-unes des méthodes les plus employées sont longues et compliquées, parce qu'elles visent à des résultats exprimant l'acidité d'après la nature même des substances qui la déterminent. Dans l'hypothèse que l'acidité urinaire n'est due qu'aux phosphates acides monométalliques, les méthodes en question ont pour but le dosage de l'acide phosphorique contenu dans l'urine sous forme de phosphates acides. Or, ces sels ne sont pas les seuls facteurs de l'acidité urinaire ; Capranica a montré que les pigments ont une réaction acide non négligeable; en outre, il existe dans l'urine des acides organiques dont l'influence n'est pas encore, il est vrai, parfaitement établie.

Les auteurs proposent donc de mesurer l'acidité urinaire (envisagée à un point de vue tel qu'il n'est pas tenu compte de la nature de ses déterminants) à l'aide des anciennes méthodes convenablement modifiées : ils ajoutent à l'urine une quantité connue de potasse et quelques gouttes d'une solution de phtaléine; ils dosent ensuite la potasse non combinée aux substances acides de l'urine, avec une solution titrée d'HCl.

Suivant ces auteurs, l'HCl doit être préféré à tous les autres acides pour exprimer l'acidité urinaire : d'abord parce qu'il est monobasique et qu'il ne présente pas, comme l'acide phosphorique, l'inconvénient d'avoir plusieurs degrés de neutralité; ensuite parce que la production de cet HCl dans l'estomac règle les variations de l'acidité urinaires (d'après les expériences de Maly, Sticker et Hübner).

En terminant, ils énumèrent les principales notions que l'on possède actuellement sur les variations de l'acidité urinaire; ils ont aussi calculé les moyennes suivantes, d'après un grand nombre de déterminations.

Acidité urinaire en HCl :
Homme, 1 gr. 40 par litre; 1 gr. 83 par 24 heures.
Femme, 1 gr. 20 par litre; 1 gr. 54 par 24 heures.
Chez les diabétiques, ces moyennes sont plus élevées :
Homme, 1 gr. 33 par litre; 2 gr. 52 par 24 heures.
Femme, 1 gramme par litre; 1 gr. 92 par 24 heures.

Chez les goutteux et les rhumatisants, l'acidité est également plus élevée que normalement.

Sur les glandules parathyroïdes.

M. Gley (de Paris). — Nous devons nous demander en quoi consiste la fonction des glandes thyroïdiennes, dont, comme l'on sait, l'extirpation, chez les animaux, suffit à amener la mort. Cette fonction est-elle toute la fonction thyroïdienne?

Depuis la découverte de Baumann, l'iodothyrine doit être considérée comme un produit de sécrétion caractéristique de la glande thyroïde. Or, j'ai trouvé dans les glandules parathyroïdes du lapin et du chien beaucoup plus d'iode que dans la glande thyroïde.

Les glandules font donc partie de l'appareil du système thyroïdien. Il faudra voir maintenant quelle est leur relation exacte avec la glande thyroïde.

Physiologie pathologique du myxœdème.

M. Gley (de Paris), rapporteur. — D'après l'auteur, les symptômes du myxœdème ne relèvent pas tous d'un affaiblissement du chimisme intracellulaire, mais ils sont en partie d'origine toxique; malheureusement la substance toxique supposée reste toujours inconnue; cependant il ne serait pas invraisemblable que l'iodothyrine, tout en exerçant sur les échanges une action spécifique, jouât le rôle d'un antidote à l'égard de la toxine hypothétique du myxœdème.

M. Gley admet deux parties dans l'appareil thyroïdien : la glande et les glandules.

Or si l'on veut faire le traitement chirurgical du myxœdème, il importe que l'opérateur connaisse bien le siège exact de ces glandules pour les laisser en place afin qu'il n'y ait plus d'accident post-opératoire (ces glandules étant la partie essentielle de l'appareil thyroïdien).

M. Ewald (de Berlin), *co-rapporteur*. — La lésion anatomique principale du myxœdème, consiste en une dégénérescence du corps thyroïde, dégénérescence qui le plus souvent revêt la forme de l'atrophie. Les altérations de la peau et des nerfs, en particulier du système nerveux central doivent être considérées comme secondaires.

La glande thyroïde est un organe important, destiné probablement à régler le métabolisme des tissus. Elle puise dans le sang une substance colloïde particulière, agissant à l'instar des ferments et qui, en passant dans les sucs de l'organisme, influence les échanges intra-organiques soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du système nerveux.

On a prétendu que la fonction du corps thyroïde ne vise que la destruction des produits toxiques résultant de la désintégration des tissus et que le sang charrie vers cette glande. Or, les succès de l'opothérapie thyroïdienne sont un argument contre cette hypothèse.

Les affections du corps thyroïde ayant pour effet de supprimer la fonction de cet organe amènent des troubles nutritifs graves qui, à leur tour, engendrent une série de phénomènes morbides, notamment d'ordre nerveux. Ainsi s'expliquent les symptômes du myxœdème et de la cachexie strumiprive.

Les faits qui prouvent le bien fondé de cette théorie sont de deux ordres :

C'est d'abord que le myxœdème post-opératoire dépend manifestement de l'extirpation totale du corps thyroïde et de ses glandules accessoires.

C'est ensuite que, par l'injection de corps thyroïde frais ou d'extrait thyroïdien, on parvient soit à enrayer, soit à éviter avec une certitude presque absolue les symptômes du myxœdème et de la cachexie thyroïprive chez l'homme et aussi, d'après le témoignage de la grande majorité des auteurs, chez les animaux.

Une opinion contraire a été exprimée tout récemment par M. Stabel qui a fait dans le laboratoire de Munk des expériences sur l'action de l'iodothyrine chez les chiens thyroïdectomisés. Sur 21 expériences, 3 fois seulement M. Stabel a constaté un certain effet, d'ailleurs assez douteux, de cette préparation de la survie des animaux opérés, tandis que dans les autres cas, les chiens ont succombé malgré de fortes doses d'iodothyrine qui, parfois, étaient même administrées avant de procéder à l'extirpation de la glande. Ces résultats, ainsi que l'assertion de Munk qui nie l'importance du corps thyroïde pour l'organisme, sont en opposition formelle avec l'expérience clinique qui montre que l'ingestion de corps thyroïde frais ou de ses préparations, a pour effet de stimuler d'une façon manifeste le chimisme intracellullaire.

Malgré tout, nombre de questions relatives à la physiologie de la thyroïde et à la pathologie du myxœdème restent encore ouvertes, et il est regrettable que nous ne possédions pas encore une connaissance suffisante de la substance active élaborée par cette glande.

CHIRURGIE

Tumeurs du rein.

M. O. Bloch (Copenhague). — Dans un grand nombre de cas où l'auteur n'a pu arriver à un diagnostic certain par les moyens d'exploration habituels il a pratiqué la biopsie du parenchyme du rein supect. M. Bloch croit que ce procédé est important au point de vue de la méthode conservatrice dans la chirurgie rénale, car on serait dans le cas d'extirper le rein sur le simple soupçon de l'existence d'une tumeur qui, examinée au microscope, présente seulement une infiltration d'ordre inflammatoire.

M. Küster (Marburg). — La néphrectomie dans les tumeurs malignes des reins donne encore de mauvais résultats quoique la mortalité, qui était de 60 p. 100, soit tombée à 41 p. 100; mais il n'y a que 16 p. 100 de guérisons durables. L'amélioration de cet état de choses résulte du diagnostic fait d'une façon précoce. Ce diagnostic se fait surtout par la palpation, procédé qui s'applique particulièrement aux cas où la tumeur se trouve au milieu ou à l'extrémité supérieure du rein et cela arrive souvent. L'auteur distingue trois groupes de tumeurs malignes des reins qui sont bien caractérisés : 1° les cancers; 2° les sarcomes, surtout dans le jeune âge; 3° la scrofulose des capsules surrénales. Il faut opérer les tumeurs mobiles, les tumeurs adhérentes ne sont plus à opérer.

Quant aux tumeurs semi-mobiles, l'auteur recommande de les opérer par la méthode transpéritonéale.

M. Tuffier a à son actif 156 opérations sur les reins. Le mode opératoire est suffisamment établi, la question des indications n'est pas encore élucidée. Tuffier a fait autrefois un grand nombre de néphropexies, mais il a abandonné peu à peu ce genre d'opérations. Il a restreint autant que possible les indications de ladite opération, de sorte qu'il ne la pratique guère plus de 2 ou 3 fois par an. Il partage ainsi l'opinion d'Israël que, dans la plupart des cas, le rein flottant n'est qu'un simple symptôme d'un état morbide général. Parmi 30 néphrectomies, il a pratiqué quantité de résections partielles, et avec succès, quand il y avait des tumeurs bénignes. En plus de la résection totale, il a pratiqué encore le morcellement du rein, d'après Péan, et a fait la ligature du pédicule vasculaire. Aux 30 néphrectomies avec une mortalité de 30-26 p. 100, il oppose 34 néphrectomies. Dans les cas de suppuration, il préfère la néphrectomie à la néphrotomie, et dans les traumatismes Tuffier conseille la méthode conservatrice.

Pour la tuberculose, il se range à l'avis d'Israël, et dans la tuberculose primaire il conseille la néphrectomie pour éviter des opérations ultérieures (15 cas). La question du traitement de l'hydronéphrose est encore pendante. Il opère les très grandes hydronéphroses sans pénétrer dans la cavité péritonéale; les hydronéphroses intermittentes sont traitées par lui avec succès par la néphropexie. Il a opéré deux cas d'hémato-hydronéphrose. Il n'a pas pu obtenir de bons résultats dans les cas de tumeurs malignes par suite d'intervention tardive.

M. Israël (Berlin). — Dans toutes les néphrectomies faites par l'auteur, il y a eu 20 p. 100 de morts; dans celles faites pour tumeurs malignes, 12,5 p. 100 seulement. Ce résultat est dû à ce que le diagnostic a été nettement établi par la palpation et la cystoscopie, et à ce que l'extirpation de la capsule adipeuse et du rein lui-même a été pratiquée. Quant à sa méthode de palpation, il ne l'a jamais présentée que comme un moyen pour éclairer le diagnostic; jamais, du fait de la palpation, on n'a dû craindre le détachement d'un caillot, et, par suite, la détermination d'une embolie. On peut également faire la résection. Les mauvais résultats s'expliquent par la bilatéralité des lésions.

M. d'Antona a pratiqué 32 néphrotomies. Il préfère cette opération à l'ablation totale du rein. S'il rencontre des difficultés, par suite du volume trop considérable des tumeurs, il n'hésite pas à faire la résection des côtes.

M. Israël (Berlin) s'oppose à l'incision de D'Antona, car il préfère ouvrir le péritoine que de pénétrer dans la cavité pleurale.

Néphropexie.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Mon procédé de néphropexie est supérieur aux autres par les avantages suivants :

1° Par sa simplicité.

2° Par la fixation du rein dans toute son étendue le long de la XII° côte, passant les trois fils doubles ou les deux U sous le périoste de cette côte.

3° Par l'enlèvement des fils après le temps nécessaire à la formation des adhérences, ce qui permet d'écarter tous les inconvénients dus à la permanence des fils : douleurs, suppurations et fistules, formation d'un tissu de sclérose dans le parenchyme rénal.

M. Albarran (de Paris) recommande aussi la néphrectomie. Cette opération doit être pratiquée seulement après qu'on s'est assuré par le cathétérisme que la vessie est en bon état. Pour faire ce cathétérisme, M. Albarran recommande d'employer sa méthode et ses instruments. La modification de la néphropexie proposée par M. Jonnesco ne lui paraît pas utile.

M. Küster est convaincu que les tumeurs des reins prennent toujours leur origine au milieu du rein; il s'appuie sur une statistique comprenant 500 cas. Küster préfère la néphropexie, qu'il a pratiquée environ une centaine de fois, et la considère comme une excellente opération, différant ainsi des opinions d'Israël et de Tuffier.

Sur le cathétérisme des uretères.

M. Albarran (Paris). — D'après Albarran, les instruments employés jusqu'ici sont insuffisants. Leur introduction est trop difficile, et les sondes et les cathéters qu'on arrive à introduire sont trop minces. Le nouvel instrument de l'auteur remédie à ce défaut; il présente un simple cystoscope de Nitze sur lequel peut être ajusté l'appareil à cathétérisme; par suite d'un jeu de vis on peut mobiliser la sonde dans toute les directions; en en avant, en arrière et sur les côtés.

Dans le cas de pyélite on ne peut fonder d'espoir sur les lavages et le drainage que lorsqu'il s'agit de simples dilatations, sans complication aucune.

M. Gersuny (Vienne) rapporte un cas de cathétérisme de l'urèthre qui est d'une importance capitale au point de vue du diagnostic. Il a opéré un malade, atteint d'une pyélite suppurée après s'être assuré, au moyen d'un cathétérisme de l'urèthre, de la constitution absolument normale de l'urine. S'il n'avait pas eu cette conviction il aurait probablement en ce cas pratiqué la néphrotomie, mais il préféra la néphrectomie. Le soir le malade était anurique. A l'autopsie, le jour suivant, il trouva que l'autre rein s'était transformé en un foyer purulent et que toute l'urine normale avait passé par une seule pyramide qui était encore saine.

M. Kader (Breslau) appelle l'attention sur la difficulté du cas suivant : on devait réséquer un rein à cause d'une fistule uretéro-vaginale. Cependant Miculicz implanta l'uretère dans la

vessie, et au cours de l'opération on trouva une néphrite aiguë de l'autre côté.

Indications de la lithotritie.

M. Albarran (de Paris). — Quoique, grâce surtout aux travaux de Guyon, la lithotritie soit une opération très bien réglée, un grand nombre de chirurgiens pratiquent plus volontiers la taille, dans la double crainte de perforer la vessie ou de laisser des fragments du calcul.

La perforation de la vessie est un accident très rare, comme le prouvent les résultats statistiques. Sur 126 lithotrities je n'ai eu que 2 morts, l'une d'anurie, l'autre par infection, et, sur les milliers de lithotritiés opérés par M. Guyon, la proportion de la mortalité n'arrive pas à 2 p. 100. Les statistiques de la taille sont bien plus meurtrières.

J'ai démontré souvent, par l'examen cystoscopique effectué après l'opération, qu'il ne reste pas de fragments dans la vessie lorsque ce réservoir présente de bonnes conditions. Si des circonstances particulières obligent parfois à laisser une partie de la pierre, on fait, quelques jours après, une seconde séance qui enlève le tout. En tout cas, on peut toujours s'assurer qu'il ne reste pas de fragments de pierre dans la vessie.

Les récidives sont dues, dans les calculs aseptiques, à ce que de nombreux graviers descendent du rein, et, dans les calculs septiques, à ce que le malade néglige de laver sa vessie. Si la récidive survient, il est plus facile de pratiquer de nouveau la lithotritie que de refaire la taille. La lithotritie guérit très vite les malades; la plupart se lèvent après 48 heures et peuvent sortir de 6 à 8 jours après l'opération.

La taille ne présente, dans les calculs de la vessie, que des indications restreintes. Elle sera préférée chez les enfants, quoique j'aie pratiqué avec succès la lithotritie chez une fillette de 6 ans. Lorsque la vessie est trop anfractueuse et ulcérée, la taille pourra se trouver indiquée, mais la cystite ne contre-indique pas, en général, la lithotritie; dans ce cas, il suffit de soigner la vessie pendant quelques jours avant l'opération au moyen des instillations et des lavages. Les pierres trop dures pour être brisées ou enchatonnées seront enlevées par la taille, mais on peut broyer des pierres très grandes (152 grammes, Guyon; 95 grammes, Albarran). La taille est encore indiquée lorsque l'état d'infection grave nécessite de laisser la vessie ouverte.

Toutes ces indications de la taille sont exceptionnelles, et je donnerai une idée de leur importance relative en disant qu'à l'hôpital Necker de Paris nous faisons à peine tous les ans une ou deux tailles pour calcul, et que, dans le même espace de temps, nous pratiquons de 100 à 120 lithotrities.

M. Albarran recommande sa méthode opératoire pour enlever les débris des calculs vésicaux dans les cas suivants :

1° Chez les enfants; 2° lorsqu'il existe des ulcérations d'une certaine étendue dans la vessie, à cause du danger de la perforation. (Ce cas est arrivé une fois sur 126). La statistique de Guyon relate 2 p. 100 de mortalité dans 1000 cas de lithotripsie; 3° lorsque la pièce est encapsulée et 4° lorsque l'état de la vessie exige un drainage continuel. Dans tous les autres cas il faut les extraire par les voies naturelles.

M. Nitze (Berlin) a muni la sonde destinée à évacuer les calculs d'un appareil optique. De cette manière on peut se convaincre de la propreté de la vessie, après l'opération, sans y introduire un nouvel instrument.

M. Nitze a guéri 42 cas de polypes bénins de la vessie à l'aide du polypotome. Il les a fait évacuer par les voies naturelles. Il n'a pas eu un seul décès. Il fait la description des instruments qu'il a inventés. Quand la tumeur est petite il la guérit en une seule séance, quand elle est mobile, il cautérise le pédicule. M. Nitze affirme qu'avec ce procédé les récidives sont beaucoup plus rares que dans l'opération.

Absorption par la vessie.

M. Géroth (Bucarest) a fait de nombreuses recherches sur la résistance que la muqueuse oppose à la pénétration des liquides. Cependant cette résistance n'est que relative et dépend de la constitution chimique des substances. Le ferrocyanure de potassium, le glucose, l'urée ont traversé les parois de la vessie. Les essais par les alcaloïdes ont donné des résultats négatifs.

Traitement de la rétention de l'urine consécutive à l'hypertrophie de la prostate.

M. Bottini (Pavie). — Description d'un nouvel accumulateur et d'autres instruments inventés par l'auteur. Ce dernier mentionne sa méthode connue et pratiquée par lui depuis environ 20 ans, relative au traitement de l'hypertrophie de la prostate par le cautère et l'inciseur.

M. Bottini donne la préférence à ce dernier. Il recommande l'emploi de ses instruments modifiés par Freudenberg. Il trouve sa méthode tellement simple, que tout homme un peu familiarisé avec le cathétérisme et la sonde peut l'appliquer.

M. Freudenberg (Berlin) recommande la méthode de Bottini, si peu employée jusqu'à présent, en se basant sur 16 opérations faites sur 13 patients. M. Freudenberg décrit les modifications qu'il a fait subir aux instruments de Bottini, instruments dont l'avantage consiste en cequ'ils sont faciles à stériliser et ne nécessitent qu'une faible force électrique grâce à l'emploi du platine iridié.

M. Watson a employé la méthode de Bottini, mais il la réserve pour certains cas particuliers, surtout lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie du lobe médian.

M. Lavista (Mexico) recommande la boutonnière et l'extirpation par la cautérisation du lobe médian après avoir pratiqué la taille suspubienne.

Les fausses cystites.

MM. P. De Greandcourt et A. Guépin (Paris). — Ces auteurs entendent par fausses cystites toute affection faisant croire à une inflammation de la vessie, alors que cette dernière reste saine; et les 3 faits principaux (fréquence, douleurs, pyurie) qui décèlent la cystite, ainsi que la présence de microbes dans l'urine ne sont point absolument caractéristique d'une inflammation vésicale.

Autrefois elles étaient considérées comme provenant des lésions calculeuse du rein; puis peu à peu on vit que les abcès et le cancer rénal avaient une action identique, sans toutefois que la cause en fût bien déterminée. Mais aujourd'hui, d'après les travaux de Reliquet, la cause réelle est dans l'excitation vésico-uréthrale réflexe. Le diagnostic des fausses cystites est toujours délicat et révèle à l'examen des lésions causales plus ou moins nombreuses. Enfin, et c'est là le point capital, les fausses cystites ne guérissent qu'avec leurs causes et sont toujours aggravées par le traitement intra-vésical.

La splénectomie.

M. Jonnesco (de Bucharest). — Depuis le 3 janvier 1896, Jonnesco a extirpé la rate 12 fois : 11 fois pour hypertrophie malarique, 1 fois pour échinococcie.

Au point de vue de la gravité de l'opération, Jonnesco distingue 3 cas : celui de la rate en place, de la rate mobile, et celui de la rate en ectopie.

Dans le premier cas, l'opération est très difficile et grave; dans les cas, au contraire, de mobilité de la rate, la gravité s'atténue tellement que, dans 27 cas de rate en ectopie, il n'y a que 2 cas de mort. Les indications pour l'opération de la rate malarique sont les suivantes, d'après Jonnesco : si depuis longtemps le traitement interne n'a donné aucun résultat, et si la souffrance du malade est considérable, ou s'il devient cachectique, la splénectomie est nécessaire. Elle est particulièrement indiquée dans l'échinococcie de l'organe. Les contre-indications sont : les adhérences étendues, la cachexie avancée, l'ascite, la vieillesse et la leucocytose. Après la splénectomie, Jonnesco a toujours remarqué une leucocytose passagère.

Sarcome de l'épiploon et du colon transverse.

M. Djémil Pacha (Constantinople). — Ce sarcome résultait de la présence d'un fil de soie qui était resté attaché à l'épiploon à la suite d'une opération radicale de hernie inguinale pratiquée antérieurement. Il s'agit ici d'un malade de 30 ans qui avait subi, il y a 1 an 1/2 une opération radicale de hernie épiploïque faite avec succès; 2 mois après apparurent les com-

plications qui arrivèrent peu à peu à déterminer les symptômes d'une sténose intestinale. Au cours de l'opération on s'aperçut que la tumeur, deux fois aussi grosse que le poing, était si adhérente au côlon transverse qu'on dût le réséquer sur une longueur de 31 centimètres. Cette tumeur était un fibrosarcome; en l'ouvrant on trouva à son centre le fil de soie.

Guérison.

Sur l'hépatopexie.

M. Michl (Prague) a opéré, il y a dix ans, un malade qui présentait un foie mobile. La guérison fut définitive. Il pratiqua une incision oblihue à la région lombaire depuis l'extrémité libre de la onzième côte; il raccourcit les ligaments, nettoya l'enveloppe péritonéale et appliqua un bandage de soutien.

Sutures des plaies artérielles.

M. Djémil Pacha (Constantinople). — 1° Dans la déchirure des grosses artères, comme carotides, sous-clavières, axillaires, iliaques externes, fémorales, etc., ne dépassant pas plus de 2 centimètres en longueur, ou bien de 3/8 en circonférence, il faut pratiquer la suture artérielle au lieu de la ligature qui provoque le plus souvent les accidents les plus fâcheux.

2° Dans les déchirures longitudinales de plus de deux centimètres de longueur, ou bien dans les déchirures intéressant plus de la moitié de la circonférence, la simple suture peut être abandonnée comme ne pouvant présenter des résultats satisfaisants, alors il faut, avant de recourir à une ligature, essayer la résection et la suture par invagination des deux bouts de l'artère, suivant le procédé du Dr Murphy.

3° Après la suture des plaies des artères, il n'est pas à craindre de voir une endartérite avec thrombose ou un anévrysme traumatique quelconque.

M. Murphy (de Chicago). — L'auteur expose sa méthode de suture des vaisseaux en cas de traumatisme, méthode déjà publiée. Il ajoute encore à ceux qu'il a déjà publiés cinq cas de suture des gros vaisseaux, avec succès complet. Il rejette en principe le pincement ou la ligature préalable du vaisseau, car ces deux actions produisent la rupture d'une de ses tuniques. L'hémostase s'opère de la façon suivante : on entoure le vaisseau d'un fil de soie très solide, et l'on presse le vaisseau entre le fil contre le doigt. Dans tous les cas où le vaisseau est blessé longitudinalement et quand la continuité des tuniques n'est pas interrompue dans la moitié de la circonférence du canal, la suture doit être tentée. Dans tous les autres cas, le vaisseau doit être réséqué sur une longueur d'un centimètre et les deux bouts doivent être réunis par invagination.

M. Nitze (Berlin) expose un petit appareil qu'il a construit et dont il donne la description. Cet appareil a pour but de faciliter la suture des vaisseaux. Il consiste essentiellement en un petit support en ivoire sur lequel les deux bouts du vaisseau s'adaptent d'une façon telle, que les tuniques des deux extrémités se correspondent exactement.

Il suffit alors de faire une ligature circulaire des vaisseaux ainsi adaptés sur le support; cette ligature reste en place même après qu'on a retiré cette petite prothèse.

Des expériences, avec cet appareil, ont été faites sur des animaux.

Sur la pathogénie des difformités des os.

M. Ghillini (de Bologne). — L'auteur montre le rôle important que jouent les cartilages d'accroissement et l'influence des tensions, pressions et torsions dans le développement et la pathogénie des difformités osseuses. La diaphyse et l'épiphyse sont régies par ces mêmes lois physiques de tension et de pression, mais il n'en est pas de même au point de vue de la traction : en effet, une diminution de travail des cartilages d'accroissement entraîne une atrophie de l'épiphyse; la diaphyse au contraire, grossit aux dépens du périoste qui travaille plus activement.

M. Ghillini ajoute qu'il a fait de nombreuses expériences à ce sujet, expériences qui ont parfaitement corroboré ses théories.

La réduction brusque des gibbosités pottiques.

M. Jonnesco (de Bucharest). — 1° La réduction brusque, en une seule séance, des gibbosités pottiques est une excellente opération.

2° Il est indispensable dans tous les cas d'associer à l'extension et contre-extension la pesée sur la gibbosité.

3° La traction manuelle présente de graves inconvénients. elle doit céder le pas à la traction mécanique par les moufles,

4° La traction doit être exercée sur la tête et le bassin, et non sur les extrémités supérieures et sur le bassin, comme l'a fait M. Jeannel (de Toulouse).

5° La traction mécanique ne doit pas aller au delà de 45 à 50 kilogrammes. Exceptionnellement, dans le cas de vieille gibbosité à peu près ankylosée. on peut aller jusqu'à 80 kilogrammes. Par sa continuité et son égalité, l'extension mécanique par les moufles ne nécessite pas de fortes tractions.

6° Le chloroforme présente des dangers. Aussi faut-il ne l'employer que pendant la réduction et l'abandonner dès que celle-ci est faite, pour appliquer l'appareil plâtré en dehors de toute anesthésie. On peut même s'en passer complètement, surtout dans les gibbosités très jeunes non ankylosées.

7° Les accidents post-opératoires, sauf ceux dus à l'anesthésie, sont de peu d'importance si ce n'est la broncho-pneumonie.

8° La méthode peut être employée à presque toutes les gibbosités jeunes et chez les jeunes.

9° Toute opération sanglante préliminaire est inutile et même dangereuse. Inutile, car elle complique beaucoup l'intervention sans aucun bénéfice visible. Dangereuse, parce que certaines de ces opérations, comme la résection des apophyses épineuses, peuvent empêcher une consolidation osseuse solide de la colonne, consolidation qui se fait aux dépens de ces mêmes apophyses épineuses, les lames vertébrales et les apophyses articulaires (Regnault).

M. P. Redard (de Paris). — Me basant sur l'examen de 32 cas de gibbosités pottique que j'ai redressées, j'admets que la réduction de cette déviation vertébrale doit être acceptée en principe, à la condition qu'elle soit exécutée prudemment et sans danger d'accidents primitifs ou consécutifs sérieux.

J'insiste sur ce fait que quelques gibbosités sont facilement réductibles, d'autres assez facilement réductibles, d'autres irréductibles.

Je suis partisan de la réduction pour les gibbosités réductibles, mais je considère la réduction des gibbosités anciennes, confirmées, ankylosées, comme très dangereuse.

Dans mes 32 cas, j'ai obtenu d'excellents résultats sans aucun accident primitif ou consécutif, en opérant le redressement sans violence, à l'aide d'un appareil spécial, par la simple extension du rachis sans pression directe sur la gibbosité. La force développée pour la réduction doit être mesurée, sans brusquerie ni violence.

Les paraplégies récentes, à début brusque, et même quelques paraplégies anciennes, peuvent être avantageusement traitées par la méthode de la réduction.

Les abcès froids volumineux, la généralisation tuberculeuse, les affections cardio-pulmonaires sont des contre-indications à la réduction.

Condition de stabilité des résultats de la cure radicale de la hernie.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — De nombreuses statistiques et une longue expérience nous donnent quelques notions utiles sur les résultats de la cure radicale. Ma statistique, qui comporte plus de 600 cas et qui remonte à plus de 16 années pour mes premiers cas, me permet de formuler quelques conclusions pratiques.

La résistance des cas à la récidive, pour une opération bien faite et sans aucun soutien de bandage, est la règle. On doit considérer comme sans valeur toutes les opérations qui ne pénètrent pas l'abdomen et laissent intacts le canal inguinal et son contenu. Toutes les réparations limitées à l'orifice externe du canal inguinal ne peuvent avoir la prétention de déterminer, au sens vrai du mot la cure radicale de la hernie. Les seules opéra-

tions valables sont celles qui atteignent très haut le péritoine herniaire et qui réparent largement et très haut la paroi abdominale. L'action de l'opération doit être complétée par une hygiène et un traitement consécutifs importants. La paroi abdominale doit être soumise à des mouvements réguliers et méthodiques. Par-dessus toutes choses, l'engraissement secondaire du sujet doit être évité, car il est au premier rang des causes qui peuvent amener à la récidive par l'infiltration graisseuse de la paroi. Une hygiène attentive peut préserver d'une manière importante des chances de récidive après la cure radicale. La progression dans l'exercice, après l'opération de la cure radicale, est un point de la plus haute importance pour arriver à une solidité définitive permettant la résistance aux exercices violents.

MM. Corvin et **Vicol** (de Jassy). — Sur 200 cas d'opération de cure radicale de hernies pratiquées sur 190 individus et comprenant 198 hernies inguinales, 1 hernie crurale et 1 hernie ombilicale, nous n'avons eu aucun cas de mort.

Pour la hernie inguinale nous avons, dans la plupart des cas, employé le procédé de Lucas-Championnière.

Au point de vue des résultats immédiats, nous avons eu 176 guérisons par première intention, 3 cas de suppuration profonde et 21 cas de suppuration très superficielle, dont 9 sont dus à l'élimination immédiate et partielle de la soie employée pour suturer la paroi antérieure du canal.

Parfois la soie a été éliminée tardivement (un à deux mois et même sept mois après l'intervention chez 4 opérés).

La proportion des cas d'élimination de la soie a été de 13 sur 119 opérés pour lesquels on avait employé cette matière, les autres sutures ayant été faites avec du catgut.

Au point de vue des résultats éloignés, il y a 12 récidives constatées.

Ajoutons en terminant que, pour 188 opérations, nous n'avons employé que la cocaïne selon la méthode de Reclus, et que nous nous en sommes toujours très bien trouvés. Nous n'avons observé que rarement des accidents de cocaïnisme, consistant seulement en une légère nausée qui disparaissait bientôt. En revanche, les avantages que procure cette méthode anesthésique dans l'opération radicale de la hernie sont considérables.

Traitement des fractures du membre inférieur par une nouvelle méthode.

M. A. Esquerdo (de Barcelone). — On peut et on doit traiter les fractures du membre inférieur, celle du fémur comprise, sans tenir le malade au lit; la plupart de ces fractures peuvent être guéries en permettant au malade de marcher même les premiers jours du traitement,

En se servant de bandages en plâtre, en flanelle, en coton ou en tarlatane on peut faire des appareils très légers et très solides pour assurer l'immobilité des fragments. Un tel bandage en plâtre permet au malade de se lever et marcher les premiers jours du traitement (peu de jours après la fracture).

Le bandage en plâtre doit être préféré parce qu'il est facile de trouver partout les matériaux nécessaires à sa confection et le médecin n'a pas besoin d'aides spécialement instruits pour l'aider.

Ce bandage peut être très bien appliqué dans les cas de fractures compliquées; il faudra alors tailler un volet pour surveiller la plaie.

Traitement conservateur et traitement opératoire de la coxalgie.

M. Ménard (Berck-sur-Mer). — A part les opérations orthopédiques (ostéotomie sous-trochantérième), la question de l'intervention chirurgicale n'a jamais été soulevée pour la coxalgie sèche. Dans la première et la seconde période de la maladie, les moyens du traitement ont été : le repos avec l'extension continue pour les cas légers, et l'immobilisation rigoureuse à l'aide d'appareils plâtrés pour les cas plus graves. A la période de convalescence les malades marchent avec un appareil immobilisateur et des béquilles. Dans les cas où un abcès est formé, l'auteur emploie les injections modificatrices (naphtol camphré) l'abcès est assez souvent précédé et annoncé par une période douloureuse. En pareil cas, la douleur résiste au repos et à l'extension continue, elle est calmée par l'appareil plâtré étendu de l'aisselle au pied. Enfin dans le cas de fistules avec mauvais état général du malade, la résection devient nécessaire. L'auteur fait l'incision des parties molles autant que possible en suivant un trajet fistuleux, tantôt en arrière tantôt en avant du grand trochanter.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections intra-articulaires.

MM. S. Duplay et **M. Cazin** (de Paris). — Les auteurs, après avoir essayé, dans le traitement des tumeurs blanches, les injections intra-articulaires d'une solution d'iode, ont renoncé à l'emploi de l'iode sous la forme d'éther iodoformé ou de mucilage. L'éther iodoformé a l'inconvénient de causer des douleurs très vives lorsqu'il est injecté dans une articulation. C'est donc surtout à l'emploi du mucilage renfermant un tiers d'iodoforme que les auteurs se sont arrêtés. Ils ont obtenu de très beaux résultats.

Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule.

M. S. Duplay (de Paris). — L'auteur pratique d'abord l'incision antérieure classique suivant la direction des fibres du deltoïde, une seconde incision suit les bords antérieur et externe de l'acromion. Il met alors à découvert toute la face supérieure de l'acromion. Il scie l'acromion d'arrière en avant et de dehors en dedans; de cette façon, on a un lambeau triangulaire dont le sommet mobile répond à l'angle de réunion des deux incisions. On renverse ce lambeau en dehors et en dedans; l'articulation étant ainsi mise à découvert, on ouvre la capsule articulaire et on aborde la cavité glénoïde aussi bien que la tête humérale. L'opération terminée, on relève le lambeau et l'on suture l'acromion, avant de fermer la plaie cutanée.

Traitement du lupus de la face.

M. Schulze (Duisberg) — L'auteur opère le traitement du lupus de la face par l'extirpation totale et la greffe de Thiersch, même dans les cas où le nez, les paupières, les oreilles, sont le siège du lupus. Pour les opérations plastiques plus considérables, il conseille de les faire avant l'enlèvement du lupus. Il explique sa méthode plastique à l'aide de dessins. Dans le cas de lupus des fosses nasales, il fend le nez en son milieu pour extirper ensuite la muqueuse malade.

Sur les cautérisations par l'air chaud, particulièrement dans les cas de lupus vulgaris.

M. Höllander (de Berlin). — A l'aide d'un petit appareil, l'auteur fait arriver sur la peau de l'air chaud d'environ 300°. Outre dans les cas de tumeurs phagédénique et d'hémostase, il a employé cette méthode surtout contre le lupus. La cautérisation de Paquelin a une action à la fois mécanique et thermique, la cautérisation par l'air chaud n'exerce qu'une action thermique. Sous l'influence de cette action, les parties du tissu saines se rétractent, s'anémient et deviennent blanches, tandis que les parties envahies par le lupus ne peuvent participer à cette rétraction, elles proéminent par conséquent et subissent le maximum de chaleur, et, tandis que le cours du sang se rétablit dans les parties saines, la nécrose envahit les parties infectées. On évite ainsi les rétractions cicatricielles des lupus de la face très étendues. L'auteur montre, d'après des photographies, les résultats favorables qu'il a obtenus dans les cas de lupus des mains.

Reposition mécanique de la luxation congénitale de la hanche.

M. A. Lorenz (de Vienne). — L'auteur a fait, jusqu'à présent, 160 fois la reposition mécanique, il n'accuse que 5 insuccès. La reposition au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde ne se fait qu'à deux conditions préliminaires : 1° abaissement de la tête fémorale au niveau de la cavité; 2° agrandis-

sement de l'angle d'abduction jusqu'à 90°. Ces deux actes préparatoires représentent ce que M. Lorenz appelle « mobilisation de la tête fémorale ». Pour ce qui est de la reposition proprement dite, il faudra fléchir la cuisse à angle droit sur le corps, pour amener la tête fémorale derrière le rebord cotyloïdien postérieur. On exerce alors, dans l'axe de la cuisse fléchie à angle droit perpendiculairement à l'axe du corps, une vigoureuse traction sur le fémur et en même temps on lui fait exécuter un mouvement d'abduction qu'on étend jusqu'à environ 90°, moment où les deux phénomènes classiques de reposition, secousse et bruit, se produisent. Au même moment la cuisse apparaît plus longue et la tête fémorale se trouve dans le pli inguinal. Si l'on permet à la tête de se reluxer en sautant en dehors de la cavité cotyloïde, on constate les mêmes phénomènes quoique affaiblis : les symptômes de reluxation peuvent ainsi servir à contrôler en quelque sorte la reposition.

NEUROLOGIE

Sur les hémorrhagies traumatiques en dedans et en dehors du rachis.

M. Stolper (Königshütte). — L'auteur, se basant sur sa pratique personnelle (20 autopsies qu'il a pratiquées dernièrement et sur les rapports des nombreuses autopsies des malades succombés antérieurement à l'hôpital des ouvriers de Königshütte) croit qu'il est probable que quelques myélopathies, mises sur le compte de traumatisme, ont commencé par une hématomyélie primitive. Il donne 94 observations de malades atteints de fracture ou de luxation du rachis. Ce sont surtout les affections, dont le syndrome s'approche de celui de la syringomyélie, que M. Stolper attribue aux hématomyélies primitives.

Dyspepsie nerveuse et ses rapports avec les troubles du rhythme cardiaque.

M. A. E. Sansom (de Londres). — L'étude clinique d'un grand nombre de cas conduit l'auteur aux conclusions suivantes : La tachycardie essentielle n'est pas accompagnée de dyspepsie; la tachycardie par accès et les formes de tachycardie accompagnées de signes de la maladie de Basedow, sont très fréquemment associées à des crises de dyspepsie. L'arhythmie cardiaque s'accompagne souvent de dyspepsie. Les irritations gastro-intestinales ne produisent pas d'arhythmie cardiaque s'il n'y a pas de causes prédisposantes. L'arhythmie cardiaque remplace souvent la tachycardie dans la maladie de Basedow. Dans ces cas les accès de dyspepsie sont fréquents. Une bradycardie bien accusée peut exister sans signes de dyspepsie. Il est très probable, d'après l'auteur, que les formes de troubles du rhythme sont dues à des affections de l'élément nerveux.

Sur la dyspepsie nerveuse et son rapport avec les névroses en général.

M. Rosenheim (de Berlin). — L'auteur considère la dyspepsie nerveuse comme une entité morbide; comme Leube, il la définit : Névrose de la sensibilité tactile de l'estomac. La fonction motrice et sécrétoire de l'estomac peut y être altérée (anacidité, hyperacidité, atonie, etc.) ; si cette altération est considérable et durable, il y a lieu généralement de penser qu'il ne s'agit pas de dyspepsie nerveuse, mais d'une autre affection gastrique (gastrite : dilatation) qui a pu d'ailleurs se développer aux dépens d'une dyspepsie nerveuse. Cette dernière est relativement rare, même chez les individus nerveux ; l'auteur cite 50 cas de neurasthénie dont 27 ne se rapportaient pas à la dyspepsie nerveuse, mais à d'autres affections stomacales, et dans 11 seulement se rencontraient les symptômes de la dyspepsie nerveuse. On ne peut donc admettre que celle-ci soit une manifestation de la neurasthénie; souvent même les névroses en général dépendent de la névrose de l'estomac et disparaissent avec elle.

De l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales.

M. A. A. Kokarsky (de Moscou). — Pour l'auteur, l'application de l'hypnotisme à la thérapeutique donne les meilleurs résultats dans le traitement des états d'excitation générale du système nerveux. Ce n'est que dans les maladies mentales caractérisées par l'excitation générale du système nerveux et du cerveau en particulier, produisant des symptômes comme des obsessions, des idées fausses, hallucinations, illusions, qu'on peut obtenir des résultats favorables par l'application de l'hypnotisme. Tandis que dans les cas où ces symptômes dépendent de l'affaiblissement de l'activité du cerveau d'origine organique, l'application de l'hypnotisme n'est pas indiquée, si après quelques séances on n'obtient aucune amélioration notable. En somme, dans le traitement des maladies mentales, il faut tenir compte de l'hypnotisme.

Résultats de la ponction lombaire dans l'hydrocéphalie.

M. Monti (Vienne). — La ponction lombaire préconisée par Quincke ne donne des résultats que dans la méningite tuberculeuse confirmée et ne peut de ce fait aider à poser un diagnostic précoce.

D'après les plus récentes communications cette ponction n'est d'aucun secours thérapeutique.

Dans les cas aigus de méningite cérébro-spinale épidémique, la recherche de la constitution du liquide céphalo-rachidien est d'un secours puissant pour établir le diagnostic au début.

La ponction des fontanelles avec ou sans injection de solution iodée s'est montrée jusqu'à présent dénuée d'action dans l'hydrocéphalie chronique.

Localisation des tumeurs cérébrales.

M. Bruns (Hanovre). — La perte de l'équilibre est un symptôme général aussi bien des tumeurs du cerveau que de celles du cervelet. Des erreurs ont été assez souvent commises. Cependant un examen minutieux de l'ensemble des symptômes permet dans la plupart des cas d'établir un diagnostic différentiel. L'hémianopsie homonyme n'est pas d'une très grande valeur à ce point de vue. Si elle est combinée dès le début avec l'alexie et l'aphasie optique on peut diagnostiquer une tumeur du lobe postérieur. Les tumeurs des circonvolutions centrales ne peuvent pas être distinguées de celles du voisinage.

Les phénomènes de la percussion, la sensibilité du crâne, la tympanite, bruit de pot fêlé, s'ils sont bien nets et diffus sont d'une très grande importance au point de vue du diagnostic général; si ces symptômes sont circonscrits ils servent à la localisation.

GYNÉCOLOGIE

Les kystes muco-dermoïdes de l'ovaire.

MM. André Boursier et **Eug. Monod** (de Bordeaux). — M. Boursier présente au Congrès, au nom de son collègue Eug. Monod, de Bordeaux, et au sien, deux cas de kystes muco-dermoïdes de l'ovaire. Signalés par Lebert, 1852, puis par Spencer Wells, Lannelongue et Achard, etc., ils ont été bien étudiés par G. Poupinel (*Arch. de physiologie*, 1887). Depuis, à peine quelques observations éparses : 2 de Poupinel (Soc. anat. Paris, 1888-1889), Reboul (*id.*, 1888), Castex (*Transact. obst. Society of London*, XXXII, p. I, 1890), Stumpf (*Münch. medecin. Wochen.*, 7 oct, 1891) et Mermet (Soc. anat. Paris, 1896), etc.

Cette variété de tumeurs est à peine mentionnée par les classiques : C. Schrœder, Martin, Olshausen, Bonnet et Petit, Pozzi. On a souvent confondu l'étude de ces kystes avec celle des dégénérescences malignes des kystes dermoïdes. Ils doivent être étudiés à part. Néanmoins il faut savoir que ces kystes muco-dermoïdes peuvent eux aussi subir des dégénérescences malignes. Obs. de Paul Reclus, Knowsby, Thornton (2 cas), Flaischlen, Poupinel (obs. VII de son mémoire), Mermet.

Ces tumeurs sont très rares, n'ont jamais été diagnostiquées et ne peuvent l'être. Voici nos deux observations.

Observation Ire (par Eug. Monod). — Mme M., âgée de 21 ans, 2 enfants a vu grossir sans douleur son ventre depuis sa dernière grossesse. Monod la voit à la Policlinique, novembre 1896, et constate une tumeur plus développée à droite, sous-ombilicale, régulière et fluctuante.

L'utérus est indépendant de la tumeur. Il diagnostique un

kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ovariotomie le 9 décembre. La paroi incisée, on arrive sur le kyste, sa ponction donne un litre de liquide filant, la tumeur est facilement énucléée, sauf un lobe inférieur inclus dans le ligament large qui est décortiqué. Suites opératoires simples. Les fils sont enlevés le 10e jour, la malade sort guérie de la clinique au milieu de janvier. La tumeur est formée par un kyste multiloculaire, composé de trois grandes poches communiquant entre elles et pleines de liquide filant. A la partie inférieure existe une 4e poche plus petite, à contenu pilosébacé, tout à fait indépendante des premières. L'examen histologique démontre que les cavités à liquide filant ont une paroi fibreuse, revêtue d'une petite couche de cellules cylindriques, caliciformes; la petite cavité à contenu pilo-sebacé à tous les caractères des kystes dermoïdes avec un épithélium pavimenteux stratifié.

Obs. II (par M. André Boursier). — Mme M., 21 ans, réglée à 15 ans, a eu un enfant à 19 ans. Après quelques troubles urinaires elle est prise, le 7 janvier 1897, d'une rétention d'urine et le médecin appelé découvre une tumeur abdominale. Cette tumeur, examinée à la clinique gynécologique de la Faculté, deux jours après, est arrondie, bosselée, résistante et élastique, immobilisée et enclavée dans la ceinture osseuse du bassin, contre la partie droite de laquelle elle a refoulé et comprimé l'utérus dont le fond fait saillie sous la paroi abdominale.

Au bout de quelques jours de repos à l'hôpital Saint-André, à la fin des règles, pendant un effort, l'utérus se dégage et retombe dans le cul-de-sac postérieur, la tumeur devient mobile et indépendante.

On diagnostique une tumeur ovarienne qui est opérée le 22 janvier. Le kyste découvert, sa ponction évacue 500 grammes de liquide puriforme sale. La tumeur est facilement énucléée, le pédicule lié et rentré. Suites opérations simples. Les sutures sont enlevées les premiers jours de février, la malade sort guérie le 14.

La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, présente une grande cavité autour de laquelle sont groupés un grand nombre de petites poches secondaires, presque toutes indépendantes. La paroi de la grande cavité est épaisse et par places endurcie, cartilagineuse et même osseuse. La grande poche et la plupart des petites contiennent de la manière pilo-sébacée; quelques-unes du liquide mucoïde épais. A l'examen histologique toutes les cavités à contenu pilo-sébacé sont nettement dermoïdes avec un épithélium pavimenteux stratifié, dermoïde, lui aussi; quelques petites cavités seules sont revêtues d'une couche unique de cellules caliciformes, les plus petites d'entre elles sont au sein d'un stroma en dégénérescence muqueuse, le reste des parois kystiques est nettement fibreux.

Donc 2 types différents des kystes muco-dermoïdes. Dans le premier, prédominance absolue de l'élément mucoïde, le second, au contraire, est un kyste dermoïde multilocutaire avec quelques petites cavités mucoïdes. Le développement de ces tumeurs est diversement interprété. Les uns, avec le professeur Lannelongue, y voient le résultat de l'enclavement des différents tissus de l'embryon. Les autres, avec Waldeyer, Répin, etc, admettent une sorte de parthénogenèse et les font dériver de certaines cellules germinatrices. — Peut-être pourrait-on incriminer l'épithélium de l'ovisac de l'ovule?

Enfin, quand de petits kystes mucoïdes apparaissent dans un stroma à dégénérescence muqueuse, ne pourrait-on y voir de simples cavités mucoïdes analogues aux kystes mucoïdes du nez ou du larynx?

Cystocèle vaginale.

M. Marsi (Bologne) décrit une nouvelle méthode de traitement de la cystocèle. Cette affection doit être traitée le plus tôt possible, car au prolapsus de la paroi antérieure du vagin succédera à bref délai le prolapsus utérin. La méthode consiste essentiellement à préparer deux lambeaux de la paroi vaginale et à les saturer aussi bien à leur base qu'à leur bord libre. On évite ainsi la perte de substance, et on prépare une nouvelle colonne antérieure du vagin qui soutient bien la vessie. Il décrit ensuite un cas de menstruations vicariantes déplacées chez une jeune personne hystérectomisée au mois d'août 1896. Elle a tous les mois des hématuries pendant un temps qui correspond exactement aux époques menstruelles d'autrefois. En dehors de ces époques, les urines sont absolument normales. Cette personne se porte bien, et on ne peut déceler chez elle aucune lésion des organes urinaires.

La castration abdominale totale pour les lésions septiques utéro-annexielles.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — La castration abdominale totale présente sur la castration vaginale totale les avantages suivants, qui font de la première l'opération de choix dans le traitement des affections septiques utéro-annexielles.

1° Elle évite toute méprise sur la bilatéralité et la gravité des lésions.

2° C'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile.

3° Elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables.

4° Contrairement à la castration vaginale totale, elle met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme l'hémorrhagie primitive ou secondaire, la blessure des organes voisins, uretère, vessie, rectum.

5° Grâce à l'asepsie, elle est aussi bénigne sinon plus que l'intervention par la voie vaginale.

Toutes ces propositions sont basées sur les bons résultats obtenus par les chirurgiens américains et autres qui ont eu recours à la castration abdominale totale et surtout sur mes cas personnels.

En effet, j'ai opéré ainsi 14 malades dont 12 avec annexites doubles suppurées et deux tuberculoses utéro-annexielles. Je n'ai perdu que deux malades : une présentait une véritable suppuration disséquante du petit bassin; les divers organes intrapelviens, vaisseaux, rectum, étaient entourés par des vaisseaux purulents, et malgré le drainage vaginal cette malade a succombé.

La seconde mort est due à un accident tout à fait fortuit, extrêmement rare et qui n'est pas imputable à l'opération. Pendant la fermeture du ventre une anse intestinale a été blessée par l'aiguille; cette blessure intestinale passée inaperçue a donné lieu à une péritonite aiguë qui a entraîné la mort. Si on met de côté ce dernier cas et si on veut se rendre compte de la gravité du précédent, on peut admettre, je crois, la bénignité de la castration abdominale totale, qui deviendra, j'en ai la conviction, l'opération de choix du traitement des annexites graves et bilatérales.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 Septembre 1897.

Cirrhose des buveurs.

M. Lancereaux soutient depuis longtemps que la cirrhose dite alcoolique relève moins de l'ingestion de l'alcool que de l'ingestion de vin et particulièrement de vin rouge. La bière, le cidre ne paraissent pas avoir d'action; la cirrhose, rare dans les pays à cidre, est fréquente à Paris et dans certains pays de vignobles. Dans le vin rouge, la substance active paraît être le sulfate de potasse. Cette substance existe d'ailleurs aussi dans la bière, à laquelle on attribue la fréquence de la cirrhose en Allemagne. Expérimentalement, l'alcool produit non point des lésions conjonctives, mais des lésions graisseuses, d'où la cirrhose graisseuse de ceux qui font des excès à la fois de vin et d'alcool. Le plâtrage de vins, augmentant la teneur des vins en sulfate de potasse, doit donc être formellement interdit.

M. Clozier (de Beauvais) lit un travail sur *le lavage de l'intestin par la voie rectale*. Ce travail repose sur 4 observations d'entérite à forme d'embarras gastrique ou de cholérine, Le liquide injecté fut de l'eau salée ou salolée. Matin et soir, il en fut introduit dans l'intestin; successivement et à chaque séance 2 litres, puis 1, puis encore 1, le liquide étant chaque fois retiré immédiatement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Formes cliniques des cirrhoses du foie (p. 865, 869). — Formes cliniques de la cirrhose hépatique (p. 872). — Action de la propeptone sur le foie (p. 873). — De l'hépatite intercellulaire, forme spéciale à Mexico (p. 873).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Lombricose à forme typhoïde. — Albuminurie cyclique (p. 873). — Congestion isolée du foie dans les cardiopathies. — Rhumatisme chronique. — Erythème noueux et tuberculose. — Séméiologie cardiaque. — Souffles cardio-pulmonaires. — Aorte et artère pulmonaire. — Variations de forme du cœur dans les névroses. — Pseudo-anévrysmes de l'aorte abdominale (p. 874). — Mort de Louis XIII. — *Thèses de la Faculté de Lyon* : Micrométrie du fond de l'œil. — Cure radicale du varicocèle. — Kystes volumineux du pancréas. — Tumeurs primitives des nerfs. — Hémothorax traumatique (p. 875).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Erythème ortié, lié à la névrite sciatique. — Epilepsie. — Enucléation des yeux pour goître ophthalmique. — Folie causée par l'emprisonnement (p. 876).

MÉDECINE PRATIQUE. — Valeur thérapeutique du pyramidon (p. 876).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Formes cliniques des cirrhoses du foie,

Résumé du rapport lu au *Congrès de Moscou*.

Pathologie générale des cirrhoses du foie,

Par M. A. Chauffard,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Cochin.

L'étude des formes cliniques des cirrhoses du foie, simplifiée d'abord, il y a une vingtaine d'années, par les premiers travaux modernes consacrés à la pathologie hépatique, et groupée autour de quelques types fondamentaux aussi nettement spécifiés par leurs lésions que par leurs symptômes, est devenue depuis singulièrement plus complexe. L'analyse histologique et clinique, associée à l'enquête étiologique, et contrôlée par les méthodes de la pathologie expérimentale, a, peu à peu, dégagé et individualisé de nouvelles formes cliniques, élargi à tel point le cadre des cirrhoses, que la question est tout entière à reprendre.

L'analyse clinique des différents types de cirrhose du foie demanderait, pour être complète, que nous connussions, dans chaque cas particulier, le *processus anatomique*, la *pathogénie causale* et l'*évolution*. Il faudrait pouvoir établir la concordance de ces trois données, définir l'ensemble des lois communes qui les régissent.

Comme nous sommes encore bien éloignés de ce but, il faut, tout d'abord, s'entendre sur la *définition générale* des cirrhoses du foie. Quel sens devons-nous donner à ce terme? On peut admettre que trois conditions sont nécessaires pour caractériser une cirrhose du foie.

1° La prolifération interstitielle doit être généralisée, *totius hepatis*, prédominante parfois en telle ou telle région de l'organe, mais toujours diffuse. 2° Il faut que le tissu conjonctif néoformé soit du tissu fibreux et adulte, riche en fibres élastiques, rétractile souvent, et presque cicatriciel. 3° Enfin, dans toute cirrhose du foie en évolution, le processus tend, à un moment donné, à ne pas rester purement interstitiel; la cellule hépatique entre en jeu, soit qu'elle arrive à compenser d'une façon plus ou moins complète et durable les progrès de la lésion scléreuse, soit qu'elle en subisse, à son tour, les effets nocifs.

Très nombreuses sont les cirrhoses hépatiques ainsi définies, et leur classification rationnelle doit être *anatomique* et, en même temps, *étiologique*. C'est à ce double titre que l'on a distingué des cirrhoses par voie vasculaire, biliaire ou capsulaire, et relevant des intoxications exogènes ou endogènes, des infections et des toxines infectieuses, ou, enfin, des troubles mécaniques de la circulation.

Pourquoi et comment les cirrhoses hépatiques évoluent-elles tantôt sous le mode aigu, ou subaigu, ou chronique? Fatalement progressives dans certains cas et toujours mortelles, elles suivent, dans d'autres cas, une marche lente, régressive peut-être; elles peuvent s'immobiliser dans leur cours, ou même aboutir à une guérison au moins clinique.

Ces différences d'allure ne peuvent se comprendre que si, partant de la pathogénie, on cherche comment se comportent, vis-à-vis l'un de l'autre, l'agent nocif, producteur de la cirrhose, et le foie, terrain organique de la réaction anatomique provoquée. Ces relations réciproques, étudiées dans la série des affections hépatiques aiguës et chroniques, permettent de dégager quelques notions générales que nous aurons à contrôler par l'étude des cas particuliers.

Avant tout, il faut tenir compte de la nature plus ou moins gravement nocive de l'agent cirrhogène, ainsi que du mode et de la durée de son action sur le foie.

On pourrait dire que la lésion cirrhotique est une *manière de résister du foie*, un indice qui trahit la médiocre intensité d'action de l'agent irritant, en même temps que la défense de l'organe devant l'agression; si bien que la cirrhose semble, jusqu'à un certain point, une *réaction protectrice*, au moins à son début, une sauvegarde de l'intégrité cellulaire du foie. Mais cette lésion scléreuse devient à son tour perturbatrice et pathogène, tient sous sa dépendance une série de symptômes, constitue, enfin, une maladie hépatique autonome, ayant son évolution, ses complications, sa gravité personnelle.

Ce pouvoir cirrhogène des agents irritants pour le foie étant en rapport direct avec la vulnérabilité de la cellule hépatique par les mêmes agents introduits à d'autres doses ou par d'autres procédés, on comprend qu'une action irritante trop faible ou trop forte sera également défavorable à la production d'une cirrhose. Deux poisons situés aux deux extrêmes de la série des nocivités pour le foie, le plomb et le phosphore, vont nous servir d'exemples.

L'intoxication saturnine aiguë, ou colique de plomb, ne trahit guère son action sur le foie que par deux symptômes : la diminution de volume par spasme vasculaire de l'organe, et la possibilité de provoquer la glycosurie alimentaire; parfois aussi, par une urobilinurie passagère. Tout cela disparaît avec l'épisode aigu, et le plomb est, en somme, un poison à action hépatique très faible, nullement à comparer avec ses effets sur les glomérules et tubuli rénaux.

On comprend, dès lors, que le saturnisme ne soit qu'une cause rare, sinon douteuse, de cirrhoses hépatiques, au moins en clinique.

Expérimentalement, chez les lapins intoxiqués chroniquement par le blanc de céruse, on trouve des foies

diminués de volume et de poids (40 grammes au lieu de 60 à 70 grammes, poids normal), un peu indurés, finement lobulés, et donnant des images histologiques de cirrhose périportale plus ou moins complètement annulaire, périlobulaire avec nombreuses cellules embryonnaires infiltrées dans le tissu conjonctif, et aplatissement des cellules périphériques des lobules hépatiques.

Mais, pour obtenir ces résultats, il faut des intoxications massives et longtemps continuées par les voies digestives. Dans les conditions cliniques habituelles, on peut dire que le plomb est un poison, en somme, peu cirrhogène.

Dans l'intoxication phosphorée aiguë se produit, on le sait, un véritable ictère grave expérimental; les lésions histologiques complètent l'analogie et montrent une désintégration granulo-graisseuse complète de la glande hépatique.

Dans l'intoxication expérimentale chronique, des résultats très différents ont été obtenus par les divers observateurs. Toujours ce sont, chez le lapin ou le chien, des lésions dégénératives ou nécrotiques des cellules hépatiques qu'ils ont obtenues; la prolifération conjonctive faisait défaut ou était secondaire et minime. Aufrecht, récemment, arrivait aux mêmes conclusions. Pour des raisons inverses, le plomb et le phosphore semblent donc de mauvais agents cirrhogènes, l'un par insuffisance, l'autre par excès de nocivité hépatique.

Une infection humaine, la *syphilis*, va nous mettre encore mieux en évidence la multiplicité des effets possibles d'une même toxine sur le foie, suivant son degré de virulence et son mode d'action.

A toutes ses étapes presque, la syphilis peut agir sur le foie, tantôt attaquant la cellule glandulaire, et tantôt le tissu conjonctif.

A la période secondaire, et surtout dans les formes graves, peut se montrer l'ictère syphilitique. C'est la forme la plus bénigne de l'hépatite syphilitique, quelque opinion que l'on adopte sur sa pathogénie. Elle correspond à une virulence encore jeune et active de la syphilis, à une résistance hépatique suffisante; elle guérit par le traitement spécifique.

C'est chez la femme que survient presque toujours cette complication terrible de la syphilis secondaire, l'ictère grave, dont les exemples sont devenus trop nombreux depuis quelques années pour que l'on puisse croire à une simple coïncidence. Le poison syphilitique, dans ces formes ultra-virulentes, agit avec une intensité presque comparable à celle du phosphore; il provoque une hépatite aiguë diffuse et nécrosique, il tue la cellule hépatique, il n'agit pas sur le tissu interstitiel.

Au contraire, ce même poison syphilitique, à une autre période et à un autre degré de sa virulence, devient essentiellement cirrhogène, mais, ici encore, avec des différences subordonnées à la voie anatomique suivie par l'infection. Quoi de plus dissemblable que le foie de l'hérédo-syphilis congénitale et le foie de la syphilis tertiaire de l'adulte? Le premier, uniformément tuméfié, ferme, lisse, couleur silex, semé de gommes miliaires, à sclérose diffuse avec nodules embryonnaires; le second, si typique, avec ses déformations atrophiques, ses cicatrices rubannées ou stellaires, qui lui ont valu le nom de foie ficelé, ses gommes caséo-fibreuses, sa sclérose polymorphe, sans systématisation régulière et pouvant, dans les différents points, donner les images histologiques les plus variées.

Dans les deux cas, réaction cirrhotique de l'organe, mais commandée par des conditions très différentes d'infection : chez le fœtus, infection diffuse, uniforme et massive du foie, par l'intermédiaire de la veine ombilicale; chez l'adulte, dissémination tardive des germes virulents, irrégulière, et probablement par les réseaux artériels.

Si la réaction viscérale diffère dans les deux cas, c'est que le mode d'infection n'est pas le même. La présence de la cirrhose nous indique ici une virulence relativement atténuée de la syphilis, une défense de l'organe devant la toxine; la forme clinique de la cirrhose est subordonnée au mode d'inoculation hépatique.

Le foie ficelé tertiaire de la syphilis hépatique est si bien une réaction de défense de l'organe, que, toléré par lui-même, il peut ne révéler sa présence qu'à propos d'une intoxication surajoutée, qui provoque d'emblée les plus graves accidents.

Les notions précédentes trouvent dans les effets de l'infection tuberculeuse une confirmation encore plus nette, en ce sens qu'il s'agit d'une maladie expérimentale, dont le déterminisme peut être dirigé et modifié à volonté. Suivant que, chez le cobaye, on inocule les bacilles de Koch d'origine humaine ou d'origine aviaire, les résultats obtenus sont différents. Le bacille humain, non seulement est générateur de tubercule dans le foie, mais encore il y provoque des lésions de stéatose, de nécrose de coagulation. Le bacille aviaire est plus particulièrement sclérogène, et Hanot et Gilbert ont pu obtenir chez le cobaye un véritable foie ficelé tuberculeux expérimental; d'où cette conclusion générale énoncée par ces auteurs, que « l'on peut regarder le développement de la cirrhose tuberculeuse comme la conséquence, soit d'une résistance individuelle anormale vis-à-vis du bacille tuberculeux, soit d'une infection de l'organisme par des bacilles qui, dans l'échelle de virulence, très étendue, que doit avoir le bacille de Koch, occupent, eu égard à l'homme, une place peu élevée ».

En faveur de cette interprétation, on peut encore apporter un autre fait, dû à MM. Widal et F. Bezançon, de cirrhose tuberculeuse expérimentale du foie chez le cobaye, par inoculation intra-péritonéale de quelques gouttes de pus d'abcès froid, provenant d'une vieille femme de 76 ans. Le bacille était bien ici d'origine humaine, mais d'une virulence doublement atténuée par sa nature (abcès froid) et par le grand âge du sujet de qui il provenait.

Ceci nous mène à l'étude des lésions hépatiques imputables, de par la pathologie expérimentale, à l'action des toxines microbiennes. De nombreux travaux récents conduisent tous à des conclusions très analogues.

Prenons comme type la toxine diphthéritique, une des toxines les mieux définies et les plus souvent expérimentées. Dans les intoxications aiguës, les cellules et la périphérie du lobule se stéatosent, celles de la zone centrale subissent la dégénérescence hyaline ou s'atrophient au milieu de capillaires dilatées et de leucocytes exsudés entre les travées (H. Claude).

L'intoxication est-elle plus lente, l'infiltration embryonnaire des espaces portes apparaît, puis une légère sclérose interlobulaire, avec production de quelques néo-canalicules biliaires; les lésions cellulaires sont plus atténuées que précédemment. Enfin, dans les formes lentes, avec longue survie, les lésions cellulaires font défaut ou sont à peine marquées, alors que la prolifération interstitielle est devenue une véritable cirrhose adulte à tissu conjonctif fibreux.

Des résultats très analogues ont été obtenus pour la toxine pyocyanique par Charrin; par Krawkow, par Claude

pour les toxines colibacillaires, streptococciques, staphylococciques. Dans un cas de Claude, où l'intoxication par les toxines du streptocoque avait été prolongée pendant 6 mois, le foie était bosselé, sillonné de dépressions fibreuses, et présentait des lésions histologiques très nettes de cirrhose, surtout porto-biliaires et légèrement péri-sus-hépatiques.

Ces faits expérimentaux nous expliquent les faits d'ordre clinique où une cirrhose du foie a paru succéder à une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, choléra (Botkine), fièvres éruptives (Laure et Honnorat). L'origine infectieuse, d'après Palmer Howard, rendrait compte de plus de la moitié des cas des cirrhoses hépatiques de l'enfance. Cependant, en clinique, il est peu de cirrhoses qui paraissent relever uniquement des affections aiguës.

Sur le terrain de l'alcoolisme, c'est-à-dire de la cause par excellence des cirrhoses hépatiques, les résultats obtenus semblent tout d'abord contradictoires. La clinique affirme le rôle cirrhogène de l'alcool; l'expérimentation l'a tour à tour admis et nié.

Quant à savoir si l'alcool intervient directement, ou s'il agit par l'intermédiaire de lésions catarrhales chroniques de l'estomac ou de l'intestin, ou si son rôle est seulement d'annihiler le pouvoir d'arrêt et de neutralisation des cellules hépatiques vis-à-vis des toxines intestinales, c'est là une discussion encore ouverte et dans le détail de laquelle je ne puis entrer ici.

A côté de l'alcool, on doit ranger une série de substances qui peuvent prendre naissance dans le tube digestif, et dont Boix a montré l'action expérimentale sur le foie. Si l'alcool est stéatosant, les acides gras, et, en particulier, l'acide butyrique, l'acide lactique, valérianique, sont des poisons sclérogènes; l'acide acétique peut être à la fois stéatosant et sclérogène.

J'arrête là ces exemples, qu'il n'y aurait pas intérêt à multiplier davantage : tous nous conduisent aux mêmes conclusions. Une cirrhose veineuse du foie relève toujours d'une intoxication préalable, par poison exogène, par auto-intoxication, ou par toxi-infection. Cette intoxication, pour devenir sclérogène, doit agir à petites doses, et pendant un temps prolongé. La réaction scléreuse du tissu conjonctif correspond à une résistance relative du foie vis-à-vis du poison, elle est une réaction de protection et de défense. L'intoxication brusque à haute dose, ou à trop grande activité toxique, provoque la stéatose ou les dégénérescences nécrobiotiques des cellules hépatiques; elle n'engendre pas la cirrhose.

De même, les nécroses cellulaires obtenues par Litten dans l'embolie des branches de la veine porte ne s'accompagnent d'aucun processus sclérogène, et l'on peut en dire autant de toutes les dégénérescences et nécroses cellulaires du foie, ainsi que Siegenbeck van Heukelom l'a prouvé par de nombreux exemples.

Tout ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux cirrhoses veineuses. Pour les cirrhoses biliaires, le problème reste beaucoup plus obscur, et nous ne savons rien de certain sur la pathogénie de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Son origine infectieuse, affirmée par Hanot, d'après les caractères histologiques des lésions, et que j'avais présumée, d'après la spécificité de son évolution et l'absence de causes toxiques constatables, aurait paru dépendre d'une infection colibacillaire prolongée pendant plus de 3 ans, dans un cas récent de A. Gilbert et L. Fournier. On peut supposer que la série décroissante des infections biliaires part de l'ictère grave, descend aux ictères infectieux bénins et se termine à la cirrhose de Hanot, quand l'action toxique infectieuse évolue sous un type très atténué, mais par instants, et prolongé presque toujours pendant plusieurs années. Cette systématisation, si l'avenir en démontre le bien fondé, formerait une série parallèle à la série que nous venons de voir se dérouler, depuis les hépatites toxiques aiguës jusqu'aux cirrhoses veineuses.

Dans les deux cas, la systématisation de la cirrhose diffère, mais sa loi de production reste la même : action faible, lente et prolongée du poison pathogène, quelles que soient la nature et l'origine de celui-ci.

Une cirrhose hépatique une fois constituée devient une maladie autonome, avec ses symptômes, ses complications, son évolution, ses terminaisons. Mais l'on n'aurait qu'une idée très incomplète des cirrhoses du foie, au point de vue de leur évolution clinique, si l'on ne tenait compte d'un élément majeur, l'*état anatomique et fonctionnel des cellules hépatiques*.

Sous ce rapport les recherches relatives aux régénérations et hypertrophies compensatrices du foie méritent d'être étudiées avec quelques détails.

Depuis les premières expériences de Tizzoni, en 1883-1884, les recherches de Colucci, de Griffini, de Corona, ont montré comment, et par quel processus de régénération partielle, se réparaient les blessures superficielles du foie. Canalis, en 1886, va plus loin, résèque des fragments de parenchyme hépatique et montre que la perte de substance se répare par régénération hyperplasique des trabécules glandulaires. Avec Ponfick, Von Meister, Floeck, les recherches prennent encore plus d'ampleur : on peut, comme l'a montré Ponfick, enlever à des lapins le quart de leur foie, sans dommage appréciable; l'ablation de la moitié de l'organe permet une survie, parfois, de plusieurs mois; certains animaux ont même supporté l'ablation des 3/4 de la glande hépatique.

Ces notions, si nouvelles, devaient prendre leur place dans la pathologie hépatique, et intervenir tout d'abord dans l'histoire d'une affection qui est à peine une maladie du foie, les kystes hydatiques du foie. Les faits de Max Durig en 1892, de Hanot en 1895, de moi-même en 1896, apportaient la preuve de l'hypertrophie compensatrice et de la régénération active du foie.

L'examen histologique permettait, dans mon cas, de définir ainsi le processus : évolution hyperplasique, centrifuge, rayonnant autour de l'espace porto-biliaire, puis hypertrophie des trabécules anastomosés et presque confondus, enfin, refoulement réciproque et aplatissement des extrémités trabéculaires au niveau des limites réciproques d'activité vitale des lobules hépatiques contigus.

On peut aller plus loin aujourd'hui et dire que l'hypertrophie compensatrice est une *loi générale* en pathologie hépatique. Dans les lésions les plus diverses, aiguës ou chroniques, pour peu que la destruction du parenchyme ne soit pas immédiate et définitive, on trouve des îlots, des foyers d'hypertrophie cellulaire, évoluant, le plus souvent, aux confins des espaces porto-biliaires, c'est-à-dire dans les régions du lobule où l'apport nutritif est le plus direct et la vitalité la plus grande.

Quand ces foyers hyperplasiques ont un développement très actif, les extrémités des trabécules hypertrophiés se tassent au contact des lobules voisins, sont refoulés, aplatis, et finissent par encapsuler le nodule. Ce sont des figures de ce genre qui ont été vues et décrites par Sabourin sous le nom d'*hépatites nodulaires*, de foyers d'hypertrophie nodulaire.

Enfin, quand le processus est poussé à son maximum d'activité, on trouve ces *nodules adénomateux*, si souvent observés dans la cirrhose atrophique du foie, et sur la

nature desquels on a longuement discuté. Ici, l'hyperplasie épithéliale confine à la néoplasie, et l'on sait que certains de ces adénomes peuvent envahir la veine porte, et devenir infectants comme de vraies tumeurs malignes.

Dans d'autres cas, les cellules hyperplasiées sont atteintes des mêmes lésions dégénératives que le reste du parenchyme, par exemple dans l'hépatite nodulaire graisseuse des tuberculeux.

Nous pouvons maintenant faire l'application de ces données aux cirrhoses du foie, et, sur ce terrain, nous en verrons nettement toute l'importance.

On peut, à cet égard, distinguer trois groupes de faits :

a) Dans une première catégorie de cirrhoses, l'hypertrophie compensatrice est insuffisante, ou masquée par la destruction plus ou moins rapide ou totale des éléments glandulaires. Tel est le cas pour la cirrhose atrophique de Laënnec. La maladie est ici si grave, par les désordres circulatoires qu'elle entraîne, que la mort peut être la conséquence directe de ceux-ci. Mais, bien souvent, les cirrhotiques meurent de toxémie hépatique, par stéatose ou atrophie pigmentaire des cellules glandulaires et, parfois, dans un délai extrêmement court, 15 jours dans un cas récent de Eichhorst.

Ainsi meurent aussi les malades atteints de la cirrhose hypertrophique graisseuse de Hutinel et de Sabourin.

b) L'hypertrophie compensatrice peut être suffisante pour permettre aux malades une longue survie, mais non la guérison. Le processus sclérogène continuant à évoluer, un jour vient où les accidents apparaissent sous forme d'un ictère grave secondaire. C'est ainsi que meurent, le plus souvent, les sujets atteints de la maladie de Hanot ou cirrhose hypertrophique biliaire. Nous savons combien est longue l'évolution de cette cirrhose, dont la durée se compte par années. Si le malade meurt par accident au cours de son affection hépatique, par pneumonie, par exemple, comme dans un cas de Hanot et Schachmann, on trouve des cellules hépatiques saines, hypertrophiées, souvent en pleine activité karyokinétique. Mais, si la cirrhose a le temps d'arriver à sa fin naturelle, c'est-à-dire à l'ictère grave secondaire, on trouve, comme dans un cas de Jaccoud et Brissaud, des trabécules dissociés, des cellules hépatiques fragmentées, dépourvues de noyaux, ou même granulo-graisseuses, et cela surtout au centre des lobules.

La vitalité, longtemps conservée et même accrue, des cellules hépatiques, leur hypertrophie compensatrice, nous expliquent ainsi la survie si prolongée des malades atteints de cirrhose hypertrophique biliaire.

c) Enfin, l'hypertrophie compensatrice peut rester assez longtemps suffisante pour qu'une guérison, au moins apparente, soit obtenue. C'est ce qui se produit dans la cirrhose alcoolique hypertrophique de Hanot et Gilbert. Nous savons, depuis les travaux de ces auteurs, combien est différent le pronostic des cirrhoses alcooliques, suivant que le foie est atrophié ou hypertrophié. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir, par le régime lacté et la médication diurétique, l'ascite disparaître, l'état général redevenir satisfaisant; le malade semble guéri, et cela pendant de longues années parfois, et rien n'est plus frappant que ces guérisons souvent très inattendues. Ainsi, un malade, buveur de vieille date, entre dans mon service, en janvier 1896, avec une ascite considérable. De janvier à mai, en 5 ponctions, on lui retire 54 litres de liquide, l'état général étant médiocre et l'amaigrissement assez prononcé. Mais, à la fin du mois de mai, l'ascite cesse de se reproduire, puis disparaît pour ne plus revenir. Depuis plus d'un an, ce malade est guéri; revenu au régime ordinaire, il a retrouvé ses forces et engraissé de 13 kilos. Sa cirrhose est un type de cirrhose à gros foie, avec hypertrophie du lobe gauche surtout. Je dois ajouter que l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne encore des résultats positifs, montrant que, malgré la guérison apparente, la cellule hépatique n'a pas encore retrouvé toute son intégrité fonctionnelle.

Nous voici donc amenés à pouvoir définir quelques-unes des lois qui régissent la pathogénie et l'évolution des cirrhoses hépatiques.

Le foie ne réagit sous forme de cirrhose que si l'action de l'agent pathogène est relativement modérée, et de longue durée. Le processus sclérogène est, jusqu'à un certain point, un processus protecteur et défensif pour la cellule hépatique. Celle-ci, à son tour, participe à l'évolution morbide, soit qu'elle réagisse par hypertrophie compensatrice, soit, qu'à un moment donné et variable, suivant les catégories de faits, elle soit lésée ou détruite dans son protoplasma.

La forme clinique et évolutive d'une cirrhose dépend, en grande partie, de cette orientation variable des cellules hépatiques.

Mais elle est également subordonnée à bien d'autres conditions pathologiques, dont l'intervention toujours possible nous rappellerait, s'il en était besoin, toute la distance qui sépare un schéma nosographique de la réalité clinique. Non seulement la systématisation anatomique de la cirrhose (cirrhoses bi-veineuses, porto-biliaires, et biliaires pures) commande par elle-même une série de symptômes fondamentaux, mais, de plus, que d'incidents pathologiques possibles, et capables d'aggraver ou de modifier le cours régulier de la maladie! Ce sera, par exemple, un érysipèle intercurrent (et nous savons combien est nocive, pour le cirrhotique, la toxine du streptocoque) (H. Roger), ou un excès alcoolique, ou un surmenage, un coup de froid, un traumatisme. L'insuffisance hépatique est toujours menaçante, et, pour le foie du cirrhotique comme pour le myocarde du cardiaque, la compensation fonctionnelle ne donne qu'un équilibre instable et précaire.

De plus, au cours d'une cirrhose en évolution, le processus morbide ne reste pas exclusivement hépatique : d'autres organes entrent en jeu, notamment le rein et le cœur; ils interviennent pour leur propre compte dans l'évolution des accidents et le pronostic de la maladie.

Enfin, une cirrhose hépatique n'est bien souvent qu'un fragment d'une maladie plus générale, une des multiples localisations d'un processus plus ou moins diffus, tels qu'en peuvent engendrer les intoxications alcooliques ou toxiniques, et la prédominance hépatique des accidents ne doit pas faire isoler la cirrhose de l'ensemble des autres appareils organiques.

On voit combien est complexe l'appréciation de chaque cas individuel, et encore n'ai-je tenu compte que des formes cliniques principales et nettement classées, d'autant que l'étude analytique et comparée des cirrhoses vous sera présentée par mon collègue, M. Gilbert. J'espère que vous me pardonnerez d'avoir abordé cette difficile question par son côté le plus général, et d'avoir tenté de définir quelques-unes des conditions qui, dans l'état actuel de la science, semblent régir l'évolution clinique des cirrhoses hépatiques.

Formes cliniques des cirrhoses du foie,

Par M. A. Gilbert,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Broussais,

et M. H. Surmont,

Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Dans son rapport, M. Chauffard a synthétisé les notions actuellement acquises sur la pathologie générale des cirrhoses. Il nous est ainsi permis d'en aborder d'emblée l'étude analytique, en envisageant spécialement les « formes cliniques » qu'elles revêtent.

Dès l'abord, en nous fondant sur l'état de la cellule hépatique, dont notre regretté maître Hanot a montré l'importance dans les cirrhoses, nous en distinguerons deux grandes catégories : les *cirrhoses simples*, les *cirrhoses compliquées*, celles-ci différant de celles-là par l'addition, au processus scléreux et à l'atrophie ou à l'hypertrophie possibles des cellules hépatiques, de dégénérations variables, mais étendues et souvent précoces de l'élément parenchymateux.

A cette division anatomique correspond une division clinique, les cirrhoses simples n'entraînant pendant un assez long temps qu'une insuffisance hépatique relative, alors que les compliquées la produisent rapidement; les premières comportant par suite une évolution chronique et l'intervention de désordres mécaniques importants, alors que les secondes conduisent à la mort sans que, dans un certain nombre de cas, en raison même de l'acuité de leur cours et du faible développement du tissu scléreux, la gêne circulatoire intrahépatique ou la stase biliaire se soient manifestées d'une façon notable.

Différentes dans leurs lésions et dans leurs symptômes, les cirrhoses simples et compliquées ne le sont pas d'ailleurs dans leur causalité; les mêmes agents cirrhogènes peuvent engendrer les unes ou les autres : c'est affaire de dose et de terrain.

I. — Cirrhoses simples.

Les cirrhoses simples, dont nous envisagerons l'étude tout d'abord, se distinguent essentiellement en toxiques et infectieuses. Une place cependant doit être réservée dans cette catégorie à la cirrhose d'ordre mécanique que peut entraîner la congestion passive du foie liée aux cardiopathies.

A. *Cirrhoses toxiques*. — Les poisons capables de provoquer la cirrhose du foie sont puisés dans l'organisme ou proviennent du dehors.

Les cirrhoses par auto-intoxication ont été signalées dans la dyspepsie, la goutte et le diabète.

En ce qui concerne la *cirrhose dyspeptique*, Hanot et Boix (1) la décrivent comme caractérisée par un foie volumineux, lisse, remarquablement dur, sans augmentation de volume de la rate, sans ictère, sans ascite, sans circulation veineuse collatérale. La durée de cette affection serait très longue, pourrait atteindre et dépasser 10 ans, le volume du foie restant stationnaire. Les poisons qui amènent la cirrhose dyspeptique seraient sans doute multiples. On a songé à incriminer, entre autres, l'acide acétique, qui se forme si fréquemment dans l'estomac des dyspeptiques; expérimentalement, cet acide, entre les mains de Boix, aurait reproduit la maladie.

Dans la goutte, d'après Murchison (1), M. Rendu (2), la cirrhose serait susceptible de couronner une série de poussées congestives du côté du foie, traduisant son développement par l'hypertrophie hépatique indolore sans ascite ni circulation abdominale complémentaire.

Chez les diabétiques, enfin, en dehors de la cirrhose pigmentaire, dont nous reparlerons ultérieurement, il serait possible de rencontrer des modifications du foie comparables à celles que présentent les goutteux.

Les cirrhoses par hétéro-intoxication sont beaucoup plus fréquentes et bien mieux connues que les précédentes. Quelques poisons seulement sont considérés comme susceptibles de les produire.

Ségers a rapporté des faits qui tendraient à établir que l'ingestion prolongée de grandes quantités de moules serait capable d'amener le développement d'une cirrhose. La nature du poison causal resterait, d'ailleurs, complètement à déterminer.

Le plomb, dans ces dernières années, a été formellement accusé d'engendrer la cirrhose. A la vérité, expérimentalement, ainsi que l'a démontré M. Laffite, on peut, en faisant ingérer du plomb au cobaye, provoquer la production d'une sclérose annulaire périportale, mais chez l'homme, malgré les observations publiées par le professeur Potain, MM. Laffite, Charpentier, Fialon, son existence est encore contestable.

En réalité, *l'alcool*, sans résumer en soi l'étiologie tout entière des cirrhoses toxiques, en représente sans aucun doute le facteur le plus important.

Cirrhoses alcooliques. — Si la cirrhose est presque toujours la conséquence de l'ingestion réitérée et longtemps soutenue de boissons alcooliques, cependant elle a pu être rencontrée chez des individus sobres, vivant au milieu des vapeurs d'alcool, et reproduite expérimentalement chez des lapins dans des conditions analogues (Mertens).

L'abus de l'alcool s'accompagnant toujours de désordres gastro-intestinaux, on a été conduit, dans ces temps derniers, à émettre cette idée, que les troubles dyspeptiques ainsi réalisés pouvaient jouer un certain rôle dans la production de la cirrhose. Cette opinion s'est trouvée renforcée par la facilité relative avec laquelle on a réalisé chez les animaux une cirrhose dyspeptique, alors que peu d'expérimentateurs réussissaient à réaliser la cirrhose alcoolique.

En ce qui concerne la difficulté de la production expérimentale de cette dernière, il y a lieu de faire observer que rarement on s'est placé dans des conditions suffisamment superposables à celles qui commandent la cirrhose alcoolique chez l'homme, d'une part. D'ailleurs toutes les tentatives n'ont pas échoué, et celles de De Rechter et surtout celles de Mertens ne peuvent laisser aucun doute sur son action cirrhogène.

Malgré l'unité du facteur étiologique (alcool), les formes cliniques sous lesquelles la cirrhose, une fois réalisée, se manifeste sont multiples.

Il en est deux principales actuellement bien connues et susceptibles d'être diagnostiquées d'une façon rigoureuse, à savoir la *cirrhose atrophique alcoolique* ou *maladie*

1. Hanot et Boix, D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale (*Congrès international de médecine de Rome*, mars 1894). — E. Boix, Le foie des dyspeptiques (thèse, Paris, 1895). — E. Deguéret, Relations pathologiques du foie et de l'estomac (thèse, Paris, 1895).

1. Murchison, Leçons cliniques sur les maladies du foie, trad. franç. de Jules Cyr. Paris, 1878, p. 291 et 579.

2. Rendu, Art. Goutte, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

de Laënnec, et la *cirrhose hypertrophique alcoolique* (Hanot et Gilbert).

Ces deux modalités cliniques présentent des symptômes communs et des symptômes dissemblables dont la clef est fournie par l'anatomie pathologique.

Dans la maladie de Laënnec, le foie traduit son insuffisance fonctionnelle par la glycosurie alimentaire, la diminution du taux de l'urée urinaire, l'urobilinurie, l'hypertoxicité des urines (Surmont) etc., dans la cirrhose hypertrophique, le foie demeure presque complètement à la hauteur de sa tâche. Surmont même, dans un cas, a constaté une diminution de la toxicité urinaire.

Dans la cirrhose atrophique, la menace de mort est double; elle provient et des troubles circulatoires et des troubles cellulaires qui conduisent progressivement à l'insuffisance hépatique et au coma hypothermique. Dans la cirrhose hypertrophique, au contraire, l'intoxication n'est pas immédiatement menaçante, et le danger le plus proche réside dans la congestion portale pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie mortelle.

Les deux cirrhoses sont donc loin de comporter le même pronostic. Sous l'influence d'un traitement rigoureux, toutes deux, sans doute, peuvent s'amender au point de permettre la disparition de certains symptômes tels que l'ascite, et de s'accommoder d'une survie plus ou moins longue. Mais alors que, dans la cirrhose atrophique, ces faits constituent de véritables exceptions, en regard de la multiplicité des cas suivis de mort, le nombre des guérisons des cirrhoses hypertrophiques est considérable, puisque les deux tiers des exemples qui ont été fournis d'amélioration ou de « guérison » de la cirrhose se rattachent, à y regarder de près, à cette modalité pathologique.

Si l'action cirrhogène de l'alcool n'est pas douteuse, quelle que soit d'ailleurs l'idée que l'on se fasse de son mécanisme, nous ignorons, et les raisons pour lesquelles certains individus deviennent cirrhotiques, alors que d'autres échappent à la maladie dans les mêmes conditions, et les raisons qui orientent la cirrhose vers la forme atrophique ou vers l'hypertrophique.

A côté des deux grandes formes cliniques de la cirrhose alcoolique, et pour être complet, il faut faire une place aux formes frustes, latentes et anormales.

Les *formes frustes*, qui ne créent qu'un tableau symptomatique ébauché où manquent plus ou moins complètement la circulation collérale, l'ascite, etc., de même que les *formes latentes*, où tous les symptômes cardinaux font également défaut, sont les unes et les autres exceptionnelles.

Entre les *formes anormales*, nous accorderons une mention à celles dans lesquelles se développe, antérieurement à l'ascite, un œdème des membres inférieurs propre à égarer le diagnostic. Dans un cas de cet ordre observé par M. Gilbert, existait un notable rétrécissement de la veine cave inférieure au niveau du bord postérieur du foie.

Une autre mention doit être accordée à la cirrhose alcoolique des enfants, qui affecterait une marche plus aiguë que celle des adultes, et serait traversée par une succession d'épisodes aigus.

B. *Cirrhoses infectieuses.* — De même que les cirrhoses toxiques, les infectieuses se distinguent en deux groupes, selon que l'organisme a puisé l'agent pathogène au dehors ou en lui-même.

1. A. Gilbert, in thèse de Paesles, Sur l'œdème préascitique des membres inférieurs dans la cirrhose alcoolique (th. Paris, 1892.)

Les cirrhoses par hétéro-infection relèveraient d'un grand nombre de causes si l'on en croyait les auteurs. C'est ainsi que les *fièvres éruptives* de l'enfance et particulièrement la *rougeole*, d'après Laure et Honorat; la *fièvre typhoïde* (Bourillon), le *choléra* (Botkine) seraient capables de les produire. Mais cette étiologie n'est pas rigoureusement établie, et il demeure douteux que ces maladies aiguës et passagères aient un véritable rôle cirrhogène. Pour susciter la cirrhose, il semble que les causes morbides doivent être capables d'exercer sur le foie une action non seulement assez puissante, mais encore prolongée. Tel ne peut guère être le cas que des maladies chroniques, et en fait, la syphilis, la tuberculose et l'impaludisme, dont les relations avec la cirrhose ne peuvent guère être contestées, rentrent bien dans cette catégorie.

Dans le *paludisme*, Kelsch, Kiener, Laveran, ont décrit des formes atrophiques et hypertrophiques de cirrhose qui, par leurs caractères cliniques et anatomopathologiques, se distinguent mal des cirrhoses alcooliques. D'ailleurs les cirrhoses paludéennes, d'après Kelsch et Kiener, ressortiraient beaucoup plus au groupe des cirrhoses compliquées qu'à celui des cirrhoses simples.

Cirrhoses syphilitiques. — Les scléroses du foie présentent une physionomie clinique et des lésions bien différentes, selon qu'elles se développent à l'époque tertiaire de la syphilis acquise ou chez le nouveau-né frappé héréditairement.

Dans la *syphilis acquise*, la cirrhose hépatique est d'une très grande rareté, mais elle offre des traits vraiment caractéristiques. Le foie apparaît labouré de sillons profonds qui le lobulent à la façon du rein de veau, et lui ont mérité la désignation de foie ficelé. Atrophié dans certains points, il est, au contraire, ailleurs hypertrophié. Tantôt l'atrophie tend à prédominer, tantôt et plus souvent l'hypertrophie. Aux lésions scléreuses, irrégulières, non systématisées, s'associent presque toujours des gommes microscopiques et visibles à l'œil nu. Cliniquement, cette cirrhose se sépare peu des cirrhoses alcooliques communes, malgré qu'à l'habitude son tableau soit en général plus fruste et sa durée plus longue.

Tout autres sont les lésions, et par suite les symptômes, dans la *syphilis héréditaire*. Ici le foie est uniformément augmenté de volume; il offre l'aspect du silex, il est lisse, ferme, élastique, tacheté d'un semis de points blanchâtres comparés à des grains de semoule. A l'examen microscopique, on constate l'existence d'une sclérose diffuse qui dissocie les différents éléments des trabécules, les isole, revêt en un mot le type monocellulaire.

Cliniquement, la syphilis hépatique héréditaire se traduit par une augmentation de volume uniforme du foie; la rate est également hypertrophiée. Il n'y a généralement pas d'ictère, peu ou pas d'ascite, et un faible développement de la circulation complémentaire abdominale. Les fonctions digestives sont très troublées, l'état général s'altère, et les malades succombent d'ordinaire rapidement.

Cirrhose tuberculeuse. — D'après MM. Hanot et Gilbert, la tuberculose peut amener le développement de lésions cirrhotiques du foie, qui se présente sous forme de *foie granuleux* ou de *foie ficelé tuberculeux*.

La nature tuberculeuse de certaines cirrhoses est actuellement établie, non seulement par la coexistence des lésions cirrhotiques et tuberculeuses, mais encore par l'enquête étiologique qui, à côté de faits complexes, où la syphilis, l'impaludisme et surtout l'alcoolisme se disputent avec la tuberculose les antécédents des malades,

montre des cas dépourvus de toute signification ambiguë, où la tuberculose et la cirrhose seules se trouvent en présence.

On peut invoquer en faveur de l'action cirrhogène de la tuberculose, non seulement les données de la clinique mais encore celles de la pathologie comparée et celles de la pathologie expérimentale.

Pour être rare chez les animaux, la cirrhose n'en existe pas moins quelquefois (cobaye, chat, chiens, cheval, bœuf).

L'expérimentation fournit des résultats plus probants encore que la pathologie spontanée des animaux, et MM. Hanot et Gilbert par l'inoculation au cobaye de la tuberculose aviaire, ont amené la réalisation des deux types de cirrhose tuberculeuse dont le foie de l'homme peut devenir le siège.

Les cirrhoses par auto-infection, à l'encontre des autres cirrhoses, notamment des cirrhoses par auto-intoxication, n'offrent point le système vasculaire comme centre de développement, mais le système biliaire; de plus, elles affectent non la forme annulaire, mais la forme insulaire. Il en résulte que si la plupart des cirrhoses entraînent des troubles dans la circulation du sang, les cirrhoses par auto-infection compromettent la circulation biliaire, et que si, dans les premières, en raison de la rétraction des anneaux cicatriciels, l'atrophie du parenchyme est fréquente, dans les dernières elle est exceptionnelle.

Deux types de cirrhose, considérés par la plupart des auteurs comme distincts, ont pour point de départ l'auto-infection, la cirrhose hypertrophique avec ictère de Hanot et la cirrhose par obstruction des voies biliaires.

Cirrhose biliaire de Hanot. — Le tableau clinique si saisissant de la *maladie de Hanot*, du moins telle qu'elle se présente chez l'adulte, est bien connu de tous. Chez l'enfant, ainsi que l'ont montré MM. Gilbert et Fournier (1), l'apparence symptomatique est notablement différente : la rate s'hypertrophie souvent d'une façon excessive, si bien que la maladie paraît l'atteindre plus que le foie, revêtant une véritable *forme splénomégalique* (2). En outre, la croissance s'arrête et la puberté avorte, les doigts deviennent hippocratiques et l'on peut noter des arthropathies.

Les lésions du foie, dans la maladie de Hanot, consistent essentiellement en une angiocholite catarrhale desquamative et oblitérante, à laquelle se joint une périangiocholite : la cirrhose insulaire, souvent peu notable, contient ordinairement un grand nombre de néocanalicules biliaires; le parenchyme hépatique est hypertrophié.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces lésions, nous n'hésitons pas à les considérer comme la conséquence d'une infection ascendante des voies biliaires par des germes vulgaires venus de l'intestin. L'absence de toute condition étiologique saisissable dans la maladie de Hanot, plaide en faveur de cette hypothèse; il en est de même de la constatation de certains symptômes, notamment des accès fébriles; il en est encore ainsi de l'analyse histologique des lésions; il en est ainsi enfin, dans une certaine mesure, de l'expérimentation et de la recherche bactériologique.

Cirrhose biliaire par obstruction. — L'obstruction du canal cholédoque peut se compliquer d'angiocholite suppurative ou d'angiocholite catarrhale. Dans cette dernière éventualité, les voies biliaires intra-hépatiques enflammées tendent à l'oblitération, une cirrhose du type insulaire se développe, le foie et la rate s'hypertrophient.

La phénoménalité clinique est alors, on le comprend, superposable presque entièrement à celle de la maladie de Hanot. Toutefois existent quelques caractères différentiels de second ordre : dans la cirrhose par obstruction et en raison même de l'obstruction, les fèces sont souvent très décolorées ou même le sont complètement, les accès de fièvre sont plus fréquents et plus intenses, la marche de la maladie, en dehors d'une intervention chirurgicale, en général plus rapidement fatale.

C. *Cirrhoses mécaniques.* — Le type des cirrhoses d'ordre mécanique est représenté par la *cirrhose cardiaque.* Cette cirrhose très rare réclame pour se produire une longue continuité d'action de la stase sanguine. C'est presque exclusivement dans l'asystolie qualifiée d'hépatique par Hanot qu'on la rencontre, et, par suite, chez des individus qui, d'après le même observateur, offriraient une disposition anatomique particulière des veines sus-hépatiques.

En clinique, la cirrhose cardiaque se montre précédée dans son apparition par une série de poussées congestives du foie, amenant une notable augmentation de volume de l'organe et son endolorissement. Ultérieurement se montre l'ascite. Le foie devient plus ferme en se rétractant un peu, et moins sensible à la pression. Au bout d'un assez long temps, il serait susceptible de s'atrophier. Lorsque la cirrhose cardiaque est constituée, elle peut évoluer pour son propre compte, commandant la reproduction de l'ascite.

II. — Cirrhoses compliquées.

Dégénérescence graisseuse et amyloïde, nécrobiose, dégénérescence pigmentaire, hyperplasie diffuse ou nodulaire, transformation adéno-épithéliomateuse, telles sont les principales modifications que peuvent offrir, en dehors de l'atrophie et de l'hypertrophie, les cellules hépatiques dans les cirrhoses.

De ces modifications, les unes sont dégénératives, les autres, au contraire, sont la marque d'une suractivité cellulaire.

Assez fréquemment, les cellules hépatiques dans un même foie cirrhotique présentent plusieurs altérations, et ainsi voit-on se juxtaposer les dégénérescences amyloïde et graisseuse, ou l'hépatite parenchymateuse et l'adéno-épithéliome, ou encore la dégénérescence graisseuse, la nécrobiose et l'hépatite parenchymateuse; dans d'autres cas, l'altération cellulaire est pour ainsi dire univoque, ou du moins une altération cellulaire unique se montre prépondérante.

La *nécrobiose*, qui d'ailleurs est rarement très étendue, ne s'associe jamais exclusivement à la cirrhose; nous n'y insisterons donc pas davantage; il en sera de même de la *dégénérescence amyloïde,* malgré que son importance soit plus grande et qu'elle puisse intervenir avec une certaine force dans la tuberculose et surtout dans la syphilis hépatique.

Restent les associations de la cirrhose aux dégénérescences graisseuses et pigmentaires, à l'hépatite parenchymateuse et à l'adéno-épithéliome.

Cirrhoses graisseuses. — L'évolution chronique de certaines cirrhoses simples peut être traversée par une brusque dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, ou bien la dégénérescence graisseuse peut surprendre le foie au début de l'évolution scléreuse; enfin, elle peut se manifester d'emblée.

1. Gilbert et Fournier, Cirrhose hypertrophique biliaire chez l'enfant (*Soc. de biol.* et *Rev. des mal. de l'enf.* 1865.)

2. Il resterait à établir les relations qui existent entre ce type et la *maladie de Banti.*

Dans ces trois conditions dissemblables, les lésions et par suite les symptômes sont différents.

Dans la première forme, à l'autopsie, on trouve la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques unie aux lésions habituelles de la cirrhose. Dans la seconde, les lésions conjonctives sont moins marquées, souvent plus jeunes, et le foie est de dimensions normales ou légèrement diminué. Enfin, dans la troisième, la formation scléreuse est peu marquée ou même nulle.

Au point de vue symptomatique, la première forme ne se différencie des cirrhoses simples que par un subictère terminal, quelques hémorrhagies et les signes anticipés de l'insuffisance hépatique. La seconde est marquée par la précocité de ces mêmes symptômes, et leur évolution rapide comprise entre 2 et 6 mois. Enfin la troisième forme reproduit, pour ainsi dire, le tableau d'un ictère grave, subaigu, avec hépatomégalie, entraînant la mort en 6 à 8 semaines.

La tuberculose à elle seule peut les provoquer ou du moins provoquer les deux dernières formes, comme le prouvent certaines observations de Hanot, Lauth, Gilbert, Hutinel.

Quand la tuberculose n'intervient pas pour expliquer la réalisation des diverses formes de la cirrhose graisseuse, il faut faire intervenir sans doute des notions ou de défense hépatique insuffisante ou d'action intensive de l'agent pathogène.

Cirrhoses pigmentaires. — La question des cirrhoses pigmentaires est entourée d'une très grand obscurité. Dans un certain nombre de cas, elles n'ont pas d'histoire clinique particulière. Dans d'autres, au contraire, elles revêtent une forme originale qui a été isolée par Hanot et Chauffard (1).

Celle-ci est caractérisée par l'apparition généralement insidieuse d'une polyurie moyenne, d'une glycosurie notable, accompagnées d'un amaigrissement et d'une déchéance générale dont les progrès sont rapides. En même temps se montre une mélanodermie spéciale généralisée, sans pigmentation des muqueuses. Les malades semblent avoir été frottés d'onguent mercuriel, d'où la désignation de *diabète bronzé* appliquée à l'affection par Hanot et Schachmann. Ces signes, joints à l'existence d'une hypertrophie hépatique, et souvent d'une ascite assez abondante pour nécessiter la ponction, imposent d'ordinaire le diagnostic. Dans les cas les plus caractéristiques, la mort peut survenir en 3 mois; elle a rarement tardé plus d'un an. Elle se fait dans le coma, ou a lieu par l'intercurrence d'une autre affection.

Dans cette forme, comme dans les cas latents dont nous parlions plus haut, à l'autopsie, on trouve un foie presque toujours augmenté de volume offrant, outre les lésions d'une cirrhose biveineuse, des cellules parenchymateuses en dégénérescence pigmentaire. Celle-ci, étendue à la plupart des organes de l'économie, est caractérisée, dans la cellule hépatique, par l'apparition d'une poussière pigmentaire, d'abord fine et périnucléaire, puis formant des blocs ou des amas qui, par l'atrophie progressive du noyau et du protoplasma, finissent par occuper tout l'élément et le représenter après sa disparition. Ce pigment, de couleur ocre plus ou moins foncée, est de nature ferrugineuse.

L'étiologie des cirrhoses pigmentaires est mal déterminée. Elles paraissent liées, dans certains cas, au paludisme (Kelsch et Kiener), à l'alcoolisme (Letulle, Gilbert et Grenet). Dans d'autres cas, leur cause échappe complètement. Dans le type de Hanot-Chauffard on a incriminé le diabète.

1. Hanot et Chauffard. Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré (*Rev. de méd.*, mai 1882, p. 385).

Cirrhoses avec hépatite parenchymateuse. — L'hépatite parenchymateuse diffuse ou nodulaire s'associe assez fréquemment à la cirrhose. La fièvre s'allume alors en général et la marche de la maladie s'active.

Le chapitre le mieux connu de cette hépatite est son anatomie pathologique. On sait également bien qu'elle ne relève pas de conditions étiologiques spéciales, mais qu'elle est commandée par les causes habituelles des cirrhoses, et notamment par l'impaludisme (Kelsch et Kiener), la tuberculose (Hanot et Gilbert), la syphilis. Mais l'on ignore et le mécanisme de sa genèse et les raisons particulières qui la commandent.

Cirrhoses avec adéno-épithéliome. — La suractivité morbide dont témoignent les cellules hépatiques dans certaines cirrhoses peut dépasser les limites de l'hépatite parenchymateuse, et alors entre en scène l'adéno-épithéliome.

Celui-ci présente des caractères histologiques qui le différencient du carcinome hépatique ordinaire : les éléments cellulaires tendent à conserver leur groupement trabéculaire (*épithéliome trabéculaire* d'Hanot et Gilbert) (1) et s'écartent faiblement du type cellulaire originel dont ils conservent sans doute partiellement les attributs physiologiques, d'où la désignation usuelle d'*adénome*.

Dans certains cas, la néoplasie reste partielle, dégénérant sur place, et modifiant si peu l'allure de la cirrhose qu'elle ne représente qu'une surprise d'autopsie.

Dans d'autres, au contraire, elle se substitue de toutes parts au parenchyme normal, pullule activement, et fait irruption dans les veines : l'ictère se joint à l'ascite, l'état général s'aggrave rapidement et la mort survient en trois mois. La cirrhose passe alors au second plan; c'est l'altération cellulaire qui donne au tableau clinique son empreinte, comme dans les cirrhoses graisseuses, dont l'adéno-épithéliome, malgré toutes les différences histologiques qui l'en séparent, est souvent difficile à distinguer cliniquement.

Par le court résumé que nous venons de présenter, on voit combien sont nombreuses et variées les formes cliniques des cirrhoses hépatiques. Selon l'unicité ou la multiplicité des agents cirrhogènes, selon leur valeur, selon leur voie d'apport au foie, selon la qualité du terrain sur lequel ils vont exercer leur action, la cirrhose offrira telle ou telle topographie, les canaux vasculaires et biliaires intrahépatiques seront ou non intéressés, les éléments glandulaires s'atrophieront, s'hypertrophieront, dégénéreront selon divers modes, ou manifesteront une suractivité morbide : la cirrhose, par suite, prendra telle physionomie clinique.

Dans cette complexité, un certain nombre de types se dégagent; nous avons tenté d'en mettre en relief les traits les plus saillants.

Communications.

Formes cliniques de la cirrhose hépatique.

M. Ribas y Perdigo (de Barcelone). — Dans l'état actuel de la science, on ne peut pas accepter qu'une manifestation symptomatologique bien arrêtée de la cirrhose hépatique réponde exactement à chacune des causes et à chacun des groupes des lésions organiques. Cela établi, il faut proclamer

1. Hanot et Gilbert, Étude sur les maladies du foie, 1892.

la nécessité d'un critérium clinique bien compris, pour fixer la nosotaxie et l'étude de la maladie sus-nommée.

Suivant ce critérium, on peut diviser les modalités cliniques indiquées en protopathiques et deutéropathiques.

Parmi les premières, on trouve la cirrhose veineuse, ou de Laënnec, dénommée aussi alcoolique, laquelle offre 4 variétés, telles que la forme atrophique, qui peut être considérée comme la cirrhose classique; la forme hypertrophique, de laquelle on ne peut pas assurer qu'elle soit une première étape de l'atrophique, dont le pronostic est beaucoup plus grave; la cirrhose sans ascite à physionomie clinique, très typique; et la cirrhose aiguë, caractérisée par la rapidité et le tumulte dans sa marche; la cirrhose biliaire, ou hypertrophique, avec de l'ictère chronique, de Hanot, qui constitue un des brillants triomphes de la clinique; les cirrhoses mixtes ou totales, dont les cas sont beaucoup plus fréquents que dans la modalité antérieure; la cirrhose sénile, qu'on peut aussi dénommer artério-sclérotique. La cirrhose saturnine, la cirrhose phosphorique et d'autres cirrhoses toxiques, dont la symptomatologique clinique n'est pas encore bien connue.

Parmi les deuxièmes, soit parmi les cirrhoses deutéropathiques on trouve la cirrhose cardiaque, qui offre souvent le foie augmenté de son volume; la cirrhose syphilitique, qui comprend plusieurs formes, et qu'il faut bien connaître, surtout à cause de la grande facilité de sa guérison dans les premières périodes de son évolution; la cirrhose goutteuse, dont la connaissance clinique n'est pas encore complète; la cirrhose paludéenne, qui offre plusieurs variétés, parmi lesquelles la forme pigmentaire est la plus intéressante en clinique; la cirrhose diabétique, qui présente beaucoup de formes secondaires, parmi lesquelles il faut citer la variété pigmentaire, qui est la plus caractéristique; elle est aussi connue sous le nom de diabète bronzé; les cirrhoses produites par les maladies infectieuses aiguës, lesquelles encore peu connues offrent un ensemble analogue à celui des veineuses, avec augmentation ou diminution du foie suivant les cas; la cirrhose des dyspeptiques, peu étudiée jusqu'à présent, mais qui semblent se présenter d'ordinaire avec un foie augmenté de volume, avec un peu de troubles dans la circulation et sans ictère; la cirrhose par occlusion des vaisseaux biliaires dont la symptomatologie est très souvent obscurcie par la maladie causale qui est presque toujours la cholélithiase; la cirrhose capsulaire à diagnostic toujours bien difficile, mais non impossible dans certains cas.

Action de la propeptone sur le foie.

M. Gley (de Paris). — Les expériences que j'ai publiées, il y a deux ans, ont montré que la ligature des lymphatiques du foie empêche l'action anticoagulante de la propeptone. J'avais, à cette époque, expliqué, avec M. Pachon, cet effet, en admettant que, par la rétention de la lymphe dans le foie, il se produit, à l'intérieur du parenchyme hépatique, une augmentation de pression telle que le fonctionnement de la cellule est entravé, et que la cellule ne produit plus sous l'influence, de la propeptone de substance anticoagulante.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai fait agir directement de l'air comprimé (à 60-90 centimètres d'eau) par le canal cholédoque sur le parenchyme hépatique; chez les chiens sur lesquels cette pression était exercée pendant une demi-heure environ, la propeptone s'est montrée inactive.

A la même époque (1895-1896), mes expériences avaient montré que c'est en agissant sur le foie que la propeptone exerce son influence anticoagulante. Je puis maintenant généraliser cette action, car j'ai reconnu que l'injection intraveineuse de propeptone provoque une exagération momentanée de la sécrétion de la bile. On sait, depuis les recherches de Seegen, que la quantité de sucre hépatique augmente aussi sous l'influence de la peptone. J'ai vérifié ce fait, mais je crois être en droit de l'attribuer à une semblable action excitante de cette substance sur la cellule hépatique.

Je puis généraliser encore plus. D'autres expériences m'ont, en effet, montré que la propeptone excite toutes les sécrétions : salivaire, lacrymale, nasale, bronchique, pancréatique. Ainsi, l'action de la propeptone sur le foie apparaît seulement comme un cas particulier d'une action très générale.

De l'hépatite intercellulaire, forme spéciale à Mexico.

M. Manuel Carmono y Valle (de Mexico). — Dans la ville de Mexico, nous avons une forme clinique de cirrhose hépatique bien définie et dont l'histoire ne se trouve pas dans les livres classiques de pathologie interne.

Elle est caractérisée par l'augmentation de volume et la dureté du foie, ictère constant, mouvement fébrile continu, rémittent ou intermittent; hémorrhagies, perturbations digestives, avec diarrhée permanente bilieuse, perturbations cérébrales avec phénomènes ataxo-adynamiques; fréquemment ascite et enfin la mort.

Sa durée moyenne est de six à huit mois; mais elle peut tuer en beaucoup moins de temps et peut durer jusqu'à un an et demi.

Elle diffère de la cirrhose hypertrophique biliaire ou de Hanot par sa marche beaucoup plus rapide, par l'absence d'hypertropie de la rate, par la continuité de la fièvre, et par la fréquence de l'ascite.

La prolifération conjonctive commence par les veines suprahépatiques et s'étend rapidement aux trabécules des lobules et après aux rameaux de la veine porte. Il y a destruction cellulaire; et dans quelques cas la prolifération conjonctive est tellement abondante qu'elle obstrue tous les vaisseaux sanguins, produisant ainsi des foyers plus ou moins volumineux de tissus nécrobiotiques qui ont coutume de se ramollir et de former des cavernes pleines d'un liquide crémeux et de couleur toujours toujours blanchâtre.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Tauchon (Charles). *Lombricose à forme typhoïde.* N° 617. (H. Jouve.)

M. Viardot (L.). *Contribution à l'étude de l'albuminurie cyclique ou maladie de Pavy.* N° 558. (Imp. Cornois.)

M. de Sèvedavy (Jean). *De la congestion isolée du foie dans les cardiopathies.* N° 604. (H. Jouve.)

M. Casal (Gaston). *De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités à la Salpêtrière.* N° 472. (P. Delmar.)

M. Chamaun (André). *Érythème noueux et tuberculose.* N° 577. (P. Delmar.)

M. Faraut (Mario). *Contribution à l'étude de la séméiologie cardiaque.* N° 436. (H. Jouve.)

M. Magdelaine (Louis). *Contribution à l'étude des souffles cardio-pulmonaires (souffles diastoliques de la base).* N° 573. (G. Steinheil.)

M. Cazin (Léon). *Communication congénitale entre l'aorte et l'artère pulmonaire sans persistance du canal artériel.* N° 516. (H. Jouve.)

Mlle Pokryschkine (Tatiane). *Des variations de forme du cœur dans les névroses.* N° 516. (H. Jouve.)

M. Oumansky (J.). *Contribution à l'étude des pseudo-anévrysmes de l'aorte abdominale.* N° 454. (H. Jouve.)

M. Guillon (Paul). *La mort de Louis XIII.* N° 585. (A. Fontemoing.)

Il existe dans la science des cas de lombricose où les symptômes ont pris tout à coup la forme typhoïde grave.

Ces accidents sont dus, pour M. Tauchon à une intoxication par le suc ascaridien que ces parasites secrètent; il n'a pu déterminer les conditions qui exaltent cette sécrétion, mais pour lui il s'agit vraisemblablement d'une question d'alimentation, tel mode de nourriture chez le malade augmentant la sécrétion du liquide toxique chez le lombric, en lui faisant acquérir des propriétés nouvelles.

L'albuminurie intermittente cyclique est une forme particulière d'albuminurie qui ne rentre pas dans le groupe des néphrites

latentes ; d'après M. Viardot, c'est une affection qui est sous la dépendance d'un trouble de la nutrition se traduisant par une élimination abondante d'oxalate de chaux par le rein ; le lien entre le trouble de la nutrition et l'albuminurie cyclique est représenté par une altération dans la paroi des vaisseaux.

Cette altération peut se manifester soit avant l'apparition de l'albuminurie par des hémorrhagies rétiniennes, soit au cours de l'albuminurie par des exsudats périvasculaires.

L'albuminurie cyclique peut donc s'accompagner de lésions oculaires non encore signalées et sur lesquelles insiste l'auteur.

La congestion isolée du foie due à une cardiopathie est difficile à rattacher à sa véritable cause. L'élimination des autres causes de congestion du foie, et en particulier des troubles digestifs, autorise seule à rapporter les accidents observés à l'action du cœur. L'action du cœur uniquement sur le foie se trouve surtout chez les malades dont le foie est déjà altéré paa une infection ou une intoxication et surtout par l'alcoolisme. Mais, remarque M. de Sèvedavy il est des cas où l'on ne trouve aucun antécédent pathologique qui puisse faire penser à une adultération antérieure de la glande hépatique. C'est dans ces cas que l'on peut émettre l'hypothèse d'un réflexe parti du cœur et agissant sur le foie. La congestion hépatique aggrave le pronostic dans les cardiopathies qui jusque-là ne se sont manifestées par aucun phénomène de gène circulatoire. La digitale n'est pas seulement un moyen de thérapeutique, mais encore un moyen de contrôle pour le diagnostic.

De ce que le rhumatisme chronique déformant des extrémités présente des caractères anatomo-pathologiques constants, il ne faut pas conclure à une étiologie toujours la même. Tantôt, c'est sur un terrain préparé qu'il évolue primitivement ; tantôt aussi, et sans qu'on puisse toujours déterminer la nature de l'infection, c'est par des voies infectieuses multiples qu'il arrive à se constituer.

Cette étiologie différente permet de distinguer une forme arthritique, primitive, et une forme infectieuse, secondaire. Pour M. Cazal. Dans le plus grand nombre de cas, il est possible, par l'interrogatoire du malade, par l'existence ou l'absence d'adénopathies et de lésions cardiaques, de classer les rhumatismes noueux dans l'une ou l'autre catégories.

D'après M. Schamaun, l'érythème noueux apparaît souvent au début d'une tuberculose jusque-là inaperçue ; d'autre part l'érythème noueux chez le tuberculeux est l'indice d'une affection grave à pronostic quelquefois fatal. Il faut donc, en présence d'un érythème noueux, dont la cause paraît obscure, penser à la tuberculose, et, si le diagnostic se confirme, combattre énergiquement l'infection bacillaire. Pour l'auteur, cet érythème noueux est dû à l'action sur les centres vaso-moteurs des toxines du bacille de Koch ou d'autres microbes venus infecter secondaire l'organisme.

Les bruits de souffle intra-cardiaques se propagent en général suivant des lignes bien déterminées et que la séméiologie a fixées d'une façon définitive.

Les lois qui régissent ces propagations sont au nombre de deux : 1° les bruits de souffle se propagent suivant le courant sanguin (Chauveau) ; 2° ils se propagent aussi par les tissus solides constituant le cœur ou l'avoisinant (Friedreich).

A ces deux lois M. Faraut en ajoute une troisième : les ignes de propagation des bruits de souffle sont soumises à un facteur extrêmement important, qui est la veine liquide résultant de l'insuffisance ou du rétrécissement considérée dans sa forme et dans sa direction. La forme et la direction de cette veine liquide sont régies naturellement par la forme et l'orientation du pertuis d'insuffisance ou de rétrécissement.

De nombreux états pathologiques peuvent venir modifier les bruits normaux de la base du cœur au moment de la diastole. Tous les bruits rhythmés perçus dans la région basilaire ne se passent pas dans le cœur, et il existe des souffles extra-cardiaques, anorganiques, systoliques et diastoliques dans la région basilaire et dans la région moyenne de la zone cardiaque, les souffles diastoliques comme les souffles systoliques reconnaissent une origine cardio-pulmonaire, mais ils sont plus rares que les souffles systoliques ; c'est à eux qu'est consacrée la thèse de M. Magdelaine. Ils peuvent occuper à la base les régions pré-aortiques et préinfundibulaire, et, dans la zone moyenne, la région sternale et la région xiphoïdienne.

Leur timbre est le plus souvent doux, il peut être très intense, en jet de vapeur, serratile et même piaulant.

Rares chez l'enfant et le vieillare, ils sont plus fréquents chez l'adulte. Les souffles basilaires cardio-pulmonaires doivent être différenciés non seulement d'avec les souffles organiques (insuffisance aortique et pulmonaire, rétrécissement mitral et tricuspidien, souffle de la zone moyenne, ectasie aortique, malformation congénitale), mais encore d'avec les autres bruits extracardiaques qui se produisent au même lieu et au même temps (frottements péricardiques, péricardite de la base et frottements pleuraux).

Le diagnostic est souvent très délicat, mais, même dans les cas très difficiles, il peut être posé. Dans les cas difficiles et de longue durée, la mensuration du cœur est indispensable pour établir définitivement le diagnostic (cas de dix ans à douze ans de durée sans modification de volume du cœur) (Huchard).

Certains signes des souffles cardio-pulmonaires prennent dans le cas du souffle diastolique une valeur particulière. Les bases du diagnostic des souffles diastoliques cardio-pulmonaires basilaires sont :

1° La localisation exacte et le défaut de propagation.

2° Le défaut de synchronisme avec la diastole (mésodiastolisme).

3° L'absence de modification du cœur dans les cas de longue durée.

4° L'absence de troubles vasculaires et fonctionnels

L'aorte et l'artère pulmonaire peuvent rester en communication de deux façons, soit par l'intermédiaire du canal artériel persistant, soit à l'origine des vaisseaux.

Cette dernière communication se fait par un simple orifice, le plus souvent arrondi et situé à 10 ou 12 millimètres du bord libre des valvules sigmoïdes, c'est-à-dire en un point où les vaisseaux sont intimement en contact.

Elle résulte d'un arrêt de développement, dont la conséquence est le cloisonnement incomplet du bulbe artériel.

Elle s'accompagne de troubles fonctionnels divers, de frémissement cataire et de souffles dont les caractères et le siège sont assez variables. Parmi ceux-ci, celui auquel M. Cazin attache le plus de valeur est le double souffle avec persistance du 2e bruit normal perçu au niveau du 2e espace intercostal gauche. La cyanose ne s'y observe qu'exceptionnellement. Le diagnostic est très délicat, souvent impossible ; il paraît possible dans certains cas en procédant par exclusion.

Cette lésion constitue une affection sérieuse, mais qui dans certains cas permet une survie très longue.

Le cœur est un organe essentiellement mobile sur lequel le moindre excitation agit en déterminant des modifications dans le rhythme, la force et le nombre de ses battements. Il existe des cœurs, dits cœurs nerveux, dont l'excitabilité particulière est due soit à la diathèse nerveuse dont est atteint l'individu, soit à une action réflexe dont le point de départ est dans un organe atteint de quelque lésion. Ces cœurs, sous l'influence des excitations même très faibles, subissent des changements passagers de forme, de volume et de position plus ou moins considérables, qu'étudie Mlle Pokryschkine. Ces changements sont différents dans les divers états pathologiques.

Ce sont les cœurs nerveux seuls qui présentent ces changements ; les cœurs normaux ne sont pas modifiés dans leur forme et leur volume.

L'aorte pulsatile se caractérise essentiellement par des battements forts, même violents, rarement bien localisés, survenant le plus souvent subitement et dont le maximum siège à l'épigastre et à l'ombilic. Ces battements sont intermittents ; ils peuvent disparaître complètement à un moment donné pour réapparaître quelque temps après. La force et la fréquence des battements ne correspondent pas le plus souvent à celles du cœur et leur changement ne s'accompagne pas non plus par

une variation correspondante au cœur. La pathogénie n'est pas unique. M. Oumansky fait entrer les pulsations aortiques dans le même ordre de phénomènes que les palpitations cardiaques et les classe en deux grandes catégories :

I. — Pulsations sympathiques réflexes d'une affection aiguë ou chronique du tube digestif avec ses annexes ou de l'appareil utéro-ovarien chez la femme.

II. — Pulsations nerveuses essentielles qui se divisent en :

a. — Névrose pure des ganglions du sympathique, analogue à celle de la maladie de Basedow.

b. — Névrose déterminée par une intoxication ou infection aiguë ou chronique, comme celle produite par la syphilis, la goutte et le paludisme.

L'affection ne se développe que sur un terrain nerveux héréditaire ou acquis, mais presque jamais hystérique. Les hémorrhagies accompagnant l'affection sont produites par diverses causes indépendantes ou procèdent d'une vaso-paralysie réflexe ainsi que les tumeurs sonores formées par un segment intestinal. Les tumeurs mates sont dues probablement aux épanchements sanguins du même ordre dans le tissu cellulaire pré- et rétro-aortique.

Le diagnostic doit se faire surtout avec l'anévrysme de l'aorte abdominale dont l'aorte pulsatile se distingue essentiellement par l'apparition subite, par sa rémittence complète sa longue durée, l'absence d'isochronisme dans ses pulsations avec celles du cœur. Les tumeurs et les souffles existent dans les deux cas.

Le pronostic est sérieux, mais jamais grave : l'aorte pulsatile ne menace pas par elle-même l'existence.

Le traitement doit s'adresser aux causes déterminantes, c'est-à-dire à un état général nerveux ou chloro-anémique et à un état local variable selon les cas.

D'une étude historique, basée sur des documents inédits nombreux, M. Guillon conclut à la probabilité du diagnostic rétrospectif suivant : Louis XIII a fait de la tuberculose intestinale chronique, vraisemblablement primitive et qui s'est terminée, en même temps que se produisait une poussée aiguë du côté du poumon, de la plèvre et peut-être des reins, par une péritonite aiguë par perforation, conséquence d'une ulcération tuberculeuse ancienne ; il appuie son diagnostic non pas tant sur les lésions cadavériques qu'il décrit d'après le procès-verbal d'autopsie que sur les symptômes cliniques qu'il retrace tout au long dans son travail.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Bourcier. *Essai sur la micrométrie du fond de l'œil.* N° 40.

M. Rostaing. *De la cure radicale du varicocèle par un nouveau procédé de résection de scrotum.* N° 2.

M. Bas. *Des kystes volumineux du pancréas.* N° 70.

M. Grall. *Contribution à l'histologie pathologique des tumeurs primitives des nerfs.* N° 58.

M. Folly. *De l'hémothorax traumatique (indications thérapeutiques et traitement).* N° 73.

La micrométrie oculaire qui a fait son apparition dans la science quelques mois seulement après l'invention de l'ophthalmoscope offre un intérêt non seulement théorique mais encore pratique. M. Bourcier montre que si la micrométrie oculaire n'a pas encore été adoptée dans la pratique courante, cela est dû à l'imperfection des méthodes employées et il décrit un nouveau micromètre ophthalmoscopique qui lui paraît constituer un progrès sur les instruments du même genre construits antérieurement.

M. Rostaing soutient que la résection du scrotum donne à elle seule et dans toutes les formes cliniques des résultats curatifs définitifs complets — sans qu'il soit besoin de recourir à l'excision ou à la ligature des paquets variqueux et il pense que cette opération est devenue encore plus simple grâce à l'emploi d'un clamp spécial, dont il donne la description.

Les kystes proprement dits du pancréas se divisent en deux grandes catégories : 1° les petits kystes séreux rencontrés dans les autopsies et qui n'avaient pendant la vie du sujet provoqué aucun phénomène appréciable ; 2° les kystes plus ou moins volumineux, révélant leur présence par une tumeur au début toujours sous-ombilicale et donnant lieu à des accidents divers. C'est cette dernière catégorie que M. Bas eut exclusivement en vue dans sa thèse, après avoir pris comme point de départ de ses recherches l'observation d'un gros kyste pancréatique opéré par M. le professeur Poncet. En dehors de cette observation personnelle, il n'a trouvé dans la littérature chirurgicale depuis 1890 (travail de J. Bœckel) que 23 cas.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces kystes seraient de nature diverse : les uns sont dus à une pancréatite interstitielle, sorte de cirrhose (Tilger); les autres sont des adénomes transformés en épithélioma mucoïde (Hartmann, Poncet et Dor). Le traitement doit être exclusivement chirurgical. On a proposé soit la ponction avec marsupialisation de la poche, soit l'extirpation totale. L'ablation totale a été faite 10 fois et a donné 4 morts ; dans les autres cas, on a eu recours à l'évacuation, les résultats immédiats ont été simples, mais nous notons une récidive et une dégénérescence épithéliale. L'ablation de la poche, comme dans toutes les tumeurs kystiques, serait donc l'opération de choix ; mais cette intervention a toujours été très laborieuse, particulièrement hémorrhagipare (Poncet, Schröder), est, ainsi que le démontre la statistique de l'auteur, des plus meurtrières. Aussi il ne faut pas systématiquement recourir à telle ou telle de ces opérations. Le kyste incisé et évacué, on cherchera à dégager la poche ; mais si ces manœuvres semblent devoir être longues et pénibles, si les adhérences sont vasculaires, il faut abandonner rapidement les tentatives d'extraction et s'en tenir à la marsupialisation. Plus tard si une fistule persiste, on pourra essayer d'enlever le kyste, alors que cette intervention sera peut-être devenue plus facile, comme pour certains kystes de l'ovaire préalablement marsupialisés. A cet endroit nous manquons d'observation, et nous ne connaissons aucun cas où l'opération ait été pratiquée en deux temps.

M. Grall, étudiant les tumeurs primitives des nerfs, montre que ces tumeurs, quelle que soit leur variété, ont trois grands caractères histologiques communs : α. leur origine aux dépens des cellules de la gaine de Schwann ; β. une prédilection exclusive dans leur extension pour les troncs et filets nerveux (névrome plexiforme) ; γ. et, dans les cas de métastase, une généralisation lointaine aux nerfs des membres.

1° L'hémothorax traumatique, qui fait l'objet de la thèse de M. Folly, peut revêtir deux formes cliniques bien distinctes : hémothorax fermé, hémothorax ouvert (Gangolphe). L'hémothorax fermé succède le plus souvent aux contusions du poumons ou aux déchirures de cet organe par fracture de côtes. Il est, dans la plupart des cas, peu abondant, et son pronostic généralement favorable, vu l'absence de plaie thoracique (Potain, Lister). Dans quelques cas exceptionnels (Turner), l'hémothorax fermé a été déterminé par la déchirure de l'intercostale par un fragment de côte. Il est alors très abondant, et son pronostic ess très réservé. Quelle que soit l'abondance de l'épanchement, l'expectation est de règle au début, car l'intervention le transformerait en hémothorax ouvert. Si, au troisième jour, des phénomènes graves apparaissent : matité très élevée, dyspnée, fièvre, angoisse, on devra avec de grandes précautions, pratiquer la thoracentèse, car il faut donner aux caillots obturateurs le le temps de se former (Bouilly). Une thoracenthèse hâtive pourrait provoquer le rappel de l'hémorrhagie soit *ex vacuo*, soit par des quintes de toux qui détacheraient le caillot. L'hémothorax ouvert survient dans les plaies pénétrantes de poitrine, par instruments piquants, tranchant, ou par armes à feu. Les indications thérapeutiques peuvent être urgentes ou tardives. Les indications urgentes sont la dyspnée, l'anémie, la persistance de l'hémorrhagie et l'abondance de l'épanchement. Les indications éloignées sont la pleurésie exsudative et la suppuration du sang épanché. L'intervention s'emploie surtout dans les cas d'hémorrhagie pariétale. En cas d'hémorrhagie pulmonaire, lorsqu'on prévoit que la pleurotomie avec résection costale ne donne pas un jour suffisant, il faut créer un volet thoracique. Si l'intersection n'est pas urgente, faire de l'occlusion et attendre.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Érythème ortié, lié à la névrite sciatique, par Voituriez (*Journal des sciences médicales de Lille*, 24 juillet 1897, p. 49). — Dans ce cas, l'érythème, trouble vaso-moteur, était si nettement localisé et limité au territoire du nerf, que cette disposition a immédiatement fixé l'attention et permis de rattacher l'éruption à une névrite sciatique remontant à plusieurs mois.

Epilepsie, attaques de chant (Equivalenti musicali di attachi epilettici, attachi di canto), par Sante de Sanctis (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria*, Roma, 15 juillet 1895, vol. 1, fasc. 6, p. 91). — I. Un homme de 25 ans, épileptique depuis l'âge de 12 ans, présente depuis quelques années une grande diversité dans la forme de ses crises; il s'agit tantôt d'attaques convulsives complètes, ou bien incomplètes, ou d'attaques modifiées; parmi ces dernières, on trouve des crises dans lesquelles le chant tient une grande place. Ex. : le 10 mai 1897, convulsions tonico-cloniques pendant une minute, puis le malade chante à pleine voix un air populaire, en battant la mesure. Le chant cesse brusquement et les convulsions reprennent; nouveau chant, terminaison par quelques convulsions. Pendant la crise inconscience complète; amnésie absolue des incidents de l'attaque. — 17 mai, 5 juin attaques de chant sans convulsions, avec mouvements rythmés, amnésie.

II. Femme de 36 ans qui a des attaques convulsives classiques, et d'autres, plus ou moins modifiées. Le 13 mai, elle devient pâle subitement, cesse son travail, chante pendant dix minutes en restant debout, et sans faire aucun mouvement convulsif ni rhythmique. Amnésie complète de l'attaque de chant.

L'école française a autrefois insisté, avec Charcot, sur les équivalents épileptiques; Lombroso a encore élargi cette conception en montrant que l'attaque peut être remplacée par des actes divers et des actions complexes. Mais l'équivalent musical n'a pas encore été décrit. Les *chants involontaires* signalés par Magnan chez des dégénérés, une *phrase musicale comme aura* (Claus et Van der Stricht), le *marmottement musical* (Gowers), ne sont pas des faits semblables à ceux ci-dessus rapportés.

On ne peut dire que dans le cas I, ni le plus souvent dans le cas II, le chant à lui seul constitue l'attaque, car il existe en même temps des mouvements divers, convulsifs ou rhythmés; peut-être le chant n'est-il alors qu'un de ces automatismes qu'on rencontre à la terminaison des crises communes. Mais l'attaque du 13 mai de la malade a consisté uniquement en chant; il y avait perte de la conscience pendant, il y eut amnésie après. Elle mérite d'être considérée comme un *équivalent musical* de l'attaque d'épilepsie, comme une véritable *attaque de chant*.

Enucléation des yeux pour goitre ophthalmique (A case of exophtalmic goiter, etc.), par Spalding (*Medical News*, 17 juillet 1897). — L'inflammation commença par les tissus péri-oculaires de l'orbite à droite, côté où l'œil faisait une saillie énorme. De la compression produite par l'augmentation de volume de ces tissus résulta une névrite optique et le ralentissement de la nutrition de tout le globe; la cornée se dessécha et s'ulcéra, d'où panophthalmie nécessitant l'énucléation. Un peu plus tard, les mêmes phénomènes se reproduisirent de l'autre côté et l'on dut procéder à l'ablation de l'œil gauche.

Folie causée par l'emprisonnement (Insanity from prison confinement), par M. V. Ball (*Medical News*, juillet 1897, p. 80). — Un crime peut être commis par un fou ou par un individu n'ayant aucune trace d'aliénation; il peut se faire que ce dernier devienne aliéné en prison, mais le fait est rare. Les Les prisonniers aliénés que l'auteur a observés présentaient presque tous, au moment du jugement des signes de dérangement d'esprit; la folie était antérieure au crime et à l'emprisonnement. Pourquoi condamner des aliénés? La création d'asiles spéciaux pour *fous criminels* s'impose.

MÉDECINE PRATIQUE

Valeur thérapeutique du pyramidon,

D'après M. le Dr Ch. Legendre.

Le pyramidon est un dérivé amidé de l'antipyrine. Il a été introduit en thérapeutique par le professeur Filehne, de Breslau, et récemment étudié par Lépine (de Lyon) et Pouchet. Il est possible de donner dès maintenant quelques indications sur les effets cliniques de ce médicament, grâce au travail que vient de lui consacrer M. Legendre (1) et dont les éléments ont été réunis dans le service de M. Huchard et le laboratoire de M. Pouchet.

L'expérimentation physiologique n'a guère révélé que l'extrême toxicité du pyramidon pour les animaux. Cette toxicité a conduit à l'administrer avec prudence chez l'homme : mais jusqu'à présent aucun fait ne permet de conclure qu'on ait à redouter une propriété analogue chez l'homme.

En clinique, voici ce que l'on constate : le pyramidon s'élimine avec une très grande rapidité; on le retrouve au bout d'un quart d'heure dans les urines et généralement il n'est plus décelable après 2 h. 1/2. Comme tel, il doit être administré à petites doses et fréquemment répétées : à cette condition il n'y a jamais d'intolérance.

Le pyramidon paraît surtout agir avec succès dans la céphalalgie, les névralgies d'origine rhumatismale. Il abaisse la température de 2° en 2 heures. La défervescence est accompagnée d'une crise sudorale qui contre-indique l'emploi de ce médicament chez les phthisiques. Notons enfin qu'il n'exerce aucune action défavorable sur le rein et que par conséquent il peut être prescrit sans danger chez les cardiaques et les rénaux.

En résumé, la propriété caractéristique et à notre sens, seule utilisable pour le moment, du pyramidon est de faire disparaître la céphalalgie, quelle qu'en soit l'origine, avec plus de rapidité que l'antipyrine et à des doses incomparablement plus faibles. Comme antithermique, si nous pouvons admettre qu'il est l'un des moins dangereux de la série des défervescents brusques, il appartient néanmoins à la classe de ces instruments thérapeutiques dont nous connaissons encore trop imparfaitement les modes et les limites d'énergie, pour les faire entrer dans la pratique courante. Cette proscription ne cessera d'être légitimée que le jour où nous serons mieux fixés sur le mécanisme physiologique de l'antipyrine.

Le pyramidon est soluble dans l'eau : la solution n'a pas de saveur désagréable.

Filehne le prescrit de la façon suivante :

Pyramidon	1 gr.
Eau	30 cc.

Une cuillerée à café ou 5 centim. cubes équivalent à 15 centigrammes de pyramidon. On donne en une fois 1 à 3 cuillerées à café. Si on donne 4 cuillerées à café il faut mettre entre les 2 premières et les 2 dernières un intervalle de 4 heures.

En général, contre la céphalalgie, il ne faut pas dépasser la dose de 40 centigrammes et n'atteindre qu'exceptionnellement 75 centigrammes. Voici une formule à 10 centigrammes par cuillerée, d'un maniement plus aisé que celle de Felehne. On peut faire prendre la moitié de cette potion en une fois, c'est-à-dire 40 centigrammes.

Pyramidon	0 gr. 80
Kirsch.	5 gr.
Eau distillée.	120 gr.

Une cuillerée à soupe représente 10 centigrammes de pyramidon.

G. Maurange.

1. Ch. Legendre, *Sur le pyramidon*, étude expérimentale et thérapeutique (th. de Paris, 1897, n° 270).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Opérations dans le goitre exophthalmique (p. 877).

REVUE DES CONGRÈS. — *XII° Congrès international de médecine :* Néphrites (p. 879). — Gangrène des extrémités dans le cancer de l'estomac. — Rayons de Röntgen et bacille de Koch. — De la symphyséotomie (p. 880). — Péritonite d'origine génitale. — Fibro-myome de l'utérus (p. 881). — Plaies infectées. — Greffes épidermiques. — Hémicraniectomie. — Goitre exophthalmique. — Cure radicale des hernies (p. 882). — Sténoses consécutives à l'incubation (p. 883). — Intervention dans le croup. — Traitement de la diphthérie (p. 884). — Traitement de la syphilis. — Prostituées clandestines. — Blennorrhagie chez les femmes (p. 885). — Tuberculose du larynx. — Cancer du larynx. — Sinusites faciales (p. 886). — Cathétérisme des sinus frontaux. — Epuration des eaux. — Traitement de la scoliose. — Diplopie monoculaire. — Colobome de la tache jaune. — Agglutination (p. 887). — Immunité et pouvoir antitoxique (p. 888).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Etude des localisations cérébrales (p. 888).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Dangers des opérations dans le goitre exophthalmique.

Communication faite à l'*Académie de médecine*

Par M. Antonin Poncet.

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon
Correspondant national.

La note que j'ai présentée à l'Académie au mois de juillet, au nom de M. Jaboulay, sur le «Traitement du goitre exophthalmique par la section ou la résection du sympathique cervical», a provoqué deux communications, l'une de M. Doyen (27 juillet), l'autre de notre éminent collègue M. Péan (3 août) sur la même question (1).

M. Doyen, après avoir rapporté deux observations personnelles de thyroïdectomie pour goitre exophthalmique, avec succès dans les deux cas, proscrivit toute intervention sur le sympathique cervical, comme moins efficace et plus dangereuse que la thyroïdectomie.

M. Péan, de son côté, a discuté devant vous les indications d'intervention que peut fournir la maladie de Basedow, et vous a exposé son manuel opératoire pour l'ablation de la tumeur thyroïdienne, avec les modifications qu'il peut comporter suivant les différents cas. Lui aussi conclut : que, même dans les cas graves, la thyroïdectomie est d'une exécution facile, — qu'elle donne des guérisons durables sans danger de myxœdème consécutif même après ablation de la glande en totalité, — enfin que l'exothyropexie, aussi bien que la section du sympathique cervical, n'ont pas encore fourni un assez grand nombre de guérisons, pour qu'elles puissent être opposées avantageusement à la thyroïdectomie.

Je ne veux pas revenir sur l'innocuité de la sympathicotomie, de la sympathectomie (Jaboulay, Faure et Paul Reclus, Gérard-Marchand) et sur son efficacité dans la cure du goître exophthalmique : jusqu'à présent je ne connais pas de cas de mort à la suite de cette opération, et aucun accident grave n'a été relaté par les chirurgiens déjà nombreux qui y ont eu recours. D'autre part, les guérisons obtenues par M. Jaboulay se maintiennent parfaites encore aujourd'hui, les améliorations persistent et s'accentuent. Dans sa communication, M. Jaboulay a exposé lui-même les raisons anatomiques et physiologiques pour lesquelles les résultats immédiats ou définitifs peuvent être variables, et avec les opérés et avec les chirurgiens. Donc, jusqu'à plus ample informé, la valeur et l'originalité de sa méthode doivent être prises en très sérieuse considération. La sympathectomie est sans danger, comme le reconnaît M. Péan, qui lui-même la pratiqua, il y a 3 ans, chez un épileptique basedownien, qu'il cherchait à guérir de son épilepsie et non de son goître exophthalmique, et chez lequel il obtint néanmoins une amélioration de ces deux affections.

Par contre, je ne puis partager l'opinion de MM. Péan et Doyen relative à l'innocuité constante de la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow.

M. Doyen a eu 2 guérisons successives : ce chiffre est insuffisant pour juger une méthode. Quant à M. Péan, si jamais il n'a enregistré d'accidents, c'est peut-être qu'il s'est trouvé en présence d'une série heureuse, au sens le plus large du mot.

En effet, ce n'est pas en tant qu'opération même que la thyroïdectomie est dangereuse pour les basedowniens. Que l'on pratique la forcipressure ou le pincement temporaire des vaisseaux avec ligature consécutive, — que l'on fasse une thyroïdectomie, une strumectomie, une énucléation massive ou une exothyropexie, les conditions opératoires restent les mêmes que pour un goître banal. Le seul point particulier à la tumeur des basedowniens, c'est qu'elle est, d'ordinaire, plus charnue, moins kystique, et que son ablation demande une hémostase plus soignée il est vrai, sans que l'intervention en soit en rien compliquée.

Je dirais même avec M. Péan que la mortalité opératoire est nulle ou à peu près, à n'envisager que les accidents tels que : l'hémorrhagie primitive ou secondaire, l'entrée de l'air dans les veines, la suffocation et la syncope respiratoire ou cardiaque.

Malheureusement, ces accidents ne sont pas les seuls : il en est d'autres absolument indépendants de l'habileté manuelle et de l'expérience du chirurgien. Je veux parler de ces morts presque subites, survenant quelques heures ou quelques jours après l'opération, qu'ont eu à déplorer la plupart de ceux qui ont opéré un certain nombre de goîtres exophthalmiques, et qui reconnaissent pour cause très probablement :

1° Une intoxication aiguë par les produits de la glande altérée, lancés brusquement, à dose massive, dans le torrent circulatoire;

2° Des perturbations graves dans l'innervation cardiaque et vaso-motrice, par l'irritation d'un grand sympathique pathologique, déjà très susceptible et trop actif. Ce rôle du grand sympathique est surtout évident

1 *Bulletin de l'Académie de médecine*, séances du 27 juillet et du 3 août 1897.

dans les cas de mort après l'exothyropexie (comme nous en avons eu chacun un cas Jaboulay et moi) où l'hémorrhagie est réduite au minimum. Les nerfs de la glande, tiraillés dans les manœuvres de luxation des lobes, déterminent en effet une hypersécrétion, qui se traduit au dehors chez tous les goîtreux opérés (goître simple ou exophthalmique) par une exsudation abondante de sérosité, et qui, chez tous aussi, amène pendant quelques jours une décharge intra-vasculaire, dont les effets représentent ce que j'ai appelé la *fièvre thyroïdienne* (1).

Chez les basedowniens en particulier, cette décharge est-elle plus subite, plus abondante, ou les produits plus toxiques?

Ces points sont encore à l'étude; mais, en définitive, c'est elle qu'il faut incriminer.

Quant aux troubles cardiaques consécutifs aux manœuvres sur la thyroïde, tous les chirurgiens les connaissent; E. de Cyon vient d'en fournir la raison expérimentale (*Acad. des sciences*, 28 juin 1897) en montrant les relations étroites qui existent entre l'innervation thyroïdienne, le nerf dépresseur et les nerfs modérateurs du cœur. Ces troubles seront d'autant plus à redouter chez les basedowniens qu'ils s'ajouteront à la fatigue antérieure du myocarde et à l'affolement de ses régulateurs nerveux.

Les partisans de la thyroïdectomie pourraient objecter en sa faveur que le meilleur moyen de la rendre inoffensive est de la faire totale, puisque par là on supprimerait la source de l'intoxication mortelle, qui subsiste au contraire, et donne un plus fort débit après les opérations partielles. M. Péan dit avoir pratiqué plusieurs de ces thyroïdectomies totales, sans jamais avoir constaté à la suite le myxœdème opératoire, affirmation qui serait rassurante pour les chirurgiens et leurs opérés. Mais parfois la thyroïdectomie totale elle-même ne suffit pas pour guérir le basedownisme; témoin la jeune malade de M. Jaboulay qui subit successivement plusieurs exothyropexies, l'ablation en plusieurs temps de ses trois lobes thyroïdiens, et qui ne fut débarrassée de son exophthalmie, de ses palpitations et de ses troubles nerveux qu'après la résection double du sympathique cervical. D'ailleurs, ainsi que le fait observer M. Péan, et comme l'avaient signalé nombre de chirurgiens suisses et allemands, il semble que dans le myxœdème opératoire, il y ait un facteur « *régional* » important. Rosander déjà avait réuni en 1890, pour le Congrès de Berlin, 30 cas de thyroïdectomie, en apparence totale, sans myxœdème consécutif; de plus, on a rarement constaté ce dernier en Angleterre, exceptionnellement en Italie, beaucoup plus souvent en Suisse qu'en Allemagne. Malheureusement ce sont là de simples faits négatifs, non coordonnés, d'un contrôle exact très difficile quant à la destruction totale de la glande et des glandules thyroïdiennes, et qui, mis en regard des faits positifs beaucoup plus nombreux de Schiff, de Reverdin, de Kocher, d'Eiselsberg, de Gley et de nous-même, laisseront le chirurgien très indécis sur le point en question : le malade st-il ou non de ceux qui prendront du myxœdème, une fois sa thyroïde supprimée?

Un de mes élèves, M. Bérard, a donné l'an dernier une étude très complète de la thérapeutique du goître en général et du goître exophthalmique en particulier (2). Il a réuni les statistiques les plus importantes de Freiberg, Buchanan, Heydenreich, Mikulicz, Putman, Rydygier, Allen Starr (p. 446 et *seq.*).

Toutes s'accordent pour démontrer : que la thyroïdectomie ou les énucléations chez les basedowniens comportent, avec 45 à 50 p. 100 de guérisons définitives, 15 à 30 p. 100 de mortalité immédiate; Allen Starr, dont les calculs portent snr 190 cas, donne même 33 p. 100. Dans ma pratique personnelle, j'ai eu 2 morts sur 12 opérés. Et dans presque tous ces cas, la mort survenait dans les mêmes conditions : élévation brusque de la température, tachycardie atteignant 180 à 200 pulsations à la minute, surexcitation nerveuse avec agitation, angoisse, sueurs profuses, enfin collapsus et mort par arrêt du cœur du 1er au 3e jour après le début des accidents.

Depuis la publication de l'important travail de M. Bérard (décembre 1896), plusieurs nouveaux faits, communiqués en mars 1897 à la Société de Chirurgie (Lejars, Quénu), sont venus encore charger cette statistique.

Dans la discussion qui suivit la très intéressante note de M. Lejars : *Sur les dangers de l'intervention opératoire dans le goître exophthalmique*, et à laquelle prirent part MM. Schwartz, Tillaux, Tuffier (il s'agissait d'une mort rapide, post-opératoire, inexpliquée par l'autopsie, d'une goîtreuse exophthalmique du service de M. le professeur Debove), je rappelai l'histoire d'une basedownienne que j'avais opérée il y a 3 ans, à la Salpêtrière, dans le service de mon ami Brissaud, et qui était morte, quelques heures après une intervention chirurgicale cependant très simple. C'était le premier fait de ce genre que l'on publiait en France; il nous émut beaucoup. Brissaud émit alors l'hypothèse d'un empoisonnement suraigu et d'un empoisonnement bulbaire d'origine thyroïdienne.

Depuis lors, de nombreuses observations semblables, recueillies soit dans notre pays, soit à l'étranger, sont venues démontrer le bien fondé de cette opinion; elles ont établi les dangers d'une véritable *toxémie thyroïdienne* dans les interventions opératoires sur le goître exophthalmique et cela quelles que fussent la simplicité et la bénignité apparente de l'opération.

Est-il donc exagéré d'avancer maintenant : qu'aucun chirurgien prévenu ne prendra le bistouri sans arrière-pensée, et sans avoir sévèrement discuté son intervention, lorsqu'il s'agira de toucher au corps thyroïde d'un basedownien? Je n'irai pas aussi loin dans la voie de l'abstention que M. le professeur Tillaux, qui dernièrement, à la Société de chirurgie (mars 1897), déclarait ne considérer comme opérables que les *faux goîtres exophthalmiques*, c'est-à-dire, les tumeurs thyroïdiennes bénignes, causant secondairement les troubles fonctionnels du basedownisme par compression plus ou moins tardive du sympathique cervical. Ces faits particuliers doivent être considérés comme des goîtres vulgaires et traités comme tels. Reste le *goître exophthalmique vrai, primitif, avec sa triade complète d'emblée*. Pour ce goître, autant que M. Péan, plus que lui peut-être, j'estime qu'il doit être d'abord traité par les moyens médicaux, toutes les fois qu'on le peut, c'est-à-dire toutes les fois que les accidents imminents de suffocation n'imposent pas un acte chirurgical d'urgence; et même en cas d'asphyxie, avant de toucher au corps thyroïde, je crois que l'on doit essayer de libérer la trachée par la simple incision large des parties molles au-devant de la tumeur.

Au reste, voici mon opinion, telle que l'a rapportée M. Bérard dans ses conclusions.

« Dans tous les cas de maladie de Basedow vraie, « essayer d'abord des médications internes; — pour-

1. Ces effets sont, de tous points, comparables aux accidents que l'on observe chez les individus intoxiqués par une médication thyroïdienne (pulpe ou iodothyrine) trop longtemps prolongée.

2. *Thérapeutique chirurgicale du goître*, par L. Bérard (Th. de Lyon, 1896, et Masson, édit., Paris, 1897).

« suivre leur emploi, même si l'amélioration est lente, « chez les sujets qui peuvent faire les sacrifices de toute « nature imposés par ce traitement.

« Chez les malades de la classe pauvre, obligés de « compter les jours, chez ceux qui vont rapidement à la « cachexie ou qui présentent une récidive après une amé- « lioration momentanée par le traitement médical, con- « seiller l'opération aussitôt que les troubles fonctionnels « deviennent gênants pour les actes de la vie courante, « avant que l'état général soit trop altéré, mais en pré- « venant le sujet et son entourage qu'il y a des riques à « courir.

« Si la tumeur est de volume moyen, l'enlever par « l'énucléation massive ou par la thyroïdectomie partielle. « Si elle est plus grosse et très vasculaire, donner la pré- « férence à l'exothyropexie, malgré les chances d'insuccès « peut-être plus nombreuses. On sera toujours à temps « de recourir à l'excision secondaire du goître lorsque la « thrombose partielle de ses vaisseaux par l'exposition à « l'air aura diminué les difficultés opératoires et les chan- « ces d'intoxication (1) ».

Aujourd'hui j'ajouterai : pour ces derniers cas de tumeur charnue, volumineuse, pour les cas de maladie de Basedow sans goître ou avec un goître de très petit volume et avec des troubles vaso-moteurs très accentués, pour les cas enfin où le malade, averti des dangers qu'il court après une intervention thyroïdienne, s'y refuserait, discuter la sympathectomie.

Plusieurs chirurgiens, Kocher et Rydygier en première ligne, ont fortement préconisé la ligature des artères thyroïdiennes comme une méthode thérapeutique innocente et efficace dans le goître exophthalmique ; mais mon défaut d'expérience personnelle ne me permet pas de la juger.

On trouvera dans le dernier chapitre de la thèse de Bérard un exposé complet des diverses opérations pratiquées jusqu'à ce jour pour obtenir la guérison de la maladie de Basedow, et les résultats donnés par ces interventions chirurgicales.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

MÉDECINE

Classification des néphrites.

M. Carrieu (de Montpellier). — Sans vouloir établir une classification complète des néphrites et en laissant de côté les néphrites tuberculeuses, diabétiques, syphilitiques, etc., qui dépendent d'un état diathésique antérieur, nous distinguerons cliniquement : 1° les néphrites toxiques suraiguës; 2° les néphrites parenchymateuses aiguës primitives; 3° les néphrites parenchymateuses secondaires à marche subaiguë ou chronique; 4° les néphrites interstitielles chroniques à poussées subaiguës.

Nous avons souvent eu l'occasion d'observer les néphrites toxiques suraiguës au début de la scarlatine et d'autres maladies infectieuses graves ou dans des intoxications violentes.

Nous en avons indiqué les caractères histologiques. La lésion consiste en un œdème hémorrhagique et diapédésique du tissu cortical, mais surtout dans un exsudat albumineux siégeant à l'intérieur de la capsule de Bowmann et comprimant les vaisseaux glomérulaires de façon à supprimer complètement leur fonctionnement.

1. L. Bérard, *loc. cit.*

Les cellules des tubes paraissent parfois peu altérées à cause de la rapidité même de l'évolution morbide, l'anurie et les infections microbiennes primitives amenant rapidement la mort avec des phénomènes typhiques et urémiques plus ou moins intenses.

C'est dans ces cas que sont indiquées les injections intraveineuses de sérum précédées d'une saignée préalable, ou le lavage du sang suivant le procédé de Barré. Nous avons ainsi obtenu 3 succès sur 5 cas. Mais il faut agir au plus tôt, car tous les malades atteints de cette forme hypertoxique chez lesquels nous ne sommes pas intervenu de cette façon ont succombé.

Les néphrites parenchymateuses aiguës primitives débutent sous l'influence du refroidissement ou d'autres causes de troubles vasculaires, sans l'intervention d'une infection ou d'une intoxication antérieure.

Leur manifestation clinique est plus ou moins bruyante et consiste en symptômes rénaux (urines rares, sanguinolentes, très albumineuses, avec éléments figurés abondants : tubes, cellules, hématies, douleurs lombaire), en symptômes cardio-pulmonaires (fièvre, arhythmie, souffles cardiaques, dyspnée, congestion et exsudats pleuro-pulmonaires), et en symptômes nerveux de la petite ou de la grande urémie.

Les lésions sont représentées par des troubles vasculaires corticaux (hémorrhagie, diapédèse) et des altérations des cellules des tubuli contorti (desquamation, infiltration fluide ou granuleuse, nécrose cellulaire, prolifération nucléaire, absence de microbes).

Ici encore les injections intra-veineuses précédées d'une saignée générale ou locale sont indiquées. Comme dans les cas précédents, nous y associons les injections sous-cutanées de caféine et d'éther pour soutenir le cœur et stimuler le système nerveux.

Les néphrites parenchymateuses secondaires subaiguës ou chroniques sont peut-être les plus fréquentes. C'est à elles qu'on réserve habituellement en clinique la dénomination de mal de Bright.

Elles surviennent à la suite d'une maladie infectieuse moins virulente que dans les formes hypertoxiques (scarlatine, érysipèle, dothiénentérie), ou d'une intoxication plus lente (mercure, arsenic, alcool), ou seulement sous l'influence prolongée du froid humide chez des individus lymphatiques, rhumatisants.

Elles sont caractérisées cliniquement par les œdèmes multiples, l'albuminurie abondante avec plus ou moins d'éléments figurés, les troubles cardio-pulmonaires, la fatigue facile, la cryesthésie et tous les autres symptômes classiques du brightisme.

La lésion anatomique consiste en des dégénérescences plus ou moins avancées et étendues des cellules des tubes contournés avec infiltration diapédésique plus ou moins marquée du tissu conjonctif cortical caractérisant le gros rein blanc.

C'est dans les cas de ce genre que le traitement par les bains d'air chaud, tel que nous l'avons indiqué, nous a donné les résultats les plus satisfaisants. Comme nous l'avons démontré, ces bains ne soulagent pas seulement le rein par la sudation qui élimine des matières toxiques, mais encore ils agissent sur l'état général en activant les échanges cellulaires par excitation vasculo-nerveuse de la peau. Nous insistons sur ce point que, chez tous ces malades, il y a un vice de nutrition primordial ou acquis. Ce n'est pas le rein seul qui est atteint, mais tout l'organisme : il faut donc agir sur ce dernier.

Nous ne négligeons pas du reste les autres agents hygiéniques ou thérapeutiques (lait, chaleur, tanin, etc.), mais même avec le régime ordinaire et sans autre médication que les bains d'air chaud, nous avons vu l'albumine disparaître complètement de l'urine chez des brightiques invétérés.

Les néphrites interstitielles chroniques, qui sont le résultat de l'action plus lente et continue des divers poisons morbides, ne relèvent pas habituellement des méthodes de traitement que nous venons d'indiquer. Mais il n'est pas rare d'observer dans le cours de leur évolution des poussées subaiguës de néphrite parenchymateuse; les urines deviennent alors plus rares, l'albumine augmente, les symptômes urémiques, qui jusque-là avaient fait défaut, apparaissent, et le malade est en danger immédiat.

En pareil cas les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum sont indiquées et peuvent faire disparaître les symptômes alarmants sans arrêter la marche progressive de la maladie.

En résumé, pour bien connaître les divers états morbides

dont le rein peut être atteint et apprécier les indications thérapeutiques dont ils sont justiciables, il faut se baser sur l'étiologie, sur le genre d'altérations anatomiques que les causes morbides ont produites suivant leur nature, l'intensité et la durée de leur action, et sur l'évolution clinique qui en résulte étant donnée la résistance individuelle de l'organisme.

Gangrène des extrémités par atrésie et par oblitération artérielle incomplète dans le cancer de l'estomac.

MM. Sabrazès et **Cabannes** (de Bordeaux). — La gangrène par artérite chronique n'exige pas fatalement — à l'encontre de l'opinion classique formulée par Cruveilhier — une oblitération totale des troncs artériels du membre intéressé et de leurs collatérales. Une oblitération partielle, voire même une simple atrésie, peuvent la provoquer, ainsi que le démontrent deux cas observés par nous et dans lesquels il ne s'est agi ni de gangrène par névrites périphériques (les nerfs étaient sains en amont des parties sphacélées), ni de gangrène septique. Il faut pour cela qu'interviennent des causes de dénutrition multiples et associées.

Les artérites chroniques, oblitérantes ou non, et suivies de gangrène au cours du cancer de l'estomac, ne relèvent pas d'un processus néoplasique secondaire localisé sur les points de l'artère malade, mais simplement d'une lésion d'athéromasie.

En regard du segment artériel intéressé, il existe toujours des ganglions qui présentent des altérations d'inflammation simple à évolution chronique.

Ces artérites chroniques, survenant ou se révélant au cours du cancer gastrique, doivent être rapprochées des phlébites qui se manifestent si fréquemment chez les cancéreux.

Action des rayons de Röntgen sur la vitalité et la virulence des cultures du bacille de Koch.

MM. J. Bergonié et **Ferré** (de Bordeaux). — Les recherches de MM. Bergonié et Ferré ont été faites sur des cultures sur gélose glycérinée. Dans une première expérience, on a déterminé l'action des rayons de Röntgen sur la virulence des cultures; dans la deuxième, leur action sur la vitalité.

L'exposition des cultures aux rayons X a été surtout l'objet des plus grands soins; les rayons pénétraient par l'ouverture du tube fermé par un tampon de ouate et venaient directement frapper la surface ensemencée. Jamais les rayons X n'ont eu à traverser le verre afin d'atteindre les cultures.

On a inoculé un premier cobaye témoin avec la culture pure, et deux autres après l'exposition, pendant une heure, aux rayons X. Ces rayons étaient fournis par un tube Focus donnant une bonne radiographie de la main après cinq à six minutes d'exposition. De ces trois cobayes, le cobaye témoin est mort tuberculeux le 1er juillet; des deux autres, l'un est mort le 7 juillet et l'autre vit encore au 22 juillet, mais est nettement tuberculeux.

Pour examiner l'action des rayons de Röntgen sur la vitalité du bacille de Koch, on a ensemencé chaque jour sur gélose glycérinée; la culture était soumise chaque jour également aux rayons X. Bien que certains tubes aient été ensemencés avec une culture ayant été exposée tous les jours, pendant quinze jours et pendant une heure, aux rayons de Röntgen, les ensemencements se sont parfaitement développés et la gélose est recouverte de colonies de Koch extrêmement vivaces.

La conclusion à tirer de ces expériences est que, dans les circonstances où nous nous sommes placés, l'exposition d'une culture de tuberculose aux rayons de Röntgen, pendant une heure, ne détruit pas la virulence de cette culture, mais elle semble en retarder l'évolution (sept jours de survie dans une expérience, près de un mois dans l'autre). Quant à la vitalité des cultures du bacille de Koch, elle ne paraît pas modifiée.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la symphyséotomie.

M. H. Varnier (de Paris). — L'agrandissement momentané du bassin par la symphyséotomie a pour résultat de ramener le taux de la mortalité fœtale qui suit l'extraction artificielle dans les bassins normaux.

Cet agrandissement ne donne lieu à aucune hémorrhagie, à aucune lésion des symphyses postérieures capables de compromettre la vie ou la santé de la parturiente. Les lésions de l'urèthre et de la vessie sont exceptionnelles. Il y a lieu de croire que le forceps n'y est pas étranger.

Pratiquée antiseptiquement sur une femme non infectée, la symphyséotomie ne fait pas courir plus de dangers que les autres interventions obstétricales. En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale la septicémie à porte d'entrée utéro-vaginale.

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. Il n'est nullement démontré, il est douteux qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir. Une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble, dans les grossesses et les accouchements ultérieurs. L'opération peut, sans difficultés et sans inconvénients, être faite plusieurs fois chez la même femme.

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Phénoménoff et de Frank (de Cologne), sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

Il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que, l'enfant étant vivant, la dilatation complète, les membranes rompues, les efforts d'expulsion insuffisants par suite de la disproportion des dimensions fœtales et maternelles, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas 7 centimètres donnera un bassin osseux de dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doive être réservée aux bassins viciés au sens absolu du mot. Elle doit être le mode de traitement de la dystocie par excès de volume physiologique du fœtus et par certaines présentations vicieuses dans les bassins normaux. La symphyséotomie doit remplacer, dans le traitement des viciations pelviennes courantes, l'accouchement prématuré provoqué, l'extraction forcée par forceps ou version, l'embryotomie sur l'enfant vivant. La pelvitomie est le seul procédé efficace d'agrandissement du bassin. L'étude cadavérique mathématique prouve que l'attitude à la Walcher est incapable de produire les résultats annoncés par son auteur et acceptés sans contrôle par trop de nos confrères.

Au point de vue des indications particulières de la symphyséotomie, les bassins viciés doivent être classés en deux groupes :

Les bassins symétriques, quelle que soit la cause qui ait réduit les dimensions des diamètres transverses du détroit inférieur.

L'appréciation du siège et de l'étendue du rétrécissement y est facile; le calcul de l'agrandissement éventuel possible y est aisé à faire d'après les tableaux connus.

Ces bassins, de beaucoup les plus communs, sont le domaine, par excellence, de la symphyséotomie.

Les bassins asymétriques. Vu leur atypie, la rareté des pièces fraîches sur lesquelles l'expérimentation serait possible, la difficulté d'une appréciation quelque peu exacte de la viciation des diamètres obliques, ces bassins semblaient *a priori* devoir former une classe à part. Les faits démontrent cependant qu'il y a lieu de les diviser en 2 catégories.

a) Les bassins à asymétrie plus ou moins prononcée résultant uniquement de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres.

b) Les bassins asymétriques par arrêt de développement d'un aileron sacré et synostose sacro-iliaque concomitante.

Pour les bassins de la catégorie *a*, l'asymétrie est un facteur négligeable. Ces bassins valent, au point de vue de la symphiséotomie, ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

Pour les bassins de la catégorie *b*, bien que la symphyséotomie soit capable, dans certains cas, de permettre l'extraction d'un enfant vivant et non blessé, il n'est pas prudent d'y recourir, et c'est soit à l'ischio-pubiotomie, soit à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser.

La symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux. Il est dangereux d'y recourir dans le but

d'aider à la dilatation des parties molles. Il est irrationnel d'y recourir dans les cas de dystocie causées par tumeurs des parties molles.

Outre les contre-indications tirées de la nature de la viciation pelvienne, il y a lieu de se demander s'il ne convient pas d'en ajouter d'autres tirées de l'état de santé du fœtus ou de la mère, au moment où surgit l'indication.

On a dit : « Il y a contre-indication à la symphyséotomie lorsque la vie du fœtus est compromise soit par la longue durée du travail, soit par des interventions antérieures, etc. ». En théorie, cela est parfait. En pratique, cela ne veut rien dire. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, tant qu'on entend les bruits du cœur fœtal, de dire si la vie du fœtus est ou non compromise. Aussi, en dehors d'une malformation dûment constatée, la cessation des bruits du cœur doit être la seule contre-indication admise.

On a dit aussi : « L'infection du tractus génital est une contre-indication à la symphyséotomie, parce que la plaie symphysienne, même antiseptiquement faite et non communicante, et les foyers traumatiques créés au niveau des symphyses sacro-iliaques s'infecteront secondairement ». La pratique a montré que ces craintes n'étaient pas fondées. Et si nous considérons l'infection du tractus génital comme une contre-indication à la symphyséotomie, c'est uniquement par crainte d'une communication directe possible avec la plaie opératoire. La cellulite pelvienne suppurée, qui en est la suite forcée, est évidemment un danger de plus ajouté à ceux prédominants, qui résultent de l'infection du tractus génital.

La difficulté pratique est de reconnaître à sa période latente cette infection du tractus génital.

Nous sommes conduits, par l'étude de nos observations, à considérer comme contre-indication à la symphyséotomie la fièvre existant chez les parturientes au moment où se pose la question d'intervention.

Traitement chirurgical de la péritonite d'origine génitale chez la femme.

M. F. v. Winckel (Munich). — La nature de l'intervention doit varier avec les causes de la péritonite générale d'origine génitale chez la femme.

1° La *péritonite tuberculeuse*, la forme séreuse comme la forme séro-purulente de la forme sèche, est curable par la laparotomie. Le chiffre de 70-80 p. 100 de guérisons donné par les auteurs est pourtant sujet à caution, car les cas de guérison ont été publiés seulement 6 mois à 1 an après la guérison. Or, on ne doit parler de guérison que lorsqu'un laps de temps de 5 ans s'est écoulé depuis l'intervention.

Les facteurs de la guérison sont l'évacuation de l'exsudat, la décharge du péritoine et des viscères, la respiration et la circulation plus faciles.

Pour ce qui est de l'opération elle-même, on n'est pas encore d'accord sur l'utilité du lavage simple ou antiseptique ou médicamenteux du péritoine après l'évacuation de l'exsudation. La résection de certains organes (trompes, ovaires) n'est utile que s'ils sont facilement accessibles et si la lésion n'est pas étendue.

Et s'il y a récidive, il ne faut pas hésiter à refaire l'opération en utilisant la cicatrice.

2° La *péritonite gonorrhéique* ne provoque jamais la formation d'exsudats volumineux ni ne s'accompagne de symptômes menaçants. Aussi, par elle-même, comporte-t-elle rarement l'indication de la laparotomie. Celle-ci n'est indiquée qu'en cas de pyosalpinx volumineux, pour en éviter la rupture. Si le pyosalpinx n'est pas volumineux et reste dans le petit bassin, la cœliotomie vaginale antérieure est préférable. En cas de péritonite gonorrhéique par perforation, il est indiqué de faire la laparotomie.

Dans les cas où l'on fait la laparotomie, il faut éviter le lavage du péritoine, qu'on se contentera d'essuyer. On enlèvera en même temps les trompes et les ovaires en totalité ou en partie, suivant l'état des lésions. Le drainage à travers le cul-de-sac postérieur est utile.

3° *La péritonite diffuse post-opératoire* doit être traitée par la réouverture partielle de la plaie et l'évacuation du pus. Une nouvelle incision n'est à faire que si l'on sent nettement de la fluctuation dans un point. Il faut s'abstenir de laver le péritoine, mais le drainage à travers la plaie abdominale, ou, dans certains cas, à travers le Douglas, est de rigueur.

4° La *péritonite puerpérale diffuse* doit être traitée par la laparotomie aussitôt qu'on constate la présence de pus, mais seulement si le péricarde et la plèvre ne sont pas encore pris. La voie vaginale ne trouve son indication que dans le cas où le pus se collecte dans le petit bassin. Le drainage est de rigueur.

L'hystérectomie vaginale totale doit être considérée comme la dernière ressource dans les cas désespérés.

5° La *péritonite par perforation* (grossesse tubaire, kystes de l'ovaire, abcès ovarique), ou par gangrène et torsion du pédicule (myomes, tumeurs de l'ovaire), doit être traitée par la laparotomie aussitôt le diagnostic fait.

Traitement chirurgical du fibro-moyome de l'utérus.

M. Auguste P. Clarck (Cambridge). — Après quelques mots sur les différentes méthodes de traitement des fibro-myomes, l'auteur dit que la salpingo-oophorectomie peut être avantageusement employée dans les cas où l'hémorrhagie, causée par la tumeur, deviendrait un symptôme alarmant, et aussi dans les cas où le fibrome sous-péritonéal prendrait un développement trop rapide. Néanmoins, si la tumeur n'était pas trop grosse, si elle se trouvait dans le segment central de l'utérus, si les tissus étaient très vascularisés, une ligature des artères utérines serait suffisante.

Si durant leur croissance les fibromes interstitiels prennent une direction vers l'extérieur, on peut y remédier par l'usage de la curette, surtout en y ayant recours après chaque période menstruelle. Dans certains cas, les fibromes submuqueux peuvent être énucléés sans danger à travers une incision qui peut être faite de l'intérieur de la cavité utérine avec tamponnement et pincement des vaisseaux incisés.

Les fibromes sous-péritonéaux et ceux situés dans le fond de l'utérus peuvent être plus facilement extraits par le moyen d'une incision des parois abdominales.

De cette manière on se rend plus facilement maître des vaisseaux trop abondamment développés. On pourrait obvier au danger de la myomectomie dans les cas de fibromes sous-séreux ou de fibromes tendant à se propager vers la surface de l'organe par un emploi abondant de sutures aseptiques.

Si un néoplasme comparativement petit se trouvait dans la partie inférieure de l'utérus, une énucléation pourrait s'effectuer par le vagin. En employant un « uterine guide » et un « hysterectomy staff » pour relever l'utérus, la tumeur pourrait être extirpée avec succès au moyen d'une incision abdominale.

Dans le cas où la tumeur située dans le corps de l'utérus serait à un tel point adhérente au tissu de l'organe qu'elle n'en pourrait être séparée, nous pourrions trouver les meilleures chances de succès dans une hystérectomie supravaginale ou bien dans une ablation totale de l'utérus d'après la méthode vagino-abdominale.

L'ablation de l'utérus en entier rend le drainage plus facile; on agit avec le pédicule comme dans la méthode extra-péritonéale. Il y aura dans ces conditions moins de danger d'irritation pour les tissus adjacents, et les parties extérieures du vagin seront exemptes des effets du catarrhe ultérieur de l'utérus. L'auteur dit plus loin que lorsque la croissance du fibrome est rapide, la santé de la malade se détériore très vite; l'auto-infection et une longue suite de symptômes locaux et généraux paraissent tôt ou plus tard. Les variétés des fibromes sous-séreux à pédicule qui se développent dans le segment inférieur du fond de l'utérus, quoique pouvant rétrograder dans leur développement ou bien être soumis à une infiltration calcaire, sont aptes à occasionner sur les uretères et le tissu rénal une pression pouvant produire une atrophie des reins et amener la mort.

Quand on n'extirpe pas les fibromyomes par des moyens radicaux, il peut se produire une dégénérescence maligne de la tumeur, ce qui, d'après les observations de l'auteur, ne serait une rare.

CHIRURGIE

Sur le traitement des plaies infectées.

M. Braatz (Königsberg). — Après avoir fait un aperçu historique sur le traitement des plaies en général, l'auteur s'est efforcé d'élucider plus spécialement les causes pour lesquelles le traitement antiseptique a été délaissé en faveur du traitement aseptique. M. Braatz expose longuement à quel point de vue il se range en ce qui concerne le traitement des plaies infectées. Ces dernières doivent aussi être traitées aseptiquement sans recourir aux moyens antiseptiques forts. Ayant traité 200 plaies infectées par des moyens purement aseptiques, l'auteur a pu enregistrer de très bons résultats.

Il n'emploie plus l'iodoforme, dont la valeur thérapeutique a été exagérée, suivant lui, même dans les plaies tuberculeuses, car, étant donné que les cultures de bacilles morts produisent aussi la suppuration, l'emploi des antiseptiques pour tuer les microbes n'a plus sa raison d'être, d'autant plus que ces antiseptiques sont toujours nuisibles aux tissus. L'appareil nécessaire pour démontrer ces notions fondamentales de la chirurgie bactérienne est si répandu que l'institut clinique ne peut pas arriver à satisfaire toutes les demandes, et il devient nécessaire de créer d'autres instituts ayant le même but (fourniture des appareils).

M. Credé (Dresde) expose sa pratique du traitement des plaies par les sels d'argent. Après de nombreuses expériences, l'auteur a trouvé que le citrate d'argent (itrol) est le meilleur antiseptique pour le traitement des plaies. M. Credé est d'avis qu'on peut traiter certaines maladies infectieuses aussi par des préparations d'argent.

L'injection d'actal (lactate d'argent) produit des nécroses aseptiques. L'auteur, après avoir surmonté de nombreuses difficultés, est arrivé à obtenir une préparation d'argent métallique, préparation qui se dissout dans l'eau et ne se précipite pas par l'albumine. Il a employé ce médicament sous forme d'onguent dans les lymphangites, les phlegmons, les septicémies, les angines phlegmoneuses, les maladies septiques, la scarlatine et la diphthérie. Il a obtenu des résultats très encourageants. M. Credé croit que cette préparation peut servir à la désinfection de l'organisme tout entier.

M. Preobragensky (Saint-Pétersbourg), insiste sur ce fait qu'un drainage suffisant est préférable aux moyens antiseptiques dans le traitement des plaies infectées. Il est d'avis que le traitement essentiel consiste dans l'action absorbante du bandage.

Faculté que possède l'épiderme de conserver sa vitalité hors de l'organisme en corrélation avec la transplantation.

M. C. A. Linnggren (Trelleborg, Suède). — Dans un assez grand nombre de cas, j'ai transplanté des morceaux d'épiderme sur des plaies fraîches et granuleuses. Ces morceaux avaient été conservés dans un sérum stérile liquide depuis un jour jusqu'à six mois. Dans la plupart des cas, les greffes avec ces lambeaux épidermiques adhéraient et formaient une couche de peau de la même manière que dans la transplantation ordinaire. Ce résultat est resté constant même après une observation de plus d'un an. Dans peu de cas seulement, les lambeaux d'épiderme furent résorbés par les granulations trop vivaces. Dans le but d'un contrôle plus sévère, les greffes avaient été pratiquées le plus souvent dans le milieu de la plaie. En outre, j'ai examiné au microscope les morceaux d'épiderme destinés à la transplantation ou déjà transplantés. Ces essais m'ont donné des résultats intéressants sous différents rapports. J'ai pu, par exemple, prouver la présence des grains dans des morceaux d'épiderme qui avaient été conservés plus d'un mois dans le sérum.

L'hémicraniectomie temporaire.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Les conclusions à tirer des résultats que j'ai obtenus sont les suivantes :

1° La résection temporaire d'une partie de la voûte crânienne, opération pratiquée par Wagner, modifiée tout d'abord puis enrichie avec une instrumentation spéciale par Doyen, est une opération excellente.

2° Elle permet dans un laps de temps relativement court, et sans aucun danger pour le malade, de découvrir la moitié de la surface cérébrale, qui, sous nos yeux, peut être explorée d'une manière complète. Ensuite nous pouvons bien nous rendre compte des lésions qu'elle présente.

3° La décompression cérébrale immédiate produite est supérieure à celle réalisée par tout autre procédé.

4° Dans tous mes cas d'épilepsie essentielle, opérés par ce procédé, il existait un œdème cérébral, et la quantité de liquide céphalo-rachidien était très augmentée; la section de la dure-mère permettant l'écoulement du liquide a permis la décompression du cerveau, et l'opération dans ces cas n'a agi que par décompression.

5° Dans les cas de microcéphalie (obs. II), l'opération est indiquée de même, parce qu'elle facilite l'expansion du cerveau à travers la section de la dure-mère.

6° Dans ces cas même, j'enlève des lèvres de la brèche osseuse une étendue presque de 1 centimètre pour obtenir ainsi une décompression plus permanente. Dans tous les cas où nous avons besoin d'une grande surface cérébrale pour pouvoir découvrir une lésion, cette opération est seule indiquée, puisqu'elle seule nous permet de découvrir une grande surface sans ébranlements cérébraux accentués.

7° L'instrumentation électrique, quoique je ne l'aie pas encore employée, est, je pense, meilleure puisqu'elle rend l'intervention plus courte, ce qui est d'un grand avantage pour le malade.

Résection totale et bilatérale du sympathique cervical dans le traitement du goître exophthalmique et de l'épilepsie.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — 1° La résection totale et bilatérale du sympathique cervical est une opération possible, ses conséquences ultérieures sont nulles.

2° Cette nouvelle opération, que j'ai pratiquée le premier et qu'on n'a pas encore répétée, sans être absolument facile, ne présente pas ces difficultés qu'on se plaît à considérer comme presque insurmontables.

3° La résection totale trouve son indication dans deux grandes affections, aussi résistantes aux divers traitements qu'on leur a appliqué : le goître exophthalmique et l'épilepsie essentielle.

4° Dans le goître exophthalmique, la section du sympathique pratiquée par Jaboulay, les résections partielles que j'ai proposées et pratiquées le premier, doivent céder le pas à la résection totale et bilatérale avec plein succès.

5° Dans l'épilepsie, les résections partielles, proposées et pratiquées par W. Alexander, doivent céder le pas à la résection totale, seule opération rationnelle pour le but poursuivi.

Sur un nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des hernies.

MM. S. Duplay et **M. Cazin** (de Paris). — Le nouveau procédé que nous avons décrit pour la cure radicale des hernies inguinales et dont nous pouvons maintenant apprécier les résultats éloignés chez la plupart de nos opérés comporte deux points principaux, qui sont : 1° la conservation du sac, que l'on utilise pour contribuer à la solidité de la cicatrice herniaire, au lieu de le réséquer comme on le fait habituellement; 2° la suppression des fils perdus, chaque fois que la chose est possible sans que la cure radicale en soit compromise.

Charles Ball, en préconisant la torsion du sac, pensait qu'on obtenait ainsi une fermeture plus complète qu'avec la simple ligature, et que, d'autre part, la torsion du sac avait pour effet de tendre le péritoine et de supprimer de cette façon la laxité anormale de la séreuse, qui favorise la production des hernies.

Phelps a réalisé entièrement la conservation du sac, en le repliant en doigt de gant dans l'intérieur du péritoine, avant de serrer la ligature en bourse placée sur le collet, et Macewen transforme le sac, par un pelotonnement maintenu à l'aide d'un long fil de catgut, en un bouchon solide qu'il fixe à 2 centimètres environ au-dessus de l'anneau inguinal supérieur.

Dans notre procédé, sans employer le moindre fil de soie ou de catgut, nous transformons le sac, par une série de nœuds

successifs, en une sorte de bouchon compact qui, en se fusionnant avec les parties voisines, finit par constituer, entre le péritoine et le *fascia transversalis*, une masse cicatricielle obstruant complètement l'orifice herniaire.

Le deuxième point qui caractérise notre méthode, c'est-à-dire la suppression des fils perdus, est loin d'être applicable à tous les cas, comme le mode de traitement du sac que nous avons imaginé.

C'est que, en effet, quand on se trouve en présence d'une paroi abdominale tout à fait faible, avec un large anneau qui représente à lui seul le trajet inguinal, la méthode de Bassini est indispensable pour assurer la cure radicale de la hernie, et il n'est pas possible alors de se passer des fils perdus.

Il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à une hernie congénitale, par exemple, avec un canal étroit, chez un sujet jeune, pourvu d'une paroi abdominale résistante. Lorsque, après avoir noué plusieurs fois le sac sur lui-même, on a constitué ainsi un bouchon solide, interposé entre le *fascia transversalis* et le péritoine, et réalisant une obturation complète de l'orifice supérieur du canal inguinal, il est inutile de recourir à des sutures profondes à fils perdus et il suffit, pour obtenir une cicatrice solide, de passer deux ou trois fils d'argent sur les piliers et de les rapprocher ainsi l'un de l'autre.

Quelle que soit la rareté des accidents immédiats ou tardifs développés au niveau d'un fil abandonné dans les tissus, il n'est pas sans intérêt de supprimer ainsi l'emploi des fils perdus dans la cure radicale des hernies, pourvu, nous le répétons, qu'on puisse le faire sans compromettre la solidité de la cure radicale.

Lorsqu'on renonce aux fils de soie pour se servir exclusivement de fils résorbables, comme le catgut, on peut alors reprocher à ces fils leur trop grande tendance à la résorption prématurée, et l'on est en droit de penser qu'ils ne réalisent pas une coaptation des tissus aussi parfaite que les fils métalliques laissés en place pendant une dizaine de jours.

Indépendamment des cas dans lesquels nous avons cru devoir réaliser la cure radicale par le procédé de Bassini, en nous bornant à traiter le sac suivant notre procédé, nous avons, depuis le mois de mai 1896, pratiqué 33 fois la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus.

Toutes ces opérations ont été suivies de guérison sans le moindre incident. Nous avons pu revoir, tout récemment, 27 de nos opérés : pour 4 d'entre eux, l'opération ne date que d'un à cinq mois ; pour les 23 autres elle remonte à plus de six mois, et pour 11 d'entre eux, à plus de onze mois. Chez tous nous avons constaté la solidité parfaite de la cicatrice. En admettant avec M. Lucas-Championnière que les récidives, quand elles doivent se produire, surviennent dans les six mois qui suivent l'opération, nous pouvons considérer 23 de nos opérés comme définitivement guéris.

M. Jonnesco arrive à la suppression complète des fils permanents en procédant de la façon suivante : après section de la paroi inguinale antérieure et des muscles petit oblique et transverse, l'isolement et la résection du sac se pratiquent comme d'habitude; mais, sur le moignon péritonéal, *qui n'est pas lié*, on applique une ou plusieurs pinces pour maintenir les viscères réduits et le péritoine fermé.

Alors, avec l'aiguille d'Emmet, et commençant à l'extrémité externe de la plaie et sur sa lèvre inférieure, on passe des fils d'argent qui traversent, à 3 centimètres du bord libre, la peau, l'hypoderme, le tendon du grand oblique au niveau du ligament de Poupart, les muscles petit oblique et transverse, puis restent au-dessus du péritoine et du *fascia transversalis*, et abordent la face profonde de la lèvre supérieure en traversant en sens inverse les mêmes couches, pour ressortir par la peau à 3 centimètres du bord libre de la plaie cutanée.

On place ainsi quatre fils équidistants, ce qui est suffisant pour accoler les lèvres de la plaie sur toute l'étendue de l'incision. Le deuxième et le troisième fils sont passés, au niveau du collet sectionné du sac, à travers les deux lèvres péritonéales, appliquant ainsi séreuse contre séreuse et fermant le péritoine. Au niveau des troisième et quatrième fils, la lèvre inférieure étant privée des muscles petit oblique et transverse, les fils ne traversent que la peau et le ligament de Poupart ou le pilier externe de l'orifice superficiel. Au même niveau, nous trouvons dans la lèvre supérieure le tendon conjoint et celui du grand droit, que traversent les troisième et quatrième fils. Enfin, sur le pubis, le dernier fil est passé de telle manière qu'on puisse ménager un orifice juste suffisant pour le passage du cordon. Dans ce procédé, tous les fils sont passés par-dessus le cordon spermatique qui devient sous-péritonéal, et, les fils une fois serrés, on obtient la disparition du canal inguinal normal.

PÉDIATRIE

Sténoses consécutives à l'intubation.

M. Bokai (de Budapest). — La question des sténoses laryngées consécutives à l'intubation ou à des inflammations diverses du conduit laryngé est diversement interprétée. Certains auteurs préfèrent trachéotomiser, et, si la sténose cicatricielle est considérable, faire la laryngo-fissure.

J'ai traité plusieurs cas, dont les uns avaient trait à des inflammations chroniques du larynx avec rétrécissements, dont les autres étaient consécutifs à des opérations sur la glotte ou la sous-glotte, et j'ai employé exclusivement l'intubation, en me servant de l'appareil d'O'Dwyer.

Tous les sujets ont été améliorés ou guéris; l'un des enfants a dû être tubé à de multiples reprises pendant près d'un an.

Ces faits sont à rapprocher de ceux qui ont été publiés par Galatti (de Vienne), et récemment par O'Dwyer lui-même; avec de la patience, on peut arriver à éviter à ces enfants une trachéotomie, et l'intubation prolongée est le traitement de choix des sténoses aiguës ou chroniques.

M. Heubner (de Berlin). — Je ne suis pas de l'avis de M. Bokai en ce qui concerne le traitement des sténoses ou des ulcérations laryngées par l'intubation. La trachéotomie me semble plus rationnelle, car les passages de tubes si longtemps prolongés ne peuvent qu'aggraver les ulcérations; de plus, les tubes sont, dans ces cas, très facilement rejetés, ce qui expose à de graves dangers de suffocation et peut nécessiter des trachéotomies *in extremis*.

M. Boulay (de Paris). — J'ai eu l'occasion de traiter deux cas de sténose cicatricielle consécutive à l'intubation.

Dans le premier fait, il s'agit d'une fillette de quatre ans et demi chez laquelle j'ai vu la sténose se produire sous mes yeux. Tubée sept fois et ayant plusieurs fois rejeté son tube, la diphthérie étant douteuse même à l'examen bactériologique, on me demanda de voir l'enfant, et je constatai au laryngoscope une énorme tuméfaction sous-glottique.

Dix-huit jours après le premier tubage, on la trachéotomisa, et depuis lors, il fut impossible d'enlever la canule.

Sept mois plus tard, je commençai à la traiter : j'introduisis une fine bougie, puis des sondes métalliques graduées.

Au bout d'un an, je pus passer une canule de Schrötter de 8 millimètres. J'essayai alors de retirer la canule trachéale. Au bout de trois jours, je voulus refaire un cathétérisme ; il se produisit de la suffocation qui nécessita une trachéotomie secondaire immédiate. Cette enfant est encore en traitement, et j'espère qu'elle guérira.

Le second cas a trait à un enfant de l'hôpital Trousseau, qui fut tubé onze fois et rejeta quotidiennement son tube. Trachéotomisé le douzième jour, il ne put plus se passer de canules. Je le vis un an après : il existait un rétrécissement complet de la région sous-glottique.

M. Broca pratiqua la laryngo-fissure en avril; depuis lors je cathétérise ce petit malade, mais je crois pouvoir porter un pronostic défavorable.

Je pense, toutefois, qu'il ne faut pas incriminer le tubage en pareil cas; il existe d'autres faits de sténoses consécutives à des laryngites aiguës, lesquelles sont fréquentes dans l'enfance; la localisation de ces lésions s'explique par la pression plus forte du tube à cet endroit.

Il y a deux sortes de rétrécissements sous-glottiques : les uns, qui succèdent à des ulcérations produites par la pression du tube, sont rebelles au traitement; les autres résultent de l'infiltration de la muqueuse qui passe à l'état chronique; ils peuvent se produire après la trachéotomie et guérir alors par le tubage.

M. Sevestre (de Paris). — En général, les suites du tubage sont très simples, mais parfois on a quelque peine à

obtenir le détubage définitif. Je crois que ces cas sont surtout fréquents après les croups compliqués d'infections bronchopulmonaires causées elles-mêmes par des associations microbiennes.

M. Bayeux (de Paris). — Les faits rapportés par M. Bokai ont une grande importance, non seulement au point de vue de la doctrine du tubage en général, attendu que les cas de sténose après cette opération sont très rares, mais encore au point de vue de l'anatomie pathologique, du rejet spontané des tubes, de la graduation même des tubes laryngés, et enfin des considérations que l'on peut tirer de ces cas pour leur traitement même.

Tous les observateurs s'accordent à admettre que la plupart des sténoses plus ou moins graves, consécutives au tubage pour diphthérie ou même laryngites aiguës graves, surviennent chez des enfants qui ont assez rapidement et fréquemment expulsé leurs tubes au cours du tubage.

C'était le cas dans deux faits mentionnés l'un par Massei, l'autre par Galatti; c'est ce qui était également arrivé dans le premier et le second cas relatés par M. Boulay.

Je connais bien ce second cas, puisque c'est moi qui ai tubé l'enfant à plusieurs reprises et qui l'ai trachéotomisé; j'ai rapporté son observation en détail dans le courant de l'année 1896, et j'ai constaté de jour en jour l'impossibilité progressive du tubage secondaire.

Mais je crois qu'il y a lieu de faire une distinction capitale dans la topographie de ces rétrécissements : les uns, comme dans certains cas relevés par M. Bokai, siègent au-dessous de la glotte, près de l'angle des cordes vocales inférieures; les autres, *et ce sont les plus graves*, sont situés plus bas, au niveau de la portion cartilagineuse, cricoïdienne, de la sous-glotte.

Je crois avoir montré le premier que ce point est la portion la plus étroite du larynx. Cette étroitesse et cette inextensibilité nous enseignent que les rejets multiples des tubes sont symptomatiques d'ulcérations plus ou moins nécrosantes de l'*anneau cricoïdien*. Cet anneau doit servir de gabarit pour calibrer les tubes, et pour les choisir quant à l'âge.

Il me semble que les tubages répétés pendant plusieurs mois, que la trachéotomie simple, sont insuffisants; puisque c'est l'anneau cricoïdien qui est blessé, puisque c'est lui qui apporte un obstacle aux cathétérismes, je pense qu'il y a avantage à le sectionner et à faire la *crico-trachéotomie* d'emblée.

J'ai traité par cette méthode deux cas et j'ai obtenu deux succès rapides. Je propose donc la crico-trachéotomie comme méthode de passage entre les tubages primitifs et les cathétérismes secondaires pour obtenir une dilatation définitive du larynx.

Opportunité de l'intervention dans le croup.

M. Bayeux. — A quel moment faut-il opérer un croup? Cette question semble simple à résoudre : il faut opérer lorsque l'asphyxie croupale devient menaçante pour la vie de l'enfant. Mais à quels signes reconnaîtra-t-on ce danger? Comment fera-t-on la part de la dyspnée laryngée et des causes adjuvantes d'asphyxie : complications pulmonaires, dyspnée toxique?

Cette question est pendante depuis les origines même de la trachéotomie.

Evidemment, il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard; mais la règle est difficile à poser et sujette à des interprétations personnelles variables.

Frappé de cette difficulté, j'ai cherché à mettre en évidence quelque signe de certitude. Analysant tous les symptômes, j'en suis arrivé à m'attacher aux *contractions des inspirateurs accessoires*.

Leur action est progressive et s'établit suivant un ordre chronologique intéressant. La palpation digitale de ces muscles permet d'isoler le trapèze, l'omo-hyoïdien, le scalène antérieur, le *sterno-mastoïdien*, au point de vue de leur contraction chronologique.

J'ai pu noter, en outre, que la tension des mastoïdiens, qui survient la dernière, coïncide avec des phénomènes précurseurs de l'asphyxie. J'ai recherché systématiquement ce symptôme et il m'a paru constant.

C'est ce signe que je propose comme pouvant faire prévoir une intervention d'*urgence* prochaine, car il précède de quelques heures les phénomènes asphyxiques.

Voici en quoi il consiste : c'est une tension *active, rythmique, synchrone aux inspirations, persistante*, des deux muscles sterno-mastoïdiens.

Elle doit être différenciée de la tension passive, apparente, de ces muscles, que l'on perçoit chez certains enfants maigres et qui ne signifie rien : cette différenciation se fera au moyen de la palpation digitale, soit sur les deux muscles simultanément, soit sur un seul mastoïdien, par pincement léger entre le pouce et l'index.

Outre sa valeur diagnostique, car il n'existe pas dans la dyspnée broncho-pulmonaire, ce phénomène a une valeur pronostique incontestable.

C'est ainsi que, chez un enfant tubé, il indique une obstruction progressive du tube, en dehors d'autres signes de tirage.

Il m'a fait découvrir une fois un rejet spontané qui avait passé inaperçu.

Chez un enfant détubé, il indique la reprise progressive du tirage et la nécessité de réitérer l'intervention.

Chez deux trachéotomisés, il m'a fait porter un pronostic fatal : il indiquait un encombrement continuel de la canule par décollements successifs de nombreuses membranes.

J'estime donc que le *signe du sterno-mastoïdien* peut servir pour prévoir l'urgence prochaine de l'intervention chirurgicale dans le croup, et que sa constatation en présence de tirages douteux peut éclairer le médecin et lui permettre d'intervenir.

L'opération primitive pourra toujours être l'écouvillonnage; ce symptôme n'entraîne donc pas une intervention forcément grave.

M. Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg). — Je dois faire des réserves sur le nouveau signe que nous propose M. Bayeux, car je ne crois pas qu'il soit bon de retenir un symptôme unique comme pouvant déterminer le moment d'une intervention; il faut juger d'après l'ensemble des phénomènes qui forment le tableau clinique.

Il existe d'ailleurs un symptôme auquel j'attache une importance beaucoup plus grande et que je donne comme point de repère à mes infirmières, qui l'apprécient très bien : c'est le signe indiqué pour la première fois, il y a plus de 40 ans, par Gerhardt, c'est-à-dire la défaillance du pouls à l'inspiration, et que j'appelle l'*asystolie inspiratoire*; c'est un symptôme excellent et qu'il faut toujours rechercher.

Le traitement de la diphthérie par le sérum à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris.

M. Sevestre (de Paris). — Avant d'indiquer ses résultats, M. Sevestre fait observer que, dans la statistique, il faut prendre en considération ce fait que l'agglomération des malades et leur incessant renouvellement détermine l'éclosion de maladies greffées sur la diphthérie et, par conséquent, augmente la mortalité générale.

Tous les enfants diphthériques ont reçu des injections de sérum à des doses variables, mais dans la plupart des cas M. Sevestre a eu recours à diverses mesures ayant pour but de prévenir les infections secondaires ou la déperdition des forces. Pour ce qui est du résultat du traitement lui-même, M. Sevestre a été tout d'abord frappé de la lenteur avec laquelle disparaissent les membranes de la strepto-diphthérie. A la suite des injections, l'albuminurie peut survenir, mais elle est de très courte durée; inversement, l'albuminurie préexistante s'est trouvée améliorée par les injections. Les paralysies s'observent à la suite des injections, mais elles sont moins graves qu'autrefois. Quant aux accidents graves, ils n'ont jamais été observés sur un total de 2120 malades.

La mortalité a notablement diminué depuis que le traitement par le sérum est appliqué. En prenant tous les cas entrés dans le service du 1er janvier 1895 au 30 juin 1897 (30 mois), on trouve le chiffre de 2410 malades, sur lesquels 365 décès, dont 145 dans les premières 24 heures et 220 après. On a donc une proportion de 15,14 p. 100 pour la mortalité totale et de 9,71 pour la mortalité réduite. Or, si l'on prend la moyenne des années 1890, 1891, 1892 et 1893 (dans l'année 1894 le sérum a déjà été appliqué par M. Roux), on trouve que la mortalité a

été de 51,52 p. 100. En prenant seulement les cas où le diagnostic bactériologique a été fait, on trouve 1 934 cas avec 310 décès, dont 117 dans les premières 24 heures et 193 plus tard. Ce qui donne une proportion de 16,02 p. 100 pour la mortalité globale et de 10,60 pour la mortalité réduite. Or, ces chiffres, il ne faut pas l'oublier, proviennent de malades observés dans des conditions particulièrement graves. On pourrait presque dire que c'est le maximum de la mortalité que puisse donner la diphthérie traitée par le sérum.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Traitement de la syphilis.

M. Jullien (Paris). — L'accord s'est fait progressivement depuis 30 ans pour le traitement le plus hâtif, et j'ajoute le plus énergique.

En 1863, Diday annonçait le retard des secondaires par l'administration des pilules; en 1874, je prouvai, par l'examen de plusieurs centaines de cas, le retard des tertiaires chez les mercurisés *ab initio;* enfin, en 1894, Deutch montrait chez ces derniers l'intégrité des réflexes pendant la phase roséolique et plus tard l'absence de neurasthénie. Tous ces travaux sont concordants et imposent la solution du problème, la cure commencée dès le début,

En appliquant à cette cure les méthodes modernes, particulièrement les injections de calomel, suivant la méthode de Scarenzio, on obtient des résultats que le traitement pilulaire pouvait à peine faire entrevoir, je veux parler de la prévention des exanthèmes roséoliques, regardés généralement comme inévitables; du moins peut-on les regarder comme des manifestations d'exception. En effet, le cycle de la maladie, si discipliné jadis, est perturbé, les éruptions sont disparates, les périodes supprimées ou amoindries. Un tel résultat ne se dément pas si le traitement est soigneusement continué pendant un an ou plus, s'il est nécessaire. Et il y a lieu de penser qu'aux époques ultérieures, le virus, affaibli dès la première heure et sans cesse combattu, se trouvera sans force pour créer une phase morbide nouvelle.

Comme conclusion, je voudrais que tout syphilitique fût soumis, dès l'apparition du chancre, au traitement spécifique le plus sévère, et que l'usage des injections de calomel se généralisât pour cette indication plus impérieuse que toute autre, car l'observation enracine de jour en jour plus profondément dans mon esprit cette conviction que le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion.

M. Rosolimos (Athènes) préfère les injections aux autres modes de traitement, parce que, suivant une statistique de syphilides buccales qu'il a fait publier dans les *Annales de dermatologie de Paris* (vol. IX, 1888, p. 525 et suiv.), statistique basée sur un traitement exclusif par le mercure au moyen d'injections, il a constaté la disparition rapide de ces syphilides par le seul effet des injections, ce qu'on attendrait en vain longtemps de la médication topique, associée à l'administration du mercure par les autres procédés. Cet effet est dû, pense-t-il, non seulement à ce que les injections agissent d'une façon plus sûre, mais aussi à ce que les injections produisent moins souvent la stomatite mercurielle, qui constitue un *locus minoris resistentiæ* en favorisant la persistance et la repullulation des syphilides. D'ailleurs, il base sa préférence pour les injections sur des faits de syphilis secondaire ou tertiaire, très réfractaires aux autres procédés et guéris par les injections.

L'accoutumance, du reste, ne paraît pas être aussi fréquente avec les injections qu'avec les autres procédés qui, eux, entraînent très aisément à leur suite une irritation des muqueuses et un léger catarrhe de l'estomac, états qui peuvent rendre vite l'absorption du médicament défectueuse ou l'abolir complètement.

Pendant les intervalles de repos, pour ne pas trop fatiguer les malades, et dès le début même du traitement général, l'auteur recommande de temps en temps, avec les préparations martiales, l'usage de l'arsenic et de l'ichtyol à l'intérieur chez les herpétiques ou chez les malades qui, à plusieurs reprises, ont été atteints de syphilides; les préparations martiales associées au phosphure de zinc et à l'extrait de noix vomique, avec des douches chez les neuropathes; des bains iodés, avec une médication reconstituante chez les scrofuleux, etc. Il fait prendre à tous ces malades, à partir de la deuxième année, de temps en temps, pendant les intervalles de repos, des bains sulfureux.

M. Gaucher (Paris). — Le traitement de la syphilis par les injections mercurielles doit être une méthode d'exception. L'administration du mercure par la voie stomacale suffit dans les cas ordinaires; elle est plus facile et, pour des raisons multiples, mieux acceptée.

Dans la pratique des injections, les sels solubles (peptonate ou benzoate de Hg) doivent être préférés aux sels insolubles. *Corpora non agunt nisi soluta;* l'emploi des sels insolubles est une hérésie pharmacologique.

La dissolution du sel insoluble injecté dans les tissus dépend de l'état des humeurs. Cette dissolution peut être, suivant les cas, ou très rapide ou très lente. La matière injectée peut s'enkyster pendant quelque temps et se dissoudre tout à coup. Il en résulte une irrégularité d'action du médicament et des dangers d'intoxication. De plus, si on pénètre dans une veine, les embolies sont à craindre. Au contraire, les injections de sels solubles produisent des effets certains, réguliers, faciles à graduer à volonté. La matière injectée est rapidement et complètement absorbée. Il n'y a aucune intoxication à redouter.

L'objection principale qu'on a faite aux injections de sels solubles est la nécessité de répéter les injections tous les jours ou tous les deux jours. Cette objection est peu importante, car les injections peuvent être faites sans inconvénients par une personne étrangère à la médecine. Si l'on veut recourir aux injections mercurielles insolubles, malgré les inconvénients que celles-ci présentent, c'est l'huile grise qu'il faut employer de préférence à tout sels : le mercure métallique étant volatil, son absorption a plus de chance de se faire régulièrement que celle des autres préparations insolubles.

Les maladies vénériennes chez les prostituées clandestines de Moscou.

M. W. Serebriakoff (Moscou) fait connaître plusieurs données intéressantes sur la prostitution à Moscou. D'après lui, le nombre général des prostituées clandestines augmente annuellement. La plupart (66 p. 100), après un premier examen, échappent à la surveillance. Une quantité considérable de ces prostituées clandestines ont déjà séjourné dans des maisons de tolérance.

Les prostituées clandestines, lorsqu'elles sont malades et cependant libres, deviennent, en plus ou moins de temps, l'agent propagateur de certaines maladies vénériennes.

Le nombre des prostituées clandestines malades donne d'année en année des chiffres identiques. Le nombre des femmes affectées de la syphilis et dirigées dans l'hôpital municipal est d'environ 50 p. 100. Parmi elles, celles qui sont arrivées à la période secondaire de la syphilis forment presque le tiers des autres affections.

Le total des prostituées clandestines syphilisées est de 52 p. 100.

La blennorrhagie et son traitement chez les femmes non enceintes.

M. Ettore Truzzi (Parme). — Dans les endométrites gonococciques, je trouve très utiles les applications d'ichtyol pur dans la cavité utérine.

Dans les salpingites gonococciques, je ne crois pas nécessaire de pratiquer la cœlio-salpingectomie bilatérale avec conservation de l'utérus, ou la salpingo-hystérectomie par voie vaginale, qui peut devenir dangereuse à cause des adhérences avec l'intestin ou rester incomplète.

J'aime mieux avoir recours à la salpingo-hystérectomie totale, abdomino-vaginale, pratiquée de la façon suivante : l'abdomen ouvert, je détache les adhérences intestinales et épiploïques, en isolant autant que possible les annexes et en pratiquant aussi entre deux ligatures la section bilatérale du ligament infundibulo-pelvien. J'interviens ensuite par la voie vaginale et complète l'extirpation de l'utérus et les annexes.

De cette manière on utilise la valeur diagnostique de la laparotomie et l'on tient l'abdomen ouvert aussi peu que possible.

Dans les cas où l'extirpation des annexes par la voie vaginale est incomplète, la ligature préalable des artères utéro-ovariennes

par l'abdomen et la ligature subséquente des artères utérines par la voie sous-pubienne pourraient mieux assurer l'involution tardive des annexes.

M. Truzzi appuie sa communication par la relation de quatre cas opérés avec succès de la manière qui vient d'être indiquée.

LARYNGOLOGIE ET OTOLOGIE

Traitement de la tuberculose du larynx.

M. Angel Gavino (Mexique). — Toutes les méthodes médicales et chirurgicales ne donnent pas de résultat; la victoire reste toujours du côté du bacille; on ne peut pas traiter les malades d'une manière radicale en ayant l'assurance d'extirper tous les tissus infectés, comme dans les cas de cancer; il faut se contenter de faire la limitation de l'infection. Seulement on peut obtenir une amélioration dans l'état de l'organe avec la méthode suivante, mais rien n'aboutit sans une grande persévérance.

Quand il existe des ulcérations, le grattage, fait avec une cuillère spéciale ou avec un écouvillon rigide, permet de découvrir les tissus infectés dans une petite profondeur et de les atteindre avec la créosote en dilution dans l'eau acidulée avec l'acide lactique 1 p. 100, avec 1 p. 1000 d'hydronaphtol.

Après quelques minutes d'attente, je fais avec un pulvérisateur une forte application de peroxyde d'hydrogène pur ou à 50 p. 100, selon la tolérance du malade.

Le grattage étant très difficile sur l'épiglotte et présentant un grand danger dans l'intérieur du larynx, je m'arrête toujours au niveau des bandes ventriculaires, si toutefois il existe encore ses cordes vocales.

Dans beaucoup de cas, l'intubation m'a permis de faire le grattage ou seulement l'application médicamenteuse. Dans les cas très graves, dans lesquels le processus de destruction est très avancé, seule la trachéotomie permet d'agir avec liberté et sans craindre les phénomènes d'asphyxie, si fréquents dans ces interventions.

Les injections intra-laryngées d'huile de créosote iodoformée à la dose de deux ou trois grammes, aident d'une manière très importante pour donner de l'amélioration.

M. Ricardo Botey (Barcelone). — Dans les formes aiguës et subaiguës de la tuberculose du larynx, le traitement chirurgical est contre-indiqué.

De même il y a contre-indication dans le cas de la tuberculose infiltro-ulcéreuse chronique généralisée à tout ou à presque tout l'organe, qu'il existe ou qu'il n'existe pas de lésions pulmonaires avancées.

Dans les 15 ou 20 p. 100 des cas restants, c'est-à-dire dans le lupus du larynx, affection presque toujours limitée, dans la tuberculose ulcéro-végétante et polypoïde, dans les infiltrations hémi-latérales ou localisées principalement à l'entrée du larynx, et dans les infiltrations ulcéreuses chroniques limitées à un tiers ou à une moitié de l'organe, le traitement chirurgical est parfaitement indiqué, à moins que les conditions de résistance du malade soient très défavorables.

Les scarifications sont inutiles et l'électrolyse lente est quelquefois nuisible. Seul le galvano-cautère peut être utile dans le lupus.

Le résultat des interventions dépend en grande partie d'une bonne sélection des cas. Presque toujours alors, nous obtenons un soulagement et une amélioration notable, la prolongation de la vie et économie de souffrances. Dans quelques cas (4 ou 5), on peut même obtenir une guérison absolue durant de longues années.

M. Botey appuie son dire sur plus de 100 malades opérés par lui de tuberculose du larynx.

M. Scheppegrell (de New Orleans) reconnaît à l'électrolyse cuprique, en tant que traitement de la tuberculose laryngée, les avantages suivants :

1° Il ne se produit pas de destruction des tissus ni de lacération de la surface, pouvant, comme dans les autres méthodes, servir de porte d'entrée à l'injection : la guérison a lieu par une réaction curative des tissus, par un processus analogue à celui qu'on observe dans la syphilis traitée par le mercure.

2° Le traitement n'amène pas de réaction inflammatoire ni d'hémorrhagie, ce qui est d'une grande importance chez les tuberculeux.

3° La méthode est d'une grande simplicité et peut s'appliquer à tous les cas.

Sur 3 cas personnels traités par l'électrolyse cuprique, un a guéri dans l'espace de quelques mois; 2 autres, qui avaient des lésions pulmonaires, ont succombé ultérieurement à l'évolution de ces dernières.

Diagnostic et traitement du cancer du larynx.

M. Chiari, après avoir indiqué les éléments du diagnostic différentiel entre les papillomes, la pachydermie, la tuberculose et la syphilis du larynx, a passé à l'étude du traitement.

Il admet qu'avant d'entreprendre une intervention sur le larynx, il faut se rendre compte de la résistance du malade, et si, par l'intervention, il est possible d'enlever tout ce qui est malade.

Les effets curatifs des interventions endolaryngées sont très problématiques quand même le néoplasme est très peu étendu et très peu volumineux. Par contre, au point de vue diagnostique, l'excision et l'examen d'une parcelle ont une valeur considérable.

Comme traitement typique, M. Chiari préconise la laryngotomie ou au besoin l'hémi-extirpation ou l'extirpation totale. La première fournit des résultats satifaisants quand il s'agit d'extirper une fausse ou une vraie corde vocale. Cette opération n'est pas dangereuse et amène ordinairement le rétablissement de la respiration et de la phonation sans que le malade soit obligé de porter une canule.

Les résultats de l'hémi-extirpation sont moins bons, car le malade est obligé de porter une canule, et la déglutition est ordinairement gênée. Enfin cette opération est plus dangereuse que la précédente.

Les mêmes inconvénients, et encore à un plus haut degré, sont inhérents à l'extirpation totale.

Toutes ces opérations ne trouvent leur indication qu'en cas de cancer. Le pronostic est considérablement aggravé par l'existence d'une infiltration ganglionnaire tant soit peu étendue.

Dans le cancer non opérable, il est indiqué, quand il existe des symptômes de sténose, de faire la trachéotomie ou le curetage endolaryngé du néoplasme.

Étiologie et diagnostic des affections des cavités de la face, les sinus maxillaires exceptés.

M. Hajek (Vienne). — L'influenza, la scarlatine, la variole, la pneumonie franche, la fièvre typhoïde, s'accompagnent quelquefois d'affections inflammatoires des cavités de la face, mais on ne connaît pas encore le mécanisme de cette action ni le rôle que jouent les micro-organismes qui se trouvent dans les sécrétions.

La question de savoir si l'empyème des cavités de la face est une affection autonome ou si elle résulte de la propagation d'une inflammation de la muqueuse nasale, n'est pas encore résolue. Personnellement, M. Hajek considère la seconde opinion comme démontrée pour l'empyème chronique à répétition.

Si un certain nombre de catarrhes et d'empyèmes des cavités de la face guérissent spontanément, d'autres passent à la chronicité. La cause de cette terminaison réside dans les conditions anatomiques de la région et dans les caractères des sécrétions, deux conditions qui empêchent l'écoulement facile de ces dernières.

Le rôle des polypes dans l'étiologie de l'empyème des cavités de la face est encore discutable. Si l'empyème coïncide avec les polypes, il est des polypes qui ne s'accompagnent pas d'empyème. Quant au rapport entre l'empyème et l'ozène, la plupart des rhinologistes admettent aujourd'hui que l'empyème et l'ozène coexistent fréquemment.

Le diagnostic est facile dans les cas où les symptômes propres et les signes de voisinage sont accentués. Mais dans la plupart des cas et surtout dans l'empyème, le diagnostic ne peut être affirmé sans cathétérisme explorateur. Lui seul permet d'affirmer la présence du pus dans la cavité. Quelquefois pour assurer

le diagnostic, on est même obligé de faire la résection partielle du cornet moyen.

L'empyème fermé du labyrinthe ethmoïdal peut se porter seulement du côté du nez. On trouve alors ou bien une tuméfaction du cornet moyen, ou bien une tumeur prenant la place du cornet moyen et faisant saillie dans la cavité nasale. La tumeur qu'on trouve à la place du cornet moyen peut être formée : 1° par une rétention du pus dans le cornet moyen ayant une forme sphérique ; 2° par la distension d'une cellule ethmoïdale descendue profondément dans le cornet moyen ; 3° par la rétention du pus dans l'ethmoïde.

Le diagnostic d'empyème fermé des cellules ethmoïdales isolées est impossible quand il n'existe pas une dilatation concomitante. On le découvre quelquefois après l'ablation des polypes ou de la muqueuse hypertrophiée.

Dans les empyèmes non fermés, la question de savoir si les sécrétions viennent des cellules ethmoïdales antérieures ou postérieures se résout par la position de l'orifice d'écoulement. Dans les empyèmes fermés, ce diagnostic différentiel est impossible.

Le diagnostic d'empyème du sinus sphénoïdal est facile quand l'orifice de la cavité est accessible à la vue ou à la sonde (ce qui est rare). Si le cornet moyen est appliqué contre la cloison, le diagnostic ne peut être fait qu'après résection préalable d'une grande partie du cornet.

Cathétérisme des sinus frontaux.

M. Scheier (de Berlin). — Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la facilité du cathétérisme des sinus frontaux. Tandis que les uns conviennent que le cathétérisme par les voies naturelles réussit toujours, d'autres pensent qu'il est très difficile ou même impossible sans une opération préliminaire. La question était d'autant plus difficile à résoudre que, jusqu'à présent et chez le vivant, on ne savait au juste si la sonde avait pénétré dans le sinus frontal ou si elle s'était engagée dans une cellule ethmoïde.

Pour résoudre cette question, M. Scheier a pris la radiographie de 30 individus au moment où il leur faisait, par les voies naturelles, le cathétérisme du sinus frontal. Sur les épreuves aux rayons X, il a pu constater que chez 5 seulement, il avait pénétré avec la sonde dans le sinus, et que chez 25, la sonde avait passé dans les cellules ethmoïdales.

SECTIONS DIVERSES

Quelques mots sur la valeur sanitaire des procédés d'épuration et de stérilisation des eaux potables.

M. E. de Kontkowski (Saint-Pétersbourg). — 1° Il est important de distinguer, au point de vue pratique, les procédés qui ont pour objet l'*épuration* des eaux potables des moyens proposés pour *la stérilisation* de ces eaux.

2° *L'épuration de l'eau*, employée en grande quantité (alimentation d'une ville ou d'un grand établissement populeux), a pour objet de lui enlever les substances nuisibles et de la rendre limpide, incolore, sans goût désagréable et suffisamment aérée.

L'eau épurée ne doit pas contenir de microbes pathogènes, et seulement un petit nombre de microbes indifférents. — *L'eau stérilisée* doit être stérile, c'est-à-dire qu'elle ne doit contenir ni microbes, ni germes capables de développement ultérieur.

3° Au point de vue de l'hygiène, *l'épuration de l'eau potable* s'impose dans tous les cas où l'eau superficielle, accessible à la contamination, est employée à l'alimentation d'une agglomération humaine.

4° *La stérilisation de l'eau* ne peut être prescrite que dans des cas particuliers et pour une agglomération limitée (en cas d'épidémies, pour les écoles, casernes, hôpitaux, etc.).

5° La stérilisation sûre et continue de l'eau ne peut être obtenue, jusqu'à présent, qu'à l'aide de procédés thermiques (ébullition, distillation).

6° Les filtres, grands ou petits, avec ou sans emploi de réactifs ou de l'électricité, ne donnent pas une garantie absolue de la stérilité permanente de l'eau épurée.

7° Le seul procédé qui paraisse actuellement applicable à la purification en grand de l'eau d'alimentation, c'est la filtration lente par le sable, avec ou sans procédés d'oxydation des matières organiques, par l'intermédiaire de l'aération, de l'électricité ou de réactifs inoffensifs.

8° Le meilleur moyen d'approvisionnement des agglomérations humaines en eau potable doit toujours être cherché dans les sources ou dans les nappes d'eau souterraines, qui sont à l'abri des contaminations et doivent être protégées par des règlements appropriés.

Sur les principes du traitement moderne de la scoliose.

M. Dolega (Leipzig). — Tout le monde s'accorde à reconnaître que les formes *habituelles* et *constitutionnelles* de la scoliose infantile sont des difformités résultant de la plasticité anormale de la substance osseuse, qui elle-même est le résultat d'une prédisposition spéciale.

M. Dolega divise les méthodes thérapeutiques de la scoliose en 4 groupes :

1° Gymnastique générale et spéciale, combinée au massage ;
2° Suspension ;
3° Redressement méthodique ;
4° Appareils portatifs de soutien.

Pour les suspensions, il conseille de se servir de la machine à marcher de Kundeköffler.

Démonstration d'un procédé facile et certain de provoquer la diplopie monoculaire à l'aide du prisme simple. Son application à la recherche de la simulation.

M. S. Baudry (Lille). — M. Baudry a le premier insisté sur la difficulté relative, dans les cas d'amaurose unilatérale simulée, de provoquer la diplopie monoculaire par l'arête du prisme, tandis qu'il est facile de la produire très nettement en se servant de la base du prisme ; le procédé de l'auteur permet de supprimer à peu près complètement les divers inconvénients du prisme bi-réfringent de Galezowski, du bi-prisme de Monoyer et de l'appareil de Frœlich ; la disposition de l'instrument qui sert à l'expérience est telle que le simulateur ne peut pas davantage constater qu'il a devant l'œil déclaré sain, la base du prisme seule ou le prisme tout entier, même s'il a connaissance du mécanisme de l'appareil.

Interprétation anatomique du colobome de la tache jaune.

M. J. Deyl (Prague). — Il s'agit d'un enfant de 5 ans, hydrocéphale et idiot, chez lequel l'auteur constata à l'œil gauche, outre le nystagmus et une atrophie partielle des papilles, un colobome typique de la tache jaune. Il était distant de la papille d'environ le double de la longueur de cette dernière du côté du temporal et cinq fois plus gros qu'elle, et présentait à son centre plusieurs petites taches noires et une grosse. Sur des coupes en série faites après extirpation de l'œil, l'auteur constata une atrophie excessive de la papille dans la rétine, l'atrophie de la couche nerveuse, dont les cellules de soutien de Müller étaient très hypertrophiées, mais surtout du côté temporal de la papille, un amincissement de la choroïde qui ne s'étendait pas jusqu'au colobome ; au même niveau, la rétine ne conservait que sa couche de fibrilles nerveuses, elle s'amincissait de nouveau sur les bords du colobome et sur toute son étendue. Le cas dont il s'agit correspond à une télangiectasie congénitale de la choroïde.

De l'agglutination.

M. F. Widal (de Paris). — Nous ne savons pas encore ce qui produit le phénomène de l'agglutination. Existe-t-il une substance chimique spéciale apparaissant dans le sérum des infectés, et capable de produire le phénomène de l'agglomération ? Ne s'agit-il que d'une qualité physique purement dynamique acquise par les albuminoïdes ? Ce sont là autant de questions qui n'ont pas jusqu'ici trouvé leur solution. Les études que j'ai faites avec M. Sicard sur les matières albuminoïdes des humeurs agglutinatives et sur leur dialyse artificielle ne per-

mettent pas de conclure. Si nous ne savons pas ce qu'est la matière albuminoïde, nous savons du moins ce qu'elle n'est pas. Nous avons montré avec MM. Sicard et Nobécourt qu'elle pourrait être dissociée d'autres qualités acquises par le sérum au cours de l'infection. Les preuves tirées de l'observation humaine et de l'observation expérimentale abondent pour montrer que la propriété agglutinante est indépendante de la propriété préventive et curative; elle n'est pas, comme on l'avait soutenu, une réaction d'immunité, mais elle est avant tout, comme nous l'avons montré, une réaction de la période d'infection. C'est là une simple constatation des faits qui, nous l'avons sans cesse répété, ne comporte pas de théorie. Ce fait reçoit chaque jour sa confirmation; s'il n'était pas exact, le sérodiagnostic n'existerait pas.

La propriété bactéricide *in vitro* peut également se trouver dissociée de la propriété agglutinative. L'action lysogène des humeurs des vaccinés sur les bacilles introduits dans l'organisme animal, action dont le type est fourni par le phénomène de Pfeiffer, est indépendante de tout phénomène d'agglomération.

La transformation granuleuse *in vitro* subie par les bacilles sous l'influence de certains sérums est également indépendante de la réaction agglutinante.

Les qualités les plus diverses peuvent se superposer; ainsi, dans le sérum des infectés, elles coexistent mais peuvent être dissociées.

On peut créer des superpositions à volonté. Nous avons vu avec M. Sicard que l'on pouvait doter un même sérum de propriétés agglutinatives multiples pour différentes espèces microbiennes par inoculations successives à l'animal de cultures diverses.

L'agglutination artificielle produite par l'action de certaines substances chimiques n'a pas le caractère spécifique de l'agglutination produite par le sérum des organismes infectés.

Immunité et pouvoir antitoxique.

M. Elie Metchnikoff a déjà, depuis 2 ans poussé ses recherches dans cette voie. Voici les principaux résultats qu'il a obtenus.

Comment agissent les bactéries et les champignons inférieurs sur les toxines. — Le bouillon de culture renfermant les toxines bactériennes peut servir de bon milieu nutritif pour les bactéries. Or si après un séjour prolongé de microbes dans ce bouillon on le filtre, on note une action fort variable des premiers sur le second. Il y a des microbes qui renforcent les toxines du bouillon; d'autres, en plus grand nombre, affaiblissent la toxicité des milieux où ils végètent. Par exemple, la toxine diphthérique est détruite complètement par certains microbes (Behring). Les toxines affaiblies par les bactéries peuvent servir de *vaccine* contre la toxine, mais jamais l'influence des microbes sur les toxines ne produit d'*antitoxine*. On peut donc considérer comme établie la destruction des toxines par certains microbes et aussi l'absence de produits antitoxiques sous l'influence de ceux-ci. L'idée de préparer des antitoxines avec les microbes doit donc être abandonnée.

Les antitoxines se produisent au sein de l'organisme vivant, et cette propriété est surtout l'apanage des animaux supérieurs : les expériences de Metchnikoff sur les invertébrés (scorpion) paraissent démontrer cette assertion, du moins en partie. Or parmi les vertébrés, il en est à sang froid et à sang chaud. Déjà les premiers (crocodile), bien qu'incapables de réaction fébrile, ont la faculté de produire des antitoxines; cette faculté est encore plus accusée chez de vieux caïmans; chez eux le sang devient antitoxique en quelques jours, sans réaction thermique. D'où cet autre point : que les *sauropsidés à sang froid sont les premiers dans l'échelle animale qui accusent une fonction antitoxique.*

En remontant plus haut, en recherchant chez les sauropsidés à sang chaud (poule) on trouve qu'il existe déjà ici des éléments anatomiques spéciaux, tels que les testicules et les leucocytes qui sont capables de fixer la toxine tétanique. Mais c'est surtout dans leur sang que le pouvoir antitoxique se développe à un degré très élevé. Et il faut établir que ce pouvoir s'établit dans le sang lui-même, les autres organes (sauf les glandes génitales, comme il a été dit plus haut) restent étrangers à la localisation de la toxine et de l'antitoxine. Des expériences comparatives sur le sang, le liquide péricardique et la lymphe péritonéale des cobayes ont montré que l'antitoxine se trouve surtout dans le plasma des humeurs. Quant à connaître les éléments histologiques, notamment du sang, qui produisent l'antitoxique, la question est encore à l'étude.

Comme conclusions : les plantes inférieures (bactéries) détruisent les toxines, mais ne produisent pas d'antitoxines; les invertébrés ne les produisent qu'en quantité inappréciable. Le pouvoir antitoxique commence à apparaître chez le crocodile, où il est très élevé, et n'est pas lié à une réaction fébrile. Comme le démontrent les recherches sur la poule, ce pouvoir antitoxique réside dans le sang; enfin l'immunité naturelle ne dépend en aucune façon du pouvoir antitoxique.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 Septembre 1897.

Étude des localisations cérébrales.

M. Ferrand. — La sensibilité est une fonction propre au règne animal et que nous voyons s'exercer avec une perfection et une complexité proportionnelles au niveau que les êtres occupent dans l'échelle animale. L'étude des localisations cérébrales donne à cette fonction son complément le plus achevé.

Après l'ébauche de Gall, ce furent les médecins qui, par leurs observations, ramenèrent les psychologues à l'étude des localisations cérébrales. Et il y a de plus aujourd'hui une grande distinction à faire entre les localisations de l'écorce et celles de la base.

Les centres corticaux ont été regardés tout d'abord comme purement moteurs; puis on a distingué parmi eux une zone motrice, une zone sensible et aussi une zone indéterminée ou latente. Mais les centres corticaux ne sont pas seuls moteurs; les centres ganglionnaires de la base le sont aussi à un autre titre. Et si on étudie en particulier leurs fonctions spéciales, on trouve que les centres ganglionnaires sont les centres de l'adaptation sensorielle, et les centres corticaux, ceux de la représentation sensible.

De sorte que tout appareil sensoriel se compose : 1° d'un appareil sensible périphérique attribuable à l'*impression* sensible, qui différencie la *qualité* de la sensation; 2° d'un appareil d'*adaptation* qui en mesure la *quantité*; 3° d'un appareil d'*enregistrement* qui en recueille et en conserve l'*image*, à la disposition de l'imagination et de la mémoire. Enfin, les relations de ces centres entre eux nous permettent de comprendre les opérations de l'*estimation* et du *sensorium commune*, des psychologues.

Et tout cela, ce sont les opérations auxquelles il convient de réserver le nom de *psychiques* pour les distinguer des opérations intellectuelles proprement dites.

Infection charbonneuse.

M. Le Roy des Barres lit l'observation de 6 cas de charbon d'origine industrielle et insiste sur les mesures prophylactiques à prendre contre cette maladie, ainsi que sur son traitement par l'emploi de l'iode à l'intérieur et localement par les injections sous forme de solution iodée ou de teinture d'iode pure, associée aux inhalations d'oxygène.

M. Lapeyrère, pharmacien principal de la marine, lit un travail sur la purification rapide de l'eau de boisson par le permanganate alumino-calcaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Des contusions de l'abdomen avec péritonite traumatique sans lésions viscérales (p. 889).
NEUROPATHOLOGIE. — Traumatisme du coude droit dans l'enfance; tabès; névrite du nerf cubital (p. 892).
PATHOLOGIE MÉDICALE. — Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde (p. 894).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Angine de poitrine tabagique. — Neurasthénie. — Myélite syphilitique (p. 895). — Traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise. —*Thèses de la Faculté de Lyon :* Myome lipomateux de la cuisse. — Tumeurs malignes et pseudo-néoplasmes tuberculeux. — Méningite tuberculeuse. — Désarticulation tibio-tarsienne. — Evidement de l'utérus au thermo-cautère. — Ostéomes musculaires (p. 896). — Anosmies. — Péritonite tuberculeuse. — Des fistules recto-vaginales. — Salpingo-ovariotripsie. — Incontinence d'urine. — Fractures du bassin. — Cystite tuberculeuse chez l'enfant (p. 897). — Hydronéphrose, néphrectomie transpéritonéale. — L'hypospadias. — Prognathisme. — L'éléphantiasis chondromateuse du nez. — Hépatite suppurée. — Abcès gazeux (p. 898).
REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Sur la phagolyse dans la cavité péritonéale — Fièvre typhoïde (p. 899).
MÉDECINE PRATIQUE. — Emploi de l'extrait aqueux de capsules surrénales en ophthalmologie (p. 899). — Morphine p. (900).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet.

Des contusions de l'abdomen avec péritonite traumatique sans lésions viscérales,

Par M. Xavier Delore,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie.

Depuis quelques années, les lésions produites dans les contusions de l'abdomen, les signes qui permettent de les reconnaître, enfin la thérapeutique chirurgicale propre à enrayer leur marche redoutable ont attiré l'attention spéciale des chirurgiens. Cette question a eu les honneurs des congrès de chirurgie et cette année encore elle doit être à l'ordre du jour du Congrès de Paris. Notre maître M. le professeur Poncet ayant eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de péritonite traumatique sans lésions viscérales, sans hémorrhagie et sans aucune solution de continuité du péritoine, nous a engagé à publier cette observation et à rechercher les quelques cas semblables relatés dans les revues périodiques.

Voici, tout d'abord, notre observation. Nous essayerons ensuite de produire d'autres faits semblables, désirant montrer que la péritonite traumatique sans lésions viscérales rejetée par certains auteurs, admise par d'autres, existe réellement, bien qu'elle soit très rare.

Observation I. — B... A., 28 ans, journalier, demeurant à Neyron (Ain) entré le 31 mai 1897, dans la salle Saint Philippe, service de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce jeune homme n'est pas alcoolique, n'a rien dans ses antécédents qui rappelle une ancienne affection intestinale ou viscérale quelconque.

Samedi soir, 29 mai, à 9 heures et demie, il était monté sur un cheval qu'il venait d'acheter à la foire, lorsque cet animal se cabra et s'abattit à la renverse si malheureusement que tout son poids vint porter sur l'abdomen du cavalier. Malgré le traumatisme, le malade put se relever et conduire à la main, son cheval pendant 5 kilomètres environ jusqu'à la gare voisine. Là, il prit le train, rentra chez lui (le trajet du chemin de fer est de 10 kilomètres environ). Quand il se coucha, il se plaignait de de douleurs dans le ventre, mais ne jugea pas nécessaire d'appeler un médecin. La nuit fut légèrement agitée.

Le lendemain matin, 10 heures après l'accident, le ventre était douloureux, la miction spontanée était impossible et le le médecin dut pratiquer le cathétérisme.

Il y avait du ballonnement du ventre, des douleurs vives rendant la marche et la station debout très pénibles, absence de gaz et de selles depuis l'accident, mais pas de vomissements. L'état fut jugé assez grave par le médecin pour renvoyer le patient à Lyon, afin de tenter une intervention.

Le voyage fait en voiture fut très pénible (environ 10 kilomètres). Néanmoins, lorsque le blessé arrive à l'Hôtel-Dieu, son aspect extérieur trompe sur la gravité de la lésion, d'autant plus que le malade se déshabille lui-même et fait quelques pas dans la salle.

Lorsqu'il entre à l'Hôtel-Dieu, le 31 mai à 11 heures du matin, 36 heures après l'accident, on constate que le ventre est ballonné, tendu, présente une sonorité tympanique dans toute son étendue. Ces phénonènes sont également identiques au niveau d'une hernie inguinale droite assez grosse et testiculaire complète que cet homme porte depuis son enfance; cette hernie est, d'autre part, parfaitement réductible. La pression de l'abdomen est douloureuse dans toute son étendue; il semble qu'elle est un peu plus accentuée dans l'hypochondre et la région lombaire du côté droit.

Il n'y a pas de traces de contusion de la paroi abdominale, mais une légère suffusion sanguine sur la paroi antérieure de la bourse droite qui contient la hernie.

Le malade ne peut pas uriner spontanément depuis son accident. Le cathétérisme est facile et ramène des urines légèrement teintées en rouge par du sang. Il n'y a pas de gonflement du périnée.

Cet homme affirme qu'il n'y a pas eu de selles depuis son traumatisme, pas de gaz. Il n'a pas davantage eu des vomissements.

L'exploration du foie, de la rate, des reins est difficile, à cause du météorisme abdominal.

Le soir à 6 heures, toujours pas de selles et pas de gaz, ni vomissements. On est toujours obligé de pratiquer le cathétérisme et l'on voit que les urines ne sont plus sanguinolents, mais parfaitement limpides.

Les douleurs de l'abdomen sont très violentes, le ballonnement considérable. Le faciès est grippé, les sueurs sont abondantes. La température qui était de 38° ce matin, atteint 38°,4 ce soir. Pouls : 110 par minute.

Respiration : 28 par minute, type costo-supérieur.

La toux est très douloureuse.

Le *1er juin,* état général mauvais, T. : 39°5; vomissements bilieux ont apparu : pas de selles, pas de gaz; toujours rétention d'urine; faciès grippé. Pouls : 160. Respiration : 36.

Le diagnostic est péritonite par perforation et on décide l'intervention avec anesthésie à l'éther.

M. Villard, chef de clinique, mène une incision abdominale partant de 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et aboutissant au pubis. A l'ouverture du péritoine, écoulement abondant de sérosité louche; l'intestin ballonné se précipite au travers de l'incision et l'éviscération se fait spontanément en quelques instants.

Epanchement ascitique roussâtre très abondant. Intestin rouge, vascularisé, très distendu. En certains points, fausses membranes puriformes, de date récente recouvrant les anses intestinales. Pas de sang dans la cavité péritonéale, pas de gaz, pas de matières fécales; en aucun point, on ne trouve de perforation intestinale et pourtant l'intestin grêle a été sorti en totalité et le gros intestin a été vu dans sa plus grande partie.

Le pouls faiblissant, on pratique la réintégration de l'intestin au moyen du procédé de la compresse. Suture en un plan au fil métallique fort de la paroi abdominale dans ses 3/4 supérieurs. Drainage à la Mickulicz dans le 1/4 inférieur de la plaie, le drainage plongeant dans la région rétro-vésicale.

Durée de l'intervention : 15 minutes.

Durée de l'éviscération : 5 à 8 minutes.

Une demi-heure après l'intervention, on constate : pas de schock; le malade a eu un vomissement bilieux très abondant à son réveil. La température a baissé de trois dixièmes. Pouls : 150. Respiration : 36.

A 6 heures du soir, la température, qui a monté progressivement atteint 41°. Il y a du refroidissement périphérique très intense, des sueurs froides, une surexcitation étrange, le malade gardant toute sa lucidité. Toute la soirée, les vomissements ont été très abondants. Pas de selles, pas de gaz, le faciès grippé atteint son maximum de netteté. Mort à 6 heures et quart.

3 juin. — Autopsie 38 heures après la mort. On trouve dans le péritoine 3 ou 4 litres de sérosité louche jaunâtre. Au milieu, nagent les anses intestinales rouges et distendues, mais libres entre elles et non adhérentes également à la paroi abdominale. Il n'y a pas de traces de contusion, en aucun point de la surface péritonéale; pas le moindre indice d'hémorrhagie sous-péritonéale, suffusion sanguine, ni plaque de sphacèle.

L'intestin a été minutieusement examiné; aussi bien le duodénum et le rectum que l'intestin grêle, le gros intestin, l'appendice et l'estomac. La face antérieure et la face postérieure de l'estomac sont absolument saines, ainsi que la muqueuse intestinale.

Enfin, on ne trouve aucune solution de continuité du péritoine dans tous ses recoins sur la région lombaire, la vessie, la rate, la vésicule biliaire, sur le diaphragme, etc. Tous ces organes ne présentent aucune déchirure. D'autre part, il n'y a pas de sang, ni de matière fécale ou bile dans le péritoine; la vessie est pleine d'urine et la vésicule biliaire encore remplie de bile. La hernie inguinale contenait cinquante centimètres de la dernière portion de l'iléon; l'intestin y était normal, sauf un peu d'épaississement chronique du mésentère, qui prolabait dans le trajet herniaire; la réduction est toujours d'une facilité extrême.

Dans l'épaisseur des parois abdominales, on ne trouve pas trace de contusion, d'hémorrhagie ou de rupture musculaire.

En somme, l'autopsie confirme la péritonite suraiguë, mais elle montre avec toute évidence que tous les viscères abdominaux sont indemnes. Il n'y avait pas, disons-le en terminant, de liquide biliaire, ni matières étrangères dans la séreuse péritonéale, pas de fracture du bassin ou de la colonne.

Cette observation de *péritonite sans lésions viscérales* nous a laissé fort perplexes, et suivant la recommandation du professeur Poncet, nous avons parcouru les travaux importants, cherchant l'opinion des auteurs compétents. Nous allons rapporter quelques observations, qui se rapprochent, quoique beaucoup moins instructives, de cette observation bizarre. Ensuite, nous rappellerons les théories invoquées pour expliquer la péritonite traumatique et nous essayerons de les discuter.

Tous les auteurs qui se sont occupés des contusions de l'abdomen semblent passer sous silence la péritonite traumatique sans lésions viscérales. Il faut chercher longtemps pour trouver dans les travaux les plus complets, une mention de cette variété. Chavasse (1) un des premiers qui ait fait une étude d'ensemble très documentée sur les contusions abdominales, admet la péritonite traumatique. « Nous n'avons pu trouver, dit-il, qu'une seule observation de contusion abdominale ayant entraîné la mort sans avoir amené de perforation; il s'agissait du côlon ascendant ». Et il ajoute ailleurs que la péritonite traumatique, suite d'une contusion du péritoine, est un fait extrêmement rare. En résumé, Chavasse admet la péritonite traumatique; il la considère comme très rare et pense qu'elle peut être déterminée, soit par une contusion du péritoine, soit par une contusion de l'intestin. L'observation unique qu'il cite à l'appui de sa thèse a été reproduite depuis dans la plupart des statistiques.

1. Chavasse, Etude sur les contusions et ruptures de l'intestin. (*Archives de médecine militaire*, 1890.)

Voici cette observation due à Lenz.

Obs. II. — Enfant 11 ans. Chute sur le ventre, se plaint au bout de 24 heures; le 2e jour, symptômes insignifiants; le 3e jour, ballonnement léger. Les 4e, 5e et 6e jours, vomissements verdâtres, douleurs et météorisme accentué, signes de de péritonite qui va en s'aggravant. Mort au 11e jour. Epanchement séreux, fausses membranes. Immense tache ecchymotique, presque grangréneuse sur le côlon ascendant, mais pas de perforation.

Ce fait est assez probant, bien qu'il soit fait mention de cette large tache ecchymotique du côlon; en effet, la péritonite avait débuté le 3e jour, alors que, sans aucun doute, les lésions intestinales étaient si peu avancées qu'elles n'auraient pas été appréciables à l'œil ou à tout autre mode d'exploration. Tout en admettant l'influence de la contusion de l'intestin dans l'étiologie de la péritonite, il faut bien reconnaître que la perforation n'existait pas et que le mécanisme de cette péritonite est différent de celui des péritonites par perforation. Nous verrons dans un instant que cette contusion de l'intestin quelquefois appréciable, d'autres fois impossible à reconnaître par nos moyens d'exploration, a été invoquée pour expliquer les lésions du péritoine; c'est la théorie mise en avant par Chavasse pour son fait particulier.

Quelques années après, en 1887, Barwel (1) nous donne une nouvelle observation qu'il intitule péritonite traumatique :

Obs. III. — Homme 52 ans, chute ayant un fardeau sur les épaules et choc violent sur le bas-ventre. Quelques douleurs immédiates, qui n'empêchent pas le blessé de continuer son travail; 5 jours après, douleurs vives à l'hypogastre et début d'une péritonite aiguë. Les signes péritonéaux devenant de plus en plus inquiétants, on intervient le 7e jour.

Incision médiane de 4 pouces de long qui laisse échapper une grande quantité de gaz et un liquide trouble et épais. On s'assure avec soin qu'il n'existe aucune rupture de l'intestin, de la vessie, ni d'aucun autre viscère. Seul le péritoine est épaissi, trouble et de teinte jaunâtre. Lavage à l'eau distillée chaude qui entraîne une grande quantité de pus et de flocons purulents. Pas de drainage. Durée de l'opération : 1 heure. Huit jours après, le malade était en pleine convalescence.

Barwel, après avoir relaté ce fait, prétend que le traumatisme seul, sans lésions viscérales, a causé la péritonite, chez un individu manifestement alcoolique. La présence de gaz dans le péritoine fait naître un doute sur la légitimité de cette interprétation : on sait, en effet, que les petites perforations intestinales s'oblitèrent parfois avec une extrême rapidité. Mais on sait aussi que dans des cas bien rares, la péritonite sans perforation peut s'accompagner de productions gazeuses dans le péritoine : en un mot, il peut exister des péritonites gazeuses, comme il existe des abcès gazeux. Barwel admet cette hypothèse et les auteurs qui ont rapporté son observation plus tard semblent également l'accepter.

En 1892, Adler (2) dans une thèse sur le traitement chirurgical des contusions de l'abdomen, cite le cas de Barwel et écrit cette phrase : « Il existe de nombreuses observations dans lesquelles on voit le blessé emporté par une péritonite aiguë traumatique et à l'autopsie duquel on n'a pas trouvé de lésions perforantes de l'intestin, de la vessie ou d'autres organes, pouvant expliquer l'origine de l'infection de la séreuse. » On s'attendrait à trouver dans les nombreuses observations de cet auteur quelques

1. Barwel, *Soc. clinique de Londres*, 28 octobre 1887.
2. Adler, th. Paris 1892.

faits qui puissent justifier cette phrase. Adler cite bien un cas inédit de son maître Michaux, mais c'est tout : les lésions constatées sont, à peu de chose près, les mêmes que celles signalées dans l'observation de Chavasse (obs. II), et donnent lieu aux mêmes remarques. Voici cette observation :

OBS. IV. — Homme 28 ans, violemment poussé contre un mur par une barrique de vin, choc immédiat très accentué. Le soir du 2e jour, signes de péritonite suraiguë. Laparotomie médiane sous-ombilicale le lendemain ; nombreux petits foyers purulents entre les anses agglutinées : plaque noirâtre sphacélée sur la dernière portion du jéjunum ; pas de perforation ; lavage et nettoyage de la cavité abdominale. Durée de l'opération : 1 heure 20. Mort 5 heures après. Pas d'autopsie.

Malgré l'observation de Barwel et celle de Chavasse, Moty (1), moins affirmatif qu'Adler le sera plus tard, écrit : « On se trouve quelquefois à l'autopsie en face d'une de ces péritonites sans perforation que l'on pourrait mettre en doute, mais dont nous admettons volontiers l'existence, la destruction de la muqueuse permettant au péritoine de s'infecter à travers les autres tuniques contuses. » Cet auteur est préoccupé à juste titre de la pathogénie et émet une théorie fort acceptable, mais qui malheureusement n'est appuyée sur aucune constatation directe.

Sieur, en 1893, réunissant 170 observations de contusions de l'abdomen (*Archives générales de médecine*) ne signale comme exemples de péritonites sans perforations viscérales, que 4 cas, parmi lesquels les 3 que nous avons rapportés, de Barwel, de Chavasse et de Michaux. Le dernier a été rapporté par King et nous n'avons malheureusement pas pu retrouver l'observation détaillée.

En 1895, Gachon (2) ne fait que signaler la péritonite sans perforation viscérale et il ajoute : « Il ne faut pas oublier que l'on a signalé des péritonites septiques compliquant des épanchements sanguins intra-musculaires ou sous-péritonéaux sans aucune lésion d'organes. » Ainsi donc, la péritonite sans perforation viscérale serait due tantôt à la contusion plus ou moins violente de l'intestin (Chavasse), tantôt à la destruction de la muqueuse intestinale (Moty) tantôt à un épanchement sanguin intra-pariétal (Gachon).

Comme exemple de cette dernière variété nous citerons les deux observations suivantes empruntées à Villemin (3), qui croit à l'influence directe du traumatisme sur le péritoine et à l'influence des contusions limitées aux couches profondes des parois abdominales.

OBS. V (*Arch. générales de médecine*, 1re série, t. XXVII, p. 255). — Un enfant de 12 ans a le ventre violemment heurté par un timon de voiture. Péritonite aiguë. Mort le 8e jour. A l'autopsie, on trouve que la peau de l'abdomen ne présente aucune trace de contusion. La couche musculaire est infiltrée de sang noir dans le point frappé par le timon de la voiture. On trouve toutes les lésions d'une péritonite suraiguë. Les viscères sont sains et ne présentent ni contusions, ni déchirures.

OBS. VI (Morgagni, *De sed. et causis*, Epistol XLIX). — Une femme reçoit sur la paroi abdominale antérieure un coup de bâton. Péritonite qui devient rapidement mortelle. A l'autopsie, on ne trouva, outre les lésions de l'inflammation péritonéale qu'une contusion limitée à la couche musculaire pariétale sans trace de contusion aux téguments, ni dans l'intérieur de la cavité.

Nous ajouterons que les exemples de péritonite après épanchement intra-pariétal sont relativement plus fréquents que les autres variétés ; nous citons seulement deux observations assez typiques, pour ne pas allonger inutilement ce mémoire. Nous ferons remarquer aussi que les autres péritonites sans perforation viscérale ou sans lésion viscérale quelconque sont très rares. Nous en avons signalé quatre, qui sont plus ou moins probantes et nous les avons discutées ; c'est tout ce que nous avons pu recueillir dans les mémoires de ces 15 dernières années, après des recherches minutieuses. Nous n'avons certes pas la prétention d'avoir retrouvé tous les faits : mais, néanmoins, nous croyons que nos recherches prouvent la réalité de ces péritonites traumatiques, en même temps qu'elles permettent de constater leur rareté.

Nous aurions voulu faire quelques expériences pour provoquer des péritonites traumatiques, à l'exemple d'Adam et Février (1). Mais il nous a semblé bien difficile et bien présomptueux de chercher à produire une lésion exclusivement localisée au péritoine, et amenant malgré cette intégrité des viscères abdominaux une terminaison fatale. Les expériences instituées par les différents auteurs avaient pour but de produire des ruptures viscérales ; elles étaient relativement faciles et ont donné des résultats. Quant à nous, il nous aurait fallu graduer, pour ainsi dire, le traumatisme. Ne pas le produire trop fort : car nous aurions eu des lésions viscérales. Ne pas le produire trop faible : car nous n'aurions pas obtenu de résultats. Il y avait là une inconnue qui aurait été variable avec chaque animal et nous n'avons pas tenté ces expériences qui nous semblaient inutiles et par trop livrées au hasard. D'autre part, l'étude des observations de contusions abdominales chez l'homme dont le mécanisme et les agents sont cependant variés à l'infini, nous apprenait que la péritonite traumatique sans lésions viscérales était extrêmement rare et partant très difficile à reproduire aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Aussi nous sommes-nous abstenu de toute expérience.

Quelles sont les théories invoquées par les différents auteurs, qui se sont occupés de notre sujet? Avant de les rappeler, nous devons dire que toutes sont des hypothèses et que nous n'avons pas l'intention de soutenir l'une au détriment des autres.

Tout d'abord, les anciens auteurs, avant la période bactériologique, avaient une grande tendance à admettre l'influence directe *du traumatisme* dans la genèse de toute inflammation. Villemin, après avoir discuté le rôle des épanchements sous-péritonéaux ou intra-pariétaux, démontre que si ces épanchements peuvent être parfois accusés il serait injuste de les incriminer toujours. En effet, il existe, d'une part, un certain nombre de faits de rupture musculaire avec épanchement considérable sous le péritoine, dans lesquels il n'y a pas eu d'inflammation de la séreuse (cas de Vidal, Boyer, Legouest, Richerand, Jarjavay, etc.) ; d'autre part, on trouve des observations (voir obs. I, II, IV) de péritonite sans épanchement intra-pariétal sérieux. L'auteur préfère accorder le principal rôle au traumatisme, faisant remarquer à juste titre que les effets profonds du trauma semblent être en raison inverse des lésions superficielles. « Si les parois sont gravement atteintes, dit-il, c'est qu'elles se sont contractées et ont opposé une résistance efficace à la violence extérieure qui a laissé indemnes les viscères sous-jacents ; si elles sont à peine lésées c'est qu'elles se sont laissées distendre passivement par le traumatisme, qui alors a

1. MOTY, Contusions de l'abdomen (*Revue de chirurgie*, 1890).
2. GACHON, th. Paris 1895.
3. VILLEMIN, th. Paris 1877 ; Péritonite traumatique.

1. ADAM et FÉVRIER, De la laparotomie précoce dans les contusions de l'abdomen. *Arch. prov. de chir.*, 1895.

pu épuiser son action sur les organes abdominaux qu'elles ont été impuissantes à protéger. » Sans nous prononcer pour l'affirmative, nous ferons remarquer que l'ébranlement produit par un traumatisme pourrait, peut-être, faire naître dans le péritoine les modifications circulatoires caractéristiques de l'inflammation, en dehors de toute lésion matérielle des tissus organiques. Le traumatisme favoriserait ainsi l'inoculation des germes sur la séreuse. Mais là se borne le rôle du traumatisme; nous ne savons pas quel est le mécanisme intime de l'inoculation.

Dans l'exposé de l'observation de Chavasse, nous avons vu que cet auteur admettait le rôle de la contusion. Il est bien certain que, lorsque la contusion est étendue et profonde, l'intestin présente un point faible par où les microorganismes auront tendance à s'échapper dans la séreuse. C'est sans doute par ce « locus minoris resistentiæ » que s'est faite l'inoculation de la séreuse chez les malades de Michaux et de Lenz (obs. IV et II). La plaque de sphacèle est couverte des microorganismes du tube digestif aussi bien dans sa profondeur vers la muqueuse que vers la surface séreuse et constitue un centre d'inoculation par excellence pour le péritoine. Mais nous ne pouvons pas expliquer par cette contusion les faits où l'intestin étant absolument sain, il existait néanmoins une péritonite généralisée. C'est le cas de notre observation, de celle de Barwel et des deux rapportées par Villemin.

Moty émet une nouvelle hypothèse et croit que la déchirure de la muqueuse, en un ou plusieurs points du tube intestinal, permet l'inoculation des autres couches plus superficielles; les microorganismes ayant franchi la muqueuse arriveraient ensuite très facilement au péritoine. Nous ne savons pas si dans les cas que nous avons signalés, l'examen de la muqueuse a été fait minutieusement; car les observations sont muettes à ce point de vue. Chez notre malade, la muqueuse a été regardée soigneusement et ne semblait pas présenter de déchirures au moins apparentes. Nous nous hâtons d'ajouter qu'il nous est cependant impossible de rejeter cette théorie; une déchirure microscopique de la muqueuse pouvant facilement passer inaperçue à l'autopsie d'un individu mort de péritonite suraiguë depuis 40 heures surtout à l'époque des fortes chaleurs. La solution indiquée par Moty est donc acceptable, mais ce n'est qu'une hypothèse.

En définitive, nous admettrons ces différentes théories applicables à la majorité des cas. Mais comment expliquer la péritonite septique chez notre malade, ou plutôt comment comprendrons-nous l'inoculation du péritoine sans lésion apparente de l'intestin? Voici quelle serait notre opinion à laquelle nous n'attacherons pas d'autre valeur que celle d'une hypothèse développée par M. Poncet dans une de ses cliniques.

Le traumatisme amènerait une paralysie réflexe du tube digestif et des autres organes abdominaux. Ainsi s'expliqueraient, dès le début, la rétention d'urine et l'absence de gaz et de matières; il se passerait le même phénomène que dans certaines kélotomies où, après la levée de l'étranglement, on voit persister l'arrêt des matières et des gaz, bien qu'il n'y ait plus d'obstacle au cours des matières fécales; ces cas sont admis et décrits sous le nom de pseudo-étranglement paralytique de l'intestin. L'intestin atteint de paralysie se laissera distendre par les matières fécales et les gaz, et constituera ainsi une sorte de cavité remplie de liquides et de matières en stagnation. Ne peut-on pas alors comparer cet intestin distendu à l'anse plus ou moins serrée dans un anneau herniaire? Dès lors, les bactéries traverseront la paroi, comme dans une anse étranglée, obstruée, elles passent dans le sac herniaire à travers les tuniques intestinales, comme l'ont démontré Clado et Bonnecken. Ne pourrait-on pas également comparer l'intestin ainsi privé de contraction à l'appendice, qui se laisse traverser par les germes pathogènes, même quand il n'est pas transformé en cavité close, comme l'établissent de nombreuses observations de notre maître M. Poncet? On nous objectera que la paralysie intestinale et vésicale n'est pas démontrée à la suite des contusions abdominales. Beaucoup d'auteurs l'admettent cependant; on peut ainsi expliquer l'arrêt des gaz et des matières et la rétention d'urine consécutifs aux traumatismes portant leurs effets sur les plexus nerveux de l'abdomen. Quant au passage des microorganismes, il faut bien l'admettre pour expliquer la péritonite septique; s'il n'est pas démontré pour la péritonite traumatique, il est au moins plus rationnel de le supposer que de croire à une origine différente laquelle n'aurait qu'un inconvénient, celui d'être encore plus hypothétique. On a bien admis ce passage, sans preuves manifestes, pour l'appendicite sans perforation et nous croyons qu'il est aussi probable dans les péritonites traumatiques, sans lésions intestinales. On ne pourrait, d'ailleurs, démontrer ce passage, que lorsqu'un chirurgien aura pratiqué une résection intestinale dans un cas semblable au nôtre; cette éventualité ne saurait se présenter, car, en pareil cas, l'indication d'une résection intestinale fait défaut. A l'autopsie, les désordres sont trop grands pour essayer des recherches qui n'auraient aucune valeur. En somme, nous le répétons, l'explication que nous donnons est une simple hypothèse, basée seulement sur des analogies, assez éloignées, il est vrai, que présente la péritonite traumatique, sans lésions viscérales avec d'autres variétés de péritonites d'origine nettement intestinale.

Quoiqu'il en soit de ces différentes théories plus ou moins probables, nous nous croyons autorisé à conclure :

1° La péritonite traumatique sans lésions viscérales existe. Nous en avons recueilli une observation personnelle et trois autres observations (obs. I, III, V, VI).

2° Ces péritonites sans lésions viscérales sont des plus rares. Il y a lieu de les distinguer des péritonites sans perforation viscérale, mais avec contusion plus ou moins étendue de l'intestin (obs. II et IV).

3° Le mécanisme des péritonites sans perforation, mais accompagnées de plaques ecchymotiques ou en voie de gangrène semble assez net et paraît relever de l'infection intestinale directe à travers les tissus intestinaux contus.

4° Le mécanisme de l'inoculation péritonéale dans les péritonites sans lésions viscérales est encore fort obscur. Le seul fait, du reste, que nous ayons voulu mettre en évidence est leur existence.

NEUROPATHOLOGIE

Traumatisme du coude droit dans l'enfance; tabès; névrite du nerf cubital,

par RAYMOND CESTAN et ALBERT MOUCHET,
Internes des hôpitaux.

Nous croyons intéressant de publier un cas d'atrophie musculaire observé chez un tabétique, porteur d'une

ancienne lésion traumatique du coude droit, lésion qui a amené l'apparition d'une névrite de son cubital.

Observation. — Le nommé Fou..., âgé de 43 ans, entre en 1896, dans le service du professeur Raymond. On ne relève pas de tare nerveuse dans les antécédents. Le malade vient au monde dans les conditions normales; pas de fièvre éruptive. A 6 ans, chute sur le coude droit, suivie de l'application d'un appareil plâtré. Au bout de 6 semaines, le bras étant en mauvaise position, on essaie de réduire la déformation par la force et on applique à nouveau un appareil plâtré. Le biceps brachial

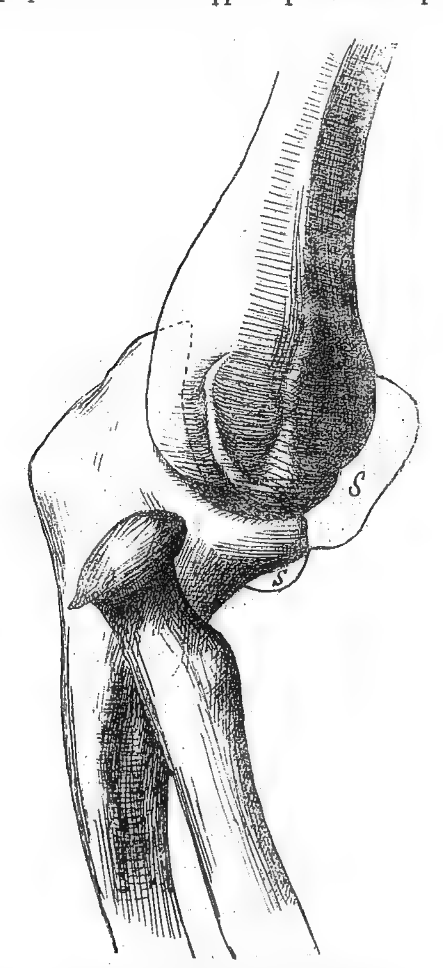


Fig. 1. — Profil externe du coude dans l'extension à 140°. En S la synoviale distendue et épaissie.

droit s'est considérablement atrophié à la suite de ces manœuvres. En 1878, notre malade a eu la syphilis qu'il a irrégulièrement traitée pendant 8 mois.

En 1883, ictus apoplectiforme; à la suite traitement ioduré et mercuriel. En 1886, nouvel ictus avec paralysie des 4 membres et aphasie qui durent 3 jours. Le malade reprend pendant 3 mois 4 grammes d'iodure par jour.

En 1891, l'état général se prend et le malade voit la faiblesse apparaître dans la main droite.

En 1893, faiblesse dans les jambes et amaigrissement de la main droite, sur laquelle nous reviendrons.

En 1895, apparition de l'ataxie et des douleurs fulgurantes.

En 1896, diplopie pendant 15 jours et incontinence d'urine.

Etat actuel. — Nous allons examiner d'une part l'état général, d'autre part l'atrophie de la main droite.

1° *Etat général.* — Nous n'insisterons pas: F... présente en effet, les signes classiques du tabès : signe de Westphal, signe de Romberg, signe d'Argyll, douleurs fulgurantes, perte du réflexe bulbo-caverneux etc. Il n'existe ni troubles de la sensibilité objective, ni lésions trophiques de la peau, ni pied plat, ni atrophie de la langue. La musculature des jambes et du bras gauche, a conservé toute sa force. Tout l'intérêt se concentre sur l'examen du bras droit.

2° *Atrophie de la main droite.* — C'est en novembre 1890, que le malade s'est aperçu d'une grande difficulté dans l'écriture; en 1891, la main droite a maigri; depuis lors, l'atrophie a progressé lentement en même temps que survenaient dans le domaine moteur et sensitif du nerf cubital des contractions fibrillaires et des fourmillements.

A l'heure actuelle, la main droite présente une atrophie des

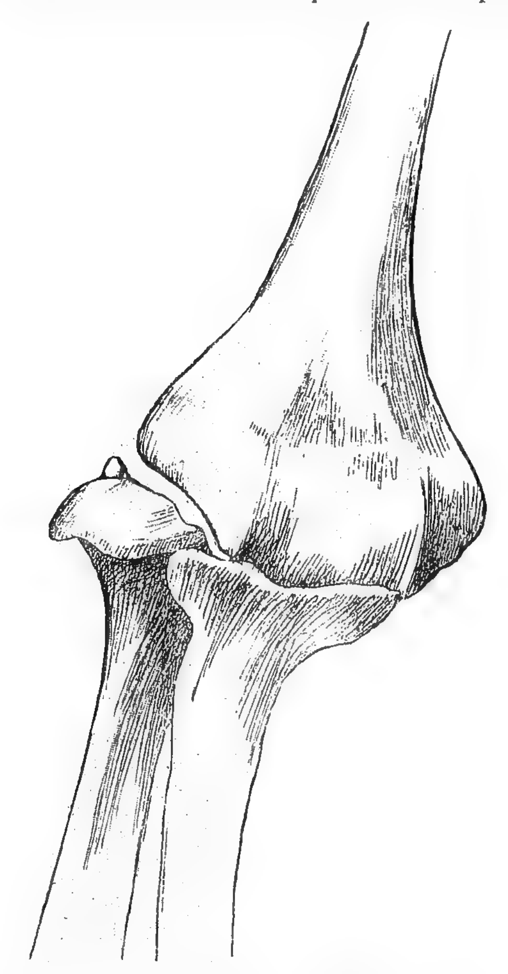


Fig. 2. — Vue antérieure du coude en extension.

interrosseux dorsaux, de l'adducteur du pouce et de l'éminence hypothénar. Le malade écarte difficilement les doigts; le pouce est toujours en abduction; les dernières phalanges sont légèrement fléchies. En un mot le malade présente la déformation de la griffe cubitale.

L'atrophie porte à l'avant-bras sur les muscles épitrochléens, mais les mouvements de flexion et d'extension de la main ont conservé leur force et leur étendue.

L'examen électrique pratiqué par M. Huet a montré l'existence de la R. D. dans les muscles du domaine du nerf cubital droit, réaction qui s'observe surtout dans les muscles de la main. Le domaine du nerf cubital gauche ne présente pas de réaction de dégénérescence. Voici, exprimées en centimètres les circonférences du bras : au poignet 16 centimètres à droite, 16 centimètres à gauche; au milieu de l'avant-bras 15,5 à droite, 17 à gauche, au milieu du bras 21 centimètres à droite, 22,5 à gauche.

La percussion des masses musculaires en voie d'atrophie

provoque assez facilement des contractions fibrillaires. Les troubles trophiques font défaut, mais le territoire cutané du cubital est le siège d'une hypéresthésie très marquée pour tous les modes de sensibilité.

L'atrophie porte aussi sur le biceps bronchial, mais cette atrophie date de l'enfance; elle est consécutive à la fracture de coude qui paraît avoir laissé une déformation persistante de l'articulation.

A première vue on est frappé de cette déformation rendue encore plus manifeste par l'atrophie des muscles voisins. Deux saillies exagérées attirent l'attention : l'une externe, au niveau de la tête radiale; l'autre interne, au niveau de l'épitrochlée.

En dehors, c'est bien la tête radiale que l'on sent débordant de près de 2 centim. l'épicondyle par un rebord abrupt mais régulier. Cette tête radiale est rugueuse, bosselée dans son ensemble; elle présente en arrière un fragment osseux mobile, gros comme un pois, qu'on fait glisser sur elle avec craquement. Ce fragment s'enfonce dans l'articulation ou en ressort tour à tour dans les mouvements de rotation imprimés à la tête radiale. Celle-ci facile à isoler en avant du muscle long supinateur atrophié, paraît luxée en arrière. Le malade affirme s'être toujours connu une saillie osseuse sur le côté externe du coude depuis sa chute; cette saillie aurait seulement augmenté avec le temps.

L'exploration du cubitus permet de reconnaître à cet os un élargissement considérable de l'olécrane (6 cent. de large au lieu de 4 centim. du côté gauche) avec un angle plus saillant à l'union de sa face supérieure et de sa face postérieure. Augmentation de volume aussi de l'apophyse coronoïde.

Sur le côté interne du coude, la saillie volumineuse (une grosse noix) que l'on sent au-devant de la région épitrochléenne dans l'extension du coude, disparaît presque complètement par la flexion; cette tuméfaction semble appartenir à la synoviale distendue, parsemée de franges hypertrophiées; on sent nettement en pressant sur elle une crépitation amidonnée.

L'extrémité inférieure de l'humérus droit ne semble pas plus volumineuse que celle de l'humérus gauche.

Ces constatations cliniques ont trouvé du reste leur pleine confirmation dans les épreuves radiographiques faites par M. Albert Londe (1), et dessinées par la plume habile de M. Decorse, externe des hôpitaux.

Ajoutons que l'on sent dans la gouttière épitrochléo-olécranienne le nerf cubital, mobile, très libre, mais un peu augmenté de volume.

Les troubles fonctionnels du coude se rapportent aux deux mouvements de flexion et de supination. L'extension est complète, la pronation également, mais la supination est diminuée de moitié, et la flexion ne dépasse point un angle obtus de 125°. La limitation de ces mouvements est due très certainement à la déformation de la tête radiale. Celle-ci, fracturée sans doute autrefois, est déviée de sa position normale, elle est subluxée en dehors et vient buter contre le condyle huméral dans les mouvements de supination ou de flexion un peu étendus. Ces troubles fonctionnels auraient toujours existé depuis l'âge de 7 ans, au dire du malade. Nous n'avons pas de raison pour mettre en doute ces renseignements, et nous nous croyons en droit d'affirmer que la limitation des mouvements du coude doit être mise sur le compte d'une ancienne fracture avec luxation de la tête radiale.

Réflexions. — Deux points sont particulièrement à élucider dans cette observation : les modifications du cubitus avec la tuméfaction anté-épitrochléenne d'une part, et la névrite du nerf cubital de l'autre.

La première des lésions est démontrée par la clinique et confirmée par la radiographie; la seconde, la névrite du cubital, ne nous paraît pas moins indéniable, avec son début par des sensations de fourmillements, avec la limitation de l'atrophie aux muscles innervés par le cubital, avec le territoire d'hypéresthésie cutanée qui l'accompagne et l'hypertrophie très manifeste du nerf. Il est bon d'ajouter qu'ici l'atrophie musculaire ne ressemble pas aux atrophies tabétiques. Que l'on adopte l'origine médullaire ou l'origine névritique de ces atrophies, et chacune paraît s'appuyer sur des faits précis, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue clinique les atrophies musculaires des tabétiques présentent des caractères distinctifs : le début fréquent par les membres inférieurs, la symétrie, l'évolution sans contractions fibrillaires, la marche lente, mais progressive, l'absence fréquente de réaction de dégénérescence.

L'atrophie musculaire du membre supérieur droit chez notre malade ne répond point à ce type clinique. Elle a évolué en deux temps et elle est née de deux processus différents. Un traumatisme du coude dans l'enfance a d'abord amené une atrophie du biceps par voie réflexe; une névrite du cubital chez l'adulte devenu tabétique, a été suivie de l'atrophie des muscles innervés par ce nerf.

Nous croyons que ces deux ordres de phénomènes : hypertrophie du cubitus d'une part et névrite du cubital de l'autre doivent être rapportés au tabès. L'augmentation de volume considérable de l'olécrane appréciable par la palpation, et de l'apophyse coronoïde, appréciable par la radiographie, le gonflement hydropique de la synoviale et l'épaississement périphérique ne sont-ils point les signes des lésions trophiques imprimées par le tabès aux articulations?

Mais existe-t-il une relation entre cette arthropathie tabétique et la névrite du nerf cubital? Doit-on rapporter celle-ci à celle-là, ou doit-on considérer ces deux ordres de lésions comme indépendantes l'une de l'autre, et relevant chacune isolément du tabès? La réponse à cette question est difficile; il semble cependant rationnel de penser que les deux lésions se sont installées séparément; l'exploration du coude nous montre le nerf cubital si mobile, si libre dans sa gouttière qu'il nous paraît difficile d'attribuer son altération aux modifications du cubitus.

Le fait qui est en tout cas intéressant à noter, c'est l'apparition chez un tabétique, sur une articulation atteinte 37 ans auparavant par un traumatisme, de deux ordres de lésions : d'une part une arthropathie trophique, d'autre part une névrite du nerf cubital.

1. Les mouvements continuels du malade nous ont seuls empêchés de donner la reproduction phototypique des épreuves de Röntgen; les dessins à la plume ci-joints, avec la même exactitude puisqu'ils sont calqués, ont l'avantage de la netteté.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde,

Résumé du rapport lu au *Congrès de Moscou*

Par M. F. Widal.

Les statistiques du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde se sont multipliées en ces derniers mois et le nombre des cas positifs s'élève déjà à plusieurs milliers. Les cas semblant faire exception à la règle sont très rares, et encore la plupart d'entre eux demandent-ils à être interprétés. Ces faits seuls m'occuperont aujourd'hui. J'ai examiné le sang de 177 typhiques, et dans un cas seulement la réaction a fait défaut. Lorsque les résultats fournis par l'examen du sérum ne sont pas conformes à ceux fournis par l'examen clinique, il ne faut pas oublier que c'est le sérodiagnostic qui peut avoir raison. La séroréaction nous permet en effet de dépister parfois des formes anormales de dothiénentérie là où la clinique aurait échoué.

Notre statistique étant une statistique d'étude, chaque fois que nous nous trouvions en présence d'un cas douteux, nous pratiquions l'examen bactériologique. C'est ainsi que dans un cas seulement, celui que nous venons d'indiquer, nous avons trouvé le sérodiagnostic en défaut; chez ce malade la rate ponctionnée nous avait donné des cultures pures de bacilles d'Eberth.

Pour affirmer que la réaction a manqué dans un cas de dothiénentérie, il faut que l'examen du sang ait été renouvelé aussi fréquemment que possible, et l'on sait que, dans un certain nombre de statistiques publiées, cet examen n'a pu être fait qu'une seule fois chez le même malade. La réaction peut faire défaut à un premier examen et apparaître le lendemain ou les jours suivants; elle peut être retardée, aussi n'ai-je jamais cessé de répéter, qu'en présence d'un résultat négatif fourni par le sérum d'un malade suspect, il ne faut jamais négliger de répéter l'examen les jours suivants. Il faut enfin, savoir, comme nous l'avons constaté avec MM. Sicard et Nobécourt, qu'un pouvoir agglutinatif relativement élevé pendant la période d'état peut s'abaisser dans les jours précédant la mort à un chiffre tel que le sérodiagnostic ne puisse plus être posé. Si un examen nécroscopique révèle des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde et si le sérodiagnostic a été négatif pendant la vie, avant d'enregistrer le cas, il faut donc savoir si la réaction n'a pas été recherchée seulement dans les jours précédant la mort. J'ai étudié près de 350 sérums non typhiques par le procédé que j'ai appelé *extemporané* ou *instantané*, en employant, pour faire la préparation, un mélange de 1 partie de sérum pour 10 de culture jeune, et jusqu'ici je n'ai jamais été trompé par cette proportion en suivant strictement les règles que j'avais formulées dès le début de mes recherches, règles que ne semblent pas avoir comprises certains expérimentateurs qui m'ont suivi.

Par ce procédé, les amas sont en général visibles au microscope immédiatement ou après quelques minutes; on peut avoir intérêt à laisser la préparation reposer un quart d'heure ou une demi-heure, mais pour conclure après ce temps, il faut, comme je l'ai sans cesse répété, que les amas ne soient pas seulement caractéristiques, mais très confluents et disposés sur tous les points de la préparation, à la façon des îlots d'un archipel, de sorte qu'ils ne laissent pas le moindre doute dans l'esprit. Avec certains sérums nouveaux, j'ai trouvé quelquefois des pseudo-agglutinations discrètes et tardives, mais toujours incapables d'égarer le diagnostic. Enfin, j'ai montré récemment, avec M. Ricard, comment la mensuration exacte du pouvoir agglutinatif devait servir de contre-épreuve à la première opération. Pour pratiquer cette mensuration, il faut donner aux amas le temps de se former dans les dilutions faites à la limite. Si on laisse les préparations pendant 24 heures ou davantage en chambre humide comme l'a proposé Shéridan-Delépine, on peut apprécier ainsi le degré exact du pouvoir agglutinatif. Ce procédé n'a qu'un inconvénient, celui de demander un jour d'attente, et l'on comprend la perte de temps qui en résulte lorsqu'on est obligé de rechercher, par tâtonnements successifs, la limite du pouvoir agglutinatif. En laissant toutes les préparations reposer pendant 2 heures, comme nous l'avons proposé, ainsi que M. Stern, on obtient des résultats qui ne représentent pas la limite exacte du pouvoir, mais qui sont, en tout cas, toujours comparables entre eux. Il est bon de laisser pendant ce temps les préparations en chambre humide pour éviter la dessiccation.

Le sérodiagnostic nous oblige à fouiller avec soin l'anamnèse des malades. Il ne faut pas seulement rechercher dans leur souvenir ou dans celui de leur entourage une fièvre typhoïde avérée, mais aussi la fièvre dite muqueuse et l'embarras gastrique fébrile. Une infection typhique fruste ayant évolué anciennement peut, en effet, par exception, avoir laissé le sang agglutinatif. L'ensemencement des organes et de la rate peut seul permettre de dépister à l'autopsie certaines infections éberthiennes. On a déjà publié plusieurs observations dans lesquelles le sérodiagnostic fait pendant la vie a imposé après la mort un examen bactériologique minutieux, sans lequel l'infection typhique aurait passé inaperçue même sur la table d'amphithéâtre. M. Chiari vient de rapporter des faits semblables, il y a quelques jours, à ce même Congrès. La réaction agglutinante nous permettra, sans aucun doute, d'éclairer l'histoire encore si obscure de certaines formes atypiques de fièvre typhoïde.

Nous avons montré avec M. Nobécourt que le sérum d'un homme atteint d'une infection à colibacille était agglutinatif pour son échantillon pathogène, mais c'était peu ou point, pour d'autres échantillons de colibacilles; un sérum typhique, au contraire, impressionne à peu près de la même façon, à quelques nuances près, les divers échantillons de bacilles d'Eberth. Le sérodiagnostic peut toujours se faire avec une culture jeune d'un échantillon quelconque du bacille typhique bien avéré. On peut employer des cultures formulées à 1 p. 150, en suivant la technique que nous avons indiquée. C'est à tort que l'on essayerait de compliquer la méthode qui doit subsister dans toute sa simplicité.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Iovanovich (Demetrius). *Contribution à l'étude de l'angine de poitrine tabagique; étiologie et pathogénie.* N° 561. (A. Maloine.)

Mlle Kachpérov. *Contribution à l'étude de la neurasthénie.* N° 473. (G. Steinheil.)

M. Schwanhard (Armand). *Contribution à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique.* N° 510. (Carré et Naud.)

Mme Tacké. *Traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise.* N° 424. (H. Jouve.)

D'après l'étude des propriétés physiologiques et toxiques du tabac, d'après la pathogénie des angines de poitrine en général appliquée à l'angor tabagique, d'après l'examen des observations M. Iovanovich conclut qu'au point de vue étiologique : 1° La prédisposition habituelle et l'accoutumance sont beaucoup plus importantes que le mode d'absorption, la quantité, la qualité du tabac. 2° Les priseurs sont exempts d'angine de poitrine.

Au point de vue pathologique l'auteur admet qu'il y a 4 variétés d'angines tabagique : 1° angine scléro-tabagique, qui n'est qu'une coronarite vulgaire (tabagique ou non) chez un fumeur; 2° angine spasmo-tabagique; 3° angine tabagique réflexe qui peut être gastro-tabagique simple ou gastro-myocardique; 4° angine tabagique névralgique.

La neurasthénie, dit Mlle Kachpérov est une psycho-névrose caractérisée par un affaiblissement général avancé du système nerveux se révélant surtout par une diminution plus ou moins grande des forces actives. Aussi est-elle un état préliminaire de la dégénérescence.

Le trouble des forces actives est le signe pathognomonique de la neurasthénie, dont dérivent tous les autres troubles d'ordre fonctionnel propre à la neurasthénie; ces derniers constituent les symptômes secondaires de la neurasthénie. Ces troubles propres à la neurasthénie se manifestent :

1° Par un affaiblissement de l'activité;

2° Par un état de conscience de cet affaiblissement;

3° Par ce fait que le mécanisme psychique accompagnant l'acte restant normal, c'est la faiblesse des forces actives même qui entrave leur fonctionnement. Parmi les causes multiples de la neurasthénie l'auteur attribue une importance capitale :

a) A l'absence ou l'insuffisance de l'éducation;

b) A l'hérédité, avec ou sans arthritisme;

c) A l'absence de toute hygiène physique, psychique et morale appropriée à chaque organisme.

A côté de la méningo-myélite chronique syphilitique, M. Schwanhard place la méningo-myélite syphilitique chronique à forme pseudo-tabétique. Elle reste unie à la myélite commune par la rachialgie, les troubles subjectifs peu intenses de la sensibilité, les troubles du côté des sphincters, l'exagération des réflexes, la trépidation spinale, la démarche spasmodique. Sou-

vent elle peut en imposer pour un tabès, à un examen superficiel à cause de ses douleurs fulgurantes ou lancinantes, son myosis, le signe de Romberg, et quelquefois une tendance à la démarche ataxique. Mais ces divers symptômes s'enchevêtrent de façon à créer une véritable variété de myélite distincte de la forme commune, et importante à différencier de l'ataxie motrice. Elle apparaît à une époque tantôt proche, tantôt éloignée du chancre. Le traitement spécifique méthodique a une influence sur cette myélite.

D'après Mme Tacké, la gymnastique employée pour les maladies de cœur améliore dans la majorité des cas ces affections, quelquefois même d'une manière frappante. Les symptômes tels que palpitations, oppression, insomnie, troubles gastriques, vertiges, douleurs de tête, cyanose, ecchymoses, œdèmes disparaissent ou diminuent. Les souffles disparaissent quand ils sont basés sur l'anémie ou autres causes accidentelles, mais quand ils sont liés à des lésions organiques ils ne disparaissent pas; quelquefois cependant, après un traitement de très longue durée, ils peuvent changer d'intensité. Il faut toujours commencer par des mouvements passifs pour arriver progressivement aux mouvements actifs qu'il faut introduire le plus tôt possible et sitôt que l'état du malade le permet. Les mouvements doivent varier avec chaque individu, chaque lésion cardiaque et avec le degré de la lésion.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Clerc. *Quelques considérations sur le myxome lipomateux de la cuisse.* N° 82.

M. Gourdias. *Contribution à l'étude des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales.* N° 76.

M. Baills. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse.* N° 44.

M. La Bonnardière. *De la désarticulation tibio-tarsienne et de l'amputation de la jambe au quart inférieur avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen* (méthode du Dr Ollier). N° 80.

M. Cornes. *De l'évidement de l'utérus au thermo-cautère.* N° 75.

M. Capmas. *Pathogénie des ostéomes musculaires.* N° 5.

M. Nique. *Contribution à l'étude des anosmies.* N° 89.

M. Daclin (Emile). *De la laparotomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne.*

M. Fabre (Benjamin). *Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales.*

M. Manouélidès. *De la salpingo-ovariotripsie.*

M. Guigues (Eug.). *De l'incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme et de ses divers traitements.*

M. Smedovsky (Stephan). *Contribution à l'étude des rétrécissements tardifs de l'urèthre consécutifs aux fractures du bassin.*

M. Armandon (Louis). *Essai clinique sur la cystite tuberculeuse chez l'enfant.*

M. Boccard (Marius). *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hydronéphrose, néphrectomie transpéritonéale avec isolement immédiat de la séreuse.*

M. Reure (Henri). *Étude critique de l'hypospadias et de son traitement.*

M. Berger. (Paul). *Du traitement chirurgical du prognathisme.*

M. Nedeltcheff (Marko). *De l'éléphantiasis chondromateuse du nez (type clinique non décrit de l'acné éléphantiasique).*

M. Jourdan (Henry). *De l'hépatite suppurée nostras observée à Marseille.*

M. Bonnand (Auguste). *Contribution à l'étude d'une variété d'abcès gazeux produits par des microbes gazogènes.*

Il existe au niveau de la cuisse, et particulièrement à sa face interne, une variété de tumeurs qui méritent généralement, par leurs caractères anatomiques, le nom de lipomes myxomateux ou myxo-lipomes. M. Clerc montre que ces tumeurs se présentant sous l'aspect de masses plus ou moins saillantes, parfois diffuses, pouvant atteindre un volume considérable, remarquables par la lenteur de leur développement et leur évolution le plus souvent bénigne, sont caractérisées, au point de vue histologique, par la présence de deux tissus prépondérants : le tissu muqueux et le tissu adipeux. On peut y rencontrer des transformations multiples de ces tissus, revêtant le type fibreux ou vasculaire. D'où des segments durs, scléreux, des noyaux télangiectasiques. Le myxo-lipome de la cuisse est un néoplasme tantôt assez bien circonscrit, tantôt encapsulé seulement par place et d'une façon incomplète. Le pronostic est bénin, le seul traitement est l'extirpation.

M. Gourdias passe en revue les tumeurs malignes des fosses nasales (sarcomes, épithéliomes, adénomes ou tumeurs mixtes).

Leur diagnostic est souvent difficile, demandant l'examen histologique, surtout avec les *pseudo-néoplasmes tuberculeux* qui peuvent simuler les tumeurs malignes, mais sont d'un pronostic bien moins grave. La thérapeutique doit viser à être radicale et le plus hâtive possible. Si dans certains cas pédiculés et dans les pseudo-néoplasmes les voies naturelles peuvent suffire, il est le plus souvent nécessaire de recourir à des opérations préliminaires. Les principaux procédés sont ceux de Chassaignac, de Verneuil, de Rouge, et enfin du Dr Ollier, *procédé de choix* pour la voie nasale. Les procédés par voie palatine ou jugale sont parfois indiqués, mais plus rarement. Les principaux avantages du procédé de M. Ollier (abaissement du nez par l'ostéotomie verticale-bilatérale), sont la voie large donnée sur la partie supérieure des fosses nasales, la facilité et l'absence de gravité de l'opération en elle-même, le peu d'importance de la cicatrice et la possibilité de recommencer, enfin la commodité pour assurer l'hémostase, ce qui est très important dans les tumeurs malignes.

M. Baills étudie la ponction lombaire suivie de l'injection d'air stérilisé dans le traitement de la méningite tuberculeuse.

La ponction lombaire ne peut pas prétendre à une action curative; elle ne peut que s'adresser aux phénomènes de compression cérébrale produits par l'hydrocéphalie aiguë. Le moment de l'intervention est celui du début de cette période hydrocéphalique, caractérisé surtout par la chute momentanée de la température. Si on attend plus longtemps, la ponction même considérée comme simple agent de décompression n'a plus sa raison d'être, car les effets destructifs de la compression sont produits. Dans quelques cas de méningite tuberculeuse à forme hydrocéphalique très developpée, traités par cette méthode, l'évacuation du liquide a paru donner des améliorations relatives. Quelques auteurs auraient même parlé de guérison (?). L'injection d'air stérilisé n'a pas donné de résultats jusqu'à présent. Un de ses avantages accessoires c'est de faciliter l'écoulement du liquide hydrocéphalique.

L'opération de M. Ollier présente sur les anciens procédés de désarticulation du cou-de-pied de multiples causes de supériorité; traumatisme moindre, sécurité opératoire absolue, point d'appui exactement situé au niveau de la partie la plus épaisse des téguments du talon qui supporte la pression pendant la marche normale. Elle réunit tous les avantages du procédé de Pirogoff, sans en avoir les inconvénients, dans le cas de lésions tuberculeuses. M. La Bonnardière montre qu'elle est l'opération de choix, dans la tuberculose du pied, de préférence aux interventions plus économiques (tarsectomies...), toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions tuberculeuses plus ou moins diffuses, et, par cela même, sujettes à récidive, ou simplement de malades qui réclament avant tout un bon talon osseux suffisant pour permettre la marche et les travaux pénibles.

L'évidement de l'utérus au thermo-cautère, serait d'après M. Canet indiqué dans les cas de néoplasme utérin à la place de l'hystérectomie; à plus forte raison lorsque l'hystérectomie n'est pas praticable.

L'ostéome musculaire est une formation osseuse d'origine périostée. C'est, d'après M. Capmas, la seule pathogénie ad-

missible, basée sur l'expérimentation, l'histogénèse et la clinique, trois facteurs qui s'accordent à nous faire rejeter la théorie hématique et la théorie de la myosite ossifiante. L'ablation de l'ostéome musculaire doit être pratiquée après résorption complète de l'épanchement sanguin.

M. Nique passe en revue les différentes causes des troubles olfactifs. Il existe des anosmies congénitales; on peut avoir perte de l'odorat à la suite de traumatismes portant sur la région occipitale ou la région frontale; on constate des troubles de l'olfaction dans certaines lésions cérébrales, la paralysie générale, le tabès, la syphilis, le diabète, quelques maladies infectieuses et quelques intoxications; les anosmies de cause locale sont non seulement la conséquence d'une lésion de la muqueuse olfactive, mais encore peuvent être dues à un obstacle mécanique de la respiration; à la suite d'applications de certaines substances médicamenteuses, on peut constater des troubles fonctionnels, soit hyperosmie, soit hyposmie. L'hyposmie se rencontre aussi dans les affections auriculaires. Les troubles de l'olfaction, en effet, sont très fréquents dans la sclérose de l'oreille moyenne et toujours plus marqués que dans les suppurations; dans les otites suppurées les altérations de l'odorat sont d'ailleurs moins fréquentes que dans les otites scléreuses. On ne peut tirer aucune conclusion en ce qui concerne les otites internes, car, dans les deux observations seulement qui ont été relevées, il y avait en même temps de la sclérose de l'oreille moyenne constatable à l'examen objectif. Cette coexistence de troubles auditifs et de troubles olfactifs peut démontrer parfois l'origine nasale de l'affection auriculaire, à moins que, dans quelques cas, troubles auditifs et troubles olfactifs ne soient l'expression d'un trouble trophique.

Il existe un certain nombre de péritonites tuberculeuses dont l'évolution se fait du côté du péritoine pelvien et avec son maître Condamin, M. Daclin établit que cette évolution est influencée manifestement par les conditions de déclivité du cul-de-sac de Douglas. Dans ces pelvi-péritonites tuberculeuses il est fréquent de rencontrer des lésions primitives ou secondaires des annexes. La laparotomie, méthode de choix dans le traitement des péritonites tuberculeuses rencontre de grandes difficultés d'exécution dans les formes pelviennes, en raison des adhérences intestinales. Pour ces raisons, la laparotomie vaginale avec ou sans ablation d'annexes, paraît la méthode de choix, puisque presque toujours la collection fait saillie vers legin. Elle expose moins que la laparotomie ordinaire à de la généralisation à l'ensemble du péritoine, puisqu'on ménage les adhérences cloisonnantes qui circonscrivent le foyer en haut.

Les cas de guérison spontanée des fistules recto-vaginales sont excessivement rares, et ne peuvent être obtenus en particulier pour les fistules anciennes à large orifice et à bords fibreux, généralement consécutives à une déchirure du périnée. Les innombrables variétés d'opérations proposées pour la cure de ces fistules montrent bien la difficulté de leur restauration. Les méthodes anciennes, le procédé de Jobert, le procédé américain, celui de Richet, sont trop souvent infidèles pour être conservés. Les méthodes actuelles, celles de Sänger, de Fritsch, de Le Dentu, de Segond sont plus sûres, mais d'une application souvent délicate et difficile. Au total, M. B. Fabre pense que la méthode proposée par M. Condamin, et qui consiste dans le dédoublement de la paroi recto-vaginale et l'interposition de masses musculaires entre les deux orifices de la fistule, paraît être la méthode de choix dans les fistules consécutives à une ancienne déchirure du périnée.

Dans les cas non justiciables de la salpingotomie ou de l'oophoro-salpingectomie et avant de recourir à une opération plus radicale telle que l'hystérectomie vaginale, il paraît rationnel à M. Manouélidès de s'adresser dans certains cas au procé dédécrit par M. Condamin sous le nom de salpingo-ovariotripsie. Ce procédé consiste dans le broiement et le morcellement par la voie vaginale des annexes trop adhérentes pour être pédiculisées et enlevées en totalité. La salpingotripsie doit être jugée suivant sa juste valeur; elle n'est en réalité qu'une opération atypique, un procédé de nécessité applicable dans certains cas seulement; mais elle a l'immense avantage d'être une opération conservatrice, qui a pu plusieurs fois épargner à des malades encore jeunes les inconvénients de la castration totale laquelle ne doit être pratiquée que dans les cas complexes où toute intervention conservatrice a échoué.

Les résultats de la salpingotripsie, quoique un peu trop récents pour qu'on puisse porter actuellement sur cette méthode une appréciation définitive, paraissent encourageants et dignes d'attirer l'attention des gynécologistes conservateurs.

Il existe chez la femme, en dehors des incontinences d'urine d'origine nerveuse, une incontinence vraie et essentielle d'origine mécanique ou musculaire. Elle est due au relâchement des tissus et des sphincters à la suite d'accouchements longs et laborieux — à la dilatation chirurgicale, mécanique ou pathologique de l'urèthre ou du col vésical — à l'oblitération d'une fistule vésico-vaginale, à la cystocèle, à l'uréthrocèle : ces diverses causes produisant une déformation du sphincter, qui l'empêche, partiellement ou totalement, de jouer son rôle d'appareil de fermeture — enfin à des malformations congénitales. Le traitement médical, principalement l'électricité, peut guérir certaines variétés de cette incontinence. Le traitement chirurgical s'adressera à certains cas rebelles au traitement médical, et parfois aussi, d'emblée, aux malades qui réclameront avec instance une opération sans vouloir se soumettre préalablement aux aléas du traitement médical. Le choix des procédés dépendra des cas et sera dicté par la pathogénie de cette variété. Mais d'une façon générale, M. Guigues admet que le procédé de Pousson, combinaison des procédés de Duret et de Gersuny, donne des succès dans l'immense majorité des cas.

D'après les observations que publie M. Smedovsky, on doit accepter l'existence des complications du côté de l'urèthre et surtout des rétrécissements qui surviennent ou réapparaissent plusieurs années après une fracture du bassin. Ces rétrécissements ont une marche très lente. Ils mettent quelquefois quarante ans et plus pour que leur évolution soit complète. Leur pronostic est très bénin, comparé aux complications qui surviennent immédiatement après la fracture, toujours très grave et souvent mortel.

On peut diviser ces rétrécissements tardifs en deux classes : 1° Rétrécissements dus à une simple déviation ou compression de l'urèthre par un fragment déplacé; 2° Rétrécissements consécutifs à un travail de sclérose dans le tissu préuréthral, sclérose qui est due à la compression de l'urèthre par un fragment du bassin fracturé, aux tiraillements de l'urèthre par l'aponévrose moyenne, à la résorption du liquide séro-sanguinolent produit par la contusion du canal, et enfin, comme cause, on peut invoquer aussi une infection secondaire, consécutive à la formation d'un abcès dans le tissu préuréthral.

Les rétrécissements dus à une déviation ou compression de l'urèthre sont justiciables de la dilatation progressive avec bougies armées, si le passage de la bougie est possible. Si la dilatation est impossible, l'uréthrotomie externe avec conducteur ou l'uréthrotomie interne sont indiquées.

La deuxième variété des rétrécissements doit être traitée par l'uréthrotomie interne ou l'uréthrotomie externe avec la section de la portion rétrécie du canal. M. Gangolphe donne la préférence à cette dernière opération.

Dans les cas où le rétrécissement est infranchissable, le cathétérisme rétrograde avec la sonde de Guyon semble seul indiqué. Le rétablissement du canal par la seule voie périnéale est une mauvaise opération, parce que, les rapports anatomiques de l'urèthre étant complètement changés, il est difficile de trouver le bout postérieur du canal si celui-ci est déchiré.

La cystite tuberculeuse de l'enfant, surtout dans les formes dites primitives, paraît rare, si on ne considère que les observations qui en sont publiées, mais, d'après M. L. Armandon, est plus fréquente qu'on ne le croit, quand on connaît les signes par lesquels elle se révèle et qui diffèrent sensiblement de ceux qu'on observe chez l'adulte.

La symptomatologie de cette affection chez les enfants est en quelque sorte très écourtée : pas de grandes douleurs en général, pas d'hématuries; ce qu'on observe chez eux le plus communément, c'est :

1° De l'incontinence, incontinence fausse qui traduit simplement une pollakiurie extrêmement marquée et des besoins tellement impérieux que le petit malade ne peut y résister. Dans quelques cas on note de la rétention, due à la contracture du sphincter uréthral sous la dépendance d'une irritation produite par des ulcérations tuberculeuses du col de la vessie;

2° Des urines muco-purulentes ou purulentes.

Vu la pauvreté des signes cliniques, le diagnostic visera donc surtout :

L'étude attentive des symptômes présentés par les enfants qualifiés de simples pisseurs au lits;

2° La recherche du bacille de Koch dans l'urine et l'inoculation de l'urine.

Le pronostic paraît relativement favorable ici, comme d'ailleurs dans les cas de plusieurs tuberculoses locales auxquelles le jeune âge donne en général plus de chances de guérison que chez les sujets un peu vieux déjà.

L'évolution heureuse de l'affection dépend ici, du reste comme chez l'adulte, du bon état général du sujet et de la localisation de la tuberculose à la seule vessie sans que le rein, par exemple, soit frappé en même temps. Chez l'enfant, du reste, il y a cette condition favorable tenant à l'absence physiologique et à l'état rudimentaire de la prostate et du testicule : c'est que la tuberculose reste urinaire et ne devient pas génito-urinaire. Il serait exempt par conséquent des abcès tuberculeux de la prostate et du testicule et de toutes les complications qui s'y rattachent.

La modification apportée par M. Condamin au manuel opératoire de la néphrectomie transpéritonéale et étudiée par M. Boccard consiste essentiellement à adosser, à l'aide de pinces hémostatiques, les deux feuillets du péritoine, aussitôt leur incision pratiquée. Elle permet l'exploration directe et préalable, c'est-à-dire anténéphrectomique de la tumeur et de l'autre rein. Cet isolement primitif de la séreuse constitue une amélioration sensible du procédé de M. le professeur Terrier, en gardant le péritoine de l'infection dès le début de l'intervention. Ces avantages, joints à la commodité de la décortication et de la facilité de la ligature du pédicule faite à vue, réalisent un progrès dont doit bénéficier la néphrectomie tanspéritonéale comme traitement de l'hydronéphrose.

Dans le traitement de l'hypospadias il faut, suivant le principe des opérations successives établi par M. le professeur Duplay, envisager à part et successivement : A. La libération de la verge; B. La reconstitution de l'urèthre balanique. C. La reconstitution de l'urèthre pénien. D. Le raccord de l'urèthre artificiel avec l'urèthre naturel.

La reconstitution de l'urèthre pénien a toujours été considérée comme la partie capitale et la plus difficile de l'opération, aussi comporte-t-elle un grand nombre de méthodes que M. Reure classe en trois groupes principaux : méthodes à lambeau scrotal; méthodes à lambeau pénien; greffes suivant la méthode italienne.

Toutes ces méthodes ont le défaut commun d'exposer au sphacèle des lambeaux et à la désunion des sutures, d'où leur échec assez souvent total, presque toujours partiel, et la nécessité, même dans les cas favorables, de faire ordinairement plusieurs interventions complémentaires.

La méthode sous-cutanée, avec greffe autoplastique. consistant à créer un canal sous-cutané qu'on tapisse à son intérieur avec une greffe autoplastique taillée suivant la méthode de M. Ollier, permet d'arriver efficacement au résultat cherché sans compromettre la vitalité et l'intégrité des tissus voisins. L'application de cette méthode, faite par M. Nové-Josserand, montre en effet que le canal ainsi obtenu persiste et conserve un calibre suffisant, qu'il est donc possible de reconstituer l'urèthre sans lambeaux et sans sutures et de simplifier beaucoup le temps le plus difficile de l'opération de l'hypospadias.

Le prognathisme acquis et dû soit à des lésions localisées au maxillaire inférieur (gigantisme, acromégalie partielle, hypertrophie apparente dans les cas d'atrophie du maxillaire supérieur), soit à des lésions diffuses du squelette, peut déterminer des troubles de la parole et de la mastication, assez graves pour nécessiter une intervention chirurgicale. Les moyens orthopédique, sont, en effet, inutiles ou insuffisants.

La résection des condyles du maxillaire, ainsi qu'il ressort des constatations sur le cadavre et des résultats cliniques observés chez un malade observé par M. Berger, est la seule méthode capable de pallier à ces accidents, ou même de les supprimer tout à fait. La résection unilatérale d'un condyle suffit pour ramener en arrière la mâchoire proéminente, en causant une dissymétrie faciale négligeable. Le danger d'ankylose est alors à peu près nul. La résection ultérieure de l'autre condyle pourrait être indiquée après rétablissement des mouvements, si la difformité persistait en quelque mesure, ou tendait à se reproduire, du fait même de la marche des lésions. La résection double en deux temps se recommande d'autre part pour éviter l'ankylose.

Dans les résections du maxillaire inférieur, la blessure du facial étant toujours à redouter, on aura plus de chances de l'éviter par une incision oblique au niveau du condyle, et par la trépanation et l'égrugement sous-capsulaire de ce condyle.

M. Nedeltcheff a observé dans le service de M. Poncet un cas d'acné éléphantiasique du nez accompagnée de la production de grosses masses cartilagineuses. De l'examen histologique fait par M. Dor, chef du laboratoire de la clinique, il résulte que ces masses ne sont pas du tissu chondromateux vrai, mais qu'il s'agit de formations chondroïdes comparables à celles que l'on rencontre dans un grand nombre de lésions inflammatoires (anévrysmes, hydrocèles, hématocèles, kystes). Néanmoins, comme l'affection était cliniquement assez différente des acnés éléphantiasiques habituelles, il semble qu'il y ait lieu de créer, pour des cas semblables, une dénomination particulière et l'auteur propose de la désigner sous le nom de : *éléphantiasis chondromateuse du nez*. Cette variété du chondrome du nez mérite bien une description à part.

L'auteur n'a trouvé dans la littérature chirurgicale aucune observation semblable et l'ablation de la tumeur est de date trop récente pour que nous puissions être fixé sur le pronostic.

L'hépatite suppurée contractée dans nos climats, ou hépatite nostras, n'est pas, pour M. H. Jourdan, une rareté pathologique. A Marseille, notamment, elle est assez fréquente, plus fréquemment observée, même, que l'hépatite des pays chauds. L'hépatite suppurée nostras est moins souvent que celle des pays chauds consécutive à la dysenterie. Elle est loin de suivre toujours une marche classique. Plus fréquemment que celle des pays chauds elle est restée ignorée. Dans plus de la moitié des cas, l'abcès est unique. Le nombre des foyers n'est nullement en rapport avec la nature dysentérique de l'affection. L'existence d'une dysenterie n'est donc pas une présomption en faveur de la multiplicité des foyers purulents, comme on l'a parfois constaté dans les hépatites des pays chauds.

Les nombreux cas d'hépatite nostras restés ignorés montrent une fois de plus la difficulté de leur diagnostic et la nécessité de leur recherche minutieuse, recherche que ne devra pas interrompre la notion donnée par le malade qu'il n'a jamais habité les pays chauds. C'est dans ces cas douteux que la ponction exploratrice sera d'un grand secours, en permettant d'établir un diagnostic précoce, et de donner à l'intervention chirurgicale les meilleures chances de succès.

A côté des abcès gazeux siégeant au voisinage des orifices des cavités naturelles, de l'intestin, de la bouche etc., il existe une variété particulière d'abcès gazeux également indépendants de tout sphacèle progressif et envahissant des tissus.

M. A. Bonnand a eu l'occasion d'observer un fait remarquable de ce genre à la clinique de M. Poncet, bien étudié par M. Gayet alors interne du service, et cette observation a été le point de départ de sa thèse. Il a recueilli dix observations semblables dans la littérature chirurgicale. Le siège de l'abcès était fort variable, tantôt à la face, tantôt à la poitrine, au sacrum, etc. C'est sous l'influence de microorganismes gazogènes qu'il faut expliquer l'apparition de gaz au sein de ces collections purulentes. C'est la seule interprétation qui paraisse plausible dans l'état actuel de la science. La formation de gaz doit être attribuée au streptocoque variant ses propriétés avec ses différentes méta-

morphoses ou bien à l'influence d'un bacille ou d'une classe de bacilles spéciaux. Mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour trancher définitivement la question.

La présence des gaz dans ces abcès ne constitue pas un élément d'aggravation du pronostic, car, dans les huit observations que l'auteur a recueillies, on ne voit que celle de Bund signaler la mort du malade. C'est donc une complication locale bénigne qui ne modifie pas les caractères et le pronostic d'un abcès.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Sur la phagolyse dans la cavité péritonéale, par G. Pierallini (*Ann. de l'Institut Pasteur,* avril 1897, p. 308). — Si l'on injecte dans le péritoine d'un cobaye neuf 3 centim. cubes d'une émulsion de culture de choléra additionnée de sérum préventif, les microbes présentent le phénomène de Pfeiffer, et en outre les leucocytes disparaissent pendant quelque temps (phagolyse de Metchnikoff) du liquide péritonéal. Si le cobaye a été préparé sur le procédé d'Issaeff, au moyen de l'injection intra-péritonéale, faite 24 heures auparavant, d'un liquide tel que le bouillon, l'eau salée, etc., il n'en est pas ainsi : la résistance des cellules est plus forte, on peut réaliser une phagocytose beaucoup plus intense et une distinction de leucocytes bien plus faible.

Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde, par A. Besson (*Revue de médecine,* juin 1897, p. 405). — Chez 33 typhiques, l'urine a été examinée bactériologiquement.

Elle est restée stérile dans 9 cas où l'albuminurie faisait défaut, dans 11 cas où l'albuminurie était légère, dans 7 cas où elle était abondante. Le bacille d'Eberth existait dans 1 cas où l'albuminurie était légère et dans 5 cas où elle était abondante. Le bacille a disparu de l'urine en même temps que l'albumine.

Chez 18 sujets dont plusieurs présentaient des hémorrhagies, des phlébites, le bacille d'Eberth n'a pas été rencontré dans le sang de la circulation générale. Le sang prélevé au niveau des taches rosées chez 19 malades n'a donné qu'une fois, sur 54 ensemencements, le bacille d'Eberth.

Sur 10 malades atteints d'angine, 6 fois le bacille d'Eberth a été trouvé dans les amygdales; dans un de ces cas il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse.

Le bacille d'Eberth existait 6 fois dans des suppurations concernant une méningite (avec association de streptocoque), une péricardite, une adénite sous-maxillaire, un abcès sous-péritonéal et deux pleurésies. Les staphylocoques se trouvaient dans 34 suppurations, le streptocoque dans 3 érysipèles et 2 suppurations, le colibacille dans une méningite et une métrite, enfin dans le sang d'un malade la veille de la mort.

Des recherches faites sur l'urine et les angines, résulte cette déduction pratique qu'il importe de désinfecter l'urine et les crachats des typhoïdiques.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi de l'extrait aqueux de capsules surrénales en ophthalmologie,

D'après M. le Dr A. Barraud.

En 1896, Bates, de New-York, signalait dans le *New York med. Journ.* les propriétés vaso-constrictives remarquables que possédait l'extrait aqueux de capsules surrénales employé en instillation sur la conjonctive. Il faisait en outre prévoir les nombreuses applications que pouvait avoir en oculistique l'utilisation de cette propriété remarquable. Il signalait enfin un certain nombre de faits expérimentaux et cliniques, d'où on pouvait conclure que l'extrait aqueux surrénal était pour les opérations pratiquées sur l'œil un hémostatique *idéal.* Ces expériences reprises par M. L. Dor (de Lyon) aboutirent aux mêmes conclusions. Nous avions déjà indiqué ailleurs (*Rev. gén. des sc. pures et appliquées*, 31 décembre 1896), tout le bénéfice que pouvait retirer la thérapeutique oculaire de ce nouvel agent d'hémostase, lorsque parut l'intéressant travail de M. le Dr Barraud (1), élève de M. L. Dor, qui nous donne l'occasion de revenir de nouveau sur la technique et les indications de l'emploi de l'extrait capsulaire en ophthalmologie.

On utilise les capsules du mouton; après les avoir débarrassées de leur graisse et les avoir finement hachées, on les met dans l'eau bouillante jusqu'à réduction. Le résidu est desséché et pulvérisé et conservé à l'abri de la lumière. La poudre ainsi obtenue est additionnée d'eau froide, filtrée sur papier et évaporée à siccité dans une étuve à 110°. On prépare avec le produit de l'évaporation une solution dans un volume égal d'eau stérilisée, autant que possible au moment de s'en servir, les solutions s'altérant avec une grande rapidité.

Plus simplement, on peut hacher simplement les organes, les dessécher à 110°-120°; pulvériser le résidu dans un mortier stérilisé et se servir d'une solution au quart, filtrée sur coton de verre.

On peut encore préparer un extrait par macération et stériliser à l'autoclave D'Arsonval. Nous préférons les autres procédés comme plus certains et capables de donner une préparation plus constante en résultats mieux comparables. En outre, la stérilisation par la chaleur ne laisse aucun doute au chirurgien, et on peut la pratiquer avec d'autant plus de sécurité que P. Langlois a démontré que l'extrait surrénal ne perdait ses propriétés qu'au delà de 128°.

Quoi qu'il en soit, la solution surrénale instillée dans l'œil à la dose d'une goutte produit au bout de 30 à 40 secondes une vaso-constriction énergique de la conjonctive. Après quelques minutes, l'anémiation est devenue complète et est quelquefois assez forte pour rendre la muqueuse d'une pâleur livide. Le phénomène persiste 15 à 20 minutes et, ce temps écoulé, les vaisseaux reprennent leur aspect antérieur, sans présenter de vaso-dilatation compensatrice.

Cette propriété astringente est particulièrement remarquable lorsque la conjonctive est enflammée : en quelques minutes, douleur et rougeur ont complètement disparu; l'œil paraît sain; malheureusement cette action est éphémère. Ajoutons que l'instillation n'est pas douloureuse et qu'elle rend possible l'anesthésie par la cocaïne, même lorsque la congestion de l'œil gêne les effets de cet alcaloïde. L. Dor, Deschamps (de Grenoble), Darier, ont pu ainsi pratiquer, grâce à la combinaison des deux collyres, des opérations qui auraient nécessité l'anesthésie générale. Enfin rappelons que l'extrait surrénal jouit de propriétés hémostatiques qui, pour n'en donner qu'un exemple, ont permis dans un cas à L. Dor d'arrêter une hémorrhagie, incoercible par les moyens habituels, survenue au cours de l'extirpation d'un angiome de la caroncule.

En résumé, l'extrait aqueux capsulaire trouve son application :

1° Dans les conjonctivites, les kérato-conjonctivites, les kératites vasculaires, l'épisclérite, le glaucome, au moins à titre d'adjuvant à la médication habituelle.

2° Dans les cas où l'inflammation extrême des tissus, la congestion intense des milieux de l'œil, limite l'action de la cocaïne, qui retrouve son pouvoir analgésique grâce à l'ischémie préalable produite par l'extrait surrénal.

3° Enfin, toutes les fois qu'il y a lieu, au cours d'une intervention chirurgicale sur l'œil, de craindre une hémorrhagie, agissant soit comme préventif, soit comme agent radical d'hémostase.

G. Maurange.

1. A. Barraud, Etude de la vaso-constriction produite par l'application locale de l'extrait aqueux de capsules surrénales (Thèse de Lyon, 1896-1897, n° 69).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Morphine.

Généralités. — La morphine est de tous les médicaments hypodermiques celui dont on use et abuse le plus. Il n'est pas un praticien qui n'ait recours à la piqûre de morphine, souvent dans les éventualités les plus diverses.

C'est assurément à cet emploi immodéré et fréquemment inopportun de cet alcaloïde de l'opium qu'il faut faire remonter l'origine de la diffusion véritablement excessive de la morphinomanie. Presque toujours le médecin a une part de responsabilité dans la genèse d'une passion dont le terme, il faut y penser, est l'internement. La vérité de cette proposition peut être aisément établie par l'examen des cas qui nous entourent et qui sont, surtout à Paris, malheureusement trop nombreux. Le praticien n'a qu'un moyen de dégager sa responsabilité, c'est de suivre rigoureusement les règles suivantes :

1° Limiter l'usage de la piqûre de morphine aux cas où elle est strictement indiquée.

2° Faire toujours lui-même les injections ; en d'autres termes, ne laisser jamais entre les mains des malades ou de l'entourage ni la seringue hypodermique, ni la solution.

Ces règles méritent quelques commentaires :

1° Tout d'abord les indications de la morphine sont très précises et beaucoup moins vastes qu'on ne le supposerait. Le praticien doit les avoir présentes à la mémoire ; nous allons tâcher de les résumer aussi brièvement que possible.

a) *Névralgies*. — Les douleurs névralgiques des cancéreux, spécialement des cancéreux récidivants et inopérables, la névralgie intercostale (sans négliger le traitement étiologique).

Toutes les autres névralgies, spécialement la névralgie trifaciale, la névralgie pelvienne, ne sont qu'exceptionnellement influencées par la morphine : on ne doit donc y avoir recours qu'après avoir usé de tous les autres moyens et simplement à titre accidentel.

b) *Dyspnée*. — D'après M. Huchard, la dyspnée, quelle qu'en soit la cause, serait justiciable de l'injection de morphine. Le précepte doit être entendu : en l'absence de toute complication inflammatoire du côté de l'appareil respiratoire. Dans la congestion pulmonaire, la pneumonie, on s'exposerait au collapsus.

D'une façon générale, on peut dire que la piqûre de morphine est plus indiquée chez les aortiques que chez les mitraux ; elle peut rendre des services chez les tachycardiques, les arythmiques. Elle sera employée dans les affections spasmodiques des bronches ou du larynx. Citons également son action dans l'œsophagisme.

c) *Coliques*. — C'est l'une des principales indications thérapeutiques de la morphine : elle combat très efficacement le péristaltisme et l'antipéristaltisme douloureux, aussi l'a-t-on utilisée contre la diarrhée, la cholérine, et elle *immobilise* l'intestin. A ce titre, elle convient dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen et lorsqu'on doit transporter des blessés ou des malades ayant à subir une opération sur l'intestin, l'appendice, le péritoine. Elle trouve son application après les grandes interventions abdominales (laparotomie).

Par extension, elle est utilisée efficacement contre l'entéralgie, les douleurs de la péritonite, le péritonisme.

Dans les coliques hépatiques et néphrétiques elle constitue un puissant moyen de soulagement, mais il est nécessaire, dans ces cas, de lui associer l'atropine.

d) *Intoxications*. — La piqûre de morphine est indiquée dans l'empoisonnement par :

α) L'atropine ;
β) La quinine ;
γ) La caféine.

Nous pouvons ajouter l'intoxication par l'alcool, lorsqu'elle se traduit par les accidents connus sous le nom de *delirium tremens*.

e) *Anesthésie*. — Nussbaum et Cl. Bernard ont démontré que l'injection de morphine faite *avant* la narcose chloroformique facilitait singulièrement l'anesthésie, et *pendant* la narcose, la prolongeait.

Cette propriété a été utilisée par plusieurs physiologistes et chirurgiens. Nous-même, dans le procédé d'anesthésie mixte que nous avons proposé en 1891 avec P. Langlois, et dont une expérience de 6 années reposant sur plusieurs centaines de cas nous permet d'affirmer la valeur, nous avons associé dans nos chloroformisations la morphine à la spartéine, et nous réduisons ainsi au minimum la quantité nécessaire de l'anesthésique.

La morphine peut donc être employée avant la narcose chloroformique ; elle doit l'être lorsqu'on doit faire une opération sur le cerveau (trépanation).

A côté de ces indications qui se peuvent aisément grouper sous ces cinq chapitres, il existe de nombreuses contre-indications.

Chez l'enfant, par exemple, la morphine doit être rigoureusement proscrite. *Chez la femme*, elle ne sera jamais employée en dehors des indications que nous avons posées. Elle ne sera pas prescrite comme hypnotique, car à la dose habituelle, elle fait rarement dormir. Elle demeure sans effet contre les douleurs du rhumatisme articulaire aigu, de l'accès de goutte, des crises fulgurantes du tabes, de la méningite, de la neurasthénie, de l'hystéro-épilepsie (contractures), de la chlorose, des lésions médullaires, etc. Elle est dangereuse dans toutes les maladies à forme adynamique. Mais elle doit être surtout évitée avec le plus grand soin chez toutes les catégories de névropathes, chez les cérébraux : il ne faut, sous aucun prétexte, consentir à leur faire même une seule piqûre.

2° Une des sources les plus ordinaires de la morphinomanie est la faculté laissée par le médecin au malade, ou à son entourage, de pratiquer les injections. Excepté dans le cas où il s'agit d'un cancéreux inopérable, le praticien qui met une seringue entre les mains d'un client ou de sa famille est coupable, professionnellement et socialement. Professionnellement, parce qu'il expose son malade à des accidents, toujours possibles de la part de tiers inexpérimentés (abcès, erreurs de dose, etc.) Socialement, parce qu'il lui donne la facilité de succomber à une tentation dont ne saura le défendre la faiblesse des parents, des amis ou des gardes, qui se font trop aisément les complices de celui dont ils croient seulement soulager la souffrance.

Dans cette prophylaxie de la morphinomanie, on ne saurait être trop radical : aussi n'hésitons-nous pas à conseiller au praticien de ne pas même laisser chez le client la solution dont il s'est servi. Le mieux serait que le médecin ait dans sa trousse le liquide nécessaire à l'injection. Mais cette obligation pourrait paraître excessive ; il faut alors prescrire la plus petite dose possible (5 centimètres cubes), et, les injections faites, emporter le flacon, ou tout au moins en jeter le contenu et effacer le numéro inscrit par le pharmacien. Ce n'est pas une précaution inutile. On a beau inscrire sur l'ordonnance, comme il est recommandé : « La présente prescription ne doit pas être renouvelée », les pharmaciens, à tort sans doute, délivrent fréquemment, sur la présentation du flacon, une solution semblable à celle qu'il a contenu. Nous savons bien que ce sont là de minces obstacles, aisés à surmonter en y mettant le prix, mais ils peuvent suffire, surtout au début, à empêcher la réitération des piqûres.

Au surplus, le médecin qui a le sentiment du devoir professionnel trouvera-t-il encore d'autres moyens en harmonie avec les milieux et les individus ; il ne négligera rien pour mettre sa conscience à l'abri de tout reproche.

En dehors du médecin, il y a encore la question du pharmacien. Sans entrer dans de trop grands développements, nous savons qu'il existe une foule d'ordonnances, de règlements à ce sujet : mais c'est lettre morte. Les officines ne manquent point où l'on délivre de la morphine à discrétion. A supposer même qu'elles n'existent pas, rien de plus facile à se procurer que le précieux alcaloïde : votre pharmacien, qui est honnête, vous en refuse 5 centigrammes sans ordonnance ; vous vous présentez chez un marchand de produits chimiques qui vous en délivre, très honnêtement, un demi-kilo sans vous demander la moindre justification. Et cette anomalie singulière se retrouve pour nombre d'autres produits : il serait à désirer qu'il fût établi une réglementation plus étroite et qu'on limitât davantage le droit à l'intoxication : la santé publique y est intéressée.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Gangrène spontanée (p. 901).

REVUE DES CONGRÈS. — *XII° Congrès international de médecine :* Echidno-vaccin. — Clavelée (p. 902). — Excitation vasomotrice. — Amygdalites. — Sérum antistreptococcique. — Dyspepsie névropathique. — Endocardite blennorrhagique. — Gastroscopie (p. 903). — Myofibrose du cœur. — Sang dans le diabète. — Pneumonie. — Fièvre récurrente. — Coqueluche. — Le vêtement des femmes et la position de leur estomac. — Grossesse extra-utérine. — Gastrites (p. 904). — Chirurgie de l'estomac. — Formes de suture. — Végétations adénoïdes. — Prostatectomie. — Laparotomie secondaire (p. 905). — Syringomyélie. — Lèpre (p. 906). — Pelade. — Syphilis. — Exploration externe (p. 907). — Septicémie puerpérale. — Mécanisme de l'engagement. — Position à la Walcher. — Symphyséotomie (p. 908). — Présentations occipito-postérieures (p. 909).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Laparotomie pour plaies de l'abdomen. — Accidents de la dent de sagesse. — Rein flottant (p. 909).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Russie. *Société de Moscou :* Sclérose en plaques (p. 909). — Psoriasis. — Erythodermie. — Prolapsus de l muqueuse uréthrale. — Bactériurie. — Sérodiagnostic. — Tuberculose congénitale. — Doigts en baguettes de tambour. — Diphthérie oculaire. — Réaction d'Ehrlich (p. 910). — Kyste hydatique de l'orbite. — Plaie du foie. — *Société médicale de Kief :* Septicémie aiguë. — Tuberculose de l'utérus. — Sérum antistreptococcique (p. 911).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Mutisme hystérique. — Œdème hystérique. — Digestion gastrique. — Rein cardiaque. — Prophylaxie de l'alcoolisme. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Développement de la tête (p. 912).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur la gangrène spontanée,

D'après une communication au *Congrès de médecine de Moscou*

Par M. le Dr Jacques Munk (Hongrie).

L'on sait que l'on distingue d'ordinaire deux sortes de gangrène. D'une part la gangrène traumatique; d'autre part la gangrène spontanée, celle-ci étant produite par des causes internes non encore définies.

Depuis que Maurice Raynaud a désigné cette gangrène spontanée sous le nom de gangrène symétrique, à cause de ses tendances à envahir les parties symétriques du corps, l'on se sert d'ordinaire de ce synonyme, mais la nature intime de l'affection n'a pas encore été déterminée.

Il est vrai que Raynaud, — grâce à sa monographie de l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités — a eu le mérite d'attirer notre attention sur cette affection relativement rare. Depuis cette époque, cette affection a fait l'objet de nombreuses communications, soit dans les congrès, soit dans différentes sociétés médicales, et de nombreuses observations ont été publiées. Malgré cela l'étiologie de cette maladie énigmatique n'est pas encore élucidée.

C'est pour cette raison surtout que je me permets de remettre aujourd'hui sur le tapis ce sujet si souvent traité, mais il y a une autre raison encore à cette communication. J'ai eu, en effet, l'occasion d'observer récemment un cas de gangrène spontanée, le premier depuis une pratique de vingt-cinq ans, cas très intéressant, qui ne semble pas avoir de précédent dans la littérature médicale. Il est possible, d'ailleurs, que ma communication puisse soulever une discussion de laquelle résultera la solution de la pathogénie de la gangrène symétrique, solution qui intéresse le monde médical depuis le début du siècle, et que semblent pouvoir résoudre plus facilement aujourd'hui nos connaissances en bactériologie. Si nous essayons de résumer les théories qui se sont fait jour dans notre siècle sur la nature de la gangrène spontanée, nous pouvons les ranger en deux groupes principaux. Les unes rapportent la gangrène spontanée à des altérations pathologiques du système vasculaire : les autres attribuent cette maladie à une altération du système nerveux. Les partisans de la première théorie regardent tantôt le cœur, tantôt les artères, tantôt les veines, tantôt même les capillaires comme le siège des altérations. Les partisans de la théorie nerveuse, de même, admettent tantôt des altérations du système nerveux central, tantôt des lésions des nerfs périphériques, quelques auteurs même invoquent des lésions du sympathique. C'est Dupuytren le premier qui, au commencement du siècle, attribua la gangrène spontanée à une artérite, et quelques chirurgiens admettent que cette gangrène est réductible à l'athérome des artères.

Quoique la théorie vasculaire ne soit plus guère en honneur actuellement, puisqu'on peut rencontrer la gangrène spontanée sans traces de lésions vasculaires, il est cependant encore des auteurs qui admettent un spasme vasculaire, spasme artériel, suivant les uns, spasme veineux suivant les autres et surtout suivant Weiss.

La théorie nerveuse date de Virchow qui le premier considéra la gangrène spontanée comme une névrose. Et Bergmann, partant de là, regarde un certain nombre de cas de gangrène spontanée comme une lèpre nerveuse.

Il est remarquable que toutes les théories que nous venons de citer rapidement ont trouvé des défenseurs : seule la théorie de Billroth, défendue à la Société médicale Impériale Royale de Vienne en 1879, sur la possibilité de l'origine toxique de la gangrène spontanée (par exemple par l'action de venin des serpents) n'a pas trouvé d'adeptes. Et pourtant combien les vues de Billroth étaient prophétiques, puisqu'on connaît aujourd'hui nombre de cas de gangrène spontanée ayant succédé à des maladies infectieuses aiguës !

Je rappelle seulement ici le cas de Pétri ; Richard a signalé deux faits consécutifs de fièvre typhoïde. Dans mon observation personnelle, la gangrène spontanée a suivi de près l'évolution de la rougeole.

Il semble donc que Billroth ait été le plus près de la vérité en affirmant, il y a presque 20 ans de cela déjà, que les bactéries pouvaient dans certaines circonstances élaborer des poisons (que nous appelons aujourd'hui toxines). Ces toxines sont comme actives, fort semblables à l'action du venin des serpents et tuent les tissus.

Billroth étaye son opinion sur les recherches de Frisch et dit ceci : « Quand on inocule dans la cornée un liquide contenant des microbes, il se produit au niveau du point inoculé une figure étoilée qui représente une colonie bactérienne en voie de développement, mais tantôt la végétation microbienne cesse rapidement et est éliminée ; la petite ulcération qui reste guérit rapidement, et au bout de 15 jours, la cornée est aussi transparente qu'auparavant. Tantôt au contraire, la cornée se trouble après le développement de la figure étoilée et meurt. »

Cette nécrose rapide tient sans doute à la production d'un poison, qui se forme dans certaines conditions, poison analogue au venin des serpents qui mortifie les tissus, et Billroth conclut : Il faut admettre qu'il existe deux sortes de microbes, dont les uns produisent des toxines, les autres pas. La différence réside dans la production, dans le premier cas d'une substance particulière.

Et maintenant, Messieurs, permettez-moi de vous poser cette question : n'est-il donc pas permis d'admettre que l'asphyxie locale des extrémités avec gangrène rapide, qui se développe souvent si rapidement, puisse être produite par une toxine non encore déterminée?

Permettez-moi, en terminant, de vous rapporter un peu longuement le cas de gangrène spontanée que j'ai eu l'occasion d'observer.

Observations. — Eugène K..., né le 22 mai 1894 de parents bien portants, a été lui-même bien portant jusqu'à l'époque de la dentition. Pendant la dentition l'enfant a présenté de l'éclampsie violente; consécutivement il eut beaucoup de peine à apprendre à parler, et ce n'est que dans la troisième année qu'il put marcher sans soutien. A part cela il était bien portant et bien développé.

Au commencement du mois d'avril de cette année l'enfant eut une rougeole grave au cours d'une épidémie qui frappa les environs et n'épargna aucun enfant. A la suite de cette rougeole le petit malade eut une pneumonie catarrhale droite dont il guérit complètement. Même, après cette maladie la parole semblait être plus facile qu'avant. Le 20 avril il paraissait aux parents que le petit malade avait été agité pendant la nuit et le lendemain l'enfant se plaignit de douleurs dans la main gauche. En examinant attentivement cette main les parents remarquèrent une petite vésicule foncée sur le pouce. Un médecin consulté n'attacha pas une grande importance à cette indisposition et se contenta de faire désinfecter la main avec une solution de créoline. Les parents cependant étaient frappés du refroidissement progressif de cette main, et au bout de deux jours, c'est-à-dire le 23 avril, ils constatèrent à leur grande frayeur que la main gauche était tout à fait noire. Un médecin appelé en consultation, porta le diagnostic de charbon et proposa l'amputation.

Je vis pour la première fois l'enfant le 26 avril et trouvai tous les doigts de la main gauche jusqu'au métacarpe momifiés, durs, osseux et de consistance sèche. Au niveau de l'index seulement la troisième phalange et la moitié de la seconde phalange étaient momifiées, l'autre moitié du doigt était violacée et de consistance normale. Je trouvais de même sur le dos de la main et dans la paume des taches noires bleuâtres et toute la main était froide. Je ne trouvai ni le pouls radical, ni le pouls cubital. La température sous l'aisselle était normale, la digestion et le sommeil étaient troublés, l'urine ne contenait ni albumine, ni sucre, le cœur était bon, pas de troubles de la respiration, rate normale.

Après avoir désinfecté la main avec une solution de créoline à 5 p. 100, je soupoudrai les doigts momifiés avec de l'iodoforme et massai la main avec de la vaseline à l'ichthyol à 10 p. 100. Finalement je fis un pansement antiseptique. L'enfant passa une bonne nuit et mangea de bon appétit le lendemain. On continua le même traitement jusqu'au 3 mai, le 4 mai on put constater une ligne de démarcation nette, le pouls devint appréciable à la radicale et à la cubitale. Les tâches bleuâtres disparurent, le dos de la main se colora et redevint chaud en même temps qu'il était légèrement enflé. On continua encore le traitement antiseptique. Le 13 mai je désarticulais la totalité du pouce dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Le lendemain j'amputai l'annulaire tout près du métacarpe et au bout de quelques jours le petit doigt et le médius au niveau du milieu de la première phalange. J'amputai enfin l'index dans le milieu de la seconde phalange et le 12 juin je renvoyai l'enfant avec des plaies presque complètement cicatrisées. La guérison complète suivit au bout de quelques jours et l'enfant est bien portant actuellement.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

MÉDECINE

Nouveaux procédés de séparation de l'échidno-vaccin et de l'échidnase du venin de vipère.

M. Phisalix (de Paris) a démontré antérieurement que la matière vaccinante préexiste dans le venin de vipère et ne provient pas de la transformation des substances toxiques; il suffit, en effet, de filtrer sur porcelaine une solution de venin pour lui enlever ses propriétés toxiques tout en lui conservant ses propriétés vaccinantes. Puis il est arrivé au même résultat par un autre procédé qui offre certaines analogies avec la filtration, c'est-à-dire par la dialyse à travers du papier parchemin. Une solution de venin de vipère dilué à 1/5000 est versée dans un dialyseur. Au bout de 24 heures, l'eau extérieure est inoculée à un cobaye qui n'éprouve aucun symptôme d'envenimation et qui est parfaitement vacciné. On renouvelle cette eau extérieure et on recommence la même expérience 24 heures plus tard. Cette fois, l'animal inoculé avec cette eau de deuxième dialyse éprouve quelques symptômes d'envenimation et n'est pas du tout vacciné. Que conclure de ces faits, sinon que l'échidno-vaccin traverse la membrane du dialyseur plus rapidement que l'échidnase et que l'échidno-toxine? La préexistence dans le venin d'une matière vaccinante semble donc absolument démontrée et justifie la dénomination d'échidno-vaccin.

Quant à l'échidnase, il a réussi à l'isoler par plusieurs précipitations alcooliques successives. Une solution de venin est précipitée par l'alcool; le précipité est redissous dans l'eau et on ajoute de nouveau de l'alcool : nouveau précipité, et ainsi de suite. Après 3 ou 4 manipulations de ce genre, l'échidnotoxine est détruite et l'échidnase résiste; même à doses très élevées, elle ne produit aucun trouble général. Comme elle détermine des accidents locaux très analogues à ceux de la pepsine ou de la pancréatine et qu'elle est très altérable par la chaleur, le nom d'échidnase semble parfaitement légitime.

Un cas de transmission de la clavelée du mouton à l'homme.

MM. F.-J. Bosc et **Pourquier** (de Montpellier). — Un troupeau avait été signalé comme ayant cohabité avec des moutons claveleux et avait été immédiatement abattu. Ces moutons présentaient tous les signes de la santé et pas de pustules à la tête. Dès le 4 juillet 1897, une femme, tripière, se plaint à l'un de nous d'une fatigue générale et d'une éruption au niveau des deux mains et des avant-bras. Elle attribue nettement sa maladie à ce que, raclant quelques jours auparavant des pieds de mouton présentant une éruption de clavelée, elle s'est piquée au pouce gauche. Deux jours après elle voit apparaître un bouton qui augmente de volume. Huit jours plus tard il existe un véritable chancre d'inoculation, à centre surélevé, cuivré, à bords taillés à pic et décollés. Le 1er juillet, des papules se montrent tout autour et il se fait une éruption qui gagne le dos des doigts. Le lendemain cette femme observe des papules semblables sur le pouce droit. Le 4 juillet — le premier jour où nous la voyons — il existe une éruption généralisée aux mains, aux poignets et aux avant-bras, et offrant absolument tous les caractères d'une éruption de variole, à papules isolées et confluentes.

Les jours suivants, l'éruption augmente d'intensité; le dos des mains est le siège d'un gonflement très marqué, mais l'éruption n'a pas de tendance à se généraliser, et le 10 juillet elle s'atténue.

Il ressort de cette observation précise que la clavelée est transmissible du mouton à l'homme sous forme d'une éruption de variole dont, dans notre cas particulier, la propagation à la main droite s'explique par le frottement continuel des deux pouces exigé par le métier de la malade.

D'autre part, l'éruption qui existait au niveau des pieds de mouton raclés par cette femme était une éruption de clavelée typique.

On pourrait objecter que cette éruption était due non au virus claveleux, mais à une infection quelconque.

Pour être certain de notre interprétation, nous avons prélevé du liquide dans les pustules siégeant aux mains de la malade et l'avons inoculé à des agneaux. Au niveau des points d'inoculation nous avons vu apparaître des pustules de clavelée, mais plus petites que celles qui étaient produites par l'inoculation de clavelée virulente du mouton. Ces pustules ont en outre disparu sans se généraliser et sans suppurer.

Elles représentaient donc un virus atténué, de sorte que le passage de la clavelée du mouton à l'homme donne au virus claveleux des propriétés vaccinales.

M. Villain avait publié en 1884 des observations de transmission de clavelée du mouton à des hommes du marché aux bestiaux de Paris, mais sans démonstration expérimentale.

Notre cas fait la preuve complète de cette transmissibilité et nous montre deux autres faits importants : le passage de la clavelée chez l'homme peut atténuer fortement le virus; la maladie se transmet soue forme d'une éruption locale de variole typique.

On peut donc penser qu'il existe des relations entre la clavelée et la variole et si chez la femme dont il s'agit la maladie est demeurée localisée dans les environs du point d'inoculation, elle pourrait être généralisée si la porte d'entrée était différente — l'arbre aérien, par exemple — et la virulence des germes pathogènes plus grande. C'est ce qui a lieu pour la variole de l'homme inoculée sous la peau.

Sur les modifications de la composition sanguine par suite de l'excitation vasomotrice.

M. Friedländer (Wiesbaden). — Les modifications que le sang des capillaires subit par suite des excitations vasomotrices ou thermiques dépendent, en ce qui concerne les globules rouges et le poids spécifique du sang, de la distance et de la tension des vaisseaux de la peau. L'action prolongée du froid produit non seulement une anémie des parties périphériques, mais aussi une répartition modifiée des globules rouges en faveur des vaisseaux profonds. Quand le froid cesse d'agir, la réaction qui a lieu amène non seulement une répartition égale, mais surtout une hyperhémie des parties périphériques et une mobilisation des globules rouges vers ces parties, de sorte que non-seulement il y a plus de sang, mais le sang est plus riche en globules. La densité du sérum n'est pas modifiée. L'auteur plaide pour le traitement hypothermique des maladies infectieuses et surtout la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Absorption de substances étrangères par les amygdales chez l'homme; application de ce fait à l'étiologie des processus infectieux.

M. Goodale (de Massachusset). — 1° L'absorption existe normalement dans les amygdales et se fait à travers la muqueuse des cryptes.

2° Les matières absorbées suivent la voie des lymphatiques interfolliculaires contenues dans les plus grosses trabécules fibreuses.

3° Pendant le processus d'absorption, les matières étrangères subissent une action phagocytique de la part des leucocytes polynucléaires situés dans la muqueuse.

4° Normalement, des bacilles existent dans les cryptes, mais leur existence n'est pas prouvée dans le tissu tonsillaire.

D'après cela, on peut supposer que les bacilles s'introduisent continuellement dans les tissus tonsillaires, mais, au moment de leur pénétration, ils se trouvent dans des conditions telles qu'ils sont détruits.

De plus, puisqu'il n'est pas nécessaire, dans l'amygdalite lacunaire aiguë, que les bacilles pénètrent dans l'amygdale, il est possible d'attribuer l'inflammation des tissus à l'absorption, par la muqueuse, de toxines irritantes formées dans les cryptes comme dans un tube de culture.

Si, dans quelques cas, l'amygdalite aiguë peut, d'après l'hypothèse de Fränkel, succéder à une infection primaire de la muqueuse du nez, il est encore possible, d'après ces expériences, que les tonsilles soient directement infectées par les liquides de la bouche. Dans les examens histologiques (d'amygdalite traumatique) faits par Fränkel, des bacilles ont été découverts dans le tissu tonsillaire et dans les follicules eux-mêmes, régions qui détruisent les substances absorbées à travers la muqueuse, ainsi que l'auteur l'a démontré.

Résultats obtenus par le sérum antistreptococcique.

M. Denys (de Louvain). — Cet auteur rend compte des expériences qu'il a faites sur le sérum antistreptococcique et discute l'opinion de Marmorek quant à la nature du microbe streptococcique. Puis il en arrive aux applications thérapeutiques du sérum et constate que dans les péritonites post-opératoires, le sérum agit très efficacement (11 succès sur 15 cas). De même dans l'érysipèle aigu; l'érysipèle récidivant cède plus facilement et exige de plus petites doses de sérum. Dans le phlegmon, le sérum s'est très bien comporté et en 24 ou 36 heures a arrêté le processus et la suppuration en même temps qu'il faisait tomber la température. Sur 6 angines à fausses membranes, 5 furent guéries rapidement; la 6ᵉ bien plus grave céda à une deuxième injection. Dans les cas de fièvres puerpérales, le sérum montre souvent une efficacité évidente. Dans les pyémies, le sérum peut être aussi un moyen préventif qui devrait être utilisé en chirurgie.

Enfin, l'auteur termine en donnant quelques conseils sur la façon d'administrer le sérum et conclut en disant que nous sommes en droit d'espérer beaucoup du sérum antistreptococcique.

Sur la dyspepsie névropathique et sur les corrélations avec les altérations du rhythme du cœur.

M. Sansom (de Londres). — Dans la tachycardie nerveuse sans complication, toujours les manifestations dyspeptiques font défaut (46 cas). Dans la tachycardie résultant de l'influenza il n'y a eu que 5 cas de dyspepsie sur 37. Dans la tachycardie de la maladie de Basedow, on rencontre souvent des symptômes de dyspepsie grave. L'arhythmie du cœur, sans lésion organique, semble, au point de vue étiologique, se rattacher à la dyspepsie. Dans l'arhythmie du cœur résultant de l'influenza, on constate souvent des symptômes, des crises de dyspepsie. La tachycardie, lorsqu'elle est intermittente, est souvent accompagnée de douleurs d'estomac, de vomissements et de symptômes de ce genre.

M. Ewald (Berlin) montre la difficulté que présente le diagnostic de la dyspepsie nerveuse; aux dépens d'une dyspepsie apparente, se développent souvent des affections sérieuses du tube digestif, le plus souvent des tumeurs malignes. Les cas de névroses localisées à l'estomac sont à distinguer de la neurasthénie.

De l'endocardite blennorrhagique.

M. Thayer (Baltimore). — L'auteur, dans un cas d'endocardite gonococcique, a montré la présence de gonocoques dans le sang. C'est la première fois que l'on a fait une découverte de ce genre. L'auteur en fait une démonstration microscopique.

M. Michaëlis (Berlin). — La découverte de Thayer présente un très grand intérêt en ce qu'elle confirme celles de Leyden et celle que l'auteur lui-même a faite en 1893. Depuis, on a trouvé dans 12 cas d'endocardite ulcéreuse gonococcique des diplocoques de forme elliptique. Leyden et l'auteur ont fait, dans les 6 dernières années, des recherches dans 60 cas analogues et ils ont constamment trouvé les diplocoques. La coloration de ces diplocoques se fait d'après le procédé de Gram, et leur présence détermine le diagnostic. Dans 4 cas d'affections blennorrhagiques articulaires on a trouvé le gonocoque.

Technique de la gastroscopie.

M. P. Rewidzoff (de Moscou) propose la modification suivante de la gastroscopie, qui a pour but de remplacer l'intro-

duction directe de la sonde métallique rigide, manipulation pénible et parfois même dangereuse.

Voici comment on procède : on introduit d'abord une sonde stomacale anglaise de construction à peu près semblable au tube extérieur métallique du gastroscope de Rosenheim. Cette sonde s'introduit dans la position assise sans la moindre difficulté.

Puis, le malade ayant la tête penchée en arrière, on introduit deux autres tubes (disposés concentriquement) du gastroscope de Rosenheim, ce qui généralement se fait sans peine.

Sur la myofibrose du cœur.

M. Dehio (de Dorpat). — L'auteur rapporte encore des observations pour ajouter à celles qu'il a déjà communiquées au congrès de médecine interne de Munich de 1895 (épreuves photographiques) à ce sujet. La prolifération du tissu conjonctif sclérosé contenant des noyaux rares a lieu non seulement entre les faisceaux musculaires, mais aussi entre les fibres isolées de chaque faisceau aussi bien dans le cœur des vieillards que dans celui des individus jeunes, dont le cœur a été altéré par les maladies. Ce tissu conjonctif sclérosé se trouve également dans le cœur hypertrophié à la suite d'atrophie rénale, dans les hypertrophies cardiaques idiopathiques et chez les emphysémateux. Cette prolifération est plus forte dans les oreillettes, car cette partie du cœur résiste le moins à la haute pression intra-cardiaque. La dégénérescence fibreuse du muscle cardiaque est l'expression anatomique de la faiblesse chronique du cœur.

L'examen du sang dans le diabète.

M. Bremer (Saint-Louis). — L'auteur prétend que l'examen macroscopique d'une goutte de sang permet d'établir le diagnostic. On étale sur une lame porte-objet une goutte de sang prise à la pulpe d'un doigt; on colore avec une solution à 1 p. 100 de rouge du Congo ou de bleu de méthylène et on place la préparation de 6 à 10 minutes dans une étuve à 35°. Les préparations de sang normal apparaissent colorées et non celles du sang diabétique, probablement parce que la matière colorante se combine avec une autre matière contenue dans le sang diabétique. Cet essai donne plus de garantie que l'essai chimique, il permet par exemple d'éviter une erreur de diagnostic lorsqu'il s'agit d'une glycosurie transitoire.

Sur le traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose.

M. Rubel (Saint-Pétersbourg). — Depuis que M. Petrescu a indiqué sa méthode de traitement des pneumonies (4,0-12,0 de digitale par jour) un grand nombre de médecins se rattachent à ce procédé. M. Rubel a essayé ce traitement, mais il était obligé de l'abandonner après la septième essai. Il est d'avis que non seulement ce procédé ne repose sur aucune théorie qui puisse l'expliquer, mais qu'au contraire *a priori* cette méthode est dépourvue de toute valeur. L'auteur est d'avis que M. Pétrescu tire de ces observations personnelles de fausses conclusions : La mortalité de 2,66 p. 100 dans 1192 cas indiquée par lui ne présente pas un grand progrès, étant donné qu'il les a recueillies à l'hôpital militaire où les sujets sont jeunes et robustes, où la mortalité est très faible en général. En somme on ne doit pas se fier à cette méthode.

Fièvre récurrente.

M. Metschnikoff (Paris) résume les recherches de son élève **M. Bardach** (Odessa), recherches que ce dernier a faites sur les singes. Ce travail montre les oscillations extraordinaires de l'intensité de la force bactéricide du sérum sanguin sur les spirilles dans la fièvre récurrente, oscillations qui se manifestent aussi bien au cours des différents stades fébriles que pendant la convalescence. Il ne s'agit évidemment, dans toutes les recherches faites jusqu'ici sur les animaux pour obtenir des résultats, que des phénomènes qu'on observe sur le sang post-mortem. Par conséquent on ne peut tirer des conclusions sur l'état et les rapports du sang dans l'organisme malade de homme, étant donné que ce sang de l'économie humaine malade doit *a priori* se comporter tout autrement que celui des animaux morts.

Traitement de la coqueluche par les injections de sérum de génisse immunisée contre la variole.

M. Violi (Constantinople). — L'auteur, après avoir étudié les inconvénients que présentait la vaccination d'enfants malades avec du vaccin de vache, inconvénients qui résultent pour lui de la présence d'amibes dans le vaccin, a été amené à chercher le moyen d'introduire dans l'organisme par voie hypodermique du vaccin de génisse vaccinée et immunisée contre la variole; ce vaccin doit être très aseptique et dosé d'une façon rigoureuse. Pour cela il inocula à une génisse 1 centimètre cube de tuberculine au 1 p. 10 dissoute dans de l'eau stérilisée pour être certain que l'animal n'était point atteint de tuberculose. Puis, par 75 incisions de 2 centimètres, il lui inocula 2 centimètres cubes de vaccin-semence, et, lorsque les pustules produites furent séchées, il la fit saigner; elle produisit 3 litres de sang qui donnèrent 400 grammes de sérum.

Ce sérum, recueilli dans des flacons, fut inoculé à des enfants atteints de coqueluche entre le 12e et le 28e jour de la maladie; et sur 78 enfants inoculés, 4 seulement ont récidivé. Les autres eurent leurs accès de toux qui diminuèrent et souvent disparurent 8 à 10 heures après la première inoculation.

Le vêtement des femmes et la position de leur estomac.

M. Bendersky (Kiev). — Le corset comprime la cage thoracique, le foie et en partie l'estomac, mais la compression exercée par les ceintures, les liens des jupons, les pantalons de femme n'est pas moindre, surtout lorsque les vêtements sont attachés directement sur le corps et non au-dessus du corset. Les liens pénètrent généralement dans l'espace compris entre l'estomac et le colon transverse. Il en est tout autrement dans les cas où l'estomac n'occupe pas sa position normale, par exemple dans le gastroptose etc., alors les liens ne peuvent pas se placer sous la grande courbure de l'estomac qui est trop abaissée et viennent par conséquent s'appliquer sur l'estomac même, augmentant ainsi la gastroptose de plus en plus avec tous ses inconvénients. Si donc, sous un lien placé dans cette position vicieuse, on trouve un organe qui peut être l'estomac, c'est qu'il s'agit d'une gastroptose, on peut en dire de même pour les hommes qui portent non des bretelles mais des ceintures de cuir.

Il faut donc conseiller aux femmes de nouer leurs vêtements au-dessus du corset, ou de les fixer par des bretelles, comme font les hommes.

Traitement de la grossesse extra-utérine par l'électricité.

M. J.-P. Nédorodff (Moscou). — La grossesse extra-utérine, au début, doit être soignée par l'électricité et ceci jusqu'à 3 mois de son évolution.

Pour ce qui est de la grossesse extra-utérine dégénérée en hématosalpinx et n'ayant pas dépassé 3 mois, l'électricité a paru à l'auteur être le seul traitement non chirurgical possible.

Les autres cas sont du domaine de la chirurgie.

Vues nouvelles sur les gastrites.

M. Crocq (de Bruxelles). — Dans tous les cas de dyspepsie, comme Hayem l'a dit, on peut trouver des traces de gastrite. Il faut considérer dans la muqueuse gastrique deux éléments principaux : l'élément papillaire et l'élément glandulaire, dont chacun peut être enflammé isolément; de là deux formes de gastrite ou de catarrhe stomacal, la forme papillaire et la forme glandulaire, dont chacune peut être chronique ou aiguë. La gastrite aiguë ordinaire n'est autre que la gastrite aiguë papillaire. A la gastrite glandulaire aiguë qui ne se manifeste pas par de la douleur et des vomissements mais par de l'anorexie

un mauvais goût, la langue chargée, se rattachent les affections appelées embarras gastrique fébrile, fièvre catarrhale, fièvre gastrique. A la gastrique chronique papillaire qui se manifeste surtout par des douleurs se rattache ce qu'on appelle la névrose de l'estomac. La forme glandulaire chronique enfin ne se manifeste que par une sensation de pesanteur et de renvois. Les formes peuvent d'ailleurs être combinées.

CHIRURGIE

Chirurgie de l'estomac.

M. Kader (de Breslau). — Je vous présente la statistique des opérations pratiquées sur l'estomac dans la clinique de M. Mikulicz, depuis l'année 1882 jusqu'au 1er août 1897. Cette statistique comporte un total de 270 opérations, comprenant 45 résections du pylore, 78 gastro-entérostomies, 27 pyloroplasties, 2 gastroplasties, 108 gastrostomies, 4 cas où plusieurs opérations ont été faites simultanément, et enfin 6 opérations atypiques.

La résection du pylore a donné 16 morts, soit une mortalité de 35 p. 100. Pour la gastro-entérostomie, la mortalité a été de 19.5 p. 100, et, pour la gastrotomie, de 19.4 p. 100.

Sur 270 opérés, 72 sont morts, ce qui donne une mortalité totale de 26.7 p. 100.

Si l'on considère à part les cas simples et les cas complexes, la mortalité totale pour les cas simples tombe à 13.7 p. 100.

M. Ewald (Berlin). — Les résultats des opérations sur l'estomac se sont constamment accrus. La statistique des cas de guérison durable et par suite de morts est la suivante : pour la gastro-entérostomie 55,5 p. 100 de morts, résection 69,2 p. 100 de morts, gastrotomie 54,5 p. 100 de morts. Ces résultats sont évidemment moins favorables que ceux qui ont été publiés par d'autres chirurgiens, notamment par M. Mikulicz; mais il arrive souvent que le chirurgien considère celui qui a bien supporté l'opération comme définitivement guéri. Pour recourir à l'opération, il faut considérer les points suivants : 1° si la tumeur siège à l'estomac même et n'a pas envahi les organes voisins; 2° si la cachexie est avancée. L'auteur conseille de nourrir aussi longtemps que possible par la voie buccale ou rectale les malades atteints de cancer du tube digestif et notamment du pylore, et de ne pratiquer l'opération que quand la diminution du poids du corps est constante.

Sur trois formes de suture en chirurgie.

M. Severeano (de Bucarest). — 1er *Procédé*. Suture en étages pour opérations abdominales; suture en surjet du péritoine avec du catgut n° 0 ou n° 1, suture des muscles et aponévroses avec catgut n° 3, puis ensuite suture des téguments avec soie à points séparés; si les parois sont trop chargées de graisse, on fait un 4e étage, si les bords de la plaie ne sont pas bien affrontés, on y remédie par une rangée de sutures faites sur les bords avec de la soie n° 1, soit en surjet, soit à points serrés.

2° *Procédé*. Suture dite cachée ou intra-dermique; avec une aiguille courbe enfilée de catgut n° 0 ou 00, on fait un point continu en allant d'une extrémité à l'autre de la plaie en piquant dans l'épaisseur même du tissu.

3° *Procédé*. Suture en zig-zag; on enfonce l'aiguille au fond de la plaie en la faisant sortir à travers les téguments à une distance variable du bord cutané, puis on la fait passer dans l'orifice par lequel elle venait de sortir en prenant soin de la diriger obliquement vers l'autre extrémité de la plaie, On la fait sortir près du fond à 3 ou 4 millimètres de distance du point où elle avait été enfoncée la première fois; on noue les deux extrémités du fil. On fait ensuite sortir l'aiguille à travers les téguments du bord opposé et on procède à nouveau comme au premier temps, on suit la même marche jusqu'à ce que, de proche en proche, la plaie soit suturée sur toute sa longueur.

Étude sur les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance.

M. H. Cuvillier (Paris). — Les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons; cette affection revêt à cet âge une forme clinique spéciale et doit être ici considérée comme congénitale; elle se développe sous la double influence de l'hérédité similaire et de terrain et s'aggrave sous l'action de causes infectieuses. Les symptômes fonctionnels sont en premier lieu l'obstruction nasale et rétro-nasale, d'où troubles de la respiration et de l'alimentation, troubles qui amènent la cachexie adénoïdienne. Les signes physiques sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé. Cependant, il faut signaler le faciès déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil du petit adénoïdien; la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure. Le thorax peut aussi se déformer. L'examen du pharynx nasal ne peut se faire que par le toucher digital; on sent une tumeur molle et friable située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière-cavité des fosses nasales. On peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements, etc.). La marche de l'affection est essentiellement chronique. Le diagnostic différentiel est fait avec : 1° le coryza simple; 2° le coryza syphilitique; 3° la coqueluche; 4° une affection des voies respiratoires profondes; et 5° l'adénopathie trachéo-bronchique. Le pronostic est grave. Le traitement est médical (huile mentholée ou résorcinée) ou chirurgical (ablation des végétations).

Valeur de la prostatectomie contre l'hypertrophie de la prostate.

M. Desnos (Paris). — Le plus grand nombre des prostatiques ne doivent retirer aucun avantage d'une opération chirurgicale et pour eux le cathétérisme aseptique constitue toute la thérapeutique locale. Mais quand la vessie a conservé sa contractilité et que la prostate forme un obstacle évident au niveau du col, il est indiqué d'intervenir. Deux cas se présentent alors : tantôt la prostate est augmentée de volume, en totalité; il faut alors agir sur la masse du tissu prostatique et la castration double paraît être l'opération de choix, tout au moins le traumatisme qu'elle nécessite est de peu d'importance et elle comporte une bénignité très grande dans son pronostic.

Mais lorsque des saillies des lobes latéraux ou médians viennent faire obstacle au libre écoulement de l'urine, les conditions ne sont plus les mêmes et la castration a peu d'action sur ces petites tumeurs. Contre elles, il faut agir directement. La prostatectomie répond alors aux diverses indications. Les méthodes intra-uréthrales sont frappées d'infériorité car elles ne présentent pas une sécurité suffisante et elles ne permettent pas de bien régler l'opération. Le même reproche peut être fait à la voie périnéale qui est toujours assez étroite et rend les manœuvres malaisées. C'est par la taille hypogastrique qu'on abordera les saillies prostatiques. La technique est essentiellement variable suivant la disposition des tumeurs : s'il existe un pédicule, une excision simple suffit quand la production est petite; mais, en présence de grosses masses, il faut disséquer la muqueuse vésicale et au-dessous d'elle pratiquer une excision cunéiforme des masses prostatiques : la profondeur à laquelle pénétrera cette incision sera en proportion avec le volume de la glande elle-même.

Les résultats de ces opérations sont bons quand elles sont faites dans des conditions convenables, c'est-à-dire lorsque la vessie est suffisamment contractile et que le sujet n'est pas trop âgé; il est évident aussi que des lésions rénales anciennes contre-indiquent toute intervention. La mortalité est peu considérable. Sur 23 opérations pratiquées, j'ai eu 2 morts : 13 fois l'amélioration a été manifeste et la rétention a cessé ou a diminué dans une proportion considérable; les résultats n'ont pas été moins bons au point de vue de l'antisepsie de la vessie qui a toujours été facile à réaliser, une fois le pourtour du col libéré.

Contribution à l'étude de la laparotomie secondaire.

M. Voltschini. — D'après 15 cas de laparotomie secondaire pratiqués de 1890 à 1896 à la clinique gynécologique de Moscou, l'auteur en arrive aux conclusions suivantes : Les complications qui exigent une seconde laparotomie sont : les hé-

morrhagies post-opératoires, l'obstruction des uretères, la péritonite diffuse pouvant déterminer des adhésions et l'iléus. Le temps qui sépare le moment de l'apparition des premiers symptômes d'une occlusion intestinale de celui de l'intervention chirurgicale n'a pas d'importance au point de vue du succès de l'opération. Les indications de l'intervention doivent dépendre de l'état général de la malade. C'est surtout l'iléus que l'on doit craindre, car le nombre des cas d'iléus est resté sensiblement le même tandis que les hémorrhagies, la péritonite, etc., sont devenues plus rares. La prophylaxie consiste : 1° à ne pas prescrire avant l'opération trop de purgatifs qui affaiblissent la musculature intestinale; 2° à bien veiller sur le péritoine au cours de l'opération.

NEUROLOGIE

Pathogénie de la syringomyélie.

M. Schultze, après avoir passé en revue les faits cliniques et anatomo-pathologiques relatifs à la pathogénie de la syringomyélie, admet que dans un certain nombre de cas l'arrêt de développement, dont les causes sont encore inconnues, joue un certain rôle. Dans ces cas avec l'évolution ultérieure de la maladie il peut s'ajouter des lésions acquises à celles qui relèvent de l'arrêt de développement. Les lésions acquises peuvent consister dans la formation de gliomes centraux longitudinaux ou dans le développement d'une gliose centrale qui, d'après M. Schultze, présente seulement un degré minime de néoplasie.

Contrairement à Weigert, M. Schultze soutient que les cellules et les fibres proliférées des gliomes peuvent subir une dégénérescence et une sorte de décomposition.

Des formations néoplasiques plus ou moins volumineuses peuvent, d'après M. Schultze, se développer encore en absence des lésions congénitales. Sous l'influence de causes encore inconnues, probablement sous l'influence des modifications vasculaires, ces tumeurs peuvent devenir le siège des cavités, des fentes, etc.

Dans d'autres cas il s'agit d'accumulation de fibres et de noyaux gliomateux autour des fentes et des cavités; ce fait s'observe surtout dans le bulbe. Dans ces cas on n'est pas encore à montrer l'existence d'un rapport avec des modifications congénitales; par contre, dans ce groupe de cas, le traumatisme joue fréquemment un rôle efficace par les hémorrhagies (en cas de dystocie, par exemple) et les foyers de ramollissement et de nécrobiose qu'il peut provoquer. Sous l'influence de causes encore inconnues ces lésions peuvent devenir le point de départ de nouveaux processus de prolifération et de destruction.

Les maladies infectieuses diverses et la syphilis peuvent jouer un rôle efficace. Quant à la lèpre elle n'a aucun rapport génétique avec la syringomyélie.

Le rôle des intoxications, par les métaux par exemple, n'est pas démontré jusqu'à présent.

On a admis un rapport entre la syringomyélie et la névrite ascendante; mais cette hypothèse est gratuite.

Le rôle des processus inflammatoires dans la pathogénie de la syringomyélie est encore à étudier. Le terme de myélite cavitaire est purement descriptif et ne contient pas l'explication des lésions.

A l'exception de l'hydromyélie proprement dite, la compression et la stase jouent un rôle tout à fait subordonné dans la pathogénie de la syringomyélie.

A l'heure actuelle il est impossible d'assigner à la syringomyélie une pathogénie uniforme.

Mouvements cloniques au cours de la syringomyélie.

M. Marinesco. — J'ai eu l'occasion de constater chez un certain nombre de malades atteints de syringomyélie des troubles des mouvements volontaires qui présentent un certain intérêt au point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique. Il s'agit, dans ce cas, de mouvements involontaires localisés aux extrémités des membres supérieurs et portant sur les doigts et particulièrement sur le pouce. Ce sont des secousses rapides, quelquefois même vibratoires, se présentant d'ordinaire sous forme d'accès et apparaissant ou disparaissant sans cause apparente. Enregistrés, ces mouvements revêtent la forme de secousses non fusionnées, s'élevant au chiffre de 5 par seconde en moyenne. Les secousses terminales ou bien celles qui suivent les accès cloniques sont de petite amplitude. Le sens de ces mouvements cloniques est celui du mouvement le mieux conservé. Quant à leur mécanisme, ces mouvements dépendent très probablement de l'irritation déterminée par le processus de gliose sur les cellules nerveuses de la corne antérieure. On pourrait en conclure que les mouvements cloniques constituent la réaction d'un centre nerveux sous l'influence d'un agent excitateur assez fort pour produire des mouvements, mais aussi assez faible pour qu'il y ait fusion des secousses.

Troubles psychiques dans la lèpre.

M. Meschede (de Königsberg). — Parmi les symptômes fonctionnels provoqués par le processus lépreux, les troubles psychiques n'ont pas encore beaucoup attiré l'attention des cliniciens. Autant que j'ai pu m'en rendre compte d'après les travaux publiés à ce sujet, les psychoses chez les lépreux ont été envisagées surtout comme des complications accidentelles ou comme la conséquence d'affections somatiques intercurrentes, notamment de la néphrite.

A l'encontre de cette manière de voir, j'estime que la lèpre exerce aussi une influence directe sur le développement de l'aliénation mentale, en ce sens que les troubles cérébraux peuvent provenir d'une lésion irritative du système nerveux soit par les bacilles de Hansen, soit par leurs toxines.

Je fonde cette hypothèse sur l'étude d'un cas de psychose que j'ai eu l'occasion d'observer récemment chez un lépreux.

Il s'agit d'un homme de 28 ans chez lequel les premiers symptômes de la lèpre se sont manifestés en 1891 et qui, en décembre 1896, fut atteint brusquement, sans cause apparente, de signes d'aliénation mentale aiguë ayant nécessité l'internement dans mon service d'où, après un séjour de 4 mois 1/2, le patient sortit guéri de sa maladie mentale et entra à la clinique médicale pour se faire traiter de la lèpre.

Chez cet homme, à la suite d'une courte période initiale de mélancolie pendant laquelle il refusait de s'alimenter, on vit survenir brusquement des hallucinations de tous les organes des sens avec excitation, état angoissant, décharges motrices intenses et idées délirantes de caractère religieux. Après quelques rémissions et un accès de mégalomanie, les troubles mentaux s'amendèrent progressivement et finirent par disparaître tout à fait.

Comme phénomènes particuliers relevés dans ce cas, il convient de signaler le début brusque, *explosif* de l'affection mentale et l'existence, pendant la période initiale, de symptômes évidents de congestion cérébrale et cutanée. La peau de la face présentait notamment une rougeur et une turgescence accentuées, et c'est aussi la sensibilité cutanée qui était le principal point de départ des hallucinations : le malade s'imaginait qu'on le torturait; il éprouvait une sensation de chaleur qui, d'après son évaluation, était 14 fois plus forte que la température normale du corps; il ressentait aussi une excitation sexuelle d'une intensité insolite et des troubles du sens musculaire qui lui faisaient croire que tout son corps était soulevé. Parallèlement à la régression des troubles psychiques, l'état congestif de la peau se dissipa peu à peu. C'est encore dans la sphère de la sensibilité cutanée que se montrèrent les dernières hallucinations de la période de déclin : le malade avait l'impression que des serpents étaient enroulés autour de ses jambes.

Cette prédominance des hallucinations du tact plaide, à mon avis, en faveur de l'hypothèse d'une influence directe des bacilles de la lèpre sur le système nerveux.

J'ajouterai qu'un frère du malade avait aussi été atteint d'aliénation mentale. Tous les autres membres de la famille sont indemnes de troubles psychiques, de sorte qu'il ne peut être question chez eux d'hérédité psychopatique proprement dite, mais plutôt d'une simple prédisposition familiale aux troubles psychiques. On pourrait se demander si, chez le frère de mon malade, l'accès d'aliénation mentale ne relevait pas d'une affection lépreuse restée latente.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Pathogénie de la pelade.

M. H. Radcliffe-Crocker (de Londres). — Les conclusions de l'auteur sont basées sur 432 cas de sa clinique hospitalière, et 200 cas observés dans sa clientèle de ville. Le premier chiffre représente 25 pour 100 du nombre total des malades de la clinique. Sur ces 432 cas, 232 étaient du sexe masculin et 200 du sexe féminin; aucun cas n'a été observé au-dessous de 2 ans, ni au-dessus de 60. (L'auteur a cependant eu à soigner 3 cas entre 60 et 65 dans sa clientèle de ville).

Classification d'après l'âge des malades (Clinique hospitalière) : 5 à 15 ans, 180 cas; 15 à 25 ans, 90 cas; 25 à 35 ans, 89 cas; 35 à 45 ans, 49 cas; 45 à 55 ans, 16 cas.

Donc, entre les âges de 5 et 35 ans, il n'y a pas moins de 359 cas sur un total de 432. De plus, le nombre des cas observés entre 5 et 15 ans égale celui des deux périodes 15 à 25 et 25 à 35, ce qui démontre que la maladie est bien plus fréquente chez les enfants.

D'après l'auteur, les lésions réunies sous le nom de pelade peuvent être réparties en deux grandes classes (avec subdivisions) : 1° pelade névropathique; et 2° pelade parasitaire.

La première, quoique ne représentant probablement que 10 pour 100 de tous les cas, peut, à son tour, se répartir en trois types : 1° alopécie généralisée, totale; 2° alopécie localisée ou névritique; 3° alopécie circonscrite de Neumann (provisoirement placée ici).

La dénomination de pelade (alopécie en aires) devrait être réservée aux seuls cas appartenant à la seconde classe, qui sont probablement tous d'origine parasitaire, et qui représentent 90 pour 100 de tous les cas rangés sous le nom de pelade. Jusqu'ici, il est permis de reconnaître deux types : 1° les cas qui se rapprochent de la teigne tondante ou qui s'y rattachent; 2° les cas qui se rattachent à la séborrhée.

Bien que l'auteur pense que le premier type comprend la grande majorité des faits, il ne lui est pas encore permis d'apprécier dans quelles proportions les deux types s'offrent à l'observation.

De plus, il est probable qu'il existe plus d'un microbe capable de donner lieu aux plaques peladiques, comme c'est, du reste, le cas pour la teigne tondante, qui relève de parasites différents entre eux. Ainsi, il est très vraisemblable que les épidémies locales, caractérisées par de petites aires alopéciques mais franchement peladiques, relèvent d'un microbe spécial. Il se peut aussi qu'il existe une différence du même genre entre la pelade en disques et la pelade en bandes allongées, quoique l'auteur n'ait pu, jusqu'ici, s'assurer que ces deux formes fussent distinctes au point de vue pathologique.

Dans son rapport, l'auteur démontre que la pelade est contagieuse (quoique peu contagieuse) pour les adultes aussi bien que pour les enfants.

De plus, il y a tout lieu de croire que l'affection peut se propager de différentes manières, par l'intermédiaire du coiffeur (coupe de cheveux, toilette de la barbe, et surtout par la tondeuse) de perruques de théâtres, coussins de compartiments de chemins de fer mal tenus, etc.; directement d'une personne à l'autre par le contact, comme cela se passe pour la teigne tondante. Cette dernière affection peut probablement se transformer en une alopécie en aires.

L'auteur fait aussi remarquer que la pelade est plus fréquente dans les pays où règne la teigne tondante.

Quant aux rapports qui existent entre la séborrhée et la pelade, l'auteur décrit certaines particularités observées par lui dans les cas où les malades présentaient, en même temps que les disques alopéciques, une abondante séborrhée du cuir chevelu. Il ne pense pas, cependant, que M. Sabouraud ait démontré d'une façon absolue que le microbe de la séborrhée fût la seule cause de la pelade. Selon lui, les conclusions de M. Sabouraud ne sont pas entièrement d'accord avec les faits cliniques.

Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés.

MM. Tarnowski et Jakowlev (de Saint-Pétersbourg). — En nous basant sur l'hypothèse que la mercurialisation des animaux pourrait communiquer à leur sérum une action thérapeutique permettant d'utiliser ce sérum comme moyen de traitement de la syphilis chez l'homme nous avons entrepris des expériences sur 3 poulains, qui subirent des injections sous-cutanées de calomel. Chaque poulain reçut de 4 à 6 grammes de calomel, dans le courant de 2 mois et demi.

Avec le sérum de ces poulains ainsi mercurialisés nous avons traité, à la clinique de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, 16 syphilitiques à différentes époques de la maladie. Ces injections se pratiquaient à la région dorsale, avec les précautions habituelles, 3 ou 4 fois par semaine, à la dose de 10 à 20 c. c. Il a été fait en moyenne à chaque malade 17 injections.

A quelque période de la maladie que le traitement sérothérapique fût appliqué, le résultat a toujours été négatif : la maladie a suivi sa marche habituelle. Ce traitement a même exercé un effet défavorable sur l'état général des malades, parce que les injections provoquent de la fièvre dans les quatre cinquièmes des cas. Cette fièvre est généralement accompagnée d'une poussée de purpura, de douleurs dans les articulations et dans les muscles, de l'apparition d'albumine dans l'urine, etc.; en outre, les malades maigrissent sensiblement. On constate aussi que le sang est appauvri : il y a diminution dans le nombre des globules et abaissement du taux de l'hémoglobine.

Nous concluons donc des expériences que nous avons faites jusqu'ici que les injections de sérum de poulains mercurialisés ne sauraient être recommandées comme mode de traitement de syphilis.

Au contraire, il faut rejeter cette méthode à cause de l'action nocive que le sérum animal exerce sur l'organisme des malades.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'exploration externe.

M. A. Pinard (de Paris). — L'exploration externe, appelée encore toucher abdominal, palpation externe, et, plus communément aujourd'hui, palper abdominal, constitue, pour l'art obstétrical, l'un des plus puissants moyens d'investigation.

Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémorial, n'a commencé à être employé fructueusement que depuis le commencement de ce siècle; mais c'est seulement dans la seconde moitié du siècle que son étude s'est complétée et que son application méthodique a permis d'obtenir des résultats qui autorisent à proclamer la nécessité de son emploi chez toute femme enceinte.

Le palper abdominal est le flambeau qui éclaire le mieux dans le diagnostic de la grossesse normale ou compliquée, simple ou multiple, utérine ou ectopique. Certains diagnostics : grossesses triples, hydrocéphalie, etc., n'ont pu être posés d'une façon affirmative que depuis son application méthodique. Pendant la grossesse, il détermine les indications opératoires prophylactiques et curatives. Pendant le travail, bien que donnant encore des résultats précieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel. Pendant la délivrance, sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents. Pendant les suites de couches, il doit seul renseigner dans les cas physiologiques et l'on ne doit y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques.

M. Leopold (de Dresde). — L'exploration externe n'a été complètement perfectionnée que dans les 30 ou 40 dernières années. Autrefois, ce genre d'exploration n'était employé qu'exceptionnellement et sans règles bien définies dans la grossesse. Du reste, on ne savait pas déterminer, par l'exploration externe, les phases diverses de la grossesse, et c'est lorsqu'elle était presque à terme que l'on se servait de ce mode de diagnostic. Cela était d'autant plus regrettable que l'exploration externe, surtout au moment de l'accouchement, est beaucoup moins dangereuse que l'exploration interne : car le médecin est appelé, par sa profession, à recueillir au dehors et à apporter aux femmes des germes d'infection.

Aujourd'hui que l'exploration externe est bien connue et perfectionnée, elle permet de connaître sûrement toutes les

phases de la grossesse et M. Léopold l'enseigne depuis longtemps avec les quatre positions différentes des mains exploratrices qu'il a préconisées. Il a pu ainsi explorer dans son service environ 18 000 femmes et constater les bons effets de l'exploration externe.

M. Léopold est toutefois loin de répudier l'exploration interne, mais il la croit surtout indiquée dans les cas de grossesse pathologique ou pour la recherche des obstacles qui pourraient se présenter pour l'accouchement normal, afin de permettre d'intervenir si la chose est nécessaire et au moment où elle le sera. Dans tous les autres cas, et lorsque la grossesse sera jugée n'avoir aucun obstacle à redouter, soit du côté du bassin, soit en raison de l'existence d'une tumeur, l'exploration externe seule devra seule devra être désormais employée.

M. Kützner a souvent eu à se louer de la palpation externe pour le diagnostic de la quantité de liquide amniotique et a pu ainsi souvent, par la seule constatation au palper, juger de l'excès de liquide amniotique des grossesses gémellaires.

M. Ott (de Saint-Pétersbourg), malgré quelques cas très rares (2 par an) de septicémie survenus dans son service, se déclare très partisan de l'exploration interne : car il trouve que, dans un service d'accouchement comme le sien où il vient de nombreux élèves, il est impossible, pour donner à ceux-ci un enseignement profitable, de ne pas leur faire pratiquer l'exploration interne, qui, à son avis, peut rendre aussi de très grands services dans plusieurs cas d'affections gynécologiques.

M. La Torre (de Rome) a toujours fait pratiquer, par tous ses élèves, le toucher vaginal, et n'a jamais eu un cas d'infection, grâce aux précautions antiseptiques prises. Il pense, du reste, qu'il est impossible de faire un bon diagnostic de grossesse sans le concours du toucher vaginal.

Sérothérapie de la septicémie puerpérale.

M. Pinard (de Paris) lit un travail fait sur ce sujet et donne le résultat d'expériences entreprises à la clinique Baudelocque sur des animaux (lapins et brebis) avec le sérum Marmorek, en 1896.

Les lapines et brebis pleines supportèrent très bien sans réaction des injections de sérum même à des doses très élevées. Toutefois les résultats furent variables avec la variation même des sérums toujours identiquement préparés, mais ne provenant pas du même animal. Il en résulte qu'il est difficile de tirer encore une conclusion précise des expériences faites, et que le sérum paraît surtout agir en excitant la phagocytose.

Le traitement avec le sérum le plus faible fut fait chez 383 femmes soupçonnées d'infection et dont 58 eurent encore des symptômes morbides après l'injection, et chez 104 femmes reconnues infectées. La dose injectée alla de 10 à 750 centim. cubes.

Jamais le sang des femmes infectées ne pût donner de culture de streptocoques.

Enfin, malgré le traitement au sérum de Marmorek, toutes les femmes infectées ou soupçonnées d'infection furent traitées localement par les injections intra-utérines, ce qui empêche de bien établir la part curative qui peut être attribuée au sérum.

M. Weinstein (d'Odessa) a appliqué le sérum de Marmorek au traitement de la septicémie puerpérale. Il a fait d'abord de nombreuses expériences sur des chattes. Après que celles-ci avaient mis bas, il leur injectait dans les voies génitales (vagin et cavité utérine) des cultures de streptocoques. Il avait soin d'observer parallèlement des chattes ainsi infectées au même moment et dont les unes étaient traitées par le sérum de Marmorek et les autres privées de tout traitement. Parmi ces dernières, plusieurs succombèrent et on leur trouva, à l'autopsie, de la péritonite à streptocoques; d'autres supportèrent très bien l'infection sans réaction.

La plus grande dose de sérum de Marmorek injectée fut de 40 centim. cubes. Après l'injection de ce sérum, les chattes présentèrent souvent une forte élévation de température, maigrirent et eurent une réaction morbide très prononcée. Après plusieurs injections, la température tomba et, à mesure, les doses de sérum étaient progressivement diminuées.

M. Ott (de Saint-Pétersbourg) a employé quelquefois le sérum dans des cas d'infection puerpérale et cela sans grand résultat. Il pense que les expérimentations sur les animaux ne sont nullement concluantes et qu'elles doivent être encore poursuivies avant que l'on puisse appliquer sûrement le traitement par le sérum de Marmorek à l'infection puerpérale.

M. La Torre (de Rome) a souvent soigné des femmes infectées et n'a jamais eu recours au sérum; il pense qu'avec des soins locaux et généraux l'on peut très bien arriver à soigner et guérir l'infection puerpérale. Le sérum de Marmorek lui semble encore trop dangereux à manier et trop inconstant dans ses résultats pour pouvoir être employé.

M. Carbajal (du Mexique) trouve aussi que le sérum doit être employé avec grande circonspection.

M. Pinard pense que, puisque malgré les injections intra-utérines et les divers traitements locaux et généraux, il y a encore de la mortalité par infection puerpérale, on doit rechercher à sauver par un autre moyen les quelques femmes qui succombent encore, et, par conséquent, le sérum ne doit pas être mis de côté.

M. Farza (de Barcelone) tient à montrer toute l'importance que le gonocoque peut-avoir dans la marche de la grossesse par suite d'infection antérieure ou par les infections locales et diverses qu'il peut produire au moment de l'accouchement.

Mécanisme de l'engagement.

M. Varnier (de Paris) fait une communication sur l'attitude de la tête au détroit supérieur et sur le mécanisme de son engagement. Pour lui l'utérus n'est jamais dans l'axe du détroit supérieur, mais toujours, avant ou pendant les contractions utérines, en rétroversion et collé contre la colonne vertébrale, et la tête de l'enfant, au moment de l'accouchement, engage d'abord son pariétal postérieur et progresse toujours et seulement par inclinaison progressive sur ce pariétal, pour ne reprendre une position synclitique que beaucoup plus bas et pour un instant seulement.

Position à la Walcher.

M. La Torre (de Rome) commence par prier que l'on ne voie dans ses paroles aucune question de personnalité, mais seulement le désir de rétablir la vérité.

Il a fait souvent prendre à des femmes en travail la position dite « à la Walcher » et a toujours constaté, quoi qu'en dise M. Varnier, que cette position facilitait l'expulsion fœtale. En effet, M. Varnier a publié à ce sujet des résultats d'expériences sur le cadavre, mais il faut compter avec l'élasticité très notable que donne la vie à certains ligaments et que la rigidité cadavérique vient détruire; il est par suite difficile de conclure d'après le cadavre ce qui se passe chez la femme vivante. M. Léopold (de Dresde) a du reste constaté souvent l'avantage de la position à la Walcher et l'autorité de son témoignage est précieuse.

Le nom de position à la Walcher, cité précédemment par M. Varnier, semble à M. La Torre injustement donné, car un Italien, *Cibio-Mercuriale*, dans un traité d'obstétrique qu'il fit en 1589, avait déjà décrit cette position qu'il exagérait même et en 1605 il renouvela encore cette description. Par amour de la vérité plus même que par patriotisme, M. La Torre demande donc que la position soit appelée position de Mercuriale ou position italienne.

De la symphyséotomie.

M. Zweifel (de Leipzig) a fait pour sa part 32 symphyséotomies et n'a eu qu'un cas de mort. L'opération lui paraît fort simple en elle-même, mais les suites de la symphyséotomie sont beaucoup plus longues que celles de l'opération césarienne.

M. Zweifel a eu trois cas de blessures de la vessie, et notamment une fois par le cathéter, et une autre fois par pincement de la vessie entre les deux os pubiens. Quant à l'infection possible après l'opération, M. Zweifel la considère comme très facile par suite de la rétention du pus dans le tissu cellulaire rétro-pubien.

Dans les cas où il a eu à faire la symphyséotomie, M. Zweifel a toujours eu des suites sans complications; deux fois il eut à opérer la même femme et, dans tous les cas où il fit la section de la symphyse pubienne, il attendit toujours que le col utérin fût entièrement dilaté.

M. Kutzner (de Breslau) n'attend pas la dilatation complète du col pour agir et a pratiqué 7 fois la symphyséotomie. Il considère l'opération comme simple et à la portée de tous les praticiens.

M. Dimant (de Saint-Pétersbourg) n'est pas partisan de la symphyséotomie qui, à son avis, fait courir trop de dangers, pendant l'expulsion fœtale, à toutes les partier molles sus-pubiennes subitement écartées; il préfère, entre les deux indications, l'opération césarienne.

Traitement des présentations occipito-postérieures.

M. Antonio J. Carbajal (de Mexico). — Les présentations occipito-postérieures ne peuvent être considérées comme rigoureusement entociques; donc, elles doivent être supprimées ou corrigées, afin d'éviter que la tête soit expulsée ou extraite dans cette position.

L'auteur développe les épreuves théoriques et cliniques dans lesquelles il fonde sa thése.

Il décrit une nouvelle méthode pour faire la rotation de la tête, avant le travail de l'accouchement, dont l'efficacité est démontrée par des faits cliniques.

Il décrit aussi un autre procédé pour faire la rotation pendant le travail, avant la déchirure de la poche des eaux; vérifié par des cas cliniques.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 Septembre 1897.

Laparotomie pour plaies de l'abdomen.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de **M. Caillet** relative à un maréchal des logis, que ce chirurgien vit à 8 heures du matin, 5 heures après une plaie de l'abdomen par balle de revolver. Rien ne prouvait la pénétration, malgré l'exploration au stylet, il n'y avait aucun symptôme abdominal, et dès lors on en resta au traitement médical. Mais à 4 heures du soir la péritonite fut évidente, et enfin à 7 h. 1/2 la laparotomie fut pratiquée. M. Caillet trouva ainsi quatre perforations de la terminaison de l'intestin grêle; suture de ces plaies, lavage du péritoine, tamponnement de l'extrémité inférieure de l'incision à la gaze iodoformée. Le blessé guérit malgré une pneumonie intercurrente, mais M. Chauvel croit que mieux aurait valu opérer immédiatement, sans attendre les symptômes de péritonite. M. Chauvel, depuis 1887, soutient les avantages de la laparotomie d'emblée, exploratrice, et que, d'autre part l'exploration au stylet, probante quand elle donne un résultat positif, ne prouve rien quand elle est négative. Il en donne un autre exemple dans lequel, le stylet n'ayant pas pénétré, le chirurgien crut devoir s'abstenir et le blessé, opéré *in extremis*, succomba à une péritonite par perforation du côlon descendant. En outre, dans ce dernier cas, la laparotomie médiane n'avait pas permis de découvrir la lésion intestinale; aussi, pour les plaies latérales et surtout un peu postérieures, mieux vaut débrider sur la plaie elle-même et faire la laparotomie dans le flanc.

Accidents de la dent de sagesse.

M. Moty lit une note qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Les accidents de la dent de sagesse sont dûs à l'inclusion d'une masse épithéliale aberrante.

2° Cette masse épithéliale représente un germe dentaire abortif inconstant, dérivé très probablement de celui de la dent de sagesse.

3° Le terme d'évolution vicieuse de la dent de sagesse est impropre et paraît devoir être remplacé par celui de dermoïde muqueux parodontique de la dent de sagesse.

Rein flottant.

M. Lancereaux présente au nom de M. Fournier (d'Angoulême) une observation de rein flottant intéressante en ce que 2 fois la réduction, avec cessation d'accidents douloureux graves, fut obtenue grâce à la trépidation pendant un voyage en chemin de fer.

M. Laveran lit un rapport sur 2 notes de M. Matignon, médecin de la légation à Pékin. Dans l'une il décrit les accidents d'helminthiase *observés chez les Chinois*; ils sont fréquents mais n'ont rien de spécial.

Dans l'autre il étudie encore l'atriplicisme des mangeurs d'arroche et M. Laveran constate que cette maladie reste encore bien obscure.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

Séances du 1er semestre 1897.

SOCIÉTÉS DE MOSCOU

Sclérose en plaques.

M. Rossolimo. — Il s'agit d'un garçon de 16 ans, entré à l'hôpital avec de l'aphasie et de l'hémiplégie droite, une parésie des deux moteurs oculaires externes, de l'hypoglosse du côté droit. Tous ces troubles ont débuté il y a 9 mois, et ont présenté jusqu'ici des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Dans les antécédents, on ne trouve aucune maladie infectieuse, mais, à l'âge de 3 ans, le malade fit une chute sur la tête, avec enfoncement de la moitié gauche de l'occipital. Il y a un an, chute violente sur le front; il y a 3 mois, émotion vive.

Le malade est resté en observation pendant 6 mois; il n'avait ni accès convulsifs, ni céphalée, ni vomissements; mais parfois de légères contractions cloniques des extrémités. Faciès caractéristique de la sclérose en plaques. La paralysie du côté gauche, avec dysarthrie à peu près complète et des troubles de la déglutition, survenus brusquement, décidèrent M. Rossolimo à faire la trépanation, mais on ne trouva pas d'abcès ni d'altération de la table interne de l'occipital. Le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva, faisant saillie dans le ventricule gauche et provenant de sa paroi postérieure, une vésicule transparente. La partie centrale de la substance blanche, le corps calleux et la partie médiane du centre de l'hémisphère droit ont subi une altération particulière, s'étendant jusqu'à l'écorce du lobe pariétal gauche et pénétrant dans la profondeur jusqu'au segment postérieur de la capsule interne et la capsule externe gauche, en touchant une partie des noyaux lenticulaire et coudé. Cet énorme foyer était formé d'un grand nombre de grandes cellules névrogliques avec réticulum de fibres gliomateuses et neuroblastes; dans les anses élargies de la gliose, il y avait des amas de leucocytes; on voyait quelques fibres nerveuses pauvres en myéline et beaucoup de cylindres-axes à nu, fusiformes, traversant parfois des régions ramollies. Les vaisseaux à ce niveau sont hyperplasiés et remplis de sang, les espaces périvasculaires dilatés.

Il existait un foyer de sclérose dans la protubérance et la moitié postérieure de l'isthme avec altération des pyramides et de la couche des anses d'une partie du noyau de l'hypoglosse et des fibres arciformes. La lésion était symétrique, nettement délimitée.

Il y avait en outre de la dégénérescence secondaire des faisceaux de l'arc et des faisceaux pyramidaux croisés.

Traitement du psoriasis par la franklinisation.

MM. Glavtché et **Nikouline** ont présenté trois malades atteints de psoriasis vulgaire, et traités par la franklinisation.

Chez le premier de ces malades, dont l'éruption s'était aggravée à cause d'excès alcooliques, on a constaté, après huit séances de franklinisation (étincelles) et quelques bains, une légère décoloration des placards.

La seconde malade subit ce traitement depuis dix semaines; son éruption était limitée aux poignets, coudes et genoux. Sous l'influence de la franklinisation, pratiquée sur la tête et sur la colonne vertébrale (souffle et étincelles), les anciens placards ont été notablement améliorés; mais de nouvelles poussées se sont produites, surtout au niveau des points irrités par l'application de l'électricité.

Chez la troisième malade, l'éruption était presque généralisée, et, sous l'influence de la médication arsenicale, elle s'était plusieurs fois éteinte. La franklinisation n'a encore donné, chez cette femme, aucun résultat, malgré des séances quotidiennes.

Erythodermie avec altération des ongles.

M. Pospeloff a présenté un homme âgé de 72 ans, atteint d'érythrodermie, avec altérations graves des ongles.

L'affection a commencé au niveau des mains et des pieds, il y a 5 mois; au début, elle était le siège de violentes démangeaisons, surtout à la paume des mains. Les régions atteintes, d'abord rouges, se sont ensuite couvertes de croûtelles; la kératinisation a ensuite gagné la face dorsale des mains. Les ongles se sont ensuite altérés et ont fini par tomber.

M. Pospeloff s'élève contre la signification assez vague du mot érythrodermie qu'on applique souvent aux affections les plus variées. Le cas qu'il a présenté se rapporte, selon lui, aux formes pures, à l'érythrodermie idiopatique, caractérisée par la rougeur, la desquamation et l'altération des ongles.

Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille.

M. Savanewsky rapporte l'histoire d'une fillette de six ans, qui fut amenée à l'hôpital pour une tumeur de la vulve. A l'examen, on voyait une petite tumeur rouge, formée par deux sortes de crêtes parallèles de 1 centimètre de longueur et en rapport, par leur extrémité inférieure, avec la membrane d'hymen. Entre les deux crêtes se trouvait une petite fente à bords réguliers; la sonde, introduite par cet orifice, pénétrait dans la vessie. L'urine était normale; il n'y avait pas de vulvite. Le début de l'affection remontait à six semaines, et s'accompagna d'une hémorrhagie assez abondante par les voies génitales, ayant duré cinq jours.

Le traitement a consisté dans la ligature à la soie de la muqueuse prolabée et excision de la partie liée. Les suites opératoires furent des plus simples.

Bactériurie.

M. Markovnikoff relate l'observation d'un enfant de quinze mois, atteint de diarrhée fétide depuis deux mois et demi, avec infiltration des membres inférieurs. Les urines (600 c. c. par 24 h.) avaient une réaction neutre, densité 1,103, sans aucun dépôt, ni épithélium, ni cylindres, ni albumine; elle devenaient aussi troubles aussitôt après l'émission.

L'urine, recueillie à l'aide d'une sonde stérilisée, et ensemencée, a permis d'obtenir une colonie de petits bâtonnets n'offrant aucun des caractères du colibacille. Il s'agissait donc de bactériurie, sans troubles vésicaux quelconques.

M. Filatoff a souvent observé la bactériurie chez les enfants épuisés, avec diarrhée chronique.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde d'après le procédé de Widal.

MM. A. Kolli, Alexeïeff et **Kissel** ont eu recours à ce procédé diagnostique dans un certain nombre de cas et ont toujours obtenu les mêmes résultats que M. Widal, c'est-à-dire la réaction positive dans la fièvre typhoïde et négative dans d'autres affections; cette réaction positive a permis de poser nettement le diagnostic dans quelques cas douteux, et l'évolution ultérieure a démontré qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde. M. Alexeïeff a obtenu des résultats positifs même avec le sérum pris au 48°, 56° 62° jour de l'affection, c'est-à-dire à la période de convalescence. M. Kissel a examiné, à ce point de vue, le sérum d'une malade ayant eu la fièvre typhoïde il y a dix ans et a obtenu la réaction positive.

Tuberculose congénitale.

M. A. Oustinoff a rapporté l'observation d'un nouveau-né, qui a succombé à l'âge de trois semaines, après avoir présenté de la faiblesse et une fièvre de 38°5.

A l'autopsie, on a constaté que le foie était farci de tubercules. Près du hile, les ganglions tuberculeux avaient le volume d'une noix. Quelques tubercules dans les poumons et aussi dans le voile du palais. La rate était couverte de tubercules et avait l'aspect marbré.

A l'examen histologique, les tubercules du foie contenaient un grand nombre de bacilles de Koch; il y en avait aussi dans les capillaires hépatiques.

Examen des doigts en baguettes de tambour à l'aide des rayons de Röntgen.

M. Alexandroff a examiné les doigts en baguettes de tambour à l'aide des rayons X et a trouvé que le gonflement se fait uniquement aux dépens des tissus mous, tandis que les phalanges sont intactes. Il n'y a donc rien de commun entre cette déformation et l'acromégalie.

Sérothérapie dans la diphthérie oculaire.

M. Moltchanoff a communiqué deux observations de diphthérie oculaire traitée avec succès par le sérum antidiphthérique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 2 ans, atteinte d'une conjonctivite diphthérique grave, avec écoulement nasal purulent et quelques fausses membranes sur les amygdales. L'examen bactériologique révéla la présence du bacille de Löffler et des streptocoques. Grâce aux injections de sérum, les phénomènes diphthériques disparurent, mais il persista de la conjonctivite chronique.

Le second cas, analogue au précédent, se rapporte à une fillette de 14 ans.

La réaction d'Ehrlich.

M. Kissel. — L'urine traitée d'après le procédé d'Ehrlich donne presque toujours un précipité jaune ou rouge; le précipité grisâtre ou plus ou moins rougeâtre ne s'obtient que si l'urine se colore en rouge pourpre; si celle-ci n'offre qu'une teinte rosée ou jaune, on n'obtient jamais de précipité gris. Suivant que la coloration de la mousse et de l'urine est plus ou moins rouge et celle du précipité plus ou moins grise, il faut distinguer trois degrés dans la réaction d'Ehrlich : la réaction intense, la réaction suffisante et la réaction faible.

M. Kissel a examiné, au point de vue de la réaction d'Ehrlich, l'urine de 269 enfants. Celle de 70 d'entre eux, tous exempts de fièvre, n'a pas fourni la réaction. Celle-ci fut positive chez 60 typhiques sur 76 examinés, chez 7 pneumoniques sur 46 et chez 6 tuberculeux sur 16; elle a presque toujours fait défaut dans les autres affections fébriles.

En s'appuyant sur ces résultats, M. Kissel conclut que :

1° Dans la fièvre typhoïde, la réaction d'Ehrlich fait rarement défaut;

2° Dans la tuberculose et dans la pneumonie, elle est plus rare et moins constante;

3° Dans la fièvre typhoïde, l'intensité de la réaction est proportionnelle à la gravité de la maladie, et sa disparition ou sa diminution fait prévoir une terminaison prochaine; elle réapparaît à l'occasion des rechutes.

M. Filatoff a toujours eu recours à cette réaction, et cela

avec succès; mais il estime que la teinte rosée fournie par la couche de mousse a plus de valeur que la coloration du précipité.

Kyste hydatique de l'orbite.

M. Golovine a communiqué l'observation d'une fille de 17 ans, entrée à l'hôpital avec tous les symptômes d'une tumeur de l'orbite (exophthalmie, ectropion, impossibilité de la rotation en dehors) et d'atrophie du nerf optique. En faisant pénétrer le doigt au-dessous de la paroi supérieure de l'orbite et sous le globe oculaire, on sentait au fond de l'orbite une tumeur ferme, non fluctuante. L'intervention démontra l'existence d'un kyste hydatique de l'orbite, situé tout près du trou optique. L'épaisseur tout à fait anormale de la paroi, à la formation de laquelle ont pris part les gaines du nerf optique, explique l'absence de la fluctuation. Le globe oculaire a dû être énucléé.

Plaie du foie.

M. Ikovitz a rapporté l'observation d'un jeune homme de 20 ans qui a été amené à l'hôpital pour un coup de couteau qu'il a reçu dans le dos, entre les 9e et 10e côtes. L'état du malade étant tel que toute intervention paraissait contre-indiquée, on se contenta d'un traitement expectatif. Le lendemain il s'est développé un pneumothorax, puis il y eut de l'emphysème autour de la plaie, de l'ictère, avec sortie de la bile par la plaie. Le malade guérit au bout de 6 semaines sans avoir subi un traitement actif.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEF

Septicémie aiguë d'origine interne.

M. Gvosdinsky communique l'observation d'un malade ayant succombé à la septicémie sans qu'aucune cause ait pu être invoquée. A l'autopsie, l'on trouva une ulcération dans l'espace rétropharyngé. M. Gvosdinsky considère cette ulcération comme point de départ de l'infection.

Tuberculose de l'utérus.

M. N. Neiéloff a présenté des préparations de muqueuse utérine enlevées par le curetage chez une malade de 65 ans, entrée à l'hôpital pour des pertes jaunâtres abondantes. Sur ces préparations on voit des foyers d'infiltrations avec cellules géantes et bacilles de Koch. Tous les autres organes paraissent indemnes. Ce serait donc un cas de *tuberculose utérine primitive*.

M. Rein fait observer qu'à la clinique d'accouchement de Kieff on a examiné au microscope les tissus enlevés par la curette chaque fois qu'on a fait un curetage, et cependant on n'a encore jamais constaté de cas de tuberculose de l'utérus. M. Rein d'en a observé qu'un cas à Saint-Pétersbourg; le diagnostic exact n'a été porté qu'à l'autopsie; cliniquement, il y avait destruction de tout le col et infiltration du tissu cellulaire du bassin; on avait pensé à un cancer.

Infection puerpérale grave traitée par le sérum anti-streptococcique.

M. Rein. — Il s'agit d'une multipare de 30 ans, accouchée normalement et facilement; 3 jours plus tard se développent tous les symptômes de la septicémie grave. Le pus des abcès n'était qu'une culture pure de streptocoques. On institua le traitement par le sérum antistreptococcique (en même temps que le traitement local et l'ouverture des collections). On a fait, en tout, 7 injections de 10 centimètres cubes chaque. Au bout de 2 mois la guérison fut complète. L'action favorable des injections était manifeste, car après chaque injection le pouls s'améliorait, la fièvre baissait un peu et l'état général devenait meilleur.

M. Pissemsky a également observé 2 cas d'affections puerpérales très graves, traités avec succès par le sérum antistreptococcique et antistaphylococcique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Ernoul (Edouard). *Du mutisme hystérique (étude historique, clinique et thérapeutique)*. N° 488. (H. Jouve.)

M. Warde (Edouard). *L'œdème hystérique*. N° 616. (H. Jouve.)

M. Chevais (Th.). *Des réflexes tendineux dans le rhumatisme chronique*. N° 599. (H. Jouve.)

M. Guinard (François-Marie). *Recherches sur l'action de l'acide lactique sur la digestion gastrique*. N° 541. (H. Jouve.)

M. Thomas (André). *Le cervelet (étude anatomique, clinique et physiologique)*. N° 396. (Steinheil.)

M. Fauquez (Raoul). *Contribution à l'étude du rein cardiaque*. N° 382. (Steinheil.)

M. Antheaume (André). *Contribution à l'étude de la toxicité des alcools et de la prophylaxie de l'alcoolisme*. N° 377. (H. Jouve.)

Le *mutisme hystérique* est souvent *associé* à des symptômes nerveux autres que les stigmates propres de l'hystérie, ce sont : l'*aphonie*, le *bégaiement*, la *surdité*, l'*agraphie* et même la *cécité*. Le *traitement* semble à M. Ernoul plus *efficace* que la plupart des auteurs ne le croient. Les meilleurs moyens que le médecin ait à sa disposition sont, en première ligne, la *suggestion* sous toutes ses formes, puis la *gymnastique vocale* qui n'est guère possible sans être associée à la première méthode. L'*électricité* est efficace dans certains cas, mais plus inconstante dans ses résultats; ces différents traitements demandent souvent à être prolongés.

Parmi les troubles trophiques de l'hystérie, l'un des plus importants est l'œdème, qui peut être de deux sortes : blanc ou bleu.

Il se développe chez des sujets à stigmates hystériques, présentant la diathèse vaso-motrice. Parmi les causes occasionnelles, M. Warde cite principalement le rhumatisme, l'intoxication oxycarbonée, les émotions, le refroidissement et le traumatisme.

Au point de vue de la pathogénie, il le considère comme le résultat d'une paralysie vaso-motrice due à l'hyperexcitabilité du pouvoir excito-moteur de la moelle, tenant elle-même, peut-être, à la diminution du pouvoir inhibiteur de l'écorce cérébrale. Il se distingue des autres œdèmes par la consistance dure, la coloration spéciale, l'absence de sérosité, l'unilatéralité, la régularité, l'hypothermie, l'anesthésie constante, l'hypertension, l'apparition et la disparition brusques, la coexistence avec la paralysie ou la contracture. Ces caractères cliniques suffisent amplement à la différencier du phlegmon diffus, de l'œdème rhumatismal, de l'érythromélalgie, de la syringomyélie, de la maladie de Morvan, de l'asphyxie locale des extrémités. Le pronostic est bénin, quand on a reconnu la nature de l'affection. Le traitement est semblable à celui qui est indiqué contre les autres accidents hystériques. Il consistera surtout dans l'emploi des antispasmodiques, des modérateurs réflexes, de l'hydrothérapie et de la suggestion hypnotique.

D'après M. Chevais l'exagération des réflexes rotuliens et radiaux est très fréquente dans le rhumatisme chronique. Elle coïncide le plus souvent avec les arthropathies et les atrophies musculaires, ainsi que les troubles trophiques de la peau et des ongles. Elle peut être plus accentuée d'un côté que de l'autre et c'est du côté où les troubles trophiques multiples sont prédominants que les réflexes tendineux présentent leur maximum d'exagération. Cette exagération plaide, ainsi que sa coïncidence avec les autres troubles trophiques en faveur de l'origine névrotrophique du rhumatisme chronique.

Des expériences qu'il a faites sur lui-même, M. Guinard conclut que l'acide lactique pris à la dose de 5 grammes puis de 10 grammes en même temps que le repas d'épreuve a diminué notablement la quantité d'acide chlorhydrique sécrété. L'influence de l'acide lactique a paru ne pas se limiter aux repas pendant lesquels il a été ingéré, mais persister et s'étendre aux repas ultérieurs. Il est donc possible que son usage répété

puisse constituer la muqueuse gastrique dans un état d'hyposécrétion plus ou moins prolongé. L'ingestion de 2 grammes ou de 5 grammes d'acide lactique une 1/2 heure avant le repas d'épreuve a paru agir de la même façon que l'ingestion de l'acide pendant le repas. La sécrétion paraît être diminuée à la fois qualitativement et quantitativement.

Se basant sur de nombreuses recherches anatomiques, cliniques et expérimentales, M. Thomas conclut que le cervelet doit être considéré comme un organe se développant comme les voies de la sensibilité avec lesquelles il entre en effet en rapport chez l'adulte par plus d'un faisceau : il enregistre des excitations périphériques et des impressions centrales et réagit aux unes et aux autres; il n'est pas le siège d'un sens particulier, mais le siège d'une réaction particulière, mise en jeu par diverses excitations : cette réaction s'applique au maintien de l'équilibre, dans les diverses formes d'attitudes ou de mouvements, réflexes, automatiques, volontaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, dit M. Fauquez, le rein cardiaque présente dans son évolution trois périodes que l'on peut désigner ainsi :

Période de congestion simple.

Période d'induration cyanotique, dans laquelle il y a hyperplasie conjonctive sans tendance à la rétraction.

Période d'atrophie et de granulations.

Le rein cardiaque, à sa phase ultime, est une véritable néphrite interstitielle; seule la topographie générale des lésions permet de le différencier de la néphrite interstitielle commune.

Au point de vue clinique.

a) Tandis que la congestion rénale légère ne modifie en rien le tableau ordinaire de l'asystolie, la congestion rénale intense imprime à ce syndrome un caractère particulier et les phénomènes urémiques, prenant le pas sur les autres symptômes de la cardiopathie, imposent le diagnostic de néphrite aiguë.

b) Le rein cardiaque scléreux se signale par des signes identiques à ceux de la néphrite interstitielle vulgaire et présente, plus ou moins complet, le tableau du mal de Bright : œdème, quelquefois localisé à la face, aux paupières, dyspnée à type de Cheyne-Stokes, albuminurie, bruit de galop.

c) Le rein cardiaque peut tuer, non seulement à sa période de sclérose, mais, dès le début, à la manière d'une néphrite diffuse aiguë. Il doit être envisagé comme une grave complication dans le cours d'une cardiopathie, et l'objectif du traitement doit être, tout d'abord, de rétablir la perméabilité rénale, et d'éviter ainsi l'attaque d'urémie qui menace la vie du malade.

D'après M. Antheaume, élève de Joffroy, dans l'état actuel de nos connaissances, l'expérimentation sur les animaux permet : 1° de mesurer, dans l'intoxication aiguë, l'équivalent toxique des alcools et de leurs impuretés, équivalent qui peut être défini : la quantité minima de matière toxique qui, contenue entièrement à un moment donné dans le sang d'un animal, tue fatalement 1 kilogramme de matière vivante; 2° d'évaluer d'une manière approximative la puissance toxique de ces mêmes substances dans l'intoxication chronique. Dans l'intoxication aiguë expérimentale, il y aura lieu de déterminer :

1° L'équivalent toxique vrai, qui mesure la toxicité vraie, c'est-à-dire la quantité de matière toxique qui est nécessaire et suffisante pour amener par elle-même la mort d'un kilogramme dans un court délai; et 2° l'équivalent toxique expérimental mesurant la toxicité expérimentale, c'est-à-dire la quantité de matière toxique qu'on peut injecter pour amener la mort d'un kilogramme d'animal, lorsqu'on continue l'injection jusqu'au moment de la mort constatée par la dernière respiration.

En matière de toxicité des alcools, le premier de ces équivalents est le seul important.

L'auteur, pour mesurer cet équivalent toxique expérimentalement propose d'introduire le liquide en expérience par la voie intra-veineuse. Les injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-péritonéales doivent être rejetées comme moins exactes. Mais il est nécessaire d'éviter les coagulations sanguines qui peuvent déterminer la mort de l'animal en expérience et vicier les résultats; cet inconvénient grave sera sûrement évité par l'addition au liquide alcoolique employé d'un excipient anticoagulant et non toxique, tel que la macération de têtes de sangsues (Joffroy et Serveaux).

Dans l'intoxication chronique on devra rechercher la puissance toxique des alcools par une méthode expérimentale différente. Il faudra recourir à l'ingestion stomacale et parfois aux injections sous-cutanées et intra-musculaires. Les résultats donnés par ces procédés seront forcément approximatifs, moins précis que ceux fournis par la méthode intra-veineuse dans l'intoxication aiguë, mais dans tous les cas très instructifs.

Des expériences faites d'après ces règles par M. Joffroy résulte que dans les boissons alcooliques fortes, le taux de l'alcool est si considérable par rapport au taux minime des impuretés que l'alcool même le plus pur (éthylique) et le moins toxique doit être surtout incriminé dans le développement de l'alcoolisme. La faible proportion des impuretés réduit leur rôle nuisible à fort peu de chose, malgré le degré élevé de leur coefficient de toxicité. Une même quantité d'alcool est d'autant plus toxique qu'elle est plus concentrée, c'est ce qui explique les boissons alcooliques fortes jouent le rôle important dans la production de l'alcoolisme. Le développement de l'alcoolisme est fonction de l'augmentation de la production et de la consommation des alcools.

La prophylaxie de l'alcoolisme doit consister essentiellement dans l'emploi de toutes les mesures susceptibles de diminuer la consommation de l'alcool; il est secondaire, à ce point de vue, d'améliorer la qualité du toxique. Le monopole de la rectification est donc une mesure inutile et qui même n'est pas exempte de dangers. Le dégrèvement des boissons alcooliques faibles et des boissons aromatiques, l'augmentation de l'impôt d'autant plus élevé que l'alcool présentera un plus grand degré de concentration, la suppression des bouilleurs de crû, la répression sévère de la fraude, la réglementation du débit des boissons et surtout la propagande privée anti-alcoolique sont les principaux moyens prophylactiques à opposer au développement de l'alcoolisme.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Bonnifay (Jean). *Du développement de la tête au point de vue de la céphalométrie depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte.*

Le développement de la tête est d'autant plus rapide qu'on le considère à une époque plus rapprochée de la naissance. Il est toujours moins rapide que celui de la taille. Il est très lent à partir de quinze ans, mais paraît se prolonger au delà de la vingtième année. Il subit des alternatives d'activité et de ralentissement. La période de plus grande activité va de la naissance à quatre ans. On note en général des périodes secondaires vers sept ans et à la puberté. Chez les sujets de même âge, on constate des variations très étendues dans les dimensions de la tête. La circonférence horizontale semble être de toutes les dimensions mesurées sur la tête celle qui subit le moins ces variations.

D'après ce que M. Bonnifay a observé, ces variations dans le volume de la tête chez des sujets de même âge ont un certain rapport avec les variations de la taille. Chez des sujets de même taille, mais d'âge différent, les dimensions de la tête sont très variables; les têtes les plus grosses appartiennent en général, mais non toujours, aux sujets les plus âgés. En dehors de l'âge et de la taille, chez des sujets d'ailleurs sains et normalement constitués, il existe d'autres facteurs qui font varier le volume de la tête. La connaissance des dimensions de la tête ne peut servir à apprécier l'âge d'un sujet que d'une façon très approximative. L'indication devient plus sérieuse si en même temps que les dimensions de la tête, on peut connaître la taille du sujet. Pour un même âge, et dans les mêmes conditions du milieu, les filles ont la tête plus petite que les garçons. Au cours de son évolution, la tête subit des modifications de détail qui ne paraissent pas porter atteinte à sa forme générale. On ne peut pas dire qu'il y ait évolution constante de la brachycéphalie vers la dolichocéphalie, ou réciproquement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. —Péritonite tuberculeuse (p. 913).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Décubitus acutus comme complication de la symphyséotomie. — Hydrocéphalie intra-utérine dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (p. 920). — Pigmentation de la peau au cours de la grossesse. — Accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. — Pathogénie de l'éclampsie puerpérale. — Mortalité infantile dans le département de la Vienne. — Puériculture pratique. — Traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air. — Influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant (p. 921). — Soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né. — Ictère chez les nouveau-nés syphilitiques. — Moyens destinés à évaluer le volume du fœtus dans la cavité utérine. — Procédés de mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine (p. 922).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Méningite à forme subaiguë. — Un cas de gliome volumineux du cervelet (p. 922). — Irritation spinale. — Artério-sclérose et système nerveux. — Fracture de la cinquième vertèbre cervicale (p. 923).

MÉDECINE PRATIQUE. — Accidents dus à l'emploi de l'antipyrine (p. 923). — Traitement de la dysenterie des pays chauds par l'écorce de simarouba. — Morphine (p. 924).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse,

Par le Dr Gabriel Maurange.

Il est aujourd'hui reconnu que la péritonite tuberculeuse relève fréquemment du traitement chirurgical. A la suite de l'opération, les guérisons sont assez nombreuses pour la légitimer, bien que nous n'ayons pas encore pénétré par quel mécanisme cette terminaison heureuse se produit. Dans un premier mémoire (1) sur la question, publié en 1889, nous avions établi nos conclusions sur 71 cas : dans le cours de ces 8 ans, c'est par milliers que se comptent les observations. Les documents ne manquent donc pas pour se faire dès maintenant une opinion sur les indications, la technique et les résultats de l'acte chirurgical : ce sont les points que nous nous proposons d'examiner au cours de cet article, à propos duquel nous ne reviendrons pas sur la partie historique, après nous tant de fois refaite, désireux de nous limiter à l'exposé de l'état actuel de la question.

I

Il est hors de doute que la péritonite tuberculeuse, avec ou sans ascite, est curable spontanément ou sous l'influence d'un traitement médicamenteux, diététique et hygiénique. Des faits nombreux (Boulland, Peter, Le Gendre, Du Cazal, Millard, Rendu (2), etc.), auxquels ne manque même pas le contrôle bactériologique, sont là pour l'attester : les médecins et les chirurgiens d'enfants connaissent surtout bien cette tendance naturelle à la guérison (Marfan, Jalaguier). Mais dans quelle mesure peut-on compter sur cette évolution favorable, c'est ce qu'il est difficile d'établir. Si nous consultons les anciens cliniciens, nous voyons qu'ils considèrent la tuberculose du péritoine, comme une maladie grave se terminant fréquemment par la mort (Boulland). De recherches faites dans le but de déterminer la mortalité avec le seul traitement médical, Yarochewski (1) croit pouvoir conclure qu'elle s'élève de 40 à 55 p. 100, tandis qu'elle serait abaissée à 4 p. 100 par le traitement chirurgical. Ces chiffres n'ont sans doute pas de valeur absolue : mais il est intéressant de les rapprocher de l'opinion qui se dégage à cet égard des discussions récentes de la Société médicale des hôpitaux, dont la majorité paraît, en décembre 1895, gagnée à l'intervention chirurgicale, devant l'insuffisance fréquente de la médication interne.

Sans dire en effet avec O'Callagham (2) que toutes les péritonites tuberculeuses doivent être ouvertes, il faut convenir que le nombre de celles qu'on opère légitimement s'accroît chaque jour. Il en est de la péritonite comme de l'appendicite, pour laquelle le bistouri n'est plus seulement l'*ultima ratio*, mais obéit à des indications que l'accumulation des faits rend chaque jour plus précises.

Cette terminaison spontanée se fait généralement par résolution : l'ascite, après avoir subi quelques fluctuations, finit par disparaître définitivement : les masses tuberculeuses plus ou moins enkystées, simulant parfois de véritables néoplasmes, se résorbent, comme dans le cas rapporté par Bouilly (3). On voit encore la péritonite rétrocéder et la tuberculose poursuivre son évolution. Une de nos malades, âgée de 42 ans, ayant une tumeur très apparente dans la fosse iliaque droite, alla solliciter l'avis de six chirurgiens et deux médecins des hôpitaux. Les premiers diagnostiquèrent un kyste de l'ovaire, un pyosalpynx, de la cellulite pelvienne, et, la grosseur ayant gagné la ligne médiane, une tumeur du mésentère; les seconds, un cancer du côlon. Elle refusa toute intervention. Dix-huit mois après, sans aucun traitement actif, le ventre était redevenu souple; il était impossible, malgré l'amaigrisssement de la malade, de délimiter la moindre tumeur. En même temps, s'étaient développés, vers la base droite, des signes non douteux d'infiltration pulmonaire, aux progrès de laquelle elle succombait en 2 ans.

D'autres fois la peau s'amincit, au voisinage de l'ombilic : le contenu purulent ou caséeux s'évacue; une fistule s'établit et dans quelques cas heureux s'oblitère : telles sont les observations de Siredey et Comby (4) de Hochaus (5), de Landouzy (6) et celle plus récente de Glück (7). Mais ce sont là des cas exceptionnels et qui n'ont d'autre intérêt que leur rareté.

Déjà la question se limite : s'il faut escompter l'effort de l'organisme et simplement le seconder, lorsqu'il y a des éléments suffisants de résistance comme chez l'enfant, il faut intervenir dès que la lutte devient inégale. En outre, il faut avoir présents à l'esprit les faits où une expectation trop prolongée, même justifiée par la rétrocession partielle des symptômes péritonéaux, a permis l'infection secondaire du poumon. On sait en effet, et nous avons cité des observations très démonstratives à cet égard dans notre travail inaugural, et bien d'autres après nous, que la laparotomie a pu favoriser la régression des lésions

1. G. Maurange, De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse (th. de Paris, 1889).
2. *Soc. méd. des hôpitaux*, octobre et décembre 1893.

1. Yarochewski, *Soc. des méd. de Kiew*, avril 1896; *Presse méd.*, CCXVIII, 1896.
2. O'Callagham, *Trans. of R. Acad. of med. of Ireland*, 1889, p. 1611.
3. Bouilly, *Soc. de chir.*, 18 octobre 1893.
4. Cités dans la thèse d'Alleaume (th. de Paris, 1894).
5. Hochaus, *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1887.
6. Landouzy, *Sem. méd.*, 2 juin 1891.
7. Glück, *Soc. med. de Berlin*, 10 juin 1896.

pulmonaires lorsqu'elles étaient limitées aux lobes inférieurs. Enfin, comme le professe Jalaguier, et comme on l'a dit à la Société médicale des hôpitaux (1), il faut opérer aussi pour cette raison qu'on augmente les chances de guérison des malades : mais devons-nous encore préciser dans quelle mesure et sous quelles conditions.

A un moment où la question était de date récente, nous avions cru devoir poser les indications suivantes : l'aggravation de la péritonite, malgré un régime sévère; l'augmentation de l'ascite, l'amaigrissement, les vomissements, la fièvre vespérale, l'apparition dans la plèvre d'un épanchement peu abondant. M. Jalaguier (2), M. Legueu (3) nous ont objecté avec raison, qu'attendre l'apparition des symptômes fébriles pour prendre le bistouri, était une condition peu favorable de succès. D'autre part, nombre de chirurgiens préconisent l'intervention dès que le diagnostic est posé (A. Poncet (4), J. Israël (5), König (6), etc.).

Cette doctrine va à l'encontre des recherches expérimentales de Gatti (7) qui a démontré que la laparotomie restait sans effet tant qu'il n'y avait pas de tubercules bien développés : lorsqu'on intervient dans ces cas, la tuberculose péritonéale poursuit son évolution. C'est ainsi qu'il faudrait interpréter les observations de Cecherelli (8), Bantock (9), Parker Sims (10), Kocks (11), Kelly (12), Alexandroff (13), Wheeler (14), Montaz (15), Chrobak (16), dans lesquelles les malades ont récidivé, et guéri seulement après une seconde et même une troisième intervention.

A l'exemple de Jalaguier, nous pensons qu'on ne peut établir de règle générale. Chaque cas devra être jugé sur les éléments fournis par un examen clinique minutieux. L'état général, le degré de dissémination des lésions tuberculeuses, les troubles fonctionnels, les formes et les origines de la péritonite devront entrer en ligne de compte dans la discussion du traitement.

Dans l'examen de l'état général, il faut tenir grand compte de l'âge du sujet, la péritonite tuberculeuse guérit en effet bien plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte : les antécédents morbides, la détermination de la voie d'entrée de l'infection, lorsqu'elle est possible, doivent être attentivement considérés. Nous reviendrons au reste plus tard sur ce point.

Il peut arriver, même chez l'adulte, que la péritonite évolue à l'état de manifestation isolée : le malade fait les frais de sa lésion : n'intervenez qu'après démonstration de l'insuffisance du traitement médical. Au surplus, la plupart des opérations tentées dans ces cas, le plus souvent par suite d'une erreur de diagnostic, n'ont donné que des succès. Aussi comprend-on que l'intervention précoce ait de convaincus partisans.

D'autres fois il y a de l'amaigrissement et de la fièvre. L'amaigrissement, tant qu'il n'est pas arrivé au degré extrême de la cachexie, est une indication même en l'absence de fièvre, surtout s'il y a simultanément aggravation des phénomènes locaux. Quant à la fièvre, Pic la regardait comme une contre-indication formelle et conseillait de ramener, avant toute intervention, la température à la normale par une thérapeutique appropriée. Cette doctrine est excessive : car s'il est favorable d'opérer dans l'apyrexie, fréquemment la laparotomie fait baisser la fièvre : les cas d'Israël, de Bumm (1) de Jalaguier et de bien d'autres chirurgiens ont surabondamment établi le fait.

L'état du pouls est très important. Un pouls à 70 permet d'attendre, ou est une condition de succès : à 100 il commande l'intervention; à 120, ou bien il est une contre-indication, ou il assombrit singulièrement le pronostic immédiat de l'opération.

Plus important est le fait de la dissémination des lésions tuberculeuses. Il va sans dire que, dans les cas de granulie, la péritonite qui survient à l'état d'épiphénomène, doit être respectée. En dehors de ces circonstances peut-on poser une règle générale ? (Et ici il faut surtout envisager l'état du poumon.) Les uns (Spæth) (2) estiment que la tuberculose pulmonaire est une contre-indication absolue. D'autres, Kümmel (3), Parker Sims, Schwartz (4), la regardent comme une indication de plus, l'amélioration des lésions thoraciques étant pour eux habituelle après la laparotomie. Valenta von Marchthurn (5) a examiné ses malades à ce point de vue : sur 19 opérés, 11 présentaient des signes de tuberculose pulmonaire, 2 ont complètement guéri, 6 ont quitté l'hôpital en apparence guéries, 3 sont mortes. Pic (6) a tenté de donner une formule générale. Si le malade, dit-il, est plus péritonéal que pulmonaire, opérer; s'il est plus pulmonaire que péritonéal, s'abstenir. Mais il faut serrer la question de plus près.

La tuberculose par continuité, de péritoine à plèvre (Godelier, Fernet), se traduisant par quelques frottements, un épanchement peu abondant, voire même quelques râles localisés à la base d'un des poumons, loin d'être un obstacle à l'intervention, est une indication pressante (Routier). L'infiltration a-t-elle gagné un lobe entier, trouve-t-on des râles disséminés dans toute la poitrine, des deux côtés; y a-t-il un épanchement moyen dans la plèvre (Terrier) (7), la laparotomie dans quelques cas heureux, amènera une amélioration temporaire des phénomènes pulmonaires, le plus souvent elle donnera un coup de fouet à la maladie thoracique (A. Poncet). Et encore ici il faut distinguer entre l'enfant et l'adulte : le premier a des facultés de réparation tellement actives que, sauf le cas de granulie, avec grandes oscillations thermiques, pouls à 160, on peut toujours espérer la guérison.

En somme, ce n'est pas encore tant la gravité que l'*étendue* des lésions qu'il faut considérer : on peut voir guérir des malades avec une caverne moyenne dans un de leurs sommets : il est rare que des lésions bilatérales ne dépassant pas le premier ou le second degré soient améliorées par l'intervention. En ce sens la pleurésie est une contre-indication formelle.

1. *Soc. méd. des hôpitaux*, 4 décembre 1895.
2. Jalaguier, *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 539.
3. Legueu, *Sem. méd.*, 1894, p. 65 et suiv.
4. A. Poncet (th. de Pic, Lyon, 1890).
5. J. Israël, *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1896, n° 1, p. 5.
6. König, *Centralbl. für Chir.*, 1890; *Ibid.*, 1894.
7. Gatti, *Arch. f. klin. Chir.*, LIII, 3 et 4.
8. Cecchereli, *Sem. méd.*, 1889, p. 129.
9. Bantock, *the Lancet*, 1887, t. I, p. 569.
10. Parker Sims, *New York med. Journ.*, 1891, p. 141.
11. Kocks, *Americ. J. of obstetrics.*, 1891, p. 1392.
12. Kelly, *Univ. med. Magaz.*, 1889, p. 400.
13. Alexandroff, *Wratch*, n° 6, 1891, p. 165.
14. Wheeler, *Bost. med. Journ.*, 1890, t. II, p. 241.
15. Montaz, *Méd. mod.*, 16 mai 1894.
16. Chrobak, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, p. 107.

1. Bumm, cité par Routier.
2. Spæth, *Centralblatt f. Chir.*, 1889, p 656; *Deutsch. med. Woch.* 16 mai 1895.
3. Kümmel, *Deutsch. med. Woch.*, 1889.
4. Schwartz, *Wien. med. Woch.*, 1887, p. 498.
5. Valenta von Marchturn, *Wien. klin. Woch.*, 1897, n° 9, p. 206.
6. Pic, Valeur de l'intervention chirurgicale dans les périt. tuberculeuses, généralisées et localisées (th. de Lyon, 1890).
7. Terrier, cité par Legueu.

En d'autres termes, sauf les cas d'urgence absolue (obstruction), le traitement chirurgical de la péritonite, envisagé dans ses rapports avec la tuberculose thoracique, ne trouve ses indications que chez les pulmonaires *récents* ou *chroniques* à lésions circonscrites à un côté, mieux à une base. Une évolution *subaiguë* ou *bilatérale* doit faire écarter résolument toute tentative opératoire

La tuberculose du rein avec albuminurie, hématuries, est toujours une contre-indication formelle : tout au plus est-on, dans ces cas, autorisé à évacuer l'épanchement lorsqu'il est très abondant.

L'entérite tuberculeuse au contraire n'empêchera pas le chirurgien d'intervenir, sauf à son degré extrême. Si l'on ne peut, après les travaux de Marfan (1), admettre avec Kœnig, que les lésions intestinales préexistent toujours à la péritonite, elles sont encore assez fréquentes (J. Israël) et, comme le fait remarquer judicieusement Legueu, difficiles à dépister au milieu du syndrome abdominal. Chez un grand nombre de malades, on note la diarrhée dans les antécédents morbides et fréquemment on la voit cesser après l'opération. Dans certains cas on a pu même constater *de visu* l'existence des ulcérations bacillaires de la muqueuse intestinale, et malgré cela la guérison est survenue (J. Israël).

La tuberculose concomitante des annexes est une indication très nette de l'intervention (Delbet). Si dans quelques cas que Cruveilhier avait décrits sous le nom d'ascite des jeunes filles, attribuant aux poussées congestives de la formation l'origine d'une lésion qu'on sait aujourd'hui dépendre d'une bacillose des trompes (Marfan, Bouilly), la maladie peut évoluer spontanément vers la guérison, le plus souvent il n'en est rien. Il y a donc intérêt à enlever, dès qu'on les soupçonne atteints, les ovaires et les trompes qui sont la cause de l'infection péritonéale (Bouilly, Picqué).

Quant aux autres manifestations tuberculeuses locales, fréquentes chez l'enfant, gommes de la peau, adénites cervicales, elles ne constituent une contre-indication à la laparotomie que si elles sont suppurées. Sauf le cas d'urgence absolue, on ne doit pas en effet intervenir du côté du péritoine chez les enfants qui font du pus.

Enfin, il est un fait d'observation, c'est que la laparotomie, sous les réserves que nous avons indiquées, est presque toujours suivie d'une amélioration sensible de durée variable, même chez les sujets qui ne doivent pas guérir. On voit donc, somme toute, qu'il n'y a qu'un très petit nombre de contre-indications absolues fournies par l'examen de l'état général : dans quelle mesure les troubles fonctionnels, les lésions locales, commanderont-ils l'intervention ?

Les douleurs pendant la période intestinale de la digestion, quelques rares vomissements sont insuffisants pour justifier un traitement chirurgical. Les vomissements fréquents, au contraire, spécialement les vomissements alimentaires survenant 2 et 3 heures après le repas, même en l'absence d'autres indications, légitiment la laparotomie : il en est de même de la diarrhée qui ne cède pas rapidement aux moyens médicamenteux habituels. Car ce sont là pour les malades des causes de dénutrition rapide, auxquelles il importe de mettre un terme. La constipation opiniâtre avec un état général passable permet d'attendre; mais elle doit être surveillée avec soin, car elle est fréquemment la période prémonitoire de phénomènes d'obstruction intestinale, accident fréquent dans la péritonite tuberculeuse.

1. Marfan, *Presse méd.*, 1894, 28 avril.

Cette occlusion, qui naturellement est une indication impérative de l'intervention, peut être causée, d'après Lejars (1), par une bride, une coudure, l'agglutination en paquets de plusieurs anses, ou simplement par une paralysie intestinale. Le diagnostic se fait généralement au cours de l'opération. Dans quelques cas les phénomènes d'étranglement ont même été le premier signe de la péritonite. La paralysie intestinale peut survenir à toute époque. Elle est généralement marquée par des accidents très aigus (Poupon). Elle échappe à l'action chirurgicale : néanmoins on a vu la fonction se rétablir spontanément après la laparotomie. L'occlusion par bride serait fréquente dans la forme fibreuse de la péritonite, l'occlusion par agglutination serait particulière à la forme ulcéreuse. Mais ces divisions n'ont rien d'absolu.

Ceci nous amène à parler des *formes* de la péritonite tuberculeuse.

Nous éliminons tout d'abord de cette étude les péritonites localisées (périhépatite, périsplénite, pelvipéritonite, péritonite herniaire, pérityphlite) qui tirent une physionomie spéciale du voisinage des viscères intéressés. Elles se présentent généralement sous la forme d'une poche enkystée mono- ou multiloculaire, renfermant un liquide séreux ou purulent (Marfan). Nous ne nous occuperons ici que des péritonites généralisées.

Quelques auteurs (Aldibert) (2) ont considéré de nombreuses variétés. Certes la classification anatomo-pathologique d'Aldibert est ingénieuse et présente un très grand intérêt; elle éclaire singulièrement le pronostic post-opératoire. Mais, en clinique, le problème gagne à être simplifié. Marfan, Jalaguier admettent une forme miliaire aiguë et une forme chronique (ascitique, ulcéreuse, fibro-adhésive : Jalaguier; ascitique pure, fibro-caséeuse, avec ou sans ascite, fibro-adhésive : Marfan). En nous plaçant au seul point de vue des indications opératoires, il nous paraît possible de réduire ces formes complexes à deux types : la péritonite *sèche* (3), la péritonite avec *épanchement*. La discussion y puisera des éléments de clarté.

Examinons d'abord le cas de la péritonite avec épanchement.

La majorité des chirurgiens est d'accord pour regarder l'ascite libre ou enkystée comme une indication opératoire. La critique attentive des observations montre que cette opinion est contestable. Kœnig, en 1894, va même plus loin et la regarde comme une contre-indication. D'abord, chez l'enfant, la péritonite avec ascite peut guérir spontanément. L'ascite paraît fréquemment l'expression de la résistance du sujet. N'a-t-on pas découvert dans le liquide épanché une substance ayant manifestement une action bactéricide (Gatti) ? Et cela est si vrai que si l'on compare, au point de vue clinique, la gravité des péritonites *sèches* avec celle des péritonites ascitiques, on voit que les premières impliquent toujours un pronostic plus sévère. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des péritonites sèches d'emblée et non de celles qui ont été autrefois ascitiques. Ces dernières, forme fibreuse de Jalaguier et de Rœrsch (4), sont au contraire les plus

1. Lejars, Occl. intestin. au cours de la périt. tuberculeuse (*Gaz. des hôpit.*, 8 décembre 1891, n° 142).

2. Aldibert, Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (th. de Paris, 1892, n° 139).

3. Dans la péritonite *sèche*, la plupart des auteurs distinguent une variété à tendance fibreuse et une variété à tendance fibro-caséeuse. C'est seulement cette dernière forme que nous désignons sous le nom général de péritonite sèche : la première représentant une tuberculose péritonéale, dont l'ascite est résorbée ou en voie de résolution, doit être rangée dans les péritonites avec épanchement.

4. Rœrsch, *Rev. de chirurgie*, juillet 1893.

bénignes; sans qu'on puisse déterminer autrement que par l'hypothèse de Gatti le rôle d'atténuation joué par l'ascite antérieure.

En réalité, l'ascite n'est une indication opératoire que si l'état général est médiocre, ou mieux que si le sujet (le plus souvent adulte) paraît inférieur à la tâche de réparation à accomplir. Elle est ausssi une indication pressante, lorsqu'elle est symptomatique ou contemporaine d'une lésion tuberculeuse des annexes : sur ce point nous sommes d'accord avec Bouilly, pour préconiser l'intervention précoce.

Au point de vue des résultats, c'est dans cette forme ascitique que les succès sont les plus nombreux. Il va sans dire que la forme enkystée est plus avantageuse que la forme généralisée; les formes chroniques que les formes subaiguës. Mais même dans les cas de péritonite miliaire, lorsqu'il y a un liquide abondant, la guérison est fréquente, ce qui montre bien l'importance de la production de l'ascite dans l'évolution de la maladie. Il est difficile de donner ici des chiffres certains : 93,8 et 100 p. 100 chez l'enfant, 71 et 76 p. 100, chez l'adulte (Aldibert), pour ne donner qu'une statistique, indiquent une proportion au-dessous de la réalité. On n'a qu'à parcourir les publications de ces dernières années pour se rendre compte que dans ces cas la guérison — qui souvent se serait produite spontanément — est pour ainsi dire la règle. Le succès peut donc justifier l'intervention.

Lorsque l'épanchement est purulent il faut évidemment l'évacuer au plus tôt. S'il est très abondant, il s'agit rarement d'une péritonite tuberculeuse pure : habituellement d'autres facteurs sont intervenus : le bacterium coli, le pneumocoque, le streptocoque ou même le staphylocoque. La suppuration se révèle alors par des signes qui appartiennent beaucoup plus au processus associé qu'à l'affection tuberculeuse. Mais le plus souvent, le pus est renfermé dans des loges formées par l'agglutination des masses intestinales et l'aspect clinique se rapproche alors de celui de la péritonite sèche.

Là, contrairement à l'opinion ancienne, il faut *toujours* opérer : car l'intervention est en effet à peu près le seul moyen de salut qui reste au malade. Examinons le pronostic de la forme ulcéreuse de Grisolle, ulcéro- ou fibro-caséeuse de Marfan : c'est la « phthisie péritonéale », dont les lésions ont une tendance constante à l'aggravation et qui se termine le plus souvent par la septicémie chronique et la mort. Cette évolution est pour ainsi dire, fatale chez l'adulte : chez l'enfant, elle peut avoir des périodes de rémission, et Marfan ajoute que la guérison complète peut se produire quelquefois. Mais ce sont là des faits exceptionnels, sur lesquels on ne peut compter. On peut dire que la régression fibreuse spontanée de la forme ulcéreuse est une rareté pathologique.

Que dire de la forme miliaire aiguë? Sur deux opérées citées par Aldibert, il y a sans doute eu deux morts : mais l'une des malades, celle de Ross a été nettement améliorée pendant 15 jours et n'a succombé qu'aux progrès de la généralisation. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir défendre l'intervention même dans ces cas. Au surplus, de nombreuses observations montrent que la forme miliaire subaiguë est curable par la laparotomie. Citons les cas de Schmitz (1), de Le Bec (2), Montgomery (3), etc. Nous-même nous avons vu deux cas dans lesquels le chirurgien est intervenu pour des phénomènes d'occlusion et où le péritoine était entièrement couvert de granulations tuberculeuses. Les deux malades ont guéri.

Quant à la forme ulcéreuse proprement dite, avec fausses membranes, suppurations localisées, néoplasies tuberculeuses, granulations disséminées, les résultats favorables sont plus nombreux que dans la variété précédente, et par conséquent commandent plus impérieusement l'intervention. M. Jalaguier, qui a bien voulu nous communiquer sa statistique personnelle, est d'un autre avis. Il n'a observé aucun cas de guérison après laparotomie. L'opération lui a paru même avoir agi défavorablement sur l'évolution de la tuberculose péritonéo-intestinale : 3 fois sur 4 il y a eu formation secondaire d'une fistule stercorale (1).

L'objection a sa valeur d'autant plus que le fait de la fistule stercorale est encore assez fréquent. Nous en avons observé nous-même un cas personnel; Czerny (2), Chaput (3), Demmler (4) ont signalé cette complication. Mais est-ce une raison suffisante pour s'abstenir? M. Jalaguier, se basant sur une série malheureuse, pense que l'opération a agi défavorablement sur l'évolution ultérieure de la maladie. Cela est loin d'être démontré. En effet, dans la forme ulcéreuse, la fistulisation spontanée est presque aussi souvent notée chez les malades soumis exclusivement au traitement médical. D'autre part les faits de guérison après la laparotomie deviennent chaque jour plus nombreux. Citons les cas de Cecherelli, Jacobs (5), Bouilly, Terrillon (6), Jordan, Schmalfuss (7), Schmitz, Wright (8), Aldibert (9), Hedrich (10), Walker et Hartley (11) (ces deux derniers avec fistule), Accolas (12), Conitzer (13), J. Israël (14), etc. Au surplus, les indications opératoires ne sont pas uniquement basées sur le succès, mais seulement sur l'augmentation des chances de guérison données aux malades. Il n'est pas douteux que la laparotomie ait fréquemment cette influence heureuse : voilà pourquoi, il convient, adoptant la doctrine de la Société médicale des hôpitaux, d'y avoir recours même dans ces cas qui paraissent les moins favorables.

Nous avons jusqu'ici peu parlé de la *marche* de la péritonite, car la question a moins d'importance après les considérations qui précèdent et que nous résumons. Dans la granulie avec prédominance de phénomènes péritonéaux il va sans dire qu'on doit s'abstenir. Dans les formes subaiguës, même s'il y a de la fièvre nous avons vu qu'il fallait au contraire opérer. Dans les formes chroniques, on se guidera sur ce que nous avons dit à propos de l'ascite.

1. Schmitz, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1891, p. 427.
2. Le Bec, *in* thèse d'Aldibert.
3. Montgomery, *Trans. of Americ. Assoc. of obstetr.*, 1888, p. 45.

1. Disons cependant que l'opinion défavorable de M. Jalaguier est dans une certaine mesure corroborée par les recherches de Gatti : cet auteur a montré en effet qu'à la période de caséification, il pouvait y avoir arrêt dans l'évolution de la maladie, mais que, dans aucun cas, il n'y avait résorption des matières caséeuses.
2. Czerny, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1890, n° 31.
3. Chaput, cité dans la thèse d'Elmassian (Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, Paris, 1890, p. 31).
4. Demmler, *Soc. de chir.*, 3 janvier 1894.
5. Jacobs, *la Clinique*, 1890, 3 juillet, p. 418.
6. Terrillon, *Sem. méd.*, 15 octobre 1890, et *in* thèse d'Elmassian (Utilité de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse sèche).
7. Schmalfuss, cité par Maurange.
8. Wright, *the Lancet*, 1891, t. I, p. 364.
9. *Loc. cit.*, obs. XLII, p. 152.
10. Hedrich, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1er août 1890, p. 30.
11. Walker et Hartley, *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 136.
12. Accolas, *Congrès de chirurgie*, 1894.
13. Conitzer, *Soc. méd. de Hambourg*, juin 1893.
14. *Loc. cit.*, Ce dernier avec 4 succès sur 4 cas.

II

Comment doit-on opérer ? Trois méthodes sont en présence, la ponction suivie ou non d'injections modificatrices, la laparotomie et, chez la femme, la cœliotomie vaginale.

La ponction simple est condamnée par tous les chirurgiens sans exception : elle a de nombreux inconvénients : elle expose à la blessure de l'intestin et à l'infection, elle peut à elle seule entraîner la mort (Montaz). Elle a cependant à son actif quelques guérisons.

La ponction suivie de lavage a été surtout recommandée par Debove (1) et après lui par ses élèves Brühl (2) et Mathis (3). Après évacuation du liquide, on fait un lavage avec une solution boriquée concentrée (Cecherelli, Debove, Monnier) (4) ou simplement et mieux avec de l'eau stérilisée chaude à 48° (Caubet) (5), Cellier) (6). On a proposé encore après la ponction, à titre d'injection modificatrice, l'éther iodoformé (Truc) (7), la vaseline iodoformée (Maurange), le napthol camphré (Berger, Rendu) (8), (Guignabert) (9), (Alleaume) (10).

Ce dernier moyen a été seul mis en pratique. Après évacuation de l'ascite, M. Rendu injecte le contenu de 5 seringues de Pravaz de naphthol camphré. Il y a une légère réaction péritonéale que Catrin (11) pense prévenir en laissant une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Cette méthode, employée avec succès dans 7 cas (Rendu : 4 cas ; Berger, Catrin et Spillmann 12) : chacun un cas), a donné un cas de mort chez un enfant entre les mains de Netter (13). D'après Le Gendre (14), la mort se produit, dans ces cas, avec des accidents semblables à ceux qu'occasionne l'injection de naphthol camphré dans le péritoine de cobayes sains. Le procédé de M. Rendu paraît donc ne devoir être appliqué qu'aux péritonites tuberculeuses à marche chronique, avec liquide abondant, c'est-à-dire dans le cas où le pouvoir d'absorption de la séreuse est réduit au minimum.

MM. Kirmisson et Pinard (15) ont eu recours aux injections intrapéritonéales de sérum de chien, dans un cas où la récidive survint après la laparotomie. L'enfant guérit, mais, outre que le fait est unique, il est difficile de distinguer la part qui revient au sérum et celle qui revient à la laparotomie (Legueu).

La même observation s'applique à trois faits d'ascite tuberculeuse, dus à Schede (16), dans lesquels la guérison fut obtenue sous l'influence des injections de tuberculine.

Enfin, partant de cette idée théorique que la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie était due à l'action de l'air sur la séreuse malade (Lauenstein) (1), Von Mosetig-Moorhof (2) propose d'insuffler de l'air stérilisé dans la cavité péritonéale. Cet auteur a obtenu un succès dans un cas où il y avait eu récidive après laparotomie. Après lui, Follet (de Lille) (3) répéta cette opération avec succès dans 4 cas consignés dans la thèse de son élève Lenoir (4). En y joignant un cas de Duran de Barcelone (5) et un cas de W. Nolen (6), nous avons en tout 7 observations avec 7 succès. Le procédé mérite donc d'être pris en considération : il serait intéressant de voir se poursuivre cette série de bons résultats.

De ces méthodes, nous rapprocherons le cas de Whittier (7) qui, après 3 ponctions, pratiqua dans la paroi abdominale une ouverture suffisante pour passer un gros drain à frottement, dont l'orifice externe se continuait avec un long tube de caoutchouc plongeant par son extrémité dans un récipient à moitié rempli d'acide phénique : la guérison était complète au bout d'un mois. De son côté, Casati (8) pratique une simple boutonnière par laquelle il introduit une mèche de gaze qu'il laisse en place pour augmenter l'action leucocytaire.

La ponction suivie de lavage, d'injection modificatrice, d'insufflation d'air stérilisé, de l'introduction d'un drain ou d'une mèche, peut-elle être érigée en méthode générale de traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse ? Nous ne le pensons pas. Car elle ne peut convenir qu'aux formes ascitiques avec un liquide *libre* dans la cavité et simplement séreux. Or, ces péritonites sont rares : presque toujours, même dans les cas les meilleurs, il y a des adhérences réunissant les anses intestinales entre elles ou avec la paroi. On peut donc toujours redouter la blessure de l'intestin, accident dont la gravité est moins grande avec la laparotomie qu'avec la ponction. Quant aux lavages que l'on peut faire par l'intermédiaire d'un trocart, ils nous laissent sceptiques : dans les cas où la méthode a réussi, nous doutons avec Aldibert que le lavage ait eu dans ces succès la part que l'on croit. Il serait facile de réunir un nombre respectable de faits de guérison par la ponction simple : qui penserait en faire le point de départ d'une application générale du traitement de la péritonite bacillaire ?

L'injection de naphthol camphré qui, ailleurs, se comporte comme un merveilleux modificateur des tuberculoses locales, est plus défendable : il ne faut pas néanmoins oublier qu'elle a à son passif au moins un décès. Elle doit donc être pratiquée à notre avis sous toutes réserves et seulement si la laparotomie est refusée. Quant à l'insufflation d'air, les faits publiés sont encourageants, mais non encore assez nombreux pour qu'on puisse se former sur son efficacité une opinion suffisamment éclairée. Elle est néanmoins passible des reproches généraux faits à la ponction. Nous ne parlons pas des procédés de Whittier et de Casati, qui comportent un pronostic plus grave que la laparotomie, qui est évidemment la méthode de choix et que nous allons maintenant étudier.

Comment doit-on pratiquer la laparotomie ?

1. Debove, Traitement de la péritonite tubercul. (*Sem. méd.*, 1890, p. 382).
2. Bruhl, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 1137.
3. Mathis, th. de Paris, 1890.
4. Monnier, *Rev. de clin. et de thér.*, 11 novembre 1891.
5. Cellier, thèse de Toulouse, 1895-1896.
6. Truc, th. d'agrégat., Paris, 1886.
7. Caubet, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 décembre 1895.
8. Rendu, *Soc. méd. des hôpit.*, in *Sem. méd.*, 1895, p. 212.
9. Guignabert, th. de Paris, 1893.
10. Alleaume, th. de Paris, 1894.
11. Catrin, *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1895.
12. Spillmann, *Méd. méd.*, 17 octobre 1894.
13. Netter, *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1895. L'autopsie a démontré qu'il ne s'agissait point dans ce cas de péritonite tuberculeuse mais d'une cirrhose du foie : le fait ne doit pas moins être retenu au passif de la méthode des injections de naphtol camphré.
14. Le Gendre, *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1895.
15. Pinard et Kirmisson, *Congrès de la tuberculose*, 1891 ; *Soc. méd.*, p. 313.
16. Schede, *Soc. méd. de Hambourg*, avril-mai, 1893.

1. Lauenstein, *Centralbl. f. klin. chir.*, 1890, Band. XXII, n° 42.
2. Von Mosetig-Moorhof, *Wien. med. Presse*, 1er janvier 1891 et 2 juillet 1898.
3. Follet, *Méd. mod.*, 1894 et 1895.
4. Lenoir, th. de Lille, 1895-1896.
5. Duran, *Méd. mod.*, 3 mars 1894.
6. W. Nolen, Ein nieuwe methode van behandeling der exsudatieve tuberculose peritonitis (*Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde*, 1893, n° 23).
7. Whittier, Cité par Aldibert, *loc. cit.*, p. 40.
8. Casati, *Ae. de méd. de Ferrare*, 15 décembre 1896.

L'incision sera médiane et sous-ombilicale, même si le foyer paraît circonscrit et latéral, à condition bien entendu que la peau n'ait pas pris part au processus inflammatoire. Dans la forme ascique enkystée, l'incision sur la collection elle-même a rendu généralement plus laborieux l'accès de la tumeur. En tous cas, doit-on inciser avec une extrême prudence, particulièrement dans la forme sèche; car souvent les plans sont fusionnés, ils sont abondamment vascularisés et, dans quelques cas, le péritoine pariétal, très épaissi, a perdu sa coloration et son aspect normaux. Enfin l'intestin adhère quelquefois d'une façon si intime avec la paroi que les chirurgiens les plus expérimentés ont pu le blesser. Nous avons noté cet accident 11 fois dans les observations.

Ce pas franchi, que faut-il faire? Evacuer le liquide le plus complètement possible, respecter les adhérences, ne chercher à extirper les néoplasies tuberculeuses, à énucléer les ganglions caséeux, ou à réséquer l'épiploon que si ces opérations paraissent faciles. Le doigt explorera le mieux possible, c'est-à-dire avec le minimum d'effraction, la cavité abdominale, le petit bassin, et s'il trouve du pus collecté, ouvrira la loge le contenant, en procédant toujours avec une extrême circonspection, sous peine de s'exposer à une perforation de l'intestin (Démosthène) (1). Les parois kystiques seront suturées ou drainées suivant les cas, de façon à ne pas laisser des cavités béantes qui, sans cette précaution, deviendraient l'origine d'une fistule. Il faut s'abstenir surtout de manipulations trop fortes (Margarucci) (2). Les annexes malades seront enlevées, car elles peuvent avoir été le point de départ de la tuberculose péritonéale (Bouilly) ou devenir l'amorce d'une récidive. Cependant si cette ablation était rendue trop laborieuse à cause des adhérences, il vaut mieux s'abstenir : la clinique démontre que même dans les cas d'intervention incomplète, la guérison a pu être obtenue (Boari) (3).

On procède ensuite à la toilette du péritoine.

Cette toilette sera pratiquée au moyen d'éponges, de tampons d'ouate entourés de gaze ou de compresses montées sur des pinces. Quelques chirurgiens (Kümmel) frottent la surface péritonéale avec violence : le plus grand nombre se contentent d'attouchements légers sous l'action desquels se détachent aisément les fausses membranes incomplètement organisées, les lambeaux flottants, les magmas caséeux.

Cette manœuvre peut suffire lorsqu'il n'y a pas d'exsudat ou lorsqu'il n'est pas purulent. S'il y a du pus, il faut pratiquer en outre le lavage de la cavité abdominale : car c'est le seul moyen de faire une toilette à peu près complète de la séreuse. Il ne faut, en effet, envisager le lavage que comme un moyen mécanique de déterger les anses intestinales. La discussion qui se poursuit entre les partisans du lavage et ceux qui n'en veulent pas résulte d'un malentendu. Aujourd'hui, on est fixé sur l'action des antiseptiques qui furent tour à tour employés dans le double but de modifier le terrain et de détruire les bacilles : on sait que la résistance de ceux-ci est supérieur à celle de la séreuse. De là l'échec, démontré par Aldibert, de l'acide phénique, du sublimé, de l'acide salicylique, du chlorure de zinc, de l'eau iodée, etc. : les cas qui furent ainsi lavés fournissent une mortalité supérieure à ceux dans lesquels on s'abstint (Kœnig).

1. Démosthène, obs. 148 de la thèse d'Aldibert.
2. Margarucci, *XI° réunion des chirurgiens italiens*, 27 octobre 1896.
3. Boari, *Ac. de méd. de Ferrare*, 15 décembre 1896.

Tout autre dans ses résultats est le lavage à l'eau stérilisée chaude ou mieux à la solution salée physiologique, employée également chaude. On n'a à redouter aucune action nuisible sur les cellules péritonéales dont au contraire on stimule la vitalité, et dont on diminue la faculté d'absorption (Delbet). De plus, par la température de l'injection, on agit favorablement sur les hémorrhagies en nappe, fréquentes au cours de la laparotomie. On se sert en général d'une solution à 38°-40°. Caubet, Rémond (de Toulouse), ont montré que le péritoine supportait aisément 48°. Des expériences en cours permettent de prévoir que des températures supérieures pourraient être atteintes sans inconvénient. Et si une modification réelle du terrain pouvait être obtenue par le lavage, ce ne serait pas à notre avis par l'addition d'aucun des antiseptiques énumérés, mais seulement par la *température* auquel il serait pratiqué.

Enfin quelques auteurs, avant de fermer la cavité abdominale, se contentent de la saupoudrer d'iodoforme finement pulvérisé (Routier) : cette pratique n'est pas sans danger, spécialement chez l'enfant (Aldibert).

Ici se pose la question du drainage.

Les uns voient dans le drain le moyen de prévenir les récidives; les autres, plus nombreux, estiment qu'il favorise la création d'une fistule intarissable (Lannelongue), qu'il est capable d'entraîner l'ulcération de l'intestin (A. Doran) (1). De plus avec ce que nous connaissons de l'anatomie pathologique de la péritonite tuberculeuse, il sera toujours insuffisant à assurer l'évacuation des foyers disséminés (Démosthène) (3), (Alexandrow). Il vaut donc mieux ne pas y avoir recours.

Néanmoins, lorsqu'il y a du pus collecté, il faut drainer au moins 48 heures : le drainage doit se faire au moyen d'un gros tube de caoutchouc ou mieux de deux tubes accolés en canons de fusil, et non par un Mikulicz. Les drains doivent être exactement surveillés et supprimés le plus tôt possible, pour prévenir les infections secondaires. Egalement, lorsqu'une collection purulente n'a pu être ouverte en raison de l'impossibilité de séparer les anses intestinales, il peut être favorable de placer, comme le fait Quénu dans les foyers appendiculaires, une mèche de gaze au voisinage de la collection qui pourra par ce moyen se vider spontanément et sans danger.

En somme, pas de drainage dans les formes ascitiques; dans les formes sèches ne drainer que lorsqu'il y a du pus collecté.

La suture de la paroi abdominale se fait à triple étage, soit au catgut, soit à la soie. On a incriminé celle-ci de favoriser la contamination du trajet de dedans en dehors. Le fait est noté dans un grand nombre d'observations. M. Jalaguier ayant eu cet inconvénient avec le catgut a renoncé à la réunion par plans séparés et n'emploie plus qu'un seul plan prenant toute l'épaisseur de la paroi (crins de Florence ou fils d'argent).

Quel que soit le manuel opératoire adopté, l'ulcération des bords de l'incision et la fistulisation consécutive sont encore assez fréquentes. Il y a dans ces cas une récidive partielle qui peut très bien guérir spontanément, le liquide peut même se reproduire et disparaître de lui-même au bout de peu de temps. Les ulcérations seront pansées aseptiquement. M. Jalaguier s'est bien trouvé de cautérisations à l'acide lactique.

La mortalité opératoire est avec cette technique prudente réduite au minimum. Dans une des statistiques les

1. A. Doran, *Brit. med. Journ.*, 21 octobre 1893.
2. Demosthène, *Congrès français de chirurgie*, octobre 1889.

plus récentes (Margarucci), portant sur 253 cas, elle n'a été que de 2,76 p. 100. Si l'on élimine les cas dans lesquels on opère pour obstruction intestinale, l'intervention n'est donc pas dangereuse par elle-même et, pour cette raison, elle peut trouver une extension de ses indications.

Il nous reste à dire un mot de la cœliotomie vaginale : M. Löhlein (de Giessen) (1) a proposé de faire l'incision dans le cul-de-sac de Douglas. Le liquide est ainsi aisément évacué : c'est une opération plus commode et moins grave que la laparotomie et qui présente en outre l'avantage de permettre l'extirpation des annexes reconnues bacillaires. Cette technique est trop récente pour pouvoir être jugée : l'idée est séduisante et semble devoir être pratique dans certains cas.

III

L'amélioration des symptômes est, nous l'avons vu, la règle à la suite de la laparotomie (Kœnig) : mais les guérisons définitives sont nombreuses. Aldibert compte dans la forme aseptique 69,2 p. 100 de guérisons dont plus du tiers (33 sur 81) persistaient après 1, 2, 11, 12 et 25 ans; dans la forme fibreuse sèche 100 p. 100 de guérisons chez l'enfant dont 60 p. 100 paraissant définitives et 68,4 p. 100 chez l'adulte dont 30,7 p. 100 probablement radicales; dans la forme ulcéreuse sèche, 25 p. 100 dont une seule persistant au delà d'un an. Rœrsch donne 70 p. 100, Margarucci 85 p. 100, Yarochewski 87 et même 96 p. 100. L'action curative de l'opération est donc indiscutable; elle a même été démontrée expérimentalement par Bumm (2), Kychensky (3), Nannotki et Baciocchi (4), Gatti. Mais comment agit la laporotomie, quel est le mode de guérison provoqué par l'acte opératoire? Ce sont là deux questions auxquelles il est encore difficile de répondre; car bien qu'un grand nombre d'auteurs s'en soient préoccupés, les solutions données ne sont guère satisfaisantes. Il paraît sage d'admettre qu'il n'y a pas qu'un seul processus de régression des lésions péritonéales, mais que cette régression se fait dans des conditions très différentes, variant avec le terrain et le degré de virulence des bacilles. Un examen rapide des principales opinions en cours établira cette vérité.

Spæth, puis Henoch (5) ont pensé que les péritonites qui guérissent après l'intervention sont des péritonites chroniques non tuberculeuses. L'examen bactérioscopique d'un nombre considérable de cas fait justice de cette hypothèse. Pic croit que les tuberculoses péritonéales curables sont des tuberculoses atténuées, peu aptes à résister à la réaction causée par la laparotomie. A cette opinion, on peut répondre par les cas déjà cités d'Israël, de Bouilly, de Terrillon, d'Aldibert (obs. VII), de Richelot, de Raymond (6), de Routier (obs. V d'Elmassian), d'O'Callagham, de Jordan et de bien d'autres encore, qui concernent des formes graves avec fièvre élevée et virulence très grande. Poncet admet l'irritation substitutive, causée par l'emploi des antiseptiques. Or, beaucoup de sujets ont guéri par la simple incision, sans le secours d'aucun lavage ni d'aucune substance microbicide et parmi ceux-ci quelques-uns étaient en pleine dégénérescence fibro-caséeuse. Cabot, Cameron (1), Bumm, supposent que l'évacuation de l'ascite joue un rôle capital dans le processus de guérison : le liquide contient des ptomaïnes dont l'absorption favorise la propagation de la maladie, provoque l'amaigrissement, l'altération de l'état général et la fièvre. Or l'ascite n'est pas constante et lorsqu'elle manque, la guérison, bien que plus rare, ne s'en fait pas moins par la simple ouverture du ventre (Israël). Bien plus, loin d'avoir une action toxémique l'ascite serait une protection contre la généralisation ; ce qui évidemment serait plus en rapport avec les données de la clinique qui nous montre que les formes les plus bénignes, sont les formes avec épanchement. En outre, des recherches expérimentales entreprises par Gatti, il résulte que l'ascite qui se reproduit après la laparotomie aurait un pouvoir nettement bactéricide. Van de Varker, Kœnig, Cecherelli, Kychensky, Bumm, Vierordt pensent que la laparotomie agit en favorisant le développement du tissu conjonctif, et la formation d'adhérences. Or, sur 10 cas examinés par Jordan (2) dans lesquels une deuxième laparotomie fut faite, deux fois seulement on put constater des adhérences. La théorie est donc au moins douteuse; le fait constaté par Jordan, vu antérieurement par Richelot (3), est fréquemment consigné dans plusieurs observations où on a noté la *restitutio ad integrum* sans trace d'organisation fibreuse (Lawford Knaggs) (4).

Il faut donc admettre une autre interprétation : Bumm ayant eu l'occasion de répéter la laparotomie, à 8 semaines d'intervalle, chez une même malade, put constater que les tubercules constatés histologiquement et bactériologiquement dans la première opération étaient, dans la seconde, infiltrés de cellules lymphoïdes et démunis de bacilles.

Kychenski, étudiant les effets de la laparotomie chez les cobayes, note déjà, au 5e jour, la présence de bacilles dans les phagocytes, et leur disparition au 15e jour. Gatti démontre et précise, par des expériences minutieusement conduites, la réalité des faits observés par Bumm, c'est-à-dire l'infiltration globocellulaire des tubercules. La laparotomie crée des conditions défavorables à la multiplication et à l'existence des bacilles qui sécrètent des protéines capables de provoquer la dégénérescence hydropique des cellules épithélioïdes occupant le centre du tubercule et leur résorption consécutive. Il ne s'agirait plus d'une mobilisation phagocytaire, mais d'une action bactéricide de la sérosité péritonéale. De son côté, d'Urso (5) croit saisir la désagrégation de la zone épithélioïde par les phagocytes, la néoformation de vaisseaux jusqu'au centre du tubercule, la substitution à ce dernier d'un tissu inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, cette action phagocytaire ou bactéricide est sollicitée au plus haut degré par l'intervention chirurgicale, qui exerce son influence par des voies très différentes, suivant les circonstances. Dans quelques cas d'ascite très volumineuse, celle-ci, après avoir été l'expression de la défense, peut devenir à son tour une cause de diminution de la résistance par compression des vaisseaux abdominaux (ischémie) ou des viscères voisins. L'évacuation du liquide peut à elle seule amener la guérison, en rétablissant la circulation et le jeu normal des

1. Löhlein, *Sem. méd.*, CCXXII, 1896.
2. Bumm, *Münch. med. Wochenschr.*, n° 25, 1893.
3. Kychensky, cité par Routier, et *Soc. méd. Kiew.*, 1896.
4. Nannotki et Baciocchi, *Riforma medica*, 1893, n° 142.
5. Henoch, *Berlin. klin. Woch.*, 1891, n° 28.
6. Raymond, *Soc. de méd. de la Haute-Vienne, in Bull. méd.*, 23 juillet 1891.

1. Cités dans la thèse de Maurange.
2. Jordan, *Beiträg. z. klin. Chirurg.*, t. XIII, fasc. 3, 1895.
3. Richelot, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XVII, 1891, et *Union méd.*, 18 juin 1891.
4. Lawford Knaggs, *Clinical Society*, 11 novembre 1862.
5. D'Urso, *Xe réunion de la Société italienne de chir.*, 1897.

organes; de là les succès inattendus de la ponction simple. D'autres fois, la soustraction de l'épanchement met un terme aux infections secondaires, par coli-bacille notamment, ou les prévient. Enfin, il y a l'irritation directe du péritoine par la lumière, l'air, l'assèchement (Lauenstein, Mosetig-Moorhof, Jordan, Follet), les lavages (eau à 48° : Caubet) ou les antiseptiques, quand ils sont employés; ce sont là, réalisées par le chirurgien, des conditions suffisantes pour stimuler la phagocytose ou les sécrétions bactéricides.

L'action réflexe du traumatisme opératoire sur l'organisme tout entier peut-elle être, en outre, invoquée? Cela n'est point probable, car l'intervention chirurgicale est par elle-même une cause de dépression. Il ne s'agit, bien certainement, que d'un phénomène d'irritation *locale* aseptique, capable de déterminer une réaction *locale* de défense. Ainsi peut s'interpréter encore la guérison de la tuberculose de l'iris, à la suite d'une simple iridectomie (Deutschmann) (1). Au surplus, cette influence des irritations locales sur la production de la phagocytose et sur la prolifération néocellulaire est un fait aujourd'hui universellement reconnu; il n'est pas sans jeter quelque lumière sur le processus de la guérison de la péritonite tuberculeuse après laparotomie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Michel (Honoré). *Le decubitus acutus comme complication de la symphyséotomie.* N° 548. (Maloine.)

M. Sergent (Ernest). *De l'hydrocéphalie intra-utérine dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.* N° 582. (Carré et Naud.)

M. Marlio (Auguste). *Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse.* N° 458. (Jouve.)

M. Michel (Auguste). *Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie ?* N° 491. (Jouve.)

M. Fontan d'Andon. *Etude sur l'emploi en Amérique du* veratrum viride *dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.* N° 430. (Jouve.)

M. Hagopoff (Virikor). *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie puerpérale (étude critique).* N° 546. (Ollier-Henry.)

M. Guillon (Edouard). *Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne.* N° 580. (Ollier-Henry.)

M. Bertrand (René). *Puériculture pratique. Quelques réflexions sur l'élevage des petits enfants à la campagne.* N° 583. (Soc. d'édit. scient.)

M. Coutal (Abel). *Du traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air.* N° 639. (Jouve.)

M. Letourneur (Louis). *De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant. Etude statistique.* N° 502. (Delmar.)

M. Peaudecerf (Jules). *Des soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né. Nouvelle méthode de structure du cordon.* N° 632. (Jouve.)

M. Milon (Georges). *Contribution à l'étude de l'ictère chez les nouveau-nés syphilitiques.* N° 434. (Jouve.)

M. Constans (Adrien). *Contribution à l'étude des principaux moyens destinés à évaluer le volume du fœtus dans la cavité utérine.* N° 432. (Maloine.)

M. Denys (Maurice). *Étude critique des différents procédés de mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine.* N° 493. (Jouve.)

1. Deutschmann, *Soc. méd. de Hambourg*, avril et mai 1893.

Le *decubitus acutus*, signalé après un certain nombre de maladies, en particulier les contusions de la moelle épinière, les lésions cérébrales, quelquefois même après les grandes opérations portant sur le petit bassin (hystérectomies et résections de Kraske), se rencontre aussi, d'après M. Michel, chez les femmes symphyséotomisées. Au point de vue de l'évolution, ce décubitus aigu survenant après la section de la symphyse ne diffère guère des eschares que l'on rencontre sous l'influence des lésions spinales ou cérébrales; il se différencie du *decubitus chronicus* qui se forme à la suite d'un séjour prolongé au lit, en ce qu'il se développe dans les premiers jours qui suivent l'opération, dès le 5e et même le 3e jour dans un cas. Les troubles trophiques du décubitus acutus ne sont dûs probablement ni à la longueur de l'acte opératoire, ni à une métrite infectieuse, mais plutôt à la compression des nerfs sacrés par la tête au moment de son passage à travers le détroit supérieur.

Le traitement consiste à limiter l'eschare en couchant la malade sur un matelas d'eau et à favoriser la chute des parties sphacélées par des pansements antiseptiques humides; on peut aussi appliquer directement sur la plaie une plaque de caoutchouc.

Pour M. Sergent, il existe deux formes d'hydrocéphalies : 1° H. anencéphalique, dans laquelle le liquide remplace les centres nerveux absents. Cette variété est de peu d'importance en obstétrique. 2° H. proprement dite, dans laquelle le liquide siège dans les ventricules et refoule la substance cérébrale qui peut être réduite à une épaisseur de quelques millimètres. D'autres fois le liquide occupe l'espace sous-arachnoïdien seul, d'autres fois, l'espace sous-arachnoïdien et les ventricules. Ce liquide est analogue au liquide céphalo-rachidien normal. Les sutures et la fontanelle sont très élargies. Les os sont tantôt amincis, tantôt épaissis. Grâce à l'action de l'hydrocéphalie sur le développement des os du crâne, l'aspect de l'enfant hydrocéphale est tout à fait spécial.

L'influence de l'hydrocéphalie sur la marche de la grossesse est à peu près nulle d'ordinaire; mais quand l'hydramnios existe en même temps, on voit se produire des phénomènes de compression plus ou moins marqués. L'exagération du volume de l'extrémité céphalique a pour effet de vicier l'accommodation et de rendre la présentation du siège plus fréquente. Le diagnostic est souvent fort difficile; le palper pratiqué avec soin, la comparaison du volume de la tête avec celui du siège, la mensuration du diamètre vertical et du diamètre antéro-postérieur à travers la paroi (ils doivent dépasser 14 ou 15 centimètres), feront penser à l'hydrocéphalie. Quand le siège est en bas, la mensuration et la consistance de la tête peuvent mettre sur la voie du diagnostic en dehors de tout travail. Pendant l'accouchement, si la tête est retenue au-dessus du détroit supérieur, on peut soupçonner cette anomalie. Quand on a constaté l'existence d'un spina bifida, quand on a senti par un toucher manuel l'écartement des sutures, quand enfin il n'existe aucune autre cause de rétention de la tête, ni viciation pelvienne, ni grossesse gémellaire. L'appréciation du volume de l'utérus aussi considérable qu'au terme de 7 mois, la sensation d'une tumeur ronde régulière, paraissent offrir beaucoup plus de certitude pour le diagnostic.

Le pronostic est toujours sérieux, surtout dans les présentations du sommet; la compression prolongée peut amener des fistules vésico- ou recto-vaginales. Mais la complication de beaucoup la plus fréquente est la rupture utérine qu'on rencontre 16 fois p. 100 en moyenne; cette rupture est due à l'amincissement progressif du segment inférieur pendant le travail. Dans les présentations du siège les complications sont plus rares, mais les femmes, dont l'accouchement est plus long qu'à l'ordinaire, sont exposées de ce fait aux interventions obstétricales et aux accidents infectieux. Aussi la mortalité maternelle en bloc est-elle de 25 p. 100.

Si le sommet se présente, il faut prévenir, dès le début du travail, la possibilité d'une rupture utérine. Pour cela il faut diminuer de suite le volume de la tête fœtale; on ponctionnera donc le crâne, avec un trocart par exemple : on le fera en toute sécurité de conscience, puisque presque tous les fœtus hydrocéphales meurent pendant le travail ou pendant les deux jours qui suivent leur naissance. On ne doit pas appliquer le forceps qui

glisse et dérape sur une tête ponctionnée et « molle comme une gelée », le basiotribe seul donnera une prise solide. Dans la présentation du siège l'accoucheur n'interviendra qu'après le dégagement des bras; il évacuera le liquide intra-crânien par le procédé de Van Huevel-Tarnier, qui consiste à introduire dans le crâne du fœtus une sonde par le canal rachidien préalablement ouvert. Dans les présentations de l'épaule, on tâchera, par la version externe, de ramener non la tête mais le siège en bas. Si le travail est déjà déclaré, à la version on préférera l'embryotomie cervicale.

Après avoir rappelé la nature, le mode de développement et d'élimination du pigment épidermique normal, M. Marlio étudie l'hyperpigmentation de la grossesse. Elle est localisée de préférence aux grandes lèvres, au périnée, à la paroi abdominale (ligne brune), aux seins (aréole vraie et aréole secondaire), à la face (masque de la grossesse). Quelquefois on observe aussi pendant la gestation, répandue sur tout le corps, une teinte brune, sur laquelle se distinguent nettement des taches plus foncées, de forme et de dimensions irrégulières; d'autres fois il existe une véritable *mélanodermie* uniformément développée sur tout le revêtement cutané. Ces pigmentations anormales sont dues à des lésions des nerfs chargés de la régulation de la fonction chromatique. Les modifications de la pigmentation sont un signe de grossesse qu'il ne faut pas négliger.

Pour rejeter absolument l'accouchement provoqué dans le traitement de l'éclampsie, M. Michel s'appuie sur la fréquence et la gravité de l'éclampsie *post partum* qui donne 26 morts sur 113 cas, sur la contamination des accès après l'accouchement dans près de la moitié des cas (213 fois sur 475), sur cette considération que la mort du fœtus est due beaucoup plus souvent à des lésions placentaires anciennes qu'aux convulsions éclamptiques elles-mêmes et qu'enfin l'intervention a souvent pour conséquence le redoublement des crises et la mort de la parturiente.

D'ailleurs le travail se déclare souvent d'une façon spontanée et marche assez rapidement; de plus il n'est pas rare de voir la grossesse continuer malgré les convulsions et aller jusqu'à terme. Au lieu de provoquer l'accouchement même au prix des incisions du col, à l'exemple de Dührssen, il vaut mieux, d'après Michel avoir recours au traitement symptomatique et pathogénique dont la base est : la saignée, les purgatifs, le chloroforme, le chloral et le régime lacté.

Les effets physiologiques généraux du *veratrum viride*, suivant M. Fontan d'Andon, sont d'abord une diminution de l'activité cardio-vasculaire et de l'excitabilité nerveuse; de plus ce médicament produit un relâchement musculaire complet, provoque des nausées et des vomissements et stimule la sécrétion urinaire. Il est communément employé en Amérique dans le traitement de l'éclampsie puerpérale; les nombreux accoucheurs qui l'ont prescrit, lui reconnaissent une supériorité évidente sur le chloroforme et le chloral et mettent à son actif de nombreuses guérisons. Son action est surtout marquée sur le pouls qu'il ralentit et sur la température qu'il abaisse presque toujours. Mais l'auteur pense qu'il agirait surtout en provoquant une rapide diaphorèse et une abondante diurèse et favoriserait ainsi l'élimination des produits toxiques; il aurait encore une influence très nette sur la dilatation du col. Il ne faut pas craindre de l'administrer à des doses massives; dans les observations rapportées par M. Fontan d'Andon, on voit qu'une malade a pris de 40 à 90 gouttes de teinture de *veratrum viride* toutes les 10 minutes, une autre 2 grammes toutes les 20 minutes (dose 5 fois répétée); dans les 2 cas, guérison complète. Le veradum viride serait donc un médicament d'une grande valeur dans l'éclampsie puerpérale.

Après avoir successivement passé en revue les théories formulées pour expliquer la pathogénie du processus complexe qu'est l'éclampsie, après avoir étudié en particulier la théorie par compression mécanique et la doctrine microbienne, M. Hagopoff conclut en disant :

1° L'éclampsie puerpérale n'est qu'une manifestation morbide, comme sa congénère l'albuminurie puerpérale et nécessite pour son apparition un ensemble de causes;

2° Ces causes paraissent siéger dans les altérations du sang (toxhémie), l'augmentation de la tension intra-vasculaire et les excitations émanant du système utérin et aboutissant aux centres cérébraux psychomoteurs;

3° Cette toxhémie elle-même relève de deux principales sources : ou bien d'ordre excrémentiel pur et simple (non combiné d'un élément microbien); ou bien d'origine mixte (auto-intoxication d'ordre excrémentiel et infection);

4° La grossesse est une des causes principales de cette toxhémie et par suite toute femme qui devient enceinte (surtout la primipare) se trouve plus ou moins prédisposée aux crises éclamptiques;

5° L'hyperexcitabilité et la toxhémie peuvent déterminer des attaques généralement peu graves; elles sont beaucoup plus graves quand l'infection vient s'ajouter à ces deux facteurs pathogéniques.

La mortalité des nouveau-nés est très élevée dans le département de la Vienne. Son chiffre, 4 p. 100, s'explique aisément par l'ignorance et l'incurie des sage-femmes. Les mauvaises conditions hygiéniques, l'usage du biberon, les maladies saisonnières emportent un grand nombre de nourrissons. L'influence bienfaisante de la loi Roussel se fait sentir nettement mais il faudrait, d'après M. Guillon, lui donner une plus grande extension et englober dans cette institution la totalité des enfants en bas âge; il serait fort à désirer aussi que les femmes enceintes sans ressources fussent hospitalisées deux mois avant la fin de leur grossesse.

M. Bertrand donne quelques conseils pratiques sur la manière d'élever les enfants. Toute mère non malade doit nourrir son enfant; l'allaitement artificiel est repoussé comme dangereux. De plus l'enfant dormira non sur les genoux de sa mère, mais dans son berceau, les langes seront fréquemment changés, les bains administrés régulièrement après la chute et la dessication du cordon. En observant ces préceptes hygiéniques, en renonçant aux médications dangereuses si usitées dans le peuple, on pourrait sauvegarder la vie d'un grand nombre d'enfants.

L'air renferme des germes vivants et des substances toxiques; dans les salles d'hôpital en particulier on trouve des microbes en quantité considérable; les plus communs sont les saprophytes, le staphylocoque pyogène, le streptocoque, le bacterium coli, le pneumocoque et le bacille de Koch. M. Coutal croit, comme son maître M. Hutinel, que le soleil et l'oxygène ont un pouvoir microbicide très puissant. Ainsi, dans certains cas, l'exposition des petits malades à l'air libre dans les jardins sous de petites tentes-abris, a accéléré d'une manière marquée la convalescence de certaines fièvres éruptives, telles que la rougeole, la coqueluche. L'*aérothérapie* agirait d'abord par la substitution d'un milieu pur à un milieu septique, et par conséquent par une action bactéricide certaine, et en second lieu par une stimulation apportés à la nutrition de l'enfant.

M. Letourneur, s'inspirant de la très intéressante communication de M. Pinard sur la puériculture intra-utérine, a recherché l'influence que la profession de la mère pouvait exercer sur le poids de l'enfant, il a compulsé un grand nombre d'observations de la clinique Baudeloque et les a divisées en deux séries. Dans la première, il a classé les femmes qui ne se sont pas reposées pendant leur grossesse, et dans la deuxième celles qui se sont reposées. Il a partagé ensuite ces deux catégories en deux divisions, suivant que les femmes exerçaient une profession fatigante ou non fatigante; il est arrivé ainsi aux chiffres suivants : les enfants de mère ayant une profession fatigante, pèsent en moyenne 3 080 grammes, ceux dont les mères ont un métier peu fatigant atteignent 3 130 grammes. La différence serait plus sensible si la vigueur physique et la force de constitution étaient égales dans les deux catégories. Mais on sait que les les cuisinières, filles de ferme (qui se fatiguent) sont en général plus robustes que les couturières, les modistes etc., qui ne se fatiguent pas. Enfin les femmes qui se sont reposées pendant leur grossesse mettent au monde de enfants de 3 320 grammes. Il y a donc intérêt majeur à assurer aux femmes enceintes le repos pendant une partie de leur gestation.

Toutes les méthodes employées jusqu'à présent pour la ligature du cordon présentent des inconvénients : la ligature simple et la ligature élastique n'assurent qu'imparfaitement l'hémostase; le procédé de l'allumette et la ligature en bouchon de champagne ne répondent pas aux exigences d'une antisepsie parfaite. Aussi M. Peaudecerf, recommande, d'après son maître M. Bar, de remplacer le fil à ligature par une pince à forcepressure; la pince de Terrier doit être préféré. Dès que les battements ne se font plus sentir dans la tige funiculaire, la pince sera placée perpendiculairement à l'axe du cordon, immédiatement au ras de la peau de l'ombilic. Les anneaux de la pince sont appliqués sur le ventre du nouveau-né et on sectionnera le cordon aussi près qu'il se pourra des mors de la pince. On fera rapidement un pansement à l'ouate hydrophyle stérilisée, pansement qui doit entourer la pince de toute part et l'isoler de la paroi abdominale. La pince est enlevée au bout de 14 heures; le cordon est alors devenu mince, lamelleux, parcheminé, cette lamelle est enlevée d'un coup de ciseaux et il ne reste plus dans la cicatrice ombilicale qu'un petit moignon qui tombe de lui-même vers le 4e ou le 5e jour, à condition qu'un pansement sec ait été maintenu et qu'il y ait eu abstention complète de bains. Dans les 100 observations rapportées par M. Peaudecerf, on ne trouve aucun cas d'hémorrhagie ni d'accidents infectieux. Hémostase absolue, asepsie parfaite, simplicité et rapidité, tels sont les avantages principaux de cette méthode.

D'après M. Milon, la syphilis hépathique du nouveau-né, se manifeste assez fréquemment par l'*ictère*. Dans ce cas l'ictère est dû : 1° à un obstacle au cours de la bile, dans les voies biliaires extra-hépatiques ou intra-hépatiques (gomme hypertrophiée des ganglions du hile du foie); 2° aux lésions syphilitiques du foie (foie silex, hépatite interstitielle). Mais à côté de ces causes immédiates, il en est une autre qui réside dans l'action de certains germes infectieux, qui viennent donner à l'affection le caractère qu'elle possède. Dans 2 cas en effet on a trouvé des microorganismes pathogènes — dans l'un le proteus vulgaire et dans l'autre le coli-bacille — qui soit par eux-mêmes, soit par leurs toxines, paraissent avoir provoqué l'ictère; ils suivent probablement le trajet de la veine ombilicale et arrivent bientôt au foie. La conclusion pratique de ces faits est qu'en plus du traitement habituel, il faudra isoler les nourrissons atteints d'ictère.

Pour apprécier le volume du fœtus dans la cavité utérine, on ne peut se baser, dit M. Constans, ni sur l'âge de la grossesse, ni sur la hauteur de l'utérus. 1° Le *palper mensurateur* permet non pas de mesurer les diamètres de la tête fœtale, mais de connaître le rapport qui existe entre cette tête et le détroit supérieur, c'est-à-dire de savoir si l'extrémité céphalique est *acceptable*. Ce procédé demande une certaine habileté est difficile à pratiquer chez les femmes nerveuses ou chez celles dont la paroi abdominale est épaisse. De plus l'hydramnios, la présence d'un fœtus volumineux, d'un placenta inséré anormalement mettront obstacle à cette explotation. 2° Le procédé de Perret repose sur le rapport constant qui existe entre le diamètre bi-pariétal et le diamètre occipito-frontal; on mesure à travers la paroi abdominale et à l'aide d'un céphalomètre le diamètre occipito-frontal; de ce chiffre on déduit 25 millimètres, et on obtient le bipariétal. L'approximation est ordinairement très satisfaisante, l'erreur ne dépasse guère 3 millimètres. On peut faire à ce procédé les mêmes reproches qu'au palper mensurateur (résistance de la paroi, nervosité) 3° Ahfeld mesure la longueur de l'ovoïde fœtal en plaçant l'une des pointes du pelvimètre sur le fond de l'utérus et l'autre dans le vagin sur l'extrémité fœtale située dans le segment inférieur. A une longueur donnée correspond un poids fixe; il est facile, en recourant aux tables *ad hoc*, de connaître le diamètre bi-pariétal. Pour plusieurs motifs et surtout à cause des difficultés d'appliquer exactemenl la pointe inférieure du pelvimètre sur l'extrémité pelvienne du fœtus, ce procédé n'est guère employé.

Pendant le travail, Fehling conseille d'évaluer la distance qui sépare les 2 fontanelles, cette distance est d'autant plus grande que la tête est plus volumineuse. Duncan apprécie le volume de la tête d'après l'écartement des manches lorsque la tête est saisie entre les cuillers du forceps. Gönner a remarqué que les enfants de même poids avaient à 1 ou 2 centimètres près le pied de même longueur; il a donc recours à la mensuration du pied pour déterminer les dimensions de la tête.

Le procédé de Farabeuf est le seul qui permette d'évaluer mathématiquement la longueur du diamètre bi-pariétal. Mais, ce diamètre une fois connu, il existe encore un certain nombre d'erreurs inévitables (réductibilité de la tête fœtale, évaluation du diamètre promonto-pubien utile etc.,) qui rendront l'application de tous ces procédés peu utile dans la pratique.

M. Denys lui aussi, ne croit pas que l'âge de la grossesse, pas plus que le poids approximatif du fœtus ou sa longueur totale (procédé de Ahlfeld) puisse servir à évaluer les diamètres de la tête fœtale. Le palper mensurateur au contraire constitue une méthode très sérieuse malgré les reproches dont il est passible. Les résultats de la céphalométrie externe, sans être rigoureusement exacts, sont en somme satisfaisants dans la grande majorité des cas. Le préhenseur-levier-mensurateur de Farabeuf est un instrument parfait mais difficile à appliquer et par conséquent plutôt théorique que pratique. En résumé, il faut s'en tenir au palper mensurateur et à la céphalométrie externe qui, loin de s'exclure, se complètent très bien l'un l'autre.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Méningite à forme subaiguë ayant débuté au niveau du tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche; aphasie; mort, par J. Marty (*Gazette des hôpitaux*, 20 juillet 1897, n° 81, p. 806). — L'autopsie révéla le point de départ des accidents, un foyer suppuré ayant comprimé le centre du langage. De là, l'inflammation a gagné le centre du facial inférieur en *intéressant les couches superficielles du tissu nerveux*, d'où parésie faciale qui est allée en s'accentuant jusqu'à la mort. La lésion qui a donné lieu à l'aphasie *n'a agi que par compression*, la substance nerveuse n'a pas été envahie; l'aphasie a eu des hauts et des bas, le degré de la compression ayant dû varier à divers moments de l'affection; le pus, très collecté au début, a dû tendre à se diffuser dans la direction des scissures. — Partout ailleurs la lésion consistait seulement en inflammation, ce qui explique le peu de précision des autres phénomènes.

Un cas de gliome volumineux du cervelet (symptômes de compression et phénomènes hallucinatoires), par Trénel et Antheaume (*Archives de neurologie*, juillet 1897, p. 1). — Gliome de la partie antérieure du lobe gauche du cervelet (ictus cérébelleux, céphalalgie précoce et intense, amaurose précoce, démarche vacillante), comprimant l'acoustique (surdité), le facial (parésie), le trijumeau (anémie unilatérale gauche de la face dans les ictus, fait très rare), la protubérance (parésie générale et troubles subjectifs de la sensibilité). Les symptômes permirent d'établir le diagnostic précis de localisation.

Les particularités tout à fait intéressantes de cette observation consistent dans les troubles psychiques et hallucinatoires que présentait la malade. Les accidents mentaux ont précédé les hallucinations et se sont installés postérieurement à l'apparition du syndrome cérébelleux. Ils ont consisté en une poussée brusque de délire mélancolique avec tentative de suicide et en un état de torpeur cérébrale s'accentuant de plus en plus. Les phénomènes hallucinatoires n'ont joué vis-à-vis du délire qu'un rôle effacé, ils n'en ont été ni la cause ni la conséquence.

Les hallucinations *auditives* se sont montrées d'une manière précoce et transitoire; il s'agissait d'hallucinations communes et élémentaires. Celles de la vue ont été complexes; d'une part la malade a présenté des hallucinations multiples, zoopsie, défilé d'objets agréables, lumineux, mobiles, mais d'un mouvement uniforme et se faisant toujours dans le même sens, de gauche à droite; d'autre part, une hallucination curieuse par sa précision, *la vue d'une lampe allumée*, hallucination unique, immobile, permanente, apparaissant seulement quand le regard était dirigé à

gauche et en haut. Ces faits d'hallucination visuelle dans l'amaurose sont à rapprocher des hallucinations dans la partie abolie du champ visuel chez des hémianopsiques (Lamy), hallucinations également très précises.

Pour expliquer la genèse de ces troubles, les auteurs admettent une *prédisposition* mise en éveil par le développement du néoplasme. Chez la malade, le délire aurait eu pour cause principale cette prédisposition vésanique; l'inertie intellectuelle, l'entrave apportée par la tumeur à la circulation cérébrale. Le « pouvoir hallucinogène » de la prédisposée a été mis en activité (Joffroy) par l'irritation périphérique de l'acoustique (otite moyenne et compression du nerf par la tumeur) se traduisant par des hallucinations de l'ouïe, et par l'irritation des voies optiques, point de départ des sensations lumineuses, se traduisant par des hallucinations de la vue.

Irritation spinale (Remarks on spinal irritation), par Hugh Patrick (*Journal of medicine and surgery Detroit*, juillet 1897, p. 535). — L'auteur s'élève contre la dénomination d'irritation spinale appliquée aux cas où les malades se plaignent de points douloureux à la pression le long de la colonne vertébrale; il ne s'agit en général que d'hystérie, traumatique ou non. Mais ce qui est particulier, c'est que ces points, qui peuvent être exactement définis et localisés, sont retrouvés, au bout de quelques minutes, à quelques centimètres de la place qu'ils occupaient lors du premier examen : 14 observations. (L'auteur n'a-t-il pas inconsciemment fait de la suggestion?)

Artério-sclérose et système nerveux (Arterio-sclerosis as it affects the brain and spinal cord), par Parsons Norbury (*Journal of medicine and surgery Detroit*, juillet 1897, p. 556). — Le point intéressant de ce mémoire est l'opinion de l'auteur sur la démence sénile; il s'agirait d'atrophie cérébrale chronique ayant pour origine l'artério-sclérose.

Fracture de la cinquième vertèbre cervicale (A case of fracture of the fifth cervical vertebra, in which an operation was done. Death on the eight day after the operation), par W. H. Hudson (*The Journal of nervous and mental disease*, juin 1897, p. 357). — Fracture avec déplacement, écrasement de la moelle équivalant à une section complète de la moelle. Plus on remonte vers la moelle cervicale, moins encourageants sont les résultats des opérations pour fractures avec lésions médullaires. Dans ces cas de fractures haut situées sur la colonne vertébrale, si les réflexes rotuliens sont conservés, on peut ne pas opérer de suite. Mais si les *réflexes rotuliens sont abolis*, ce qui indique une lésion transverse totale de la moelle, et partant chance de bien peu d'amélioratiion, l'opération ne pourra sauver que quelques racines de la destruction par compression. L'opération (si toutefois on se décide à intervenir) devra alors être exécutée le plus tôt possible.

MÉDECINE PRATIQUE

Accidents dus à l'emploi de l'antipyrine,

D'après M. le Dr V. Clément.

L'antipyrine est un médicament dont le public fait fréquemment usage sans l'avis du médecin. Il est bon de dire que ce n'est pas là une pratique sans danger : les accidents dus à l'emploi inconsidéré de l'antipyrine, bien que rares, n'en existent pas moins et affectent quelquefois une extrême gravité. M. le docteur V. Clément a, dans une thèse récente (1) dressé des cas d'intoxication publiés un bilan dont la lecture est particulièrement instructive. Il comprend quatre chapitres : les accidents du côté de la peau, des viscères, du système nerveux et de la circulation.

Les accidents cutanés sont les plus importants; ils comprennent : l'érythème simple, peu grave et de courte durée: l'urticaire persistant quelques jours; une éruption morbilliforme, s'effaçant à la pression, allant comme coloration du rouge clair au rouge sombre; des vésicules comparables à celles de l'herpès; des bulles de dimensions variant entre une pièce de 50 centimes et une pièce de 5 francs; le purpura. L'apparition de ces accidents peut coïncider avec l'absorption du médicament ou se faire attendre quelques heures ou même quelques jours. Ils sont généralement suivis d'une période de desquamation et de la persistance des taches pigmentaires. Comme autres phénomènes on a constaté des œdèmes affectant de préférence le scrotum, le prépuce, les paupières, les pieds et les mains, et des sueurs profuses, non seulement chez les fébricitants, mais chez les sujets à température normale.

Du côté de l'appareil digestif, c'est la stomatite caractérisée par une sensation de picotement, de la rougeur et du gonflement de la langue, des parties latérales de la cavité buccale, du voile du palais. Il peut se former des ulcérations et secondairement même des abcès. Le pharynx et l'œsophage peuvent être pris : il peut y avoir de la gêne de la déglutition et de la douleur rétro-sternale. Du côté de l'estomac, on note du pyrosis, quelquefois des vomissements; du côté de l'intestin, la constipation et dans un cas, des hémorrhagies intestinales (Barié).

L'appareil respiratoire est diversement influencé : on a signalé du coryza, des épistaxis, de l'irritation du larynx avec raucité de la voix, de l'aphonie, de l'œdème de la glotte, de l'œdème du poumon (Gallois).

L'antipyrine diminue et quelquefois même suspend la sécrétion urinaire : c'est un médicament qui « ferme le rein » (Renault). Elle est susceptible de provoquer de l'albuminurie et de déterminer toute la gamme des accidents urémiques.

Du côté des centres psychiques, c'est la mémoire qui paraît particulièrement touchée. La sensibilité générale peut être diminuée ou augmentée. On a cité plusieurs cas de diplopie, un cas d'amaurose passagère, des bourdonnements d'oreilles, des convulsions épileptiformes, des contractures, de la dépression rapide, un état comateux qui aboutit rarement au coma complet.

L'appareil circulatoire n'est pas à l'abri des effets toxiques de l'antipyrine : le pouls devient petit, accéléré, irrégulier; il y a de la cyanose de la face; le choc de la pointe est faible; il y a du refroidissement périphérique, la température descend quelquefois jusqu'à 34°. Exceptionnellement la terminaison est fatale.

Tels sont les accidents au passif de l'antipyrine : cliniquement, ils se divisent en accidents légers et accidents graves. Les premiers, gênants pour le malade, ne sont nullement inquiétants pour le médecin; les seconds réclament une intervention énergique, car ils peuvent être mortels. Mais avant d'indiquer le traitement, peut-être serait-il bon de dire quelques mots de la prophylaxie, partie qui n'est pas traitée dans le travail de M. V. Clément.

Si nous ne sommes pas fixés exactement sur la pathogénie de ces accidents, l'observation nous permet de relever quelques faits qui ont une importance pratique considérable.

Tout d'abord les phénomènes d'intoxication sont exceptionnels chez l'enfant : sur 34 observations réunies par M. Clément, une seule concerne un enfant de 12 ans. En parcourant la littérature médicale, on voit que malgré les doses proportionnellement très élevées employées chez l'enfant, on n'a que quelques exanthèmes sans importance. Cette tolérance remarquable des enfants pour l'antipyrine, tient évidemment à l'intégrité habituelle de l'émonctoire rénal.

Inversement, les accidents les plus graves sont signalés chez les vieillards, quelques rénaux et spécialement chez les chroniques (tuberculeux) et dans les maladies infectieuses à forme adynamique (fièvre typhoïde, septicémie, érysipèle, fièvre puerpérale, grippe, etc.).

En second lieu on remarque que les nerveux, les surmenés, les arthritiques payent un large tribut aux accidents d'antipyrinisme léger. Cette intolérance peut être accidentelle et ne pas se reproduire. Elle est aussi très fréquente chez les dyspeptiques.

Enfin, presque toujours en lisant les observations, on se rend compte, comme l'a fait remarquer Jasiewicz que les accidents sont plutôt en relation avec la préparation pharmaceutique (cachet) qu'avec la dose de médicament utilisée. En potion ou en solution presque jamais on ne note d'intoxication.

De ces remarques se dégagent quelques conclusions pratiques :

Ne jamais prescrire d'antipyrine chez le vieillard, ou chez les sujets atteints de lésions cardiaques non compensées ni dans les états adynamiques.

Dans la grippe, l'érisypèle, l'associer toujours à la quinine et, dans la convalescence, à la strychnine ou à la caféine.

Chez les arthritiques qui sont presque toujours dyspeptiques, l'associer à un alcalin (bicarbonate ou benzoate de soude) et le prescrire en solution. Si elle ne peut être prise autrement qu'en cachet, faire boire un quart ou un demi-verre d'eau de Vichy immédiatement après.

Chez les tuberculeux, ne pas dépasser la dose de 0 gr. 75 en une prise et surveiller avec soin les conditions de la défervescence (sueurs). Il est bon d'associer dans ce cas l'alcool à l'antipyrine et de la donner en solution.

Chez les diabétiques, l'association aux alcalins est obligatoire.

Chez l'enfant, l'antipyrine peut être administrée sans inconvénient et même à des doses proportionnellement plus élevées que chez l'adulte, à condition d'être fractionnées : et cette tolérance tient autant à l'intégrité de la fonction rénale qu'au mode d'administration, qui est presque toujours la solution.

Rappelons en terminant que cet effet tout spécial de l'antipyrine en poudre, quelquefois même en solution, sur la muqueuse de l'estomac, incriminé à juste titre par Bardet comme le point de départ d'un réflexe capable de provoquer les phénomènes d'antipyrinisme léger, et de dépression nerveuse, peut être évité en employant la voie hypodermique. Une injection, faite aseptiquement, ne donne jamais lieu même au plus petit accident cutané.

Le traitement des accidents comporte naturellement la suppression du médicament. Contre les accidents cutanés quelques moyens simples (poudres sèches, administration d'alcalins, de café) suffisent généralement. Lorsqu'on a affaire à une forme grave, il faut avoir recours aux injections d'éther, et surtout de caféine : dans la convalescence, l'alcool, la digitale, la strychnine, de petites doses de quinine rendront de réels services.

G. Maurange.

Traitement de la dysenterie des pays chauds par l'écorce de simarouba.

M. le Dr G. Daremberg nous communique une note qu'il vient de recevoir d'un colon français du Tonkin, M. E. Duchemin, planteur à Phu-Doan. Il s'agit d'un traitement fort simple de la diarrhée et de la dysenterie des pays chauds qui a été employé avec succès par l'auteur et plusieurs de ses amis. Le médicament utilisé est l'écorce de simarouba, dont on connaît d'ailleurs depuis longtemps les propriétés astringentes et toniques. Voici la formule conseillée :

Ecorce de simarouba.	20 gr.
Vin de Provence ou gros vin. . . Eau distillée.	àâ 500 gr.

Faire bouillir le tout jusqu'à réduction de moitié. Filtrez et exprimez.

Prendre un verre à Bordeaux de cette décoction trois quarts d'heure avant chaque repas. Administrez un lavement d'eau froide filtrée une demi-heure après, soit un quart d'heure avant chaque repas. Manger à son appétit.

Après quelques jours de ce traitement, les selles diminuent de fréquence et redeviennent généralement normales au bout de la première semaine. La guérison est définitive.

Ajoutons que cette formule convient aussi bien aux formes aiguës qu'aux formes chroniques, et qu'elle a réussi là où la médication classique (ipéca, etc.) avait échoué.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Morphine (*Suite*).

Solubilité.— La *morphine* est peu soluble dans l'eau, 1 p. 1000, plus soluble dans l'alcool, 1 p. 40; insoluble dans les huiles grasses et fixes, elle est inusitée en pratique hypodermique : les sels de morphine sont seuls injectés, en raison de leur solubilité. Rappeler cependant que la morphine fut employée pour la première fois par Rynd avec la créosote comme véhicule, dans un cas de sciatique rebelle : la formule est intéressante à reproduire, à titre de document historique.

Morphine.	0 gr. 04
Créosote	3 gr. 60

VI gouttes en une seule fois.

(Rynd.)

L'*acétate* de morphine est très soluble dans l'eau; malgré cela, il est peu usité.

Le *bromhydrate* de morphine, soluble dans 25 parties d'eau froide, est également peu employé. C'est cependant un sel bien défini et dont les solutions s'altèrent moins que les suivantes :

Le *chlorhydrate* de morphine est le plus employé des sels de morphine : 1 partie est soluble dans 20 parties d'eau froide.

Le *sulfate* de morphine est le moins soluble des sels de morphine : 1 partie soluble dans 32 parties d'eau froide. Il est, malgré son oxydation rapide, d'un usage assez répandu.

Le *tartrate* de morphine, très soluble dans l'eau, n'est guère injecté.

Pharmacologie. — Les solutions de morphine doivent être récemment préparées : car elles s'altèrent rapidement ; la morphine, en se déshydratant, devient de l'apomorphine dont on connaît l'action émétique. C'est à cette décomposition partielle que sont dues les nausées, la tendance au vomissement que l'on note quelquefois dans la première demi-heure après l'injection. Nous avons parlé ici même d'un ingénieux dispositif imaginé par M. Robert, qui permet au médecin de faire sa solution extemporanément : deux tubes dont l'un contient le sel, l'autre le volume d'eau nécessaire, sont réunis par un même tube de caoutchouc. Une pince placée sur celui-ci empêche toute communication entre les deux récipients : il suffit de l'enlever pour réaliser la solution. L'appareil peut être stérilisé à l'étuve, soit à 105° soit à 65° par la méthode de Tyndall.

Quel que soit le moyen employé, il faut avoir des solutions récentes; outre l'inconvénient de la tendance au vomissement, la morphine perd une partie de ses effets sédatifs et hypnotiques. Les morphinomanes connaissent très bien ces différences d'action.

Propriétés thérapeutiques. — Nous n'avons pas à insister sur ce point : la morphine est un sédatif puissant dont nous avons longuement précisé les indications.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant* : Inusitée. — *Chez l'adulte* : 1 centigramme par injection; de 2 à 4 centigrammes par 24 heures, 6 heures d'intervalle séparant chaque piqûre.

Ces doses n'ont rien d'absolu; quelques rares malades ont une susceptibilité toute particulière pour la morphine. Nous avons vu des accidents graves d'intoxication succéder à une injection de 2 milligrammes et demi. D'autre part, les doses que nous avons indiquées peuvent être dépassées, en cas d'accoutumance, dans des proportions qu'il est difficile de déterminer. Un de nos confrères, morphinomane invétéré, atteignait par jour la dose de 1 gr. 20 et visitait ainsi sa clientèle.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* La douleur locale est insignifiante : seulement de la cuisson qui disparaît rapidement. Elle est réduite à son minimum lorsqu'on emploie des solutions bien neutres et récemment préparées.

b) *Eloignés :* Dans la première demi-heure, malaise gastrique plus ou moins prononcé : une solution extemporanée ne doit jamais s'accompagner de vomissements. Peu après, somnolence, diminution de la sensibilité, rétrécissement de la pupille, disparition de la douleur, torpeur cérébrale.

Incompatibilité. — Tanin, iodures alcalines, acides forts, digitale (?).

Antidotes. — Atropine, quinine, café.

Nous donnerons dans notre prochain article, pour chaque sel, les formules principales avec les associations et combinaisons.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Cas de rage à incubation prolongée (p. 925).

MÉDECINE LÉGALE. — Fonction glycogénique du foie (p. 926).

REVUE DES CONGRÈS. — *XII° Congrès international de médecine :* Péritonite aiguë. — Maladies infectieuses des femmes enceintes. — Obésité (p. 927). — Onanisme. — Néphrite albumineuse. — Sérum physiologique du cheval. — Injections intra-crâniennes. — Conductibilité bilatérale des nerfs (p. 928). — Sarcomatose cutanée. — Tuberculose miliaire de la peau. — Etiologie des dermatoses. — Syphilis du système nerveux (p. 929). — Maladies de la voix. — Laryngotomie et laryngectomie. — Malformations et déformations faciales (p. 930).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. *Académie de médecine :* Sérothérapie de la lèpre (p. 930).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Angine chez un nourrisson. — Organothérapie. — *Société belge de gynécologie et d'obstétrique :* Atrésie vulvaire congénitale. — Phénomènes de la menstruation. — Grossesse extra-utérine (p. 931). — Myomes utérins. — Allemagne. *Réunion libre des chirurgiens de Berlin :* Plaies du foie (p. 932). — Bouton de Murphy. — Plaies des gros vaisseaux. — Contusion crânio-cérébrale. — Migraine (p. 933). — Russie. *Sociétés de Moscou :* Polynévrite des nerfs crâniens. — Chéloïde disséminée. — Rhinosclérome. — Bactériologie de la vaccine. — Péritonite séreuse (p. 934).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Alcoolisme chronique. — Hydrargyrie cutanée. — Capsules surrénales. — Variole. — *Thèses de la Faculté de Lyon :* Paralysies radiculaires. — Ampoule de Crookes (p. 935). — Ascite chyleuse. — Encéphalite aiguë. — Syndrome rhumatismal. — Mimiques voulues. — Eléments centrifuges des racines postérieures. — Hygiène de l'enfance (p. 936).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur un cas de rage à incubation prolongée,

Par M. le Dr Feltz,
Médecin de l'hôpital de Saint-Denis,

Et M. le Dr Raymond Archambaud,
Ancien interne de l'hôpital de Saint-Denis.

Le vendredi soir, 16 juillet, j'étais appelé à 11 heures du soir, chez le jeune G..., âgé de 20 ans environ.

Ce jeune homme, d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais été malade.

Pas de tares hystériques.

Son père se porte bien; quant à sa mère, elle a eu, il y a environ 6 ans, une crise d'angine de poitrine, pour laquelle elle resta 8 à 10 jours en traitement à l'hôpital à Paris. Depuis ce temps, bonne santé, pas d'autres accès.

L'avant-veille 14, et la veille, 15 juillet, le malade s'était fort amusé et fatigué à l'excès, passant la nuit à boire, à danser et à chanter, parfaitement gai, suivant son habitude, et ne ressentant pas le moindre malaise.

Vendredi matin, 16 juillet, bien qu'exténué, G... part à son travail, mais bientôt, pris de frisson, et ayant une certaine difficulté à respirer, il se décide à rentrer chez lui.

La journée se passe tant bien que mal; vers le soir, le malaise augmente, ainsi que la gêne respiratoire.

Je trouve le malade assis sur son lit, ne pouvant rester allongé. Il ne ressent qu'un peu de gêne dans le côté gauche; la respiration est à peine accélérée, mais, par moments, le malade fait une inspiration un peu plus profonde.

Le pouls est à 60.

La température est normale.

L'auscultation du côté du poumon et du cœur ne révèle rien d'anormal.

A 4 heures du matin, je suis appelé de nouveau; la température est toujours normale, et le pouls à 60, mais la gêne respiratoire a augmenté et le malade se plaint maintenant d'une véritable douleur.

C'est, dit-il, comme un poids énorme qui lui écrase la poitrine. Il a la gorge serrée, et comme bouchée. Rien d'anormal à la gorge.

Les douleurs, qui partent de la région sternale, irradient dans le bras gauche et la main *toute entière* qui est pendant quelques instants, comme engourdie et sans force.

Une nouvelle auscultation ne me révèle rien d'anormal; pourtant les battements du cœur, toujours lents, sont devenus beaucoup plus forts.

Je fis une injection de morphine et prescrivis une potion calmante.

Le malade fut soulagé très rapidement et je partis.

Mais bientôt les accès recommencèrent, et les parents, ne me trouvant pas chez moi, coururent chercher le Dr Feltz, qui vint vers dix heures et constata ce qui suit :

Pouls lent.

Température normale.

Rien du côté des appareils respiratoires et circulatoires.

Le malade raconte alors qu'il est dans l'impossibilité absolue de boire, et, malgré l'insistance du Dr Feltz, il ne peut y arriver.

Lavement avec hydrate de chloral 4 gr.

L'idée vient alors au Dr Feltz, que ce pourrait être de la rage, mais, ne pouvant parvenir à questionner les parents en dehors de la présence du malade et ne voulant pas effrayer celui-ci, il n'arrive pas à préciser.

Je revins un peu plus tard et trouvai le malade fort changé :

La face était pâle, terreuse, les yeux excavés; toutes les 3 ou 4 minutes, le malade était pris d'une dyspnée intense, caractérisée par une inspiration profonde, presque tétanique, qui le faisait sursauter; il s'élançait alors d'un bond, et malgré lui, hors de la chaise ou du lit où il se trouvait, puis redevenait calme à l'instant.

Pour se rafraîchir, il en était réduit à plonger son doigt ou le manche d'une cuillère dans l'eau ou le lait qu'on lui présentait, et encore, après 3 ou 4 déglutitions, une nouvelle tentative provoquait presque infailliblement un accès.

Du reste, plein de bonne volonté et de courage, il portait jusqu'à ses lèvres le verre plein de liquide; mais le spasme pharyngien se montrait aussitôt qu'il ouvrait la bouche.

Malgré tout, et au plus fort de ses crises, sur mes instances, il parvint en s'enfonçant brusquement et profondément la cuillère dans la bouche, à avaler une gorgée du liquide.

Mais l'effort fut tel, et l'angoisse qui suivit fut si terrible, qu'il pria que désormais on ne lui présentât plus rien, préférant souffrir de la soif.

Dans l'intervalle des crises, qu'il annonçait du reste quelques secondes auparavant, le malade s'entretenait d'une voix entrecoupée mais calme. Il racontait ses efforts

inutiles pour boire, priait de ne pas remuer, de ne pas ouvrir les portes, le moindre courant d'air l'affectant désagréablement et provoquant les crises.

Couvert de sueurs, il cherchait à se découvrir un peu, mais frissonnant aussitôt il se recouvrait.

Vers 4 heures de l'après-midi, comme il se plaignait et de douleurs précordiales et d'irradiations dans le bras gauche, je l'auscultai.

Les pulsations avaient légèrement augmenté de fréquence; le cœur battait maintenant d'une façon très énergique et je sentis à la pointe un léger bruit de frottement.

Vers 6 heures du soir, le malade fut pris tout à coup d'un accès de délire furieux : se précipitant sur les personnes qui l'entouraient, il chercha à les battre, et lança des coups de pied à droite et gauche.

A partir de ce moment, il n'eut plus sa raison et s'affaissa sur le lit où on le maintenait.

Une écume sanguinolente sortait de sa bouche.

La respiration et le pouls étaient accélérés, les pupilles dilatées, et bientôt après il mourait cyanosé, sans avoir repris connaissance.

Le Dr Feltz vint alors constater le décès et finit par faire dire aux parents que, 6 mois 1/2 avant, vers le 31 décembre, leur fils avait été léché sur la bouche par un chien.

Ce chien, reconnu enragé, avait à cette même époque mordu un jeune enfant, qui fut soigné à l'Institut Pasteur et guérit.

La crise, survenue sans prodromes, au milieu d'une excellente santé, probablement provoquée par les excès des jours précédents, avait duré en tout 36 heures.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

1° La difficulté du diagnostic.

Les commémoratifs, en effet, étaient nuls, les parents avaient complètement oublié le contact de leur fils avec un chien enragé, et ils en parlèrent d'autant moins qu'il n'y avait pas eu morsure.

Ce ne fut que sur l'insistance du docteur Feltz qu'ils se rappelèrent que leur fils avait été léché sur la bouche, sans en avoir jamais ressenti, du reste, aucun malaise.

2° Comment s'est faite l'inoculation? La muqueuse de la lèvre présentait-elle une légère éraillure? C'est ce qu'il n'est pas possible d'établir; en tout cas, cela démontre d'une façon malheureusement trop nette le danger des inoculations, même les plus superficielles, surtout lorsqu'elles ont lieu au niveau des muqueuses.

Les muqueuses saines pourraient même, paraît-il, servir à l'absorption du virus, d'après les expériences de M. Galtier, communiquées à la Société de biologie en 1890.

3° Il est d'observation banale que tout ce qui diminue la résistance organique, comme les excès vénériens, alcooliques ou autres, les veilles, les émotions, peut hâter l'apparition des accidents.

Ici, ces excès semblent avoir été la cause vraiment déterminante, au point qu'on peut se demander si les accidents auraient éclaté après un laps de temps aussi long, sans ces deux jours de fête, pendant lesquels le jeune homme se surmena.

Il y a là, croyons-nous, une contre-indication opératoire chez les sujets susceptibles d'avoir été contaminés. Le choc opératoire pourrait suffire en effet à faire naître des accidents qui, sans cela, auraient sans doute été conjurés.

Une récente observation où le traumatisme opératoire aurait réveillé les accidents, chez un sujet précédemment traité à l'institut Pasteur, ne peut que confirmer ces appréhensions.

4° Signalons enfin la longueur de l'incubation, d'une durée d'autant plus anormale que l'inoculation avait eu lieu à la face, où la transmission s'opère en général avec rapidité, donnant lieu à la plus courte durée d'incubation.

MÉDECINE LÉGALE

La fonction glycogénique du foie dans ses rapports avec les expertises médico-légales.

Résumé du rapport lu au *Congrès de Moscou*

Par MM. A. Lacassagne et Étienne Martin.

Nous nous sommes posé les deux problèmes suivants :

1° Dans tous les cas de mort violente la fonction hépatique, brusquement suspendue, favorise-t-elle l'accumulation des matières sucrées dans le parenchyme hépatique, et le foie contient-il après la mort une quantité abondante de sucre? En revanche, après la mort par suite d'une maladie, quelque courte soit-elle, est-il exact que l'on ne retrouve plus dans le parenchyme hépatique de matières sucrées ou tout au moins la teneur du foie en glucose a-t-elle beaucoup diminué?

2° Existe-il un procédé simple, exact, qui ne soit pas exposé à de trop grandes causes d'erreur, en un mot un procédé que tout médecin peu habitué aux recherches de laboratoires puisse employer pour faire de semblables constatations?

Le nombre des cadavres sur lesquels ont porté nos expériences atteint environ 200. Nous avons examiné les foies de 40 enfants, dont 15 fœtus ayant vécu quelques heures après l'accouchement ou mort-nés.

Dans les cas où le glucose ne pouvait être mis en évidence par la liqueur de Fehling, on a toujours trouvé des altérations du placenta (syphilis), ou bien on a constaté chez la mère une maladie avec retentissement sur les organes du fœtus et entraînant sa mort. Nous pouvons donc conclure que, chez un fœtus qui n'a pas respiré ou qui n'a vécu que quelques instants après l'accouchement, l'examen du foie indique si le fœtus était malade (absence du glucose) et est mort après avoir souffert dans l'utérus, ou bien si la mort a été brusque (présence du glucose dans le foie). Il suffira alors d'interpréter le mécanisme de cette mort brusque, longueur du travail, intervention pendant l'accouchement, lésions traumatiques.

Si nous passons à l'examen des enfants, nous avons constaté que, dans tous les cas où une maladie même de courte durée avait causé la mort, l'examen du foie ne décelait pas de traces de glucose, au contraire, dans les cas de suffocation, de blessures ayant entraîné la mort, le glucose s'y trouve en abondance.

Chez les adultes, nous pouvons considérer 2 cas : ou bien la mort est survenue brusquement à la suite d'un accident, submersion, pendaison, suffocation, strangulation, coup de feu, écrasement, blessures par armes blanches, précipitation (la recherche du glucose est tout à fait positive);

Ou bien une maladie a été la cause directe de la mort; nous avons examiné le foie de malades ayant succombé à presque toutes les maladies aiguës, puis aux diverses cachexies, cancer, mal de Bright, etc.

Toujours l'épreuve du foie a été négative; nous avons cependant quelques réserves à faire. Les tuberculeux succombent quelquefois non pas à la cachexie et à l'intoxication dues à l'évolution du bacille, mais à des accidents mécaniques survenant brusquement au cours de la phthisie : pneumothorax suffoquant, accès de laryngite aiguë, suffocation par l'envahissement de la trachée par le pus des cavernes. Dans ces cas, l'épreuve du foie sans être positive n'est pas non plus négative. Il y a des traces

de glucose et c'est alors qu'un dosage exact permettra, en donnant l'appréciation de la quantité de glucose, des présomptions pour dire si la mort est le fait de l'évolution de la phthisie ou d'un accident mécanique intercurrent. Constatation qui peut avoir en médecine légale une grande portée.

Le dernier cas, très embarrassant celui-là, est la coexistence sur un cadavre de lésions morbides et de lésions traumatiques pouvant les unes et les autres avoir entraîné la mort. Les hésitations de l'expert seront nettement tranchées par la recherche du glucose dans le foie.

Il est donc possible de tirer de la présence ou de l'absence du glucose dans le foie un diagnostic à peu près certain de la cause de la mort, maladie ou mort violente. La formule de Claude Bernard avancée il y a 50 ans est absolument applicable aux recherches médico-légales.

Quel est le procédé qu'on doit suivre dans cette recherche? C'est encore la méthode préconisée par Claude Bernard que nous avons employée.

Une parcelle de foie qu'on aura soin de peser très exactement est prélevée dans les parties de l'organe qui n'ont pas été exposées aux influences atmosphériques, on la hache de façon à faire une bouillie pulpeuse dans une capsule de porcelaine et on y ajoute une quantité à peu près double d'eau distillée. Cette préparation est portée sur le feu et soumise pendant quelques minutes à l'ébullition, on ajoute alors du noir animal de façon à obtenir la précipitation des matières albuminoïdes et à clarifier le liquide de macération. On filtre et on examine le liquide obtenu. Il est louche ou au contraire absolument clair. Quelquefois il peut revêtir un aspect légèrement jaunâtre.

Si le liquide est louche, c'est qu'il riche en matière glycogène, un dosage assez compliqué peut en indiquer la teneur. Mais cette recherche nous a semblé dans la plupart des cas sinon inutile tout au moins difficile à apprécier. En effet, les physiologistes ne sont pas encore définitivement fixés sur le rôle de la matière glycogène et sur les différents stades de sa formation et de ses déformations. Enfin nous avons constaté que toutes les fois que le glucose est en grande abondance, la matière glycogène se traduit par le louche du liquide de filtration, mais l'inverse n'est pas exact. Il peut y avoir une abondante provision de glucose et le glycogène peut faire défaut. Nous en concluons donc que la recherche du glucose est seule utile pour arriver aux conclusions que nous avons posées. Elle se recommande du reste par sa simplicité.

On décèle en effet la présence du glucose dans le liquide de filtration par la liqueur de Fehling préalablement vérifiée. Cette recherche se fait comme celle du sucre dans l'urine, et tout praticien peut donc s'y livrer, sans avoir à sa disposition un outillage spécial ou des connaissances approfondies de chimie.

La simple constatation du précipité d'oxydule de cuivre, la rapidité de sa formation permettent dans la plupart des cas de conclure à l'abondance du glucose dans le foie. Mais si l'on veut plus de précision, et cette précision sera nécessaire dans le cas douteux où une maladie et des phénomènes mécaniques auront été combinés sur le même individu pour amener la mort (les tuberculeux dont nous parlions tout à l'heure), on devra doser exactement le glucose à l'aide encore de la liqueur de Fehling. Il suffit de calculer la quantité de liquide de filtration nécessaire à la décoloration d'une quantité donnée de liqueur de Fehling, une simple proportion indiquera le chiffre exact de teneur en glucose du tissu hépatique.

D'après les chiffres indiqués par Claude Bernard, le taux du glucose dans le foie varierait, chez les individus morts de mort violente, entre 1 et 2 grammes p. 100. D'après les recherches de Colomb et les nôtres il faudrait élever un peu ce chiffre. Nous avons trouvé plus souvent, des quantités variant entre 2 et 3 grammes p. 100.

En tout cas, si la mort a été la conséquence d'une maladie, la réaction avec la liqueur cupropotassique est absolument négative. Nous ne revenons pas sur les cas où l'on trouve des traces de glucose. Nous les avons indiqués et leur interprétations doit être dans le sens de la maladie.

Il nous reste à examiner les causes d'erreur. La putréfaction a-t-elle une influence sur la disparition du glucose du foie? Nous répondrons que non; nos expériences sont concluantes. Nous avons pu laisser pourrir dans le laboratoire pendant 15 jours des foies qui primitivement avait donné une réaction positive : au bout de ce temps, elle était peut-être un peu moins accusée, mais avait toujours des caractères très précis. Dans un cas de dépeçage, le tronc fut trouvé dans le Rhône après y avoir séjourné près d'un mois, la réaction du tissu hépatique fut encore positive, l'individu avait été tué avec un instrument tranchant et dépecé presque vivant. En somme la putréfaction n'est pas une cause d'erreur qui puisse entraver la formation de la réaction du glucose.

REVUE DES CONGRÈS

XII° CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

CHIRURGIE

Classement et traitement chirurgical de la péritonite aiguë.

M. N. Senn (Chicago) classe les péritonites aiguës en se plaçant à divers points de vue : au point de vue anatomique (ectopéritonite, endopéritonite, péritonite pariétale, etc.), étiologique (péritonite traumatique, idiopathique, etc.), pathologique (péritonite septique, putride, etc.), bactériologique (streptococcique, pneumococcique, etc.), enfin clinique (ectopéritonite, péritonite septique généralisée, péritonite par perforation, péritonite circonscrite, métastatique (par voie sanguine), viscérale, pelvienne, puerpérale et sous-diaphragmatique). Il s'occupe ensuite du traitement de ces formes cliniques de la péritonite, surtout de la péritonite septique généralisée, traitement médical et chirurgical. Pour le premier, il recommande les stimulants et les aliments liquides, les cathartiques sont absolument défendus dans les cas de péritonite par perforation, enfin applications chaudes. Lorsque l'infection est étendue, l'opération est indispensable, c'est la laparotomie qu'il pratique avec l'éther comme anesthésique, puis il fait des irrigations avec une solution antiseptique forte.

GYNÉCOLOGIE

Sur les maladies infectieuses des femmes enceintes.

M. Jacob. — La grossesse ne protège pas les femmes enceintes des maladies infectieuses. Le danger qui en résulte pour l'enfant est très grand et d'autant plus grand que la température moyenne de la femme est plus élevée. Cependant la mort du fœtus ne dépend pas seulement de la température, mais aussi du passage direct de l'infection de la mère à l'enfant. Il faut donc employer une thérapeutique très énergique pour combattre la fièvre. La chute de la température se produit généralement au second septénaire dans la fièvre typhoïde. Le pronostic chez la femme enceinte n'est pas plus sombre que celui chez la femme à l'état ordinaire. L'infection peut se produire à toute période de la grossesse.

MÉDECINE

Pathogénie de l'obésité.

M. Le Gendre (de Paris). — L'obésité est une des modalités de l'arthritisme. Les causes prédisposantes sont l'hérédité et le sexe féminin. Les causes occasionnelles sont : le régime alimentaire défectueux, la dyspepsie, l'usage habituel de l'alcool, la sédentarité ordinaire, la cessation subite de longues privations et certaines circonstances d'ordre pathologique telles que : les anémies, la chlorose, une maladie grave, aiguë ou chronique, aussitôt après laquelle l'obésité commence à se ma-

nifester. Les causes de l'obésité peuvent être rangées sous deux chefs : 1° celles qui s'opposent à la destruction de la graisse dans l'économie ou défaut de désassimilation; 2° celles qui accroissent la production de la graisse dans l'économie ou excès d'assimilation. Les transformations des hydrates de carbone en graisse se font par des ferments. Les modifications dans l'abondance ou l'activité des ferments expliquent les divers états pathologiques. L'influence du système nerveux sur l'obésité est prouvée, mais son mécanisme est encore assez obscur.

PÉDIATRIE

L'onanisme chez les enfants.

M. Schmukler (de Kiew). — L'onanisme, chez les enfants, est répandu dans les familles autant que dans les écoles.

Il est nécessaire d'introduire dans les écoles supérieures et dans les écoles moyennes de jeunes filles un cours obligatoire sur l'hygiène des enfants. Les médecins des écoles doivent avoir le droit de prendre part au conseil pédagogique. Il serait utile de fonder une société composée des parents, des instituteurs et des médecins pour lutter contre ce vice secret.

Nouveau traitement de la scarlatine; prophylaxie de la néphrite albumineuse.

M. Isidoro Pujador y Fauva. — Cette maladie, étant considérée par tous les auteurs comme ayant son origine dans l'infection streptococcique, et Fochier (de Lyon) ayant aussi vaincu l'infection puerpérale streptococcique par l'emploi des injections de térébenthine, l'application des dites injections dans la scarlatine est rationnelle.

Dans les scarlatines malignes (chez des enfants de 3 à 6 ans) de forme ataxique, en pleine période éruptive, et alors que toutes les médications conseillées, y compris les bains, avaient été essayées, ces scarlatines furent guéries par l'emploi de deux injections hypodermiques d'un gramme d'essence de térébenthine.

Une anarsaque complète par néphrite albumineuse, dans la période de desquamation scarlatineuse, fut guérie rapidement par le moyen des injections d'essence de térébenthine, sans autre médication ultérieure.

Plus de 120 scarlatines, dont quelques-unes étaient très graves, chez des enfants et quelques adultes, traitées par la térébenthine à l'intérieur, furent toutes guéries, sans qu'en aucun cas les urines présentassent d'albumine, et cependant, les malades étaient sortis à l'air libre avant les 3 semaines à compter du jour de la manifestation de la maladie.

Une diminution manifeste dans les symptômes des maladies ayant été observée avant la fin des 3 heures après l'application de l'injection, et la térébenthine ayant été reconnue tout de suite par l'odeur de violette communiquée aux urines, cela prouve évidemment que celle-ci agit immédiatement par absorption du médicament, en changeant le métabolisme microbien, en neutralisant peut-être les toxines sécrétées, ou bien en activant la phagocytose sanguine.

Ce médicament, employé à l'intérieur depuis le commencement de la maladie et ne produisant jamais d'albuminurie, cela prouve que celle-ci est aussi streptococcique et que l'injection n'agit que comme déterminante ou fixatrice par le phlegmon développé 3 ou 4 jours après, comme le prétend Fochier dans l'infection puerpérale, mais que, outre l'effet primitif par absorption, on observe un autre effet secondaire, effet de révulsion.

Outre l'action irritante locale ou de contact de la térébenthine (laquelle s'évite facilement par l'addition d'un alcalin, le bicarbonate de soude, par exemple), celle-ci reste toujours inoffensive pour l'organisme, ne devant être employée, pour obtenir les effets désirés, qu'à doses de pas plus d'un gramme pour les enfants en bas âge, et ne pas dépasser 3 grammes pour les adultes, administrée sous forme de potion (solution gommeuse) bien sous forme de perles.

Il convient de surveiller attentivement l'appareil digestif, et de suspendre la médication pendant 2 jours, pour la remplacer par des laxatifs salins.

Action thérapeutique du sérum physiologique du cheval dans diverses maladies de l'enfance.

M. Vidal Jalares (de Barcelone). — L'emploi thérapeutique des sérums naturels fut abandonné presque dès les premières expériences, car l'on croyait que peu importait la nature du liquide injecté; mais la toxicité du sérum normal ayant été démontrée ainsi que l'existence de principes communs aux extraits organiques, il en résulte qu'il y a lieu de se livrer à de nouvelles recherches.

Le mécanisme de l'action intime du sérum normal, comme celle de tous les sérums, est complexe et imparfaitement connu jusqu'à présent. Cependant, il est certain qu'interviennent des actes de dialyse, d'incitations nerveuses, et enfin des actions dues à des corps spéciaux du sérum qui, dans l'intérieur du sang alcalin, mettent toutes les cellules en conditions de résistance normale.

Les effets sur tous les appareils sont l'exaltation fonctionnelle : fièvre fugace, meilleur appétit, meilleure digestion, assimilation plus complète, désintégration organique régulière, action cardiaque augmentée en travail utile, fixité et uniformité de tous les actes nerveux, etc.; modifications opposées aux auto-intoxications qui accompagnent les diarrhées cholériformes, les anémies, le rachitisme, la chorée, etc.

L'appauvrissement organique est combattu par le sérum parce qu'il triomphe d'abord de la cause qui lèse quelque organe ou système organique important, soit en faisant arriver la matière utile à la cellule, soit en réparant à temps ce que la même cellule rejette.

Le sérum exige dans son application, comme tout autre agent curatif, des soins dans le choix du cheval, dans la pratique de la saignée, dans la séparation et la conservation du sérum, et enfin, dans la technique des injections; mais ces soins étant appliqués avec un peu de diligence, en ne perdant pas de vue les progrès de la science et le bien de l'humanité, il n'y a point de doute que tout en n'offrant que d'insignifiantes difficultés, le résultat à obtenir est et doit être des plus satisfaisants.

NEUROLOGIE

Expériences de paralysies passagères chez les animaux par injections intra-crâniennes de cocaïne.

MM. Ch. Comte et **Ed. Rist** (de Paris). — Nous avons provoqué chez le chien des paralysies limitées et passagères, en injectant, au niveau des zones corticales du cerveau et au niveau du bulbe, une solution de cocaïne à 5 pour 100, préalablement colorée en noir par l'encre de Chine, pour permettre d'établir exactement la zone touchée. C'est là une méthode simple et rapide de démonstration des fonctions du cerveau, les paralysies ainsi produites étant très limitées et ne troublant nullement l'état général de l'animal qui revient à son état normal au bout d'une demi-heure. La technique opératoire est des plus simples : il suffit de perforer le crâne au moyen d'une vrille, et de pousser l'injection à travers le petit trou ainsi formé. La seule difficulté réside dans la variabilité du volume de la tête du chien, volume qui empêche de se repérer exactement. Suivant le lieu de l'injection, on provoque soit des troubles moteurs, soit des troubles sensitifs, soit même une anesthésie complète de l'animal. Les troubles observés se rapprochent beaucoup de ceux qu'on observe à la suite de lésions pathologiques des mêmes régions, chez l'homme.

De la conductibilité bilatérale des nerfs.

M. Benedikt (de Vienne). — Le laboratoire a montré que les nerfs possèdent une conductibilité bilatérale, et que, par conséquent, la fameuse loi de Bell doit être complétée. Il est peu probable que les organes possèdent des propriétés dont la nature ne se sert jamais. La physiologie, il est vrai, ne connaît pas encore les usages de cette conductibilité bilatérale des nerfs moteurs et sensitifs; mais la pathologie possède un grand nombre de faits qui l'illustrent : les faits de guérison momentanée de

paralysies centrales par irritation périphérique, les faits d'anesthésies ou d'hyperesthésies périphériques d'origine émotive, etc. semblent donner à la loi de la conductibilité bilatérale la valeur d'une loi générale.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Sarcomatose cutanée.

M. T. de Amicis (de Naples). — La sarcomatose cutanée mérite d'être encore étudiée parce que plusieurs points de son histoire sont dans l'obscurité. Il ne s'agit pas d'une seule espèce morbide, mais d'un groupe complexe d'affections dont il faut distinguer deux divisions principales :

La sarcomatose cutanée métastatique (d'origine osseuse ou viscérale).

La sarcomatose cutanée primitive; cette dernière forme mérite seule qu'on s'en occupe.

Elle comprend différents types : sarcome cutané non pigmenté à foyers uniques ou multiples; sarcome cutané mélanique, sarcome cutané multiple pigmenté ou hémorrhagique.

L'auteur décrit la première variété et relate un cas très rare observé dans la clinique de Naples; il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Il décrit la seconde variété en donnant un nouvel exemple avec dessin et examen histologique. C'est la troisième forme, c'est-à-dire le sarcome multiple idiopathique pigmenté de Kaposi qui offre surtout des points discutables. Après Kaposi, les observations se sont multipliées; l'auteur en a vu une cinquantaine de cas environ. Au congrès de Rome, on substitua la qualification d'hémorrhagique à celle de pigmenté (Köbner, Kaposi). Son étude clinique et morphologique a été complètement faite.

L'auteur distingue trois périodes dans son évolution : période d'infiltration plane maculeuse, période néoplasique, télangiectoïde, angiomateuse, période nécrobiotique avec généralisation.

L'examen histologique montre la présence d'éléments globo- et fuso-cellulaires, ces derniers en prédominance. Il y a des altérations vasculaires : dilatation et nouvelle formation de vaisseaux, lacunes hémorrhagiques et pigmentation successive d'origine hématique. Dans les nerfs on a rencontré quelquefois de l'infiltration. Les altérations glandulaires n'existent pas.

Quant à la place qu'il convient de donner à cette affection dans le cadre nosologique, l'auteur se demande si l'on doit la considérer comme un granulome, ou s'il vaut mieux la ranger dans la famille des sarcomes.

Peut-être pourrait-on comparer la place nosologique du sarcome idiopathique hémorrhagique, par rapport à la sarcomatose en général, à celle du lupus par rapport à la tuberculose en général.

L'étiologie et la pathogénie restent toujours obscures. La théorie de Cohnheim est-elle satisfaisante à l'époque actuelle ? Selon toute probabilité, c'est une affection provenant d'un germe infectant; mais la recherche des éléments parasitaires est restée, jusqu'à présent, sans résultat positif.

Il faut examiner la valeur de la théorie nerveuse pour l'explication pathogénique de la néoplasie. L'auteur croit n'avoir pas, jusqu'à présent, des éléments suffisants pour apprécier son influence.

Dans certains cas très rares, le diagnostic peut présenter des difficultés.

Le pronostic doit être réservé ; mais on peut observer des rémissions et même la guérison.

Le traitement chirurgical est indiqué dans le sarcome pigmenté isolé; il est impuissant dans le sarcome mélanique.

Le traitement mercuriel s'est montré absolument inefficace. Au contraire, on a obtenu de bons effets de la cure arsenicale. L'auteur a observé, par ce moyen, un cas de guérison complète.

Sur la tuberculose miliaire de la peau et des muqueuses adjacentes à la peau.

M. Kaposi (de Vienne). — L'auteur décrit, par opposition au lupus vulgaire et aux autres affections que l'on range, arbitrairement selon lui, sous la dénomination commune de tuberculoses de la peau (lupus érythémateux, lichen scrofulosorum, etc.), une forme de tuberculose miliaire vraie de la peau. Il s'agit, dans ces cas, de granulations extrêmement fines, isolées les unes des autres, bien que réunies en un placard sur une région, qui est le plus souvent à la face (nez, joues, lèvres, menton), mais qui peut être aussi la fesse, le coude, l'avant-bras, etc. Ces granulations, qui peuvent envahir aussi les muqueuses (bouche, langue, voile du palais, sont absolument comparables aux tubercules miliaires des viscères, dont elles présentent la structure anatomique et les caractères bactériologiques positifs. Elles peuvent demeurer indépendantes les unes des autres pendant toute la durée de l'évolution morbide ; mais, le plus souvent, elles se réunissent pour former des ulcérations dont les bords dentelés et le fond suintant ont une couleur rouge pâle, et qui ont pour caractère principal d'être extrêmement douloureuses. Kaposi a pu observer dans sa clinique 22 cas de cette affection depuis 1879; la marche en est rapide, et la tuberculose milaire de la peau, dont Leichtenstern a publié tout récemment un cas à évolution aiguë, coïncide toujours avec la tuberculose viscérale.

De l'état de nos connaissances sur l'étiologie des dermatoses et sur les diverses manifestations de la syphilis.

M. Gaucher (de Paris). — La plupart des dermatoses sont dues à des parasites ou à des microbes qui peuvent agir non seulement par inoculation directe, mais aussi par infection interne. Le plus important de ces microbes, au point de vue de la fréquence et de la multiplicité des affections cutanées qu'il provoque est celui de la tuberculose. Mais les microbes n'agissent pas seulement par eux-mêmes, mais aussi par les toxines qu'ils élaborent, toxines qui sont d'origine végétale, les microbes étant des végétaux. C'est dire que tous les poisons, quels qu'ils soient, appartenant aux trois règnes de la nature, peuvent engendrer des dermatoses : ainsi les cas de dermatite exfoliatrice décrits jadis ne sont le plus souvent que des hydrargyries méconnues. Enfin l'influence du système nerveux est capitale dans l'étiologie des dermatoses, c'est l'intermédiaire obligé entre la toxine microbienne et l'affection cutanée, c'est lui qui favorise le développement de toutes les toxidermies, et aussi des éruptions du type vésiculeux ou bulleux (zona, pemphigus). On cite encore les éruptions médicamenteuses et les éruptions par auto-intoxication (bile, poisons de la désassimilation, etc.) Ce groupe comprend toutes les affections cutanées appelées autrefois diathésiques, enfin la syphilis, dont les éruptions ne sont que les manifestations extérieures d'une affection de tout l'organisme.

De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions organiques du système nerveux chez les syphilitiques.

M. J. Orschansky (de Karkow). — D'après mes observations, la syphilis seule, dans l'hérédité névropathique, donne une proportion beaucoup plus considérable des affections nerveuses que la syphilis accompagnée de l'hérédité morbide; d'autre part, la syphilis seule donne presque exclusivement les lésions organiques du système nerveux et surtout celles du cerveau, les névroses et les psychoses fonctionnelles ne s'y observent presque pas, chez les hommes comme chez les femmes.

Enfin, on observe que la syphilis seule ainsi qu'accompagnée de l'hérédité, frappe plus souvent les hommes que les femmes. Dans ce deuxième groupe (hérédité + syphilis) on rencontre outre les maladies organiques du système nerveux quelques cas fonctionnels (névroses-psychoses).

Les affections fonctionnelles du système nerveux ayant une nature moins grave que les affections organiques, nous constatons ce fait paradoxal que l'hérédité, au lieu d'aggraver l'action de la syphilis sur le système nerveux, l'atténue.

On pourrait dire ainsi que sous l'influence de l'hérédité névropathique un certain nombre des affections organiques se transforment en maladies fonctionnelles.

Le nombre des enfants atteints des maladies fonctionnelles prévaut de beaucoup celui des enfants atteints de lésions organiques du système nerveux. Parmi ces derniers, on trouve

quelques cas d'anomalie de développement et il ne recte qu'un nombre très restreint de lésions vraiment organiques. En nous rappelant que chez les syphilitiques on n'observe presque pas de névroses, nous constatons que la pathogénie subit une modification par le passage héréditaire et l'état morbide s'affaiblit chez les enfants syphilitiques.

Dans les familles non syphilitiques, la prévalue des affections fonctionnelles chez les héréditaires et celle des maladies organiques chez les non-héréditaires se met ici en relief autant que dans les familles syphilitiques.

Le point le plus caractéristique pour le groupe des héréditaires non syphilitiques, c'est le nombre très considérable de psychoses.

Numériquement l'hérédité directe ou psychopathique est égale à toutes les autres formes de l'hérédité prises ensemble.

Tous ces faits peuvent se résumer en ces deux propositions :

1° Une névrose fonctionnelle autant qu'elle prédispose l'organisme aux différentes autres affections fonctionnelles, autant elle sert de moyen de défense contre les lésions organiques du système nerveux.

2° De même, une hérédité névropathique défend le système nerveux contre l'action néfaste de la syphilis.

LARYNGOLOGIE.

Maladies de la voix.

M. Castex (de Paris). — C'est surtout le diagnostic d'une maladie vocale qui est embarrassant; le traitement qui en découle est plus facile. Les altérations de la voix parlée et du chant sont étudiées dans deux parties distinctes.

1° *Voix parlée.* — La parole fatigue généralement plus que le chant, sans doute parce que la somme des mouvements dépensés y est plus grande et parce que c'est toujours le médium seul qui fonctionne sans que les autres registres viennent le ménager.

Les phonopathies de la parole portent sur la quantité et sur la quantité : affaiblissement simple de la voix se compliquant souvent de la crampe des orateurs, raucité, voix eunuchoïde, voix (bi- tri- ou pluritonéale. Les moyens thérapeutiques sont connus (repos vocal, électrisations, massages, révulsions prolaryngées; l'important est d'en déterminer les indications particulières.

2° *Voix chantée.* — Elles sont plus nombreuses et plus complexes : l'auteur les classe d'après le trouble ou symptôme majeur et il les expose dans l'ordre de leur fréquence.

Ce sont d'abord les maladies sur le *timbre* qui représentent 40 p. 100 de l'ensemble de ces affections. La voix est voilée dès qu'on se met à chanter, deux ou trois notes du registre aigu sont perdues, la tonalité baisse, chanter en demi-teinte n'est plus possible, impossibles aussi les sons filés qu'on enfle et amoindrit à volonté. Au laryngoscope pas ou peu de lésions. Comme causes : les laryngites légères mais prolongées, les surmenage ou malmenage laryngés, la fatigue de l'enseignement, les erreurs dans le classement d'une voix, si difficile pour le professeur, certains états constitutionnels. Pour le traitement : repos absolu de l'organe, révulsions sur le devant du cou, pulvérisations chaudes intra-laryngées, mise en état de l'appareil vocal (détruire les granulations, enlever les adénoïdes, etc.), électrisations, massages, abandon d'une technique défectueuse, traitement général.

Laryngotomie et laryngectomie.

M. Castex (de Paris). — L'auteur relate les observations cliniques et opératoires de trois malades qu'il a opérés récemment de tumeurs malignes laryngées (laryngotomie, laryngectomie partielle, laryngectomie totale). Il les fait suivre des remarques que lui ont suggérées toutes ses diverses interventions antérieures :

1° Dangers particuliers de la narcose chloroformique, même avant toute incision, chez les cancéreux (réflexes cardiaques mortels);

2° Utilité de bourrer temporairement, à la gaze iodoformée, la région sous-glottique, car la canule de Trendelenburg laisse toujours passer un peu de sang;

3° Grandes ressources que donne la thyrotomie exploratrice pour mieux voir jusqu'où doit aller l'exérèse;

4° Facilité qu'offre la résection partielle du cartilage thyroïde pour poursuivre les prolongements profonds du néoplasme;

5° Possibilité d'extension à l'œsophage alors même qu'il n'y a pas d'adénopathies et que le cancer semble, de par la clinique, exactement limité au larynx.

Malformations et déformations faciales.

M. Castex (de Paris) étudie sous ce titre les divers écarts de l'orthomorphie faciale, congénitaux ou acquis, en s'attachant particulièrement à ce qui concerne les fosses nasales, partie centrale du massif osseux.

Après un exposé embryogénique, il passe en revue la brièveté antérieure de la voûte palatine qu'il mesure avec un palatomètre particulier, les hypertrophies at les atrophies du maxillaire supérieur, les diverses déformations extérieures et intérieures du nez (inflexions du septum). Il fait remarquer que, souvent, le faciès adénoïdien existe sans tumeurs adénoïdes, voire même sans queues des cornets ou obstruction intérieure d'aucune sorte. L'examen des divers squelettes d'animaux, pratiquée au Muséum d'histoire naturelle de Paris, a montré à l'auteur que la face peut se déjeter dans son ensemble, mais que la cloison ne s'affaisse jamais, comme il arrive si souvent dans la race humaine blanche.

La pratique du rhinologiste trouve à s'exercer souvent contre des nez qui se déjettent d'un côté ou d'autre de manière disgracieuse et très gênante pour la respiration. Généralement alors ce déjettement est l'effet de l'inflexion intérieure de la cloison.

M. Castex les opère en faisant sauter l'éperon au moyen d'un ciseau coudé et du maillet. Il recommande, l'opération terminée, d'introduire l'index ou le petit doigt jusqu'à la choane pour constater si la voie reste largement libre.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 Septembre 1897.

Sérothérapie de la lèpre.

M. Hallopeau communique un rapport sur le traitement de la lèpre par les injections hypodermiques du Dr Carrasquilla.

Les questions de thérapeutique relatives à la lèpre comptent parmi les plus difficiles à élucider : on sait en effet que cette maladie procède par poussées successives auxquelles font suite spontanément des périodes souvent très prolongées de régression et d'amélioration parfois assez prononcées pour simuler la guérison : si l'on administre le médicament pendant la poussée on peut se croire en droit de lui rapporter la cessation des accidents aigus bien qu'elle se fût produite en l'absence de toute intervention, et si on l'emploie dans les périodes de régression, on peut lui rapporter à tort l'amélioration qui suit presque fatalement chaque poussée. Une médication réellement curative serait celle qui aurait pour résultat d'activer les régressions spontanées, de les rendre complètes et d'empêcher de nouvelles poussées de se produire.

Le sérum anti-lépreux préparé et préconisé par le Dr Carrasquilla ne satisfait pas à ces *desiderata*. L'auteur le prépare en injectant à des chevaux le sérum obtenu par une saignée faite chez un lépreux : or rien ne prouve que ce sérum humain contienne les microbes de la lèpre; de plus ce liquide n'est pas recueilli avec de suffisantes précautions antiseptiques; il est chargé de microbes étrangers à la lèpre. Néanmoins il est généralement bien supporté; les réactions locale et générale qu'il peut provoquer sont habituellement modérées; son action sur la lèpre peut être nulle : des formes tuberculeuses ont persisté avec

tous leurs caractères, malgré son emploi prolongé; il n'empêche pas, contrairement aux assertions de son auteur de nouvelles poussées de se produire, les régressions survenues chez les malades de Saint-Louis soumis à son action n'ont pas dépassé celles qui se produisent d'habitude spontanément dans l'intervalle des poussées; c'est prématurément que l'on a annoncé l'amélioration et même la guérison de la lèpre par ce sérum; on pourrait, avec plus de chances de succès, préparer un sérum anti-lépreux en injectant à un animal des bacilles de lépromes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 4 Juin 1897.

Angine chez un nourrisson; mort par infection.

M. Wicot a été appelé auprès un enfant d'un mois, bien portant depuis la naissance et atteint d'une angine aiguë avec pointillé blanchâtre de la muqueuse. Les ganglions cervicaux augmentèrent rapidement de volume; cependant l'affection n'avait pas l'aspect diphthérique; la fièvre était légère et la guérison se dessinait au bout de quelques jours, quand brusquement la température monta à 40°, et le lendemain paraissait une plaque érysipélateuse au front, laquelle s'étendit à toute la tête, pour se localiser après neuf jours à la région occipitale, où un vaste abcès se forma et fut ouvert. Un second abcès fut ponctionné au menton, et c'est à ce moment que les urines, normales jusqu'alors, présentèrent pour la première fois de l'albumine, qui fut d'ailleurs toujours minime durant le cours ultérieur du mal. Dès lors, l'état s'aggrava considérablement, la tête fut envahie par l'œdème qui donna à l'enfant un aspect hideux, cachectique, accusé davantage encore par la présence d'un léger ictère (urines bilieuses), et la mort vint achever le tableau clinique.

Le cas est intéressant, à cause de l'âge peu avancé du malade. M. Wicot croit avoir eu affaire à une angine à streptocoques, avant provoqué une streptococcie grave, cause de la mort du nourrisson. Des injections répétées de 20 centimètres cubes de sérum physiologique avaient été faites en dernier lieu.

M. Nauwelaers confirme le fait de la rareté de cas semblables et pense également dans le cas présent à une infection streptococcique, malgré l'absence de renseignements bactériologiques dans l'observation rapportée.

De l'organothérapie.

M. Philippen. — Depuis les progrès récents de la biologie et de la bactériologie, progrès qui ont permis d'étudier de plus près la nature d'un grand nombre d'agents pathogènes et la manière dont l'organisme abandonné à lui-même lutte contre la maladie, la thérapeutique a pu tenter encore une fois de s'attaquer directement au principe morbifique en empruntant à l'organisme ses procédés naturels de défense. Les diverses méthodes bactériothérapiques et l'organothérapie marquent cette tendance de la thérapeutique actuelle.

La sérothérapie et l'organothérapie reposent sur le même principe. L'infection n'est qu'une circonstance fortuite dans la vie de l'individu qui lutte contre elle par l'activité réactionnelle de chacune de ses cellules : production d'antitoxine. Mais tout être vivant est constamment exposé à deux causes de maladie inhérentes à la vie : l'usure des tissus et l'auto-intoxication. Par le fait qu'aucun individu n'échappe à l'influence de ces deux facteurs, il s'est produit, au cours de l'évolution, une spécialisation dans le travail qui s'effectue constamment en vue du maintien de l'état physiologique. Certains organes jouent un rôle particulier dans la réparation des tissus, ils sont le siège de *sécrétions internes conservatrices du milieu intérieur;* exemple : la rate et la moelle rouge vis-à-vis du sang. D'autres jouent un rôle spécial dans la neutralisation des autotoxines, grâce à des *sécrétions internes antitoxiques;* exemple : les capsules surrénales détruisant les poisons résiduaux du travail musculaire. Ces deux fonctions sont en grande partie d'ordre chimique; pour une seule d'entre elles, on est peut-être parvenu à isoler le principo actif (iodothyrine de Baumann). En tous cas, ces principes actifs peuvent toujours être utilisés sans rien perdre de leurs propriétés, par l'administration des organes qui les produisent.

En somme, l'opothérapie est une méthode rationnelle. L'application qui en a été faite sur une grande échelle et souvent empiriquement, a été féconde en résultats. Chauveau a dit que la conception que Lavoisier s'était faite des métamorphoses chimiques de l'organisme est trop simple pour expliquer tous les faits. Il est probable qu'il faut attribuer un rôle important à certaines substances comparables aux ferments solubles.

La découverte toute récente d'une lipase et d'une oxydase dans le sang confirme cette idée. Peut-être les sécrétions internes produisent-elles des substances de ce genre : ce seraient les ferments de la vie.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 24 Avril 1897.

Atrésie vulvaire congénitale.

M. Stouffs (Nivelles). — Les replis cutanés qui devaient former les grandes lèvres sont soudés sur la ligne médiane. Les urines s'écoulent en bavant par un orifice situé au sommet de la symphyse vulvaire, sous le pubis. Une sonde introduite par cet orifice vient butter contre une espèce d'infundibulum qui existe au niveau de l'endroit où doit se trouver le vagin et ne peut être introduite dans le canal de l'urèthre.

Débridement du plan d'union des grandes lèvres : peau et muqueuse sont suturées pour les reconstituer; on constate que derrière cette symphyse la disposition des organes génitaux est normale : hymen frangé, vagin normalement développé. Méat urinaire et urèthre normaux, mais les petites lèvres sont rudimentaires et le clitoris imperceptible.

Il y a lieu tout de croire que la matrice et les ovaires existent et sont aussi normalement développés.

Ce cas se distingue de ceux analogues par la présence d'un orifice supérieur permettant l'issue de l'urine. Le plus souvent l'occlusion est complète et une intervention s'impose sitôt après la naissance.

Étude sur la circulation dans l'utérus des mammifères et sur les phénomènes de la menstruation.

M. Keiffer (Bruxelles). — Des faits anatomiques, physiologiques et cliniques observés au cours de la menstruation, je conclus que ce phénomène est un acte glandulaire sécrétoire comparable à celui de l'excrétion et sécrétion urinaire et sudorale et qui est lié à l'intégrité de l'épithélium des glandes tubuleuses de la muqueuse et de ses capillaires.

Les symptômes toxiques qui apparaissent chez les femmes non réglées ou privées de leur fonction cataméniale sont dus à une résorption des substances menstruelles, destinées à être éliminées, et je compare ainsi l'utérus aux autres organes glandulaires du corps, tels que l'intestin, la peau, le thymus, le corps thyroïde, au point de vue des auto-intoxications que ces organes peuvent engendrer et qui ont si bien été étudiées par Paul, Bouchard, D'Arsonval, Charrin, etc.

Grossesse extra-utérine. Abcès de l'ovaire. Résection intestinale. Guérison.

M. Thiébaut (Anderlecht). — Primipare de 28 ans, sans passé gynécopathique, souffrant de métrorrhagies depuis deux mois, après un retard menstruel de 8 jours et de violentes douleurs pelviennes gauches. A l'examen, et hautement située dans

le cul-de-sac gauche, tumeur peu fluctuante, de la grosseur d'une tête de fœtus. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une masse noirâtre, rénitente, friable, adhérant en arrière et en bas aux intestins et au pelvis. On tente de la détacher. A ce moment, une certaine quantité de pus provenant d'un abcès de l'ovaire s'écoule dans le ventre. Une fois l'énucléation terminée, reste à dégager une anse intestinale, adhérente dans le Douglas; libérée, elle laisse voir sur plusieurs points des pertes de substance intéressant toutes les tuniques. Ces fistules existaient en quatre points différents, ce qui nécessita la résection de cette anse sur une longueur de 28 centimètres. Suture à la Czerny. Guérison.

A l'examen des pièces anatomiques, on constate que la trompe présente dans sa partie moyenne une tumeur du volume d'un œuf de poule, dont les parois amincies et dilatées renferment une masse organisée de tissu friable, adhérente à la paroi supérieure de la trompe et présentant les caractères macro- et microscopique du tissu placentaire. Le pavillon est collé à l'ovaire qui présente à sa partie centrale un abcès du volume d'un œuf de pigeon communiquant largement avec la cavité tubaire.

Dégénérescences et complications des myomes utérins.

M. Lauwers (Courtrai). — Cette étude est basée sur 200 cas environ. Le terme de dégénérescence prêtant à de multiples confusions, s'appliquant à une évolution tantôt bénigne (dégénérescence fibreuse ou calcaire), tantôt maligne (dégénérescence sarcomateuse), doit être bien spécifié. La dégénérescence fibreuse, qui est plutôt une manière d'être qu'une altération, se rencontre surtout dans les fibromes sous-séreux pédiculés, souvent très durs. De même le ramollissement se rencontre toujours dans l'état gravide. La transformation calcaire a été rencontrée 4 ou 5 fois par moi au cours d'hystérectomies abdominales dans des myomes sous-séreux.

Les dégénérescences kystiques, que présentent surtout les myomes intra-ligamentaires, constituent une indication formelle à l'intervention, parce qu'elle produit une rapide augmentation de volume, amenant des accidents de compression et des adhérences (six cas).

Deux fois, j'ai rencontré la dégénérescence télangiectasique, et 4 fois la nécrobiose.

Cinq fois le tissu néoplasique était désintégré et présentait des cavités remplies de pus. Dans l'un de ces cas, volumineux myome sous-muqueux, l'infection était due au colibacille.

La dégénérescence maligne sarcomateuse, admise depuis longtemps, a été rencontrée seulement 3 fois. Pour la dégénérescence maligne cancéreuse, mes observations ne permettent pas d'affirmer que la présence des myomes exerce une influence incontestable sur son développement.

Tout autre chose est la coexistence de myome et de cancer, que j'ai observée 5 fois.

Quant à l'influence de la ménopause sur les myomes, j'affirme qu'elle est tout à fait exceptionnelle, et que je n'en ai que trois cas. Pour les femmes souffrant de myomes utérins, l'âge critique est redoutable : c'est à partir de l'âge de 45 jusqu'à celui de 60 ans que les hémorrhagies redoublent d'abondance et de fréquence, que les myomes augmentent de volume, subissent la transformation kystique ou la dégénérescence sarcomateuse, ou se compliquent de dégénérescence cancéreuse.

La grossesse constitue pour les myomes de l'utérus une complication redoutable : 3 fois, le néoplasme a amené l'avortement avec hémorrhagie suivie de mort. Quatre fois j'ai dû pratiquer l'amputation supra-vaginale pour des accidents graves de compression. Trois fois, j'ai fait l'opération de Porro, chez des femmes à terme présentant des myomes qui rendaient l'accouchement naturel impossible. Je suis convaincu que bon nombre d'hémorrhagies par atonie du muscle utérin, avant ou après la délivrance, sont provoquées par la présence de myomes dans la matrice.

Je tiens à faire observer en terminant que si j'ai cru devoir intervenir activement deux cents fois chez des malades atteintes de myomes, il en est d'autres, en très grand nombre, auxquelles je l'ai formellement déconseillé. Nul n'ignore que beaucoup de femmes sont atteintes de myomes de petites dimensions, le plus souvent, il est vrai, sans même s'en douter. Les propositions émises quant à la fréquence des dégénérescences et des complications des myomes utérins deviennent par là même fort aléatoires.

M. Jacobs présente 27 des pièces anatomiques les plus intéressantes des cas de fibrome utérin qu'il a été amené à opérer dans le courant 1896. Il insiste d'abord sur la fréquence des dégénérescences qu'elle présentent et qui sont d'autant plus tangibles que la tumeur appartient à une personne qui approche plus de la ménopause. Il s'y trouve 7 fois la dégénérescence calcaire, une fois la dégénérescence sarcomateuse, une fois l'épithélioma du corps, une fois celui du col, deux cas de dégénérescence graisseuse, un cas de dégénérescence kystique, deux cas de mortification de noyaux fibreux volumineux, due à la dégénérescence calcaire de la coque. Dans sept de ces cas, morcellement total ou partiel *per vaginam*. Les autres cas ont été opérés par la voie abdominale, deux par l'amputation supra-vaginale, les autres par l'hystérectomie totale.

L'auteur expose son *modus faciendi* actuel : aucune forcipressure ni manœuvre vaginale; d'emblée, la tumeur est attaquée par l'abdomen et extraite du pelvis. Ligature définitive de l'artère ovarienne, incision du ligament large jusqu'à la portion sus-vaginale du col, recherche et ligature isolée de l'utérine. Ouverture du cul-de-sac postérieur aux ciseaux, puis de l'antérieur; quelques coups de ciseau isolent le col latéralement et la tumeur est enlevée. Les ligaments larges sont refermés par un surjet; le vagin est réuni au péritoine par quelques points de suture séparés, de façon à laisser une ouverture qui permette le drainage. L'auteur y tient pour permettre l'expulsion au dehors, pendant 24 ou 48 heures, de l'exsudation de la séreuse péritonéale, toujours abondante après ces grands traumatismes. Sur ces 27 cas, il y a eu 25 guérisons et 2 décès (après hystérectomie abdominale totale) dus l'un à une pneumonie, l'autre à une péritonite généralisée préalable à l'intervention.

M. Cittadini. — Il s'agit d'une femme de 60 ans qui, 8 ans après la ménopause, présenta de la leucorrhée et un peu de méthrorrhagie dans les deux derniers mois. A l'examen, la malade présente une abondante suppuration intra-utérine très fluide et fétide. La tumeur dépasse le pubis de 3 travers de doigt. Morcellement vaginal montrant que l'utérus, dans sa portion cervicale et bien qu'elle parût intacte à sa surface vaginale, est totalement dégénérée en tissu épithéliomateux végétant.

Au cours des manœuvres, des pochettes remplies de pus, constituant un étage moyen, sont rompues. Finalement l'étage supérieur, formé par le dôme utérin, bourré de fibromes durs, est morcelé et extrait. Les annexes sont en atrophie sénile. La guérison a été obtenue en 7 jours.

Au point de vue de la genèse de la suppuration du parenchyme utérin de ce côté nous pensons, avec Menge et Krœning, que quand la cavité utérine se trouve contenir soit des sécrétions stagnantes, soit des tissus nécrosés de néoplasmes, soit des débris de membranes fœtales, il peut s'y faire une pullulation bactérienne, à la condition que le pouvoir protecteur du canal cervical ait été annihilé soit par l'existence d'un carcinome de la muqueuse du col, soit par le fait de l'atrophie sénile de cette muqueuse, soit enfin par le fait d'une large béance du col permettant aux débris nécrosés de venir se mettre directement en contact avec le vagin.

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 14 Juin 1897.

Plaies du foie.

M. Hahn a présenté un malade qui dans une tentative de suicide se porta deux coups de couteau sous l'hypochondre. Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital on trouva de l'épiploon sorti à travers une plaie; et comme le malade présentait en

même temps tous les signes d'hémorrhagie interne, on pratiqua la laparotomie qui montra que le lobe gauche du foie était perforé dans deux endroits et qu'il existait une perforation du diaphragme.

On sutura tout d'abord la plaie du diaphragme et on arrêta non sans peine l'hémorrhagie des plaies hépatiques au moyen de quelques sutures profondes. L'incision de la paroi abdominale a été ensuite suturée en grande partie et la cavité abdominale drainée au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. Le malade guérit sans accident.

Dans un autre cas que M. Hahn a eu l'occasion d'observer il s'agit d'un homme de 33 ans, vigoureusement musclé, qui avait reçu un coup de fusil dans l'hypochondre droit. Quand il a été apporté à l'hôpital, les battements de la radiale n'étaient presque plus perceptibles. La laparotomie fit voir la cavité abdominale inondée de sang mais malgré les recherches les plus minutieuses il a été impossible de trouver la source de l'hémorrhagie. On se contenta donc d'un tamponnement de la cavité abdominale qui sembla d'abord avoir arrêté l'hémorrhagie. Mais au bout de quelque temps le sang recommença à couler. On ouvrit la plaie et on finit par trouver tout près de la colonne vertébrale une plaie du foie des dimensions d'une pièce de 50 centimes; la balle se trouvait à côté juste au-dessus des gros vaisseaux. Le tamponnement et la plaie arrêta l'hémorrhagie et le malade guérit.

Le bouton de Murphy dans la chirurgie du tube digestif.

M. Hahn a communiqué les résultats de sa pratique concernant l'emploi du bouton de Murphy dans les opérations sur le tube digestif.

Sur 27 cas de gastro-entérostomie pour sténose du pylore, le bouton de Murphy a été rendu 4 fois, trouvé dans l'estomac, à l'autopsie 5 fois; 5 fois on a constaté une tendance du bouton à tomber dans l'estomac. Dans 13 cas le bouton n'est pas encore rendu bien que l'opération ait été depuis plusieurs années. M. Hahn pense donc que le bouton tombe souvent dans l'anse afférente ou dans l'estomac où il peut occasionner des troubles divers.

D'après M. Hahn le bouton de Murphy avec suture est le procédé de choix dans les hernies gangréneuses. Sur 18 opérations de ce genre il a eu 13 guérisons. M. Hahn est d'avis de réséquer dans ces cas tous les tissus qui semblent suspects.

Le bouton de Murphy a encore été utilisé par M. Hahn dans 6 cas de tumeurs du gros intestin qui ont tous guéri et dans 2 cas de tumeurs de l'intestin grêle, qui ont succombé. 4 cas d'ileus avec gangrène, 2 cas de rupture de l'intestin ont également succombé.

D'après M. Hahn on ne doit employer le bouton de Murphy dans la gastro-entérostomie qu'en cas de nécessité absolue. Le bouton de Murphy est par contre indiqué dans les hernies gangréneuses et dans l'ileus avec gangrène de l'intestin.

Plaies des gros vaisseaux.

M. Neumann a communiqué l'observation d'un malade qui avait reçu un coup de couteau dans la région thoracique et a été apporté à l'hôpital sans connaissance. Dans le sixième espace intercostal gauche, sur la ligne parasternale, se trouvait une plaie d'où le sang coulait en abondance. En agrandissant la plaie on constata qu'à chaque inspiration l'air était aspiré et qu'à chaque expiration une certaine quantité de sang était projetée de la plaie. On sectionna alors le 6e cartilage costal et on ouvrit le péricarde qui était rempli de sang. La palpation et l'exploration ne permirent de découvrir aucune plaie du cœur, ni de la plèvre, ni du poumon.

On fit donc la suture du péricarde et on plaça, à droite et à gauche du cœur, une mèche de gaze iodoformée; puis la plaie a été tamponnée. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et huit jours plus tard on a pu retirer le tampon. Le malade quitta l'hôpital au bout de 5 semaines.

Dans un autre cas observé par M. Neumann, il s'agit d'un garçon de 18 ans qui dans le temps a eu une appendicite et qui entra à l'hôpital pour un empyème datant de 10 jours.

A l'examen du malade très affaibli on trouva un pyopneumothorax qui nécessita une résection costale. Quelques jours plus tard on constata l'existence d'un abcès de la région vésicale qui fut incisée.

Dix jours après cette petite opération, le malade présenta brusquement les signes d'une hémorragie interne. Comme dans la région lombaire gauche il y avait une collection liquide qu'on avait considérée comme une collection purulente, on fit à ce niveau une incision et après section de l'aponévrose lombaire on tomba dans une cavité énorme remplie de sang et où l'on sentait deux côtes dénudées. La cavité a été tamponnée et le malade semblait se rétablir lorsqu'il mourut brusquement 48 heures après.

A l'autopsie on trouva une carie des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. A ce niveau l'aorte abdominale présentait une érosion circulaire, source de l'hémorrhagie.

Contusion crânio-cérébrale.

M. Stabel a présenté un homme qui deux ans auparavant s'est fait une contusion du crâne, laquelle contusion a été suivie au bout de 15 jours des signes d'augmentation de la pression intra-crânienne. La tête et les globes oculaires étaient tournés à gauche, le facial inférieur du côté droit était paralysé, en même temps qu'il existait une parésie manifeste des membres du côté droit. La trépanation fut décidée et l'opération montra l'existence, au niveau de la région motrice gauche, d'un léger épanchement sanguin. L'ablation de cet épanchement amena une aggravation des phénomènes spasmodiques qui existaient auparavant dans la moitié gauche du corps. Une seconde intervention, qui a consisté à mettre à nu la région motrice droite, a montré l'existence d'un hématome dont l'ablation a été suivie de guérison complète.

Dans un autre cas rapporté par M. Stabel, il s'agit d'un homme qui tombe sur la tête et perd connaissance. Au bout de quelque temps il revient à lui pour retomber quelques heures plus tard dans le coma. A l'examen on trouvait un hématome sous-périostique du pariétal droit. Dans la nuit la situation s'aggrave par une hémiplégie droite et le lendemain la trépanation permet d'enlever un hématome sous-durien gauche. Guérison.

SOCIÉTÉ HUFELANDIENNE DE BERLIN

Séance du 3 Juin 1897.

La migraine.

M. Mendel ne pense qu'on puisse admettre l'existence de deux formes de migraine. Personnellement il n'a observé que la forme angiospasmodique; quant à la forme angioparalytique, elle ne constitue qu'un stade de la forme angiospasmodique.

Les complications et les équivalents de la migraine sont nombreux. Les complications qu'on observe le plus souvent se manifestent du côté des yeux sans forme d'hyperesthésie de la rétine, d'hémianopsie uni- ou bilatérale dont la durée peut de quelques heures à plusieurs jours, de scotome, etc. Du côté de l'appareil auditif, on peut observer de l'hyperacousie qui rend tout bruit pénible au malade, ou de la surdité dont la durée est très variable. Les complications du côté des appareils olfactif et gustatif ne sont pas très rares.

Plus importante à connaître parmi les complications est l'aphasie motrice qui peut disparaître avec l'accès de migraine ou persister pendant des semaines. Dans un cas observé par M. Mendel, l'aphasie n'avait pas encore complètement disparu au bout de 4 mois.

Ces complications peuvent constituer et se substituer à l'accès de migraine; la céphalalgie est alors minime. Parmi les équivalents de l'accès, on observe fréquemment des paralysies des moteurs oculaires à retour périodique. M. Mendel a observé un homme de 45 ans qui, à la suite d'un premier accès de migraine très violent, en a eu plusieurs autres où la céphalalgie était minime mais dans lesquels il survenait régulièrement une paralysie du moteur oculaire qui durait 8 à 10 jours.

La migraine peut toucher encore d'autres nerfs. Ainsi M. Mendel a observé des cas où l'accès de migraine était rem-

placé par une névralgie sciatique ou intercostale qui disparaissait au bout de 24 ou 48 heures. Le pneumogastrique peut être pris de la même façon et l'accès de migraine est alors remplacé par une bradycardie avec angoisse précordiale disparaissant au bout de 12 à 24 heures.

Quelquefois le tableau clinique est très compliqué. M. Mendel a soigné une femme de 43 ans qui, depuis l'âge de 30 ans avait des accès de migraine. A un moment donné la migraine disparut, mais toutes les 3 ou 4 semaines la malade était prise d'un accès caractérisé par des palpitations, des vomissements, de l'angoisse précordiale, etc., qui disparaissaient au bout de 12 heures; après quoi la malade se sentait très bien.

Dans l'étiologie de la migraine, l'hérédité joue un rôle considérable, et la transmission héréditaire de la migraine est extrêmement fréquente. Les premières manifestations sont quelquefois très précoces. Ainsi M. Mendel a observé dans le temps un enfant de 9 mois qui brusquement devint pâle, fut pris de vomissements et tomba dans le coma. Comme il n'y avait pas de fièvre et que toute la famille était sujette à la migraine, on fit le diagnostic de migraine. Six heures plus tard l'enfant était guéri. Ces accès revinrent alors régulièrement toutes les 4 ou 6 semaines.

Le traitement n'est indiqué que dans les cas où les accès sont fréquents et reviennent plusieurs fois dans la semaine. Parmi les médicaments qu'on peut employer avec quelques chances de succès, M. Mendel recommande l'arsenic, le bromure de sodium et le salicylate de soude. En fait d'hygiène, les malades doivent s'abstenir de boissons alcooliques, ne pas manger trop de viande.

RUSSIE

Séances du 1er semestre 1897.

SOCIÉTÉS DE MOSCOU

Polynévrite des nerfs crâniens.

M. Minor. — Les lésions des nerfs crâniens peuvent tantôt faire partie des manifestations cliniques de l'encéphalite diffuse, tantôt prédominer sur tous les autres phénomènes et imprimer à l'affection un cachet spécial, en en constituant la partie essentielle; on décrit ces derniers cas sous le nom de polynévrite des nerfs crâniens. Cette affection a une marche chronique; les troubles prédominent ou n'existent que d'un côté, et sont généralement en rapport avec les lésions de la fosse cérébrale moyenne, plus rarement avec celles des fosses antérieure ou postérieure. Parmi les nerfs, le moteur oculaire commun est le plus fréquemment atteint; le grand hypoglosse est pris rarement. Au point de vue clinique, cette affection est caractérisée par la triade suivante : hémiatrophie de la langue; hémiparalysie du voile du palais du même côté; paralysie de la corde vocale correspondante. A ces trois symptômes fondamentaux s'en ajoutent souvent d'autres, secondaires : l'anesthésie de l'isthme du gosier et du pharynx, et, d'après M. Minor, la paralysie du moteur oculaire interne, toujours du même côté.

Le syndrome en question peut être provoqué par les lésions des noyaux, développées pendant la vie intra-utérine ou dans l'enfance. A l'âge adulte, elle peut être primitive ou bien survenir pendant le tabès. S'il n'y a pas de lésion nucléaire, il faut chercher un néoplasme de la base, d'origine syphilitique, ou, plus rarement, de nature maligne. Enfin, quelquefois, l'affection peut être d'origine périphérique.

Kéloïdes disséminées.

M. Jivoult montre une paysanne chez laquelle, à la suite d'une éruption d'impétigo, il s'est développé, au poignet et à l'avant-bras gauche, une infinité de kéloïdes disséminées.

Chaque tumeur est de forme ovalaire, de teinte légèrement rosée. Elles couvrent presque complètement les deux tiers de la face externe de l'avant-bras et une partie du poignet. Au point où fut pratiquée une biopsie, la tumeur a rapidement récidivé.

Un cas de rhinosclérome.

M. Likhatcheff rapporte les résultats des différents traitements auxquels il a soumis un malade atteint de rhinosclérome depuis 2 ans. Il a successivement employé : 1° les injections d'acide phénique à 3 p. 100; 2° les injections d'arséniate de soude à 1 p. 100 dissous dans l'acide phénique à 1 p. 100 (ces injections sont très douloureuses); 3° les injections de rhinosclérine (envoyée par le professeur Pavlovsky); 4° les injections d'une solution de sublimé (10 centigrammes pour 30 grammes); 5° scarifications. En outre, la malade a pris, pendant ces 2 ans, 650 pilules asiatique (pilules à base d'arsenic).

Les injections de rhinosclérine n'ont provoqué aucune amélioration, ni même de réaction locale. Seules, les scarifications ont fourni une amélioration; mais, il faut avouer que ces résultats sont loin d'être très encourageants.

Bactériologie de la vaccine.

M. Solovtzeff a repris les expériences de Wassermann et a constaté que le contenu des pustules de la variole, de même que celui des boutons de la vaccine est absolument stérile, à condition de stériliser au préalable la surface du bouton ou de la pustule. Si l'on ne prend pas cette précaution, on trouve dans le contenu des cocci et des bactéries saprophytes. Cependant, si l'on se sert de lymphe de quarante à soixante jours, la glycérine tue tous ces saprophytes. On a donc intérêt à se servir de lymphe ancienne, comme l'a démontré Ostroumoff, qui inocule toujours aux veaux une lymphe ancienne.

En répétant, d'autre part, chez le veau, les expériences de Guarnieri et de Kourloff, expériences qui consistent dans l'inoculation intra-cornéenne du contenu des pustules, M. Solovtzeff a constaté dans l'épithélium, déjà au bout de 17 heures, le développement caractéristique des colonies parasitaires, se colorant bien par l'hématoxyline; on peut en rencontrer aux différents stades de la division karyokinétique et des perles analogues à celles du cancer. Parfois les colonies siègent dans le tissu conjonctif.

Péritonite séreuse chronique.

M. Filatoff admet cette variété de péritonite et considère, comme caractéristique pour elle l'absence d'antécédents héréditaires, son développement fréquent à l'occasion d'une maladie infectieuse ou du froid. L'amaigrissement est peu marqué, le ventre n'est ni tendu ni douloureux il est globuleux, tandis que dans la péritonite tuberculeuse il est oviforme. Il n'y a presque pas de fièvre, l'état général est assez bon et la maladie se termine presque toujours par la guérison. L'ensemble de ces symptômes existait aussi dans le cas suivant qu'il a eu récemment l'occasion d'observer :

Un enfant de 4 ans, sans antécédents héréditaires, ayant eu 2 fois de la broncho-pneumonie à 10 et à 18 mois, présenta il y a quelques mois, de l'œdème des paupières et une augmentation du volume du ventre, avec amaigrissement et diminution d'appétit. A l'hôpital, on constata que le ventre était augmenté de volume, mais il est resté souple et indolore et renfermait une quantité considérable de liquide non enkysté. Le foie était gros, lisse, non induré. Pas de tumeur abdominale. Rien aux viscères. Par la ponction de l'abdomen on a retiré 800 grammes de liquide trouble très riche en albumine. Le traitement externe par le gaïacol et l'ichthyol n'ayant donné aucun résultat, on fit la laparotomie, mais on ne trouva aucune altération apparente du péritoine. Le liquide péritonéal pris pendant l'opération fut injecté à des cobayes sacrifiés neuf-douze semaines après; on ne trouva pas, à leur autopsie, de tuberculose. Un fragment de péritoine a été enlevé pour l'examen histologique.

M. Krasnoboïeff fit cet examen et ne trouva pas de bacilles, et cela malgré le grand nombre de préparations examinées. Le péritoine étant infiltré présentait des amas cellulaires rappelant les cellules épithélioïdes des tubercules, et de la prolifération de l'endothélium des vaisseaux.

M. A. Kissel n'admet pas la péritonite séreuse simple; les

cas de Henoch, Vierordt et Hirschberg ne sont pas probants puisque l'examen histologique n'a été fait que dans un seul cas. Dans 15 cas de péritonite avec ascite à marche insidieuse, absolument analogue à celle qu'elle présentait chez le malade de M. Filatoff et que M. Kissel a opéré, il a toujours constaté la nature tuberculeuse indiscutable de la maladie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Imbert (Heny). *L'alcoolisme chronique dans ses rapports avec les professions.* N° 398. (Soc. d'édit. scientif.)

M. Faierman (N.). *L'hydrargyrie cutanée.* N° 511. (G. Carré et C. Naud.)

M. Carpentier (Gustave). *Etude clinique sur un cas de tuberculose des capsules surrénales.* N° 457. (G. Carré et C. Naud.)

M. Blivet (F.). *La variole à l'hôpital d'Auvervilliers en 1896.* N° 593. (G. Carré et C. Naud.)

Des documents recueillis à la consultation de l'hôpital Laënnec, M. Imbert conclut que l'alcoolisme est fréquent dans les deux sexes. Dans la clientèle des consultations hospitalières, les hommes (72 p. 100) sont deux fois plus atteints que les femmes (33 p. 100). L'alcoolisme est d'autant plus fréquent dans l'un et l'autre sexe que les individus exercent des métiers les obligeant à vivre au dehors et que leur niveau intellectuel est moins élevé. L'alcoolisme est surtout fréquent entre 20 et 40 ans; il s'observe assez souvent encore entre 40 et 60 ans; il n'est pas exceptionnel entre 15 et 20 ans chez l'homme, et entre 18 et 20 ans chez la femme. Cette intoxication prédispose également aux affections de l'appareil digestif. L'homme alcoolique présente plus souvent des accidents nerveux périphériques; la femme est surtout atteinte par l'hystérie.

L'hydrargyrie cutanée est pour M. Faierman une dermatonévrose toxique. Deux causes dominent l'éruption :

1° L'une occasionnelle : c'est le mercure.

2° L'autre prédisposante, qui est de nature idiosyncrasique.

L'hydrargyrie cutanée revêt deux formes cliniques :

1° Hydrargyrie spécifique commune, apyrétique, à localisation, développement et forme anatomique plus ou moins déterminés.

2° Hydrargyrie cutanée anormale accidentelle pyrétique, sans caractères bien nets, à éléments éruptifs polymorphes, à manifestations septicémiques, etc.

Le diagnostic, plus ou moins facile dans la première forme, devient difficile et indécis dans la seconde.

La forme simple est caractérisée par sa nature spéciale avec lieu de prédilection pour certaines régions, par l'absence de fièvre et phénomènes généraux; tandis que les phénomènes généraux, fièvre, polymorphisme sont autant de caractères propres à la forme grave. En effet, la dernière peut être confondue avec la scarlatine, l'urticaire, la roséole, la rougeole, l'érysipèle ou bien encore avec les dermatites exfoliatives primitives, etc.

Le traitement consistera dans la suppression des causes occasionnelles, dans l'administration de l'iodure de potassium, dans l'emploi des diurétiques, laxatifs, des bains de son ou d'amidon, des pommades et poudres (amidon).

La tuberculose des capsules surrénales est une des lésions les plus fréquemment observées dans les autopsies de maladie d'Addison.

Le syndrome d'Addison constitue la forme clinique la plus fréquente sous laquelle se montre à nous la tuberculose des capsules surrénales; mais ce n'est pas la seule. Chez un bon nombre de malades, ce syndrome était incomplet, et par suite fréquemment méconnaissable. C'est les uns, c'est la pigmentation qui fait défaut, c'est le cas du malade observé par M. Carpentier; chez d'autres, on n'observe que des troubles gastriques, des vomissements, par exemple, ou des douleurs abdominales. Parfois l'asthénie seule persiste; elle peut même défaut. Enfin, la tuberculose des capsules surrénales peut n'être qu'un épiphénomène dans le cours d'une tuberculose aiguë. La constatation de la tuberculose des capsules surrénales est alors une trouvaille d'autopsie.

Parfois, sans aucun prodrome bien net, elle produit la mort subite. Le diagnostic de la cause est également dans ces cas impossible avant l'autopsie. Le connaissance de la fréquence de la mort subite dans la maladie d'Addison permettra seule de soulever l'hypothès d'une altération des capsules surrénales.

M. Blivet joint aux 38 observations de varioleux recueillies à l'hôpital d'Aubervilliers en 1896, quelques remarques suggérées par l'étude de ces cas. Il insiste sur quelques particularités cliniques, notamment sur l'exanthème bucco-pharyngé qu'il n'a vu manquer que dans deux cas. En revanche la fièvre ne lui a pas paru tomber de manière brusque et persistante au début de l'éruption, comme le signalent les auteurs; il l'a vue se maintenir autour de 39° un temps variable, puis tomber graduellement en plusieurs jours. Il a vu un certain nombre de cas de varicelle surtout, d'acné varioliforme, d'urticaire, d'érythème polymorphe qui furent amenés par erreur comme varioleux, erreur bien plus fréquente que l'erreur inverse; dans la majorité de ses cas, la médication éthéro-opiacée a donné de bons résultats; chez 7 malades, M. Béclère a injecté du sérum de génisse vaccinée, sans résultat favorable bien net, mais aussi sans aucune action nocive.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Cibert (Maurice). *Des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial.* N° 130.

M. Schall (Hector). *Troubles trophiques provoqués chez l'homme par l'ampoule de Crookes.* N° 132.

M. Lauquin (Marius). *De l'ascite chyleuse.* N° 137.

M. Murat (Louis). *Contribution à l'étude de l'encéphalite aiguë primitive à forme hémorrhagique.* N° 142.

M. Barjon (François). *Du syndrome rhumatismal chronique déformant.* N° 107.

M. Dupuis (Gabriel). *Essai sur les mimiques voulues.* N° 97.

M. Bonne (Charles). *Recherches sur les éléments centrifuges des racines postérieures.* N° 123.

M. Vuillermoz (Evariste). *Des colonies scolaires de vacances dans leurs rapports avec l'hygiène de l'enfance.* N° 121.

Les paralysies radiculaires obstétricales du membre supérieur sont une complication rare des accouchements. Elles surviennent dans les cas où des manœuvres violentes ont été exercées. Parfois, dans des accouchements laborieux, elles se produisent spontanément. Elles sont peut-être quelquefois causées par la compression des racines du plexus brachial par le forceps; mais, le plus souvent, il faut les attribuer au tiraillement de ces racines, à la suite de violentes tractions opérées sur la tête ou sur les épaules. On tend de moins en moins à admettre la compression du point d'Erb.

Le type le plus fréquemment observé est la paralysie radiculaire supérieure (type Duchenne-Erb). Les paralysies totales sont rares. M. Cibert n'a vu signaler qu'un seul cas de paralysie radiculaire inférieure.

Le pronostic est très réservé; il dépend de l'intensité du traumatisme et doit se baser sur l'état de la contractilité électrique des muscles. D'ordinaire, la guérison survient au bout de quelques semaines. Le seul traitement est l'électricité, surtout sous forme de courants continus. Il faut instituer ce traitement dès le début de la paralysie.

L'existence de lésions cutanées occasionnées par les expériences radiographiques est indiscutable. L'apparition de ces lésions ne suit pas d'une façon immédiate l'exposition du patient aux rayons X : il y a toujours une période d'incubation de

48 heures à 20 jours. Des agents physiques étudiés, aucun ne peut agir ainsi sans lésion rapide de l'épiderme.

D'après M. Schall ces troubles trophiques ne sont pas causés par les rayons X puisque, suivant que ces radiations sont produites à l'aide de la bobine d'induction ou de la machine électrostatique, elles désorganissent les tissus ou les épargnent. Le tube de Crookes en action est entouré d'un champ électrique à tension élevée, et c'est ce champ électrique qui agit sur l'organisme à la faveur des rayons X servant de conducteurs. Les lésions sont ou provoquées par un phénomène d'électrolyse ou par une action électromécanique altérant le tissu nerveux. Sous l'influence de l'une de ces actions, peut-être des deux, les terminaisons nerveuses sont altérées, il s'ensuit une excitation périphérique inconsciente prolongée, et une réaction trophique au point lésé par le champ électrique. La névrite précède la dermatite. Pour obvier à la production de ces désordres il faut et il suffit de détourner du corps du patient le contact du champ électrique, ce qui peut s'obtenir :

a) En éloignant le malade de la sphère d'action du tube ;
b) En faisant de courtes séances ;
c) En isolant le malade du sol ;
d) En interposant sur le passage des rayons X une mince feuille d'aluminium mise en communication avec la terre ;
e) En faisant usage de la machine statique pour actionner les tubes de Crookes ;
f) Enfin en employant avec cette machine des tubes de Crookes produisant des rayons X par le seul passage de l'effluve statique.

Il existe, d'après M. Lauquin, 2 variétés d'ascite chyleuses, l'une vraiment chyleuse, l'autre chyliforme. L'ascite vraiment chyleuse provient soit de la rupture des canaux lymphatiques du mésentère ou du canal thoracique, soit de la transsudation du liquide à travers les parois à la suite de la gêne de la circulation du chyle. La présence du sucre ou des peptones dans le liquide péritonéal, chez un malade non diabétique, paraît suffire pour établir le diagnostic d'ascite chyleuse.

L'ascite chyliforme se caractérise chimiquement par une faible quantité de graisse et la présence dans le liquide de cellules étrangères au chyle telles que des cellules endothéliales ou cancéreuses. Les trois cas observés et rapportés par l'auteur sont des cas d'ascites vraiment chyleuses.

Pour M. Murat l'encéphalite hémorrhagique doit être considérée comme la forme typique des encéphalites primitives aiguës non suppurées. Autour d'elle gravitent, simples variétés, l'encéphalite hyperplastique de Hayem et la polio-encéphalite de Wernicke.

D'origine inconnue dans la plupart des cas, son facteur étiologique le plus constant dans les autres a paru être la grippe. Au reste la pathogénie de cette affection, sans doute de nature infectieuse, reste encore à élucider.

La symptomatologie est plus nette. On peut dresser schématiquement le tableau clinique suivant : Une première phase de prodromes caractérisée par le syndrome habituel d'invasion des maladies infectieuses et fébriles. Une deuxième phase d'excitation : délire, contractures et crises jacksonniennes. Enfin une période terminale de coma et de paralysies.

Souvent une ou deux périodes manquent ou les symptômes, d'une marche capricieuse, engendrent les formes les plus disparates.

La maladie, d'une durée moyenne de 15 jours, quoique très grave, est loin d'avoir constamment une évolution fatale. Par une lente convalescence le malade peut recouvrer dans un tiers des cas la plénitude de la santé.

Rare parce qu'elle est ignorée, cette affection peut devenir plus fréquente quand on saura distraire du domaine des encéphalopathies infectieuses et de la méningite des formes souvent curables qui ne sont autre chose que des encéphalites méconnues.

Dans sa monographie l'auteur a pu réunir 59 cas, dont un lui est personnel; pour lui donc l'encéphalite hémorrhagique mérite de prendre définitivement place dans la nosologie.

D'une étude clinique et anatomique très complète, M. Barjon conclut que le rhumatisme chronique déformant se développe chez des débilités, des prédisposés, des héréditaires sous des influences pathogéniques multiples : *rhumatisme articulaire aigu*; *pseudo-rhumatismes* (maladies infectieuses diverses: blennorrhagie, scarlatine, tuberculose, diphtérie, etc.). Dans aucun cas il ne paraît dépendre d'une lésion primitive des centres nerveux. Dans ces diverses manifestations chroniques polyarticulaires, il existe un syndrome clinique, toujours le même, évoluant en 3 périodes : *articulaire, névrotrophique* et *myélopathiques*, s'accompagnant toujours des mêmes lésions anatomiques essentielles au niveau des articulations et des extrémités osseuses et ayant constamment une courbe uroséméiographique identique. C'est pour lui que l'auteur propose le nom de : *syndrome rhumatismal chronique déformant*.

Pour M. Barjon la distinction actuellement établie entre l'affection « *rhumatisme vrai* » et les « *pseudo-rhumatismes* » doit être considérée comme provisoire. Elle est destinée à disparaître devant la détermination de plus en plus précise des causes de chaque processus rhumatismal et des conditions qui font varier l'évolution ultérieure de ce même processus une fois produit.

L'emploi des rayons X peut être très utile pour permettre de de différencier les lésions anatomiques créées par le syndrome rhumatismal chronique de celle des autres arthropathies déformantes (goutte et affections nerveuses), et l'auteur le montre par de nombreuses observations.

Pour M. Dupuis la mimique expressive normale s'exerce automatiquement en dehors de la volonté. Les troubles de la mimique sont dus soit à des causes d'ordre pathologique, soit à l'action de la volonté. Lorsque la volonté intervient pour modifier la physionomie et lui faire prendre une allure différente de celle que comporte l'état psychique, elle ne réussit qu'à la fausser, à la dissocier. Même chez les acteurs expérimentés, les sujets maîtres d'eux-mêmes, la mimique vraie reparaît toujours sous la fausse par quelques détails, au grand détriment de l'harmonie et de la physionomie. La mimique des yeux est fort peu influencée par la volonté. Les falsifications mimiques devront être recherchées avec soin chez ceux que l'on soupçonne de simuler la folie, et aussi chez tous les simulateurs ou coupables qui cherchent à nier. Les dissociations mimiques dues à la volonté ont pour caractère essentiel d'être fugitives et mobiles comme les causes qui les créent et ne sauraient être confondues avec celles plus fixes, durables et périodiques qui sont dues à des lésions nerveuses.

M. Bonne conclut de ses recherches qu'il existe dans les racines postérieures des nerfs rachidiens des fibres centrifuges, c'est-à-dire ayant leur centre trophique dans la moelle et dégénérant, après section, dans le même sens que les fibres des racines antérieures. Ces fibres sont, pour la plupart, d'un diamètre moyen. Ces fibres passent à travers le ganglion spinal pour se rendre dans le nerf périphérique. La section des racines postérieures s'accompagne, au bout d'un certain temps, de troubles trophiques de la peau, de ses annexes et des tissus sous-jacents. Il est probable que la section des fibres centrifuges joue le rôle le plus important dans la production de ces dystrophies.

Les *colonies scolaires de vacances* ont pour but de faire bénéficier les écoliers peu fortunés, chétifs, anémiés mais non malades, des avantages d'une villégiature à la campagne et d'un séjour au grand air; les colonies municipales lyonnaises qu'étudie M. Vuillermoz semblent devoir donner les meilleurs résultats au point de vue administratif en raison de l'unité de direction, d'organisation, etc.

Indépendamment de l'amélioration très marquée dans l'état de santé générale des jeunes enfants qui ont fait partie d'une *colonie scolaire de vacances*, les excellents effets physiologiques de la villégiature à la campagne se manifestant chez eux de façon plus nette, plus tangible et en quelque sorte mathématique, par l'augmentation tout à fait extraordinaire et anormale de la taille, du périmètre thoracique et surtout du poids. L'auteur conclut donc qu'il faut, par tous les moyens, encourager dans notre pays les colonies scolaires qui constituent un des plus importants facteurs de l'hygiène de l'enfance.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Étude bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu (p. 937).
REVUE GÉNÉRALE. — Le diabète conjugal (p. 939).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Varioles frustes. — L'immunité vaccinale et la nécessité des revaccinations chez le vieillard. — Cachexies pigmentaires, diabétique et alcoolique. — Hérédité morbide directe et indirecte ou du terrain. — Nerfs sécréteurs des larmes. — Toxicité urinaire des nouveau-nés (p. 942).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Fixation de pièces du système nerveux par les sels de cobalt. — Origine d'un cas de perversion sexuelle. — *Médecine :* Parasites de la vaccine et de la variole. — Lésions spinales dans l'anémie pernicieuse progressive (p. 942). — Arthrites purulentes au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Influence des préparations thyroïdiennes et pituitaires sur les échanges interstitiels chez l'homme. — La désinfection par l'alcool. — Régénération du sang après les hémorrhagies. — Herpès et paralysie faciale (p. 943).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement des laryngites aiguës de l'enfance. — Morphine (p. 945).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — La responsabilité des chirurgiens devant la magistrature française (p. 946). — L'épreuve des titres au concours des hôpitaux (p. 947). — Le saint des examens (p. 948).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Étude bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu,

Par M. le Dr J. Thiroloix.

Dans une précédente communication (*Société de biologie*, mars 1897), nous avons signalé que par deux fois, il nous avait été possible de mettre en évidence, par la mise en culture du sang veineux de deux rhumatisants aigus, un bacille anaérobie, dont les caractères étaient ceux d'un bacille signalé pour la première fois en 1891 et retrouvé en 1897 par M. Achalme. Nous n'avons pas l'intention aujourd'hui d'infirmer ou d'affirmer l'identité du bacille d'Achalme et de celui constaté par nous. Les variations dans les réactions biologiques (vie aérobie possible après culture, absence de fétidité) et le pouvoir pathogène (lapin et chien) de ce dernier nous paraissent insuffisants pour plaider en faveur d'une séparation.

Depuis mars 1897, nous avons eu l'occasion d'étudier au point de vue bactériologique un nouveau cas de rhumatisme articulaire aigu à type viscéral et ce sont les résultats acquis que nous allons exposer.

Le malade, point de départ de cette étude, est un jeune homme de 17 ans, garçon marchand de vin, entré le 6 août 1897 dans le service de notre vénéré maître M. le professeur Jaccoud. Une première attaque de rhumatisme articulaire survenue en 1893, avait laissé un rétrécissement mitral. L'attaque actuelle remonte au 1er août 1897 : son début a été marqué par la prise de presque toutes les articulations des membres, une température de 39°, etc.

Sous l'influence du salicylate de soude, les phénomènes rétrocèdent, mais après un intervalle apyrétique de 10 jours, la fièvre remonte à 40° et s'accompagne non seulement d'arthrites aiguës, mais de péricardite et de pleurésie double avec congestion pulmonaire intense. Cette rechute cède au traitement salicylé le 30 août 1897. Le malade, porteur d'une cardiopathie complexe, sort le 25 septembre.

Le 7 et le 17 août, c'est-à-dire au moment des paroxysmes fébriles, nous avons puisé du sang dans la veine et ponctionné les cavités pleurales, qui contenaient une faible quantité de liquide séreux, légèrement hémorrhagique.

Le sang (6 cm. c.) et le liquide pleural (40 cm. c.) de chaque cavité sont distribués dans des tubes de bouillon et de lait (aérobie et anaérobie). Tous les tubes de bouillon (anaérobies) sauf un, restent stériles ; par contre, tous les tubes de lait, plus commode pour la soustraction de l'air, donnent le bacille que nous allons étudier. Les tubes aérobies sont demeurés stériles. La culture sur bouillon contraste par sa pauvreté en bacilles avec la richesse des cultures sur lait : toutes deux ont été cependant pathogènes pour le cobaye.

Le bacille obtenu, dont les dimensions varient considérablement avec le milieu de culture, se montre tantôt isolé, tantôt en diplobacille, tantôt enfin sur sérum humain ou streptobacille, dont les chaînettes ont de 4 à 12 éléments. Volumineux sur agar, bouillon (toutefois plus petit que la bactéridie charbonneuse), il est plus grêle dans la sérosité de lapin, gros et court dans le sérum de cobaye et de l'homme. Les extrémités sont nettement coupées ; sur pomme de terre, elles sont arrondies. Il ne présente qu'une légère mobilité. Dans les cultures de quelques jours, il offre à l'une de ses extrémités une dilatation ovoïde, incolore ; il ressemble alors en tous points au bacille tétanique, sporifère, en épingle.

Dans la sérosité et le sérum, il est fréquemment entouré d'une sorte de capsule.

Il se colore assez mal par le violet de gentiane aniliné, le Ziehl ; la thionine phéniquée le colore, au contraire, facilement. Il résiste au Gram ou au Weigert.

Sa culture offre des caractères tranchés : il ne pousse pas sur gélatine à la température (18°-20°) aérobie ou anaérobie. Il se développe mal sur pomme de terre ou carotte. Il pousse, au contraire, très bien sur agar, dans le vide : il s'étale sur la surface sans donner de colonies évidentes. Il pousse mieux dans le fond du tube et divise l'agar. Il ne cultive pas sur agar aérobie. Les milieux liquides qui semblent les plus favorables à sa culture sont le lait et le sérum humain non solidifié. Il ne cultive pas à la température ordinaire.

Après 3 ou 4 passages sur lait ou bouillon, ce bacille qui végète si difficilement alors qu'il provient de l'homme ou du lapin, cultive aérobie sur lait, bouillon et sérum humain liquide, conservant sa puissance pathogène : mais toujours, la culture partant de l'homme ou de l'animal (cobaye, lapin) échoue si le vide n'est pas parfait. Une trace de salicylate de soude empêche sa culture. Comme nous l'avons dit, le milieu le plus favorable est le lait (38°), qui coagule et laisse transsuder un liquide transparent comme de l'eau, dans lequel est le bacille. Tous les milieux deviennent très acides, dégagent une odeur, non fétide, d'acide butyrique : parfois, cette odeur rappelle simplement celle du milieu employé. Les cultures provenant de l'homme ou du lapin, sur lait, donnent lieu à un dégagement gazeux tel que les tubes souvent éclatent : ce phénomène, après premier passage, ne se reproduit jamais. Tandis que le sérum du cobaye agglutine parfois le bacille en culture sur bouillon, le sérum du rhumatisant aigu convalescent ou celui du lapin ne donne pas le même résultat. Le bacille trouble d'abord légèrement le bouillon, y donne des ondes soyeuses, puis devient clair après précipitation du bacille au fond du tube, où il forme un sédiment blanchâtre, non grumeleux. Dans le sérum non solidifié, il donne naissance à des flocons fibrineux, épais.

Sur les animaux, son pouvoir pathogène est le suivant :

chez le cobaye, inoculé dans les masses musculaires ou le tissu cellulaire sous-cutané (bouillon, lait, sérosité), il donne naissance à un œdème séro-sanguinolent transparent, d'une abondance extrême. Cet œdème (après inoculation de quelques gouttes à un centimètre cube) envahit les aines, les aisselles, soulevant la peau de la paroi abdominale. Les masses musculaires, au foyer d'inoculation, sont ramollies : il n'y a jamais de développement gazeux. La sérosité ne donne aucune odeur particulière, aussitôt après la mort. Le sac péricardiaque est parfois distendu par un liquide séreux, les cavités cardiaques renferment des caillots cruoriques épais.

La mort arrive dans un laps de temps qui va de 10 heures (sérum humain, jeune cobaye) à 26 heures (bouillon). Les cultures sur lait ont presque toujours été efficaces. Le bacille existe dans la sérosité de foyer d'inoculation, dans le sang, la sérosité péricardiaque, etc. Dans les masses masculaires, le bacille présente le plus souvent une sorte de capsule (l'éther la fait disparaître). Durant les quelques heures qui précèdent la mort, les battements cardiaques ne sont plus perceptibles. Les plèvres ont toujours été intactes. L'injection de quelques centigrammes de salicylate de soude (20 à 30) retarde ou empêche la mort. Les liquides venant directement du lapin mort sont le plus souvent inoffensifs (la sérosité de l'oreille est pathogène).

Le lapin présente des lésions qui se rapprochent de celles observées chez l'homme. Nous allons les exposer en bloc pour ne pas répéter les détails de chaque expérience (ce qui sera fait plus tard). Les cultures sur lait, bouillon, agar, pomme de terre ne donnent, quelle que soit la porte d'entrée, que des résultats insignifiants, une réaction locale œdémateuse qui guérit. Au niveau de l'oreille, on obtient un œdème séreux tellement abondant qu'il transforme cet appendice en un sac transparent, mou, qui finit par crever et laisse couler pendant 4 à 5 jours la sérosité citrine exsudée. L'oreille est à peine chaude, molle, œdémateuse. La sérosité contient le bacille : inoculée au cobaye, elle donne un œdème local qui amène la mort.

Pour obtenir les résultats suivants, nous avons dû suivre un mode expérimental ainsi institué : culture du bacille dans le sérum humain non solidifié (anaérobie), injection de 1 à 2 centimètres cubes au cobaye (mort en 10 à 26 heures), *puis inoculation directe* de la sérosité du cobaye (1 centimètre cube à 2 centimètres cubes et demi) au lapin. Le passage par le milieu de culture (bouillon ou lait) de cette sérosité riche en bacilles semble modifier la bactérie qui est dès lors inoffensive pour le lapin. Nous avons observé, en suivant cette technique, quelques heures après l'inoculation, une tachycardie très marquée, constante, de l'arhythmie, des arrêts du cœur, des souffles systoliques passagers, de la dyspnée qui va s'accusant jusqu'à l'asphyxie, un amaigrissement considérable. Le myocarde a toujours donné la note dominante, d'emblée. La survie des lapins a été de 38 heures à 7 jours. Nous avons constaté du côté du cœur (après inoculation de la sérosité du cobaye dans les vaisseaux, dans l'articulation coxo-fémorale, dans la masse musculaire de la cuisse, dans la plèvre, dans l'épaisseur de l'oreille), chez différents animaux, l'existence d'une endocardite mitrale et tricuspide (lapin mort en 38 heures). La base des valvules est gonflée, œdémateuse, irrégulière, de couleur rougeâtre Cette teinte va décroissant de l'insertion à l'orifice à l attache des piliers à la valve. Après lavage minutieux, on recueille la sérosité qui dédouble la valve; cette sérosité renferme le bacille. Elle coagule immédiatement et oblitère l'extrémité de la pipette. A un degré plus élevé (lapin mort au 6e jour), cette lésion endocardiaque s'accompagne de la formation d'un thrombus blanc (véritable polype) qui adhère intimement à la base de la valve ou à l'endocarde pariétal (cœur gauche). Les cavités cardiaques droites sont distendues par de gros caillots cruoriques; les cavités gauches sont revenues sur elles-mêmes en systole. Le myocarde, chez les animaux morts du 5e au 7e jour, a toujours] été trouvé hypertrophié. Le péricarde offre encore des lésions plus caractéristiques : vascularisation très prononcée des deux feuillets, ecchymoses punctiformes le long des sillons inter-auriculaire et inter-ventriculaire, adhérence molle mais très marquée des deux feuillets à la base du cœur, fausses membranes fibrineuses légères, néomembranes qui donnent au péricarde l'apparence du velours d'Utrecht, de la langue de chat. Les néomembranes forment des cloisons rougeâtres, violacées, minces, qui flottent dans l'eau. Le péricarde, outre ces membranes renferme une sérosité citrine, transparente ou teintée en rose. Le bacille est présent dans tous les désordres anatomiques (myocarde, endocarde, péricarde).

Les lésions ne restent pas cantonnées au niveau du cœur. Du côté de l'appareil respiratoire, nous avons obtenu une congestion pulmonaire bilatérale, telle que les poumons violacées, distendus, occupaient presque toute la cavité thoracique. Le parenchyme, au niveau des bases, rappelait le tissu splénique. Cette congestion s'accompagne de pleurésie séro-fibrineuse, citrine (12 à 15 centimètres). Des fausses membranes, fibrineuses, épaisses et des néo-membranes forment des cloisons qui limitent l'épanchement. La congestion, comme la pleurésie, peut être unilatérale. Le péritoine a toujours été intact. Nous n'avons pas observé d'arthrite spontanée, mais l'inoculation de quelques gouttes de sérosité du cobaye dans l'articulation coxo-fémorale provoque une arthrite intense avec épanchement. Dans les masses masculaires, le bacille engendre une myosite avec déliquescense des muscles. La totalité du membre (après injection intra-articulaire coxo-fémorale et péri-articulaire) présente un œdème séro-sanguinolent, mou, tel que le volume de ce membre dépasse trois fois le volume normal. Les animaux qui présentent de la fièvre au début, succombent avec de l'hypothermie, due vraisemblablement, pour une part, à l'asphyxie ou l'anurie.

Deux lapins (après inoculation intra-musculaire de 2 centimètres cubes de sérosité) ont eu de l'hémoglobinurie et à l'autopsie nous avons trouvé une congestion rénale très marquée et une distension vésicale par l'urine altérée. Les autres organes nous ont paru normaux (foie, rate, centres nerveux, tube digestif, etc.). Dans le sang et les divers foyers morbides, le bacille a toujours été présent. Sa culture est difficile, *malgré son abondance*, et exige une anaérobiose parfaite. En effet, vient-on, après constatation sur lamelles de l'extrême richesse en bacilles des différentes sérosités et fausses membranes, à les mettre en culture sur lait ou bouillon, on n'obtient que des résultats négatifs si le vide n'a pas été fait avec suffisamment de soin. Que cette même culture restée stérile soit, après 24 heures, de nouveau soumise au vide et elle pourra (pas toujours) fournir dès lors le bacille caractéristique. Cette difficulté considérable dans la culture de ce bacille, à l'origine, qu'il vienne de l'homme ou du lapin, jure avec sa vie aérobie dès le 3e ou le 4e passage (après formation du bacille en épingle).

Chez le chien, les inoculations (bouillon, lait, sérosité du cobaye) n'amènent qu'un malaise passager (refus de

manger, cris plaintifs dès qu'on approche, somnolence) qui ne se représente même plus après les injections ultérieures. L'animal semble pouvoir être vacciné facilement. Une seule fois, chez un chien débilité par une sclérose pancréatique extrême consécutive à une injection de bacilles tuberculeux humains morts, mais non glycosurique, nous avons obtenu une pleurésie séro-fibrineuse (350 grammes environ, chien 8 kilog.) suivie de mort le 3e jour. Le liquide contenait le bacille, qui, inoculé au cobaye, resta inoffensif.

Le bacille n'a pas de pouvoir pyogène : toujours, il engendre des congestions avec énorme exsudation séro-fibrineuse avec ou sans hémorrhagie. Sa prédilection pour le cœur et ses séreuses est tout à fait remarquable. Il peut provoquer des infections secondaires. Dans un cas (lapin, inoculation de 3 centimètres cubes de bouillon dans l'oreille), nous avons observé une péricardite suppurée qui a amené la mort le 6e jour. Le cœur très hypertrophié présentait un œdème rougeâtre de la base de la valve mitrale droite. L'organe était entouré dans sa totalité d'une coque membraneuse épaisse, coque qui se continuait moins épaisse sur le feuillet pariétal. La sérosité purulente renfermait, avec quelques rares bacilles, un streptocoque virulent. La cavité pleurale droite renfermait un liquide séro-sanguinolent avec l'association bactérienne : le poumon était livide, congestionné. Chez le cobaye comme chez le lapin, l'infection streptococcique (la seule vue par nous) n'est pas rare : elle se poursuit parfois dans les cultures de 3e et 4e passage sur lait.

Ces constatations expérimentales nous ont paru intéressantes à rapprocher du fait clinique, point de départ de notre étude, puisque, avec un agent microbien extrait de sang veineux et de la sérosité pleurale du malade, nous avons, sauf l'arthrite spontanée, pu reproduire la totalité des désordres pathologiques constatés cliniquement. Ce microorganisme pathogène pour les animaux est-il agent causal d'une forme de rhumatisme aigu humain? Il nous semble nécessaire d'attendre qu'à plusieurs reprises encore le fait ait été contrôlé par conclure.

REVUE GÉNÉRALE

Le diabète conjugal,

D'après M. le Dr Boisumeau (1).

Les cas de diabète conjugal, c'est-à-dire ceux où la glycosurie évolue simultanément chez deux conjoints, sont assez nombreux. Depuis que M. Debove (2) attira le premier l'attention sur ces faits en 1889, qu'en 1890 Schmitz (3) publia en Allemagne un travail important sur la question, de nombreuses observations ont été publiées; on a retrouvé un certain nombre de faits anciens, épars dans la littérature médicale; on a observé en détail plusieurs cas analogues. Récemment, M. Pierre Marie discutait dans une de ses cliniques (4) la question du diabète conjugal à propos d'un cas observé par lui; en Allemagne Oppler et Kultz (5), Senator (6) ont publié d'importants travaux sur ce sujet, chacun rapportant une série nouvelle d'observations. Enfin M. Boisumeau vient de d'exposer l'état actuel de la question dans sa thèse inaugurale, apportant lui-même six cas inédits.

1. Boisumeau, thèse de Paris, 1897, n° 428 (Carré et Naud).
2. Debove, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1889, p. 375.
3. Schmitz, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1890.
4. Marie, *Sem. médic.*, 16 décembre 1895 et *Leçons de clinique médicale* (Masson 1896), p. 75.
5. Oppler et Kultz, *Berlin. klin. Woch.*, 7 juillet 1896.
6. Senator, *Berlin. klin. Woch.*, 27 juillet 1896.

En recherchant toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, ce dernier auteur arrive à un total de 101 cas; mais ce chiffre n'a pas une valeur absolue, car M. Boisumeau ne mentionne pas les cas observés par Funaro (1) cité par Marie; celui-ci a trouvé 10 observations de diabète conjugal sur 127 diabétiques soignés en Tunisie par lui et ses confrères : il y a d'autre part un certain nombre de cas qui n'ont pas été publiés. Aussi bien n'est-ce pas tant le nombre total des cas de diabète conjugal qu'il importe de connaître que leur nombre proportionnellement au nombre de diabétiques observés. Or les résultats sont loin d'être concordants. Tandis que Funaro trouve 10 cas sur 127 diabétiques, Debove 5 sur 50, Schmitz en observe seulement 26 sur 2 320 diabétiques, Suger 3 sur 938, Kultz 10 sur 900, Senator 9 sur 770. M. Boisumeau recueillant les faits où la proportion a été indiquée trouve 56 cas sur 5 159 diabétiques, ce qui lui donne un pourcentage de 1,08 p. 100; mais, on le voit, ce chiffre est très approximatif et sans doute au-dessous de la vérité.

Parmi les faits publiés, reproduits pour la plupart dans le travail de M. Boisumeau, beaucoup sont, comme cet auteur le fait remarquer, très insuffisamment relatés. Aussi n'apportent-ils aucun élément utile à l'une ou l'autre des deux théories émises pour expliquer le diabète conjugal; les uns admettent en effet que la communauté d'antécédents, l'analogie du genre de vie et d'alimentation, la participation aux mêmes chagrins suffisent à expliquer la coïncidence du diabète chez les conjoints, c'était l'opinion soutenue par Lécorché (2), qui avait cité antérieurement au travail de Debove quelques cas de diabète conjugal mais sans y insister; c'est l'opinion à laquelle s'arrêtent encore tout récemment Oppler et Kultz, Senator; d'autres auteurs croient au contraire qu'on est en droit de faire jouer un certain rôle à la contagion et c'est à cette opinion que semble se rallier M. P. Marie. Mais avant de discuter cette question, et de revenir à ce propos sur les observations antérieures, résumons les six observations apportées par M. Boisumeau.

Observation I (Dr Lagrange). — Homme d'affaires, fils de paysans, ancier fermier, non arthritique, mort du diabète compliqué de tuberculose pulmonaire; l'apparition de son diabète s'explique en partie par le surmenage intellectuel, les soucis multiples, les déceptions dues à de mauvaises affaires; sa femme est toujours restée dans l'ignorance de ses affaires et n'a participé ni à ses soucis, ni à ses efforts; après sa mort, « craignant d'avoir gagné la maladie de son mari », elle réclame une analyse, qui montre une glycosurie manifeste, mais cette femme était manifestement arthritique et un frère de sa mère avait eu des crises de goutte; pour M. Lagrange il s'agissait donc là d'une glycosurie latente, due à l'arthritisme. « Le fait d'être mari ou femme d'un sujet diabétique peut être une raison non pour contracter le diabète mais pour découvrir qu'on l'a. »

Obs. II (Professeur Bouchard). — Celui-ci eut, il y a 15 ans environ, à soigner un diabétique, qui mourut 3 ans après, laissant une veuve et 3 garçons. Parmi ceux-ci le premier est atteint de diabète à 15 ans, en meurt à 17; le second, atteint à l'âge de 18 ans, meurt aussi 2 ans après l'apparition de sa glycosurie; le troisième actuellement âgé de 27 ans, a eu à deux reprises, à la suite d'excès de régime alimentaire, du sucre dans ses urines. La mère, qui redoute l'apparition de ce symptôme, fait sou-

1. Funaro, Il diabete in Tunisia (*Bollettino medico-chirurgico*, anno II 1895), et Marie, *Leçons de clinique médicale*, p. 78.
2. Lécorché, Traité du diabète chez la femme, p. 420,

vent analyser ses urines; or depuis 2 ou 3 ans on constate l'apparition et la disparition successive du sucre; la maladie est chez elle en voie d'évolution, et M. Bouchard pense que la contagion remonte chez cette femme à 12 ans au moins, quoiqu'elle ne soit encore que légèrement atteinte; il est même tenté de croire que c'est pendant la gestation de ses enfants que la malade aurait été contaminée; la contamination remonterait donc à 27 ans au minimum.

Obs. III (Dr Launois). — M. A... est mort en 1883, à l'âge de 66 ans, de diabète qui avait débuté chez lui 12 ans auparavant. Mme A... est morte en 1895 à l'âge de 63 ans manifestement diabétique; elle-même dit qu'elle croyait que sa maladie lui avait été communiquée par son mari et raconte que « pendant de bien longues nuits elle avait été obligée de tenir en la soulevant la tête de son mari qui en raison de ses violentes douleurs ne pouvait la poser sur l'oreiller ». Deux ans avant la mort de ce dernier elle avait présenté des manifestations non douteuses de diabète et en particulier une diabétide génitale, d'intensité assez grande; à cette époque remontaient la polyurie et la polydipsie. Elle était arthritique, relativement obèse, de vie assez sédentaire, mais, comme son mari, avait un régime alimentaire plutôt sobre.

Obs. IV (Dr Launois). Mme O... arthritique, obèse, neurasthénique, âgée de 58 ans, a du sucre dans ses urines, constaté à plusieurs reprises, mais en quantité peu abondante; son mari est diabétique depuis nombres d'années.

Obs. V (Dr Barthélemy). — Femme de 43 ans, diabétique, fille de diabétique, a 68 grammes de sucre par litre (2 litres par 24 heures), présente des troubles nerveux, vertiges, amnésie, grande lassitude, qui conduisent au diagnostic. Le mari diabétique 3 ans après elle. Le symptôme de début fut un muguet d'allures mystérieuse. Aucun autre phénomène qu'une soif intense. Urine par 24 heures 2 litres contenant 31 gr. 50 de sucre par litre. Tous deux arthritiques, obèses, gros mangeurs.

Obs. VI (Dr Boisumeau). — Ch..., 60 ans, gros mangeur, toujours très altéré, a eu quelques attaques de goutte; on a découvert en 1890 qu'il a du sucre dans les urines: jamais de traitement sérieux; très amaigri en 1895, triste et taciturne, s'alite en février 1896, meurt le 26 mars. Marié deux fois, de son premier mariage a eu une fille qui est morte de tuberculose pulmonaire; de sa seconde union 2 enfants morts l'un de fièvre typhoïde, l'autre de la coqueluche; une fille actuellement vivante mais ayant des tendances à l'obésité. Sa seconde femme, mariée en 1865, est née d'un père rhumatisant et d'une mère obèse; ayant des frères et sœurs rhumatisants et obèses, est elle-même très obèse; actuellement âgée de 55 ans, elle accusait en 1896 une soif incessante; l'examen de ses urines décela du sucre: elle a beaucoup maigri depuis un mois, ne suit pas de traitement rigoureux. Actuellement 62 grammes de sucre par litre et de l'albumine dans les urines. Les deux conjoints sont donc tous deux arthritiques au plus haut point.

Se basant sur ces observations et les observations antérieurement publiées, M. Boisumeau recherche les divers caractères cliniques de ce diabète conjugal.

I. *Epoque d'apparition du diabète dans la vie conjugale.* — Ce n'est que dans un certain nombre de cas qu'est relevée la date du mariage. Dans un fait de Schmitz, le diabète apparaît au bout de 5 ans chez le mari, 6 ans chez la femme; le mari meurt, la femme se remarie un an après et donne au bout de deux ans le diabète à son nouveau mari. Kultz cite des faits où le diabète apparaît chez le deuxième époux 12 ans, 25 ans, 31 ans, 33 ans après le mariage. Dans l'observation VI relatée plus haut c'est 29 ans après le mariage qu'est apparu le diabète chez la femme. Donc la période de temps écoulée entre l'apparition des syndromes diabétiques chez les deux conjoints est des plus variables.

II. *Laps de temps écoulé entre la constatation des deux diabètes.* — Tantôt c'est le diabète du mari qui précède celui de la femme, tantôt, plus rarement, c'est la femme qui est la première atteinte. Dans certains cas, les deux diabètes sont constatés en même temps, d'autres fois le deuxième diabète survient peu de temps après (3 mois dans une observation de Kultz, 2 ans dans une autre, 6 mois, 1 an, 3 ans dans des observations de Senator), ou de longues années après (11 et 16 ans dans 2 observations de Senator). Dans plusieurs cas le diabète est survenu plus ou moins longtemps après la mort d'un des deux conjoints. Kultz cite un cas où le diabète apparaît 6 mois après la mort de l'amie que veillait la malade, un autre où le mari devint glycosurique deux ans après la mort de sa femme.

III. *Par quel mécanisme est-on amené à découvrir le diabète conjugal?* — Les causes occasionnelles qui le font reconnaître sont très variées; tantôt c'est un pur hasard : tel le cas de Debove, où un malade, ayant des doutes sur l'exactitude de l'analyse qu'un pharmacien faisait de l'urine de sa femme, envoya la sienne où une glycosurie fort nette fut constatée; tantôt le deuxième époux, de santé en apparence parfaite, craignant d'avoir contracté la maladie de son conjoint, fait examiner son urine et y découvre le sucre (obs. de Lagrange, Schmitz, Kultz). Senator cite une femme ayant un frère diabétique, et dont le mari est mort diabétique deux ans auparavant, qui fait faire de fréquentes analyses de son urine jusqu'au jour où elle voit se réaliser ses craintes. Ou bien c'est à la suite d'un violent chagrin, d'une vive émotion que des troubles surviennent dans la santé du deuxième époux et qu'apparaissent les symptômes du syndrome diabétique; ceci explique les cas où l'on découvre, peu de temps après la mort du premier conjoint, l'affection chez le deuxième.

IV. *Caractères cliniques.* — Le diabète conjugal n'offre pas plus de particularités dans ses allures que n'en présente le diabète héréditaire, et peut se présenter sous de multiples aspects. Tantôt les diabètes des deux conjoints présentent un certain parallélisme dans leur évolution; tantôt et plus souvent il n'y a aucune ressemblance symptomatique et il est exceptionnel que l'on constate les mêmes symptômes chez les deux époux; dans les cas de Fouquet (du Caire) le diabète aurait de part et d'autre commencé par une gingivite. Tantôt le second diabète du couple morbide est nettement caractérisé par le syndrome glycosurie, polyurie, polydipsie, tantôt on se trouve en présence d'un diabète léger à symptômes plus ou moins frustes et par suite d'un diagnostic difficile; souvent c'est à une simple glycosurie que l'on a affaire que rien ne fait dépister, sinon le hasard ou les craintes du malade. L'évolution de ce diabète n'offre rien de spécial; dans certaines observations est notée une marche rapide, et la terminaison fatale survient soit par le coma soit par n'importe laquelle des conditions habituelles du diabète. Certains diabètes ont une durée très courte et peuvent se juger en 3 mois: plus souvent ils ont une durée variant entre 2 et 5 ans; d'autres glycosuries évoluent très lentement; les époux étant encore en bonne santé relative au bout de 15 à 20 ans.

L'évolution du diabète conjugal est donc aussi variable que celle du diabète en général et ses aspects cliniques aussi multiples.

Etiologie. Pathogénie. — « Pour expliquer la communion du mari et de la femme dans le diabète, dit M. Pierre Marie, on se trouve en présence de deux opinions distinctes : les uns pensent que l'analogie du genre de vie et de l'alimentation, la participation aux mêmes chagrins suffisent amplement à déterminer le diabète conjugal; l'autre opinion, autrement catégorique et suggestive, est qu'il s'agit d'une véritable contagion. »

I. 1° L'identité de genre de vie et de l'alimentation a

été invoquée, et c'est à cette théorie que se rattachent de nombreux auteurs tels que Lécorché, Rendu, Senator, etc. A la consultation de l'hôpital Beaujon, de nombreux employés et domestiques viennent avec des affections un peu spéciales, s'y rencontrant plus fréquemment que dans les autres hôpitaux de Paris : obésité, gravelle, goutte, diabète; dans la pathogénie de celles-ci, l'alimentation des malades, qui est celle de leurs maîtres, semble pour M. Launois jouer un rôle. C'est aussi l'identité d'alimentation vicieuse qu'incrimine le Dr Barthélemy, mais il pense qu'il faut une prédisposition arthritique. Dans le cas de Marie au contraire, il ne saurait être question d'une influence commune du régime alimentaire puisque le mari était le plus souvent en voyage et, même pendant ses séjours à Paris, mangeait rarement avec sa femme. L'identité d'existence dans certains cas peut expliquer le diabète conjugal, toute la vie physique et morale pouvant être commune et un même chagrin pouvant retentir de la même façon sur la santé des conjoints. Elle ne saurait être invoquée dans l'observation de Marie et nombre d'autres, où aucun des conjoints n'eut jamais ni chagrins, ni préoccupations notables.

2° L'arthritisme a été souvent invoqué. Dans bien des cas, comme le font remarquer Oppler et Kultz, Senator, on peut relever chez les deux époux l'existence d'une hérédité chargée : hérédité directe, les ascendants du deuxième époux étant diabétiques eux-mêmes, plus souvent hérédité de la diathèse arthritique se présentant sous une de ses multiples modalités. Ces diverses manifestations de l'arthritisme se retrouvent soit chez le malade, soit chez les parents du malade, et plusieurs des observations de M. Boisumeau sont très nettes à cet égard ainsi que celles de Kultz et de Senator. Or le diabète ou tout au moins la glycosurie est d'une extrême fréquence chez les arthritiques; d'après M. Lagrange c'est le plus souvent à des glycosuries de cet ordre que l'on a affaire chez le deuxième conjoint, glycosuries latentes qui n'ont été découvertes que par suite de l'inquiétude éveillée par le diabète du premier. Il y aurait donc simple coïncidence de diathèse et non contagion.

II. Depuis de nombreuses années, on a cherché à grouper les faits de diabète pouvant éveiller l'idée d'une contagion possible. Frerichs dès 1885 (1) signale plusieurs faits de diabète dans la même maison, dûs pour lui non pas à une contagion, mais à une même cause pathogène. Debove, en rapportant ses faits, émet l'idée qu'on pourrait invoquer une contagion possible pour expliquer les cas de diabète entre époux. En 1890 Schmitz défend énergiquement la doctrine de la contagiosité du diabète et la transmissibilité possible de certaines formes de glycosurie. Déjà il insistait sur ce fait que les conjoints secondairement atteints par le diabète jouissaient jusque-là d'une bonne santé, et avaient soigné pendant longtemps un diabétique et vécu avec lui sur un pied d'intimité absolue.

Teissier (2) apporte en 1894 des faits où il semble que l'on ne puisse invoquer que la contagion, faits pris en dehors de la vie conjugale. Une femme de 62 ans, jusque-là très bien portante, est manifestement diabétique sans aucun antécédent héréditaire ou personnel expliquant le diabète; or elle est blanchisseuse et depuis six mois elle lavait le linge d'un homme et de la fille de celui-ci, tous deux atteint de diabète assez prononcé.

1. Frerichs, Traité du diabète 1885.
2. Teissier, La contagion du diabète (*Comptes rendus du Congrès de médecine de Lyon*, 1894, p. 90, et *Mercredi médical*, 1894, p. 537).

Dans un second cas c'est la cuisinière d'un diabétique qui devient diabétique elle-même six mois après, et qui lavait les mouchoirs de son maître; quelques mois plus tard, une lingère, qui, depuis 10 ans allait dans cette même maison pour raccommoder le linge et aider la cuisinière, entrait à l'hôpital également diabétique. Teissier, pour expliquer ces faits et d'autres analogues admet franchement la contagion et incrimine le linge de corps ou de table, souillé par la salive ou par l'urine.

Les recherches de Charrin (1) sur le diabète pancréatique expérimental d'origine infectieuse, publiées à propos de la communication de Teissier, sont un argument de plus en faveur de la contagion. D'autre part, au point de vue du diabète conjugal, M. P. Marie, qui admet la contagion, insiste sur les faits où un des deux conjoints étant mort de diabète, le second se remarie et donne le diabète au nouveau conjoint. C'est ainsi qu'il signale les cas de Funaro qui outre 5 cas observés chez des personnes vivant avec des diabétiques (dont 2 chez des domestiques) signale 10 nouveaux cas de diabète parmi lesquels deux sont à signaler : dans l'un, un homme fils de diabétique, diabétique lui-même, perd sa première femme de diabète, se remarie : sa seconde femme devient diabétique; dans l'autre il s'agit de la sœur de cet homme; elle était diabétique et avait d'un premier lit un fils diabétique; elle se remarie, son second mari devient diabétique. Schmitz avait déjà publié une observation analogue. Cette théorie de la contagion semble donc avoir pour elle certains faits bien observés; mais, comme le remarque Charrin lui-même, les influences psychiques, l'hérédité, les vices alimentaires, les fatigues, etc., continuent à jouer un rôle dans l'étiologie du diabète et doivent entrer en ligne de compte dans la production des diabètes conjugaux.

Si donc l'on peut admettre avec Marie « que, en présence d'un aussi grand nombre d'observations concordantes, s'impose la notion d'une contagion directe ou indirecte, et qu'il y ait lieu d'ores et déjà de veiller sur la santé des personnes qui vivent avec des diabétiques (2) » du moins doit-on reconnaître avec M. Boisumeau que l'agent du contage et le mécanisme de la contagion sont jusqu'à présent complètement inconnus, et que des faits plus nombreux et démonstratifs sont nécessaires pour éclairer cette question.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Glaive (Albert). *Des varioles frustes*. N° 568. (H. Jouve.)

M. Brot. *De l'immunité vaccinale et de la nécessité des revaccinations chez le vieillard*. N° 552. (H. Jouve.)

M. Caramanos (Ph. C.). *Des cachexies pigmentaires et en particulier des cachexies pigmentaires diabétique et alcoolique*. N° 455. (G. Carré et C. Naud.)

M. Souberbielle (Maurice). *Aperçu sur l'hérédité morbide directe et indirecte ou du terrain.*

M. Campos. *Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes*. N° 612. (H. Jouve.)

M. Macrycostas. *Contribution à l'étude de la toxicité urinaire des nouveau-nés*. N° 530. (G. Carré et C. Naud.)

1. Charrin, *Congrès de médecine de Lyon*, 1894, p. 101, et *Mercredi médical*, 1894, p. 538.
2. Marie, *Leçons de clinique médicale*, note, pages 78-79.

M. Glaive étudie les varioles frustes qu'il classe en trois groupes différents :

a) Varioles très bénignes où l'éruption se borne à 1-2-3-4 pustules disséminées sur le tégument externe ou sur les muqueuses.

b) Varioles dans lesquelles l'éruption est bornée au seul rash.

c) Varioles dans lesquelles la maladie se borne aux symptômes généraux (fièvres varioleuses sans varioles).

C'est surtout dans ces deux derniers groupes que la variole peut être méconnue, et que le diagnostic est parfois très difficile.

L'immunité conférée par une première atteinte de variole ou par la vaccination est, comme toute immunité, sujette à déchéance. Sa durée est variable selon les individus, mais ne paraît pas excéder 5 ans dans un grand nombre de cas. D'après M. Brot, il est excessif de dire que chez le vieillard l'opportunité morbide est très faible à l'égard des maladies infectieuses, sa réceptivité notamment pour la variole et pour la vaccine étant prouvée par :

1° Des exemples de sujets ayant contracté une variole mortelle dans un âge avancé.

2° Des revaccinations pratiquées avec succès sur des sujets âgés, tel qu'il appert des statistiques établies par Lemaire (du Tréport), par Jasiewicz et par Brot.

La revaccination souvent pratiquée, tous les 5 ans, peut seule redonner l'immunité amoindrie ou annulée. Il est nécessaire de revacciner le vieillard aussi souvent que les autres sujets moins âgés, pour le mettre à l'abri d'une atteinte possible de variole tardive.

Avec son maître Letulle, M. Caramanos établit que, en dehors des cachexies pigmentaires diabétique, paludéenne, tuberculeuse, il existe une cachexie pigmentaire alcoolique. Plusieurs analogies au point de vue clinique, et une similitude absolue dans leurs lésions anatomiques rapproche toutes ces cachexies.

Les lésions anatomiques que l'auteur décrit en détail consistent principalement en la présence du pigment ocre et en une cirrhose bi-veineuse du foie. Pour M. Caramanos le pigment ocre se forme au dépens de l'hémoglobine intra-vasculaire et extra-vasculaire. Il disparaît des tissus très probablement par une sorte de désagrégation intra-cellulaire. La cirrhose du foie doit se développer parallèlement à la formation du pigment et sous l'influence de la même toxhémie.

La physiologie de l'hérédité, aussi bien normale que pathologique, est presque complètement inconnue.

L'hérédité directe, la règle pour la syphilis, est l'exception pour les autres infections.

Les microbes ne passent au travers du placenta que grâce aux lésions de celui-ci produites par les toxines.

L'hérédité indirecte, beaucoup plus fréquente que l'hérédité directe, est confirmée par l'expérimentation et la clinique, c'est elle qu'étudie surtout M. Souberbielle. Pour lui, le mauvais terrain commence à prendre une signification précise. Chez le nouveau-né, issu de mère atteinte d'infection, il se traduit par le défaut d'accroissement ou la diminution de poids, l'assimilation imparfaite, la désassimilation exagérée, l'abaissement de la température, la toxicité exagérée des urines. L'athrepsie est un vice de nutrition congénital reconnaissant pour cause l'infection des parents.

Le nerf lacrymal contient des fibres sécrétoires très nombreuses, indépendantes du nerf facial. L'expérimentation montre que le rameau orbitaire du maxillaire supérieur contient, lui aussi, des fibres sécrétoires; la clinique démontre à son tour que ces dernières fibres proviennent du facial. M. Campos n'a pu obtenir aucune sécrétion lacrymale par l'excitation du bout supérieur du grand sympathique et d'autre part sa section sur l'homme est restée sans aucune influence aussi bien sur l'humidité normale des yeux que sur le larmoiement. Dans les cas de paralysie faciale complète, intéressant par conséquent le grand nerf pétreux superficiel, on ne peut plus obtenir de larmes ni par la voie réflexe, ni sous l'influence d'une émotion (Goldzieher, Jendrassik) : la lésion du grand nerf pétreux superficiel se traduit par une paralysie de la luette et du voile du palais (Longet).

Résumant les expériences de Charrin, M. Macrycostas conclut qu'en tenant compte des volumes d'urine, du poids des animaux, du mode d'injection et de la vitesse de celle-ci, chez le nouveau-né sain la faible toxicité des urines est due :

1° A l'alimentation indemne de principes nocifs.

2° Au faible degré des fermentations intestinales réduites au minimum par la qualité et la régularité du régime.

A l'assimilation intense chez ces enfants, fait mis en évidence par l'analyse des urines.

4° A l'absence de pigments dans ces urines.

En tenant compte des volumes émis, des poids des animaux et des poids des enfants rapportés à ceux de l'adulte on doit reconnaître que ces urines, plus abondantes en proportion, n'engendrent absolument, avec certaines différences dans l'intensité, il est vrai, que les accidents de la sécrétion rénale de l'adulte.

Les expériences de la toxicité avant et après le changement de régime viennent, par les résultats absolument opposés et constants qu'ils ont fournis, contribuer à éclairer la question de l'origine des poisons de l'organisme. La démonstration, chez l'enfant, de l'origine alimentaire de ces poisons vient prendre place à côté de l'origine toxique due chez les nourrissons aux maladies acquises et à l'hérédité.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Fixation de pièces du système nerveux par les sels de cobalt, par Pianese (*Riforma medica*, 21 juin 1897, p. 795). — La formule suivante a fourni d'excellents résultats :

Sol. aqueuse à 10 p. 100 de chlorure de cobalt.	20	cent. c.
Sol. aqueuse à 2 p. 100 d'acide osmique . .	5	—
Acide formique pur.	1	goutte.

L'origine d'un cas de perversion sexuelle, par Tambroni (*Acad. médico-chir. de Ferrare*, 11 juin 1897). — Un jeune homme, âgé aujourd'hui de 19 ans, éprouva vers 11 ans une forte impression et en même temps sa première sensation voluptueuse en regardant, dans un journal illustré, une image représentant un père piétinant sa fille. Depuis, l'évocation du souvenir de cette image est devenue la condition unique et indispensable de tout plaisir sexuel, tant dans l'onanisme que dans le coït.

Ce cas mixte de *sadisme* et de *fétichisme* est assez remarquable. — Le sujet est, comme d'ordinaire, normal à tous les autres points de vue. — La pathogénie est étrange, et ce cas est le seul connu où la perversion ait pour base une image pure, une idée abstraite.

MÉDECINE

Parasites de la vaccine et de la variole, par P. Salmon (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1897). — Le prétendu parasite de la variole et de la vaccine, décrit par Guarnieri comme un protozoaire, n'est qu'un pseudo-parasite constitué par une boule de chromatine. Ce n'est pas une formation endogène; cette boule de chromatine a une origine extra-épithéliale, elle provient des cellules migratrices qui envahissent l'épithélium. Les transformations possibles des leucocytes expliquent facilement la mobilité du pseudo-parasite, les figures de levures, d'amibes, de croissant, de division directe, répétant exactement les formes du noyau des leucocytes polynucléaires.

L'auteur s'est servi pour cette étude de l'inoculation du vaccin et de la variole sur la cornée du lapin, de la poule et du pigeon.

Lésions spinales dans l'anémie pernicieuse progressive, par E. Lenoble (*Revue de médecine*, juin 1897, p. 425). — De l'étude de deux cas personnels, l'auteur conclut que l'anémie pernicieuse progressive et les anémies symptomatiques graves de l'adulte peuvent s'accompagner d'altérations

médullaires variant depuis l'hémorrhagie capillaire jusqu'aux foyers de sclérose étendus à la plus grande partie des faisceaux blancs; la substance grise peut être plus ou moins profondément intéressée jusqu'à la disparition des différents groupes cellulaires.

Les lésions peuvent ne donner lieu à aucun symptôme physique; mais elles peuvent aussi s'accompagner de signes traduisant l'irritation de la moelle et même des véritables paralysies suivant l'étendue des lésions et leur distribution.

Ces altérations paraissent être surtout d'ordre mécanique, le poison éventuel, cause de l'anémie pernicieuse, agissant avant tout sur les éléments formateurs des globules rouges, les hématoblastes. Dans les anémies symptomatiques, c'est par un mécanisme analogue qu'on peut les voir se produire : hémorrhagies consécutives à l'auto-intoxication qui est la cause du syndrome clinique.

Arthrites purulentes au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique (Ueber eitrige Gelenkentzündungen im Verlaufe der Meningitis cerebro-spinalis), par E. Franz (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 15, p. 351). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un garçon de deux ans et demi, entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale et une arthrite de l'articulation tibio-tarsienne droite, survenue 3 jours après le début de la méningite. La ponction lombaire, faite le jour même de l'entrée du malade, donna issue à un liquide louche, trouble, contenant, à côté de nombreux leucocytes, un grand nombre de leucocytes, un grand nombre de diplocoques, que l'examen bactériologique complet a permis de reconnaître pour des méningocoques intracellulaires, extrêmement virulents pour les souris et d'une virulence moindre pour les cobayes.

Le lendemain de l'entrée du malade, on ponctionna l'articulation malade. Le pus retiré par la ponction et examiné sous le microscope contenait également de nombreux méningocoques. Son ensemencement resta pourtant stérile; il en fut de même du sang qui fut ensemencé sur plusieurs milieux.

Le malade succomba 15 jours environ après son entrée. Deux jours avant sa mort, il présenta successivement des arthrites du coude et du pouce du côté gauche, de l'épaule, du coude et du poignet droits. L'examen microscopique et l'ensemencement de l'exsudat articulaire montrèrent la présence exclusive de streptocoques.

A l'autopsie, on trouva, à côté des lésions classiques de la méningite cérébro-spinale, une pneumonie des deux bases. L'articulation tibio-tarsienne (dont l'exsudat renfermait des méningocoques) était presque complètement guérie; les autres articulations malades (celles qui ont été prises peu de temps avant la mort et dont l'exsudat renfermait des streptocoques) étaient remplies de pus.

D'après l'auteur, l'arthrite tibio-tarsienne, qui existait déjà au moment de l'entrée du malade, avait été produite par l'agent spécifique de la méningite, le méningocoque, tandis que les arthrites qui sont survenues quelques jours avant la mort, ont été le résultat d'une infection secondaire, ce qui expliquerait la présence des streptocoques.

Influence des préparations thyroïdiennes et pituitaires sur les échanges interstitiels chez l'homme (Hypophysis und Thyreoida in ihrer Einwirkungen), par A. Schiff (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 12, p. 277). — Ces recherches, faites avec les méthodes usuelles, sur des individus bien portants, sur deux acromégaliques et sur un individu atteint de paralysie agitante, ont donné les résultats suivants :

1° La glande pituitaire renferme une substance qui exerce une action énergique sur les échanges interstitiels, action se manifestant par une augmentation de l'élimination de l'acide phosphorique; cette augmentation, cet accroissement semblent donc montrer une modification dans les échanges d'un tissu relativement riche en phosphore et pauvre en azote; ce tissu est, très probablement, le tissu osseux. Les rapports qui existent entre l'acromégalie et l'état de la glande pituitaire rendent ce fait particulièrement intéressant.

2° Les préparations de glande thyroïde provoquent aussi une augmentation de l'élimination de l'acide phosphorique. Ce fait, qui s'explique par l'influence que la glande thyroïde exerce sur le développement du tissu osseux, établit une sorte de parenté entre l'action de la glande pituitaire et celle de la glande thyroïde.

3° Il n'existe pas d'équivalence fonctionnelle entre l'iodothyrine et les glandes thyroïdes en nature, soit que l'iodothyrine ne représente pas les principes actifs des glandes thyroïdes, soit que les préparations d'iodothyrine perdent, avec le temps, leurs propriétés. En tous les cas, d'après les résultats obtenus chez le même individu, avec diverses préparations thyroïdiennes, il semble que l'iodothyrine ne peut remplacer les glandes thyroïdes en nature, ni même les tablettes thyroïdiennes.

La désinfection par l'alcool (Zur Frage der Alcoholdesinfection), par Epstein (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1897, vol. XXIV,

Les recherches de l'auteur, faites suivant les méthodes habituelles, aboutissent aux conclusions suivantes :

1° L'alcool absolu ne possède aucun pouvoir désinfectant; il n'agit comme désinfectant que lorsqu'il est étendu d'eau.

2° Parmi les liquides alcooliques, l'alcool à 50 p. 100 est celui dont les propriétés désinfectantes sont le plus accusées; elles sont plus faibles pour l'alcool au-dessus ou au-dessous de 50 p. 100.

3° Les antiseptiques, plus ou moins actifs en solution aqueuse, perdent leurs propriétés désinfectantes quand on les dissout dans l'alcool fort; par contre, les propriétés désinfectantes du sublimé, du phénol, du lysol et du thymol, sont plus énergiques dans les solutions alcooliques à 50 p. 100 que dans les solutions aqueuses au même titre.

Régénération du sang après les hémorrhagies (Ueber die Regeneration der Blutes, u. s. w.) par Eger (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. XXXII, p. 335). — Les recherches expérimentales (sur des chiens) et cliniques de l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

L'organisme animal qui a perdu un tiers de son sang répare cette perte lentement et très incomplètement, s'il est ramené à une alimentation relativement pauvre en fer. L'addition de fer inorganique aux aliments accélère cette réparation, mais cette accélération est moins vive qu'avec une alimentation contenant du fer à l'état de combinaison organique (viande). L'addition du fer inorganique (préparations pharmaceutiques) aux aliments riches en fer accélère encore davantage la régénération du sang.

Chez l'homme, en cas d'anémie par hémorrhagie, le régime lacté absolu est contre-indiqué, et, sous le rapport de la régénération du sang, une alimentation mixte, jointe aux préparations ferrugineuses, suffit largement.

Herpès et paralysie faciale (Herpes zoster und Facialis Lähmung), par Eichhorst (*Centralb. f. innere Medic.*, 1897, n° 18, p. 425). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 30 ans qui, après être restée pendant quelque temps dans un courant d'air, fut prise, le lendemain, de quelques tiraillements et douleurs dans la joue droite et la région occipitale. Au troisième jour, ces tiraillements disparurent et firent place à une paralysie faciale totale du côté droit. Quatre jours après la paralysie parut une éruption de vésicules d'herpès sur la moitié inférieure du pavillon de l'oreille droite, dans le conduit auditif droit et sur la moitié droite de la langue, de la voûte palatine et du voile du palais.

L'éruption disparut au bout de 3 semaines; par contre, la paralysie faciale fut grave et caractérisée par la réaction de dégénérescence et l'exagération de l'excitabilité des muscles paralysés. Il n'y a pas eu de troubles sensitifs ni sensoriels, notamment des troubles de la gustation. Pas de points douloureux à la pression au niveau des points d'émergence des nerfs trijumeau et facial.

Il n'existe, dans la littérature médicale, que trois autres cas d'herpès consécutif à la paralysie faciale : ils ont été publiés par Tryde, Verneuil et Remak. Dans tous ces cas, l'herpès suivait la distribution des filets du trijumeau, tandis que, dans les cas les plus nombreux où l'herpès précédait la paralysie faciale, l'éruption occupait la région occipito-cervicale.

Une particularité du cas observé par l'auteur est l'absence

des troubles de la gustation, malgré l'origine périphérique de la paralysie et l'apparition d'une éruption de vésicules d'herpès sur la moitié correspondante de la langue. Le même fait a existé aussi dans l'observation de Remak. L'auteur en conclut que la corde du tympan doit renfermer deux ordres de fibres : les unes qui président aux fonctions gustatives, et les autres ayant des fonctions trophiques ou vaso-motrices. Cette dissociation expliquerait, d'après l'auteur, l'existence des troubles trophiques (herpès) et l'absence des troubles fonctionnels (gustation) qu'on trouvait chez sa malade.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des laryngites aiguës de l'enfance,

D'après MM. J. Glover et G. Variot.

Le meilleur traitement de la laryngite aiguë consiste, dans les cas légers, à faire des inhalations de vapeur d'eau, au moyen de la simple bouilloire à inhalation. On prescrira le pédiluve sinapisé. Si la toux est fréquente, le sirop de codéine qu'on donnera par cuillerées à café, à raison de 2, 4, 6 cuillerées selon l'âge. Dans les cas plus intenses, on fera au-devant du cou des applications fréquentes avec une éponge imbibée d'eau chaude. Ce sont là les moyens thérapeutiques à opposer aux cas simples. Mais lorsque à l'élément inflammatoire s'associe l'élément spasmodique, les enfants doivent être en outre, placés dans une chambre grande, spacieuse, suffisamment chauffée, et dont l'air sera chargé de vapeur d'eau. On ne dépassera pas 15° à 18° centigrades. Et l'air sera renouvelé avec une grande régularité, au moins 2 ou 3 fois par jour. Pendant la saison d'été, l'aération pourra être faite par l'entr'ouverture continue de la fenêtre. L'air sera chargé de vapeur d'eau. Certains auteurs peuvent obtenir une action thérapeutique plus efficace en rendant la vapeur d'eau médicamenteuse par l'addition d'une substance volatile désinfectante. C'est ainsi que Goodhart indique la formule suivante :

Créosote.	4 grammes.
Poudre de gomme arabique. . .	8 —

La gomme et la créosote seront mélangées en pâte et ajoutées à 60 grammes de solution phéniquée à 1 gramme pour 20 grammes. Le tout est ensuite placé dans une bouilloire avec 500 grammes d'eau. Une vapeur supportable s'en échappe, vapeur dont l'odeur diffère de celle de la créosote et de l'acide phénique. On peut encore employer l'essence de térébenthine à la dose d'une cuillerée à café pour 2 litres d'eau ou la teinture composée de benjoin.

D'autres auteurs emploient purement et simplement le spray qu'ils pratiquent au moyen du pulvérisateur de Lucas-Championnière. Le spray, qui est une excellente méthode, a le seul inconvénient de mouiller considérablement le petit malade, et par suite de le refroidir, surtout s'il est utile de continuer longtemps la pulvérisation.

Nous avons renoncé à incorporer à la vapeur d'eau des substances médicamenteuses. En pénétrant dans le larynx et dans les voies aériennes elle suffit assez souvent à modérer seule et même à apaiser le spasme phréno-glottique. Il est bien probable que c'est en délayant les mucosités, en facilitant leur expulsion et aussi en modifiant le réflexe spasmodique par le contact incessant d'un air très chargé d'humidité avec la muqueuse laryngée et les termaisons nerveuses. Quoi qu'il en soit, l'action curative de la vapeur d'eau est très évidente et constante dans les laryngites aiguës spasmodiques non diphthériques, la rapidité avec laquelle cède, en général, le tirage des enfants placés dans les chambres de vapeur à l'hôpital, en est la preuve. A l'hôpital, les petits malades sont placés dès leur arrivée dans les chambres dites chambres de vapeur, qui ont été ici même maintes fois décrites.

En été, la chambre de vapeur présente de réels inconvénients à côté de ses avantages thérapeutiques. C'est dans ces conditions que l'emploi du spray peut rendre de réels services.

Dans la clientèle particulière, en ville, la meilleure disposition pour obtenir la sursaturation par la vapeur de l'air respiré par le malade consiste à organiser un dispositif spécial appelé tente de vapeur. L'enfant est couché dans un lit ou dans un berceau. Le lit ou le berceau est tendu d'un rideau, qui peut avantageusement être remplacé par un drap. A côté du berceau est solidement fixée, afin d'éviter qu'elle ne verse, une bassine d'eau bouillante maintenue en ébullition à l'aide d'une lampe à alcool. La vapeur d'eau s'accumule au-dessous du rideau, où elle sature peu à peu l'air respiré par l'enfant. Telle est la disposition d'une tente de vapeur organisée à domicile. Il faut avoir soin de ne pas enfermer le patient en le calfeutrant trop sous la tente de vapeur, alors la respiration au lieu d'être facilitée serait rendue pénible. Il est nécessaire, au contraire, que l'aération soit aussi complète que possible. Enfin, il faut surveiller attentivement, avec ce dispositif, d'une part le renversement de la bouilloire, et aussi le foyer, qui pourrait communiquer le feu au lit du malade.

Passons maintenant en revue les agents médicamenteux sédatifs du système nerveux qui ont été employés pour calmer le spasme phréno-glottique. Dans l'intervalle des accès on peut donner avec l'espoir d'un certain succès, 3 fois par jour, une cuillerée à café de la potion :

Bromure de potassium.	1 gr.
Sirop d'éther	20 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	20 gr.
Eau distillée.	20 gr.

ou bien de la suivante :

Musc.	0 gr. 10
Bromure de potassium	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	} àà 20 gr.
Eau distillée.	

Le soir on placera un suppositoire contenant :

Extrait de belladone	0 gr. 05
Glycérine solidifiée.	2 gr.

ou on donnera matin et soir V gouttes de :

Alcoolature de racine d'aconit .	} àà 5 gr.
Teinture de belladone.	

On augmentera tous les jours d'une goutte jusqu'à 20.

Rilliet et Barthez faisaient des frictions sur le cou avec la pommade suivante :

Axonge.	} àà 15 gr.
Onguent gris	

On pourra donner chaque jour un bain tiède, en ajoutant à l'eau du bain :

Extrait de belladone	1 gr.
Tilleul avec bractées	50 gr.
Eau bouillante.	1 litre.

On replacera l'enfant au lit après le bain et on lui enveloppera les jambes de bottes d'ouate. Enfin, comme traitement général, les enfants un peu grands prendront des toniques : sirop iodotannique, sirop d'iodure de fer, huile de morue. On traitera cette maladie par les moyens appropriés et si on croit pouvoir soupçonner la dentition comme étant la cause, assez rare, du reste, des accidents, on serait en droit d'inciser la gencive sur les dents prêtes à sortir.

Est-il, parmi les agents appliqués pour calmer le spasme phréno-glottique, un médicament sur lequel nous puissions compter d'une manière absolue? Nous avons fait à l'hôpital Trousseau deux tentatives dans le but de déterminer ce point, dont l'une mérite d'être rapportée.

Le codéine est un alcaloïde de l'opium, très bien supporté à la dose de 1 centigramme par 24 heures, chez les enfants au-dessous de 1 an. La dose de 2 centigrammes peut être atteinte chez les enfants de 3 ans et au-dessus. La solution qui est administrée aux enfants contient 1 centigramme par cuillerée à soupe de solution, un tiers de centigramme par cuillerée à café.

On donne d'abord une cuillerée à café et, si au bout d'une heure le sommeil n'est pas obtenu, on fait prendre une autre cuillerée à café. Les doses nécessaires pour produire le sommeil sont variables suivant les enfants et l'effet du médicament se prolonge au delà de 24 heures. Sur plus de 100 enfants qui ont pris de la codéine, aucun accident n'a pu être relevé, qui puisse être une contre-indication à ce médicament. Pendant le sommeil produit par la codéine, le tirage diminue en général; dans dans bien des cas, le spasme phréno-glottique modéré peut paraître céder. Il faut dire aussi que ce spasme a persisté lorsqu'il était très intense. Chose très singulière, le cornage correspondant au spasme associé de la glotte et du diaphragme continue, bien que les enfants dorment profondément. Le sommeil de la codéine n'est pas suivi de la résolution de la contraction spasmodique dans ces circonstances.

Néanmoins, jusqu'à plus ample informé, nous considérons cette substance comme agissant d'une manière efficace dans les spasmes phréno-glottiques légers, et même moyens. Comme elle nous a paru inoffensive, nous én conseillons volontiers l'usage, pour reculer et même éviter l'intervention chirurgicale.

Lorsque tous les moyens médicaux ont échoué; lorsqu'un enfant est fatigué par un tirage prolongé, entremêlé d'accès de suffocation; lorsque la cyanose du visage annonce l'asphyxie commençante; lorsque le pouls paradoxal décèle un grand trouble de la circulation et une défaillance du cœur, il faut recourir aux procédés chirurgicaux : le tubage et la trachéotomie. Dans les services hospitaliers, on doit autant que possible préférer le tubage à la trachéotomie.

En ville, au contraire, il n'en est plus de même, et l'application du tubage ne saurait être faite à la légère.

Le tubage de la glotte nécessite en effet une surveillance assidue et prolongée. Il faut placer auprès du malade, en permanence et pendant un temps assez difficile à déterminer, un médecin, un interne qui puisse à la moindre alerte, au cas d'un détubage spontané, d'une obstruction brusque du tube, intervenir adroitement et rapidement. C'est dire que ces conditions ne sont réalisables que dans les milieux aisés. Encore, malgré cette précaution, la garde du petit malade abandonnée à une seule personne peut-elle être insuffisante dans quelques circonstances.

Il suffit de souvenir de ces cas où le tubage, pour une raison inattendue et parfois inexplicable, se montre d'une difficulté telle qu'un opérateur même expérimenté ne réussit pas à mettre en place l'instrument. Il suffit d'avoir assisté à certains événements de garde souvent fort dramatiques, pour se rappeler que là où tel opérateur adroit, habitué même à la manœuvre du tube, ne parvenait pas à tuber, tel autre, dans les mêmes conditions, venant en aide à son collègue et le remplaçant, réussissait sans peine à placer l'instrument. Il faut être deux, dans certains cas difficiles. A l'hôpital, cela est simple. Dans la clientèle privée, l'entourage du malade comprendra-t-il l'utilité d'une garde faite par deux personnes? Quant à ce qui est de la pratique médicale des campagnes, la surveillance incessante étant en pareil cas presque impossible, il faudra sans hésitation placer une canule dans la trachée.

Le tubage présente un autre inconvénient dans les cas de laryngite spasmodique : c'est qu'il doit être plus prolongé que dans le croup diphthérique. On ne peut compter sur le succès d'une simple dilatation extemporanée de la glotte, comme dans la laryngite membraneuse.

Aussi, devra-t-on traiter le faux croup par la dilatation prolongée de la glotte pratiquée à l'aide d'un tube laryngien d'O'Dwyer, laissé à demeure pendant le temps nécessaire. Lorsque le calme semblera s'être établi après 12 ou 24 heures, on tentera le détubage pour l'alimentation de l'enfant, ou le nettoyage de l'instrument. On retubera ensuite, si cela paraît utile. Dans les laryngites spasmodiques rubéoliques le spasme est parfois tellement prononcé que, le plus souvent, d'après M. Netter, on sera obligé de recouvrir souvent à la trachéotomie. Le spasme est dans la rougeole entretenu par les ulcérations laryngées et, le tubage paraissant encore accentuer par traumatisme ces ulcérations dues à l'infection morbilleuse, il n'est pas étonnant que l'on soit contraint, pour lutter contre le spasme, d'avoir recours à l'ouverture de la trachée.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Morphine (*Suite et fin*).

Formulaire. — Les formules des solutions de morphine sont innombrables : nous ne donnerons ici que les principales d'entre elles, en insistant sur les associations avec les autres alcaloïdes.

Acétate.

FORMULE

Acétate de morphine. . .	0 gr. 10
Eau stérilisée.	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Grindle.)

Cette formule est peu usitée et ne présente d'ailleurs aucun avantage.

Bromhydrate.

FORMULE

Bromhydrate de morphine.	0 gr. 10
Eau stérilisée.	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Lawrence, Finny.)

C'est une excellente préparation peu altérable, à tort inusitée. L'action narcotique est supérieure à celle du chlorhydrate.

Chlorhydrate.

FORMULE

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10
Eau stérilisée.	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Bourneville.)

1 centimètre cube 1/4 d'heure avant l'anesthésie chloroformique.

(Claude Bernard, Nussbaum.)

1/4 à 1/2 centimètre cube 1/4 d'heure avant le repas pour prévenir les vomissements dus au cancer de l'estomac.

1 centimètre cube pour combattre la dyspnée quelque en soit la cause.

(Huchard.)

Chlorhydrate de morphine.	1 gr.
Eau de laurier-cerise.	50 gr.

1/2 à 1 centimètre cube.

Cette solution est très peu altérable, mais a l'inconvénient d'être plus douloureuse que la solution avec l'eau stérilisée. De plus on l'a accusée de favoriser à la longue la décomposition de la morphine qui formerait avec l'acide cyanhydrique un composé toxique.

Chlorhydrate de morphine.	1 gr.
Esprit de vin.	5 gr.
Glycérine.	10 gr.
Eau stérilisée.	15 gr.

1/4 à 1/2 centimètre cube.

(*Deut. med. Zeit.*)

Cette solution serait d'une conservation indéfinie.

Associations. — Avec l'atropine nous avons déjà indiqué l'avantage de la combinaison de ces deux alcaloïdes. Elle est spécialement indiquée dans la colique néphrétique et dans la colique hépatique; elle prévient les nausées que cause souvent la morphine seule. Enfin elle a pu être préconisée par Dastre et Morat, dans le but de prévénir les accidents de la chloroformisation.

FORMULES

Sulfate d'atropine	0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Eau stérilisée . . . q. s. p.	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Nombreux auteurs.)

Sulfate d'atropine	0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Eau de laurier-cerise	20 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Dujardin-Beaumetz et nombreux auteurs.)

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 25
Sulfate d'atropine	0 gr. 01
Eau stérilisée	10 gr.

1/2 centimètre cube.

(Vaucaire.)

Avec la spartéine, dans le but de prévenir les accidents de la chloroformisation.

FORMULE

Sulfate de spartéine	0 gr. 50
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Eau stérilisée . . q. s. p.	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(P. Langlois et G. Maurange.)

Avec le chloral. Cette association est peu recommandable.

FORMULE

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20
Chloral	0 gr. 40
Eau stérilisée	10 c. cubes.

2 à 5 centimètres cubes dans le tétanos.

(Verneuil.)

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01
Chloral	0 gr. 02
Eau stérilisée	1 c. cube.

Contre l'œsophagite.

(Vidal.)

Avec l'oxyde blanc d'antimoine, contre la toux opiniâtre. Cette préparation est trop irritante pour être d'usage courant.

FORMULE

Oxyde blanc d'antimoine	1 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20
Eau distillée de laurier-cerise	10 gr.

1 à 2 centimètre cube.

(Navarret.)

A l'acide phénique.

FORMULE

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Acide phénique neigeux	0 gr. 20
Eau stérilisée	10 c. cubes.

1 centimètre cube contre la polynévrite puerpérale et les névrites périphériques.

(Eulenburg.)

A la cocaïne pour renforcer son action analgésique ou la rendre plus durable.

FORMULE

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 01 à 0 gr. 03
Chlorhydrate de morphine	0 gr 01
Eau stérilisée	2 gr.

1 centimètre cube.

(Rusconi.)

Sulfate.

FORMULE

Sulfate de morphine	0 gr. 05
Eau stérilisée	0 gr. 10

1 centimètre cube.

Associations. — Cette solution s'oxyde rapidement; aussi y a-t-on associé l'acide salicylique ou l'acide phénique.

FORMULES

Sulfate de morphine	0 gr. 05
Acide salicylique	0 gr. 02
Eau stérilisée	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Keyes.)

Bisulfate de morphine	1 gr.
Acide phénique	1 gr.
Glycérine pure	30 gr.
Eau distillée bouillie	90 gr.

1 centimètre cube.

(Ainsworth.)

A été également associé à l'atropine.

FORMULES

Sulfate de morphine	0 gr. 10
Sulfate d'atropine	0 gr. 015
Eau stérilisée . . . q. s. p.	10 c. cubes.

1/2 centimètre cube.

Sulfate de morphine	1 gr.
Sulfate d'atropine	0 gr. 015
Glycérine	4 gr.
Acide phénique	V gouttes.
Eau distillée	28 gr.

(Sledge.)

Tartrate.

FORMULE

Tartrate de morphine	0 gr. 10
Eau stérilisée	10 c. cubes.

1 centimètre cube.

(Stuart.)

Inusitée.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La responsabilité des chirurgiens devant la magistrature française.

En faisant prévoir que les scandaleux abus révélés par un récent procès pourraient prochainement « aggraver la responsabilité pénale et pécuniaire des chirurgiens et porter la plus désastreuse atteinte au libre exercice de la profession médicale », je ne pensais pas avoir si tôt à revenir sur ce triste sujet.

Voici cependant qu'un de nos confrères vient d'être victime de ces nouvelles tendances, des idées singulières qui tendent à prévaloir au sujet de la responsabilité médicale.

Arrivé ces jours-ci à Paris, je n'ai ni le temps ni l'espace nécessaires pour discuter à fond cette question de la responsabilité des médecins et des chirurgiens lorsque leurs fautes ont été involontaires, que leurs erreurs ont été commises de bonne foi.

Je ne veux parler aujourd'hui que du pouvoir dis-

crétionnaire qui a permis à un juge d'instruction de faire arrêter immédiatement et de maintenir en prison préventive un médecin imprudent peut-être, ou maladroit et inexpérimenté, mais non coupable au vrai sens du mot.

J'admets, puisque telle est aujourd'hui la jurisprudence, que les articles 319 et 320 du Code pénal sont applicables au médecin. Je comprends donc à la rigueur que le Dr Laporte puisse être poursuivi. Mais pourquoi le maintenir en prison préventive?

Lorsqu'un charretier ou un conducteur d'omnibus écrasent dans la rue un malheureux passant; lorsqu'un mécanicien de chemin de fer lance son train à toute vitesse et le fait dérailler tuant ainsi de nombreux voyageurs; lorsqu'un architecte ayant mal étayé un échafaudage cause involontairement la mort de plusieurs ouvriers, on les poursuit en police correctionnelle en vertu de l'art. 319 — et on les acquitte souvent. Mais jamais on ne les traite comme des malfaiteurs; jamais on ne leur impose ni le secret ni la prison préventive.

Le cas du Dr Laporte est infiniment moins répréhensible cependant. Il n'a eu aucune intention criminelle; il n'a commis de faute professionnelle ni au point de vue du diagnostic, ni au point de vue des indications thérapeutiques. S'il a été maladroit — ce que j'ignore — les conditions dans lesquelles il était tenu d'opérer atténuent singulièrement sa responsabilité. Et c'est pourtant parce qu'il est médecin que l'on déshonore ce malheureux; que l'on brise sa carrière, qu'on l'accule peut-être au désespoir en le frappant sans qu'il ait été appelé à se défendre!

On me dit qu'il n'a été maintenu en prison que sur l'avis de médecins experts. Je ne veux pas le croire : les médecins experts ont pu affirmer la nature des lésions auxquelles a succombé la malade opérée par le Dr Laporte. Ils ont pu dire comment ces lésions ont été produites; mais, s'ils ont été appelés à donner un avis personnel, ils ont dû faire valoir toutes les circonstances atténuantes qui pouvaient militer en faveur de leur confrère.

S'ils avaient agi autrement, si désormais un médecin quelconque pouvait être arrêté et emprisonné d'office par cela seul qu'il a eu un insuccès opératoire dans un cas d'urgence, il ne resterait plus aux chirurgiens — car un précédent de ce genre serait désastreux — qu'à suivre le conseil de Guy de Chauliac et à ériger en principe l'homicide par abstention.

L. L.

L'épreuve des titres au concours des hôpitaux.

Dans un article précédent (*Gazette* du 20 juin, p. 587) sur la réforme du concours des hôpitaux, nous avons insisté sur l'utilité de diminuer le nombre des concours en augmentant celui des juges. Le projet que nous avons indiqué modifie surtout la disposition des épreuves, mais ne comporte que bien peu de changements quant à leur fond même et à leur nature. Toutefois nous avons signalé la possibilité d'y faire entrer une épreuve nouvelle, celles des titres scientifiques. Cette proposition a été faite maintes fois, mais elle soulève de grandes difficultés pratiques; le principe même de cette nouvelle épreuve est discuté; il y a lieu, par conséquent, d'examiner ses inconvénients et ses avantages et de rechercher les moyens de la rendre plus facilement acceptable.

On objecte surtout que les titres scientifiques ne sont pas indispensables à un bon chef de service et l'on cite fort à propos nombre des médecins excellents, s'acquittant ponctuellement de leurs fonctions, dévoués à leurs malades autant qu'à l'enseignement clinique, et qui n'avaient pour ainsi dire pas publié de travaux scientifiques. L'argument n'est pas sans valeur, mais il me semble qu'aujourd'hui, les travaux scientifiques étant de plus en plus à la portée de tous et le nombre des concurrents étant plus grand que jamais, il est parfaitement logique et équitable de choisir de préférence, à égalité d'autres mérites, les candidats ayant montré qu'ils sont aptes à faire des recherches scientifiques et à en susciter plus tard autour d'eux.

On n'objecte plus guère que les travaux scientifiques détournent des fonctions hospitalières. Sans doute quelques recherches sur des sujets très spéciaux et très théoriques pourraient éloigner quelque peu de la médecine proprement dite. Mais si, comme nous le pensons, les titres doivent être jugés par tout l'ensemble des médecins des hôpitaux, ce sont les travaux intéressant la médecine humaine, la clinique surtout, qui deviendront forcément l'objectif préféré des candidats.

Il est d'ailleurs un fait incontestable : c'est que, par la force des choses, actuellement les travaux scientifiques entrent en ligne de compte pour les nominations. Seulement ils n'interviennent que d'une façon détournée et d'après l'appréciation d'un jury restreint, facilement disposé à s'en servir à l'occasion pour excuser et compenser les défaillances des candidats favoris. Ils contribuent ainsi à fausser l'évaluation des épreuves officielles. Il y aurait donc tout avantage à les faire intervenir ouvertement, à les coter officiellement, de manière à laisser à chaque catégorie d'épreuves sa valeur propre.

Cette innovation aurait pour résultat immédiat d'inviter les candidats à entreprendre des travaux personnels. En outre, pour les faire connaître à leurs futurs juges, leurs auteurs auraient tout intérêt à porter les meilleurs de ces travaux à la Société médicale des hôpitaux qui recueillerait de ce fait un regain de prospérité.

Comment conviendrait-il d'apprécier les titres? c'est là une chose fort délicate et il est certain que l'appréciation variera suivant les juges. Tels d'entre eux pourront trouver un intérêt particulier à des travaux défendant les idées qui leur sont chères ou traitant un sujet qui leur est familier : aussi est-il nécessaire de livrer l'appréciation des titres au plus grand nombre possible de juges, et pour cela d'y faire participer la totalité des médecins des hôpitaux, au moyen d'un vote général, comme l'a proposé M. Joffroy. Cette épreuve de titres pourrait être cotée de 1 à 30 points d'après la moyenne des votes obtenus par chaque candidat.

A quel moment du concours devrait intervenir ce vote sur les titres? Si on le plaçait au début du concours, avant toute élimination, on imposerait à la Société des hôpitaux la tâche assez lourde d'émettre une appréciation sur tous les candidats. De plus, ne risquerait-on pas que, le point des titres une fois acquis, le jury fût porté, au cours des épreuves subséquentes, à corriger selon ses préférences les résultats de ce vote, à l'avantage de ses candidats favoris? Si, d'autre part, le vote avait lieu seulement à la fin du concours, on pourrait craindre qu'il ne servît parfois à « relever » certains candidats sympathiques dont les épreuves théoriques et cliniques auraient été insuffisantes.

Aussi le mieux serait-il, à mon avis, que le vote eût lieu au milieu du concours, seulement pour les candidats déclarés admissibles (12 ou 20 selon le projet exposé précédemment), et qu'en outre il demeurât secret jusqu'à l'achèvement complet des épreuves. Etant donné le grand nombre des votants, il ne serait guère possible de connaître avec une précision suffisante, avant le dépouillement, les points accordés aux divers candidats; le jury, au cours des épreuves définitives, ne pourrait donc pas être influencé par le vote de la Société des hôpitaux. L'appréciation des titres et celle des épreuves théoriques et cliniques se feraient ainsi d'une façon absolument indépendante.

Pour préciser les choses, voici comment on pourrait procéder. Après les épreuves théoriques, les candidats ayant ce qu'on appelle la petite admissibilité, au nombre d'une trentaine environ, seraient invités à faire connaître leurs titres. Le temps pendant lequel s'accomplissent les épreuves cliniques serait largement suffisant pour permettre aux candidats de distribuer la liste de leurs travaux, et aux médecins des hôpitaux d'en prendre connaissance. Aussitôt les épreuves cliniques terminées et la grande admissibilité prononcée, la Société des hôpitaux serait convoquée à l'effet de procéder au vote sur les titres. Les lettres de convocation porteraient la liste des candidats admissibles et les médecins des hôpitaux seraient priés d'inscrire en regard de chaque nom le point qu'ils attribuent au candidat. Ces listes deviendraient ainsi les bulletins de vote.

Le scrutin aurait lieu en séance, mais il y aurait à discuter si l'on pourrait admettre le vote par correspondance en prenant les précautions très simples qui en assureraient le secret. On pourrait aussi examiner la question de savoir si les médecins du Bureau central, qui ne font pas actuellement partie des jurys de ce concours, prendraient part au vote.

Le dépouillement du scrutin aurait lieu seulement à la fin du concours et serait fait, en présence des candidats, par le bureau de la Société ou par une commission nommée à cet effet. On établirait pour chaque candidat soumis au vote la moyenne des points qui lui auraient été attribués, et cette note, en venant s'ajouter au compte des points obtenus dans les épreuves théoriques et cliniques, déciderait la nomination.

Le résultat du concours serait alors proclamé dans cette séance publique, au lieu de n'être connu, comme cela se passe aujourd'hui, que par les petites affiches administratives que l'on va consulter furtivement, après chaque épreuve, chez le concierge d'un hôpital.

L'épreuve de titres, telle que nous venons de l'indiquer, introduirait dans le concours deux facteurs nouveaux : les travaux personnels des candidats et la participation de tous les médecins des hôpitaux au jugement du concours. Elle aurait donc le double avantage d'inciter les candidats à faire œuvre personnelle et d'intéresser le corps des médecins des hôpitaux tout entier à la nomination de ses nouveaux membres. Ce serait un pas de plus dans la voie que nous indiquions précédemment et qui conduit à élargir le cercle de la juridiction du concours, afin d'atténuer le plus possible l'importance des coteries et de la faveur.

En somme, dans notre projet, avant d'être nommés, les candidats doivent affronter d'abord une double série d'épreuves théoriques et cliniques, jugées indépendamment par deux sections de jury. Puis ils ont à subir l'épreuve définitive devant les deux sections réunies, c'est-à-dire devant une juridiction plus étendue, au sein de laquelle la majorité cédera plus difficilement à des influences personnelles. Enfin l'épreuve de titres, qui intervient en dernier lieu, mais qui a été jugée entre temps par tous les médecins des hôpitaux, relève d'une juridiction étendue au maximum et présentant, par suite, les plus grandes garanties d'indépendance. Est-ce à dire qu'aucune erreur, qu'aucune injustice même ne pourra jamais se glisser dans le concours ainsi modifié? Nous ne le prétendons nullement, car ce sont là des accidents toujours possibles tant que des hommes jugeront des hommes. Mais il nous semble que ce système, sans bouleverser de fond en comble le régime actuel du concours, atténuerait notablement le reproche, qui lui est adressé de tous côtés, d'être surtout une lutte d'influence entre les maîtres, lutte dont les candidats supportent seuls tous les frais.

Ch. Achard.

Le saint des examens. — Voilà un saint trop peu connu et qui mérite, en vérité, un joli succès à la rentrée. Une curieuse plaquette, éditée par une œuvre catholique, nous apprend que saint Joseph de Cupertino possède une merveilleuse puissance pour le succès des examens.

Ancien apprenti cordonnier, Joseph Dera était rebelle à toute étude. Sans prétention, du reste, il s'était baptisé lui-même « frère Ane. » Il faut dire, pour son excuse, qu'il était sujet à des étourdissements : c'est ainsi, du moins, que, par humilité, nous dit-on, il appelait ses extases. — Avis aux candidats étourdis! — Mais sous cette coque si complètement fermée à la science humaine se cachait une « perle précieuse », car son âme était « plongée en Dieu ». Aussi « l'aimable franciscain » parvint-il à passer, sans essuyer aucun échec, tous ses examens. Oyez plutôt.

Au premier examen, pour les ordres mineurs, il obtint une dispense *virtutis causa*. (De nos jours la dispense se donne encore dans nos Facultés : c'est le motif qui a changé.) A l'examen canonique, il tomba miraculeusement sur le seul texte de l'Evangile dont on eût réussi à lui faire saisir le sens : *Beatus venter qui te portavit!* (Ainsi, quand des candidats, qui ne sont point des aigles, tombent précisément sur les questions bien préparées, les diagnostics bien appris, les bocaux bien connus... ce n'est pas un hasard impie qui leur vaut cette bonne fortune; c'est qu'ils se sont adressés à une Providence secourable et l'ont honorée religieusement... Nous nous en doutions bien un peu.) Restait enfin l'examen du sacerdoce que le vertueux Joseph devait subir devant un évêque particulièrement redouté des étudiants; or, il arriva que, les premiers candidats ayant fait d'excellentes réponses, le juge satisfait, pour marquer son contentement, admit sans les interroger tous les autres, y compris le bienheureux Joseph. (Ceci, hélas! ne se voit plus de nos jours.)

Et maintenant le moyen d'obtenir pareil succès consiste à faire une neuvaine au saint Napolitain, en récitant, en latin ou en toute autre langue, une fois chaque jour de la neuvaine, *attente ac devote*, une mystérieuse et bienfaisante prière, que révèle charitablement la susdite brochure. Voilà qui est simple et à la portée des bourses les plus modestes. Qu'on se le dise au Quartier!

Nous apprenons que « brevetés, bacheliers et licenciés rivalisent de reconnaissance avec les lauréats des Ecoles polytechnique, centrale et Saint-Cyr. » Nul doute que l'onctueux Napolitain ne répande aussi généreusement ses séraphiques et peu coûteuses faveurs sur les étudiants en médecine — et même les étudiantes, car on a soin de nous avertir que Frère Joseph, toujours « aimable », ne jouit pas d'une moindre puissance *pro devoto femineo sexu*.

Et les candidats ne seront pas seuls à se réjouir. Que les examinateurs seront aises, si le bon saint détourne sur sa bienheureuse tête le flot toujours montant des recommandations!

G. Masson, *Propriétaire Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Sur un kyste du vagin (p. 949).

REVUE DES CONGRÈS. — *Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie :* Traitement chirurgical de l'épilepsie (p. 950). — Rigidité musculaire et contracture dans les affections organiques du système nerveux. — Valeur pathogénique et séméiologique des réflexes (p. 951). — Symptômes prodromaux de la paralysie générale. — Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses et mentales des enfants (p. 952). — Pathogénie et traitement du goitre exophthalmique. — Psychoses et rêves. — Relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie (p. 953). — Acromégalie. — Valeur séméiologique des réactions anormales des membres et des nerfs (p. 954). — Valeur thérapeutique des courants de haute pression. — Suggestions criminelles. — Valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion (p. 955). — Bégaiement. — Traitement de la neurasthénie par l'électricité. — Paralysie agitante. — Rhythme couplé du cœur et de la brachycardie chez les mélancoliques. — Contracture hystéro-traumatique des masséters (p. 956).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Transmissibilité des oreillons de l'homme au chien. — Rôle pathogénique des poussières. — *Société de biologie :* Tumeurs pigmentaires sous-péritonéales constituées par du pigment ocre. — Recherche du plomb dans les glandes salivaires au cours de l'intoxication saturnine aiguë expérimentale. — *Société de médecine de Nancy :* Luxation habituelle de la rotule (p. 957). — Rétention d'urine. — Endocardite végétante. — Extraction de cristallins transparents dans la myopie forte (p. 958).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Belgique. *Académie royale de médecine de Belgique :* Tuberculose pulmonaire. — *Cercle médical de Bruxelles :* Péritonisme, suite d'injection intra-utérine. — *Société belge de chirurgie :* Cure radicale de la hernie ombilicale et de l'éventration (p. 959).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Sur un kyste du vagin,

Par M. le Dr Tailhefer (de Toulouse),
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Plusieurs théories ont été édifiées pour expliquer la ormation des kystes du vagin.

Eustache, Tillaux et son élève Thalinger, Courty les assimilent à des bourses séreuses. Les kystes du vagin seraient la résultante de petits traumas. Chez les femmes qui ont eu des enfants, ils seraient produits, d'après M. Thorn, par un épanchement de sérosité consécutif à une blessure obstétricale du vagin.

Telle est la doctrine mécanique sous ses deux formes : action souvent répétée d'un petit traumatisme; action immédiate d'un violent traumatisme.

D'autres auteurs ont cherché la solution du problème dans la structure de la paroi vaginale.

Huguier a basé sa théorie sur une erreur anatomique : l'existence des glandes dans la muqueuse vaginale. Il croyait que les kystes du vagin étaient formés par l'obturation des goulots glandulaires. Son opinion est restée longtemps classique.

S'il n'y a pas de glande dans la muqueuse vaginale, il y a de petites anfractuosités, des sortes de cryptes. Les orifices de ces cavités venant à se fermer, une poche sera constituée dans laquelle se produira une exhalation liquide.

Cette manière de voir a été adoptée par Poupinel et par Pozzi pour la pathogénie de certains kystes vaginaux.

Klebs a soutenu que les grands kystes du vagin n'étaient que des ectasies des lacunes lymphatiques.

Il y a 10 ans, on a dit que les kystes du vagin étaient des kystes congénitaux. C'est la théorie de Veit (1).

Pozzi estime que la théorie « congénitale » et la théorie de la « transformation en vase clos » des cryptes vaginales suffisent à elles deux pour interpréter la très grande majorité des kystes du vagin.

Il ne nie pas la possibilité de l'origine traumatique ou lymphatique mais il croit à sa très grande rareté.

Nous avons vu dernièrement dans le service de M. le professeur Jeannel un kyste du vagin chez une femme de 31 ans qui avait en outre une endométrite cervicale très intense et une profonde déchirure du col. Le toucher vaginal ne nous fit pas découvrir le kyste. Nous ne constatâmes sa présence qu'au moyen du spéculum. Il avait le volume d'une noix de moyennes dimensions. Il était exactement situé sur la moitié gauche de la paroi antérieure, à 4 centimètres de la vulve. Il était fluctuant et irréductible. La malade a eu une fièvre typhoïde à 14 ans. Réglée à 17 ans, elle a eu 1 enfant à 21 ans et 2 fausses couches de 7 mois, l'une à 24 ans et l'autre à 25 ans. Jamais elle n'a subi l'application du forceps.

Il y a 2 ans, le Dr Meynard (de Toulouse) a pratiqué sur elle le curetage utérin. Elle ne présente aucune malformation congénitale.

M. le professeur Jeannel fit l'extirpation du kyste. Celui-ci s'est rompu au cours de la dissection, de sorte que nous n'avons pu recueillir le liquide. Nous avons constaté au moment de son émission qu'il était très visqueux et de couleur chocolat foncé. M. Polier, externe des hôpitaux, a bien voulu nous faire des coupes microscopiques de la paroi du kyste, dans le laboratoire de M. le professeur Ch. Audry.

Nous remarquons, au premier coup d'œil, que l'aspect général est celui des kystes de l'ovaire. La paroi est constituée : 1° par une seule rangée de cellules épithéliales; 2° par une couche de tissu conjonctif contenant des fibres musculaires lisses.

1° *Cellules épithéliales.* — Ces cellules ne présentent pas partout le même aspect. En certains points elles sont cylindriques sans cils vibratiles. Leur noyau est tout près du pied de la cellule. Le protoplasma est abondant et très clair. Les noyaux se trouvent sur le même niveau.

Ailleurs, ces cellules épithéliales cylindriques se gonflent au niveau de leur protoplasma et présentent l'aspect des cellules mucipares. Les têtes des cellules sont recouvertes d'une couche de mucus. On ne remarque pas de noyaux cellulaires sous les pieds des cellules.

2° *Couche conjonctive.* — Elle présente des papilles assez nombreuses. Entre les papilles, la couche épithéliale descend et prend l'apparence de tubes glandulaires. Immédiatement au-dessous de l'épithélium, on voit quelques groupes de lymphocytes, indice d'un processus diapédétique que l'on retrouve d'ailleurs au-dessous de tous les épithéliums. Cette couche est formée par du tissu conjonctif normal au sein duquel on constate de nombreuses fibres musculaires lisses, des lacunes veineuses et des capillaires.

En somme, notre kyste a une structure identique à celle des kystes de l'ovaire.

1. Veit, Krankh. der. weibl. Geschlechtsorgane (*Virchow's Handb. der spec. Path. und Therap.*, 1887, Bd. VI, p. 544).

Cette première remarque nous amène à penser qu'ils sont d'origine congénitale, au même titre que ces derniers. D'ailleurs on a publié des observations de kystes vaginaux où la nature congénitale n'était pas douteuse. Quelquefois le pédicule du kyste se continuait par une fistule qui se dirigeait en haut, dans l'épaisseur de la paroi vaginale. Tous ces kystes congénitaux du vagin se développent aux dépens des débris du canal de Gärtner. D'après Debierre, ces vestiges inférieurs des canaux de Wolff persistent très fréquemment chez la femme adulte où on les observe chez 79,3 p. 100 des femmes.

D'autre part, le Dr de Magalhaes (1) vient de communiquer à l'Académie de médecine une observation de kyste de la petite lèvre dont l'origine congénitale a été mise en évidence par l'examen histologique. La paroi du kyste était constituée par une seule rangée de cellules épithéliales cubiques. La couche conjonctive dessine quelques papilles : elle est formé par du tissu conjonctif normal. Cette structure est identique à celle du canal de Gärtner.

Or notre coupe se rapproche par beaucoup de points de la coupe de M. de Magalhaes. Elle laisse voir comme elle une seule couche de cellules épithéliales. Elles sont, il est vrai, cylindriques, tandisque les autres sont cubiques.

D'ailleurs, à côté de ces cellules cylindriques sont placées des cellules cylindriques mucipares : cette dernière variété d'éléments fait défaut dans le kyste étudié par M. de Magalhaes.

Werth (2) a trouvé des kystes de la vulve dont la structure rappelait celle des kystes de l'ovaire. Voilà donc 2 faits, celui de Werth et le nôtre, où l'on remarque cette ressemblance des kystes vaginaux avec les kystes de l'ovaire. L'origine congénitale de ces derniers est généralement admise. Elle nous indique donc quelle est l'origine des premiers.

En résumé, le petit kyste du vagin que nous avons observé n'a donné lieu à aucun symptôme et n'a été diagnostiqué que sur la table d'opération. Son contenu était un liquide chocolat foncé. Sa paroi a une structure identique à celle des kystes de l'ovaire.

Nous concluons à son origine congénitale et à sa formation aux dépens des débris inférieurs du corps de Wolff, c'est-à-dire du canal de Gärtner.

Les cellules mucipares qu'il présentait ne sont pas pour nous éloigner de notre diagnostic : au contraire elles le confirment et démontrent l'identité de nature des kystes de l'ovaire et des kystes du vagin.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, DE PSYCHIATRIE, D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE ET D'HYPNOLOGIE

Tenu à Bruxelles du 14 au 21 Septembre.

Séance du 14 Septembre 1897.

Le traitement chirurgical de l'épilepsie. Ses indications et ses conséquences.

M. Winkler (d'Amsterdam) lit un rapport très documenté, dont voici les conclusions, basées sur ses nombreuses observations personnelles :

1° L'épilepsie réflexe et l'épilepsie toxique peuvent se présenter avec des spasmes unilatéraux ou locaux, tout aussi bien que l'épilepsie traumatique et que celle due à une autre lésion plus ou moins circonscrite du cerveau. Ce n'est donc pas l'épilepsie corticale seule qui débute par des convulsions locales ou unilatérales.

2° Toute épilepsie est symptomatique. On ne peut pas séparer une épilepsie symptomatique d'une épilepsie vraie ou idiopathique. Par conséquent, il n'existe pas une chirurgie des épilepsies. Il y a celle du cerveau et du crâne.

3° Une épilepsie peut nécessiter l'intervention chirurgicale, dans le cas seulement où la lésion cérébrale dont elle relève permet cette intervention, c'est-à-dire quand cette lésion est localisable avec assez de certitude, assez accessible et assez circonscrite pour pouvoir être complètement extirpée.

4° Ce que je nomme « état de mal avec spasmes unilatéraux » précédé, accompagné ou suivi de monoplégie ou d'hémiplégie dans le côté convulsionné, constitue toujours une indication de la résection temporaire à grand lambeau osseux sur la zone motrice opposée.

5° Un spasme tonico-clonique très restreint, agissant comme symptôme initial (signal) des convulsions unilatérales ou généralisées, ou constituant seul l'attaque, sans ou avec perte de conscience, indique une intervention chirurgicale en cas de traumatisme visible du crâne, pourvu qu'il y ait concordance topographique entre le reste visible du traumatisme et le centre, qui est présumé être le point de départ du symptôme signal.

6° En cas de discordance topographique entre la cicatrice extérieure et le centre moteur déchargé présumé, ou quand le traumatisme extérieur fait défaut, l'aura précédant le symptôme signal moteur acquiert, si elle existe, une valeur extrême.

7° L'aura sensorielle d'uu membre, dans lequel le symptôme signal moteur commence (accompagné souvent d'une paralysie du sens musculaire), fait présumer une lésion déchargeante située dans le lobe pariétal, postérieur à la zone motrice.

8° L'aura visuelle (souvent liée à la précédente) précédant le symptôme signal moteur (dans ce cas, la rotation des yeux et de la tête vers le côté opposé), et accompagnée souvent d'une hémianopsie incomplète homonyme de la partie inférieure des champs visuels croisés, fait présumer une lésion déchargeante dans la circonvolution angulaire ou dans le cunéus.

9° L'aura des réminiscences (*intellectual aura*), liée souvent à l'aura épigastrique ou olfactive, et accompagnée parfois de l'objectivation de la réminiscence décharchée, précédant le symptôme signal moteur, fait présumer une lésion déchargeante du lobe frontal, surtout du droit.

10° Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale dans les épilepsies sont satisfaisants lorsqu'une lésion vraiment manifeste a pu être complètement extirpée.

L'extirpation d'un centre qui ne montre aucune lésion à l'œil nu n'est pas permise, sauf dans le cas où l'on a pu démontrer que ce centre joue le rôle d'une lésion déchargeante. A présent, le seul moyen de faire cette démonstration consiste à reproduire par l'excitation faradique de ce centre une attaque absolument semblable aux attaques spontanées.

11° La chirurgie cérébrale jouera un très grand rôle dans l'avenir, lorsque la physiologie de l'écorce sera mieux connue.

M. Voisin (de Paris) a décrit une épilepsie toxique, à aura épigastrique caractérisée par des troubles digestifs. L'état de mal dure parfois 40 jours et la paralysie qui l'accompagne saute d'un groupe musculaire à l'autre. Si l'on s'appuyait sur les premières manifestations d'un cas semblable pour intervenir chirurgicalement, ne s'exposerait-on pas à une grave cause d'erreur et souvent à un insuccès?

M. Winkler a observé des cas comme ceux dont parle le Dr Voisin et il a vu parfois, lorsqu'il attendait pour intervenir chirurgicalement, les malades succomber en état de mal. Le rapporteur considère l'état gastrique de ces malades comme la manifestation de la décharge du centre frontal déchargeant.

M. Voisin croit que, chez ces malades, c'est au contraire l'intoxication causée par le trouble gastrique qui provoque les phénomènes cérébraux, et ce qui prouve l'intoxication, c'est l'hypotoxicité des urines pendant les attaques et son hypertoxicité après.

M. Winkler ne nie pas l'intoxication, mais là n'est pas le

1. *Académie de médecine*, 8 juin 1895, rapporteur : Blanchard.
2. *Centralbl. f. Gyn.*, 1878, p. 512.

péril le plus immédiat. Le danger le plus pressant est au cerveau. Puisque des autopsies de malades ayant succombé dans l'état de mal ont démontré que le cerveau était le siège d'une congestion intense et d'un véritable œdème aigu, il faut avant tout faire une résection osseuse temporaire pour dégager la substance cérébrale. En gardant l'expectative, il a perdu plusieurs malades; actuellement il trépane toujours et a lieu de s'en féliciter.

Pathogénie de la rigidité musculaire et de la contracture dans les affections organiques du système nerveux.

M. Van Gehuchten (de Louvain) expose les résultats de ses recherches sur ce sujet. Après avoir démontré l'insuffisance des théories de Follin, Hitzig, Straus, Brissaud, Vulpian, Marie, Freud, Jackson-Bastian, Mya et Levis pour expliquer tous les cas de rigidité musculaire et de contracture, il expose sa nouvelle hypothèse de la pathogénie de ces symptômes.

Pour le rapporteur, la contracture de l'hémiplégique et la contracture du spasmodique ne sont nullement comparables ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-pathologique : il s'ensuit que la cause de ces états pathologiques ne doit pas être nécessairement la même.

Il considère la contracture du spasmodique comme une contracture active; c'est l'expression clinique d'une exagération considérable du tonus musculaire normal. Mais cette exagération du tonus normal des muscles n'est pas d'origine médullaire; elle n'est pas non plus d'origine cérébelleuse; elle a une origine *cérébrale :* elle est due à l'interruption des fibres cortico-spinales avec persistance des fibres corti-ponto-cérébello-spinales maintenant les cellules de la moelle sous l'influence des cellules motrices de l'écorce.

La contracture de l'hémiplégique a une tout autre genèse. Ici, l'influence de l'écorce cérébrale sur les cellules motrices de la moelle en rapport avec les muscles paralysés, est complètement suspendue. Si la contracture de *certains muscles* survient chez l'hémiplégique, cette contracture n'est plus d'origine centrale, mais d'origine périphérique. Elle est due uniquement à ce fait que le degré de la paralysie est différent dans le groupe des muscles extenseurs et dans le groupe des muscles fléchisseurs. Les muscles fléchisseurs sont généralement moins paralysés que les muscles extenseurs; de là, chez les hémiplégiques, la fréquence de la contracture en flexion.

Mais si, par extraordinaire, la paralysie prédomine dans le groupe des muscles fléchisseurs, la contracture post-hémiplégique n'envahira plus ces muscles, mais bien leurs antagonistes. On verra alors la contracture post-hémiplégique se localiser exclusivement dans le groupe des muscles extenseurs.

Si, au contraire, la paralysie est complète pour tous les muscles d'un membre supérieur, la contracture fera défaut et la paralysie restera flasque.

La contracture post-hémiplégique est donc due à une véritable contraction musculaire; mais celle-ci n'est que la conséquence immédiate de la paralysie complète des muscles extenseurs avec paralysie incomplète des muscles fléchisseurs.

M. Sano (Anvers) expose au Congrès deux faits cliniques qui, par l'intérêt qu'ils présentent, méritent d'être relatés avec quelque détail.

L'orateur, après avoir mis les chercheurs en garde contre l'application sans contrôle à la physiologie humaine des résultats obtenus par l'expérimentation sur les animaux, continue ainsi :

« Deux faits cliniques suivis d'autopsie m'ont convaincu que l'on peut observer l'abolition des réflexes de la moelle lombaire, celle-ci étant intacte et la lésion siégeant à la moelle cervicale. Le premier cas est celui d'un malade qui éprouva, en novembre dernier, des douleurs nuquales violentes; il y eut bientôt des crampes, puis de la parésie, enfin de la paralysie dans le bras gauche; ces mêmes phénomènes se succédèrent suivant le même ordre dans le bras droit, puis dans les membres inférieurs. Quand j'ai vu le malade, il était complètement paralysé, il y avait constipation et rétention urinaire. Deux jours avant la mort, les réflexes étaient légèrement augmentés; le lendemain, ils étaient complètement abolis; ce n'était cependant pas là un phénomène d'agonie; la lucidité d'esprit était complète et la mobilité de la face était intacte. Il mourut brusquement asphyxié pendant la nuit. Le peu de survie du malade à l'étranglement de sa moelle s'expliquait par la localisation de la lésion, qui rendait impossible la respiration. Il y avait pachyméningite avec maximum au niveau de la quatrième paire cervicale, sans destruction des cylindres-axes. La moelle lombaire était intacte, à part la dégénérescence descendante, décelée par la méthode de Marchi et la chromatolyse des cellules de la colonne de Clarke, due sans aucun doute à la compression de leur cylindre-axe au niveau de la moelle cervicale.

« Dans le second cas, le malade souffrait d'un mal de Pott cervical. Il y eut successivement paralysie du bras droit, puis du bras gauche, ensuite des membres inférieurs, constipation, rétention urinaire, œdème généralisé. Au début, il y eut augmentation légère des réflexes. Pendant les 15 derniers jours de la vie, il y eut abolition des réflexes. A l'autopsie, j'ai constaté la fonte du corps de la 7e vertèbre cervicale. Il y avait maximum de compression de la moelle au niveau de la 8e paire cervicale. La moelle lombaire était macroscopiquement intacte. A l'examen microscopique, à part la dégénérescence secondaire, on peut constater la chromatolyse et même la dégénérescence pigmentaire des cellules de la colonne de Clarke. Il y a aussi chromatolyse de plusieurs cellules de la corne antérieure. Ce dernier fait, mis en rapport avec les recherches entreprises à ce sujet, vient confirmer que les cellules de la corne antérieure reçoivent une influence tonique, dont la suppression dans le cas actuel, a pu amener la chromatolyse. »

Ces deux cas prouvent qu'on peut observer l'abolition des réflexes lombaires à la suite d'une compression de la moelle cervicale. Cela peut s'expliquer entièrement par la théorie du rapporteur, puis aussi par les théories de Jackson et de Bastian.

M. Onimus (Paris) fait remarquer que ce n'est pas seulement dans les lésions d'ordre paralytique, mais encore dans les affections d'ordre général que l'on note la moindre résistance des groupes musculaires extenseurs.

M. Gilles (Marseille) a observé que l'exploration électrique de tous les muscles contracturés donne des résultats analogues.

Séance du 15 Septembre 1897.

Valeur pathogénique et séméiologique des réflexes.

M. Mendelssohn (Saint-Pétersbourg) dit que dans son rapport il s'est borné à relever les points les plus saillants de la question et ceux qui peuvent prêter à discussion.

La loi de Pflüger, généralement adoptée, dit que l'excitation suit le trajet le plus court pour former l'arc réflexe. Les expériences du rapporteur l'autorisent à infirmer cette loi. Pour se rapprocher le plus possible de l'état physiologique, il cherche, chez la grenouille, l'excitation minima capable de provoquer un réflexe; le réflexe ainsi obtenu, il l'appelle réflexe normal. D'après les expériences instituées par lui, en collaboration avec le professeur Rosenthal, d'Erlangen, il peut dire que l'arc réflexe passe par la partie supérieure de la moelle cervicale et inférieure du bulbe; c'est là qu'il place ce qu'on pourrait imparfaitement appeler le « centre convulsif ».

Pflüger, lorsqu'il excite la patte inférieure droite d'une grenouille, voit le réflexe suivre le trajet ci-après avec l'augmentation d'intensité de l'excitation : patte inférieure droite (excitée directement), inférieure gauche, supérieure droite, supérieure gauche. En débutant par l'excitation minima, qu'il accroît progressivement, il voit s'établir la succession réactionnelle suivante : patte inférieure droite (excitée directement), supérieure droite, supérieure gauche, inférieure gauche.

Pour vérifier si la théorie qu'il vient d'exposer est exacte, M. Mendelssohn a fendu longitudinalement la moelle jusqu'à la région cervicale et les réflexes ont été conservés intacts.

Cette théorie permet de se rendre compte de nombre de faits cliniques. On expliquait l'exagération des réflexes dans le segment inférieur consécutive à une section transversale de la moelle par la suppression de l'action inhibitive des centres cérébraux, et pourtant, si la section portait sur la région cervicale, les réflexes étaient abolis et on ne trouvait pas une explication satisfaisante

de ce fait. La théorie du rapporteur éclaircit le problème : c'est que le lieu de passage de l'arc réflexe est lésé. Si la théorie nouvelle semble établie pour le réflexe cutané, l'auteur ne prétend pourtant pas l'étendre aux réflexes tendineux, qu'il n'a pas encore suffisamment étudiés.

Le professeur russe passe ensuite à l'examen de la valeur pathogénique des réflexes. Faire cette étude, c'est faire celle de toute la pathologie, toutes nos fonctions organiques étant considérées comme réflexes. Ce qu'on peut assurer, c'est que tout ce qui tend à modifier la première phase de l'arc réflexe (phénomène de sensibilité) amène dans celle-ci une altération qui se traduit le plus nettement dans le phénomène moteur. Les états morbides qui répondent à l'exagération des réflexes sont les états convulsifs, et ceux qui répondent à leur diminution sont les états paralytiques. Peut-être y aurait-il lieu de considérer aussi comme actes réflexes la contracture musculaire qu'on n'a pu encore obtenir expérimentalement par l'excitation des nerfs périphériques, et la paralysie musculaire qu'une certaine excitation des nerfs périphériques peut provoquer momentanément.

Pour ce qui concerne la séméiologie des réflexes, le rapporteur ne croit pas qu'un réflexe puisse être pathognomonique d'une maladie quelconque. Cette question est du reste encore très obscure. Il faudrait étudier à part la qualité, la quantité et aussi la forme de chaque réflexe. Il rappelle à ce propos les recherches de Babinski.

M. Babinski (Paris) donne quelques explications sur le phénomène qu'il a décrit sous le nom de « phénomène des orteils ». A l'état normal, le chatouillement de la plante du pied provoque la flexion des orteils, puis la flexion du pied sur la jambe. Mais parfois on constate que les cinq orteils se placent dans l'extension, ou que le gros orteil s'étend, les autres se fléchissant; parfois on constate dans les mêmes orteils alternativement de la flexion et de l'extension. Ces modes réactionnels anormaux s'observent dans la paraplégie spasmodique, le mal de Pott, la sclérose latérale amyotrophique, l'hémiplégie organique due à un ramollissement ou à une hémorrhagie cérébrale et surtout dans le cas où le système pyramidal est intéressé. Ce phénomène s'observe 17 et 20 heures après la lésion et est plus marqué au début, quoiqu'il persiste très longtemps. Il ne s'observe jamais dans les hémiplégies ou paraplégies hystériques. Toutes ces remarques s'appliquent à l'adulte, car chez le nouveau-né le phénomène des orteils existe normalement.

M. Crocq père (Bruxelles) fait remarquer que lorsque la conduction nerveuse de la moelle est interrompue par un mal de Pott dorsal ou une section complète de la moelle dorsale, la conduction ne peut se faire par la moelle cervicale et pourtant les réflexes des membres inférieurs sont exagérés.

M. Van Gehuchten croit que si, dans l'expérience de Mendelssohn, l'arc réflexe suit un long trajet, c'est précisément parce que la section longitudinale de la moelle a supprimé le court circuit; si l'ébranlement nerveux a suivi les voies longues, c'est que les voies courtes lui ont été fermées.

M. Sano rappelle les faits cliniques exposés par lui la veille et qui corroborent la théorie de Mendelssohn; il présente les préparations microscopiques provenant de ces cas. Il croit que dans l'expérience de Mendelssohn, la conduction se fait par la colonne de Clarke.

M. Mendelssohn a dit non pas que l'arc réflexe ne passait que par la région bulbaire inférieure, mais que c'était là la voie la plus naturelle et la plus facile. Quand elle manquait, ou en cas d'excitation violente, comme celle causée par une section de la moelle, l'arc réflexe n'est plus alors normal et peut suivre une autre voie que la voie normale. L'objection du professeur de Louvain tombe par le fait que les temps réflexes, pour une excitation minima, sont égaux, que la moelle soit sectionnée longitudinalement ou non. Du reste, pour faire passer l'arc réflexe par une voie courte, il faut une excitation plus forte que la normale.

Valeur diagnostique des symptômes prodromaux qui précèdent de longtemps les manifestations de la paralysie générale.

M. Thomsen (Bonn), dans son rapport sur la question, met les médecins en garde contre les erreurs de diagnostic résultant de la longue durée et des rémissions fréquentes dans la marche de la paralysie générale.

Il établit que certains symptômes caractéristiques de la paralysie générale peuvent précéder la manifestation de la maladie d'un grand nombre d'années, comme des symptômes prodromaux plus ou moins isolés. Le symptôme d'Argyll-Robertson, le signe de Westphal, les ophthalmoplégies fugitives, les attaques paralytiques ou aphasiques, les troubles de l'articulation, l'atrophie du nerf optique et plusieurs autres, moins significatifs, appartiennent à ces prodromes très importants. Dans des cas où ces symptômes prodromaux sont constatés dans le *status praesens* ou dans l'anamnèse, il est très souvent possible de faire le diagnostic certain ou probable de la paralysie générale longtemps avant la manifestation des symptômes psychiques : leur prise en considération met souvent à l'abri d'une confusion possible avec la neurasthénie ou la syphilis cérébrale.

M. Antonelli (Paris) fait observer que l'inégalité du diamètre pupillaire est un signe de paralysie générale parfois plus visible que le signe d'Argyll-Robertson. On remarque aussi dans cette affection des altérations congestives de la papille, qui précèdent de 3 à 4 mois l'apparition de la démence.

M. Regnier (Paris) partage les idées du professeur Thomsen et cite le cas d'un homme chez qui il a pu, grâce aux signes indiqués ci-dessus, diagnostiquer la paralysie générale 3 ans avant le début de la démence. Il s'élève contre la théorie qui considère la paralysie générale comme une forme de la syphilis cérébrale. Il est bien vrai qu'un grand nombre de paralysés ont eu la syphilis, mais cela n'a rien d'étonnant, étant donnée la fréquence de celle-ci.

D'autre part, il y a des cas de paralysie générale chez des gens qui n'ont jamais eu la syphilis. Du reste, la syphilis cérébrale à forme de paralysie générale a une marche très rapide et le délire commence déjà après 10 ou 15 jours; elle est améliorée par le traitement spécifique.

M. Crocq père fait observer la diversité de formes que peut présenter la paralysie générale au début. Celui-ci peut consister en des phénomènes cérébraux (troubles de caractère), mésocéphaliques (troubles dans les muscles de la face, des yeux, des lèvres, de la langue, etc.) ou rachidiens (caractères du tabes dorsalis).

M. Lentz (Tournai) croit que les phénomènes psychiques marchent de pair avec les phénomènes physiques et se produisent en même temps que ceux-ci, étant donné l'organe lésé. Si l'on attache plus d'importance aux phénomènes physiques, c'est que nous ignorons les moyens d'apprécier, de mesurer les troubles psychiques au début.

M. Glorieux (Bruxelles) attache beaucoup d'importance à la recherche du réflexe rotulien, qui est parfois difficile à mettre en évidence.

M. Thomsen reproche au symptôme de l'inégalité pupillaire d'exister dans un certain nombre d'autres maladies nerveuses et même dans des maladies d'ordre général. Les manifestations congestives du côté de la papille ont une importance qu'il ne faut pas exagérer. Il croit que la syphilis cérébrale peut s'amender momentanément, mais ne peut jamais guérir. Si le réflexe rotulien n'existe pas, il faut être prudent avant de faire un pronostic trop sombre. Il faut rechercher alors avec attention les autres symptômes prodromaux.

Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses et mentales des enfants.

M. Verrier (Paris), après avoir rappelé les travaux de Duchenne et constaté l'insuffisance de sa classification, qui ne comprend que les paralysies infantiles obstétricales, propose une nouvelle classification où il fait rentrer toutes les maladies nerveuses infantiles suite d'accouchement.

La première classe comprend tous les traumatismes;

La deuxième, les maladies nerveuses d'origine infectieuse ou toxique;

La troisième, celles d'origine intra-utérine.

Le rapporteur conclut qu'il faut introduire dans le cadre qu'il a tracé la paralysie spasmodique infantile de Little et certaines syringomyélies par hématomyélie traumatique au moment de l'accouchement.

M. Van Gehuchten fait observer que les auteurs ont eu tort de réunir en un même groupe toutes les affections de l'enfance caractérisées par de la paraplégie spasmodique. Ils n'ont pas assez tenu compte du mode de développement de l'affection. Contrairement à l'assertion du Dr Verrier, la maladie de Little atteint beaucoup d'enfants nés avant terme et chez lesquels il ne peut s'agir ni de traumatisme ni d'intoxication. Il fut donné d'analyser la moelle d'un enfant, né à sept mois et qui avait vécu quelque temps, une demi-heure après son décès. En traitant la moelle par le Weigert, il constata que les faisceaux pyramidaux étaient complètement décolorés ; il n'y avait donc pas de myéline. La méthode de Golgi lui permit de constater qu'il n'y avait pas non plus de cylindre-axes : ceux-ci n'existaient encore qu'au niveau de la moelle allongée. Donc, chez un enfant qui naît au septième mois, les faisceaux pyramidaux sont déjà descendus dans la moelle allongée, mais pas encore dans la moelle épinière. Si la croissance des faisceaux continue, l'enfant se développe normalement. Si la croissance de ces faisceaux s'arrête, il apparaît de la paraplégie spasmodique qui guérit si le faisceau pyramidal continue son évolution. La maladie de Little n'est pas due à une lésion cérébrale qui serait irréparable.

M. Glorieux a en traitement deux cas de paralysie brachiale obstétricale qui ne sont dus ni à un traumatisme ni à une intervention obstétricale quelconque.

Séance de l'après-midi.

Pathogénie et traitement du goître exophthalmique.

M. Eulenburg (Berlin) constate l'insuffisance des trois théories hématogène, neurogène et thyréogène pour expliquer chacune séparément toutes les manifestations de la maladie de Basedow.

La pathogénie serait la suivante : il ne s'agirait pas d'un « hyperthyroïdisme », c'est-à-dire d'une augmentation quantitative dans la sécrétion du corps thyroïde, mais plutôt d'un « parathyroïdisme », c'est-à-dire d'une altération qualitative et toxique du liquide glandulaire sécrété. Il considère comme une cause immédiate de ce phénomène une modification quantitative et qualitative du sang qui vient irriguer la glande; peut-être y a-t-il aussi une modification dans le cours de la sécrétion qui passerait directement dans le courant sanguin sans emprunter les voies lymphatiques. Il faut aussi remarquer que la substance toxique fabriquée par le corps thyroïde attaque le le système nerveux, surtout dans sa partie centrale. D'après cette hypothèse nouvelle, il y aurait donc : 1° Nature anormale, quantitativement et qualitativement, du sang circulant dans le corps thyroïde; 2° La capacité de sécrétion anormale du corps thyroïde jointe à la propriété spécifique, pathogène et toxique du liquide sécrété; 3° Enfin, la névrose et la névropsychose reposant sur l'auto-intoxication.

Pour ce qui concerne le traitement, il y a lieu de constater que, dans un grand nombre de cas, la maladie de Basedow est une affection qu'on peut améliorer et guérir par des méthodes très diverses. Il faut se mettre en garde contre le travers dans lequel on tombe souvent et qui consiste à proner inconsidérément les méthodes de traitement en rapport avec la théorie dominante du moment et à rejeter injustement toutes autres. L'organothérapie n'a rien pu obtenir sur ce terrain et rien ne prouve encore l'utilité et la nécessité du traitement chirurgical.

Jusqu'à présent, ce sont encore les vieilles méthodes de traitement climato-, hydro- et électrothérapique qui ont donné les meilleurs résultats. Jusqu'à nouvel ordre, le rapporteur considère que le traitement de la maladie de Basedow doit rester dans le domaine de la médecine interne.

M. Voisin a obtenu de bons résultats par le traitement thyroïdien de la maladie de Basedow, mais pour que la guérison se maintienne, il faut continuer à faire prendre au malade deux fois par semaine de la glande thyroïde. L'administration de corps thyroïde a guéri un cas où le goître exophthalmique était compliqué de démangeaisons atroces, qui cédèrent rapidement au traitement. L'orateur a remarqué que la compression d'un des lobes du corps thyroïde produisait de l'exophthalmie du même côté, bientôt suivie d'exophthalmie du côté opposé, faits dont le malade a parfaitement la sensation.

M. Regnier considère la maladie de Basedow comme une névrose : en effet, chez tous les basedowiens, on rencontre des antécédents nerveux.

M. Foveau de Courmelles (Paris) préconise comme traitement l'application des courants électriques de haute fréquence, associée à l'alimentation thyroïdienne.

M. Debray (Charleroi) cite un cas où le traitement par l'électricité galvanique associée aux calmants suffit à guérir la maladie de Basedow. Il croit aussi à l'origine nerveuse de l'affection.

Psychoses et rêves.

M. Sante de Sanctis (Rome), dans son rapport, établit qu'il ne peut exister que dans quelques cas particuliers un rapport de ressemblance entre le rêve et les psychoses. Ces cas concernent quelques psychoses aiguës provoquées par des intoxications, et les cas dénommés « états de rêve ». En s'appuyant sur des observations personnelles, l'auteur admet l'existence d' « équivalents oniriques et hypnagogiques » des attaques épileptiques et hystériques, et de délires hallucinatoires épisodiques des alcooliques.

Il s'occupe ensuite des rapports étiologiques entre le rêve et la folie.

Le songe peut être cause de folie de deux manières différentes :

1° Il agit comme un trauma psychique ou comme une cause épuisante ; dans ces cas, la maladie qui en dérive a les caractères des neuro-psychoses traumatiques ou des psychoses par épuisement;

2° C'est la matière du songe qui passe dans l'état de veille en arrêtant, en interrompant ou en troublant le cours régulier de l'association des idées.

Ce deuxième cas présente bien des variétés. « Je parle d'états émotionnels et d'hallucinations oniriques prolongées, d'états émotionnels et d'hallucinations post-oniriques, d'états de croyance onirique, parmi lesquels je place aussi les paramnésies, qui prennent leur contenu du songe. »

Ces formes sont toutes transitoires; ce sont des fragments, pour ainsi dire, de conscience onirique, qui se transportent dans la conscience de la veille. Mais, dans ces cas, la conscience de la veille peut se comporter de différentes manières; tantôt elle est suspendue, et alors l'hallucination, l'état émotionnel onirique, etc. suivent leur cours indépendamment; elle se confond avec l'état de conscience onirique même.

Outre les formes transitoires, il y a de vraies psychoses complexes, à cours aigu, subaigu et chronique, qui ont leur origine dans l'activité onirique.

Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie.

M. Lentz (Tournai), après avoir démontré l'incertitude des lois qui régissent les transmissions héréditaires et la nature de celles-ci, pense qu'il est préférable d'étudier les signes objectifs par lesquels cette hérédité se déclare habituellement dans la descendance et qui constituent des anomalies de développement, c'est-à-dire des tares ou stigmates. Mais ici l'on se heurte à un autre obstacle : comment distinguer les stigmates dégénératifs de ceux qui résultent d'affections survenues pendant le développement et qui n'ont aucune valeur dégénérative? Un ensemble fixe de stigmates, un nombre donné de tares déterminant une forme dégénératrice bien définie, une véritable folie dégénératrice, serait une conception plus ou moins artificielle et arbitraire, et sans consistance réelle. Le rapporteur croit qu'il y a plutôt lieu de considérer la dégénérescence comme un facteur général, le même pour toutes les maladies nerveuses et mentales, les différences semblant plutôt provenir de la manière dont il s'individualise, de la nature des tissus ou de l'organe qu'il atteint et de l'époque du développement nerveux à laquelle il manifeste son influence.

La constitution morbide du système nerveux existe probablement déjà dès la naissance et l'on naît avec un système nerveux épileptique, neurasthénique, hystérique, etc. ; la preuve en est

qu'une même cause produit chez tel l'épilepsie, chez tel autre une psychose, etc.

La névrose, la psychose, la neurasthénie, etc., constituent des états évolutifs comprenant tout un ensemble de manifestations, depuis la simple prédisposition jusqu'à l'affection la plus développée, entité qui peut s'arrêter à chaque phase de son évolution ou la parcourir tout entière jusqu'à la dernière, suivant les conditions où se trouve l'individu et les causes qui agissent sur lui.

M. R. Verhoogen (Bruxelles) craint que le cadre de la neurasthénie s'élargisse trop, si l'on veut y faire rentrer une foule d'états nerveux pathologiques qui n'ont que des rapports éloignés avec la neurasthénie maladie nettement définie et dont les symptômes forment bien une affection à part, nettement déterminée,

M. Lentz est de l'avis de M. Verhoogen; il a précisément essayé de réagir contre les exagérations où étaient tombés ceux qui ne partageaient pas cette manière de voir.

L'acromégalie.

M. Tamburini (Reggio, Emilia) émet l'avis que la présence constante de la tumeur de l'hypophyse dans l'acromégalie et dans le gigantisme, et la nature de la tumeur, hypertrophie ou adénome typique total de l'organe avec conservation de ses éléments constitutifs, parlent en faveur de l'hypothèse que l'acromégalie serait liée à l'hyerfonction du corps pituitaire.

M. Sano montre un crâne d'acromégalique et se range plutôt, pour expliquer la pathogénie de l'acromégalie, du côté du professeur Dallemagne, de Bruxelles. Celui-ci considère que les lésions de l'hypophyse ne sont qu'un processus secondaire d'origine irritative. Voici comment s'exprime le professeur de Bruxelles dans un travail paru le 1er septembre 1895 :

« Nous aimons à rapprocher les modifications qu'elle (l'hypophyse) subit de ces proliférations qui encombrent le canal central. Nous nous ressouvenons volontiers qu'elle n'est après tout que le cul-de-sac supérieur de ce canal. Puis, partant de ce premier rapprochement, nous croyons à un rôle bien défini de ce canal. Il serait un vérirable émonctoire et son épithélium aurait une fonction qui le rapprocherait de celle de l'épithélium rénal. Il suffirait alors de se reporter aux centres de l'équilibre nutritif échelonnés dans la moelle, de créer une sorte de métamérisme nutritif, faisant pour ainsi dire le pendant des métamères de la sensibilité. L'équilibre des centres troublés aurait pour conséquence des anomalies de nutrition qui aboutiraient à l'exagération des formes et à la mise en circulation des déchets anormaux de cette nutrition viciée. Cette mise en circulation aurait pour résultat de provoquer partout des troubles irritatifs secondaires et peut-être plus spécialement dans les dépendances du canal épendymaire.

« De là les obstructions constatées dans ce canal et surtout les modifications de l'hypophyse. » Je n'ai pas à me prononcer entre ces diverses théories; je n'ai voulu que vous soumettre des pièces anatomiques.

M. Claus (Anvers) cite deux cas d'acromégalie avec autopsie et partage la manière de voir du professeur Dallemagne.

M. Glorieux traite en ce moment un acromégalique névropathe, neurasthénique, affligé en outre d'une atrophie congénitale des deux pectoraux. Il croit aussi qu'il y a chez cet homme un trouble profond de tout le système nerveux.

M. Debray cite le cas d'un homme de 29 ans qui, dans sa jeunesse, reçut un coup sur l'index gauche; celui-ci s'accrut constamment et la circonférence de ce doigt est à présent double de celle de l'index droit.

M. Winkler a commencé l'étude des coupes du système nerveux d'un acromégalique; jusqu'à présent, les préparations qu'il a examinées ne lui permettent pas de conclure à une altération du système nerveux. Il demande au professeur Tamburini si c'est sur le système osseux ou sur le système nerveux qu'il croit que porte son action l'hypersécrétiqn de l'hypophyse.

M. Tamburini ne peut encore répondre à cette question. Il est du reste aussi d'avis que le système nerveux tout entier joue un grand rôle dans les accidents de l'acromégalie.

Séance du 17 Septembre 1897 (matin).

De la valeur séméiologique des réactions anormales des muscles et des nerfs.

M. Doumer (Lille) conclut ainsi son remarquable rapport sur la question :

1° Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on peut exciter électriquement *uniquement* la fibre musculaire. Dans la plupart des cas, les réactions musculaires que l'on obtient par l'application de l'excitant électrique aux points d'élection des muscles sont dues, pour la plus grande part, à l'excitation des filets terminaux des nerfs moteurs. Le terme d'*exploration des muscles*, que l'on emploie si souvent en électrodiagnostic, est donc tout à fait impropre.

2° et 3° Les modifications dans l'excitabilité faradique des nerfs moteurs et les modifications quantitatives dans l'excitabilité voltaïque de ces nerfs peuvent aussi bien tenir à une altération de l'organe réagissant (le muscle) qu'à une altération de l'organe excité (le nerf), mais elles ne dépendent que de l'une ou de l'autre, ou bien des deux à la fois.

4° Les modifications qualitatives dans l'excitabilité voltaïque des nerfs moteurs dépendent toujours d'une altération plus ou moins profonde des neurones moteurs périphériques. Elles ne sont jamais directement liées aux lésions du centre nerveux et ne peuvent dans aucun cas nous renseigner directement sur l'état morbide de ces centres.

3° Il n'y a pas *une* réaction de dégénérescence, mais bien *des* réactions de dégénérescence. Nous ne connaissons pas encore les relations qui peuvent exister entre les divers états pathologiques des nerfs et ces diverses réactions anormales.

6° Les autres réactions anormales (réaction de la diathèse de contracture, réaction d'épuisement, variations dans la durée du temps perdu, de formation de la courbe de réaction, réaction myotonique, réaction de l'excitation longitudinale) sont encore trop peu connues pour que l'on puisse en tirer des indications cliniques certaines.

7° Il est nécessaire d'adopter dans les recherches d'électrodiagnostic des méthodes d'exploration permettant de connaître exactement *la caractéristique de l'excitation* et la *courbe de la réaction*.

M. Foveau de Courmelles fait observer que certaines hystériques ne réagissent pas à l'excitation faradique et ont cependant des muscles en parfait état.

M. R. Verhoogen fait quelques restrictions au sujet de la première des conclusions du rapporteur; il arrive, en effet, au début de la réaction de dégénérescence, que l'excitabilité du tronc nerveux est diminuée, alors que celle du muscle est augmentée par le courant galvanique. Il rappelle ensuite les effets de l'excitation par l'étincelle statique. Des muscles qui donnaient la réaction de dégénérescence ou qui même ne réagissaient plus du tout, répondaient encore à l'excitation par l'étincelle statique, et purent, par un traitement prolongé, récupérer complètement leurs fonctions. La valeur pronostique de la réaction de dégénérescence n'est donc que très relative.

M. Régnier a observé aussi des cas semblables à ceux dont vient de parler M. Verhoogen. Il demande au rapporteur de quelle façon il obtient les variations de réaction qui lui ont permis de formuler certaines conclusions.

M. Allard (de Paris) rappelle les expériences auxquelles il s'est livré pour rechercher le nombre d'excitations nécessaires en un temps donné pour produire le tétanos complet d'un muscle. Les résultats lui ont prouvé qu'il faut moins d'excitation dans un muscle en voie d'atrophie que dans un muscle physiologique pour produire le tétanos.

M. Wertheim Salomonzo (Amsterdam) expose les formes diverses des courbes réactionnelles des muscles excités par les différents modes électriques, suivant leur degré d'intégrité ou de dégénérescence.

M. Maréchal (Bruxelles) cite des cas d'hémorrhagie cérébrale dans lesquels il a observé une diminution de l'excitabilité dans les muscles paralysés et demande l'explication du fait au rapporteur.

M. Doumer dit qu'il y a chez les hystériques des troubles

vaso-moteurs qui altèrent peut-être le résultat de l'expérimentation. Il n'a pas parlé de l'étincelle statique parce qu'il n'a pas cru que ce point rentrait dans le cadre de son rapport. Il est du reste d'accord sur ce point avec M. Verhoogen. Répondant à M. Régnier, il dit qu'il a obtenu ses résultats avec l'excitation minima. Quant au fait cité par M. Maréchal, tout en admettant la grande valeur de son objection, il croit que le fait n'a pas encore été suffisamment étudié et que, pour le moment, toute explication serait prématurée.

La valeur thérapeutique des courants de haute pression.

M. Bergonié (Bordeaux), après avoir indiqué les diverses méthodes d'application des courants à haute fréquence, rappelle leurs effets physiologiques. Ces courants, même à une intensité formidable, sont sans aucune action sur la sensibilité et sur la motricité, mais ils impriment une activité extraordinaire aux échanges nutritifs : il y a augmentation de CO^2 produit, d'O absorbé, de chaleur produite et une diminution de poids rapide.

L'application des courants de haute fréquence est indiquée dans toutes les maladies par ralentissement de la nutrition : il y a amélioration certaine et progressive de l'état général. Ces courants atténuent les toxines microbiennes, et les toxines ainsi atténuées peuvent devenir des vaccins. Leurs applications percutanées donnent de brillants résultats dans les maladies de la peau. Il y a contre-indication dans l'hystérie, la neurasthénie, les névrites et toutes les affections douloureuses.

M. Foveau de Courmelles a vu l'obésité céder rapidement aux courants de haute fréquence. On constate en même temps de la régularisation de la température et des règles. L'opothérapie est beaucoup mieux supportée quand elle est combinée aux courants de haute fréquence.

M. Gilles (Marseille) fait remarquer que l'électricité à haute fréquence agit d'une manière analogue à la faradisation. Si la haute fréquence lui a donné de bons résultats dans l'impuissance, elle lui en a donné de mauvais dans la neurasthénie.

L'électricité statique vaut la haute fréquence dans le traitement du diabète et la dépasse de beaucoup dans le traitement des névrites. Quant aux effets obtenus dans les maladies de la peau, il les croit plutôt dus à la production d'ozone.

M. Régnier pense que la nouvelle méthode doit être sérieusement étudiée, sans cependant faire abandonner l'électrothérapie ancienne, qui rend encore tous les jours des services signalés.

Les suggestions criminelles.

M. Liégeois (Nancy) expose, avec de nombreux exemples, la doctrine de l'école de Nancy, dont il est l'un des chefs, et combat les arguments que Delbœuf, en 1894, a fait valoir contre ses théories dans un discours à l'Académie royale de Belgique. Il rencontre aussi les objections du professeur Brouardel et de l'école de Charcot. Il considère que chez toute personne susceptible d'être mise en somnambulisme (5 p. 100 des sujets), on peut produire, par suggestion verbale, un véritable automatisme. Dans cet état, le patient n'est plus qu'une machine inconsciente dirigée par l'expérimentateur ; il peut être rendu auteur d'actes délictueux, même criminels, et cela même après le réveil, à une date plus ou moins éloignée. En état de somnambulisme, soit spontané, soit provoqué, des femmes, des jeunes filles pourraient être violées sans le savoir, sans le sentir, sans en conserver aucun souvenir. L'empire conservé par l'hypnotiseur sur son sujet se conserve jusque 10 ans après les premières expériences.

Il y a un moyen propre à conjurer les personnes hypnotisables qui pourraient être victimes d'hypnotiseurs malhonnêtes : on devrait essayer de se faire mettre en somnambulisme par un homme compétent. Si l'on arrive au somnambulisme profond, il faut se faire suggérer qu'on ne pourra être hypnotisé par personne et par aucun moyen. Le succès est complet et toute suggestion ultérieure devient impossible.

M. Crocq père, met en garde contre le danger des expériences d'hypnotisme. Peut-être, par des suggestions dictées par le caprice du moment (vol, etc.), provoque-t-on des instincts mauvais, cachés jusque-là, à se faire jour et des hommes, naguère honnêtes, à devenir criminels.

M. Liégeois partage l'avis du préopinant et croit que les expériences ne devraient être faites que par des hommes honnêtes et compétents.

Séance de l'après-midi.

M. Castelain (Bruxelles) croit que la véritable prophylaxie contre les agissements d'un hypnotiseur malhonnête éventuel serait l'éducation bien menée des enfants, qui est en définitive une suggestion de tous les jours et les doterait d'un cerveau solide. Il met en doute l'assertion du professeur de Nancy et croit qu'un sujet, malgré la suggestion de ne plus se laisser hypnotiser, peut à la longue perdre son état réfractaire à toute nouvelle suggestion. Les hypnotisés peuvent, du reste, être traités par la loi comme des criminels d'un genre spécial, mais comme des criminels. Si ces sujets sont si susceptibles à toute suggestion, la perspective d'un châtiment légal agira aussi sur eux comme une suggestion très puissante.

M. Liégeois croit que la solution proposée par M. Castelain n'est pas en opposition avec la sienne. Il s'élève ensuite contre ceux qui considèrent tous les hypnotisables comme des dégénérés. Tous les enfants sont-ils des dégénérés?

La valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion.

M. Milne-Bramwell (Londres) expose les avantages que l'on peut retirer de la suggestion dans de nombreuses affections, et surtout dans les cas d'alcoolisme, morphinisme, etc., d'obsessions et de neurasthénie.

Passant ensuite à l'histoire de l'hypnotisme et à son interprétation, il rappelle que les bases scientifiques de l'hypnotisme sont dues aux travaux d'un Anglais, de Braid, qui datent de 1841. Le rapporteur, en opposition avec l'école de Nancy, se fait de l'hypnotisme la même idée que Braid et Delbœuf. Selon Braid, la condition hypnotique est un état de concentration, de mono-idéisme, tous les phénomènes dépendant des idées dominantes produites dans l'esprit du sujet. Braid abandonna bientôt les méthodes physiques d'hypnotisation en faveur de la suggestion verbale. Selon lui, les diverses méthodes physiques ne sont que des méthodes de suggestion indirecte. Selon Braid, l'hypnotisé n'a pas perdu sa volonté et son sens moral. Personne ne peut être affecté en aucune façon par l'hypnotisme, sinon de son propre gré. Le rapporteur cite le cas de Camille, la célèbre somnambule de Liébeault. Elle refusa au médecin anglais une suggestion non criminelle, apparemment par pur caprice, vu qu'elle en accepta une semblable avant et après l'expérience en question. Est-ce là « la fatalité d'une pierre qui tombe » ? Une pierre qui tombe ne choisit ni son lieu ni son temps, dit M. Milne-Bramwell. Il a questionné plusieurs hypnotisés dans le somnambulisme complet : il les a tous trouvés en possession d'une connaissance de leur état mental et du monde extérieur aussi claire qu'à l'état de veille. L'auteur cite des exemples concluants à l'appui de cette assertion.

M. Joire (Lille) lit une communication sur *les états médianiques de l'hypnose et la suggestion mentale*.

Au cours d'expériences d'hypnotisation, l'auteur a observé des états hypnotiques spéciaux qu'il a dénommés état médianique passif et état médianique actif, qui doivent être rattachés à la phase somnambulique de l'hypnose. Dans l'état médianique passif, il y a de légères oscillations de tout le corps, sensibilité très développée des organes des sens seulement pour tout ce qui vient de l'hypnotiseur, amoindrie pour toutes les autres impressions. C'est dans cet état que l'on observe la suggestion mentale, ressentie par le sujet comme des impulsions très nettes. L'état médianique actif, que l'on n'obtient guère que chez des névropathes avérés, est surtout remarquable par l'influence que le sujet peut exercer sur les personnages qui l'entourent (hallucinations) et même sur les êtres inanimés (mouvements d'attraction ou de répulsion, soulèvement des objets). Les deux états peuvent, du reste, se superposer et provoquer des phénomènes d'une intensité infiniment plus grande.

Séance du 21 Septembre 1897 (matin).

Du bégaiement.

M. Chervin (Paris) le considère comme une névrose dont la thérapeutique consistera en exercices méthodiques de la voix, de l'articulation, de la respiration et du mécanisme intellectuel de la parole; enfin, en un traitement approprié aux troubles mentaux observés.

Traitement de la neurasthénie par l'électricité.

M. Régnier (Paris). — Dans le cas de neurasthénie générale, l'auteur préfère la douche statique supérieure; dans la neurasthénie à forme spinale, les étincelles statiques ou la friction électrique de la moitié du corps; dans la forme dyspeptique, la voltaïsation continue ou la franklinisation médiate; dans la forme sexuelle, la douche statique et la faradisation locale (utérine chez la femme). La forme locale sera traitée par l'étincelle statique ou la friction.

Paralysie agitante. Polynévrite.

M. Glorieux (Bruxelles) constate que la paralysie agitante s'attaque surtout à des personnes appartenant à des familles où la longévité est traditionnelle et la santé excellente : elles-mêmes avaient du reste toujours joui d'une excellente santé.

Il présente ensuite deux jeunes filles atteintes de formes rares d'atrophie musculaire, qu'il est impossible de rattacher à un type connu.

M. Crocq fils (Bruxelles) croit, à propos de ce cas, qu'il peut y avoir polynévrite sans troubles de la sensibilité; il a observé des faits analogues.

C'est aussi l'avis de **MM. Libotte** et **de Buck**.

M. Glorieux fait remarquer que si polynévrite il y a, elle serait symétrique, et ce serait une polynévrite n'attaquant pas les nerfs, puisque partout les réactions électriques sont intactes.

Paralysie du trijumeau.

M. Maréchal (Bruxelles) présente un sujet chez lequel une balle de revolver a blessé la branche moyenne du trijumeau à la partie supérieure de la fosse ptérygo-maxillaire droite, après avoir pénétré dans la tête par la partie postérieure de l'apophyse mastoïde gauche. La malade présente tous les symptômes de paralysie motrice et sensorielle de la région.

Commissure grise de la moelle.

M. Valenza (Naples) fait une communication au sujet de l'existence de prolongements protoplasmiques et cylindraxiles qui s'entrecroisent dans la commissure grise postérieure de la moelle épinière.

Ses recherches lui ont permis de constater que la commissure grise postérieure est souvent traversée par des prolongements protoplasmiques et par quelques prolongements cylindraxiles rares, provenant les uns et les autres soit de substance gélatineuses de Rolando, soit des colonnes de Clarke, soit de petites cellules situées à côté du canal central. Parfois il n'y a qu'une cellule qui envoie des prolongements à travers la commissure grise postérieure, d'autres fois on en remarque deux, l'une à côté de l'autre. Elles sont fusiformes et leurs prolongements se croisent avec ceux du côté opposé.

En conséquence, la commissure grise postérieure n'est pas seulement le siège de l'entrecroisement sensitif de la moelle, constitué par les branches collatérales, bien connues, des racines postérieures, mais aussi de nombreux dendrites et de quelques névrites, qui viennent des cellules des cornes postérieures.

L'existence de ces cellules ganglionnaires explique probablement pourquoi, dans le tabès, la commissure grise postérieure, au niveau de la région lombaire, est très riche en fibres nerveuses, quoique les fibres des racines postérieures soient entièrement dégénérées.

M. van Gehuchten confirme les données anatomiques décrites par M. Valenza; il rappelle qu'il a lui-même démontré dans la moelle de la truite l'existence d'éléments analogues à ceux découverts par M. Valenza chez l'homme.

Dr Dekeyser.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Ictère avec névrite (Ueber Icterus mit Neuritis), par W. Kausch (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. XXXII, p. 310). — L'auteur a observé deux fois le syndrome clinique suivant :

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 29 ans, ordinairement bien portant, ayant l'habitude de boire 3 à 4 litres de bière par jour, et qui fut pris brusquement de frissons, de fièvre, avec céphalalgie, vomissements, constipation et douleurs musculaires extrêmement vives, particulièrement accusées dans les membres inférieurs. Au bout de 5 jours, apparut un ictère avec hypertrophie et sensibilité du foie, albuminurie, en même temps que les troncs nerveux des membres inférieurs devinrent sensibles à la pression; l'examen montra alors que les réflexes rotuliens avaient disparu et que les nerfs et les muscles présentaient une diminution de l'excitation électrique sans réaction de dégénérescence. Tous ces symptômes allèrent ensuite en s'atténuant pendant 11 jours, pendant lesquels la température redevint normale; mais, au bout de ce temps, la fièvre se ralluma et le syndrome qui vient d'être décrit reparut et persista encore pendant 6 jours. Le malade guérit après une convalescence pénible.

Dans le second cas, il s'agit d'un alcoolique de 49 ans, chez lequel le complexus symptomatique fut le même que chez le malade précédent, avec cette différence pourtant que l'ictère apparut au troisième jour après le début des accidents, que les signes de névrite (douleurs térébrantes dans les muscles et sur le parcours des troncs nerveux) étaient plus accusés que dans le premier cas, et existaient aussi au niveau des membres supérieurs enfin, qu'il n'y eut pas de récidive.

D'après l'auteur, il s'est agi, dans les deux cas, d'un ictère fébrile grave, d'origine toxique ou infectieuse, se rapprochant, par conséquent, du syndrome dit maladie de Weil. L'agent toxique ou infectieux aurait, en même temps, frappé tous les autres organes (foie, rate, reins, muscles), et, en particulier, les nerfs périphériques dont la résistance était peut-être diminuée, par le fait des habitudes alcooliques de ces deux malades.

L'élimination de l'acide urique dans la pneumonie (Ueber Harnsäureausscheidung bei croupöser Pneumonie), par Th. Dussin et Saint-Nowaczek (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. XXXII, p. 1). — Pour vérifier la conception de Horbaczewski, d'après laquelle l'acide urique de l'urine proviendrait de la destruction des leucocytes, et, d'une façon générale de la destruction des éléments et des tissus riches en nucléine, les auteurs ont établi l'élimination de l'acide urique dans la pneumonie franche. Ils ont choisi la pneumonie, de préférence à toute autre affection, parce que, dans celle-là, la résorption de l'exsudat s'effectue après la crise avec une rapidité extraordinaire et s'accompagne, par conséquent, d'une destruction intense de leucocytes.

Les recherches faites sur cinq pneumoniques ont pleinement confirmé la théorie de Horbaczewski. Chez tous ces malades, les auteurs ont pu constater que la résorption de l'exsudat était accompagnée d'un accroissement considérable de la quantité d'acide urique. Cet accroissement se manifestait déjà la veille de la crise et atteignait une valeur considérable après celle-ci; on trouvait alors une quantité d'acide urique triple de celle qui existait pendant la période fébrile. Cette crise d'acide urique durait de 2 à 4 jours; cette quantité diminuait ensuite progressivement pendant 3 ou 4 jours, et ne redevenait normale que

7 ou 8 jours après la crise de la pneumonie. Cette crise d'acide urique précédait de un ou de deux jours la polyurie critique et n'avait, par conséquent, aucun rapport avec elle. Elle ne pouvait être attribuée au régime alimentaire, puisqu'elle se manifestait avant la défervescence critique, et que les malades restaient encore, pendant 2 ou 3 jours, à la diète.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 Octobre 1897.

Transmissibilité des oreillons de l'homme au chien.

M. Laveran lit un rapport sur une observation de **M. Busquet** (armée). Notre confrère, 20 jours après avoir été atteint lui-même d'oreillons, constata chez son chien les symptômes caractéristiques de la parotidite spécifique. D'ailleurs, en collaboration avec M. Ferré, M. Busquet a réussi, avec le diplostreptocoque spécifique, à inoculer au chien une parotidite qui, il est vrai, a suppuré; avec les faits de ce genre qui ont été publiés, la question mérite d'être mise à l'étude, mais les causes d'erreurs sont encore assez nombreuses et quelques réserves doivent être formulées, même pour le fait récent de M. Busquet.

Rôle pathogénique des poussières.

MM. Kelsch et **Gimonin** ont entrepris à l'hôpital et à la caserne des recherches pour démontrer que le sol des habitations recèle des causes d'infection aussi puissantes que l'eau de boisson. Sauf la fièvre typhoïde et le choléra, là est la source de la plupart de nos maladies, de la tuberculose en particulier. Cette conclusion est surtout applicable aux habitations des collectivités, aux collèges, ateliers, casernes, hôpitaux. Cette notion est d'ailleurs devenue banale en épidémiologie militaire. Aussi le commandement s'est-il préoccupé de cette question, aussi bien que de l'assainissement des eaux. Le nettoyage régulier des planchers a une haute importance, et d'autre part l'imperméabilisation des planchers est réglementairement prescrite. Après bien des tâtonnements, on arrive à conclure que la coaltarisation est actuellement le procédé qui réunit à la fois l'économie et l'efficacité hygiénique.

M. Laveran. — Les faits dont vient de parler M. Kelsch entrent en série avec ceux, déjà nombreux qu'on a étudié à ce sujet. Mais M. Kelsch n'est pas assez radical pour la prophylaxie. Imperméabiliser le plancher au coaltar est insuffisant car la coaltarisation dans la plupart des casernes est mal faite, et, quand elle est bien faite, elle laisse tous les dangers du sous-plancher, avec ses poussières et ses souillures. La vérité est qu'il faut étudier les moyens de supprimer radicalement les planches.

M. Laverde lit une communication, sur la sérothérapie de la lèpre (MM. Besnier et Hallopeau rapporteurs).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 Octobre 1897.

Tumeurs pigmentaires sous-péritonéales constituées par du pigment ocre.

M. E. Apert. — J'ai rencontré à l'autopsie d'un lapin, tout le long de l'intestin grêle, une série de petites tumeurs saillantes, de couleur rouille, de la dimension et de la forme d'une lentille; elles étaient dures et ne se sont pas décolorées par un séjour prolongé dans l'alcool. Sur des coupes histologiques, on voit qu'elles sont constituées par une masse centrale de grains de couleur ocre, ressemblant à des globules sanguins, autour de laquelle le tissu sous-péritonéal a proliféré et a subi la transformation fibreuse. Ces grains ne prennent aucune des matières colorantes usuelles; mais, comme les sels ferriques, ils se colorent en bleu par le ferrocyanure et en noir par le sulfhydrate d'ammoniaque. Ils sont donc constitués par de la rubigine, ou hydrate ferrique, ou pigment ocre des cirrhoses pigmentaires et du diabète bronzé; ce pigment n'a pas encore été, à notre connaissance observé sous cette apparence. D'après la disposition des taches pigmentaires, il est probable qu'elles ont succédé à des taches de *purpura intestinal;* l'hémoglobine des globules rouges s'est transformée sur place en rubigine; la présence de celle-ci dans les tissus a provoqué un processus de sclérose, comme il arrive dans les cirrhoses pigmentaires du foie. De là cette production de petites tumeurs pigmentaires.

Recherche du plomb dans les glandes salivaires, au cours de l'intoxication saturnine aiguë expérimentale.

M. Rénon. — Sur 10 cobayes ayant succombé rapidement à une ingestion stomacale quotidienne de céruse et de minium répétée pendant 9 jours, nous avons constaté deux fois la présence du plomb dans les glandes salivaires : ces deux animaux avaient été intoxiqués avec la céruse.

Ces résultats, analogues à ceux apportés par Ellemberger et Hofmeister chez le mouton inoculé sous la peau avec de l'acétate de plomb, nous paraissent intéressants à signaler, en raison du rôle que l'on tend à faire jouer au plomb dans certaines parotidites de l'homme.

M. Nepveu envoie un travail sur les lésions du cerveau dans la peste.

MM. Mermet et **Scrini** font une communication sur l'absorption du curare par l'œil.

M. Féré cite un certain nombre de faits relatifs aux réflexes cutanés chez les épileptiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 9 Juin 1897.

Intervention chirurgicale dans un cas de luxation habituelle de la rotule.

M. Pillon. — Il s'agit d'une fillette de 11 ans et demi quit il y a deux ans, butant contre une pierre en courant, tomba et ne put se relever, Dans sa chute, elle sentit un craquement brusque se produire dans son genou : c'était la rotule qui s'était luxée complètement en dehors. Dès le jour de l'accident, l'enfant put cependant marcher, mais à chaque mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse, la luxation se reproduisait complète, la course était presque impossible et les chutes très fréquentes.

L'examen de la malade montra qu'au moment des flexions de la jambe sur la cuisse, la rotule quittait progressivement l'espace intercondylien pour se placer complètement de champ, sa face articulaire contre la face externe du condyle externe, dès que l'angle de flexion atteignait 140°. La rotule luxée n'était ni atrophiée ni augmentée de volume; le condyle externe, l'espace intercondylien étant de forme et de dimensions normales. Le quadriceps crural était très faiblement atrophié. Pas de genu valgum. La marche était difficile, mais non douloureuse, à chaque pas la luxation se reproduisant complète; il en était de même dans les mouvements d'ascension et surtout de descente; la course était presque impossible, accompagnée de chutes fréquentes.

Au point de vue des antécédents personnels et héréditaires, rien de particulier à noter; pas de signes de rachitisme ni de paralysie infantile.

Opération, le 22 mars.

Incision en L, la branche verticale (8 cent.) parallèle au bord externe de la rotule, la branche horizontale (6 cent.) passant au-

dessous de l'interligne articulaire. Mise à nu de l'aileron interne qui est très fortement relâché, mais non déchiré. Le plissement capsulaire avec des fils de soie est insuffisant à maintenir réduite la luxation.

Il est remplacé par un plissement au moyen de quatre fils d'argent faufilés à travers l'aileron interne traversant d'une part le bord interne de la rotule et d'autre part le périoste du condyle interne.

Malgré ces solides sutures, la luxation se reproduit partiellement et une forte flexion les ferait sauter.

Je sectionne alors l'aileron externe de la rotule très épaissi et très réduit; il en résulte une ouverture de l'articulation; la luxation est seulement améliorée.

Je sectionne enfin les fibres inférieures du vaste externe, puis le tendon du quadriceps crural à 2 cent. de la base de la rotule; le cul-de-sac sous-occipital est ouvert.

Après cette section, la rotule reste en place, quel que soit l'angle de flexion de la jambe sur la cuisse, jusqu'à l'angle droit.

Suture de la peau. — Drainage aux crins de Florence. — Attelle de Bœckel.

Le 13 mai, la malade quitte l'hôpital portant encore un pansement, car une petite portion du lambeau cutané s'étant sphacélée, il en est résulté une petite plaie dont la cicatrisation n'est pas encore terminée.

La malade est revue un mois après.

La marche est possible; la luxation s'est maintenue complètement réduite; cependant le genou est encore raide, la flexion se fait jusqu'à 145° environ.

De cette observation, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il s'agit d'une luxation habituelle et complète de la rotule en dehors d'origine traumatique; on sait que le traumatisme est un facteur pathogénique exceptionnel de ces luxations.

2° L'article étant de forme et de dimensions normales, il y a sans doute lieu de faire jouer, dans la pathogénie de cette luxation, un rôle important à la laxité congénitale de l'aileron interne de la rotule brusquement distendu par la contraction brusque du quadriceps.

3° Le traitement chirurgical s'impose; l'intervention doit être parfois complexe. Il est en effet des cas où le plissement capsulaire de l'aileron interne, voire même la section de l'aileron externe et des fibres les plus inférieures du vaste externe, sont insuffisants; la section du tendon quadriceps peut alors devenir nécessaire.

Le plissement capsulaire de Le Dentu peut, dans certains cas, être remplacé avantageusement par le mode de plissement appliqué au cas présent.

M. Gross. — Ces luxations sont en effet très rares. Dans l'observation de M. Pillon il s'agit d'un cas de luxation ancienne survenue chez une enfant et bien des facteurs ont pu agir après le traumatisme qui permettraient peut-être d'expliquer les difficultés de la réduction.

M. Pillon. — Ma petite opérée ne présentait aucun symptôme de paralysie infantile et je crois pouvoir expliquer la pathogénie des accidents par une contraction brusque du quadriceps crural qui suivit le traumatisme. Consécutivement se produisit une déchirure ou une distension de l'aileron interne et plus tard une rétraction de l'aileron externe et du quadriceps crural. J'ajouterai en terminant que les chirurgiens anglais paraissent considérer l'action du quadriceps comme un facteur pathogénique important si l'on en juge par deux opérations de section de ce muscle tentées en Angleterre, sans succès d'ailleurs, dans des cas de luxations de la rotule analogues au mien.

Rétention d'urine.

M. A. Herrgott fait la relation d'un cas de rétention d'urine causée par une constipation opiniâtre survenue chez une femme enceinte de trois mois environ. Il rappelle les difficultés de diagnostic qui se sont dissipées dès qu'il eut fait « vider les réservoirs », et il insiste sur les erreurs qui peuvent être commises quand on néglige ce précepte, en apparence si simple et si élémentaire et cependant si souvent oublié.

M. Remy demande s'il n'existait pas de rectocèle incriminable comme point de départ de la coprostase et rappelle que la présence des matières fécales durcies a parfois été cause de dystocie; ces faits d'ailleurs sont très rares et il n'en existe peut-être que deux ou trois observations publiées.

M. A. Herrgott n'a pas constaté le moindre signe de rectocèle chez sa malade.

Séance du 7 Juillet 1897.

Endocardite végétante recueillie à l'autopsie d'une jeune chlorotique.

M. G. Etienne. — Il s'agit d'une jeune couturière, âgée de 20 ans, rachitique, ne présentant rien de spécial dans ses antécédents héréditaires, ayant eu la fièvre typhoïde à 13 ans. En janvier 1896, elle fut atteinte d'une anémie qui alla en s'aggravant jusqu'en juin, date d'une première entrée à la clinique; elle présentait alors le tableau classique de la chlorose, les appareils cardiaques et pulmonaires étant normaux. Traitée par l'ovarine, l'état général s'améliora rapidement, l'appétit reparut, et elle sortit un mois après son entrée, très améliorée mais non complètement guérie.

Rechute en septembre, qui ramène la malade au service en novembre. A cette époque, constatant une inspiration rude au sommet droit et quelques râles sous-crépitants fins dans les fosses sus et sous-épineuses droites, on pense à une tuberculose pulmonaire, les accidents du début étant rattachés à une chlorose symptomatique, malgré l'absence de tout signe constaté alors. Les bruits du cœur sont normaux. Cet état persiste, la pâleur des téguments s'accentuant jusqu'à devenir excessive en février 1897. A cette époque on constate l'existence d'un souffle inorganique, systolique, très intense à l'orifice pulmonaire, une légère augmentation de la matité splénique. Globules rouges = 1 364 000; pas de modification des formes globulaires. Pendant toute cette période, les phénomènes thoraciques ne se sont nullement modifiés; cependant, le 6 décembre, il s'était produit une légère hémoptysie, accompagnée d'une élévation brusque de la température jusque-là oscillant légèrement autour de 37° :

5 Décembre	T =	M.	37°2	S.	37°6
6	—	—	39°5		40°4
7	—	—	38°4		40°
8	—	—	37°6		40°
9	—	—	38°		38°5
10	—	—	36°8		38°

Puis la température revient à 37°. Mais à partir du 18 janvier, sans nouvelles causes appréciables, la température oscille continuellement entre 37 et 38°. — Le 6 mars au soir, la malade est prise d'un violent accès de dyspnée et succombe doucement pendant la nuit. A l'autopsie, on constate d'abord l'absence complète de toute granulation tuberculeuse dans les poumons: légère congestion du lobe supérieur droit. Du côté de l'appareil cardiaque, on trouve quelques adhérences péricardiques au niveau de la pointe et, à l'ouverture du cœur, deux végétations, l'une du volume d'une lentille, l'autre grosse comme une tête d'épingle, siégeant sur le bord libre de la valvule mitrale. Les sigmoïdes aortiques, les coronaires sont normales. Le muscle est un peu mou et jaunâtre. La rate pèse 360 grammes.

L'autopsie reste muette sur la cause immédiate de la mort, malgré l'examen complet des organes.

M. Etienne relève la rareté de l'endocardite au cours de la chlorose, accident que la plupart des auteurs ne signalent même pas. Dans le cas particulier, sa pathogénie est des plus obscures, étant donné l'improbabilité clinique d'une infection secondaire. Il insiste également sur la difficulté du diagnostic précoce de la tuberculose, en particulier chez les chlorotiques sujettes à des poussées congestives habituellement bien plus fugaces que chez cette malade.

Huit cas d'extraction de cristallins transparents dans la myopie forte.

M. Rohmer. — L'extraction du cristallin transparent chez les forts myopes est une excellente opération qui donne dans

beaucoup de cas de merveilleux résultats au point de vue optique et fonctionnel.

Les indications à intervenir se tirent du degré de myopie (15 D en moyenne et au delà chez l'adulte), de la marche progressive de la maladie et de l'âge du myope (enfants avec myopie de 8 ou 10 D).

Les résultats se traduisent par la possibilité de la vision à distance, l'amélioration de l'acuité visuelle, la faculté de travailler de près à la distance normale de 20 ou 25 centimètres, binoculairement, et enfin, la suppression de l'accommodation, d'où prophylaxie sinon guérison des décollements rétiniens myopiques.

Le procédé opératoire sera l'extraction à lambeau chez l'adulte et l'aspiration chez l'enfant, toujours, dans l'un et l'autre cas, après maturation artificielle du cristallin. Contre les cataractes secondaires, il faut éviter la discision et recourir soit à l'aspiration pour les masses molles, soit aux pinces pour l'extraction des débris capsulaires.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 Septembre 1897.

Note sur les longues trêves de la tuberculose pulmonaire et sur le réveil de celle-ci sous l'influence de la grippe.

M. Louis-Henri Petit. — La tuberculose pulmonaire, survenant dans l'enfance chez des sujets nés de parents arthritiques et se trouvant dans de bonnes conditions hygiéniques, peut s'arrêter et la santé redevenir assez bonne pour faire croire à une guérison radicale. Cette trêve de la tuberculose a pu durer pendant plus de 30 ans.

A la suite d'attaques de grippe, uniques ou multiples, la tuberculose s'est manifestée de nouveau, dans les mêmes points où elle avait été constatée autrefois; aussi l'influence de la grippe sur la cessation de ces trêves de la tuberculose ne paraît pas douteuse.

Malgré la longue période de bonne santé qui a séparé la première atteinte de tuberculose de la seconde, celle-ci a été beaucoup plus grave que la première, puisque sur 6 sujets 4 sont morts.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 2 Juillet 1897.

Péritonisme, suite d'injection intra-utérine.

M. Dufour, appelé auprès d'une femme souffrant de métrorrhagies répétées par rétention placentaire, avait pratiqué un tamponnement intra-utérin; le lendemain, le placenta fut évacué, quelques injections furent faites, et les hémorrhagies cessèrent; au bout de 3 semaines cependant, quelques pertes sanguinolentes persistaient; à ce moment, le toucher montrait une rétroflexion utérine, avec engorgement des annexes à gauche. Les injections intra-utérines furent reprises, mais dès la première, et, au moment de l'introduction de la sonde dans le col, la malade éprouva une douleur vive, une syncope; le liquide refluant parfaitement de la matrice, le lavage fut achevé, et, vu l'état de shock supposé de la femme, l'extrait thébaïque fut prescrit.

Rappelé quelques heures plus tard, il constatait la persistance des tendances syncopales, un état nauséeux, du ballonnement du ventre, de la douleur dans le flanc gauche; le traitement opiacé fut maintenu. Mais le ballonnement augmenta avec hyperesthésie abdominale généralisée, et un vomissement se produisit; pouls 120, non péritonitique; pas de fièvre. Le lendemain, amendement des symptômes qui rétrocédèrent lentement, après formation manifeste dans le flanc gauche d'un empâtement douloureux qui diminua également, jusqu'à ramener les annexes gauches à cet état d'engorgement constaté avant l'injection; actuellement la femme est remise. Il s'agit d'expliquer la genèse de ces symptômes inquiétants, provoqués par un simple lavage intra-utérin.

MM. Wicot et **Nauwelaers** s'accordent pour reconnaître dans ce cas les signes du péritonisme, apparaissant chez certaines femmes nerveuses, hystériques souvent, à la suite d'irritations portant surtout sur l'appareil génital. Les phénomènes durent une huitaine de jours en moyenne et cèdent au traitement opiacé.

M. Cittadini se demande si la durée de ces symptômes est bien celle de troubles nerveux réflexes. Fréquemment, l'ovule se greffe dans une corne utérine, dilatant l'embouchure de la trompe, et dans le cas présent, quelques gouttes du liquide injecté peuvent avoir pénétré dans celle-ci. Un lavage utérin exige aussi toujours une dilatation convenable du col; on évite ainsi toute introduction un peu brusque de la sonde.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 26 Juin 1897.

Cure radicale de la hernie ombilicale et de l'éventration.

M. Dejardin (Liège). — J'ai en vue la cure radicale de la hernie ombilicale des adultes, et je me propose subsidiairement de parler de la cure radicale de l'éventration, et en particulier de l'éventration post-opératoire, autrement dit de la hernie de cicatrice.

Les indications de la cure radicale de la hernie congénitale des nouveau-nés et des enfants sont restreintes, étant donnée la tendance de ces hernies à la guérison spontanée ou par le port constant d'un bandage.

Il n'en est pas de même chez les adultes. Il semble, lorsque l'on étudie ces hernies, que leur seul traitement rationnel est la cure radicale.

Comme il résulte de la lecture du livre de Lucas-Championnière sur la cure radicale des hernies, et comme le résume très bien Condamin, de Lyon, ces hernies ont pour règle :

1° De s'accroître;

2° De déterminer des phénomènes douloureux;

3° D'entraîner souvent à distance des troubles fonctionnels ou sympathiques.

Lucas-Championnière donne comme causes des phénomènes douloureux un état névralgique de la paroi, dû à la formation de petites indurations ombilicales et péri-ombilicales, qui rendent le port du bandage très pénible.

Leur accroissement, d'autre part, est la règle. En effet le bandage même le mieux fait n'empêche pas l'issue des anses intestinales par un anneau dilaté formé dans une paroi mobile comme l'est la paroi abdominale. Les adhérences ne tardent pas à se former et sont particulièrement fréquentes dans cette variété de hernies. Ces adhérences deviennent une nouvelle cause de douleurs par les tiraillements qu'elles exercent sur les viscères, et une cause d'irréductibilité, et par conséquent de danger.

Enfin, Lucas-Championnière déclare que les hernieux de l'ombilic deviennent ordinairement emphysémateux et obèses, l'emphysème devenant une cause d'aggravation de la hernie et vice-versa. Il conclut en disant que la hernie ombilicale chez l'adulte sera l'un ou l'autre jour l'objet d'une des complications suivantes :

1° Douleur avec irradiation du côté divers points de la cavité abdominale;

2° Accroissement progressif et formation de hernies secondaires dans le sac;

3° Formation d'adhérences et tendance aux processus inflammatoires;

4° Étranglement;

5° Altération de l'état général et de la nutrition se manifestant par obésité, emphysème pulmonaire, diabète et albuminurie.

Il résulte de tout cela que toute hernie ombilicale chez l'adulte *doit*, comme le dit Condamin, *être opérée*.

Berger déclare de plus que cette cure peut et doit être tentée pour les hernies encore peu volumineuses, mais qui donnent lieu à des accidents d'étranglement, d'irréductibilité passagère ou d'inflammation de l'épiploon; mais que, lorsqu'il s'agit de grosses hernies irréductibles ou incoercibles, la grande difficulté de l'opération, qui devient souvent une véritable laparotomie, en rend la décision dubitative. En raison même de cette cause, et pour éviter toutes les complications que nous avons énumérées plus haut, il faut, pensons-nous, opérer le plus tôt possible, et même dès leur apparition, les hernies ombilicales des adultes.

La tendance que montrent de plus en plus les chirurgiens quand ils opèrent une hernie, est la reconstitution, lors de la suture du trajet herniaire, d'une paroi épaisse, résistante, se rapprochant de la constitution normale. De là sont nés les procédés qui reconstituent les différentes couches de ces parois, comme le procédé de Bassini dans les hernies inguinales, la suture à étages dans les laparotomies.

D'un autre côté, en ce qui concerne la plaie d'une cure de hernie ombilicale, la tendance est de la traiter *comme une plaie de laparotomie*. Berger, d'après Soein et Sänger, recommande la suture à étages. Lucas-Championnière fait de même. Enfin, la plupart des auteurs reconstituent les différents plans de la paroi abdominale et suturent à part l'anneau ombilical avivé ou non. Il nous semble plus rationnel d'agir comme Condamin et d'enlever l'ombilic, de faire en un mot l'omphalectomie totale.

Ce procédé donne une facilité plus grande pour la libération des adhérences, fait gagner du temps et surtout donne une cicatrice épaisse et résistante ne permettant pas, lorsque l'opération a été conduite aseptiquement, la reproduction de la hernie, en raison de la suppression d'un point aminci et déprimé dans la paroi.

Je renvoie pour la description complète du procédé au travail de Condamin. Je fais seulement remarquer que le point essentiel est l'ouverture de la gaine des deux droits, et la suture à part du plan fibreux profond et du plan fibreux superficiel. Je pense qu'il n'est pas inutile, dans cette suture par plans, de prendre dans la suture inférieure la moitié inférieure de l'épaisseur de la partie interne du muscle droit, et dans la suture supérieure la moitié supérieure de la partie interne du muscle. Cette petite modification, que j'ai réalisée, me paraît augmenter considérablement l'épaisseur de la paroi suturée, et par suite renforcer l'obstacle à la récidive. C'est ce que j'ai fait dans le cas dont je relate plus loin l'observation.

De plus, je fais remarquer que, comme il résulte de la lecture des observations publiées par Condamin en 1892 et 1893, et comme j'ai pu le constater moi-même, le péritoine pariétal, au niveau de l'ombilic, est ordinairement si mince et si délicat, que les points de suture le déchirent presque toujours. Pour obvier à cet inconvénient, qui rend la suture isolée du péritoine à ce niveau pour ainsi dire impossible, il suffit de le comprendre dans la suture fibro-musculaire profonde.

De cette façon, la suture comprend 3 plans :

1° Plan péritonéo-fibro-musculaire profond;

2° Plan musculo-fibreux superficiel;

3° Plan cutané.

Ces diverses sutures sont exécutées par points séparés, qui tiennent toujours mieux que n'importe quelle suture en surjet, et au fil de soie fort; la peau est suturée au crin de Florence.

Je tiens à citer pour mémoire le procédé de Dauriac. Cet auteur considère l'omphalectomie suivie de la suture des bords internes des deux muscles droits et de leurs tendons comme insuffisante, et il pratique l'entrecroisement partiel des droits. Pour cela, Dauriac, après avoir pratiqué l'omphalectomie, suture le plan profond de la paroi abdominale formé par le péritoine et le feuillet postérieur de la gaine des droite. Alors il décolle avec le doigt la face profonde des muscles droits. Il isole au bistouri une languette fibro-musculeuse interne sur chaque muscle, rattachée au reste du corps musculaire par un pédicule; il entrecroise ces bandelettes en suturant chacune d'elles au muscle de l'autre côté et ce au niveau de l'ancien anneau ombilical. Le procédé de suture décrit ci-dessus paraît également pouvoir être employé dans la cure radicale des éventrations, et même dans les laparotomies, pour éviter la production possible de hernies ou d'éventrations ultérieures.

En ce qui concerne le meilleur mode de fermeture de l'abdomen, cette question était à l'ordre du jour du Congrès de gynécologie de Genève de 1896. C'est la suture à étages, soit à la soie, soit au catgut, qui a rencontré le plus de partisans. Un des rapporteurs de la question, La Torre, de Rome, recommande, avant de suturer, d'enlever les tissus aponévrotiques de la ligne blanche jusqu'à la substance musculaire des droits et de suturer les gaines des muscles. Il faut, dit-il, suturer séparement : 1° le péritoine; 2° quand on le peut, les feuillets profonds de la gaine des droits ou le fascia transversalis; 3° les muscles droits; 4° les feuillets superficiels de la gaine musculaire; 5° la peau. C'est là, on le voit, un procédé absolument analogue à celui décrit plus haut, l'excision de la ligne blanche remplaçant l'excision de l'anneau ombilical.

S'il s'agit d'une éventration constituée, le traitement sera le même. On excisera et on suturera à part les différentes couches de la paroi, en ayant soin d'ouvrir la gaine des droits, sans réséquer cependant trop de tissu fibreux pour avoir l'étoffe nécessaire à la confection de la suture.

Quénu, s'occupant de l'éventration à propos d'une malade qu'il a opérée par ce procédé spécial, fait remarquer que le terme éventration doit être réservé à l'état de distension de l'espace fibreux qui sépare les bords internes des deux droits de l'abdomen, sans fissure dans ce plan aponévrotique, et qui se produit après certains accouchements. Il donne le nom de pseudo-éventration aux fissures qui se produisent dans l'aponévrose et dans lesquelles s'engage le péritoine. Ce sont, dit-il, de véritables hernies à ouverture plus ou moins large, à sac plus ou moins formé. Chez sa malade, atteinte d'éventration vraie, Quénu, qui d'ailleurs emploie une opération analogue pour la cure radicale des hernies ombilicales, a fait l'opération suivante : il incise la peau et la dissèque latéralement, se porte vers la gaine des droits, qu'il ouvre de haut en bas le long de son bord interne. Il n'ouvre pas le péritoine. Dans un premier plan de sutures, il prend avec l'aiguille la lèvre interne de la gaine du droit, faufile le fascia transversal fibreux qui double le péritoine dans le quart inférieur de la paroi abdominale, et traverse la lèvre interne du droit de l'autre côté. Il suture ainsi les bords internes des gaines des droits. Dans un second plan, il comprend les muscles droits eux-mêmes, et dans un troisième plan, les bords de la partie superficielle de la gaine des droits.

Cette étude se résume dans les conclusions suivantes :

1° La cure radicale de la hernie ombilicale des adultes peut et doit être tentée.

2° Il faut traiter la plaie produite par la cure de cette hernie comme une plaie de laparotomie.

3° Le procédé qui paraît le plus recommandable est celui de l'omphalectomie, suivie de l'ouverture de la gaine des droits et de la restauration par plans de la paroi suivant le procédé décrit.

4° Dans les laparotomies, le meilleur mode de fermeture paraît être la suture par étages avec ouverture des gaines des droits et suture de leurs bords internes.

5° La cure radicale de l'éventration vraie peut et doit se faire par le même procédé avec ou sans ouverture du péritoine suivant les cas.

6° La cure radicale des pseudo-éventrations, c'est-à-dire des éventrations et des hernies de cicatrice, doit être faite de même.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE. — L'ulcère phagédénique des pays chauds en Algérie (p. 961).
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux (p. 965).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Complications de la coqueluche. — La scarlatine à l'hôpital Trousseau. — Association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant (p. 967). — Rechute de la rougeole. — Zona et pneumonie. — Contagiosité syphilitique. — Tumeurs du voile du palais. — Mal perforant plantaire (p. 968). — Production de l'obésité. — Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux. — Contraction musculaire et transformation de l'énergie. — Hémiplégie cérébrale (p. 969).
REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie* : Pouvoir d'absorption de la vessie. — Angine et septicémie staphylococcique (p. 969). — Ruptures traumatiques de l'urèthre postérieur. — Redressement forcé de la gibbosité pottique. — *Médecine* : Immunisation contre l'influenza. — Ammoniaque dans le sang de l'homme. — Septicémie à pneumocoques (p. 970).
MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'apnée des nouveau-nés. — Carie du collet des dents dans l'arthritisme et son traitement (p. 971). — Anesthésie locale par le gaïacol. — Myrtol (p. 972).

DERMATOLOGIE

L'ulcère phagédénique des pays chauds en Algérie

(Aperçu historique, étude bactériologique),

Par M. le Dr H. Blaise,

Agrégé des Facultés, professeur à l'École de plein exercice de médecine d'Alger, lauréat de l'Académie de médecine (Prix d'hygiène 1895).

Chargé en janvier 1897 par le gouvernement général de l'Algérie d'étudier les cas d'ulcère phagédénique des pays chauds qui avaient été signalés en Kabylie à la suite du retour dans leur pays des convoyeurs indigènes recrutés pour l'expédition de Madagascar, j'ai présenté à la Société de dermatologie le résumé des matériaux que j'ai recueillis, tant sur l'origine et le développement de ces cas que sur le côté bactériologique de la question.

I. Historique des cas d'ulcères. — Un assez grand nombre de convoyeurs indigènes ont été soignés, en 1895-96, dans les hôpitaux militaires de la côte, au retour de Madagascar, pour des ulcères phagédéniques des pays chauds, le plus souvent compliqués d'accidents gangréneux et surtout de pourriture d'hôpital.

Voici d'ailleurs quelques chiffres statistiques :

Hôpital du Dey, hôpitaux annexes de Matifou et de Sidi-Ferruch	869 cas
Hôpital militaire de Bône	191 —
— — de Philippeville	125 —
— — de Constantine	120 —
— — de Bougie	11 —
Total	1316 cas

Les complications de gangrène et de pourriture d'hôpital ont donné lieu à une forte mortalité : 96 décès au seul lazaret de Matifou, sans compter ceux qui se sont produits en mer pendant la traversée et ceux des autres hôpitaux.

La plupart des malades soignés au lazaret ont été rapatriés par la *Ville-de-Metz* et sont rentrés dans un état lamentable. Le personnel médical du bateau était tombé malade et il n'était resté, paraît-il, qu'un infirmier et un vétérinaire pour donner des soins aux malheureux rapatriés.

Un certain nombre de convoyeurs, désireux de rentrer sans retard dans leurs foyers, ont dissimulé paraît-il, leurs ulcères et ont échappé à l'hospitalisation au retour de Madagascar.

D'autres, renvoyés guéris (1), ont présenté des récidives et ont été soignés ultérieurement soit dans les hôpitaux militaires de l'intérieur, soit dans les hôpitaux civils. C'est ainsi que 12 cas de récidive ont été soignés à l'hôpital militaire de Dra-el-Mizan, 5 à celui de Bougie et 20 à l'hôpital civil de Mustapha dans le service de M. le professeur Gémy.

Au dire de certains médecins militaires, seuls, de tous les hommes ayant composé le corps expéditionnaire de Madagascar, les convoyeurs ont été atteints.

Le fait serait d'autant plus remarquable qu'un certain nombre de cas relatifs aux soldats français avaient été relatés dans les expéditions coloniales antérieures, en Cochinchine par Laure, par Bassignot (thèse de Strasbourg, 1864). Cependant MM. Fradet et Legrain (2) parlent d'un tirailleur dont l'ulcère siégeait à l'éminence thénar gauche. De mon côté je puis citer le cas d'un civil, ancien fonctionnaire du gouvernement général de l'Algérie, actuellement en congé à Alger, qui ayant fait avec une colonne des marches très fatigantes dans la brousse à la poursuite des rebelles, a présenté il y a quelques mois à Madagascar un ulcère typique à la jambe.

Les convoyeurs guéris ou non, revenus dans leurs douars, ont non seulement présenté des récidives, mais encore ont transmis leur lésion à quelques indigènes (hommes et même femmes) qui n'avaient pas quitté leur pays. J'ai vu quelques cas indiscutables de contagion en Kabylie.

De plus, un certain nombre de Français n'étant pas allés à Madagascar ont été atteints. C'est ainsi qu'après l'évacuation par l'autorité militaire du lazaret du cap Matifou (3) (février 1896), les deux fonctionnaires préposés à la garde de l'établissement ont présenté à la main un ulcère phagédénique, et qu'un habitant du village du Cap, fréquentant avec assiduité l'un de ces fonctionnaires, fut atteint également à la main.

A Dra-el-Mizan, dans le service de M. le médecin-major Augry, j'ai eu l'occasion de voir des ulcères phagédéniques typiques sur la jambe et le pied d'un enfant de 13 ans, fils du cantonnier de Boghni. Son frère, âgé de 10 ans, soigné par M. le Dr Laffage, médecin de colonisation, venait d'être guéri pour une même lésion à la jambe. Ces enfants marchaient pieds nus, fréquentaient la population arabe.

A l'hôpital civil de Mustapha, M. le professeur Gémy a donné, en 1896, des soins à un employé français du P. L. M., Algérien, également atteint d'ulcère phagédénique des pays chauds.

Tels sont les cas de contamination de la population française qui sont arrivés à ma connaissance. Cette con-

1. Plusieurs médecins de l'intérieur, dans leurs rapports à l'administration, ont formellement déclaré avoir soigné des convoyeurs sortis incomplètement guéris des hôpitaux militaires.

2. Fradet et Legrain, Note sur l'ulcère de Madagascar (*Ann. de dermat.*, t. VII).

3. Ce local, qui appartient au service sanitaire du port d'Alger, avait été mis à la disposition du service de santé militaire pour la circonstance.

tamination paraît avoir été bien moins fréquente chez les Français que chez les indigènes. Il convient à ce propos de faire observer que ces derniers sont en général plus sujets au phagédénisme (Rochard, Le Dantec, Brault) (1). Pour la transmission de la lésion, tranmission qui ne doit faire l'objet d'aucun doute, un certain nombre de conditions paraissent nécessaires :

1° *Une porte d'entrée pour l'infection.* — Cette porte d'entrée se rencontre pour ainsi dire toujours chez l'indigène qui, marchant pieds et jambes nus, a toujours quelque éraillure de l'épiderme. Lorsque les jambes et les pieds sont protégés, la porte d'entrée est constituée par une brèche épidermique des mains.

2° *Un microbe suffisamment virulent.* — Ce microbe, répandu avec le pus sur le sol, ne doit pas tarder, particulièrement en dehors des habitations, à perdre sa virulence grâce à l'action microbicide puissante de l'air et du soleil africain. C'est ce qui explique le peu d'extension pris par le mal, en dépit des déplorables conditions d'hygiène de la population indigène et même d'une partie de la population européenne qui vit au contact de la première. C'est plus particulièrement entre gens qu'abrite une même habitation ou fréquentant assidûment le même lieu que s'est produit la contagion. Il convient de noter à ce propos que l'ulcère étant ordinairement peu ou pas douloureux, les malades circulent, vont les uns chez les autres, fréquentent les cafés maures et les marchés.

3° *Un organisme en état de réceptivité.* — Les conditions qui créent la réceptivité sont, avant tout, la misère physiologique et le paludisme, souvent les deux réunis. *L'inoculation ne paraît pas réussir sur un individu en bon état de santé.* C'est ainsi que je me suis fait inoculer sans succès (deux piqûres et deux scarifications) à la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras, du pus d'un vaste ulcère suppurant abondamment et soigné depuis 2 jours seulement à l'hôpital de Dra-el-Mizan. Il n'a été constaté qu'un peu de rougeur au point d'inoculation pendant la semaine qui a suivi.

Il eût été intéressant de présenter le relevé exact de tous les cas d'ulcère phagédénique, d'indiquer d'une part le chiffre des ex-convoyeurs atteints, y compris les récidives, de l'autre celui des indigènes et des Européens contaminés par les premiers.

Les convoyeurs ayant été recrutés dans les trois départements de l'Algérie, il aurait fallu visiter en détail ces trois départements. On ne pouvait y songer.

L'attention de l'administration avait été attirée particulièrement sur la Kabylie par M. de Valdan, administrateur de la commune mixte de Dra-el-Mizan. Je me rendis dans cette localité. De là je parcourus à cheval, escorté par M. l'administrateur-adjoint Ancey et des cavaliers, les villages des Beni-Smaïl, sur les flancs du Djurjura. J'y constatai l'existence d'ulcères phagédéniques, non seulement sur d'anciens convoyeurs, mais aussi sur des indigènes, parents ou non des premiers, n'ayant pas quitté leurs montagnes.

Toute la chaîne du Djurjura est garnie de villages (2); véritables nids d'aigles, auxquels on ne peut accéder qu'à mulet ou à cheval, par des voies dont on n'a pas idée dans la mère patrie. Il aurait fallu un mois entier pour visiter tous les douars du seul arrondissement de Tizi-Ouzou!

Dans ces conditions, j'invitai l'administration à faire procéder par ses agents (administrateurs, maires, médecins de colonisation) à une enquête dans le but d'apprécier les ravages causés par l'ulcère.

Malheureusement cette enquête, même au bout de plusieurs mois, n'a pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre.

Voici le relevé des cas signalés dans le département de Constantine :

El Milia	3	indigènes
Batna	1	—
Biskra	2	—
Aurès	3	—
Akbou	3	—
Guergour	1	—
Soummam	18	—
Takitount	1	—
Total	32	

Dans le département d'Oran des cas ont été signalés à Renault et à Relizane. En tout 14 cas.

A Renault, 9 indigènes, retour de Madagascar, après avoir séjourné dans les hôpitaux militaires de Bône et d'Alger, ont été soignés pour des ulcères siégeant au tiers inférieur de la jambe ou sur le pied.

A Relizane (hôpital civil), 5 cas relatifs à des ex-convoyeurs dont 1 à la main droite avec amputation consécutive du pouce et 1 à la main gauche avec amputation consécutive d'un doigt, nécessitée, comme la première, par la cicatrisation vicieuse de l'ulcère.

Les médecins de Renault et de Relizane n'ont pas observé de cas de transmission.

Dans le département d'Alger, l'arrondissement de Tizi-Ouzou, comprenant les pays montagneux de la Grande Kabylie, a été presque seul à signaler des cas. Voici le relevé pour ce département :

Aïn Taya, le Cap	3	Français n'ayant pas quitté le pays.
Affezoun	1	convoyeur atteint.
Blida	28	indigènes.
El Affroun	9	indigènes dont 6 enfants.
Bou Medfa	2	—
Littré	2	—
Gouraya	16	—
Chéliff	3	—
Commune mixte de Fort-National	40	cas disséminés d. les douars.
— de plein exercice de Fort-National	17	convoyeurs présentant des cicatrices.
	2	ulcères en voie d'évolution.
Commune mixte de Dellys : Douar Yokan	117	cas (290 cas dont 24 enf et 43 fem)
— — Sidi Yanon	45	—
— — Tikobain	34	—
— — Beni Ouazenoun	94	—
Camp du Maréchal	1	convoyeur atteint.
Isserville	21	ulcères, la plupart cicatrisés.
Mékla	2	cas actuels. Il y a eu un décès à El Arous.
Rébeval	3	cas actuels.
Commune mixte du Djurjura	69	cas
Commune de Dra-el-Mizan, 68 cas se répartissant ainsi :	58	hommes indigènes.
	2	femmes —
	6	enfants —
	2	— Français.
Commune du Haut-Sebaou	20	port. des cicatrices
	17	en voie de guérison.

Alger (hôpital de Mustapha) : 20 convoyeurs, 1 Français.

En tout, pour le département d'Alger, 636 cas, dont environ 540 récidives chez des indigènes et 6 cas chez *des Français contaminés.*

Il convient de faire remarquer que le tableau ci-dessus

1. Brault, Note sur les cas observés au cap Matifou (*Annal. de dermatologie*, 1897).

2. La Kabylie est la partie la plus peuplée de l'Algérie.

mentionne 54 cas relatifs à des femmes et 28 relatifs à des enfants, dont 2 Français.

Pour les trois départements on trouve donc un total de 682 cas presque tous relatifs à des indigènes.

Dans l'enquête on n'a pas toujours fait le départ entre les cas relatifs aux convoyeurs et ceux relatifs aux indigènes non convoyeurs ou aux européens.

On a souvent négligé de demander des renseignements statistiques aux hôpitaux. C'est ainsi que la préfecture d'Alger n'a pas signalé les 21 cas soignés à l'hôpital de Mustapha dans le service de M. le professeur Gémy.

D'autre part il est surprenant que le département d'Oran, qui a fourni un contingent important au corps des convoyeurs, ait présenté si peu de cas après le retour de ces derniers.

Il résulte cependant de cette enquête qu'une bonne partie des convoyeurs, après leur sortie des hôpitaux militaires, a présenté une récidive de l'ulcère.

Rien n'est plus commun que la récidive d'un ulcère phagédénique. Un simple accès de fièvre paludéenne suffit à en provoquer la réouverture. Or, presque tous les indigènes, retour de Madagascar, étaient atteints de paludisme contracté avant et le plus souvent pendant l'expédition à laquelle ils avaient participé.

Enfin bien que l'enquête poursuivie par l'administration ait été faite avec le concours des médecins de colonisation, on peut se demander si certains cas d'ulcères syphilitiques ou variqueux n'ont pas été comptés comme ulcères phagédéniques des pays chauds.

L'ulcère phagédénique des pays chauds n'existait pas en Algérie avant le retour des convoyeurs. D'autre part la lésion n'est pas toujours facile à caractériser, surtout lorsqu'on ne l'a jamais observée. C'est ce qui explique que des erreurs ont peut être été commises à l'occasion de la supputation des cas.

Lorsque l'ulcère est le plus caractéristique, c'est lorsqu'il présente une exubérance des bourgeons charnus qui sont mollasses, saignent facilement et font saillie sur les parties voisines avec surface ressemblant à celle d'un épithélioma. Plus tard, lorsque l'ulcère tend vers la guérison, surtout s'il s'agit d'une récidive, la lésion n'offre plus rien de caractéristique et on ne saurait en faire le diagnostic sans la connaissance des antécédents morbides du malade.

Il semble résulter des derniers renseignements qui me parviennent que les cas d'ulcère phagédénique ne se sont pas multipliés, qu'ils seraient plutôt en voie de diminution.

Néanmoins on peut se demander, avec mon collègue Brault, si le mal finira par s'éteindre complètement. L'Algérie et sa population, particulièrement l'élément indigène, ne paraissent pas constituer un milieu trop défavorable au développement des lésions ulcéreuses des pays chauds. Ne convient-il pas de rappeler qu'on y trouve, à l'état endémique, le bouton de Biskra qui appartient au même cadre nosologique que l'ulcère de Madagascar? L'avenir seul renseignera sur ce point.

En tout cas il était indiqué de préconiser des mesures prophylactiques. Les mesures préconisées peuvent se ranger sous deux chefs : 1° isolement des malades, soignés ensuite dans les hôpitaux du pays; 2° désinfection des linges et locaux souillés par le pus dans la mesure que peut permettre le milieu indigène.

II. Étude expérimentale et bactériologique. — *A. Inoculation du pus à l'homme.* — J'ai rapporté déjà l'insuccès de l'inoculation pratiquée sur moi-même. Pareil insuccès avait été enregistré par M. le médecin-major Fradet, de Bougie (1). Ces insuccès n'ont qu'une valeur relative. L'inoculation réussirait probablement sur un sujet fortement débilité, en état de misère physiologique ou atteint par le paludisme.

B. Inoculation aux animaux. — Du pus prélevé sur un ulcère typique et récent, dans le service de M. le médecin-major Augry (hôpital militaire de Dra-el-Mizan) a été inoculé à deux cobayes le 22 janvier.

Dès le lendemain l'un des animaux, dès le surlendemain l'autre cobaye présentèrent des phénomènes réactionnels : gonflement, rougeur très vive, petite tache noire au point d'inoculation. Les jours suivants, ulcération cutanée à bords décollés, à fond grisâtre, suppurant médiocrement, n'ayant pas l'aspect de l'ulcère phagédénique. Ces ulcérations atteignirent 6 à 7 centim. de diamètre, mais dès le 3 février les lésions étaient en voie de réparation. La guérison eut lieu fin février.

De nouvelles inoculations sur deux cobayes furent faites plus tard, en mars, avec du pus recueilli sur un ulcère en voie de cicatrisation, pus que M. le Dr Augry avait eu l'obligeance de m'adresser. Légère suppuration au point d'inoculation sans tache noire, suivie six et huit jours après d'une petite lésion ulcéreuse de quelques millimètres de diamètre, lésion qui fut très vite cicatrisée. Le pus avait certainement perdu de sa virulence ayant été recueilli sur un ulcère en voie de cicatrisation (2).

Ces expériences semblent démontrer que le pus inoculé aux cobayes ne transmet qu'une lésion banale sans ressemblance avec l'ulcère phagédénique.

Examen histologique du pus. — Le pus étalé, desséché, fixé sur des lames et coloré au violet de méthyle montre :

1. Fradet et Legrain, *loc. cit.*

2. Les premières inoculations ont été faites avec du pus prélevé sur l'ulcère de D... Philippe, 13 ans, fils du cantonnier de Boghni, entré le 11 janvier 1897 à l'hôpital militaire de Dra-el-Mizan. Voici la note communiquée par M. le Dr Augry relativement à ce malade :

« Deux plaies, une à la jambe gauche, l'autre au pied droit. La première située au niveau de la malléole interne, est anfractueuse, d'une forme circulaire, mesurant dans sa plus grande étendue 10 cent. en longueur et 12 en largeur. La deuxième, sur le bord interne du pied, mesurant l'étendue d'une pièce de cinq francs.

« L'ulcère de la jambe gauche, après avoir paru guéri sous l'influence de pansements antiseptiques, s'est mis brusquement à creuser et à suppurer en dégageant une forte odeur fétide et cela par suite d'un accès de fièvre. Pour arrêter ses ravages on a dû recourir à l'emploi du perchlorure de fer en pansement. Sous l'eschare produite par le perchlorure de fer se sont montrés des bourgeons charnus d'aspect vigoureux qui ont fini par combler la plaie. Le 10 mars, au bout de deux mois, l'ulcère ne mesure plus que 3 centim. carrés environ et se trouve en bonne voie de guérison.

« L'enfant a eu plusieurs accès de fièvre paludéenne avant son entrée à l'hôpital. On distingue chez lui une légère hypertrophie de la rate et du foie. Il a l'aspect d'un cachectique. Il prend bien la nourriture. »

Les secondes inoculations ont été faites avec le pus provenant de l'ulcère de Salmi Ahmed ben Saïd Sliman. Note du Dr Augry le concernant :

« Agé de 19 ans, ex-convoyeur, entré à l'hôpital de Dra-el-Mizan le 23 janvier 1847. De la tribu des Beni Smaïl (commune mixte de Dra-el-Mizan).

« Ulcère contracté à Madagascar après une eschare produite par le frôlement d'une roue de voiture Lefèvre.

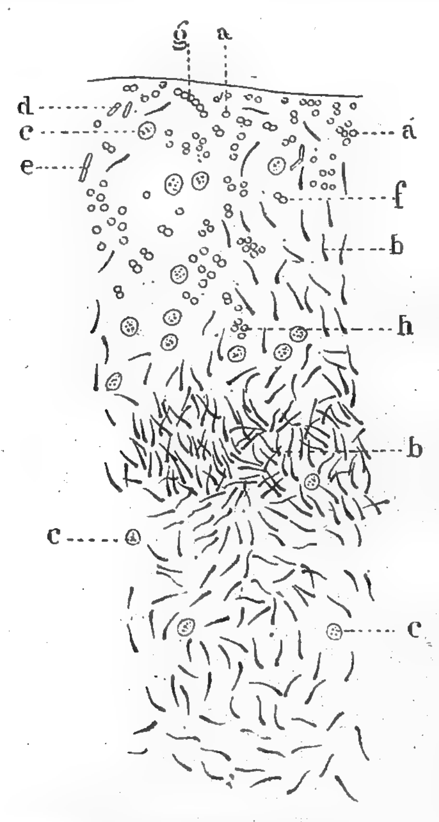
« La plaie, située à la jambe droite en avant sur la crête du tibia, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe à 15 centim. au-dessus de la malléole interne, s'est agrandie peu à peu et a fini par atteindre les proportions de 12 centim. de long sur 14 de large, entourant les 3/4 de la jambe; à l'heure actuelle elle n'a pas plus que 7 cent. de large sur 4 de haut. La cicatrisation se fait très lentement et la plaie dégage toujours une odeur fétide. En guérissant, la cicatrice comprime la jambe comme un bracelet ce qui gêne la circulation du pied. Pendant la campagne de Madagascar cet indigène a eu de nombreux accès de fièvre palustre qui ont disparu depuis son retour. Appétit bon. Rate de 19 centim. de haut sur 16 de large. Foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt. »

1° Celui du jeune D... Philippe (ulcère récent) quantité de bactéries diverses parmi lesquelles se font remarquer *de longs filaments, quelques-uns incurvés.*

2° Celui de Salmi Ahmed (ulcère récidivé; fortement modifié par le traitement) montre les mêmes bactéries banales, les longs filaments étant beaucoup plus clairsemés.

3° Un troisième échantillon relatif à un ulcère récidivé fort réduit ne montre plus que des bactéries banales.

Examen des coupes d'ulcères. — J'ai successivement examiné des fragments d'ulcères ayant appartenu au jeune D... Philippe, à l'ex-convoyeur Salmi Ahmed et à



COUPE D'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE

a. coques isolées.
b. bacilles réputés spécifiques.
c. noyaux cellulaires non décolorés.
d. bacilles courts.
e. diplobacilles.
f. diplocoques.
g. streptocoques.
h. staphylocoques.

un ex-convoyeur (Mohamed) du service de M. le professeur Gémy.

Les fragments enlevés au bistouri ont été fixés et durcis dans l'alcool absolu, passés dans la paraffine chloroformée, inclus dans la paraffine et coupés avec le microtome Dumège. Les coupes ont été colorées par la méthode de Weigert.

Les coupes relatives à D... Philippe (ulcère récent) ont montré des bactéries banales à la surface, staphylocoques, streptocoques, diplocoques, coques isolées, bacilles petits et courts, diplobacilles, associés à des éléments filamenteux identiques à ceux trouvés dans le pus du même enfant.

Ces derniers éléments présentent les dimensions des bactéridies charbonneuses, sont souvent incurvés, se rapprochant ainsi de la forme spirillaire (voir la fig.).

D'abord clairsemés jusqu'à une certaine distance, ils deviennent tout à coup très abondants, formant une bande épaisse et parallèle à la surface. Dans cette bande les éléments apparaissent comme à l'état de culture absolument pure. Puis ils deviennent de plus en plus clairsemés au fur et à mesure qu'on se rapproche de la partie la plus profonde de la coupe.

Les coupes relatives à Salmi Ahmed ont montré à la surface les mêmes bactéries vulgaires avec quelques rares éléments filamenteux. On n'y retrouve pas de zone parallèle à la surface et constituée par ces éléments à l'état de culture pure.

Les longs bacilles ou spirilles se trouvent par groupes plus ou moins fournis, accompagnés des bactéries de la surface et disséminés dans toute l'étendue de la coupe.

Les coupes relatives à l'ulcère récidivé (Mohamed), encore plus en voie de cicatrisation que celui du convoyeur Salmi, montrent une absence presque complète des longs bacilles ou spirilles. Neuf coupes successives n'en avaient présenté aucun. Les bactéries vulgaires elles mêmes, constituées par des coques, sont peu abondantes et disparaissent à une faible distance de la surface.

Au point de vue histologique les coupes correspondant à D... Philippe et Salmi montrent un tissu de granulation, la structure ordinaire de tout bourgeon charnu en voie de développement. Celles relatives à Mohamed montrent les bourgeons en train d'évoluer vers l'organisation conjonctive. Cette dernière est déjà achevée dans les parties profondes.

En résumé, dans les coupes de l'ulcère récent on trouve, associés à des bactéries vulgaires, des éléments microbiens spéciaux, les uns droits, les autres incurvés, présentant plus ou moins la forme spirillaire.

Dans les coupes de l'ulcère ancien, récidivé, les éléments microbiens spéciaux diminuent de nombre, ne formant plus une couche épaisse parallèle à la surface, sont disséminés par groupes plus ou moins importants, partout mélangés à des bactéries vulgaires.

Sur les coupes d'ulcères récidivés et presque complètement cicatrisés on trouve peu ou point de bactéries spéciales, et les banales sont moins nombreuses. La lésion semble perdre toute spécificité.

Les longs éléments, bâtonnets ou spirilles, semblent donc, de par l'examen des coupes et du pus, constituer l'élément pathogène de l'ulcère phagédénique des pays chauds.

La démonstration de la spécificité de ce microbe exigeait pour être faite : 1° l'obtention, à l'état de culture pure, de l'élément, 2° la reproduction de l'ulcère par inoculation de la culture.

Cultures. — Le pus de l'ulcère de D... Philippe, ensemencé sur bouillon peptonisé, gélatine et agar donne des cultures dans lesquelles on distingue :

Pyocyaneus; coques isolées, en amas, en chaînettes; gros diplocoques; quelques longs bacilles analogues à ceux considérés comme spécifiques.

Les staphylocoques prédominent sur les milieux solides.

Ces cultures impures inoculées à un chien et à deux cobayes, après un deuxième réensemencement, ne donnèrent qu'un peu de rougeur au point d'inoculation.

En cherchant à isoler les différents microbes contenus dans ces cultures mixtes, j'ai réussi à obtenir à l'état de pureté un bacille non chromogène, ne présentant pas les dimensions de l'élément considéré comme spécifique et d'ailleurs dénué de virulence.

Les coupes de l'ulcère de D... Philippe ayant montré l'élément présumé pathogène à l'état de pureté à une

certaine distance de la surface, l'idée me vint d'aller y puiser le matériel de l'ensemencement.

J'envoyai des tubes à M. le Dr Augry avec prière de me les ensemencer après avoir pratiqué au thermo-cautère une eschare superficielle et enfoncé le fil de platine jusque dans la couche sous-jacente à l'eschare. Les tubes renvoyés de Dra-el-Mizan à Mustapha et mis à l'étuve ne donnèrent rien.

J'ai cureté, d'autre part, dans le service de M. le professeur Gémy, la surface d'un ulcère récidivé et en voie de cicatrisation. J'ai lavé la partie ainsi curetée avec la liqueur de Van Swieten et enfoncé le fil de platine dans la profondeur de la plaie. L'ensemencement pratiqué dans ces conditions donna de superbes cultures de staphylocoques dorés, d'une virulence assez faible ayant toutefois déterminé de la suppuration sous-cutanée chez un cobaye, avec ulcération ultérieure de la peau.

Dans l'impossibilité d'observer sur place des ulcères récents, n'ayant à ma disposition que des ulcères anciens ou récidivés, en voie de cicatrisation, qui paraissent avoir perdu toute spécificité, j'ai renoncé momentanément à obtenir des cultures pures du microbe que je présume être pathogène.

En terminant je ferai remarquer qu'aucun des ulcères examinés n'ayant présenté de pourriture d'hôpital, l'élément présumé pathogène et trouvé dans les coupes n'est certainement pas le même que celui décrit par Vincent en 1896 (1) et qui ne put pas être obtenu à l'état de culture.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux,

Par le Dr Emile Ravanier.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les déchirures de l'urèthre membraneux au cours des fractures verticales du pubis ou des simples disjonctions de la symphyse donnent lieu à des cicatrices qui rétrécissent plus ou moins le canal, suivant l'étendue en largeur et en profondeur de la déchirure pariétale. Le propre de ces rétrécissements est ici, comme ailleurs, de se constituer vite et d'arriver rapidement à une étroitesse extrême, sinon à une complète oblitération de l'urèthre; précocité d'apparition, impossibilité précoce d'être franchis, voilà les deux caractères dominants des rétrécissements traumatiques en général et de l'urèthre membraneux en particulier. Ce n'est pas sur ce point que nous voulons attirer l'attention. Notre but est, au contraire, de montrer que le siège de la sténose dans l'étage supérieur du périnée impose une conduite thérapeutique plus hardie et que, placé dans une telle région, un obstacle cicatriciel infranchissable est justiciable de l'uréthrotomie externe *précédée et aidée du cathétérisme rétrograde systématique*.

I. — Auparavant, il nous faut dire quelques mots du traitement des rétrécissements membraneux franchissables.

a) *La dilatation* est la méthode de douceur par excellence; elle doit être employée à titre préventif dans tous les cas de rupture membraneuse complète ou incomplète, même quand un traitement approprié institué aussitôt après l'accident aura *dirigé* le travail de cicatrisation.

Il faut savoir cependant que de sérieuses difficultés au cathétérisme existent de ce fait que l'obstacle siège dans la portion membraneuse : souvent, même entre les mains les plus exercées, les bougies et les instruments accrochent la paroi inférieure sans franchir l'obstacle.

Néanmoins, quand le rétrécissement est récent, que le toucher rectal n'a pas fait constater autour du canal une épaisse virole cicatricielle, la dilatation trouve, en somme, une application heureuse, capable de mettre le malade à l'abri de la récidive.

Ces remarques s'appliquent particulièrement au cas de bride cicatricielle siégeant sur une des parois du canal. Pour peu au contraire, que la virole existe, elle ne peut être modifiée par le cathétérisme seul; rapidement, il arrive un moment où une dilatation, d'ailleurs longue et pénible, est arrêtée dans son cours par l'impossibilité absolue d'atteindre des numéros plus élevés. Les effets sont, en pareil cas, passagers, la récidive rapide, et on est obligé de recourir à l'*uréthrotomie interne*.

b) Nous n'insisterons pas sur les indications de l'uréthrotomie interne dans les rétrécissements membraneux. Seul, le manuel opératoire donne lieu à des divergences d'opinion. Selon le professeur Guyon, la section doit porter sur la paroi inférieure, par crainte de blesser les plexus de Santorini et de déterminer une infiltration d'urine, ainsi qu'il lui a été donné de l'observer dans un cas.

Peut-être cependant, la section supérieure n'offre-t-elle pas tous les dangers redoutés par M. Guyon. On trouvera dans notre thèse (1) une observation de Bazy où il ne s'est produit ni hémorrhagie appréciable, ni infiltration d'urine; et cependant, il s'agissait d'un rétrécissement à marche lente (ce qui est rare), avec peu d'induration cicatricielle péri-uréthrale, et si le plexus de Santorini peut être blessé, c'est bien en pareil cas. Mais il y a plus : dans les cas que nous envisageons, il existe en arrière et au-dessous de la symphyse un tissu cicatriciel assez abondant, s'irradiant vers l'ancienne déchirure uréthrale, et il est à croire que les plexus veineux sont singulièrement préservés par ce tissu de néo-formation.

Quant à l'infiltration d'urine, elle ne s'est pas produite dans les cas dont nous possédons l'observation, et nous savons d'ailleurs qu'on l'a observée après une section de la paroi inférieure dans un rétrécissement de l'avant-canal; et il existe dans l'Atlas de Guyon et Bazy une planche probante à cet égard. Enfin, une de nos observations (obs. VI) tendrait à nous faire croire que la section inférieure, en divisant les fibres du muscle de Wilson, peut produire de l'incontinence ou aggraver celle qui existait auparavant.

II. — Le rétrécissement infranchissable est celui que nous avons surtout en vue dans cette étude thérapeutique.

Quand un rétrécissement périnéal est infranchissable, l'uréthrotomie externe est indiquée. Elle permet, dans la grande majorité des cas, de découvrir le bout postérieur et de rétablir la continuité du canal. Il est tout à fait exceptionnel qu'on soit obligé de recourir au cathétérisme rétrograde.

Au contraire, dans le cas d'obstacle membraneux, l'uréthrotomie externe, réduite à ses seules ressources, est particulièrement décevante.

1. Vincent, La pourriture d'hôpital (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896).

1. Thèse de Paris 1897.

« Il est difficile et en tous cas fort laborieux d'ar-
« river au bout postérieur lorsque le rétrécissement siége
« dans l'étage supérieur du périnée. Non seulement la
« stricture est fort loin, mais le bout postérieur peut
« être fortement serré (1). » Telles sont, en peu de mots, les causes d'insuccès de l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements membraneux.

Dans la plupart de nos observations, on n'a pu retrouver le bout postérieur; dans quatre cas seulement on l'a trouvé, mais au prix de recherches longues et laborieuses.

Ce n'est pas, cependant, que les procédés « infaillibles » pour découvrir le bout postérieur fassent défaut : Demarquay, Le Dentu, Desprès, Le Fort ont décrit chacun le leur. Mais nos observations nous permettent de dire que si certains d'entre eux sont excellents et ont donné des succès en cas de rétrécissement périnéal, aucun n'est cependant infaillible et tous sont d'ordinaire insuffisants si le rétrécissement occupe l'étage supérieur. Seul, le cathétérisme rétrograde permet de trouver à coup sûr le bout postérieur et nous allons montrer que non seulement il est efficace toujours, mais qu'il n'ajoute jamais à la gravité de l'uréthrotomie externe proprement dite.

Le cathétérisme rétrograde est donc indiqué en cas de rétrécissement membraneux infranchissable (Guyon, Bazy) et nous ajoutons qu'il est indiqué d'emblée.

Nous n'insistons pas sur les précautions antiseptiques ordinaires, ni sur les soins préliminaires à donner au malade. Nous pensons même, avec notre maître Bazy, que l'emploi du ballon de Petersen présente plus d'inconvénients que d'avantages. Cela dit, étudions les divers temps de l'opération. Il y en a six.

1er *Temps.* — Incision verticale de 10 centimètres finissant à 2 centimètres au-dessous du bord supérieur du pubis. Après avoir traversé une couche souvent épaisse de tissus lardacés, on arrive assez facilement sur la vessie, qui est ouverte. Une incision de 2 centimètres suffit ; les bords en sont repérés par deux fils confiés à un aide.

2e *Temps.* — Introduction du cathéter rétrograde.

L'inconvénient des cathéters à courbure normale, celui de Sims, par exemple, est de ne pénétrer aisément dans le col de la vessie qu'avec une longue incision; aussi recommandons-nous l'emploi du cathéter construit par Collin sur les indications de MM. Farabeuf et Guyon.

Cet instrument sera facilement engagé dans le col, en dirigeant d'abord son bec vers le fond de la vessie et en le ramenant ensuite vers le col; il arrivera ainsi facilement, en contournant la symphyse jusque dans les profondeurs du périnée. Le cathéter rétrograde ainsi introduit et maintenu en place est confié à l'aide; puis, après avoir placé le malade dans la position de la taille, on procède à l'uréthrotomie externe proprement dite.

3e *Temps.* — On confie à un deuxième aide un cathéter cannelé (le petit cathéter de Sims) introduit d'avant en arrière dans l'urèthre et qui vient buter contre l'obstacle; il ne reste plus qu'à inciser la région périnéale jusqu'au rétrécissement compris entre les deux cathéters.

L'incision périnéale peut être faite de trois façons : *verticale*, *transversale* ou *combinée*. Verticale, elle ne donne peut-être pas assez de jour pour aborder la région membraneuse; quoiqu'elle puisse, à la rigueur, suffire, nous préférons l'incision *transversale* ou celle en forme d'Y, ainsi que la pratique le professeur Guyon. Cette incision conduit jusqu'à l'urèthre, dont on arrive à sentir le bout postérieur coiffant le bec du cathéter rétrograde; rien n'est plus simple, dès lors, que d'inciser le rétrécissement limité entre les deux cathéters.

4e *Temps.* — Il faut maintenant placer la sonde à demeure : c'est le quatrième temps de l'opération. Pour ce faire, introduisant par le méat une sonde en caoutchouc rouge, on fixe son extrémité au bec du cathéter rétrograde, et on la ramène avec celui-ci dans la vessie, après quoi, par un point de suture, on fixe son pavillon à une des lèvres du méat. Au lieu d'une sonde de Nélaton, on peut employer une sonde bougie n° 20.

5e *Temps. — Traitement de la plaie périnéale.* — Après avoir réséqué la plus grande partie des callosités et des trajets fistuleux, après avoir fait « la libération externe » de l'urèthre; il faut pratiquer la suture à étages de tous les tissus situés au-devant de l'urèthre, muni de la sonde à demeure, c'est-à-dire exécuter une véritable périnéorrhaphie.

Il serait chimérique de s'attendre toujours à la réunion immédiate de ces tissus dégénérés et infiltrés ; néanmoins, la chose est à tenter, sauf à désunir au besoin tout ou partie de la suture.

6e *Temps. — Traitement de la plaie hypogastrique.* — Faut-il fermer la plaie, ou la laisser béante? Cela dépend de l'état de la vessie.

S'il existe une infection prononcée, une cystite totale avec péricystite, comme cela est le cas ordinaire, mieux vaut laisser béante la plaie vésicale et assurer le drainage de l'organe au moyen des tubes Périer-Guyon. Si, au contraire, la vessie est saine, ou atteinte d'inflammation légère, il est indiqué de la fermer immédiatement (1).

Soins consécutifs. — L'opération terminée, il faut s'assurer, par l'injection d'une solution tiède d'acide borique, poussée avec précaution au moyen d'une seringue, que la sonde fonctionne. On adapte ensuite à la sonde à demeure un long tube en caoutchouc rouge qui plonge dans un vase placé au pied du lit et rempli d'une solution antiseptique.

On fera, deux fois par jour, un lavage vésical qui présente le double avantage de nettoyer la sonde et d'aseptiser la vessie.

La sonde à demeure doit être enlevée du 8e au 12e jour au plus tard, pour ne plus être replacée. Le jour où la sonde est enlevée, on laisse le malade au repos, mais, le lendemain, il faut commencer à passer des béniqués.

Quant aux tubes-siphons, ils seront enlevés le 4e ou le 5e jour et leur fonctionnement aura été surveillé de près durant leur séjour dans la vessie.

Résultats généraux. — L'uréthrotomie externe aidée du cathétérisme rétrograde est une opération relativement *facile*, elle est, de plus, *bénigne* et *efficace*.

Elle est beaucoup plus *facile* et, ce qui est à considérer, plus courte que l'uréthrotomie externe sans conducteur, cela est indiscutable.

Elle est *bénigne*, puisque les 12 cas rassemblés dans notre thèse se sont terminés par 12 guérisons opératoires.

Elle est *efficace*, enfin, même à longue échéance, ainsi qu'en témoigne la lecture des observations contenues dans notre thèse.

Est-ce à dire qu'il s'agisse là d'une panacée, d'un procédé opératoire amenant la guérison radicale et capable d'enlever aux rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux leur redoutable gravité? Pas du tout. L'avenir de ces opérés reste toujours très sombre, étant donnée la tendance continuelle de l'obstacle cicatriciel à se resserrer davantage, et l'imminence d'accidents rénaux qu'on peut conjurer longtemps, mais non toujours, en maintenant le calibre de l'urèthre par une dilatation toujours entretenue.

Avant de terminer cette étude thérapeutique il nous reste à dire quelques mots de l'excision des rétrécissements membraneux. Nous n'en avons point parlé au cours de cette revue, car nous considérons qu'elle est inapplicable aux rétrécissements de l'urèthre profond. On trouvera dans la remarquable thèse de Nogués (2)

1. Guyon, Leçon clinique, *in Mercredi medical*, 7 mars 1891.

1. Sorel, thèse de Paris, 1893.
2. Sur la réparation de l'urèthre périnéal (th. de Paris, 1892).

un exposé très complet des indications et contre-indications de l'excision des rétrécissements généraux; on y verra quelles conditions anatomo-pathologiques doivent se trouver réunies pour qu'on obtienne un succès opératoire et thérapeutique : ce sont l'intégrité habituelle de la paroi supérieure du canal, le peu de profondeur du champ opératoire et la facilité relative des manœuvres qui en découle.

En cas de rétrécissement membraneux, on se trouve en présence de conditions tout opposées. Le tissu est abondant et occupe d'ordinaire toute la périphérie du canal et, en admettant qu'on arrive péniblement à exciser tant bien que mal des rétrécissements, on opère à une si grande profondeur et le bout postérieur est si peu mobile, qu'une suture exacte des deux bouts nous semble à peu près impossible à réaliser. Enfin, et ce n'est là qu'une hypothèse, on ne sait jamais ce qu'il reste du sphincter membraneux, et il est à craindre que l'ablation de ses vestiges englobés dans le rétrécissement ne laisse après elle une incontinence irrémédiable.

Au cours de nos recherches, nous n'avons découvert que deux observations ayant trait à l'excision d'un rétrécissement membraneux : l'une appartient à Heubner, l'autre à D. Mollière (de Lyon). Le premier malade perd une partie de ses urines par le périnée dès le 5e jour et l'on ne dit pas ce qu'il est devenu.

Quant au deuxième, il a parfaitement guéri, mais, bien qu'appartenant à Mollière, cette observation, par trop concise, ne suffit pas à entraîner notre conviction.

Au nom de l'anatomie pathologique et de la physiologie, nous repoussons toute tentative d'excision d'un rétrécissement membraneux.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Michel (P.-J.). *Etude sur les complications de la coqueluche (paralysie dans la coqueluche)*. N° 528. (Jouve.)

M. Charpentier (Jules). *La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. Etude statistique et clinique*. N° 435. (Jouve.)

M. Cacaud (Maurice). *De l'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant*. N° 637. (Institut international de bibliographie scientifique.)

M. Rémignard (Charles). *Des récidives et des rechutes de la rougeole*. N° 426. (Delmar.)

M. Clément (E.). *Zona et pneumonie*. N° 467. (Imp. Cornois.)

M. Tarassévitch (Léon). *Contagiosité syphilitique tardive, contagiosité tertiaire*. N° 444. (Steinheil.)

M. Pitance (J.-B). *Étude sur les tumeurs mixtes du voile du palais*. N° 610. (H. Jouve.)

M. Chalais (Charles). *Traitement du mal perforant plantaire par l'élongation des nerfs*. N° 608. (H. Jouve.)

M. Carrez (Henri). *De l'influence des boissons et du milieu sur la production de l'obésité* N° 379. (H. Jouve.)

M. Béchet (Gaston). *Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux* N° 387. (H. Jouve.)

Mlle Pompilian (Mariette). *La contraction musculaire et les transformations de l'énergie*. N° 622. (Steinheil.)

M. Clavey (Eugène). *Recherches cliniques sur les groupes musculaires paralysés dans l'hémiplégie cérébrale*. N° 540. (P. Delmar.)

M. Bourdicaud-Dumay (H). *Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité générale du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale*. N° 425. (H. Jouve.)

Les accidents cérébraux qui peuvent se montrer dans le cours de la coqueluche sont très nombreux : convulsions, syncopes, spasmes de la glotte, attaques éclamptiformes sont les plus fréquents. A ces troubles, il faut ajouter des paralysies occasionnées par des altérations en foyer des zones motrices.

Suivant les cas et la gravité, les auteurs ont incriminé dans leur production l'œdème cérébral, la congestion cérébrale, l'hémorrhagie, l'encéphalite.

D'après M. Michel, les types cliniques observés jusqu'à ce jour sont :

Des monoplégies motrices.

Des hémiplégies complètes ou incomplètes : le syndrome de Millard-Gubler.

Des paralysies des 6e, 7e paires, etc.

Des paralysies sensorielles : cécité complète, hémiopie, etc.

Des paralysies psycho-motrices, l'aphasie, par exemple.

L'évolution et le pronostic de ces troubles varient suivant la lésion anatomique qui les produit. Aucune règle générale ne peut être établie à ce sujet.

D'après M. Charpentier, élève de Comby, dans la scarlatine on note assez souvent (40 cas sur les 500 observations, 8 p. 100) des poussées fébriles, tardives, éphémères, sans aucune localisation pouvant les expliquer; ces poussées coïncident avec un bon état général et comportent un excellent pronostic. Elles diffèrent beaucoup des élévations de température observées par Thomas, Gumprecht, Bouveret, etc. Il faut se garder de faire des erreurs de diagnostic et de croire à des complications graves. Elles paraissent dues à une reviviscence du virus scarlatin ou à une auto-intoxication accidentelle le plus souvent d'ordre digestif. L'auteur a trouvé aussi au cours de la scarlatine de nombreuses éruptions : 12 éruptions morbiliformes et scarlatiniformes et 13 d'urticaire. Elles s'accompagnent très souvent d'une température élevée et pourraient tromper le clinicien en lui faisant croire soit à l'invasion d'une rougeole, soit à une rechute (le mot rechute étant pris dans l'acception la plus large). Il suffit d'être averti pour éviter très facilement une erreur de diagnostic et de pronostic.

L'association de la rougeole et de la scarlatine, étudiée par M. Cacaud, assez rare aujourd'hui, s'observe surtout dans les hôpitaux, les pensions, les casernes. Les deux maladies peuvent se compliquer à différentes périodes de leur évolution. Il en résulte des *tableaux cliniques différents*. Lorsque la *rougeole précède la scarlatine*, les deux fièvres évoluent successivement sans se modifier ni s'aggraver. Lorsque *la rougeole et la scarlatine évoluent simultanément :*

α. Si *la rougeole est la première en date*, elle a une tendance à évoluer plus rapidement; la scarlatine n'est pas modifiée.

β. Si *la scarlatine est la première en date*, son éruption a parfois une durée plus courte; les catarrhes de la rougeole sont plus intenses ou passent inaperçus.

γ. Si *les deux exanthèmes apparaissent simultanément*, chacun d'eux se localise en son siège de prédilection : l'exanthème morbilleux à la face, au cou; l'exanthème scarlatineux, au ventre, à l'aine, aux plis de flexion.

Lorsque *la scarlatine précède la rougeole* (rougeole secondaire), l'évolution de la première est le plus souvent normale. Souvent la fièvre persiste, et, quand la rougeole apparaît, l'état général prend une gravité particulière. L'éruption de rougeole secondaire a une durée variable, tantôt abrégée, tantôt prolongée.

Les *complications*, rares lorsque la rougeole précède la scarlatine, sont très fréquentes lorsque les fièvres éruptives sont simultanées ou que la scarlatine précède la rougeole (diphthérie, abcès ganglionnaires du cou, néphrite, rhumatisme, otites, stomatite, broncho-pneumonie). La plupart de ces complications sont dues à des infections secondaires, évoluant sur un terrain dont la résistance est affaiblie.

Le *pronostic*, bénin lorsque la rougeole précède la scarlatine, devient très grave lorsque les deux affections sont simultanées ou que la rougeole est secondaire. La gravité du pronostic est en raison inverse de l'âge des malades. Il croît avec le nombre des associations morbides.

Le *diagnostic*, facile lorsque les éruptions se succèdent, devient

difficile lorsque celles-ci évoluent en même temps. Enfin, lorsque deux exanthèmes débutent simultanément, il devient très difficile de faire le diagnostic de l'association morbide avec la rubéole et la scarlatina variegata.

M. Rémignard admet l'existence dans la rougeole des rechutes et des récidives. Les rechutes surviennent dans une période qui s'étend de quelques jours à un mois après la disparition de la première éruption. Elles se produisent d'après lui sans qu'il y ait une nouvelle infection *exogène* et résultent de l'exagération du virus rougeoleux un moment atténué. Des récidives se produisent également. Le même individu peut subir deux et trois fois l'infection morbilleuse. La première atteinte ne peut pas faire prévoir quelle sera la gravité des suivantes.

M. Clément a réuni trois observations de zona survenant dans le cours, au déclin ou dans la convalescence de la pneumonie; ils rentrent dans le groupe des zonas dits secondaires au même titre que ceux observés parfois à la suite de la rougeole, des oreillons, de la fièvre typhoïde, de la grippe, etc. Ces zonas ne doivent pas être confondus avec les éruptions de vésicules d'herpès labial, génital, etc., qui surviennent fréquemment dans le cours des mêmes maladies. Ils n'aggravent pas le pronostic de l'affection première, mais par eux-mêmes peuvent devenir le point de départ de complications sérieuses : douleurs, suppurations, gangrènes. Ils ne constituent pas à proprement parler un phénomène critique mais sont la conséquence de l'infection profonde de l'économie. A ce titre on peut les observer conjointement à d'autres manifestations infectieuses et en particulier à des paralysies plus ou moins généralisées.

La question de la contagiosité syphilitique tardive doit être envisagée à un double point de vue; il faut distinguer la contagion par les accidents secondaires existant tardivement et la contagion vraiment tertiaire.

Les accidents secondaires sont contagieux, quelle que soit leur date lointaine d'apparition après le chancre; or il n'est pas très rare de rencontrer des cas où la période secondaire semble se prolonger indéfiniment, parfois jusqu'à la 10e année, et où ses manifestations transmettent la syphilis; exceptionnellement des faits de même nature s'observent beaucoup au delà (le maximum jusqu'à présent observé est de 18 ans dans un cas de contagion réalisée; il est de 23 et même de 29 ans pour les réapparitions de syphilides papuleuses et érythémateuses). D'après M. Tarassévitch, les syphilis bénignes, mais avec tendance aux récidives fréquentes, sont celles qui restent le plus longtemps virulentes. Ces syphilis bénignes peuvent donner naissance à des syphilis graves.

De très nombreux faits cliniques, comme des faits d'inoculation expérimentale, plaident en faveur de l'opinion que la syphilis une fois parvenue au tertiarisme perd complètement sa virulence et cesse d'être transmissible. L'auteur, en présence d'observations nouvelles conclut, avec son maître, le professeur Landouzy, que les manifestations tertiaires peuvent être une source de contagion syphilitique. Si dans la majorité des cas, le temps affaiblit la virulence de la syphilis et si les lésions tertiaires sont à ce point de vue infiniment moins dangereuses que le chancre ou les accidents secondaires, cette virulence peut parfois être suffisante pour donner lieu à la contagion, même après un très long temps de syphilis secondaire.

Dans les observations concernant la contagion syphilitique tardive, il s'agit toujours de la syphilis familiale. — Sauf deux exceptions, c'est le mari qui contagionne. — La contagion a lieu le plus souvent dans les premiers mois après le mariage. La voie génitale est celle par laquelle la contagion se fait ordinairement, mais à mesure qu'on s'éloigne du début de la syphilis, la voie buccale commence à jouer un rôle de plus en plus important.

Etant donné, d'une part, la très grande importance des lésions buccales dans la contagion syphilitique tardive tant secondaire que tertiaire ; de l'autre, l'influence incontestable provocatrice et favorisante exercée sur cette localisation par la mauvaise hygiène de la bouche et en première ligne par l'usage ou l'abus du tabac, avec l'auteur on doit donner dans le traitement et la prophylaxie de la syphilis une très large place à l'hygiène buccale. Il faut modérer l'usage du tabac dans tous les cas et même l'interdire absolument si les syphilides se localisent et récidivent dans la bouche.

Chez les anciens syphilitiques, les lésions même banales (herpès, érosions, etc.), mais localisées dans la cavité buccale ou sur les organes génitaux, doivent être tenues pour suspectes.

Les anciens syphilitiques doivent suivre un traitement avant le mariage; et encore l'autorisation ne doit-elle leur être donnée qu'alors que 5 ou 6 ans ont passé sur le chancre (Landouzy). Ce traitement est indispensable si le malade a été traité insuffisamment, si la syphilis a été longue, si la dernière cure date de longtemps, et si les manifestations se sont toujours montrées bénignes, car, à en croire certaines observations longuement suivies, il semble parfois que la syphilis gagne en durée ce qu'elle a semblé ne point avoir eu en gravité (Landouzy).

Il existe dans l'épaisseur du voile du palais des tumeurs mixtes analogues à celles des glandes salivaires. Ces tumeurs, presque toujours encapsulées, sont constituées par un stroma et par des éléments cellulaires dont la nature est discutée.

Le stroma est essentiellement formé par du tissu conjonctif qui peut se présenter sous les aspects les plus différents : tissu conjonctif adulte, embryonnaire, cartilage, tissu muqueux, tissu osseux, etc.

Les éléments cellulaires regardés par les auteurs allemands comme des cellules endothéliales, sont considérés en France comme résultant de la prolifération des éléments glandulaires.

M. Pitance ne peut accepter cette origine glandulaire et tend à admettre que les cellules en question résultent de la prolifération d'éléments épithéliaux aberrants dont la genèse remonte au processus d'évagination par lequel se sont formées les glandes annexées à la muqueuse buccale. Stroma et éléments épithéliaux ont une tendance remarquable à subir la dégénérescence muqueuse.

Cliniquement, ces tumeurs mixtes du voile du palais sont, comme toutes les tumeurs mixtes, des tumeurs bénignes. Dans quelques cas on a observé leur dégénérescence maligne. Cette évolution bénigne habituelle s'explique par ce fait que le développement de l'élément malin, épithélial, est gêné par l'évolution concomitante du stroma conjonctif. Elle s'explique aussi par la tendance des cellules épithéliales à subir la dégénérescence muqueuse. Dans le cas d'évolution maligne, l'engorgement ganglionnaire concomitant serait possible. La récidive sur place, quoique très rare, est possible.

Ces tumeurs doivent être enlevées pour éviter la dégénérescence maligne possible ou des accidents mortels. La tumeur doit être énucléée rapidement et en totalité pour éviter les hémorrhagies.

D'après M. Chalais, les traitements appliqués aux maux perforants, surtout à ceux d'origine médullaire, n'ont jamais donné que des résultats déplorables, particulièrement au point de vue de la récidive. Le traitement pathogénique, s'adressant à la névrite cause de la maladie, est le plus rationnel. Ce traitement direct de la névrite, préconisé par Chipault se fait par trois procédés, qui relèvent tous de l'élongation du nerf : l'élongation simple, la neurotripsie, le hersage.

L'élongation du nerf correspondant au mal perforant doit toujours être, quel que soit le procédé employé, accompagnée du nettoyage chirurgical de la plaie. Se basant sur 19 observations, M. Chalais dit que l'opération faite dans ces conditions amène presque toujours la guérison de la maladie. Elle met le plus souvent à l'abri de la récidive. Les inconvénients observés ont été : la diminution très prononcée de la sensibilité sur tout le territoire innervé par le nerf intéressé, et la présence d'élancements sur le trajet de ce nerf.

Il semble acquis à M. Carrez que les boissons aqueuses ont une influence sur la production de l'obésité chez les individus soumis, pendant plusieurs années, à un labeur pénible, dans un milieu chaud et humide. Il croit que la chaleur hnmide possède une certaine action sur le ralentissement de la nutrition après accoutumance, l'évaporation à la surface du corps étant considérablement amoindrie.

Pour lui il n'y aurait pas accoutumance proprement dite de l'organisme à la chaleur sèche et la sudation produite par la chaleur sèche serait préférable pour la cure de réduction à la chaleur humide.

Pour M. Béchet, la durée de la vie ou longévité est supérieure chez les ascendants des paralytiques généraux à celles que présentent les familles normales. La moyenne des naissances ou natalité est plus élevée que dans les familles normales. Cette moyenne étant de 4 naissances et demie par famille normale à la troisième génération, elle est de 6 et demies dans les familles de paralytiques généraux. Les paralytiques généraux appartiennent tous à des familles très nombreuses. A la génération suivante, la natalité est un peu inférieure dans les familles des paralytiques généraux. Étant de 3 pour les familles normales, nous ne l'avons trouvée que de 2,28 pour les familles de paralytiques généraux. La puissance de vie ou vitalité est beaucoup inférieure dans les familles de paralytiques généraux à celle qu'on trouve dans les familles normates. L'époque de la vie où la vitalité est la moins forte, aussi bien dans les familles de paralytiques généraux que dans les familles normales, est le bas âge. Mais ce défaut de vitalité en bas âge s'exagère d'une façon notable chez les familles de paralytiques généraux. La morbidité, c'est-à-dire la fréquence des diverses maladies dans les familles de paralytiques généraux présente des différences notables avec celle observée dans les familles normales. La paralysie générale ne diffère pas essentiellement des autres vésanies, et, il n'y a lieu d'imaginer pour elle une hérédité spéciale. Tout en conservant le premier rang à l'hérédité congestive, il faut remarquer qne l'hérédité vésanique se place immédiatement après. La paralysie générale n'est pas une maladie cérébrale et peut rentrer dans le cadre des vésanies. L'hérédité alcoolique est aussi un facteur étiologique important de la paralysie générale. Par ordre d'importance, il faut donc placer l'héridité congestive, l'hérédité vésanique, l'hérédité alcoolique.

D'une importante étude expérimentale M[lle] Pompilian conclut que : 1° la chaleur dégagée par les muscles des animaux à sang chaud diminue quand le poids tenseur augmente.

2° La chaleur dégagée augmente quand l'intensité de l'excitation augmente.

3° La chaleur dégagée pendant la contraction musculaire augmente quand la température de l'animal s'élève.

4° La chaleur dégagée pendant la contraction musculaire volontaire ou réflexe augmente avec le poids, parce que l'excitation envoyée par le système nerveux est d'autant plus intense que le poids est plus fort.

Élève de Marie, M. Clavey conclut que, dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, la paralysie frappe presque toujours des complexus musculaires et non pas des muscles isolés ou des groupes de muscles innervés par un même nerf.

Du côté sain l'amplitude des mouvements ne paraît pas sensiblement restreinte, mais la force avec laquelle ils s'exécutent est la plupart du temps notablement amoindrie.

Du côté paralysé, la motilité ne revient jamais d'une façon absolumenf complète : car si certains mouvements recouvrent leur amplitude normale, la forme avec laquelle ils s'accomplissent est toujours sensiblement diminuée.

Les différents mouvements des articulations de la tête avec le rachis, de l'articulation temporo-maxillaire et des articulations de la colonne vertébrale sont toujours bien conservés.

La motilité du membre supérieur est généralement plus atteinte que celle du membre inférieur; mais la différence est parfois peu sensible.

La paralysie va en augmentant de la racine des membres vers leurs extrémités.

Au bras, les groupes musculaires les plus atteints sont ceux dont la contraction produit l'opposition du pouce, l'élévation en dehors, en avant ou en arrière du membre supérieur, ainsi que sa rotation externe.

A la jambe, les groupes musculaires les plus paralysés sont les rotateurs et les fléchisseurs du membre inférieur, et c'est la paralysie de ce mécanisme de la flexion qui donne à la marche des hémiplégiques son caractère spécial.

Comme M. Clavey, M. Bourdicaud-Dumay consacre sa thèse à l'hémiplégie d'origine cérébrale, mais étudie spécialement les troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique (c'est-à-dire permettant d'apprécier la forme des objets).

Ces divers troubles, quoique réunis le plus souvent chez un même malade, sont indépendants les uns des autres et peuvent être observés isolément.

La diminution de sens musculaire est d'autant plus accentuée dans les divers segments d'un membre que ces segments sont plus éloignés du tronc.

Le sens stéréognostique, résultat de l'expérience acquise, semble être en relation directe avec cette partie de l'écorce cérébrale, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la circonvolution pariétale ascendante droite pour les notions acquisea de la main gauche, et de la pariétale ascendante gauche pour les notions acquises de la main droite.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Le pouvoir d'absorption de la vessie (Ueber dass Resorptionsvermögen der Harnblase), par Morro et Gaebelein (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. XXXII, p. 12). — Les expériences ont été faites sur des chiens soumis à la narcose par la morphine. L'animal, une fois endormi on lui ouvrait le ventre, on liait les uretères, on évacuait l'urine avec une sonde introduite dans la vessie à travers l'urèthre, et dont on se servait ensuite pour laver soigneusement la vessie avec de l'eau distillée. Après avoir comprimé la vessie pour évacuer le liquide de lavage, on fermait le ventre et on injectait dans ce réservoir à travers la sonde laissée en place, une quantité déterminée de solution titrée d'une substance donnée, on plaçait une pince sur la sonde, et au bout de deux ou trois heures on tuait le chien et on vidait la vessie. La quantité et le poids spécifique du liquide retiré permettaient de juger s'il avait été absorbé ou non.

Ces expériences ont donné les résultats suivants :

1° La muqueuse vésicale est capable d'absorber, en quantité notable, les substances en état de dissolution; l'absorption s'effectue d'autant plus facilement et d'autant plus largement que la solution injectée est plus concentrée.

2° En même temps que l'absorption il se produit un passage d'eau dans la vessie, si bien que, presque toujours, on trouve dans celle-ci plus de liquide qu'on n'en a injecté; la quantité d'eau qui transsude dans la vessie est d'autant plus considérable que la quantité de substance absorbée est plus grande. La transsudation d'eau dans cet organe s'accompagne de la pénétration d'une certaine quantité de chlorure de sodium, venant probablement du sang.

3° Parmi les substances étudiées (glycose, urée, sel de cuisine, alcool, acide borique, acide phénique, chlorate de potasse, morphine, cocaïne, quinine), seule la morphine n'a pas été absorbée par la vessie.

Ces faits comportent une conclusion pratique, à savoir, qu'en cas de traitement local des cystites, il ne faut injecter ni de la cocaïne, ni de l'acide phénique, sous peine de voir survenir des symptômes d'intoxication.

Angine et septicémie staphylococcique (Tonsillitis acuta durch Staphylococcus, u. s. w.), par Heddacus (*München. med. Wochens.*, 1897, n° 18, p. 467). — La succession des symptômes chez ce malade, un homme de 26 ans, entré à la clinique de Czerny, a été la suivante : angine de Ludwig avec phlegmon du cou, broncho-pneumonie double, pleurésie fibrineuse à droite, pleurésie purulente à gauche, endocardite. Mort 15 jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

L'examen bactériologique, fait pendant la vie, a montré la présence de staphylocoques dans le pus du phlegmon du cou; de diplocoques de Fränkel-Weichselbaum dans les crachats; de

staphylocoques dans le pus retiré par la ponction de la plèvre gauche; de staphylocoques, de streptocoques, de diplocoques et d'un bacille qui donnait à l'agar et à la gélatine (sans la liquéfier) une coloration verte, et dont les cultures exhalaient une odeur fétide, dans le pus de la plèvre gauche, après l'opération de l'empyème.

A l'autopsie, on trouva une tonsillite suppurée avec phlegmon rétro-pharyngien, une œsophagite avec perforations multiples de la muqueuse, une broncho-pneumonie double avec abcès multiples des poumons, une pleurésie fibrino-purulente, des abcès métastatiques dans les reins.

Dans l'épaisseur d'une amygdale, il existait un abcès non ouvert, où l'examen bactériologique montra la présence de staphylocoques dorés.

D'après l'auteur, il s'agirait là d'une infection généralisée à staphylocoques, dont le point de départ a été l'amygdalite. Seule la broncho-pneumonie était à pneumocoques, et ce fait est d'autant plus curieux, que la pleurésie était à staphylocoques, c'est-à-dire que la plèvre a été infectée secondairement, au même titre que les poumons et les reins.

Traitement de ruptures traumatiques de l'urèthre postérieur (Ueber die Behandlung der Ruptur der hinteren Harnröhre, u. s. w.), par Lennander (*Arch. f. klin Chir.*, 1895, vol. LIV, p. 479). — L'auteur, après avoir rapporté 4 cas de rupture de la portion membraneuse de l'urèthre, indique de la façon suivante le traitement général de ces cas :

Trois cas peuvent se présenter.

L'hémorrhagie uréthrale est d'intensité moyenne, la tuméfaction du périnée minime ou pas très accusée, et le malade peut uriner facilement. Dans ces conditions, pas d'intervention active : on mettra le malade au lit, où il restera pendant plusieurs jours, et on se conduira ultérieurement suivant la tournure que prendront les choses, suivant qu'il se formera ou non un rétrécissement traumatique de l'urèthre.

L'hémorrhagie est toujours d'intensité moyenne et la tuméfaction du périnée minime; mais, s'il existe de la dysurie ou même une impossibilité absolue d'uriner, l'indication est de mettre dans la vessie une sonde à demeure. On se servira, à cet effet, d'une sonde en caoutchouc, munie d'un mandrin courbé, à laquelle on fera suivre la paroi supérieure de l'urèthre. La sonde une fois mise en place, la malade sera minutieusement surveillé, car la sonde peut glisser, sa lumière être obstruée par un caillot; il peut encore, à chaque moment, survenir des symptômes (frisson, fièvre, tuméfaction considérable du périnée, etc.) nécessitant une intervention chirurgicale active.

Si le cathétérisme échoue ou si les symptômes indiquent d'emblée l'existence de lésions graves, il faut opérer sans tarder, car c'est au début, qu'à travers une incision médiane du périnée, on a encore le plus de chances de trouver les deux bouts de l'urèthre pour les suturer sur la sonde introduite dans le segment antérieur. Si la recherche du segment postérieur à travers l'incision périnéale venait à échouer, il ne resterait plus qu'à faire la taille hypogastrique, suivie de cathétérisme rétrograde et de suture de l'urèthre sur la sonde.

Redressement forcé de la gibbosité pottique (Die operative Behandlung des Buckels nach Calot), par Lange (*München. med. Wochens.*, 1897, n° 16, p. 410). — L'auteur cite 5 cas dans lesquels il eut recours au redressement forcé de la colonne vertébrale, d'après le procédé de Calot.

Dans 2 cas, dans lesquels la gibbosité n'existait que depuis 6 mois, il a suffi d'exercer une traction modérée sur la colonne vertébrale pour amener son redressement parfait. Dans le troisième cas, où la gibbosité existait depuis un an, il a fallu exercer en même temps une pression directe sur la gibbosité pour en amener la disparition complète. Il en a été de même chez le quatrième malade, chez lequel la gibbosité existait depuis 2 ans. Dans le cinquième, où la gibbosité existait également depuis 2 ans, les tractions indirectes sur la colonne vertébrale et la compression directe de la gibbosité n'amenèrent qu'un redressement incomplet de la colonne vertébrale. Dans aucun de ces cas l'opération n'avait amené le moindre accident.

L'auteur se déclare, à la fin de son travail, grand partisan de la méthode de Calot.

Hémiplégie hystérique a frigore, par Ch. Féré (*Revue de médecine*, juin 1897, p. 464). — Observation d'hémiplégie hystérique avec prédominance dans le membre supérieur et participation très marquée de la face. Ces accidents s'étaient développés à la suite d'un coup de pied. Les paralysies *a frigore* sont rares, et cette hémiplégie hystérique est d'autant plus intéressante à connaître que le froid peut être la cause occasionnelle d'hémorrhagies cérébrales.

Immunisation contre l'influenza (Untersuchungen uber Influenza-Immunität), par Delius et Kolle (*Zeitsch. f. Hyg.*, 1897, vol. XXIV, p. 327). — Ces recherches ont été faites sur des cobayes, des lapins, des chiens, des moutons et des chèvres, qu'on essayait d'immuniser par le procédé classique d'injections sous-cutanées ou intra-péritonéales de cultures virulentes ou stérilisées, ou filtrées, de bacilles de Pfeiffer. Toutes ces expériences ont donné des résultats absolument négatifs. Les animaux ainsi immunisés se montraient, à la vérité, moins sensibles aux cultures virulentes que les animaux témoins, mais l'accroissement de leur résistance envers le bacille de Pfeiffer n'était pas plus grand chez eux que celui des animaux immunisés contre une autre affection, contre le choléra ou la diphthérie, par exemple; en un mot, la plus grande résistance des animaux traités par les cultures du bacille de Pfeiffer n'avait rien de spécifique.

Le sérum des animaux qu'on avait immunisés n'avait aucune propriété antitoxique ni bactéricide spécifiques. Il en a été de même du sérum de six individus convalescents d'influenza.

Ammoniaque dans le sang de l'homme (Ueber den Ammoniakgehalt der menschlichen Bluter, u. s. w.), par Winterberg (*Wien. klin. Wochens.*, 1897, n° 14, p. 330). — 1° A l'état normal, le sang veineux de l'homme renferme de l'ammoniaque dans la proportion de 1 milligramme pour 10 cent. cubes de sang.

2° En cas de fièvre, la proportion d'ammoniaque subit de grandes variations. Elle n'est pas toujours augmentée, et, parfois, elle est même diminuée, de sorte qu'il n'existe pas de rapport régulier entre l'intensité de la fièvre et la proportion de l'ammoniaque du sang.

3° Dans les affections chroniques du foie, et particulièrement dans la cirrhose, la proportion d'ammoniaque n'est pas augmentée dans le sang.

4° Pendant le coma, survenant pendant l'atrophie jaune aiguë du foie, la proportion n'est pas augmentée dans le sang.

5° L'urémie ne peut être considérée comme une intoxication par l'acide carbonique.

Septicémie à pneumocoques (Ueber Pneumococcensepsis), par Roemheld (*München. med. Wochenschr*, 1897, n°s 24 et 25). — Il s'agit d'une fille de quinze ans, qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu ayant laissé à leur suite une insuffisance mitrale. Elle entra à l'hôpital pour une angine simple qui, au bout de quelques jours, se compliqua de phénomènes généraux, pouvant être attribués aussi bien à une légère attaque de rhumatisme articulaire aigu qu'à une attaque d'influenza. Le traitement par le salicylate échoua, et, dans la suite, on vit se dessiner le tableau classique de la septicémie généralisée avec fièvre, grands frissons et endocardite ulcéreuse. En dernier lieu apparut une méningite suppurée qui emporta la malade en quatre jours, un mois environ après son entrée à l'hôpital.

L'examen bactériologique du sang, fait six jours avant la mort, donna des résultats négatifs. Par contre, l'examen du liquide cérébro-spinal, retiré par la ponction lombaire au début de la méningite terminale, montra la présence des pneumocoques. Des pneumocoques furent également trouvés dans les viscères après la mort.

L'autopsie révéla l'existence d'une endocardite ulcéreuse et d'une méningite cérébro-spinale suppurée. La rate renfermait plusieurs abcès; le foie était atteint de dégénérescence graisseuse, les reins étaient sains.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'apnée des nouveau-nés prématurés par un nouveau procédé de respiration artificielle et les injections sous-cutanées d'éther,

Par Dr J.-L. Audebert.

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Au point de vue pratique, il importe d'établir une discussion entre la *mort apparente* des nouveau-nés à terme ou avant terme, et *l'apnée des prématurés*. Dans le premier cas le fœtus est inerte, dans la résolution musculaire complète, et n'exécute aucun mouvement respiratoire. Les enfants avant terme peuvent aussi présenter un état analogue. Chez les uns et les autres il suffira de pratiquer à l'aide de *l'insufflation* l'aspiration des mucosités trachéales et de désobstruer les voies aériennes pour voir d'ordinaire la respiration s'établir d'une façon régulière. Mais les enfants nés avant terme, à peine viables, peuvent sans avoir souffert pendant le travail, seulement à cause de leur prématuration, présenter un type différent de dyspnée tenant précisément à la faiblesse congénitale dont ils sont atteints. Chez eux le réflexe respiratoire est plus difficile à réveiller, les alvéoles se déplissent moins aisément; ils oublient pour ainsi dire de respirer. D'autres respirent de suite, mais d'une façon incomplète et sans jeter le moindre cri.

Nous avons eu à soigner des nouveau-nés de 1500 à 1800 grammes qui cessaient de respirer aussitôt qu'on les abandonnait à eux-mêmes; pendant plusieurs heures, il a fallu entretenir la respiration artificielle sans interruption.

Dans une vingtaine de cas environ, nous avons eu recours au moyen suivant, et le plus souvent nous n'avons eu qu'à nous louer de son emploi.

Situation du nouveau-né et position des mains. — L'accoucheur, assis sur une chaise basse, étend en travers sur ses genoux croisés le nouveau-né qui doit être dans le décubitus dorsal, le tronc découvert. La tête de l'enfant est alors coiffée par la main droite, dont la paume embrasse la nuque et l'occiput; le pouce est au niveau de l'oreille gauche, les quatre autres doigts prennent un point d'appui auprès de l'oreille droite. En même temps, la main gauche saisit solidement les membres inférieurs.

Premier temps. Extension. — Dans cette attitude, la main droite porte la tête en arrière en extension complète, et les membres inférieurs sont attirés en bas par l'autre main; le corps de l'enfant est alors en opisthotonos; le thorax bombe fortement en avant, les côtes s'écartent, le diaphragme s'abaisse l'amplitude du thorax augmente dans des proportions considérables, c'est *l'inspiration*. En même temps l'extrémité de la langue qui est appliquée sur le plancher de la bouche se soulève et l'os hyoïde est attiré en bas, entraînant avec lui la base de la langue: on obtient aussi un double résultat : d'abord provocation automatique du mouvement inspiratoire par suite de l'ampliation de la cage thoracique; en second lieu, excitation de la base de la langue.

Deuxième temps. Flexion. — Le mouvement s'exécute en sens inverse. La main droite soulève lentement la tête et la met en flexion forcée jusqu'à ce que le menton vienne au contact du sternum. De la main gauche, on rapproche les membres inférieurs du bassin en les fléchissant au maximum et en portant les cuisses sur l'abdomen. Cela fait, le nouveau-né est pelotonné *en boule*, c'est-à-dire les extrémités supérieures et inférieures sont fléchies et la colonne vertébrale décrit une courbure à convexité postérieure. Les côtes glissent l'une sur l'autre et les espaces intercostaux s'effacent, le diaphragme remonte. Cette flexion forcée amène la diminution de la capacité thoracique; à ce moment on voit souvent des mucosités expulsées spontanément de la bouche et des narines, ce qui indique bien que l'air et les mucosités bronchiques ou trachéales subissent de dedans au dehors une véritable *expression*.

Ces deux mouvements contraires, qui constituent la révolution respiratoire complète, doivent être faits doucement et régulièrement huit à dix fois par minute.

Ce procédé est facile à exécuter; il peut être continué longtemps sans fatigue, ce qui est un avantage appréciable dans les cas par exemple, où la respiration artificielle doit être pratiquée pendant plusieurs heures.

Dans le traitement de l'apnée des nouveau-nés prématurés, nous nous sommes bien trouvé de combiner ce mode de traitement avec des injections sous-cutanées d'éther (une demi-seringue de Pravaz). Ces injections doivent être faites dans les régions musculaires, la fesse de préférence, et renouvelées en cas de besoin. Elles raniment instantanément le nouveau-né et lui donnent pendant 15 à 20 minutes un surcroît de vitalité que l'accoucheur doit mettre à profit pour activer l'hématose par l'insufflation et la respiration artificielle.

La carie du collet des dents dans l'arthritisme et son traitement,

D'après M. le Dr L. van de Poel (de Boussu).

Tout le monde connaît les manifestations encore assez fréquentes de l'arthritisme du côté du système dentaire. Elles affectent deux formes principales : l'une qui survient tardivement, chez les gens ayant dépassé la cinquantaine et qui n'est pas autre chose qu'une arthrite inter-alvéolo-dentaire. Les dents demeurent parfaitement saines et indolores mais elles se mobilisent, se déplacent et finalement tombent sans présenter aucun point de carie. Le traitement local, dans ces cas, consiste en des applications de teinture d'iode sur les gencives en contact avec les dents malades ou mieux dans l'extraction et la réimplantation de ces mêmes dents. Mais ceci est un sujet qui mérite d'être traité à part et avec tous les détails qu'il comporte.

Une autre forme est la carie du collet des dents, sur laquelle M. le Dr L. van de Poel donne les intéressantes indications qui suivent au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Affirmer que tout arthritique en est fatalement atteint, qu'on ne puisse rencontrer cette forme de carie dans certaines affections cachectisantes, chez les femmes pendant la grossesse serait aller un peu loin, mais ce qui est certain, c'est qu'elle se présente dans ces dernières maladies avec des caractères cliniques moins tranchés que chez l'arthritique.

Elle a comme siège d'élection les incisives et les canines, parfois les petites molaires, rarement les grosses.

Au collet de la dent, on constatera la présence d'une carie en demi-lune, en coup d'ongle, peu profonde, à dentine ramollie, jaune sale, très douloureuse.

La gencive hyperémiée est recouverte d'un enduit parfois très épais, composé de matières alimentaires mélangées de mucus.

Le contact de la fraise ou de l'excavateur est pénible, et sans anesthésie de la dentine, il est impossible de faire un nettoyage complet de la carie.

La salive est acide, rougit le papier de tournesol; c'est cette salive acide, mélangée de mucus qui, en stagnant au collet des dents, amène la décalcification et ouvre la porte à l'infection microbienne.

Quoique la carie soit en apparence peu profonde, il arrive souvent de devoir enlever beaucoup de dentine ramollie.

Le traitement comporte celui de la diathèse arthritique, qu'il est inutile de décrire ici, et celui de cette hyperacidité de la salive qui détermine ces lésions.

En premier lieu, désinfection, par le médecin, de la carie avec une solution d'acide thymique à 50/100es p. 1000, dessécher à l'air chaud, puis porter pendant une demi-minute environ dans la carie un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/10; l'insensibilité est assez forte alors pour enlever à la fraise ou à l'excavateur l'ivoire ramolli; nouvelle irrigation antiseptique, séchage à l'air chaud et obturation au ciment.

Si l'anesthésie de la dentine était difficile à obtenir, on aurait recours à la cataphorèse, procédé permettant de faire épancher, avec un courant de 8 milliampères, une solution de cocaïne à 30 p. 100 dans les canalicules dentinaires et d'obtenir une anesthésie profonde.

Le patient aura de son côté à faire, deux fois par jour, des lavages de la bouche avec une solution de bicarbonate de soude à 15 p. 100.

Le matin, se brosser les dents avec une pâte dentifrice composée de :

Chaux	āā 40 gr.
Poudre d'iris.	
Savon blanc.	āā 10 gr.
Borax.	
Miel	āā Q. s. p. faire
Glycérine	une pâte molle.

Puis faire le nettoyage de la bouche avec quelques gouttes dans un verre d'eau de :

Thymol.	0 gr. 50
Teinture ratanhia.	10 gr.
Alcoolat cochlearia	50 gr.
Essence menthe.	X gouttes.

Ce traitement général et local doit être continué plusieurs années. Sa sévère observance peut seule enrayer ou empêcher l'apparition de cette affection qui se rencontre actuellement à chaque instant, surtout dans la classe supérieure.

Anesthésie locale par le gaïacyl,

D'après M. le Dr L. O' Followell.

On connaît depuis les travaux de Lucas-Championnière, Colleville, Malot, qui ont été ici même analysés ou publiés *in extenso*, les propriétés anesthésiques et analgésiques du gaïacol. Le seul inconvénient que présente l'emploi de ce corps est l'obligation de le dissoudre dans l'huile. Or les injections huileuses pénètrent difficilement dans les tissus un peu denses, peuvent occasionner une embolie et, fait plus important au point de vue de la pratique journalière, mises en contact avec les mains du chirurgien, elles rendent difficile le maniement des instruments. En art dentaire en particulier, c'est cette raison qui a empêché jusqu'ici la généralisation de l'anesthésie par le gaïacol qui a sur la cocaïne l'avantage de n'être pas dangereux et de pouvoir être injecté impunément, le malade étant placé dans la position assise.

Il y avait donc quelque intérêt à rechercher un dérivé du gaïacol, soluble dans l'eau et jouissant des mêmes propriétés analgésiques. C'est ce produit préparé par M. André que M. O' Followel vient d'étudier dans sa thèse inaugurale (1) et auquel il a donné le nom de *gaïacyl*.

Le gaïacyl, sel calcique du dérivé sulfo-conjugué du gaïacol, est une poudre de nuance gris mauve, soluble dans l'alcool, l'eau distillée, insoluble dans l'huile. La solution aqueuse au 20e constitue un liquide rouge violet très pâle, elle est très stable; la solution aqueuse au 10e semble de l'eau à peine rougie par quelques gouttes de vin. Au bout de quelques heures, cette dernière solution forme au fond du récipient un dépôt très minime, il suffit de retourner le flacon pour voir ce précipité disparaître.

Ces solutions aqueuses, de saveur d'abord astringente, puis légèrement sucrée, ne sont ni toxiques, ni caustiques, ni irritantes.

Voici les formules dont s'est servi M. O' Followell pour l'expérimentation clinique :

1° Gaïacyl.	5 gr.
Eau distillée.	100 gr.
2° Gaïacyl.	10 gr.
Eau distillée.	100 gr.

De la solution au 20e, on injecte, suivant les cas, 50 centigrammes, 1 gramme, 1 gr. 50, soit en réalité 2 cgr. 1/2, 5 centigrammes, 7 centigr. 1/2 de gaïacyl; de la solution au 10e, 1 gramme, soit en réalité 10 centigrammes de gaïacyl.

L'injection est faite en deux piqûres dans la région à insensibiliser; l'anesthésie est complète au bout de 5 à 6 minutes.

Ce procédé employé en chirurgie dentaire, en chirurgie générale et en chirurgie spéciale (voies urinaires) a donné les meilleurs résultats : les observations réunies par M. O' Followell ne laissent aucun doute au sujet de la valeur de ce nouvel anesthésique local qui est identique à celle du gaïacol. Le gaïacyl peut donc être regardé comme un excellent succédané du gaïacol et de son carbonate. Rappelons que les formules employées avant le gaïacyl étaient les suivantes :

Gaïacol :

Gaïacol cristallisé	0 gr. 05
Huile d'olives stérilisée.	1 c. c.

Carbonate de gaïacol :

Carbonate de gaïacol.	0 gr. 10
Huile d'olives stérilisée	100 gr.

G. Maurange.

1. O' Followell, Anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacyl (th. de Paris, 1897, n° 460).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Définition. — Le *myrtol* est une essence hydrocarburée, de couleur jaune ambré, d'odeur agréable, retirée par distillation des feuilles du *myrtus communis*, plante de la famille des myrtacées.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau, elle est soluble dans les huiles grasses et fixes.

Propriétés thérapeutiques. — Le myrtol jouit de propriétés sédatives et antiputrides. Employé avec quelque succès par la voie stomacale dans les bronchites chroniques, il a été en outre essayé comme succédané des divers balsamiques usités dans la blennorrhagie de l'homme et de la femme : il paraît n'avoir donné dans ces cas que des résultats incertains.

Sans doute le myrtol n'est pas sans action sur l'élément catarrhal de la bronchite et pourrait être ajouté à la liste déjà longue des antiseptiques pulmonaires.

Mais il a une action remarquable sur l'haleine des malades : c'est un désodorisant efficace dans les cas de bronchite fétide.

Nous-mêmes nous avons eu l'occasion de l'employer dans un cas de gangrène pulmonaire et nous avons été frappés de la transformation rapide de l'odeur infecte qu'exhalait l'expectoration de notre malade. Aussi n'hésitons-nous pas à le recommander de préférence ou concurremment à la créosote, gaïacol, etc., lorsqu'il s'agira de modifier la fétidité des crachats.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 50 centigrammes à 1 gramme par injection et par jour.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats :* L'injection est à peine douloureuse, en tous cas très bien acceptée et tolérée.

b) *Eloignée :* Très rapidement absorbée, elle est éliminée par la surface pulmonaire et communique à l'haleine une odeur agréable et persistante qui se manifeste environ 20 minutes à une demi-heure après la piqûre. L'action stimulante sur la muqueuse gastrique observée avec les capsules de myrtol, est inconstante par la voie hypodermique.

FORMULES

Myrtol.	20 gr.
Vaseline liquide.	80 gr.

1 à 2 centimètres cubes contre la bronchite fétide.
(D'après Bocquillon.)

Myrtol.	10 gr.
Huile d'olives vierge stérilisée à 120°.	100 c. cubes.

5 à 10 centimètres cubes dans la gangrène pulmonaire.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Les contusions de l'abdomen (p. 973).

REVUE DES CONGRÈS. — *Conférence pour l'étude de la lèpre :* Les lépreux à Paris (p. 977). — Traitement de la lèpre par la sérothérapie. — *65e Réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne :* Rapports de la folie et des affections pelviennes chez la femme (p. 978). — Traitement de l'insomnie (p. 979). — Sarcome pigmentaire (p. 980).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Cirrhose des buveurs. — Balle dans le corps de la troisième vertèbre cervicale. — *Société anatomique :* Anomalie du cœur. — Aortite aiguë (p. 981). Epithélioma de la muqueuse. — Rupture du foie. — *Société de biologie :* Injections intra-veineuses d'eau de mer. — Infection charbonneuse. — *Société de chirurgie :* Obstruction intestinale (p. 982). — *Société médicale des hôpitaux :* Paralysies transitoires. — Ascite chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac (p. 983).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Réunion libre des chirurgiens de Berlin :* Spina bifida avec paraplégie (p. 983). — Kyste hydatique du foie et du poumon. — *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin :* Affections cérébrales de l'enfance. — Lymphomes du système nerveux (p. 984).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Grossesses gémellaires (p. 984).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Les contusions de l'abdomen,

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès de chirurgie,* le 20 octobre 1897,

Par M. A. Demons (de Bordeaux).

Nous connaissons d'une façon assez satisfaisante, dans le mécanisme de leur production, dans leurs caractères anatomo-pathologiques, dans leurs conséquences prochaines ou éloignées, les lésions produites dans les parois et les viscères de l'abdomen par les instruments contondants qui sont venus les frapper ou sur lesquels le corps humain est tombé. Nous savons moins bien déterminer dans tous les cas, chez les malades, le siège, la nature, l'étendue, la marche, la gravité, l'existence même, parfois, de toutes ces lésions. Et ces imperfections regrettables du diagnostic et du pronostic, si nous sommes impuissants à les faire disparaître, rejaillissent fâcheusement sur la thérapeutique, qui demeure trop souvent incertaine, hésitante et troublée.

En conséquence, la première question a résoudre est la suivante :

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion des viscères (1) abdominaux? — Si nous connaissions exactement, dans tous ses éléments, la force vive de l'instrument vulnérant, et, d'autre part, le degré de résistance des parois et du contenu de l'abdomen, chez le sujet en observation, nous aurions déjà des documents précieux. Il s'en faut que nous possédions ces données mathématiques.

Nous n'avons guère, pour nous instruire à cet endroit, que les commémoratifs, les renseignements plus ou moins fidèles donnés par le blessé ou par les témoins de l'accident. D'ordinaire, cela suffit. Et nous pouvons promptement conclure que le traumatisme a été certainement léger, ou qu'il a été modéré, ou qu'au contraire il a été incontestablement violent. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Notre jugement est arrêté, faussé par l'absence, le petit nombre, le vague des détails fournis. Il faut donc faire une enquête attentive, volontiers minutieuse. Les résultats acquis, clairs ou obscurs, rapidement obtenus ou péniblement trouvés, constituent la première base de la solution du problème qui nous occupe.

La résistance des parois n'est pas identique chez tous les sujets : elle varie selon l'âge, la force, l'embonpoint, etc. Sur le même sujet, elle diffère considérablement suivant le point frappé et aussi suivant l'état de relâchement ou d'énergique contraction des muscles. On comprend les difficultés qui, dans la pratique, nous empêchent de déterminer exactement la défense que les parois ont pu opposer au choc. Certes, l'embarras n'est pas grand quand ce choc était assez puissant pour se jouer de tous les obstacles (corps pris entre deux wagons ou écrasé par une charrette pesamment chargée, etc.) : si le sujet a été surpris dans le sommeil ou dans une profonde ivresse; quand nous savons que le blessé a été atteint au moment d'un effort énergique. Il n'en est pas moins vrai que trop fréquemment nous restons dans une incertitude, qui peut s'aggraver d'une première incertitude sur la force réelle de l'agent contondant.

La direction de l'action traumatique n'est pas dépourvue d'influence sur ses effets. Perpendiculaire aux plans profonds, elle aura toute chance d'être plus nocive; parallèle, elle pourra glisser au-devant des viscères; oblique, sa force sera plus ou moins amoindrie selon le degré de cette obliquité. Il y a donc encore ici des notes intéressantes à enregistrer.

Il convient enfin de considérer la fragilité des viscères, variable non seulement d'un organe à l'autre, mais encore, pour le même organe, selon les conditions anatomiques, physiologiques ou pathologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'accident. L'altération des parois en facilite encore la solution de continuité. Il n'est pas jusqu'à la nature du contenu qui ne soit susceptible de jouer un rôle (calculs de la vésicule, fœtus, etc.). Un organe plein, hypertrophié (foie, rate, etc.), peut être devenu plus friable; en même temps, il offre aux coups une plus grande prise, d'autant mieux qu'il déborde sa ligne de défense. La chose est pire s'il est plus malade encore (cancer du foie, kystes du foie, kystes de l'ovaire, calculs du rein, etc.).

Certains viscères, échappés de leur place naturelle, où ils avaient quelque protection, se trouvent moins bien défendus contre l'agression (hernies diverses). D'autres, retenus par des adhérences, ont perdu la mobilité qui les pouvait sauver.

Ainsi, pour évaluer l'importance de la contusion, pour estimer les chances qu'elle possède d'avoir intéressé ou ménagé les viscères, on doit accumuler déjà un grand nombre de données.

Il est d'autant plus utile d'approfondir ici l'étude des causes, que trop souvent leurs effets se révèlent à nous par des signes insuffisants, trompeurs ou tardifs.

En effet, dès les premiers moments, le tableau clinique se présente avec des symptômes immédiats, variables dans leur nature, dans leur nombre, dans leurs moda-

1. Le mot « viscère » sera employé pour désigner indistinctement tous les organes contenus dans le ventre, y compris la séreuse, les vaisseaux, les nerfs, etc.

lités, dans leur intensité. Tantôt il est à peine esquissé, tantôt il est chargé de couleurs vives, voire criardes. Entre ces deux extrêmes, on rencontre tous les intermédiaires imaginables.

La douleur manque rarement, quelquefois très légère et fugace, d'autres fois plus vive et persistante, d'autres fois encore assez violente pour arracher des cris aux plus courageux; elle peut être limitée à un point restreint ou s'étaler sur une large surface, et même s'étendre à des parties éloignées du corps; elle est superficielle ou profonde; elle est spontanée ou seulement provoquée par la pression, par les mouvements, par la respiration, ou plus souvent encore elle est à la fois spontanée et provoquée.

L'ecchymose et *la tuméfaction* superficielle appartenant en propre aux contusions pariétales n'ont aucune valeur, puisqu'elles ne sauraient en rien nous dire ce qui s'est passé plus profondément. Ce qui est devenu classique et banal, c'est que l'intégrité absolue (au sens clinique du mot) de la paroi peut exister avec des désordres considérables dans la cavité abdominale.

Un ou deux *vomissements alimentaires,* un ballonnement du ventre léger ou discutable ne nous apprennent rien. Un ballonnement considérable, exceptionnel comme symptôme immédiat, indique évidemment que la paroi n'a pas seule souffert.

Il est un symptôme plus fréquemment rencontré, bien qu'il soit loin d'être constant, dont l'importance est autrement décisive. Je veux parler de la *rigidité du ventre,* ressemblant assez à la rigidité cadavérique, de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois au contraire d'un aplatissement et même d'une excavation du ventre, qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation, cette tension s'exagère plutôt et devient plus dangereuse encore. Le ventre est « comme en bois ». Ce symptôme dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine et semble appartenir en propre aux ruptures des organes creux.

Les *symptômes généraux* immédiats sont quelquefois nuls, d'autres fois peu accentués et fugaces; mais, dans bon nombre de faits, ils sont très prononcés et constituent cet ensemble de phénomènes que nous connaissons sous le nom de shock.

De ce qui précède, il résulte que la réponse à la première question que nous voulons promptement élucider est souvent assez facile, à la condition, bien entendu, que rien ne soit négligé pour arriver à la vérité. Il faut unir étroitement, dans un examen approfondi, les renseignements étiologiques et l'étude des symptômes, en jugeant sainement l'importance positive de tous les éléments d'information.

Quel est le viscère lésé? — Je dois me contenter pour chaque organe d'une légère esquisse.

Estomac. — Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypochondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés, ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements ni efforts. Emphysème sous-cutané (rare).

Intestin. — Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps contondant est étroit, sur tous les points de la paroi abdominale, particulièrement en avant et sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésie (Delorme). Hématémèses ou selles sanglantes (très rares). Ventre tendu, dur, ou au contraire légèrement ballonné et souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

Mésentère, épiploon. — Mêmes causes que ci-dessus. Shock modéré. Douleur médiocre. Signes d'hémorrhagie interne si des vaisseaux importants ont été intéressés. Lésions confondues d'habitude avec celles de l'intestin.

Foie. — Coup violent sur la base du thorax, l'hypochondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc; ou encore, chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement. Souvent symptômes d'hémorrhagie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, s'irradiant quelquefois vers l'épaule droite, ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte. Ictère rare.

Voies biliaires. — Coup habituellement violent dans l'hypochondre droit. Shock marqué, manquant quelquefois. Douleur vive au niveau du point frappé. Vomissements, ballonnement léger.

Pancréas. — Coup violent dans la région. Shock prononcé. Glycosurie?

Rate. — Coup violent dans l'hypochondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorrhagie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

Reins. — Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

Uretère. — Coup violent dans la région. Shock marqué. Douleur lombaire vive. Exceptionnellement, hématurie légère ou oligurie.

Vessie. — Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténesme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au-devant de ce réservoir, symétrique ou non. Douleur d'intensité variable *in situ.*

Utérus. — Coup violent direct ou indirect chez une femme enceinte ou portant des fibromes utérins. Shock quelquefois absent. Douleur vive. En cas de grossesse, quelquefois coliques utérines et commencement de travail. Métrorrhagie et symptômes d'hémorrhagie interne manquant habituellement. Forme et volume de l'utérus conservés dans certains cas. Le plus souvent, constatation de la tumeur fœtale dans le ventre, hors de sa cavité naturelle.

Gros vaisseaux. — Coup violent. Symptômes d'hémorrhagie interne.

Diaphragme. — Pression violente sur la base du thorax ou la partie supérieure de l'abdomen. Shock prononcé. Douleur vive, dyspnée. Coexistence habituelle de nombreuses lésions d'autres organes. Quelquefois, on trouve l'estomac dans la plèvre gauche.

Nerfs (plexus solaire). — Coup violent, d'ordinaire sur une surface assez large, dans les régions épigastrique

ou ombilicale. Shock accentué, quelquefois subitement ou rapidement mortel.

Péritoine. — Coup assez violent. Shock modéré ou nul. Douleur moyenne. Symptomatologie effacée ou confondue avec celle des lésions viscérales.

Kystes de l'ovaire, du foie, etc. — Coup violent ou même léger. Shock modéré ou nul. Douleur légère. Disparition plus ou moins rapide et plus ou moins complète de la tumeur, qui est remplacée par une ascite. Symptômes d'hémorrhagie interne rares.

Tumeurs solides diverses. — Coup violent ou modéré *in situ*. Shock modéré ou nul. Douleur plus ou moins vive. Rarement symptômes d'hémorrhagie interne.

On voit par cet exposé, certainement incomplet, tant il a voulu être court, que le diagnostic précoce repose sur une association de signes dont le faisceau devient plus ou moins lumineux selon diverses circonstances qui tiennent à leur nombre, à leur netteté, à leur valeur propre. La localisation du coup porté et de la douleur a d'abord une importance capitale; la constatation d'un shock évident a bien son prix, les symptômes locaux et généraux d'une hémorrhagie interne donnent des indications précieuses, et enfin l'apparition de certains phénomènes personnels, pour ainsi dire, à la lésion de tel ou tel viscère est susceptible d'éclairer singulièrement l'observateur. De telle sorte que le diagnostic est, en réalité, non seulement possible, mais même facile, dans pas mal de cas, peu de temps après l'accident.

Mais il serait dangereux de se dissimuler qu'il y a toute une série, malheureusement trop vaste, de faits beaucoup moins clairs, où le jugement s'asseoit péniblement ou demeure forcément suspendu. Ces faits sont de plusieurs ordres. Nous avons d'abord ceux dans lesquels d'autres traumatismes, parfois multiples, à grand tapage, contemporains de la contusion de l'abdomen, détournent vers eux et absorbent l'attention (fractures du crâne, de la colonne vertébrale, des membres, etc.). Il y a aussi des faits plus fréquents où le même coup, la même chute, a intéressé simultanément un ou plusieurs viscères de l'abdomen, et des os, des organes voisins (os iliaques, côtes, poumons, etc.).

A côté de ces erreurs, dont un examen minutieux ferait sans doute diminuer le nombre, on voit des faits véritablement troublants. Des contusions, des déchirures, des ruptures peu étendues ou peu profondes, néanmoins sérieuses, se traduisent souvent par un ensemble symptomatique si effacé, si mince, si fruste, qu'elles déroutent le plus sagace et endorment le mieux éveillé. D'un autre côté, après un coup léger en apparence, qui n'a produit qu'une souffrance minime et vite disparue, on voit la victime rassurée reprendre ses occupations, ne faire appel à aucun soin, et l'avenir démontre qu'il existait en elle une déchirure de l'intestin pouvant aller jusqu'à la rupture complète. On a remarqué avec raison (Curtis) que dans les contusions simples, les symptômes généraux sont plus intenses et plus nombreux que dans les ruptures viscérales.

Quelle est exactement la lésion du viscère intéressé? — Pour ce qui concerne les organes pleins, un bon moyen de ne nous tromper guère consiste dans l'appréciation du degré d'intensité du coup, des phénomènes généraux et locaux. Pour les viscères creux, la chose n'est pas toujours si claire, il s'en faut, puisqu'on est exposé à se trouver en face d'un véritable paradoxe séméiologique.

Une déchirure large, laissant franchement passer le contenu, nous donne moins de peine, s'il nous est permis de le retrouver ailleurs et de constater la vacuité de la cavité naturelle. Ainsi nous servent : pour l'intestin, le tympanisme rapide avec disparition de la matité hépatique; pour la vessie, l'absence d'urine dans ce réservoir et la formation d'une tumeur liquide dans le voisinage; pour l'utérus, la présence du fœtus hors de la matrice dans la cavité abdominale; pour les kystes de l'ovaire et autres, l'affaissement de la tumeur suivie d'une production d'ascite. Ailleurs, par exemple pour la vésicule, ces moyens nous manquent, parce que le viscère est trop petit et trop caché pour que nous puissions en apprécier les modifications survenues, d'autre part parce que le liquide épanché n'est pas assez abondant tout d'abord pour être dévoilé par nos procédés ordinaires d'investigations. Enfin, souvenons-nous, que dans l'intestin, une perforation considérable et même une rupture complète ne permet pas constamment dans les premiers moments l'issue des liquides et des gaz.

Quant à discerner le siège précis de la lésion sur un organe donné, c'est une entreprise qui rencontre bien des obstacles et dont le succès n'est pourtant pas négligeable. La localisation du traumatisme, son mécanisme, les enseignements de l'anatomie pathologique nous fournissent des documents d'un intérêt certain.

Y a-t-il plusieurs viscères intéressés? — Nous savons parfaitement que cette coexistence est commune, et il n'est pas douteux qu'à tous les points de vue, il serait utile de la reconnaître. On y peut réussir en enregistrant les symptômes particuliers à chaque organe, à la condition qu'ils diffèrent d'un organe à un autre. Mais que de fois on en est réduit à des conjectures! Et comment se reconnaître dans un véritable chaos, rencontré de temps en temps, ou il y a à la fois des blessures de l'intestin, du rein, du foie, de l'estomac, du diaphragme, etc.? Ce qui importe surtout encore ici, c'est de se souvenir que plusieurs viscères peuvent être simultanément et conjointement intéressés, surtout quand ils sont voisins, mais aussi lorsqu'ils sont éloignés les uns des autres.

Pour arriver à la vérité en face de tant de cas douteux, que pouvons-nous faire?

Attendre, en étudiant la marche des événements, que des éclaircissements nous en viennent? Provoquer par certaines manœuvres l'apparition des symptômes révélateurs? Ou bien ouvrir le ventre pour regarder ce qui s'est passé dans sa cavité?

Voulue par le chirurgien ou imposée par les circonstances, l'expectation a permis de suivre l'évolution des contusions de l'abdomen et d'en examiner les symptômes dits *consécutifs*.

Il y a d'abord les cas légers, qui restent légers jusqu'à la fin et qui correspondent sans doute soit à de simples atteintes de la paroi, soit à des contusions viscérales superficielles, soit peut-être, mais plus rarement, à des déchirures minimes bientôt cicatrisées.

Il y a des cas légers dans les premiers moments qui, au bout d'un temps variable, après quelques heures, plusieurs jours et même des semaines, deviennent graves. Ce sont là des cas trompeurs au plus haut degré, des cas tout à fait traîtres. Ils sont relatifs à des déchirures vasculaires momentanément oblitérées, laissant plus tard le sang couler dans le ventre ou un caillot migrateur remonter jusqu'au cœur. Plus souvent, il s'agit de petites lésions s'infectant à un moment donné, avec tout l'appareil des suppurations splanchniques (abcès du pé-

ritoine, du foie, du rein, du pancréas, etc.). Assez rarement, une eschare de la paroi d'un viscère creux se détache, le liquide s'échappe par cette voie ouverte et produit des accidents divers selon sa toxicité et le milieu qu'il envahit.

Mais c'est surtout dans les cas de perforations de l'intestin accompagnées ainsi de symptômes immédiats à peine sensibles qu'on a vu survenir des phlegmasies péritonéales inattendues par l'irruption des matières dans la grande séreuse. On trouve quelquefois entre ces deux périodes si différentes une petite série de phénomènes précurseurs du grand orage, quelques vomissements, un peu de douleur. D'autres fois, la foudre éclate tout d'un coup dans un ciel resté jusque-là serein.

Il y a des cas moyens qui plus ou moins vite deviennent définitivement légers.

Il y a des cas moyens qui s'aggravent sensiblement, puis tout rentre dans l'ordre.

Il y a des cas moyens qui deviennent, à un moment donné, tout à fait sérieux pour les mêmes raisons et de la même manière que les cas légers signalés plus haut.

Il y a des cas moyens qui, devenus légers, s'aggravent finalement.

Il y a des cas graves au commencement, des cas bien faits pour justifier toutes les craintes, où, plus ou moins rapidement, une amélioration se montre, s'accentue jusqu'à la guérison. Le shock alarmant s'évanouit, l'hémorrhagie intense s'arrête, la déchirure se comble, la perforation s'oblitère, l'inflammation s'apaise. C'est le triomphe des optimistes.

Il y a des cas qui, graves tout d'abord et devenus légers et rassurants, retrouvent à une époque ultérieure leur gravité première atténuée ou exagérée. C'est une hémorrhagie qui reparaît, une inflammation qui s'éveille, une déchirure qui s'infecte, une perforation qui se rouvre, etc.

Il y a, enfin, les cas qui restent graves pendant toute la durée du mal, tantôt du fait du shock seul, tantôt à cause de l'abondance de l'hémorrhagie, tantôt par suite de la péritonite éclatant rapidement, ou d'une autre infection quelconque, tantôt par la combinaison, le mélange, l'association, la succession de ces facteurs multiples.

Pour éviter les dangers auxquels on s'exposerait en différant trop longtemps l'établissement du diagnostic exact, on a songé à employer *certaines manœuvres* consistant principalement en introduction de liquides ou de gaz dans les cavités dont il s'agit de reconnaître la rupture.

1° L'ingestion d'un liquide, de préférence une potion opiacée déterminerait, d'après Moty, une douleur vive et une altération des traits quelques secondes après son absorption, dans le cas de perforation perméable de la partie supérieure de l'intestin grêle. Ce signe qui a été très utile à Moty, une fois, 10 heures après l'accident ne saurait avoir que des applications restreintes; du reste ce moyen de diagnostic n'a pas été essayé souvent.

2° Le procédé de Senn — insufflation d'hydrogène dans le rectum — destiné à déceler la perforation intestinale par la production artificielle d'un tympanisme rapide, avec disparition de la matité hépatique. Jusqu'ici les chirurgiens européens, le trouvant sans doute infidèle et dangereux, n'ont pas paru très disposés à s'en servir.

3° Pour les mêmes motifs, l'injection d'eau ou d'air stérilisé (Keen) dans la vessie par l'urèthre est rarement utilisée.

Par la *ponction exploratrice*, on peut trouver du sang épanché et non reconnu par la palpation, des liquides ou des gaz sortis de leur réservoir : bile, urine, etc., plus tard, de la sérosité, du pus, du sang. Mais si la ponction exploratrice peut être quelquefois avantageuse, son utilité reste limitée.

L'incision abdominale, la *laparotomie exploratrice*, paraît plus séduisante et plus sûre. Il y a, néanmoins, un premier point sur lequel tout le monde s'entend, c'est que la laparotomie exploratrice doit être rejetée dans les deux cas extrêmes où la contusion est indéniablement et en tous points très légère et où elle est, d'autre part, tellement violente que le sujet est mourant.

En second lieu, si elle était absolument facile, à la portée de tous, inoffensive, elle obtiendrait sans doute la faveur générale. Il n'en est pas tout à fait ainsi et tous les hommes de l'art, pour des raisons diverses, ne sont pas capables de mener à bonne fin et une pareille entreprise. Pour ce qui est de son innocuité, il est certain que la laparotomie exploratrice ne va pas sans quelque péril. Il est donc sage de n'y avoir recours que si ses avantages l'emportent sur ses inconvénients.

Je crois, pour ma part, que le domaine de la laparotomie exploratrice mérite de s'étendre et s'agrandira de plus en plus dans ses applications au diagnostic des cas douteux. Mais il ne faut pas oublier que la laparotomie exploratrice est un moyen de diagnostic créé uniquement pour les cas douteux.

Est-ce à dire qu'en face du moindre doute il soit indiqué de prendre le bistouri? Non; il est nécessaire que le doute soit sérieux, acquis par une étude attentive du traumatisme et du blessé, conduisant à cette conviction qu'il existe probablement des lésions viscérales. En clinique, il n'est pas permis de demander mieux.

Traitement. — *Traitement médical.* — Il consiste en un ensemble de moyens destinés à combattre les accidents généraux du shock et de l'hémorrhagie interne s'ils existent, à calmer la douleur présente, à immobiliser de toutes manières la région frappée ou les organes atteints, dans le but de favoriser la guérison naturelle, de prévenir les complications et enfin de les guérir si elles viennent à se produire. Il faut reconnaître que par cette thérapeutique simple on a obtenu un grand nombre de succès. Elle est acceptée par tous dans certaines conditions. En face d'un shock très grave ou devant un cas très léger nous sommes unanimes à l'employer. Mais l'accord cesse aussitôt en présence des cas douteux, et les statistiques ne sont pas faites pour résoudre cette question. Après avoir consulté celle de Chavasse, si alarmante, et d'autres plus récentes qui tendraient à nous rassurer presque absolument, après avoir parcouru plusieurs centaines d'observations, après avoir réfléchi à ce que l'on a vu soi-même, on arrive à cette conclusion qu'un grand nombre de blessés ont succombé malgré l'emploi correct du traitement médical.

Expectation armée. — Peut-on compter sur cette méthode mixte par laquelle on se propose, aussitôt qu'apparaissent les signes démonstratifs d'une lésion viscérale reconnue par tout le monde comme incurable par les moyens médicaux, d'adopter hardiment le traitement chirurgical? Assurément, l'expectation armée semble faite pour charmer. Mais l'expérience démontre que ces ces signes révèlent non pas la lésion elle-même, mais bien des complications déjà survenues. Il est loin de ma pensée que l'expectation armée devra être rejetée complètement. Je la crois bonne comme auxiliaire du traitement dont elle est du reste l'appui forcé. Mais, si je comprends que le traitement médical puisse être établi comme une méthode bien définie, s'appliquant à un grand nombre

de cas, je saisis moins bien qu'il soit juste de mettre au même niveau l'expectation armée. Il paraît dangereux d'en faire une doctrine.

Traitement chirurgical. — Théoriquement, la laparotomie se présente à nous avec tous les caractères d'une intervention satisfaisante pour l'esprit. Pratiquement, elle n'a pas encore réalisé toutes les espérances conçues. Il est certain que sa statistique a grand besoin de s'améliorer. Sans aucun doute elle y parviendra. Voici pourquoi.

Autant que possible, la laparotomie doit être précoce. Le meilleur moment pour agir est celui qui sépare les phénomènes primitifs des phénomènes consécutifs. Cet intervalle de calme relatif entre la lésion elle-même et les complications dont elle est l'origine, cet intervalle existe habituellement, plus ou moins marqué, plus ou moins long. En général, c'est dans les 20 heures après l'accident que se trouve l'instant propice : les statistiques de Gachon, Pétry, Adler, Vautrin, Sieur et autres le prouvent surabondamment; si l'on se rapporte aux statistiques plus récentes, il faudrait intervenir encore plus tôt. En effet, il est positif que pour la majorité des cas, le terme de 24 heures et même celui de 10 heures sont trop éloignés comme limites de la précocité de l'intervention. On peut donc affirmer dès aujourd'hui que la laparotomie immédiate est encore préférable. Les obstacles de force majeure qui viennent de circonstances accessoires : refus momentané des ayants droit, visite tardive du blessé, difficultés de préparation du matériel opératoire, etc., ne sauraient nous empêcher de poser des règles précises. Ce que nous voulons, c'est arrêter la marche du mal, c'est prévenir par notre entreprise l'explosion des accidents consécutifs dont personne ne peut savoir l'heure exacte. Nous ne cherchons pas à les gagner de vitesse, nous tâchons de partir avant eux.

Quant à la laparotomie tardive, très tardive si l'on veut, ultérieure, consécutive : s'adressant à des accidents survenus à une époque reculée, kystes, abcès, rétrécissements intestinaux, etc., elle ne comporte pas de divergences sérieuses et ne doit pas arrêter pour le moment notre attention.

On comprend quel est, en définitive, l'objet du grave litige qui sépare, à l'heure présente, les chirurgiens, dans la question des contusions de l'abdomen. La lutte n'est pas entre les abstentionnistes quand même et les interventionnistes à outrance. Tout le monde sait que certains cas commandent un traitement purement médical et que d'autres exigent une thérapeutique essentiellement chirurgicale. Mais l'accord n'est pas encore établi sur les indications, sur la conduite à tenir en présence de faits plus nombreux encore; il est désirable qu'il se fasse.

Il serait superflu, maintenant, de décrire dans ses détails la technique des opérations destinées à combattre les diverses lésions viscérales que le chirurgien peut rencontrer, une fois le ventre ouvert. Il faut opérer vite et bien. Il ne faut laisser aucune lésion sans la voir et sans la traiter comme elle le mérite, tout en réduisant au minimum les recherches et les manœuvres. Contre les déchirures superficielles des organes pleins, un simple nettoyage peut suffire. Pour les déchirures plus profondes, la suture est bonne; si elle n'est pas possible, on s'adresse au tamponnement. Les déchirures plus profondes encore, multiples, le broiement, nécessitent la résection, ou l'extirpation totale si l'organe n'est pas indispensable à la vie. Les hémorrhagies artérielles ou veineuses, d'où qu'elles viennent, exigent la ligature : à son défaut la forcipressure ou la compression. Les ruptures des viscères creux se trouvent bien des sutures. On préférera quelquefois faire une suture incomplète et garder pour le moment une petite fistule, une soupape de sûreté, ou bien établir carrément avec l'extérieur une large communication destinée à une occlusion ultérieure. Si le viscère creux n'est pas indispensable à la vie, on fera quelquefois mieux en l'enlevant (kystes de l'ovaire, utérus, vésicule). La rupture des conduits excréteurs sera justifiable tantôt de la suture, tantôt de l'abouchement dans le réservoir naturel ou dans une cavité accidentelle (uretère), tantôt de la ligature des deux extrémités du canal sectionné, suivie de l'abouchement du réservoir dans la cavité où il déversait son contenu à l'état normal (cholédoque), tantôt de l'extirpation de l'organe où le conduit prend naissance (uretère, canal cystique), tantôt enfin, et très rarement, faute de mieux, du drainage temporaire (canal hépatique).

Le péritoine sera débarrassé des liquides qui l'ont pu souiller par les moyens connus.

La ponction suivie ou non d'injections modificatrices sera appliquée à la cure de certaines collections consécutives aux contusions (épanchement de bile, collections de sérosité, etc.). En général l'incision sera préférée.

Les complications tardives (rétrécissements de l'intestin, ulcères traumatiques de l'estomac, fistules, tumeurs, etc.) seront traitées selon les préceptes de l'art.

REVUE DES CONGRÈS

CONFÉRENCE POUR L'ÉTUDE DE LA LÈPRE.

Berlin, 11-16 Octobre 1897.

Les lépreux à Paris.

M. Hallopeau (de Paris). — On n'observe pas jusqu'ici à Paris la lèpre autochtone : néanmoins le nombre des lépreux immigrants y augmente dans des proportions qui doivent éveiller l'attention. Dans le courant de l'année, le chiffre de leurs admissions à l'hôpital Saint-Louis a plus que quintuplé par rapport aux années précédentes; presque tous ces lépreux viennent de nos colonies; quelques-uns ont été contaminés aux environs de Nice ou en Bretagne; on signale aussi un cas en Normandie. C'est à tort que Zambaco-Pacha veut adjoindre à nos lépreux les sujets atteints de sclérodermie et surtout de morphée; cette maladie diffère essentiellement de la lèpre par l'induration ligneuse et la conservation de la sensibilité au niveau des plaques achromiques; on n'observe pas la forme *esthétique* et *achromique* admise récemment par Zambacco.

L'invasion de Paris par un nombre rapidement croissant de lépreux et l'absence complète de mesures de défense doivent faire craindre qu'il ne s'y développe tôt ou tard des foyers autochtones; peut-être en existe-t-il déjà, car, en raison de la longue latence de la maladie, on ne peut souvent en reconnaître l'existence que plusieurs années après son éclosion. L'histoire démontre que l'on ne peut attribuer ni à notre race, ni à notre climat, une immunité à l'égard de la lèpre. Aucun de nos malades n'étant isolé, le défaut de transmission dans nos salles d'hôpital prouve que la lèpre ne peut se transmettre par le milieu ambiant, alors même qu'il est infecté, comme dans nos salles de Saint-Louis, par les bacilles émanés soit des altérations ulcéreuses du tégument externe, soit des cavités nasales (Jeanselme).

La transmission de la maladie, dans les léproseries des pays chauds, aux infirmiers et religieuses chargés du soin des malades, peut s'expliquer, soit par une installation défectueuse des buanderies, soit par la piqûre d'insectes jouant le rôle de vecteurs. La lèpre se présente à Paris avec les mêmes caractères que dans les pays à lèpre; elle s'y termine le plus souvent d'une

manière fatale; on observe cependant parfois, surtout en ville (Besnier), soit des améliorations qui équivalent à la guérison, soit des cas frustes.

La constatation de ces derniers a fait naître l'idée que la lèpre aurait tendance à s'atténuer sous l'influence du climat parisien; elle n'est pas d'accord avec ce que nous observons à Saint-Louis et nous n'avons pas de données statistiques suffisantes pour établir que, chez les malades de la ville, ces cas frustes s'observent plus souvent à Paris que dans les pays à lèpre; elle nous paraît, *a priori*, peu vraisemblable, car la France a été, pendant des siècles, un pays à lèpre; elle n'est pas sans danger, car elle contribue efficacement à l'invasion de notre ville par les malades exotiques, au péril de notre santé publique.

La marche naturelle de la lèpre par poussées revenant à des intervalles très irréguliers et suivies de périodes de régression rend très difficile l'appréciation des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose; le médicament efficace serait celui qui accentuerait le mouvement normal de régression et empêcherait la production de nouvelles poussées; il n'est pas démontré que ni l'huile de chaulmoogra, ni le baume de gurjum, ni le hoangnan, ni le sérum de Carrasquilla, auxquels nous avons eu recours à Paris, satisfassent à ce *desideratum*, car ils sont impuissants dans la plupart des cas; on n'est pas cependant en droit de leur refuser toute action, car chacun d'eux possède à son actif des cas favorables et l'on ne connaît pas assez bien la marche naturelle de la maladie pour savoir si, abandonnée à elle-même, elle présenterait les mêmes rémissions. La prophylaxie est encore, de beaucoup, le meilleur moyen de défense contre cette maladie.

Il est à craindre que Paris ne redevienne de nouveau un pays à lèpre. En cas de danger imminent, il y aurait lieu d'interdire l'entrée en France de tout lépreux par navire, car l'invasion se produit jusqu'ici exclusivement par nos ports. Dès à présent, nous demandons, pour les malades de la ville, la déclaration obligatoire, et, comme conséquence, la désinfection des lieux habités par des lépreux, ainsi que de leur linge.

L'isolement, impraticable pour les malades de la ville, peut et doit être fait dans les hôpitaux, d'une manière relative pour les malades payants, absolue pour ceux des salles communes; pour les premiers, il faut des salles spéciales avec interdiction du séjour en commun avec les autres malades et l'obligation de faire passer le linge à l'étuve; pour les seconds la création de services spéciaux. Dans ces services, il y aurait lieu de pratiquer, à l'égard des autres lépreux, un isolement relatif des sujets atteints de graves lésions ulcéreuses, dans la crainte que leur agglomération ne devînt, par elle-même, un foyer d'infection; il y a là encore une explication de la contamination des serviteurs dans les hôpitaux spéciaux des pays à lèpre, alors qu'ils sont restés jusqu'ici indemnes à l'hôpital Saint-Louis où, avant ces derniers mois, il n'y avait jamais eu que des cas isolés. La gravité de la maladie, sa puissance de propagation, les cas incontestables de contagion, le défaut d'immunité de la race française et les tristes enseignements de l'histoire sont autant de raisons qui autorisent un cri d'alarme et justifient la mise en œuvre, comme *minimum*, des mesures purement préventives qui viennent d'être énumérées.

La lèpre et son traitement par la sérothérapie.

M. Olaya Laverde (de Bucaramanga, Colombie). — L'auteur déclare avoir entrepris ses travaux sur la sérothérapie de la lèpre après avoir eu connaissance de la première communication du D[r] Carrasquilla. Le procédé employé par lui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux en leur injectant sous la peau du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie. Ces animaux éprouvent toujours une assez forte réaction générale, qui disparaît complètement au bout de 5 à 6 jours. Le sang de ces animaux, saignés lorsqu'ils sont revenus en pleine santé, est recueilli aseptiquement et injecté suivant les règles ordinaires; les accidents opératoires sont exceptionnels et de peu de gravité.

Les malades éprouvent à la première injection une réaction fébrile assez forte avec malaise, douleurs dans les reins et dans le ventre; quelquefois on observe de la diarrhée; cette réaction commence 6 heures après l'injection et se termine au bout de 12 heures à 3 et 6 jours, suivant les cas, par une transpiration abondante, sentiment de bien-être et retour de l'appétit.

Les résultats thérapeutiques sont très manifestes et portent sur tous les symptômes à la fois. *Système nerveux :* disparition de l'anesthésie, des douleurs erratiques ou articulaires et des parésies. — *Muqueuses :* rétablissement de la respiration nasale, disparition de l'ozène et de l'anosmie, guérison des blépharites, des ulcères de la conjonctive et de la cornée. — *Peau :* rétablissement de la sécrétion sudorale, réapparition des poils, de la barbe, des sourcils, guérison rapide des ulcères étendus, disparition des lépromes par résorption.

Etat général. — Changement favorable de l'habitus, retour des forces, de l'appétit, du sommeil.

Bactériologie. — Disparition des bacilles dans les parties de la peau précédemment infiltrées des lépromes, où on les constate d'habitude avec facilité.

Durée du traitement : trois mois à un an et plus.

Résultats. — Jusqu'à présent les améliorations ont été constantes sur 60 cas. Six malades peuvent être considérés comme guéris. Leur guérison se maintient depuis un an. L'avenir seul fera connaître si les guérisons sont définitives et si la majorité des malades peut arriver à la guérison complète ou à une amélioration relative. Ces résultats permettent d'employer concurremment avec la sérothérapie les procédés thérapeutiques ordinaires, tels que les cautérisations ignées, l'hygiène alimentaire et générale et les médications toniques. Nous devons faire une mention spéciale aux lavages du sang pratiqués en injectant des doses massives de sérum normal dans le tissu cellulaire, ou du sérum artificiel dans une veine; ces procédés semblent un adjuvant très précieux de la sérothérapie.

Prophylaxie. — L'auteur croit que, vu les résultats de ce traitement, les lépreux doivent être considérés comme des malades; il n'est pas partisan de la déportation en masse de tous les sujets contaminés. L'isolement pour un temps déterminé, dans un hôpital spécial organisé pour la cure de la lèpre, paraît suffisant.

LXV[e] RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE

Tenue à Montréal, Septembre 1897.

SECTION DE PHYSIOLOGIE

Rapports de la folie et des affections pelviennes chez la femme.

M. Hobbs. — Dans l'asile d'aliénés de Londres à Ontario, on a examiné systématiquement toutes les folles au point de vue gynécologique. On a opéré tous les cas qui nécessitaient une intervention et non seulement on a eu une majorité de guérisons opératoires, mais encore dans beaucoup de cas l'état mental est redevenu normal. Régis, dans son Manuel de médecine mentale, rapporte que Wiglesworth a fait 109 autopsies de folles chez lesquelles il a trouvé des organes génitaux sains dans 38 à 42 p. 100 des cas seulement. Il affirme en outre que 45 fois la folie avait été en rapport avec une affection utéro-ovarienne; les corps fibreux, les déplacements de la matrice, les lésions des ovaires lui ont paru être les affections qui avaient le plus d'influence sur l'état mental. Le plus souvent, ce n'est que par une recherche faite systématiquement qu'on peut soupçonner l'existence de ces maladies chez les folles. Il faut faire un examen méthodique, avec anesthésie du sujet. Si le simple développement physiologique ou le simple déclin des organes génitaux peut amener des troubles intellectuels chez la femme, à plus forte raison peut-il en être de même des lésions et des maladies de ces organes. Sur 2 000 alienées admises à l'asile de Londres, on a incriminé 200 fois la puerpéralité. Beaucoup de ces femmes auraient guéri plus vite, si on avait soigné leurs organes génitaux. Beaucoup de cas qui sont devenus incurables auraient guéri si on avait fait un traitement gynécologique avant que la détérioration mentale fût complète, produite qu'elle est par

l'irritation constante, d'origine réflexe, ayant son point de départ dans les lésions pelviennes. Quand on opère ces malades à temps, il y a une amélioration dans l'état général et s'il n'y a pas de maladie organique du cerveau, le plus souvent, les facultés mentales s'amélioreront parallèlement à l'état physique. Ainsi guérissent souvent des cas qui paraissaient désespérés. Mon expérience est basée sur 80 observations.

Dans 14 cas, on a fait la dilatation et le curetage des endométrites et des utérus en subinvolution; toutes les malades se sont trouvées mieux au point de vue physique et 8 ont guéri de leurs troubles intellectuels (57 p. 100); une autre fut améliorée. Chez 27 malades, le col et le corps aussi bien que la muqueuse utérine étaient malades. Outre le curetage, on a soigné ou amputé le col malade; chez toutes il y a eu une amélioration physique; en outre 11 sont redevenues normales au point de vue mental (42 p. 10); chez 8 seulement il n'y a eu aucune amélioration de la folie.

Chez 11 malades, on a trouvé comme affection principale une position vicieuse de l'utérus avec ou sans complications. Chez 8 on a fait l'opération d'Alexander et chez 3 autres la ventrofixation. Chez toutes le déplacement de la matrice a été corrigé et l'état physique est devenu très bon. La guérison mentale a été obtenue 3 fois (27 p. 100); chez 4 autres il y a une amélioration. Douze fois on a fait l'hystérectomie, 7 fois par la voie vaginale et 5 fois par la voie abdominale. Ces opérations avaient été nécessitées 6 fois par des tumeurs fibreuses, 4 fois par une procidence complète de l'utérus, 1 fois par un épithélioma, 1 fois par un sarcome. Deux malades moururent aussitôt après l'opération, une autre mourut le 3e jour, une autre encore le 17e jour, par suite d'une hémorrhagie secondaire due à ce que la malade arracha les ligatures dont les fils pendaient dans le vagin. Deux guérirent complètement de leurs troubles intellectuels; trois furent améliorées; 5 n'ont éprouvé aucune amélioration, et enfin deux sont mortes. Chez 10 malades qui avaient des lésions des ovaires et des trompes, on fit l'ablation de ces organes, pratiquant en outre dans 3 de ces cas la ventrisuspension de l'utérus.

Une de ces malades, fort âgée, mourut de pneumonie au 12e jour. Les neuf autres guérirent bien; 6 d'entre elles ont recouvré la raison; une seulement n'a éprouvé aucune amélioration à ce point de vue. Une malade a été opérée pour une péritonite tuberculeuse; actuellement elle est très améliorée au point de vue mental. Cinq périnéorrhaphies pour des prolapsus des parois vaginales n'ont amené que dans un cas une amélioration mentale.

M. Russell. — Les lésions des organes génitaux chez les femmes sont bien moins qu'on ne le dit la cause des troubles intellectuels; ce qui le prouve, du reste, c'est qu'il y a à peu près le même nombre de fous et de folles. Trop souvent on attribue à des opérations des guérisons qu'on aurait aussi bien obtenues par de simples soins hygiéniques.

SECTION DE PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'insomnie.

M. Clarke. — G. Sée a donné une classification de l'insomnie qui est généralement acceptée et qui est la suivante : Insomnie douloureuse, digestive, cardiaque et dyspnéique, cérébro-spinale et nerveuse, psychique, insomnie par fatigue physique, insomnie génito-urinaire, fébrile et autotoxique, toxique.

La perte du sommeil est plus rapidement fatale que l'inanition. Manassein a montré que tandis qu'on pouvait sauver des chiens ayant jeûné pendant 20 ou 25 jours, une insomnie complète de 96 à 120 heures de durée entraînait fatalement la mort; le cerveau est alors le siège de lésions irréparables. De plus, Sée a noté une chute rapide de la température, un ralentissement et un affaiblissement des réflexes, des lésions des hématies, une stagnation des leucocytes dans les vaisseaux lymphatiques, des hémorrhagies capillaires dans le cerveau, un état particulier de sécheresse et d'anémie de la moelle épinière. Les troubles du sommeil jouent un rôle important dans la pathogénie de presque tous les cas de manie aiguë et tous les aliénistes savent combien quelques heures de sommeil produisent un effet heureux chez de tels malades. Souvent ces quelques heures de sommeil normal constituent le premier pas vers la guérison.

Pour vaincre l'insomnie de la manie aiguë les médicaments sont souvent inefficaces. Les bains chauds sont fréquemment utiles; il faut les combiner avec des applications d'eau froide sur la tête. Ces bains sont contre-indiqués quand il y a une maladie de cœur. Pour prévenir les dangers de collapsus, il faut que le bain ne soit pas trop chaud. Le trional, le sulfonal, sont de bons remèdes, mais ne sont pas toujours exempts de danger. J'ai vu le trional amener des accidents, même à de faibles doses. Enfin, dans certains cas de manie aiguë les moyens les plus simples suffisent pour provoquer le sommeil : le repos à l'abri de tout bruit, une tasse de lait chaud prise au moment où on va se coucher, enfin un todd chez certains malades, pour lesquels un stimulant est nécessaire.

L'insomnie de la neurasthénie est très rebelle; l'étude du pouls montre qu'elle est toujours accompagnée d'une diminution de la pression sanguine. Souvent, en fortifiant le cœur avec de la digitale, on obtient le sommeil. Le massage, les frictions, les douches, la caféine et la digitale rendent des services. L'insomnie est fréquente chez ceux qui travaillent du cerveau et souvent on peut dire qu'elle est simplement due à une mauvaise habitude physiologique. Dans ces cas, il faut prendre l'habitude de se coucher régulièrement tous les soirs à la même heure. Les changements d'air sont très bons. Dans ces cas, il faut soigneusement proscrire les hypnotiques. Quand l'insomnie est due à la douleur seule, la morphine peut la faire disparaître. En somme, dans la majorité des cas d'insomnie, il faut éviter de prescrire des hypnotiques.

M. Wilcox. — Parmi les substances hypnotiques, on ne doit recourir aux alcaloïdes de l'opium qu'en dernière ressource, car les dangers qui peuvent en résulter sont trop considérables.

La *pellotine* est un alcaloïde qu'on a extrait d'un cactus qui croît à Mexico, l'Anhalonium Williamsii. C'est une poudre amorphe, très amère, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, ayant pour formule $C_{13} H_{21} NO_3$. Son chlorure cristallise bien, est soluble dans l'eau et peut être administré par la voie hypodermique, sans produire d'irritation locale. Heffher, dans ses expériences sur des grenouilles, a vu qu'un sommeil léger était produit par l'injection de cette substance, au bout de 10 à 15 minutes. Les réflexes sont un peu diminués; au bout de 20 à 30 minutes l'irritabilité réflexe augmente, puis apparaissent des spasmes rappelant ceux que provoque la strychnine. Cette période d'augmentation de l'excitabilité réflexe peut persister pendant plusieurs jours. Si on injecte de fortes doses, cette excitabilité fait place à une paralysie complète. Cette substance est probablement éliminée par les reins. Pilcz a employé ce remède dans 58 cas, à la dose de 2 centigrammes. Dans la moitié de ces cas, le résultat a été favorable : il a été modéré dans 29 p. 100 des cas et a échoué dans 21 p. 100. Jolly a vu que, chez des malades excitables et ayant le délire, des doses allant jusqu'à 12 centigrammes ne produisaient pas le sommeil, mais du moins calmaient pendant plusieurs heures. Dans d'autres cas, le médicament a très bien réussi et on n'a constaté qu'un peu de ralentissement du pouls, de vertige ou d'agitation précédant le sommeil chez certains malades. Pilcz a observé quelquefois des nausées, de la lourdeur de tête. Le sommeil ainsi provoqué est calme; on peut facilement réveiller les sujets endormis par cette substance. Au réveil il n'y a pas de céphalée, pas de nausée, pas d'état saburral de la langue. Pour Jolly on doit prescrire cette substance à la dose de 6 centigrammes.

L'*alcool amylique*, l'éther, ne doivent pas être très fréquemment employés. L'hydrate de *chloral* est un bon hypnotique, mais il peut offrir des dangers à cause de son action déprimante sur l'appareil de la circulation et aussi parce qu'on s'y habitue facilement. Le chloral n'est indiqué que dans les cas d'insomnie liée à un cœur hypertrophié et à des reins atteints de néphrite interstitielle. Le *chloralamide* est moins dangereux pour le cœur; il est utile dans les cas d'insomnie due à une hyperactivité cérébrale. C'est le plus inoffensif des hypnotiques à prescrire chez les cardiaques. Le *sulfonal* a été préconisé par Kast en 1888. A la suite de l'administration de fortes doses, on a observé de l'hébétude et des symptômes rappelant ceux de la paralysie. On a également noté à la suite de son emploi des exan-

thèmes, et, chose plus importante, on a vu apparaître de l'hématoporphyrine dans l'urine. D'autres fois il y a des vomissements, de la douleur abdominale et un collapsus mortel. Harris, Anderson et Nolan ont rapporté 3 observations avec mort survenue chez des femmes qui avaient pris du sulfonal pendant longtemps. Même administrée avec précaution, cette substance peut provoquer des sensations de lourdeur, de l'instabilité dans la marche, de la céphalée, des nausées, des vomissements. Le *trional* entraîne après lui moins de symptômes désagréables que le sulfonal; cependant, on a noté le vertige, les nausées, des malaises, des fourmillements dans les membres. Son action est plus prompte que celle du sulfonal. On a noté dans certains cas de la céphalée, un peu d'incoordination, des bourdonnements d'oreille, de la diaphorèse. Mais on peut diminuer ou supprimer ces accidents en supprimant le médicament tous les 5 ou 6 jours. L'*éthyluréthane* peut être utile quand on a besoin de changer d'hypnotique. Le *chloraluréthane* ne présente que des inconvénients.

Pour terminer je donne la classification suivante des hypnotiques :

1° Au point de vue de leur puissance d'action : paraldéhyde, chloralamide, pellotine, trional;

2° Au point de leur rapidité d'action : pellotine, paraldéhyde, chloralamide, trional;

3° Au point de vue de la durée de leur action : trional (durée la plus longue), chloralamide, pellotine, paraldéhyde;

4° Au point de vue de l'accoutumance : pellotine (la plus faible), trional, chloralamide, paraldéhyde (accoutumance considérable).

5° Au point de vue de leur innocuité : chloralamide, pellotine, paraldéhyde, trional.

M. Mc. Phedran. — D'une façon générale on doit éviter de recourir aux hypnotiques lorsque la cause de l'insomnie peut être traitée en elle-même. Cette cause peut consister en troubles digestifs (très fréquents chez les enfants), irritations locales (dentition, maladies aiguës de la peau, troubles urinaires, tous communs chez les enfants), surmenage entraînant un état neurasthénique, anxiété, ennuis, causes toxiques (dues les unes à des troubles de la digestion, les autres à des maladies chroniques — goutte, constipation chronique, maladie de Bright — à des excès de thé, de café, de tabac, d'alcool, l'abus d'hypnotiques comme la morphine, le chloral, la cocaïne, etc.), troubles de la circulation cérébrale (d'origine cardiaque, rénale ou pulmonaire ou dus à une lésion des vaisseaux cérébraux), habitudes intellectuelles et physiques vicieuses. Quand l'une de ces causes aura été reconnue on devra la combattre aussitôt et la faire disparaître. Malheureusement, dans les cas des neurasthénie, d'hystérie et d'hypochondrie il est bien difficile d'agir efficacement sur la cause. C'est dans les maladies aiguës qu'on est souvent obligé de recourir aux substances hypnotiques; dans les maladies chroniques, au contraire, trop souvent les hypnotiques ne font que du mal. On devra se défier du sulfonal qui trop souvent entraîne brusquement des accidents graves au moment où le malade semble déjà être amélioré par le traitement. Cela arrive surtout chez les femmes qui sont atteintes de constipation chronique et chez lesquelles il y a probablement rétention du médicament dans l'organisme. Cependant des phénomènes graves ont été aussi provoqués chez des sujets non constipés par l'emploi de ce médicament : 1^{gr},17 de sulfonal répété pendant 3 jours a suffi à amener le collapsus, avec pâleur, affaiblissement du pouls, anémie, diplopie, myosis, hyperesthésie et parésie; le malade ne put marcher, et encore avec difficulté, qu'au bout de 15 jours. Une femme de 28 ans, atteinte de mélancolie et d'hystérie, prit 2 grammes de sulfonal en deux doses; elle dormit pendant 12 heures; puis on la réveilla; mais la somnolence augmenta, les pupilles se contractèrent et au bout de 40 heures la malade mourut subitement. L'hématoporphyrinurie est probablement due à une hémorrhagie intestinale. Chez des chiens tués par l'ingestion de sulfonal, on a trouvé de la congestion active et passive des méninges et, dans certains cas, des hémorrhagies du 4e ventricule. On a aussi noté de la congestion de la moelle épinière et de la dégénérescence des cellules nerveuses des cornes antérieures dans sa poriion inférieure. Le trional provoque aussi divers troubles, si on ne le prescrit pas d'une manière intermittente. La paraldéhyde est un hypnotique relativement inoffensif, si on n'en donne pas de trop fortes doses. Il faut beaucoup se défier des hypnotiques chez les neurasthéniques qui ont une grande tendance à s'y habituer et à en prolonger indéfiniment l'emploi.

M. Ferguson. — Dans le traitement de l'insomnie des moyens simples comme un bain de pieds sinapisé, l'ingestion d'un aliment léger au moment de se coucher réussissent souvent en décongestionnant le cerveau et en provoquant un appel sanguin vers les pieds dans le premier cas, vers l'estomac dans le second. Il faut faire aussi dans l'insomnie une grande part à l'influence psychique, aux habitudes. On s'habitue à dormir malgré le voisinage de bruits assez considérables. Souvent on vaincra l'insomnie par des fatigues, un séjour à la campagne, en s'efforçant de détourner par de nouvelles occupations le cours de ses pensées. La suggestion, sans hypnotisme, rend de grands services.

Les hypnotiques appartiennent à 2 groupes : ceux qui permettent le sommeil en diminuant l'excitabilité qui tient le malade éveillé et ceux qui produisent le sommeil en endormant les cellules nerveuses. Les plus typiques de la première catégorie sont les bromures, dont le plus actif est le bromure de potassium. Je ne crois pas à l'influence déprimante qu'on pourrait craindre dans le potassium, surtout aux doses auxquelles on emploie ce médicament. Il faut donner les bromures en 2 ou 3 doses pendant la soirée. L'opium est souvent variable dans ces effets. Le cannabis indica employé seul est à peine un hypnotique; mais il agit souvent très bien quand il est combiné avec un bromure. Je n'emploie le chloral que très rarement. Le sulfonal employé avec prudence, n'est pas plus dangereux que toute autre substance employée constamment pour provoquer un sommeil artificiel. Il agit presque toujours, quand on le donne à la dose d'un gramme. On ne doit jamais le prescrire que d'une façon intermittente avec des intervalles d'au moins 2 jours. Le sulfonal est surtout utile quand il s'agit d'un malade qui n'a pas dormi depuis plusieurs nuits et qui va vraisemblablement encore en passer une mauvaise. La trional est plutôt indiqué chez un malade qui vraisemblablement va s'endormir, mais qui se réveillera assez tôt dans la nuit et qui ne se rendormira pas sans prendre un hypnotique.

M. Richet. — Le chloralose engourdit le cerveau et excite la moelle épinière. A la dose de 10 à 50 centigrammes, il provoque le sommeil, régularise et renforce la circulation cardiaque. Il est donc nettement indiqué dans les affections cardiaques, ainsi que dans les maladies de l'estomac, car il n'amène aucun trouble digestif. Il relève la pression artérielle, ce qui prouve bien qu'on ne peut prétendre que l'insomnie soit due à l'anémie cérébrale.

M. Mac-Alister. — Dans les cas d'insomnie due à un surmenage intellectuel, je ne prescris aucun médicament : j'ordonne au malade de cesser ses travaux et d'avoir recours le soir à des moyens simples, tels que la promenade rapide à travers la chambre, le sujet étant tout nu et allant aussitôt se mettre sous ses couvertures chaudes, ou l'enveloppement dans le drap mouillé. Chez les malades qui sont surmenés, ces procédés échouent; il faut alors les stimuler en leur faisant une injection sous-cutanée d'une solution de chlorhydrate de strychnine. Il faut leur prescrire du café fort. Le sulfate de magnésie doit aussi être recommandé. Enfin, dans les cas trop invétérés, je donne quelquefois des bromures et du chloralamide.

SECTION DE DERMATOLOGIE.

Sarcome pigmentaire multiple idiopathique

(*Type de Kaposi*).

M. Jackson. — Je vais vous rapporter un cas de sarcome pigmentaire, maladie très rare, décrite pour la première fois par Kaposi en 1879. J'ai vu ce malade pour la première fois en décembre 1895. C'est un homme de 47 ans, d'origine française. Pas d'andécédents de maladies vénériennes. Sa femme et ses enfants vont bien. Il y a 21 ans, étant en parfaite santé, il passa toute une nuit exposé à un froid intense et faillit en mourir. Peu à peu il vit apparaître de petites tumeurs sur ses doigts et ses orteils; le petit doigt de la main droite fut atteint le premier; depuis ce temps, la maladie a suivi une marche envahissante. Sa santé a continué à être bonne; cependant

depuis quelque temps il était sujet à des attaques de dyspnée. Actuellement, le malade dit jouir d'une bonne santé, d'un bon appétit. Pas d'amaigrissement; le teint est bon. L'éruption est complètement localisée sur les 4 extrémités. A une certaine époque des tumeurs ont apparu sur la face et sur les oreilles mais elles ont disparu depuis.

Au niveau des extrémités supérieures, les mains et les avant-bras sont seuls envahis; les mains sont presque noires. Leur face dorsale est couverte de nodules gros comme des pois, qui en certains points sont confluents. Çà et là, on voit quelques élevures bleu foncé, qui sont molles et fluctuantes. Les bouts des doigts sont très épaissis; tous les doigts sont fléchis dans la paume de la main et ne peuvent être étendus; cet état dure depuis 7 ans. Sur la face palmaire des doigts, il y a des tumeurs verruqueuses. Sur la paume des mains, on trouve les mêmes nodules que sur le dos, mais moins nombreux. Il y a aussi sur chaque paume une plaque épaissie, de couleur foncée. Il n'y a que quelques tumeurs au-dessus des coudes. Les jambes et les pieds présentent les mêmes nodules bleu foncé, presque noirs et on trouve aussi des tumeurs comme sur les mains et les bras. Les grosses tumeurs fluctuantes paraissent contenir du sang. Le malade prétend en avoir coupé et il dit qu'elles ne contenaient que très peu de sang et un liquide aqueux beaucoup plus abondant; celles qu'il a ainsi amputées ont très bien guéri. De petites tumeurs forment une traînée linéaire assez courte sur la face interne de chaque cuisse. Sur les jambes on voit des nodules blanchâtres et des cicatrices laissées sans doute par d'anciennes lésions. Entre les tumeurs, la peau est rugueuse, foncée en couleur, couverte d'écailles jaunâtres. On trouve ces écailles dans tous les sillons qui séparent les tumeurs. Sur la face externe du talon gauche, sur la face plantaire du pied gauche et sur le bord externe du pied droit, la peau est verruqueuse. Le pied gauche est gonflé et donne l'impression d'un coussin œdématié. Les tumeurs commencent par des nodules du volume d'un pois profondément situés dans la peau, de sorte que d'abord on peut mieux les sentir qu'on ne peut les voir. Puis elles augmentent de volume, deviennent bleu foncé et élevées. Quelques-unes sont certainement de nature vasculaire. Quand elles forment une forte saillie sur la peau, elles s'aplatissent à leur sommet. deviennent écailleuses et graduellement s'affaissent au niveau de la peau. Le malade dit qu'une de ces tumeurs accomplit son évolution en 9 mois environ; elles laissent pendant un certain temps une tache pourpre, puis cette coloration disparaît graduellement. Plus de douleurs. Sensibilité normale. Les tumeurs n'ont pas de tendance à s'ouvrir. Il y a une petite ulcération sur les orteils du pied gauche, mais elle est superficielle et provoquée par la chaussure.

M. Elliot a coupé une des tumeurs et l'a examinée au microscope. La couche cornée de la peau et le reste étaient d'aspect normal; les lésions étaient limitées au chorion, allant presque jusqu'à l'hypoderme. On voyait une masse de cellules fusiformes et çà et là des cavités de dimensions variables. Il n'y avait pas de cellules rondes, si ce n'est dans la portion papillaire supérieure. Ces cellules fusiformes étaient petites et réunies par masses serrées s'étendant dans toutes les directions. Les cavités contenaient des hématies; elles étaient en effet des sinus sanguins pénétrant dans la tumeur dans tous les sens. Leurs parois étaient très minces. Dans ce tissu il y avait beaucoup de pigment, variant du jaune foncé au brun foncé et presque au noir. Il occupait surtout le voisinage des sinus, mais on le trouvait aussi dans le tissu entre les cellules. Les fibres élastiques n'étaient pas modifiées; mais leur réseau était repoussé dans diverses directions par l'infiltration cellulaire. Pas de lésions dégénératives. Cette anatomie pathologique est celle du sarcome à petites cellules fusiformes; mais, en raison du développement des vaisseaux et des dépôts pigmentaires, on doit dire que c'est un cas d'angio-sarcome pigmentaire. J'ai revu ce malade le 22 janvier 1897. Il allait beaucoup mieux. La face dorsale des mains était parfaitement unie et avait perdu beaucoup de sa couleur noire. Le malade pouvait beaucoup mieux mouvoir ses doigts. Les jambes allaient mieux, mais étaient moins améliorées que les bras. L'endroit où on a coupé la tumeur présente une cicatrice blanche, plane. Le malade croit qu'aucune nouvelle lésion ne s'est montrée. Il a pris pendant plusieurs mois de l'arsenic, qui paraît lui avoir fait du bien.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Octobre 1897.

Cirrhose des buveurs.

M. Vallin n'a pas été convaincu par la démonstration de M. Lancereaux. Il croit que c'est l'abus du vin qui est dangereux pour les buveurs de vin, et à son sens l'opinion de M. Lancereaux sur le rôle des sels de potasse n'est qu'une hypothèse. Aussi ne croit-il pas qu'on soit autorisé à demander aux pouvoirs publics l'interdiction du plâtrage.

M. Lancereaux regrette de n'avoir pas pu réussir à convaincre M. Vallin. Mais il constate que son contradicteur n'a pas apporté des faits, ce qui serait la seule manière de réfuter une communication établie sur des faits. Aussi maintient-il ce que depuis 40 ans lui a appris l'observation ; c'est que les buveurs de vin ont le foie gros, et non point les buveurs d'alcool ou les buveurs d'essences; et la cirrhose est l'aboutissant de cette lésion, au bout d'un temps variable, parfois au bout de longues années. Le foie du buveur d'alcool devient gras et non cirrhotique. M. Lancereaux a établi ces faits à la fois par la clinique et par l'expérimentation sur des animaux intoxiqués par les sels de potasse. Il montre à M. Vallin les dessins de préparations histologiques ainsi obtenues.

Balle dans le corps de la troisième vertèbre cervicale.

M. Doyen (de Reims) a eu à soigner une jeune femme qui avait reçu, dans la bouche, une balle de très petit calibre, pesant 1 gramme, tirée avec une simple cartouche Flobert de foire. La balle s'était engagée dans le corps de la 3e vertèbre cervicale. L'extraction par la bouche eût été fort dangereuse, et M. Doyen l'a pratiquée par incision tracée en avant du sterno-mastoïdien, de façon à entrer dans l'espace prévertébral.

M. J. Andeer lit un travail sur le rôle des ostioles des muqueuses des voies génito-urinaires dans l'absorption des agents infectieux divers (blennorrhagie, syphilis, diphthérie, etc.).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 octobre 1897.

Anomalie du cœur.

M. Coyon apporte le cœur d'un enfant de 13 mois, qui présenta de la cyanose, surtout marquée aux extrémités et aux lèvres, et une légère dyspnée.

L'aorte et l'artère pulmonaire naissent du ventricule droit; la cloison interventriculaire est perforée; le trou de Botal est fermé; le canal artériel est perméable.

On note de plus une réplétion de tout le système veineux, et des traces d'endocardite récente sur les valves de la mitrale et de la tricuspide.

Oblitération complète de la sous-clavière gauche au cours d'une aortite aiguë.

M. Iselin rapporte l'observation d'un homme de 54 ans, qui, à l'occasion d'un effort, avait éprouvé une violente douleur dans la base du cou en même temps qu'apparaissait une dyspnée intense : la douleur disparut au bout de quelques heures, la dyspnée persista et augmenta au point de lui interdire tout travail.

La dyspnée, que n'expliquaient ni l'état des reins, ni celui du cœur, ni celui des poumons, était inspiratoire. Il existait une suppression du pouls dans toutes les artères du bras gauche et une dilatation de l'aorte. Le malade mourut subitement.

A l'autopsie, on trouva un cœur hypertrophié, une aorte dilatée présentant trois travers de doigts de largeur, ayant perdu sa souplesse, et la sous-clavière gauche obstruée complètement par un caillot, depuis son origine jusqu'à la naissance de la vertébrale. L'aorte ouverte, on voit des lésions d'aortite aiguë dans toute la hauteur de l'aorte thoracique dont les parois ont une épaisseur de 3 millimètres. Les autres organes sont normaux, sauf les poumons, qui présentent aux sommets des lésions de tuberculose au début.

Epithéliome de la muqueuse anale.

M. Pilliet montre des coupes d'un cancer développé au niveau de la marge de l'anus. Il s'agit d'un épithéliome alvéoaire, à globes épidermiques mous, qui rappelle ce qu'on voit dans les cancers utérins, qui débutent par la portion vaginale du col, là où l'épithélium est pavimenteux, stratifié.

Les caractères des globes épidermiques, qui ne sont pas durs et cornés, comme dans les cancroïdes, qui sont en somme, ceux qu'on voit dans les cancers des dermo-muqueuses, permettent d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un cancer de la muqueuse anale proprement dite et non de la muqueuse rectale ni de la peau de la marge de l'anus.

Rupture du foie.

M. Desfosses apporte le foie d'un homme de 42 ans qui avait reçu dans le côté droit du thorax un coup violent du timon d'une voiture et a été apporté de l'hôpital dans un état de shock non extrêmement prononcé. Il succomba quatre jours après l'accident, avec les signes d'une péritonite aiguë.

L'autopsie permit de constater des fractures multiples des 5e, 6e et 7e côtes, un épanchement sanguin dans la plèvre droite avec congestion intense du poumon droit. Les anses intestinales étaient légèrement agglutinées entre elles. Il y avait dans l'abdomen plusieurs litres de sang liquide. Pas de perforation de l'intestin; il existait une déchirure de la face convexe du foie, déchirure longue de 20 centimètres et profonde de 5 à 6 centimètres, allant du bord postérieur presque jusqu'au bord tranchant, mais n'intéressant pas toute l'épaisseur de l'organe dont la face inférieure était intacte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Octobre 1897.

Injections intra-veineuses d'eau de mer, substituées aux injections du sérum salé.

M. R. Quinton, à la suite de ses travaux sur l'évolution, a été amené à supposer que le *milieu intérieur* des organismes élevés (mammifère, oiseau), devait être un milieu marin. Selon cette hypothèse, le liquide organique dans lequel trempent toutes les cellules de l'individu, ne serait autre chimiquement que de l'eau de mer.

Pour confirmer cette vue théorique, quatre séries d'expériences ont été entreprises au Collège de France, au laboratoire de M. F. Frank. La première série, dont M. Quinton rend compte aujourd'hui, a consisté dans la saignée *à blanc* d'un animal, saignée qui détermine, comme on sait, la mort prompte du sujet si on l'abandonne à lui-même. L'animal, ainsi placé en dehors des limites compatibles avec la vie — et par conséquent dans les conditions les plus défavorables pour résister à toute intervention qui aurait un caractère toxique — devait recevoir à ce moment l'injection intra-veineuse d'eau de mer. (L'eau de mer était diluée par addition d'eau distillée : eau de mer 83; eau distillée 190.) Or les chiens expérimentés non seulement ont survécu, mais se sont rétablis avec une grande promptitude.

M. Quinton a lieu de croire que le sérum artificiel ne jouit de ses propriétés que parce qu'il tient en suspension le sel même qui constitue l'eau de mer, et que l'eau de mer lui doit être physiologiquement supérieure. C'est ce qu'il doit démontrer par des expériences ultérieures.

Rôle protecteur du foie contre l'infection charbonneuse.

M. Roger. — En injectant des cultures microbiennes par divers points du système vasculaire, on voit les animaux succomber au bout d'un laps de temps qui varie considérablement suivant le vaisseau utilisé. Si l'on emploie une culture charbonneuse de moyenne virulence et si, après l'avoir diluée au 1/100 on en injecte de 5 à 10 gouttes, on voit succomber d'abord les animaux inoculés par l'aorte, c'est-à-dire par le bout central de la carotide primitive droite au moyen d'une longue canule poussée jusqu'à l'origine de ce gros vaisseau; les animaux inoculés par le bout périphérique de l'artère fémorale meurent à peu près en même temps. Puis on voit succomber les lapins ayant reçu le virus dans les veines, ce qui dénote une légère action protective du poumon. Enfin les lapins injectés par la veine porte survivent indéfiniment.

Si les cultures sont sont très virulentes, l'action du poumon est moins nette. Mais l'action du foie reste toujours manifeste. En employant des liquides suffisamment dilués, on peut introduire par la veine-porte sans amener la mort des quantités 65 fois supérieures à celles qui tuent par les veines périphériques : c'est ainsi qu'une dose de 0 mm. c. 125 tue en 38 heures quand on l'introduit par une veine jugulaire et une dose de 8 mm. cubes reste sans effet quand elle traverse d'abord le foie,

L'action du foie sur les agents bactériens est donc beaucoup plus énergique que l'action sur les poisons : mais dans les deux cas elle se manifeste surtout quand les éléments pathogènes sont dilués et s'exerce d'une façon élective. Il existe des microbes qui trouvent dans le foie d'excellentes conditions de développement. Il ne faut donc pas généraliser d'une façon hâtive les résultats obtenus la seule conclusion actuelle, c'est que le foie exerce une action protective très marquée dans l'infection charbonneuse.

M Thiroloix fait une communication sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu (voir *Gazette*, 1897, p. 937).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Octobre 1897.

Traitement de l'obstruction intestinale.

M. Quénu revient sur un rapport fait à l'une des dernières séances par M. Broca et dans lequel il déclarait qu'en cas d'obstruction intestinale la laparotomie était préférable à l'anus contre nature. M. Quénu n'est pas de cet avis et estime que l'anus contre nature a ses indications, par exemple chez un vieillard, dont l'obstruction reconnaît pour cause soit la paralysie intestinale, soit un cancer. C'est ainsi que chez un homme de 76 ans, il a fait un petit anus latéral, les signes d'obstruction disparurent, et, comme il s'agissait de phénomènes paralytiques, le malade guérit.

M. Kirmisson soutient que le traitement de l'occlusion intestinale doit être basé sur le diagnostic causal qui est moins difficile qu'on ne le dit. La laparotomie et l'anus contre nature ont chacun leurs indications respectives, et ces indications pourront être généralement posées par un examen clinique consciencieux et détaillé.

M. Reclus cite un cas d'anus iliaque, qu'il a pratiqué chez un homme de 77 ans atteint d'obstruction intestinale de cause paralytique, et dont l'état était complètement désespéré. Le malade guérit et vit encore.

M. Berger trouve que le diagnostic causal des occlusions intestinales est souvent très difficile à poser, quelquefois même après la laparotomie. Or, ce diagnostic peut être parfois plus aisément porté après l'établissement d'un anus artificiel. C'est ainsi que M. Berger a eu l'occasion de faire la laparotomie pour obstruction intestinale chez un homme de 40 ans, qui avait déjà eu quelques attaques d'obstruction. Le ventre ouvert, on a pu seulement constater que le siège de l'obstruction se trouvait à l'angle du côlon descendant. On fit un anus cæcal, et le malade guérit de son obstruction. Son anus se referma et le cours des

matières se rétablit. L'obstacle mécanique était sans doute dû à une coudure que fit disparaître l'anus artificiel.

M. Segond préfère l'anus contre nature qui est moins meurtrier que la laparotomie et peut permettre de faire ultérieurement une laparotomie efficace. Ainsi M. Segond a eu occasion de faire un anus contre nature à une jeune femme, atteinte d'obstruction intestinale tenant à l'existence d'une tumeur du côlon transverse. Une fois les accidents disparus, il réséqua le segment intestinal, qui était cancéreux, et obtint une guérison qui se maintint une année.

L'anus contre nature a encore réussi à M. Segond dans deux cas d'occlusion intestinale post-opératoire, après hystérectomie vaginale.

M. Nélaton pense, contrairement à M. Kirmisson, que le diagnostic causal de l'occlusion intestinale est difficile dans l'immense majorité des cas, sauf s'il s'agit d'obstruction survenant par compression.

Les laparotomies sont généralement suivies de mort dans les quelques heures qui suivent ; au contraire, l'anus ne tue pas, permet de vivre et parfois de faire ensuite un traitement rationnel. C'est ainsi que M. Nélaton a fait un anus à un malade atteint d'obstruction intestinale, et ultérieurement la laparotomie qui permit d'enlever une tumeur cæcale, cause de l'obstruction.

La laparotomie ne reste la méthode de choix que lorsqu'il y a des brides péritonéales.

M. Michaux distingue entre les cas chroniques et les cas aigus. Pour les premiers, et si l'oblitération porte sur le gros intestin, l'anus artificiel est le procédé de choix. Pour les cas aigus, la conduite à tenir est plus difficile, et la laparotomie rend alors de grands services.

M. Bazy cite un cas où il a pu lever l'obstruction par la laparotomie en sectionnant une bride.

M. Routier estime qu'il faut être très éclectique. La laparotomie est plus meurtrière que l'anus, mais celui-ci ne donne pas toujours d'excellents résultats et, personnellement, M. Routier a vu succomber deux malades, après anus artificiel, parce que ce dernier avait été fait trop près du pylore. En revanche, il a laparotomisé un malade de 42 ans pour une obstruction due à une hernie intra-péritonéale, et la malade a guéri.

M. Hartmann est partisan de la laparotomie à laquelle on adresse des reproches qu'elle ne mérite pas. Si elle est meurtrière, c'est parce qu'on la pratique généralement trop tard. Faite dans de bonnes conditions, à temps, la laparotomie permettra de sauver la plupart des malades. En outre, elle est la seule opération qui peut réussir dans l'invagination intestinale, l'occlusion par brides, par torsion intestinale, etc.

M. Hartmann pense donc que si l'on excepte les cas d'occlusion chronique, il faut avoir recours à la laparotomie, à condition qu'on ne soit pas appelé auprès d'un moribond.

M. Chaput est partisan de l'anus artificiel qui, pour lui, a la plupart des avantages de la laparotomie sans en avoir les inconvénients. La laparotomie doit être réservée aux cas exceptionnels où il s'agit d'une occlusion suraiguë sans ballonnement du ventre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Octobre 1897.

Paralysies transitoires d'origine cardiaque.

MM. Achard et **Léopold Lévi** attirent l'attention sur les paralysies transitoires d'origine cardiaque, indépendantes d'une grosse lésion cérébrale. Ils ont observé deux cas. Le premier concerne une paralysie faciale inférieure transitoire, survenue chez une malade asystolique, qui succomba avec une hémiplégie du côté opposé. L'autopsie ne révéla aucune lésion en foyer. L'examen histologique montra seulement une congestion vive et un œdème léger. Le deuxième cas se rapporte à une malade atteinte de rétrécissement mitral qui fut prise de paralysie alterne, constituée par une paralysie des membres d'un côté et une paralysie faciale à type périphérique, avec paralysie de la sixième paire du côté opposé. Cette paralysie disparut en 4 jours.

Ces faits sont à rapprocher de ce qu'on observe au cours de l'urémie et de la toxémie hépatique. Dans ces deux auto-intoxications, les auteurs ont constaté des paralysies faciales, isolées, transitoires.

Il est donc vraisemblable que les paralysies d'origine cardiaque sont à la fois sous la dépendance de troubles circulatoires et toxiques.

Enfin, entre les paralysies transitoires qu'ils ont décrites et celles produites par de grosses lésions cérébrales, MM. Achard et Léopold Lévi placent une classe de faits intermédiaires dont ils ont observé deux exemples : hémiplégie au cours d'endocardite végétante par embolies microscopiques du cerveau.

Ascite chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac.

MM. Hirtz et **Georges Luys** rapportent un cas d'ascite chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac.

Il s'agit d'une femme de 57 ans, n'ayant offert dans son passé pathologique aucun signe de néoplasme stomacal. A son entrée à l'hôpital, elle présentait des phénomènes d'ascite nécessitant la ponction abdominale. On retire ainsi un liquide blanc laiteux dont l'analyse chimique a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une ascite chyleuse. A l'autopsie, on se trouve en présence d'un cancer de l'estomac propagé au pancréas, aux ganglions périgastriques et se continuant sous forme d'une gangue épaisse tout le long de l'aorte jusqu'à la naissance des artères rénales. L'examen histologique du néoplasme permet d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un épithélioma typique.

Au point de vue de la pathogénie de cette ascite chyleuse, il semble que dans ce cas, ainsi que dans les cas similaires de Straus et de Whithla, on doive incriminer la déchirure du canal thoracique sous l'influence de l'envahissement cancéreux de ce conduit.

M. Letulle fait remarquer que le cas de MM. Hirtz et Luys, bien un cas d'ascite chyleuse, diffère des cas d'ascite chyliforme dans lesquels le liquide, quoique lactescent et d'aspect chyleux, n'a pas la composition du chyle. Personnellement, M. Letulle a observé plusieurs cas d'ascite chyliforme chez des enfants atteints d'affections cardiaques; l'autopsie a démontré chez eux l'intégrité des chylifères.

M. Rendu a observé un cas d'ascite chyliforme chez une femme atteinte de cirrhose cardiaque; ce qu'il y avait de particulier dans ce cas, c'est que l'ascite, d'abord claire, devint progressivement chyliforme. Elle reprit ensuite peu à peu les caractères qu'elle avait au début.

M. Troisier a observé trois cas de cancer de canal thoracique. Deux s'accompagnaient d'une ascite non chyleuse, le troisième était sans ascite.

L'ascite chyleuse n'est donc pas la règle dans le cancer du canal thoracique; bien plus, il estime que la rupture de ce canal devenu cancéreux est impossible, car les parois sont épaissies par l'infiltration cancéreuse qui amène finalement l'oblitération du conduit.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 Juillet 1897.

Spina bifida avec paraplégie.

M. Maass a rapporté l'observation d'une fillette de 3 ans, née de parents bien portants, née à terme et sans difficulté, qui a été amenée à la clinique pour une paraplégie. Quand elle avait seulement 4 mois, les parents ont déjà constaté que l'enfant exécutait très peu de mouvements avec ses membres inférieurs.

Plus tard elle n'a jamais pu se tenir debout et ni marcher. Le traitement par le massage et l'électricité n'a jusqu'à présent donné aucun résultat. Les fonctions du rectum et de la vessie ont toujours été normales.

A l'examen on trouva les membres inférieurs en abduction et en rotation en dehors; le gauche, plus court que le droit, présentait un genu-valgum. Les mouvements actifs étaient à peine possibles du côté droit, un peu meilleurs à droite. Soutenue l'enfant pouvait marcher, et sa démarche avait alors un caractère spasmodique. Les réflexes rotuliens étaient abolis de deux côtés; la réaction électrique des muscles était normale.

Dans le dos, sur la hauteur de la 12e vertèbre dorsale, sur la ligne médiane, se trouvait une plaque d'hypertrichose au-dessous de laquelle on sentait une tumeur qui descendait jusqu'à la pointe du coccyx. L'apophyse épineuse de la 12e vertèbre dorsale était remplacée par un sillon profond; les apophyses épineuses des vertèbres sous-jacentes étaient également absentes. Diagnostic : spina-bifida latent.

L'incision faite au-dessous de la 12e vertèbre dorsale mit tout d'abord à nu un lipome complètement séparé du canal vertébral par une bande fibro-musculaire qui descendait jusqu'au coccyx. La tumeur fut enlevée et la peau suturée par-dessus.

Les suites opératoires furent simples et le résultat de l'intervention très satisfaisant. Actuellement l'enfant peut se tenir debout et marcher, bien que ses muscles présentent encore un certain degré d'atrophie. Il est évident que dans ce cas les phénomènes paralytiques étaient produites par la compression que le lipome exerçait sur la moelle épinière.

Kyste hydatique du foie et du poumon.

M. Steiner a présenté une jeune fille opérée 18 mois auparavant par M. Israël dans les conditions suivantes :

Depuis trois ans, la malade qui aimait à jouer avec des chiens, souffrait à l'estomac et toussait un peu; depuis six mois elle a constaté la formation, dans son hypochondre droit, d'une tumeur.

A l'examen on trouva que le foie descendait jusqu'à la ligne ombilicale et qu'au niveau de la base du poumon gauche existait une zone de matité. Une ponction exploratrice faite à ce niveau donna issue à un liquide clair comme l'eau de roche et contenant les crochets caractéristiques. On diagnostiqua alors un kyste hydatique du foie et du poumon.

M. Israël opéra d'abord le kyste du foie. Après suture de la poche à la paroi abdominale, il l'incisa et put alors constater qu'il existait une seconde poche. Elle fut ouverte et on constata qu'elle conduisait dans l'espace sous-diaphragmatique. M. Israël pratiqua en arrière la résection des 7e et 8e côtes, sutura la plèvre épaissie, l'incisa et retira à travers l'incision la poche vide dont les dimensions étaient celles d'une vessie de chien.

Six semaines après cette intervention la malade fut prise d'un point de côté droit et l'examen du poumon montra l'existence d'une matité à droite et en arrière. Une ponction exploratrice provoqua une dyspnée extrêmement violente qui se termina du reste assez rapidement après expectoration, dans un accès de toux, d'un petit kyste hydatique. La malade guérit après avoir présenté une broncho-pneumonie étendue de la base droite.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séances du 12 Juillet 1897.

Affections cérébrales pendant la première enfance.

M. Koeppen a présenté le cerveau d'un enfant de 3 mois qui depuis sa naissance était sujet aux convulsions. Il a été impossible de savoir à quelle affection et avec quels symptômes l'enfant a succombé.

A l'autopsie on trouve un hématome qui occupait les deux lobes occipitaux. Autrement le cerveau paraissait normalement conformé. Mais à l'examen microscopique on constata que la couche corticale contenait un grand nombre de foyers de ramollissement remplis de cellules granuleuses et entourés d'une substance gliomateuse sans noyaux. Dans le voisinage et assez loin des parties ramolllies, la névroglie était par places infiltrée de noyaux épaissis et par place devenus hyalins.

Le réseau vasculaire était dans certains endroits complètement oblitéré et transformé au réseau fibreux; d'autres vaisseaux, surtout les veines, étaient dilatés. Ces modifications doivent probablement être attribuées à la compression exercée par les hématomes; peut-être ont-elles été la cause du ramollissement. On peut encore supposer que la névroglie a été comprimée et tassée par les hématomes, ce qui expliquerait sa richesse en noyaux.

Un autre cerveau présenté par M. Koeppen, provient d'un idiot de 21 ans. Le cerveau durci pesait 1 080 grammes et présentait une méningite récente probablement sans rapport direct avec l'affection congénitale. Par contre les lobes frontaux présentaient des lésions anciennes, à savoir des sortes d'excroissances en crête de coq au niveau des circonvolutions bien fournies. L'examen microscopique a montré que la pie-mère épaissie était infiltrée de cellules rondes et que les vaisseaux de la substance corticale étaient remplis de noyaux. Les vaisseaux de la base étaient scléreux.

Il s'agit probablement dans ce cas d'une lésion syphilitique ayant produit pendant l'enfance des lésions vasculaires et des lésions en foyer qui ont retenti sur le développement du cerveau.

Lymphomes du système nerveux central dans la leucémie.

M. Benda a examiné le système nerveux central dans 7 cas de leucémie qui se sont terminés par la mort. Dans un cas seulement où le malade a succombé au début de la leucémie avec des symptômes d'apoplexie cérébrale, on trouva un ramollissement hémorrhagique dans le pédoncule cérébral et la protubérance annulaire. A l'examen microscopique, des lésions lymphomateuses furent trouvées au niveau des foyers hémorrhagiques.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Jullien (J.). *Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires.* N° 633. (H. Jouve.)

En se rapportant aux chiffres recueillis par Jullien, à l'hôpital de la Clinique, on voit qu'il y a eu un accouchement gémellaire pour 113 et un accouchement trigémellaire pour 6 164 accouchements simples. Les accidents observés le plus fréquemment pendant la grossesse sont les troubles digestifs, des douleurs lombo-abdominales, des hémorrhagies nasales et génitales, des œdèmes et des varices. 14 fois l'hérédité maternelle ou paternelle a été retrouvée (sur 464 cas). La présentation la plus commune a été le sommet chez les deux jumeaux; par ordre de fréquence décroissante on trouve deux sièges, sommet et siège, siège et sommet. La durée moyenne du travail a été de 12 heures pour la primipare, de 6 heures pour la multipare. On a noté entre la naissance des deux enfants un intervalle allant à de 3 minutes à 71 heures (1 cas), d'ordinaire, les deux jumeaux se suivent de 14 à 20 minutes. Pour hâter l'expulsion du second enfant, il faut aussitôt après la naissance du premier rompre les membranes. Pendant le travail, on a dû 44 fois intervenir, soit par le forceps (21 fois), soit par la version (19 fois), soit par l'embryotomie (2 fois). Enfin l'extraction manuelle fut employée 2 fois pour des présentations du siège complet et une fois on eut recours à l'accouchement prématuré, dans un cas de rétrécissement du bassin. La mortalité maternelle a été de 4 p. 100, la mortalité fœtale de 15 p. 100.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement de l'appendicite aiguë (p. 985).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Sur un cas de purpura hémorrhagique guéri par des injections de sérum artificiel (p. 990).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* Grossesses multiples univitellines dans une cavité amniotique unique (p. 990). — Influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale. — Étude clinique du cœur dans la chorée. — Névrites dites apoplectiformes. — Tabès. Syndrome, crises gastriques. — Formes anormales du tabes dorsalis (p. 991). — Cas de tabès avec arthropathies multiples et hémiplégie organique. — Syndrome de Little. — Du gâtisme au cours des états psychopathiques. — Ladrerie chez l'homme (p. 992).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Exstrophie de la vessie. — Hernie inguinale étranglée avec estomac dans le sac. — Trépanation du crâne. — *Obstétrique :* Cas de vagino-fixation de l'utérus. — Œdème aigu du col pendant l'accouchement. — *Médecine :* Valeur diagnostique de l'ancienne tuberculine. — Anémie pernicieuse dans le rétrécissement de l'intestin. — *Neuropathologie :* Circulation cérébrale au cours des attaques d'épilepsie (p. 993).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'albuminurie diabétique (p. 994). — Deux cas de chlorose traités par l'ingestion d'ovaires frais. — Napelline (p. 995).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — Le cas du Dr Laporte et la responsabilité médicale. — Approbation du legs Marjolin (p. 995).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'appendicite aiguë,

Par Ch. Monod et J. Vanverts

La question du traitement de l'appendicite aiguë, et particulièrement celle des indications de l'intervention chirurgicale, précoce ou tardive, a donné lieu aux vues les plus contradictoires.

Au début du revirement de l'histoire pathologique de cette affection, la division était nettement tranchée entre les abstentionnistes intransigeants et les interventionnistes à outrance, les premiers déclarant l'appendicite une maladie essentiellement médicale, les seconds la considérant comme exclusivement chirurgicale. D'après ceux-ci, la première indication pour le médecin en présence d'une appendicite serait d'appeler un chirurgien (Keen).

Nombreux sont encore ceux qui professent l'une ou l'autre de ces opinions extrêmes, appuyées toutes deux sur l'observation clinique.

En fait, il est certain, et cela est d'accord avec ce que l'on sait de l'évolution de la maladie, que dans bien des cas l'appendicite ne relève que de la thérapeutique médicale, que dans nombre d'autres elle nécessite le secours de la chirurgie. Le point délicat et important tout ensemble est, *en pratique*, de distinguer ces divers cas entre eux.

Nous devrons donc, après avoir exposé successivement et en détail le *traitement médical*, puis le *traitement chirurgical* de l'appendicite, essayer d'indiquer les circonstances où il est permis de s'abstenir et celles où l'intervention s'impose.

Nous avons auparavant quelques mots à dire du *traitement préventif* de l'affection.

Traitement préventif. — Pour quelques chirurgiens, le seul traitement préventif, *radical*, de l'appendicite, ne serait autre que la résection systématique de l'appendice chez l'enfant. Nous ne saurions approuver une telle conduite. L'affection n'est pas assez fréquente, l'enfant n'y est pas exposé d'une façon tellement fatale que l'on puisse se considérer comme autorisé à pratiquer une opération dont la bénignité n'est pas absolue.

Nous ne croyons même pas que l'on ait le droit de profiter d'une laparatomie, faite pour une lésion quelconque de l'abdomen, pour réséquer un appendice reconnu sain. Il en serait autrement si, dans les conditions précédentes, l'appendice était trouvé malade ou s'il avait été le point de départ d'attaques antérieures. On préviendrait ainsi des crises ultérieures dont le danger peut être grand.

Il est une autre forme du traitement préventif, celle-ci absolument légitime. Elle a pour objet de s'opposer au retour de nouvelles crises d'appendicite chez ceux qui ont été primitivement atteints. Nous renvoyons ce que nous avons à dire à cet égard au moment où nous nous occuperons du traitement de l'appendicite chronique.

A. *Traitement médical.* — On désigne sous ce nom l'ensemble des moyens par lesquels on s'efforce de provoquer la résorption des produits inflammatoires, ou de favoriser la formation d'adhérences qui empêchent, en cas de perforation de l'appendice ou de rupture d'un abcès péri-appendiculaire, le brusque envahissement de la grande séreuse péritonéale.

Pour atteindre ce double but, il importe avant tout, nous semble-t-il, de chercher à obtenir, dans la mesure du possible, l'immobilisation de l'intestin.

A cet égard on ne saurait trop protester, avec la plupart des auteurs, contre l'emploi des purgatifs, même des purgatifs dits doux (sulfate de soude ou de magnésie, eaux purgatives, citrates effervescents anglais, calomel, huile de ricin). N'est-il pas évident, en effet, qu'en activant les contractions intestinales, les purgatifs peuvent provoquer les accidents que l'on cherche à éviter? Et cependant certains auteurs ont soutenu qu'il importait, au contraire, dès le début de la crise, de débarrasser l'intestin de son contenu, et cela parce que, l'infection intestinale constituant d'abord toute la maladie dans un grand nombre de cas, le premier soin devrait être de combattre cette infection. Or, le meilleur moyen de réaliser l'antisepsie de l'intestin est de le vider à l'aide de purgatifs.

Parler ainsi, c'est confondre l'entérite, cause de l'appendicite, avec l'appendicite elle-même et le traitement de l'entérite avec celui de l'appendicite. Autant les purgatifs nous semblent utiles, ainsi que nous le dirons ultérieurement, comme traitement préventif des crises d'appendicite, autant ils ne peuvent être qu'inutiles et souvent dangereux comme traitement curatif d'une affection dont les lésions sont toutes différentes de celles de l'entérite simple. La légende du danger de la constipation, qui est un effet et non une cause, doit disparaître.

La proscription des purgatifs s'étendra aux lavements, même aux lavements antiseptiques, qui agissent en somme comme les purgatifs en excitant les mouvements de l'intestin.

Avec la grande majorité des auteurs nous recommandons au contraire l'usage de l'opium qui, mieux que tout autre médicament, assure le repos relatif de l'in-

testin, et cela, fait intéressant à noter, sans supprimer absolument les selles (Rendu).

En même temps l'opium soulage le malade. On lui a même fait le reproche, par le calme qu'il procure, de produire une amélioration trompeuse qui empêche le médecin de saisir le moment propice pour l'intervention. Or, ce calme est favorable et doit être recherché. Puis, c'est bien à tort que l'on voudrait établir une relation entre l'intensité de la douleur et la gravité des lésions. C'est, nous le verrons, par d'autres considérations que le praticien doit se laisser guider pour ne pas s'abandonner à une fâcheuse temporisation.

On administrera 5 à 10 centigrammes d'opium par 24 heures chez les enfants, jusqu'à 20 et 30 centigrammes chez les adultes, par doses de 1 à 2 centigrammes, plus ou moins espacées suivant la diminution de la douleur, l'état de la pupille et l'abondance des urines dont il faut empêcher la suppression.

A l'opium certains préfèrent la belladonne qu'ils administrent par pilules de 1 centigramme, jusqu'à concurrence de 7 à 8 centigrammes par jour (Ferrand, Rendu).

On a longtemps employé dans l'appendicite la révulsion sous toutes ses formes, onguent napolitain, vésicatoires, ventouses scarifiées, sangsues, etc... Ces diverses pratiques sont d'une efficacité contestable; elles peuvent de plus, par leur action sur la peau, gêner l'intervention chirurgicale, si celle-ci devient nécessaire. La vessie de glace, maintenue en permanence sur le point douloureux, n'a pas cet inconvénient, et semble avoir eu souvent un effet utile. Ce moyen a, en outre, l'avantage de nécessiter le repos dans le décubitus dorsal.

Le malade sera tenu rigoureusement au lit; on lui recommandera de faire le minimum de mouvements.

Il sera enfin mis à la *diète absolue;* précaution sur l'importance de laquelle M. Jalaguier a insisté. On ne permettra que quelques cuillerées à café de lait froid, prises à intervalles éloignés, de manière à réaliser, de cette façon aussi, le repos le plus complet possible de l'intestin.

En somme, le traitement médical de l'appendicite peut se résumer ainsi : repos au lit, diète absolue, emploi de l'opium à hautes doses, vessie de glace.

A la faveur de ces diverses ressources, les troubles constatés peuvent s'amender et disparaître.

Mais, alors même que le calme est rétabli, il reste des précautions à prendre : à la diète sévère, continuée pendant quelques jours après le début de l'amélioration, on substituera progressivement une alimentation exclusivement liquide, puis formée d'éléments très digestifs; on ne recourra aux lavements, puis aux purgatifs, que si le malade ne va pas spontanément à la selle et seulement plusieurs jours après la cessation de tout symptôme alarmant; enfin le malade restera au lit jusqu'à ce que toute crainte de rechute immédiate ait disparu.

Ainsi pratiqué, le traitement médical, préconisé par MM. Roux, Jalaguier, Berger, Talamon, Treves et la plupart des chirurgiens anglais, donne, plus souvent qu'on ne le pense, d'excellents résultats, soit pour obtenir la guérison complète, soit pour favoriser l'intervention chirurgicale.

On a pu soutenir, non sans apparence de raison, que dans les cas où les malades sont morts en 48 heures ou dans les trois jours qui suivent le début des accidents, il s'agissait d'une infection péritonéale suraiguë, contre laquelle la chirurgie reste ordinairement impuissante; que dans la grande majorité des cas il y a une tendance naturelle à la localisation des lésions, favorisée par le traitement que nous venons d'exposer; qu'enfin les malades, guéris à la suite d'une intervention précoce, sont ceux chez lesquels l'enkystement devait se faire et qu'on aurait guéris avec plus de sécurité et autant de succès quelques jours plus tard.

Ce n'est pas encore le moment de discuter la valeur de ces arguments. Nous nous contentons de les exposer en affirmant ce fait, qui est incontestable, que dans nombre de cas, plus souvent observés par les médecins que par les chirurgiens, l'appendicite, traitée médicalement, peut guérir (1).

Nous devons cependant mentionner ici une sérieuse objection faite aux partisans du traitement médical. Même après une guérison complète en apparence, certaines lésions persistent, dit-on, dans l'appendice et autour de lui, qui favoriseront la production d'une nouvelle crise. A quoi il est permis de répondre que la rechute n'est pas fatale; que d'ordinaire la seconde attaque est moins grave que la première; que l'intervention chirurgicale, telle qu'elle est habituellement conduite, ne supprime pas toujours l'appendice; qu'elle ne met donc pas non plus le malade à l'abri de crises nouvelles. Aussi bien, dans une éventualité grave comme celle d'une attaque d'appendicite, suffit-il de s'occuper du présent sans tant songer à l'avenir; l'important est de parer au danger actuel. On aura ensuite le loisir de décider s'il n'y a pas lieu de réséquer l'appendice à froid, moyen le plus sûr et le plus rationnel, comme nous le verrons, pour obtenir la guérison définitive de l'affection.

B. *Traitement chirurgical.* — Nous envisagerons ici le traitement chirurgical en lui-même, manuel opératoire, suites, résultats, sans nous inquiéter, pour le moment, des indications.

Deux cas distincts peuvent se présenter :

1° Les lésions sont circonscrites autour de l'appendice.

2° La péritonite est généralisée.

1° *Lésions circonscrites. — Manuel opératoire.* — L'opération est décidée. Voyons comment elle doit être conduite.

L'objectif est de pénétrer jusqu'au foyer péri-appendiculaire et de donner issue au pus, s'il existe, en respectant les adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale. La résection de l'appendice, pour le dire immédiatement, ne constitue pas un temps nécessaire de l'intervention.

L'anesthésie générale est indispensable.

Le lieu de l'incision ne peut être fixé d'une manière absolue. Il faut, en effet, inciser là où est la collection, et nous savons que sa situation n'est pas fixe. L'incision classique, celle de Roux, est parallèle à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque; elle sera longue de 15 à 18 centimètres, car on devra opérer profondément; située en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, elle en restera éloignée de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Nous relevons ordinairement son extrémité externe de façon à lui donner une forme semi-lunaire, analogue à celle de l'incision de la ligature de l'artère iliaque externe.

Lorsque la collection siège plus en dedans, manifestement derrière le muscle droit, l'incision sur le bord externe de ce muscle, semblable à celle que nous décrirons pour la résection de l'appendice à froid, pourra être employée.

On peut prévoir encore d'autres variétés d'incision.

1. M. Millard, Contribution à l'étude clinique de la pérityphlite. Onze cas de guérison par le traitement médical (*Bull. de la Soc. médic. des hôpitaux,* 23 novembre 1894, p. 825, 854 et suiv.).

Lorsque, par exemple, la tuméfaction occupe le flanc et laisse libre la fosse iliaque, on l'attaquera plus haut que d'habitude. De même on se reportera le plus en dehors possible si l'on soupçonne que la collection est rétro-cæcale. Dans les cas d'abcès pelvien, l'incision pourra le plus souvent être faite au niveau de la fosse iliaque droite, où la tuméfaction est presque toujours appréciable et non au niveau du rectum, comme on l'a proposé.

La peau étant coupée, on sectionne, suivant la même direction, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse, le fascia sous-péritonéal. L'aide écarte successivement les différents plans, qui sont congestionnés et saignent notablement.

L'ouverture du péritoine doit être faite très prudemment pour éviter de léser l'intestin qui parfois adhère à la séreuse pariétale.

Dans les cas favorables, à peine celle-ci est-elle effleurée par le bistouri, que le pus s'écoule jaune verdâtre, fétide, parfois mélangé de gaz et de débris sphacélés. Si l'appendice est perforé, un calcul peut être entraîné avec le pus; parfois il n'est expulsé que quelques jours plus tard; on le trouve dans le pansement.

La boutonnière péritonéale est agrandie avec les ciseaux. Le doigt recherche prudemment s'il n'existe pas des poches secondaires, que l'on s'efforce de mettre largement en communication avec la première. C'est surtout du côté du bassin que doivent porter les investigations. A plus forte raison en sera-t-il ainsi quand, par le toucher rectal, on aura reconnu l'existence d'une tuméfaction pelvienne.

Parfois on sent, dans le foyer, l'appendice complètement détaché et libre; rien n'est plus simple alors que de l'extraire. D'autres fois, facilement découvert aussi et relativement mobile, il sera réséqué après ligature au catgut, à la condition que cette petite opération complémentaire se fasse aisément. Plus souvent, l'appendice est accolé à la paroi de l'abcès; on se gardera, en pareil cas, de tenter sa libération et son extraction, par crainte de déchirer l'intestin ou les adhérences qui limitent le foyer. A plus forte raison doit-on s'abstenir de toute recherche de l'appendice quand il ne se présente pas sous le doigt. Il faut être sobre de manœuvres dans le foyer péri-appendiculaire (1).

Le lavage de la poche est inutile, car l'évacuation du pus sera suffisamment assurée par le drainage. Il est parfois dangereux; on peut craindre que le liquide, forçant les adhérences délicates qui limitent le foyer, n'aille infecter la grande cavité péritonéale.

Le drainage sera fait à l'aide d'un ou de deux gros drains rigides, à côté desquels on introduira plusieurs mèches de gaze antiseptique ou aseptique.

On placera quelques points de suture au crin de Florence, embrassant à la fois peau et muscles, pour rétrécir la plaie et éviter l'éventration; mais il ne faut guère compter sur une réunion primitive, car les fils, en contact continuel avec des produits septiques, risquent fort de s'infecter.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Une première difficulté se présente quand, après l'incision du péritoine, on tombe sur des anses intestinales agglutinées par des adhérences, sans trace de collection. Il est rare cependant que le doigt, effondrant avec ménagement ces adhérences en se dirigeant en arrière et à droite ou en bas, n'ouvre rapidement le foyer, ordinairement peu profond. Si la collection, trop petite, échappe aux investigations, il est prudent de ne pas prolonger les recherches, de se contenter de placer un drain entouré de gaze et d'attendre les événements; si l'abcès existe, on verra au bout de deux ou trois jours les phénomènes généraux s'amender, et le pansement sera imbibé de pus.

La difficulté augmente quand, après l'incision du péritoine, l'on se trouve dans la grande cavité péritonéale saine et libre.

C'est là une éventualité fréquente, surtout quand l'abcès est rétro-cæcal et quand l'inflammation n'a pas encore retenti sur le péritoine pré-cæcal pour y déterminer la formation d'adhérences. Le doigt, explorant la fosse iliaque, sent profondément une tuméfaction résistante ou rénitente, parfois fluctuante. Après avoir soigneusement protégé en dedans la grande cavité péritonéale à l'aide d'éponges ou de compresses, on déchire doucement les tissus avec le doigt, en se dirigeant vers la tuméfaction. Si le cæcum est bien visible, on cherchera à passer derrière lui. On est averti du succès de cette manœuvre par l'apparition soudaine d'un flot de pus. Celui-ci évacué, et sans faire d'autres recherches dans ce foyer, on se contente, comme dans les cas précédents, d'y placer un drain garni de gaze.

Au lieu d'ouvrir la collection rétro-cæcale, on peut se contenter de mettre à *son contact* un tamponnement à la gaze qui servira de drainage d'appel. On provoque de plus ainsi la formation d'un trajet par lequel l'abcès s'écoulera sans danger.

M. Quénu (1), qui s'est constitué le défenseur de cette seconde méthode, ne l'a jamais trouvée en défaut, et tend à en généraliser l'application à l'ouverture de toute collection périappendiculaire qui ne se présente pas immédiatement sous le bistouri (2).

Suites opératoires. — Les suites de l'opération sont ordinairement très simples. L'écoulement purulent est abondant pendant les premiers jours, puis se tarit peu à peu. La fermeture de la plaie n'est complète qu'au bout de plusieurs semaines et parfois davantage. Le drainage sera maintenu pendant tout le temps nécessaire, sans qu'on puisse assigner de date fixe à sa suppression. Lorsque, à la suite de la perforation de l'appendice ou du cæcum, l'écoulement est pyo-stercoral, la guérison est souvent retardée; le trajet devient fistuleux et peut ne se fermer qu'au bout de plusieurs mois. Il est rare toutefois que la fistule persiste indéfiniment.

Résultats. — L'ouverture des abcès périappendiculaires constitue une opération d'ordinaire bénigne si l'on parvient, par les moyens que nous avons indiqués, à protéger la cavité péritonéale.

Néanmoins, comme le fait remarquer M. Talamon, cette bénignité n'est pas absolue, surtout si l'on considère

1. Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons eu communication de l'article de M. Brun qui recommande une conduite toute différente. M. Brun cherche toujours à enlever l'appendice, « ne craignant pas de fouiller pour le découvrir les fausses membranes épaisses, qui le plus souvent l'entourent... ; il n'a, du fait de ces manœuvres, jamais observé aucun accident ».

Nous persistons à croire que, en des mains moins habiles, ces recherches peuvent être dangereuses. Nous avons tenu cependant à noter au passage, sur ce point de pratique, l'opinion d'un chirurgien aussi autorisé dans l'espèce que M. Brun.

1. Quénu (E.), *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 juin 1892 et 16 octobre 1895.

2. On a proposé, pour éviter l'inoculation péritonéale, divers moyens. Gerster faisait la laparotomie médiane, introduisait la main pour sentir où l'abcès était adhérent et y plantait un trocart sur lequel il incisait la collection, après avoir préalablement suturé la plaie de laparotomie. — Sonnenburg (*l. c.*) incisait la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement, bourrait la plaie avec de la gaze iodoformée et espérait faire ainsi appel au foyer purulent. Il a renoncé à cette méthode qui lui a donné des mécomptes.

que l'opération est parfois très précoce, alors que la défense naturelle du péritoine par le moyen des adhérences n'est encore qu'ébauchée. Mac Burney, qui intervient de bonne heure, a observé une mort sur vingt-quatre opérées, ce qui équivaut à une mortalité de plus de 4 p. 100.

En règle cependant, lorsque l'abcès est déjà enkysté, les résultats immédiats de l'intervention sont excellents.

Les résultats éloignés ne le sont pas moins. Il est habituel qu'on observe à la suite une guérison complète et définitive, *même si l'on a négligé d'enlever l'appendice*. Sans doute, on a signalé quelques cas de récidive; mais ces faits sont tellement exceptionnels qu'ils ne suffisent pas pour justifier la recherche prolongée de l'appendice et les manœuvres d'extirpation dont nous avons montré les dangers. Ordinairement, après l'intervention, l'appendice se transforme et s'atrophie par le mécanisme de l'appendicite oblitérante dont il a été déjà question, ou bien il est éliminé en partie par sphacèle.

Assez fréquemment, après l'ouverture d'un abcès périappendiculaire, on constate au niveau de la ligne d'incision une hernie ou du moins une légère tendance à l'éventration. Cette faiblesse de la cicatrice résulte de la section inévitable des muscles et de leur réunion imparfaite dans une plaie qui suppure. Pour éviter cet inconvénient, ou du moins pour y parer en quelque mesure, on conseillera aux opérés le port d'une ceinture avec pelote latérale pendant plusieurs années. On sera parfois obligé à une opération complémentaire (cure radicale); on se rappellera, en la pratiquant, la fréquence des adhérences pariéto-intestinales et pariéto-épiploïques.

Ajoutons enfin qu'à la suite de l'opération persistent parfois dans la fosse iliaque des troubles douloureux dus aux adhérences qui unissent l'appendice à la paroi abdominale et aux anses intestinales. Ces accidents sont les mêmes que ceux de « post-appendicite » que nous avons déjà décrits.

Péritonite généralisée. — Manuel opératoire. — Quelle que soit la forme d'infection péritonéale généralisée, seul le traitement chirurgical peut donner quelque résultat en permettant l'évacuation des liquides septiques renfermés dans le péritoine.

C'est à la laparotomie médiane que l'on aura généralement recours.

L'incision latérale droite pourra cependant être préférée dans les cas où il restera quelque doute sur la généralisation de l'infection et où l'on constatera des signes indiquant une prédominance des lésions dans la région de l'appendice. On est plus souvent conduit à commencer par l'incision médiane quitte à pratiquer secondairement une contre-ouverture latérale, parfois nécessaire pour faciliter la résection de l'appendice.

Ici encore, du reste, l'extirpation de l'appendice doit être considérée comme un temps utile mais non absolument nécessaire de l'opération. On ne se livrera pas pour le découvrir à des recherches qui peuvent être pénibles ou dangereuses, ayant du moins l'inconvénient de prolonger une intervention que l'on doit s'efforcer de mener rapidement.

Un lavage abondant du péritoine, fait à l'eau stérilisée chaude ou à l'eau salée à 7/1000, plutôt qu'avec une solution antiseptique même faible, nous paraît être une précaution utile à prendre. Il n'y a pas à craindre que ce lavage dissémine l'infection dans les points où elle n'existe pas, puisqu'elle est généralisée. On s'efforcera, en dirigeant la canule de l'injecteur en tous sens, et particulièrement en bas, d'obtenir l'évacuation la plus complète possible des liquides septiques.

Des tubes de caoutchouc séparés des anses intestinales par des bandes de gaze, placés dans différentes directions, et surtout du côté du bassin et de la fosse iliaque droite, établiront un large drainage. Pour mieux assurer celui-ci, on a parfois joint à la contre-ouverture latérale droite, dont nous avons déjà parlé et qui sert en outre à explorer la région de l'appendice, une incision semblable dans la fosse iliaque gauche.

Nous n'insisterons pas sur l'importance du traitement consécutif, qui consiste à relever les forces du malade à l'aide d'excitants divers; alcool, champagne, injections de sérum artificiel par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse dont le rôle, non encore élucidé, semble favorable.

Résultats. — Les résultats donnés par l'intervention chirurgicale ne sont pas très brillants. Trop souvent l'intoxication est déjà intense, et le malade succombe quelques heures ou quelques jours après l'intervention.

Cependant il existe un certain nombre de guérisons authentiques. Les statistiques dressées en réunissant les différents cas publiés sont inexactes, car on a naturellement plus de tendance à publier les cas heureux que les cas malheureux. Cette remarque s'applique à celle de M. Demoulin (1) qui renferme 89 cas avec 29 guérisons, et à beaucoup d'autres. On se rendra un compte plus exact de la valeur de l'intervention dans cette forme d'infection en se reportant à certaines statistiques personnelles. C'est ainsi que, sur 28 cas de péritonite généralisée, sans opération, M. Jalaguier (2) a eu 6 morts et, sur 22 opérés, 4 guérisons. La statistique de Sonnenburg (3) (5 succès sur 8 opérations) est plus favorable. Mais, comme le fait remarquer Roux, la plupart des succès obtenus par la laparotonie ne sont pas relatifs à des péritonites par perforation. Il existe, en effet, des formes atténuées de péritonite à exsudat fibrineux ou même séro-purulent, d'origine appendiculaire, mais sans perforation de l'organe, qui ont une certaine tendance vers la guérison spontanée; nous en avons parlé plus haut.

C. *Discussions des indications.* — Quelles sont les indications de l'un ou l'autre de ces traitements? Quand on est autorisé à se contenter du traitement médical? Quand convient-il de se décider à intervenir chirurgicalement?

Théoriquement la réponse est simple. Dans l'appendicite dite pariétale, dans celle qui ne s'accompagne que d'exsudats plastiques non purulents, lorsque ces lésions sont par conséquent susceptibles de résolution, il est permis de s'abstenir. Dans l'appendicite, ou mieux dans la périappendicite suppurée, il faut agir.

Mais ce n'est là que changer les termes du problème et non le résoudre. En fait, la difficulté est précisément, au moins au début, c'est-à-dire à la période où il importe de prendre un parti, de distinguer entre elles les deux formes de l'affection. Ce n'est donc pas porter grand secours au praticien que de lui dire : incisez s'il y a du pus, attendez dans le cas contraire.

Il nous semble que la question peut être envisagée autrement; qu'il est possible, en se maintenant sur un terrain exclusivement clinique, en se plaçant par la pensée en face du malade, d'examiner les principaux cas qui peuvent se présenter, et chercher à préciser la conduite à tenir dans chacun d'eux.

1. Demoulin (A.), Perforation de l'appendice par corps étranger. Péritonite aiguë généralisée. Laparotomie. Guérison. (*Arch. gén. de méd.*, juin 1894, p. 710.)
2. Jalaguier (A.), *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 31 juillet, 1895, p. 598.
3. Sonnenburg (E.), *Loco citato.*

Nous nous souviendrons d'ailleurs que nous n'écrivons pas seulement pour les chirurgiens, mais pour tout médecin, appelé, souvent dans les premières heures, auprès d'un malade chez lequel ont éclaté des accidents pouvant être mis au compte d'une appendicite.

1er *Cas*. — L'affection est tout à fait au début; elle date de quelques heures, d'un jour au plus. L'ensemble symptomatique peut être alarmant : douleur vive, souvent généralisée à tout l'abdomen, vomissements, balonnement du ventre; le pouls est fréquent, la température tend à s'élever.

Malgré tout, cependant, la règle en pareil cas est de s'abstenir, d'attendre quelques heures au moins, en instituant le traitement médical, d'autant plus que le diagnostic ne peut le plus souvent encore être posé avec une certitude absolue. Dans une seule circonstance il pourrait être indiqué d'agir, celle où la fréquence et la petitesse du pouls, avec tendance à abaissement de la température, l'altération des traits permettraient de croire à une péritonite généralisée d'emblée; et encore est-il bien rare qu'on arrive à temps pour faire œuvre utile.

Souvent, sous l'influence du traitement institué, l'orage se calme; tout est fini ou bien la maladie poursuit son cours.

2e *Cas*. — Les symptômes du début persistent et s'accentuent, sans avoir encore aucun caractère alarmant. L'amélioration attendue ne s'est donc pas produite; mais *il n'y a pas encore de tuméfaction nettement appréciable*. Le diagnostic d'appendicite aiguë ne fait du moins plus de doute.

Faut-il agir? Oui, disent les partisans de l'intervenvention; intervenez sans retard, dans la plupart des cas vous trouverez déjà du pus; si vous n'en trouvez pas, votre opération aura du moins été sans danger.

Ce dernier point n'est malheureusement pas absolument démontré. Il est certain que vers le 2e ou le 3e jour souvent le pus est déjà formé, mais cela sans enkystement solide encore si certain; et si ce pus est, comme d'ordinaire, très septique. l'intervention ne peut dans ces conditions être considérée comme dénuée de tout péril.

Donc, tout en comprenant la conduite de ceux qui croient devoir opérer dans ces conditions, ne pouvons-nous blâmer ceux qui préfèrent attendre, mais attendre en surveillant le malade de près, en s'attachant, suivant les indications que nous avons données plus haut, à relever les moindres signes qui permettront de soupçonner la présence du pus ou un commencement de réaction péritonéale.

3e *Cas*. — Trois ou quatre jours se sont passés, le mal se localise de plus en plus, *il y a tuméfaction iliaque certaine*, plus ou moins appréciable.

Loin de trouver dans ce fait une indication à l'intervention immédiate, bien des chirurgiens y verront un motif de temporisation nouvelle. La tuméfaction est la marque de l'enkystement des produits inflammatoires. Ceux-ci sont encore capables de résolution. En tout cas, il y a moins de danger à attendre puisque la grande cavité péritonéale semble protégée. L'opération, qui deviendra peut-être nécessaire, s'exécutera dans de meilleures conditions si elle est différée; tout se borne à une simple ouverture d'abcès.

A ceux qui tiennent ce langage nous conseillons du moins, avec Roux, de ne pas attendre au delà du 6e ou 7e jour. Si, à cette époque, la défervescence ne se produit pas, il faut en conclure que la tuméfaction périappendiculaire est suppurée et doit être incisée; il serait dangereux d'attendre, pour se décider à intervenir, l'apparition toujours tardive des signes objectifs certains de la suppuration.

Ces cas, au reste, sont les bons; la formation d'une tuméfaction iliaque est d'heureux augure; elle permet d'attendre la résolution ou de n'intervenir qu'à bon escient. Mais, comme dans le cas précédent, la temporisation n'est permise que si l'on suit le malade de très près, de façon à saisir le moment où une intervention urgente peut devenir nécessaire.

4e *Cas*. — Après un début bruyant, une amélioration réelle est survenue; *mais elle n'est pas franche*.

Certains troubles persistent; la douleur iliaque garde la même intensité, l'amaigrissement continue, la langue est blanche et moins humide, la température un peu élevée. Souvent, pour augmenter l'embarras, la tuméfaction iliaque, ce précieux jalon, est peu ou mal perceptible.

C'est en pareil cas que le médecin doit plus que jamais faire preuve de sagacité; qu'il doit s'attacher à analyser tous les symptômes et à les mettre en valeur, la persistance ou la recrudescence d'un seul des signes de l'appendicite suffisant à démontrer que les lésions ne sont pas éteintes et que le danger continue.

On tiendra compte en particulier, ainsi que nous avons eu occasion de le dire, du faciès du malade, et surtout de l'état du pouls et de la température. Nous répétons à cet égard qu'un pouls fréquent, battant plus de 100 à la minute chez l'adulte, dépassant 120 chez l'enfant, alors que la température reste aux environs de 38°, doit éveiller toutes les craintes. Qu'à ce signe se joignent une certaine altération des traits, un peu d'agitation, une recrudescence de la douleur locale avec ou sans tendance à la généralisation, en voilà plus qu'assez pour qu'on se décide à intervenir. Il serait en tout cas souverainement imprudent d'attendre, dans cette incertitude, *au delà de huit ou neuf jours*. Il faut qu'à ce moment il y ait défervescence complète pour que l'on soit autorisé à temporiser encore; que si quelques phénomènes locaux persistent, le pouls et la température doivent du moins être revenus à la normale.

Nous avons vu, à propos des symptômes, que cette amélioration trompeuse peut exister, alors même que la péritonite commence à se généraliser ou l'est déjà sur une notable étendue. Nous avons dit l'importance que pouvait avoir, pour reconnaître cette extension et par conséquent pour imposer cette intervention rapide, la disparition d'une tuméfaction iliaque dont l'existence avait été dûment constatée; nouvelle circonstance montrant la nécessité de la surveillance attentive et assidue d'un malade atteint d'appendicite.

5e *Cas*. — Dernière hypothèse : soit que l'on ait été appelé trop tard, soit que l'on ait été surpris par les événements, on se trouve en présence d'une péritonite évidente, ayant ordinairement tous les caractères d'une péritonite généralisée.

Doit-on opérer? Si, pour répondre à cette question, on interroge les faits, on est forcé de reconnaître qu'ils ne sont guère encourageants (1). Cependant il suffit de quelques succès, si rares soient-ils, pour que l'on puisse se considérer comme autorisé à pratiquer une laparotomie suivant les règles indiquées plus haut, pour peu que l'état général du malade le permette.

Il peut arriver, en effet, que la péritonite ne soit pas le résultat d'une perforation, mais une simple extension

1. Voir plus haut (p. 171) les statistiques de MM. Demoulin et Jalaguier.

de la maladie primitive, forme parfois moins grave ; ou que, généralisée en apparence, la phlegmasie se présente sous la forme d'une péritonite suppurée à foyers multiples ; ou encore que le sujet soit dans un état de défense qui lui permette de résister à l'infection ; toutes circonstances pouvant expliquer la guérison si elle survient et justifier une tentative en apparence désespérée.

Cependant s'il s'agit nettement de cette forme d'infection péritonéale que nous avons décrite sous la dénomination de septicémie péritonéale, mieux vaut s'abstenir. La laparotomie ne paraît jamais avoir donné aucun résultat dans ces cas, qui, suivant l'expression de Roux, « ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres » (1).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur un cas de purpura hémorrhagique guéri par des injections de sérum artificiel,

Par A. Pigot,

Interne à l'hôpital de Saint-Denis

Le 26 juillet dernier est entrée à l'hôpital de Saint-Denis, dans le service de M. le Dr Feltz, une malade atteinte de purpura hémorrhagique avec commencement de scorbut.

Comme antécédents : père mort de tuberculose pulmonaire. Elle-même tousse depuis un an et demi.

Cette malade nous arrive dans un état de faiblesse telle que nous redoutons pour elle une issue fatale. Son corps est entièrement recouvert de taches hémorrhagiques avec prédominance aux membres supérieurs ; leur grosseur varie du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de cinquante centimes.

Les gencives gonflées et ramollies saignent abondamment surtout au niveau des dents malades ; je dis les gencives et non le poumon, comme pourraient le faire supposer la présence des foyers tuberculeux sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Non seulement les gencives laissent suinter un sang noir qui les recouvre bientôt d'un caillot épais, mais encore la muqueuse buccale est atteinte. Elle se tuméfie et se recouvre d'ecchymoses. Les bourgeons charnus caractéristiques du scorbut apparaissent. La malade perd du sang en telle abondance que deux crachoirs ne lui sont pas trop pendant la première nuit. L'intestin lui-même participé à l'hémorrhagie ; les selles sont diarrhéiques et contiennent du sang en abondance.

La malade accuse une pénible sensation de brûlure à la région épigastrique ; l'haleine est fétide.

A l'auscultation des poumons, petite caverne du côté gauche ; la malade tousse et crache beaucoup.

Le foie est légèrement hypertrophié ; la rate normale ; température 39° ; pas d'albumine dans l'urine.

Nous apprenons que les taches de purpura sont apparues depuis quinze jours déjà, l'hémorrhagie gingivo-buccale s'étant déclarée subitement et ne datant que de deux jours.

M. le Dr Feltz voit la malade, lui fait aussitôt suivre le traitement habituel en pareil cas : potion au perchlorure de fer, à l'ergotine ; citron ; lavages fréquents de la bouche avec une solution de chlorate de potasse.

Au bout de deux jours pas d'amélioration ; le mal ne fait que s'aggraver.

C'est alors que notre maître M. le Dr Feltz, voyant l'inefficacité du traitement nous conseille de faire une injection souscutanée de deux cent cinquante centimètres cubes de sérum artificiel.

24 heures après changement subit ; la malade se relève, l'hémorrhagie diminue dans des proportions considérables ; l'état des gencives s'améliore notablement, les bourgeons charnus régressent, les matières fécales redeviennent à peu près normales ; les taches purpuriques pâlissent.

Le lendemain nouvelle injection de deux cent cinquante centimètres cubes ; le mieux continue ; enfin une troisième injection faite deux jours après la première parachève la guérison. Les gencives reprennent leur couleur rosée ; les selles redeviennent normales ; la malade reprend des forces. Toutefois la température du soir reste toujours élevée. (Cette élévation de la température est due, croyons nous, à la présence des foyers tuberculeux du poumon, et non au purpura.)

C'est sur le conseil de M. le Dr Feltz que nous avons publié cette observation qui nous nous a paru intéressante à deux points de vue.

D'abord à cause de la nouveauté du traitement ; les injections de sérum faites dans ce cas n'ont pas encore été vulgarisées.

Et ensuite à cause de la rapidité de la guérison ; en 48 heures la malade a subi une sorte de résurrection.

Comment devons-nous interpréter les effets du sérum ?

N'a-t-il agi que comme fortifiant de l'organisme et par conséquent comme vaso-constricteur dans l'arrêt de l'hémorrhagie ?

Ou bien n'a-t-il fait que changer la composition de la masse sanguine et favoriser l'hématopoïèse ?

En nous arrêtant à cette dernière manière de voir, il nous est permis de penser que l'hémophilie, ayant plus d'un rapport avec le purpura, serait heureusement influencée par des injections de sérum artificiel, mais ce n'est là, ajoutons-le, qu'une simple réflexion.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Boyer (Daniel). *Contribution à l'étude des grossesses multiples et en particulier des grossesses multiples univitellines dans une cavité amniotique unique*. N° 607. (H. Jouves.)

M. Baumgarten (Georges). *De l'influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale*. N° 471. (Jouve.)

M. Oguse (Joseph). *Etude clinique du cœur dans la chorée*. N° 532. (Malverge.)

M. Margouliès (Emmanuel). *Névrites dites apoplectiformes*. N° 400. (H. Jouve.)

M. Cache (Eugène.) *Tabes. Syndrome crises gastriques. Etude clinique*. N° 392. (H. Jouve.)

M. Ingelrans (Léon). *Etude clinique des formes anormales du tabes dorsalis*. N° 414. (G. Steinheil.)

M. Cabrol (E.) *Sur un cas de tabès avec arthropathies multiples et hémiplégie organique*. N° 557. (Cornois.)

M. Le Meignen (Henri). *Du syndrome de Little*. N° 495. (Lafolye.)

M. Manheimer (Marcel). *Du gâtisme au cours des états psychopathiques*. N° 482. (H. Jouve.)

M. Gabory (Théodore). *Etude de la ladrerie chez l'homme* N° 615. (H. Jouve.)

Les travaux de Dareste et de Jal ont établi que la gémellité univitelline résultait de la pénétration pathologique de deux spermatozoïdes dans un ovule ; cette fécondation pathologique se reconnaît à l'apparition de deux lignes primitives sur les bords du blastoderme. Dans ces cas, le placenta est unique, et on voit des vaisseaux volumineux se porter d'un cordon à l'autre. Quand ces anastomoses sont *superficielles*, elles se font d'artère à artère et de veine à veine. Les anastomoses *profondes* sont constituées par des communications d'artère à veine et de veine à artère. Les cordons s'insèrent généralement assez près l'un de l'autre et au centre du placenta. La caduque et le chorion sont uniques ; le plus souvent on trouve deux loges amniotiques formées par l'adossement des deux amnios, beaucoup plus rarement il reste une seule loge amniotique. Pour expliquer la formation de cette loge unique, on a invoqué l'usure et la résorption des feuillets de la cloison, dont le point de départ serait une rupture de l'amnios ; M. Boyer pense qu'il est plus probable que la cloison a manqué dès l'origine et que ce défaut de

1. Extrait d'un volume de l'*Encyclopédie Léauté*.

développement tient à l'adossement des deux embryons développés sur une même cicatricule; dans cette situation, en effet, on peut supposer que les têtes sont trop rapprochées pour qu'un repli amniotique puisse grandir.

Les jumeaux univitellins sont toujours du même sexe; ils offrent ordinairement une ressemblance frappante. Leur poids est sensiblement inégal, soit que la masse du placenta répartie à chacun d'eux soit inégale, soit que les anastomoses placentaires entre les deux articulations soient asymétriques. Ce sont aussi les anastomoses qui expliquent l'existence des fœtus acardiaques, le cœur de l'embryon bien conformé servant pour les deux embryons. Elles peuvent donner aussi la clé de certaines monstruosité doubles et autorité ou parasite, suivant la différence du développement des deux embryons.

M. Baumgarten étudie la question si controversée du danger *des explorations internes* chez les parturientes. Faut-il remplacer le toucher vaginal par l'exploration externe ou par le toucher rectal? Il est évident que les infections puerpérales sont dues pour le plus grand nombre à des touchers septiques, mais on ne doit pas oublier que les microorganismes qui à l'état normal vivent dans le vagin et dans le col peuvent très bien provoquer de l'auto-infection; on a rencontré dans le conduit utéro-vaginal, entre autres microbes, des staphylocoques et des streptocoques. De plus, le toucher n'est pas aussi dangereux que l'ont prétendu quelques auteurs allemands, à la condition expresse, toutefois, que la désinfection des mains soit parfaite.

Reconnaissant que le palper abdominal seul ne suffit pas pour terminer toujours l'accouchement, Riess a préconisé l'usage exclusif du *toucher rectal*, qui met à l'abri de toute inoculation vaginale par le doigt. Après avoir vidé le rectum par un lavement, on peut, avec l'index introduit dans l'anus, se rendre rendre compte de la rigidité du périnée, de la souplesse du vagin, de la longueur du col, du degré d'engagement et de la position de la tête, etc.; en un mot, d'après Riess, on sent, par le rectum, tout ce qu'il faut pour l'accouchement normal; d'ailleurs il est facile, après le toucher rectal, de se désinfecter les mains, si l'on a besoin de pratiquer une intervention obstétricale, et enfin l'infection colibacillaire qui pourrait en résulter est peu grave. Pour M. Baumgarten ce mode d'investigation est loin d'être facile; il expose à la colibacillose qui est plus dangereuse que ne le prétend Riess, et enfin, si le toucher vaginal, après l'introduction du doigt dans le rectum, est exempt de tout danger, *a fortiori* doit-il l'être quand on n'a pas pratiqué d'exploration dans un milieu aussi infectant que l'intestin.

D'après M. Oguse les manifestations anormales du cœur dans la chorée sont de trois ordres :

I. Lésions organiques;
II. Troubles fonctionnels (chorée du cœur);
III. Bruits organiques.

Les lésions organiques du cœur ne relèvent point de la chorée elle-même. Elles sont soit d'origine rhumatismale, soit d'origine infectieuse.

La fréquence de ces lésions peut être fixée à peu près à 18 p. 100 des cas de chorée que le rhumatisme et les maladies infectieuses se partagent également (Marfan). Elles peuvent précéder, accompagner ou suivre l'attaque de chorée.

Leur évolution et leur pronostic sont, en général, ceux des cardiopathies rhumatismales et infectieuses. Les choréiques dont le cœur est atteint peuvent succomber aux complications ordinaires des lésions cardiaques, confirmées dans ces cas par les recherches anatomo-pathologiques.

Il semble qu'il n'existe point de faits suffisants pour affirmer qu'il y a une endocardite réellement choréique, ayant ses caractères anatomiques et cliniques propres, comme le soutient Sturgis.

Les troubles fonctionnels, purement choréiques (chorée du cœur), ne sont pas rares; ils consistent en arhythmie, tachycardie, palpitations, souffles systoliques à la pointe. Leur évolution est celle de la chorée et ils disparaissent avec la chorée. Leur pronostic est bénin.

Les souffles anorganiques dépendent de l'état général du sujet plus que la chorée elle-même. Ils suivent la marche et ont le pronostic des souffles anorganiques.

Enfin, il faut se garder de confondre les souffles anorganiques avec les souffles organiques. Une erreur de diagnostic peut fausser le pronostic et faire adopter un traitement qui aggraverait l'état de l'enfant.

L'auteur a reproduit dans ce travail deux observations publiées antérieurement et dans lesquelles le staphylocoque avait été trouvé dans le sang pris au doigt et dans le péricarde à l'autopsie. Il a fait remarquer depuis (*Journ. de clin. et de thérap, infant.*, 5 août 1897, n° 31) que l'examen bactériologique fait dans ces conditions ne prouve pas l'existence d'une infection staphylococcique.

Les névrites dites apoplectiformes ne représentent pas une forme particulière de névrite, leur unique caractère individuel est de débuter brusquement. Aussi pour M. Margouliès devraient-elles être appelées névrites à début apoplectiforme. Toutefois, parmi les causes multiples de ces névrites se trouve quelquefois la compression des nerfs par un épanchement sanguin extra-ou intra-nerveux.

Le syndrome crises gastriques est maintenant bien connu dans sa forme typique comme dans ses nombreuses formes atypiques. Il fait son apparition le plus souvent à la période préataxiques parfois à l'état isolé. Il coexiste de préférence avec certains symptômes tabétiques, tels que les arthropathies, et surtout avec d'autres crises, crises laryngées, crises vésicales, rectales, troubles cardio-pulmonaires, pertes séminales, douleurs fulgurantes; parfois même il y a alternance, balancement entre la crise d'une part et le symptôme tabétique de l'autre.

Pour M. Cache, on arrivera à le déceler en tenant compte de ses signes spéciaux :

a. — Soudaineté du début.
b. — Vomissements et douleurs (qui par leur violence retentissent sur l'état général) survenant sous forme de crises, à intervalles assez réguliers.
c. — Cessation brusque des accidents.
d. — Retour immédiat à l'état normal.
e. — Coïncidence de quelques signes de la série tabétique.

L'hyperacidité invoquée comme pathogénie des crises gastiques a fait son temps. Chaque malade fait sa crise suivant l'état organopathique de son estomac. L'hypopepsie est même plus souvent rencontrée que l'hyperpepsie. La pathogénie n'est pas élucidée.

De l'étude du chimisme, il résulte qu'il ne faut pas employer sans discernement les alcalins à haute dose. C'est encore des injections de morphine que les malades paraissent retirer le plus de bénéfices.

Si l'évolution de l'ataxie locomotrice progressive indiquée par les auteurs classiques est celle que l'on observe d'habitude, il y a cependant un bon nombre de cas où la marche du tabès est extrêmement différente; c'est à leur étude que s'attache M. Ingelrans. D'une part, le tabès peut brûler les étapes et amener en quelques mois une ataxie complète, sans que l'on en sache les raisons. La période préataxique manque parfois tout entière et l'incoordination paraît d'emblée.

D'autre part, et en opposition, l'évolution lente de l'affection n'est pas rare. En dehors des rémissions qui peuvent être presque complètes, le tabès peut demeurer indéfiniment, c'est le mot, à la phase préataxique. Plusieurs observations de M. Ingelrans en sont des exemples frappants, en particulier celle d'un tabétique nullement incoordonné après 36 cas de maladie.

L'atrophie grise du nerf optique survenant avant l'incoordination motrice diminue les douleurs et arrête le tabès à la période préataxique, dans la proportion de 9 cas sur 10. Dans un cas le réflexe rotulien, aboli depuis des années, a réapparu.

Quand la cécité n'arrive qu'à la deuxième période de la maladie elle peut parfois diminuer et même guérir les troubles moteurs.

La majorité des cas décrits par les auteurs comme tabès bénins sont des tabès arrêtés par la cécité. Le mécanisme de cet arrêt est d'ailleurs inconnu.

A côté du tabès à début vésical, il y a lieu de décrire un tabès à début sphinctérien, atteignant les deux réservoirs.

La fréquence des troubles laryngés au cours de l'ataxie locomotrice progressive est plus grande qu'on ne le dit généralement.

Indépendamment des formes à début laryngé décrites par M. le professeur Fournier (toux coqueluchoïde, paralysie des cordes vocales), il peut arriver que le tabès débute d'emblée par des crises laryngées avec suffocation.

Ces ictus laryngés, fréquents dans le tabès confirmé, peuvent constituer le premier signe de la maladie.

Passé 60 ans, l'ataxie est une maladie rare. Son apparition tardive n'est pas en rapport avec l'acquisition tardive de la syphilis.

Le tabès est infiniment rare avant 16 ans, si même il existe. Au cas où les observations publiées chez des enfants auraient trait à du tabès vrai, elles seraient à mettre sur le compte de l'hérédo-syphilis, selon toute vraisemblance.

M. Cabrol rapporte un cas de tabès présentant un intérêt tout particulier à cause : *a*) du début des arthropathies multiples auquel on assiste; *b*) de la fracture spontanée avec cal volumineux renfermant une cavité kystique; *c*) de l'hémiplégie organique.

L'articulation du genou droit, dans laquelle les lésions sont manifestement au début, présente des lésions osseuses et cartilagineuses très évidentes. Rien, au contraire, dans la synoviale et la capsule articulaire.

Les altérations de la synoviale débutent par une hypertrophie des franges et aboutissent à la production de masses d'aspect osseux ou cartilagineux.

La moelle, traitée par la méthode de Nissl, présente des altérations cellulaires (disparition des granulations chromatophiles, disposition en cercle des granulations autour du noyau, rejet du noyau à la périphérie).

Les réflexes n'ont pas reparu du côté de l'hémiplégie, malgré la dégénération du faisceau pyramidal croisé.

Dans le groupe des paralysies spasmodiques de l'enfance, il est possible de distinguer une entité clinique dont les caractères essentiels sont, outre sa congénitalité, de se produire exclusivement chez des enfants nés avant terme, de ne présenter aucun trouble intellectuel et d'avoir une tendance marquée sinon vers une rémission complète, tout au moins vers l'amélioration. D'après M. Le Meignen cette affection, à laquelle on a voulu donner le nom de « maladie de Little » fait bien partie du groupe décrit par Little, mais ne constitue qu'une très minime portion de ce groupe.

Anatomiquement, dans l'état actuel de la science, il est permis d'attribuer la production de ce type au trouble causé dans le développement du faisceau pyramidal par une naissance prématurée.

On ne sera d'ailleurs autorisé à conclure qu'on se trouve en présence de ce type que lorsqu'aucune autre cause ne pourra être invoquée pour expliquer une lésion des centres nerveux; le « syndrome de Little » se présente en effet plus ou moins pur dans différentes altérations du névraxe, de causes diverses, et l'amélioration spontanée elle-même ne peut servir de critérium puisqu'on peut la retrouver dans d'autres états spasmo-paralytiques congénitaux.

On ne peut émettre que des hypothèses sur le rôle possible que jouerait la syphilis dans la production de ce type : infection, dystrophie, accouchement prématuré. Mais la syphilis héréditaire peut, à coup sûr, provoquer chez le nouveau-né un « syndrome de Little » absolument complet.

M. Manheimer étudie le gâtisme au cours des états psychopathiques; après avoir expliqué l'apparition des troubles sphinctériens, il montre que si cette apparition ne change pas grand' chose au traitement de la psychopathie, elle est très utile au diagnostic. Sans doute, dans les états d'inconscience, le diagnostic nosologique est largement facilité par l'étude des autres symptômes, quelquefois même par l'aspect seul du malade.

Mais il en va tout autrement de la plupart des psychopathies. Les troubles sphinctériens sont un signe précoce, souvent insoupçonné, des démences, et pouvant aider au diagnostic important entre la démence sénile et la démence paralytique, en l'absence d'autres symptômes différentiels.

Dans les vésanies, il signale ici, l'apparition de la confusion mentale, venant compliquer une dépression mélancolique, un délire hallucinatoire aigu; là, l'anxiété, accompagnant les conceptions obsessionnelles ou non. Dans tel délire systématisé, enfin, il met sur la voie de l'évolution réelle des conceptions délirantes.

Les troubles sphinctériens ont aussi leur importance pronostique. Dans les états d'inconscience, le gâtisme, par ses modalités différentes, donnera, pour ainsi dire, la mesure de l'insensibilité cérébrale (rétention des cas faibles, incontinence absolue des cas graves) et sa disparition annoncera le retour prochain à l'état normal.

Dans la paralysie générale, il représentera soit la paralysie périphérique, soit, bien plus souvent, le degré de l'inertie cérébrale. Il est alors toujours d'un pronostic grave, tempéré seulement par la possibilité des rémissions dans les cas de simple incontinence urinaire, parfois même de gâtisme complet.

Il est encore plus particulièrement à noter dans les vésanies. Si, dans les états à grand fracas, il ne représente qu'un épisode sans importance, en revanche, dans les formes chroniques, et à pronostic bénin, quand il traduit le manque de dégoût, la perversion des sentiments les plus élémentaires, quelque épisodique qu'il soit alors, il annonce l'incurabilité.

En ce qui concerne l'état physique, le gâtisme n'est pas d'un intérêt moins remarquable. Les données pathogéniques modernes établissent déjà l'évolution plus rapide de toutes les infections et surtout de la tuberculose pulmonaire, chez ces malades, en état constant d'opportunité morbide. Les altérations locales elles-mêmes, en particulier les eschares, souvent si étendues et à évolution si rapides si elles ne sont point soignées, peuvent suffire à hâter le dénouement fatal.

La ladrerie de l'homme n'est plus une affection ignorée comme autrefois et les cas deviennent moins rares à mesure qu'on la connaît mieux. Il est même bien probable qu'un certain nombre restent encore inconnus soit parce que le malade ne s'en plaint pas, soit parce que le médecin en présence de ces tumeurs parfois peu nombreuses, solitaires ne songe pas à la possibilité de cysticerques.

M. Gaboby montre que l'homme peut devenir ladre de deux façons :

a) Soit en s'infectant par un contact extérieur, en introduisant par exemple dans sa cavité buccale des œufs de tænia par des aliments ou tout autre objet.

b) Soit en digérant des œufs de son propre tænia, remontés de l'intestin dans la cavité de l'estomac. Il y a alors auto-infection.

Le cysticerque de l'homme représente comme celui du porc l'état larvaire du tænia solium.

La ladrerie de l'homme n'a pas de caractères bien caractéristiques. La tumeur la plus superficielle à l'examen peut être très souvent sous l'aponévrose. En présence de tumeurs superficielles faciles à palper, à examiner, l'élimination successive peut conduire au diagnostic exact. Mais l'examen seul de la tumeur après son ablation donne un diagnostic certain. La ponction capillaire peut souvent rendre un réel service lorsque l'enlèvement du kyste est impossible. Les cysticerques solitaires de l'encéphale ne peuvent être diagnostiqués d'une façon certaine. Le pronostic de la ladrerie est bénin lorsque les kystes sont sous-cutanés ou musculaires. Mais il devient très grave lorsqu'il existe des signes de cysticerques cérébraux ou oculaires,

Les helminthologistes admettent que le cysticerque vit une période moyenne de 3 à 6 ans. Ceux du cerveau ont souvent une plus longue durée.

Le kyste meurt le plus souvent spontanément par dégénérescence graisseuse ou crétacée. La suppuration est excessivement rare. Le traitement prophylactique doit être rigoureusement observé. Nous ne possédons pas de traitement appliquable aux cas de ladrerie à cysticerques nombreux ou viscéraux. Celui de Feletti, à l'extrait éthéré de fougère mâle pris à la dose de 40 à 60 centigrammes pendant un mois, doit être essayé puisque dans trois cas il a donné des résultats encourageants.

Malgré les conclusions de MM. de Nabias et Dubreuilh, l'auteur ne pense pas qu'il soit prouvé que le cysticercus bovis soit parasite de l'homme comme le cysticerque ladrique.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Modification de l'opération de Trendelenburg pour exstrophie de la vessie (Eine modificirte Trendelenburg'sche Blasenspaltenoperation), par Koch (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 36, p. 953). — L'observation a rapport à un garçon de 6 ans chez lequel l'écartement du pubis mesurait 7 centimètres et qui avait en outre un épispadias. La première opération a consisté à exercer sur les deux os iliaques une pression mécanique et avec les mains de façon à amener les deux pubis au contact l'un de l'autre. Ce résultat une fois obtenu et la vessie étant rentrée, on constata que les bords de la vessie se rapprochèrent également l'un de l'autre et que le scrotum reprit sa forme normale.

L'enfant fut alors mis dans l'appareil de Trendelenburg pendant 6 semaines, et lorsqu'au bout de ce temps l'écartement des pubis ne mesura plus que 2 centimètres, l'auteur fit l'autoplastie de la vessie et du pénis. Le résultat définitif doit être communiqué ultérieurement.

Un cas de hernie inguinale étranglée avec estomac dans le sac (Ein Fall von Hernia Ventriculi inguinalis incarcerata), par F. Brunner (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 34, p. 919). — Il s'agit d'un homme de 28 ans dont la hernie inguinale datait de l'enfance. La kélotomie faite pour des phénomènes d'étranglement montra que le sac contenait en arrière du côlon transverse, en avant de l'intestin et entre les deux du grand épiploon. Comme ce dernier se continuait en arrière avec le bord inférieur du côlon transverse et en avant avec le bord de l'intestin, l'auteur suppose que cet intestin ne pouvait être autre chose qu'une partie de l'estomac.

Suites opératoires simples. Guérison sans complications.

Technique de la trépanation du crâne (Zur Technik der Schädeltrepanation), par Obalinski (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 32, p. 857). — Les instruments nécessaires pour la nouvelle technique que préconise l'auteur sont le perforateur à couronne de Collin et la scie de Gigli.

On commence par tailler un lambeau ovalaire et après l'avoir préparé, on place 5 à 7 couronnes de trépan allant jusqu'à la dure-mère : deux à la base du lambeau, une au sommet, les autres sur les bords. Avec un élévateur, fin on décolle alors la dure-mère sous les ponts osseux, à travers les orifices de trépanation. Puis à l'aide d'une sonde ou d'une aiguille de Deschamps convenablement courbée, on passe d'un orifice à l'autre la scie de Gigli avec laquelle on scie successivement les ponts osseux sans imprimer la moindre secousse à la boîte crânienne.

OBSTÉTRIQUE

Opération de Porro dans un cas de vaginofixation de l'utérus (Eine Porro'sche Operation indicirt durch vorhergegangene Vaginofixation), par Dönhoff (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 36, p. 1079). — Chez la parturiente à laquelle on avait fait deux ans auparavant une vaginofixation, l'auteur trouva le col de l'utérus au niveau du détroit supérieur et très à gauche. Les essais de ramener le col dans le petit bassin ayant échoué et la situation ne changeant pas depuis quarante-huit heures que duraient les douleurs, l'auteur se décida à pratiquer l'opération césarienne, d'autant que l'enfant était mort depuis quarante-huit heures. A l'ouverture de l'abdomen l'utérus, fut trouvé en antéflexion telle et entouré d'adhérences vasculaires tellement solides que l'opération n'a pu être terminée que par l'extirpation de l'utérus.

Œdème aigu du col pendant l'accouchement (Ein Fall von Œdema acutum cervicis parturientis), par H. Meyer (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 35, p. 1056). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une III-pare de 40 ans chez laquelle pendant l'accouchement sortit de la vulve une tumeur des dimensions du poing d'adulte. En explorant cette tumeur l'auteur a pu constater qu'elle était formée par la lèvre antérieure du col avec laquelle elle se continuait. La rupture des membranes suivie au bout de quelques heures d'une application de forceps a permis d'avoir un enfant vivant.

Les suites des couches furent simples, et dès le lendemain la tumeur avait disparu. Un mois, après, l'examen génital de la femme n'a permis de constater aucune anomalie du côté du col ni de l'utérus.

L'auteur suppose qu'il s'agissait dans ce cas de l'affection décrite il y a une vingtaine d'années par Guéniot sous le nom d'allongement œdémateux avec prolapsus du col pendant la grossesse et l'accouchement.

MÉDECINE

Valeur diagnostique de l'ancienne tuberculine (Experimentelle Beitrag zur Tuberculinwirkung), par Kasparek (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 26, p. 623). — Ces recherches ont été faites avec de la tuberculine que l'auteur a préparée lui-même avec des cultures de tuberculose humaine et de tuberculose aviaire. Les animaux soumis à cette expérience étaient des cobayes qu'on rendait tuberculeux par injection et par inhalation des bacilles tuberculeux. D'autres expériences ont été faites sur des cobayes préalablement soumis, pendant trois jours à trois semaines, à des injections quotidiennes de sérum antidiphthérique.

Ces recherches ont montré à l'auteur que, chez les cobayes tuberculeux, la tuberculine préparée avec des cultures humaines provoque la réaction fébrile caractéristique déjà vingt-quatre à trente-six heures après l'infection tuberculeuse avec la tuberculine préparée avec des cultures de tuberculose aviaire; il faut employer une dose 8 fois supérieure et la réaction qu'on obtient est moins intense et dure moins longtemps. Chez les cobayes non tuberculeux, mais affaiblis par des injections de sérum antidiphtérique, la tuberculine provoque une réaction fébrile dont le type diffère de celui qu'on observe, dans les mêmes conditions, chez les animaux tuberculeux.

Anémie pernicieuse dans le rétrécissement de l'intestin (Perniciöse Anämie bei Dünndarmstricturen), par Faber (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 30, p. 643). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 27 ans, ni syphilitique ni tuberculeuse, souffrante depuis quelque temps d'une diarrhée tenace et entrée à l'hôpital avec tous les symptômes d'une anémie pernicieuse à laquelle elle succomba au bout de 15 jours.

A l'autopsie, on trouva deux rétrécissements circulaires de l'intestin à 2 m. 1/4 et 4 mètres du pylore. Au niveau de chacun de ces rétrécissements se trouvait une ulcération atypique, ne contenant ni tubercules ni cellules épithélioïdes des glandes. Nulle part il n'existait de lésions tuberculeuses ni syphilitiques.

En passant en revue les observations de rétrécissement de l'intestin, l'auteur montre que l'anémie a été fréquemment observée chez ces malades, sans que toutefois l'examen hématologique fût fait de façon à permettre d'affirmer l'existence d'une anémie pernicieuse. Parmi les symptômes produits ordinairement par le rétrécissement et qui sont la diarrhée tenace, le gargouillement et la tumeur, la malade de l'auteur n'en présentait que les deux premiers, et c'est pour cela que le diagnostic de rétrécissement n'avait pas été fait pendant la vie.

Quant à la pathogénie de l'anémie pernicieuse chez sa malade, l'auteur suppose que, par le fait de la stase intestinale, il s'est formé dans l'intestin des poisons particuliers dont la résorption a provoqué la destruction des hématies.

NEUROPATHOLOGIE

La circulation cérébrale au cours des attaques d'épilepsie, par Borischpolskly (*Rev. de neurologie et de psychiatrie de Bechterew*, 1897, n° 7). — L'auteur a poursuivi au laboratoire de M. le professeur Bechterew une série d'expériences sur l'état de la circulation cérébrale dans les attaques d'épilepsie. D'accord avec Zihen, Lussana et Gallerani, Wildermuth, Haig, Roncoroni, Betcherew, il se représente le mécanisme de l'accès comitial et l'évolution générale des modifications vasculaires au

cours de l'attaque de la façon suivante : dans l'épilepsie dite essentielle, un rôle considérable appartient très probablement à une intoxication ou à une auto-intoxication qui excite d'abord le centre vaso-moteur dans le bulbe, en deuxième lieu le centre moteur de la protubérance et enfin les centres psycho-moteurs de l'écorce. Cette succession d'excitations explique la série de phénomènes vasculaires qui sont propres à une attaque d'épilepsie : spasme des vaisseaux périphériques, d'où pâleur de la face et des téguments en général; augmentation de la pression sanguine dans les gros troncs artériels y compris les carotides; afflux collatéral du sang vers l'encéphale; dilatation passive des vaisseaux cérébraux avec augmentation de la quantité de sang artériel et de sang veineux. En même temps, et consécutivement à l'excitation des centres moteurs de la protubérance, apparaissent des convulsions toniques. Vers la fin de la période tonique de l'attaque, l'excitation du bulbe et de la protubérance cesse pendant que celle des centres moteurs de l'écorce persiste.

Il en résulte la cessation des convulsions toniques; puis, l'excitation du centre vaso-moteur ayant disparu, une dilatation des vaisseaux périphériques se produit en même temps que la pression sanguine diminue. Seuls les vaisseaux cérébraux restent dilatés encore pendant quelque temps, grâce à leur élasticité, et ce n'est qu'à la fin de la période clonique qu'ils commencent à revenir sur eux-mêmes pour atteindre leur calibre normal à la fin de la période comateuse.

Quand l'excitation des centres corticaux a cessé à son tour, les convulsions cloniques disparaissent et l'état comateux se déclare par suite de l'épuisement du système nerveux central.

Dans l'attaque d'épilepsie jacksonienne, le point de départ des manifestations morbides est constitué par les centres corticaux, ce qui n'empêche nullement les centres de la base d'y prendre part et de déterminer la série de troubles circulatoires qui sont si communs dans l'épilepsie partielle.

Quant à la perte de connaissance, elle serait due à une hypérémie cérébrale plutôt qu'à une anémie. L'une et l'autre d'ailleurs sont également capables de déterminer cette suspension des phénomènes psychiques, puisque la clinique démontre que la perte de connaissance peut survenir chaque fois que le cerveau subit des oscillations mêmes minimes dans sa nutrition.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'albuminurie diabétique,

D'après M. le Dr Goudart (1).

L'albuminurie est une complication encore assez fréquente chez les diabétiques : elle peut être fonctionnelle ou *lésionale* (A. Robin) et son traitement doit varier suivant le diagnostic.

Lorsqu'elle est purement fonctionnelle on instituera un régime sur les bases suivantes :

1° Diminution de quantité des aliments azotés;
2° Augmentation de la proportion des légumes verts;
3° Modération relative des exercices physiques.

On prescrira en outre l'antipyrine dont on ne dépassera jamais la dose de 2 grammes en 24 heures. On pourra adopter la formule suivante :

Antipyrine.	0 gr. 75
Bicarbonate de soude.	0 gr. 50

Pour un paquet à prendre 1 h. 1/2 avant chacun des principaux repas.

La durée de ce traitement n'excédera pas 3 ou 4 jours sous peine d'être nuisible. On y ajoutera le vin de quinquina et l'eau de Vichy.

Si le sucre diminue ou disparaît, abandonner le traitement antidiabétique pour ne plus s'occuper que de l'albuminurie.

Si au contraire la quantité de sucre est demeurée la même prescrire.

1° Sulfate de quinine. . . . . 0 gr. 50

Pour un cachet à prendre avant le second déjeuner.

2° Arséniate de soude.	0 gr. 02
Codéine	0 gr. 002
Carbonate de lithine.	0 gr. 10
Poudre thériacale	0 gr. 20
Extrait de quinquina.	0 gr. 20

Pour un cachet.

Dès que la glycosurie a cédé, sous l'influence de ce traitement on s'occupera de l'albuminurie. Si le sucre reparaît, on recommence l'antipyrine pendant une nouvelle période de 3 jours, puis les autres cachets et ainsi de suite jusqu'à la guérison. Il est exceptionnel qu'on ait à recommencer plusieurs fois de suite.

Si l'albuminurie paraît liée à la phosphaturie, on prescrira une cuilleré à soupe avant chaque repas de la solution suivante dans une tasse de lait pour faciliter la tolérance de l'estomac :

Arséniate de soude.	0 gr. 05
Iodure de potassium	5 gr.
Eau distillée	300 gr.

On donnera, en outre, au milieu du déjeuner et du dîner, une des pilules suivantes :

Extrait mou de quinquina.	0 gr. 05
Sulfate de quinine.	0 gr. 10
Poudre de noix vomique	0 gr. 02

Pour une pilule.

Ce médicament sera donné, surtout la noix vomique, dans le but de rétablir la tonicité du système nerveux.

Au bout de 15 jours on cessera cette médication pour la remplacer par les cachets suivants dont on prendra un au milieu du déjeuner et un au milieu du dîner :

Glycéro-phosphate de chaux. . . .	0 gr. 10
Glycéro-phosphate de magnésie . .	0 gr. 10
Poudre de noix vomique	0 gr. 02

Pour un cachet.

Après 15 jours encore on donnera des hypophosphites. M. A. Robin prescrit les hypophosphites de chaux, de potasse, de soude, de fer, de quinine et de strychnine dans un élixir ou dans un sirop dont chaque cuillerée contient :

Hypophosphite de strychnine. .	0 gr. 00025
— de quinine. . .	0 gr. 02
— de magnésie . .	0 gr. 02
— de potasse . . .	0 gr. 03
— de chaux. . . .	0 gr. 08
— de soude. . . .	0 gr. 07
— de fer.	0 gr. 03

Une cuillerée avant le déjeuner et une avant le dîner.

Lorsque la quantité d'albumine éliminée en 24 heures atteint 2 à 3 grammes, on commence encore le traitement par l'antipyrine comme précédemment : puis au bout de trois jours, le sucre ayant diminué, on met le malade au régime lacté absolu, que l'on poursuit jusqu'à retour à la même quantité de sucre. On recommence le traitement du diabète, puis on revient à l'albuminurie en faisant prendre pendant 8 à 10 jours, 2 à 6 cuillerées de la potion suivante :

Lactate de strontium.	15 gr.
Eau distillée	150 gr.

En même temps, on donnera avec avantage 2 des paquets suivants par jour :

Arséniate de soude.	0 gr. 02
Codéine	0 gr. 002
Carbonate de lithine.	0 gr. 10
Poudre thériacale . . . . . . } ââ	0 gr. 20
Extrait de quinquina. . . . . }	

Pour un paquet.

Enfin lorsque, l'albuminurie est liée à l'existence du mal de Bright, on a recours soit au régime lacté, soit, si l'affaiblissement du malade est trop marqué, aux toniques (viande crue) et aux ferrugineux. On pourra également avoir recours soit au lactate de strontium, soit à une des préparations suivantes :

Acide gallique	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Aloès socotrin en poudre. . .	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Poudre d'extrait de quinquina.	0 gr. 15

Pour une pilule. Prendre de 2 à 4 pilules par 24 heures.

1. Thèse de Paris, 1897.

Arséniate de soude.	0 gr. 05
Iodure de potassium	5 gr.
Eau distillée.	300 gr.

Une cuillerée à soupe avant chaque repas.

Faits cliniques.

Deux cas de chlorose traités par l'ingestion d'ovaires frais.

I. — L... Berthe, 29 ans, réglée depuis 14 ans, a eu toujours des époques irrégulières, très abondantes et extrêmement douloureuses. Depuis un an, elle a considérablement pâli, son visage a pris un aspect bouffi qui nous la fait prendre tout d'abord pour une albuminurique, impression qui est démentie par l'analyse. Souffle intense à l'artère pulmonaire, tachycardie, bruit de rouet à la jugulaire. Dyspepsie acide. Extrême affaiblissement. Diagnostic : *chlorose tardive*.

Diverses préparations de fer ont été données, sans résultat : l'abus des toniques a augmenté la dyspepsie.

Traitement : repos au lit, régime de l'hyperchlorhydrie. A chaque repas, 0 gr. 30 d'ovaires frais finement hachés et incorporés à de la confiture de groseille. Au bout d'un mois de ce traitement, l'anémie s'était profondément modifiée : l'aspect de la malade a complètement changé, les palpitations ont disparu. Cinq semaines après le début des soins, les règles arrivent et, pour la première fois depuis 15 ans, elles sont à peine douloureuses mais encore très abondantes.

La malade a continué son traitement d'elle-même : au bout de 3 mois, elle pouvait se considérer comme guérie. Revue 11 mois plus tard, la guérison s'était maintenue, les menstrues étaient cependant toujours assez abondantes, mais les douleurs n'avaient pas reparu.

II. — A... Alice, 15 ans, réglée depuis 18 mois a eu en tout cinq périodes qui ont été de véritables métrorrhagies. Dyspeptique avec perversion absolue du goût, douleur vive à l'épigastre, elle est essoufflée pour le moindre effort. Souffle à l'artère pulmonaire, souffle plus intense à l'orifice aortique. Diagnostic : *chlorose commune*.

Les ferrugineux ont été prescrits à diverses reprises : chaque fois ils ont déterminé des vomissements qui se sont quelquefois prolongés pendant deux semaines. Des enveloppements froids (drap mouillé) ont aggravé la maladie.

Prescription : Repos absolu au lit. Décoction fraîche de céréales, à discrétion. Purées de légumes secs, 30 centigrammes d'ovaires frais 2 fois par jour, incorporés dans de la confiture de groseille. Cette médication est bien tolérée. Au bout de 2 mois, nouvelle période menstruelle un peu moins abondante, mais ne laissant pas après elle une diminution trop notable des forces. L'anémie est encore très grande. La malade suit un régime un peu plus réconfortant : quelques viandes fraîches très cuites, quelques œufs. Les ovaires, dont on a cessé l'usage depuis 3 semaines, sont repris. Un mois après, les progrès sont appréciables. Le rhythme du cœur s'est modifié : l'appétit revient. Quelques promenades sont permises et supportées. Les règles reviennent au bout de 5 semaines, moins abondantes encore (5 jours au lieu de 10 et 12); la guérison paraît en partie obtenue après 5 mois de traitement pendant lesquels la médication ovarienne a été suivie 78 jours avec 2 interruptions de 3 semaines. Une cure d'air faite en Seine-et-Oise a été le complément heureux du traitement. Aujourd'hui (7 mois après le début de la cure) elle a repris la vie ordinaire, est restée un peu pâle, a de temps à autre quelque retour de sa dyspepsie, qu'elle traite avec succès par le repos et l'application d'un sac d'eau chaude sur l'estomac après le repas, mais elle est devenue très résistante à la fatigue ; les palpitations, l'oppression ont disparu ; on n'entend plus de souffle cardiaque; les règles sont revenues régulièrement toutes les 5 semaines (1).

G. Maurange.

1. Ces observations sont celles des deux malades dont il est parlé au cours d'un article sur le traitement de la chlorose (*Gaz. hebd*. 1897, n° 57. p. 677).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Napelline.

Définition. — La *napelline* est un alcaloïde amorphe retiré de l'aconitum *napellus* : elle ne doit pas être confondue avec l'*aconitine anglaise* ou *pseudo-aconitine* qu'on appelle aussi improprement napelline.

Solubilité. — Soluble dans l'eau et l'alcool.

Propriétés thérapeutiques. — La napelline est un analgésique et un antinévralgique comme l'aconitine : elle s'en distingue par une moindre activité et une moindre toxicité et possède sur ce dernier alcaloïde la supériorité d'être un hypnotique puissant. Ces caractères résultent des recherches de Laborde et Daudin qui ont surtout mis en relief le pouvoir hypnotique de la napelline.

En clinique elle a été expérimentée par Dujardin-Beaumetz et Gragnot. Ces essais doivent être répétés pour aboutir à des conclusions certaines.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 5 à 10 milligrammes par injection et par 24 heures.

Dujardin-Beaumetz donne des doses plus élevées : il conseille d'employer un centigramme par injection, solution à 1 p. 100 et autorise la répétition de cette piqûre 3 à 4 fois en 24 heures.

Cette posologie résulterait des expériences de Laborde qui indique la dose cinq centigrammes en 24 heures.

Nous indiquons une dose plus faible car nous ne saurions recommander trop de prudence pour un alcaloïde sur le compte duquel nous ne possédons qu'un dossier clinique insuffisant et qui a plus d'un lien de parenté avec la dangereuse aconitine.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats*. — L'injection serait peu douloureuse et n'amènerait aucune réaction locale.

b) *Éloignés*. — Comme l'aconitine, la napelline amène très rapidement (6 à 7 minutes) de la sécheresse du pharynx et de la sudation de la face. On note également de la pâleur, mais pas de tendance au vertige. Au bout d'un quart d'heure environ on se sent envahi par un sommeil invincible qui dure de 3 à 4 heures.

FORMULE

Napelline.	0 gr. 10
Eau *stérilisée*. . . . . . . q. s. p.	10 c.c.

1 centimètre cube.

(Laborde, Duquesnel, Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le cas du Dr Laporte et la responsabilité médicale. — Approbation du legs Marjolin.

« Le cas du Dr Laporte a été examiné sous tous ses aspects; il n'a peut-être pas été complètement étudié au point de vue de sa moralité pratique » : c'est par ces paroles que débute un article très suggestif publié par M. Paul Strauss dans le dernier numéro de la *Revue philanthropique* (1).

M. Paul Strauss est, parmi nos hommes politiques, l'un de ceux qui connaissent le mieux les questions d'assistance publique et d'administration sanitaire. Il

(1) La *Revue philanthropique*, Paris, Masson et Cie, p. 814.

convient donc de lire attentivement tout ce qu'il écrit, en ces temps surtout où l'on rêve d'abroger la loi du 26 janvier 1849 et de conférer au Conseil municipal la direction de tous les services d'assistance. C'est pourquoi nous devons signaler cet article.

La première responsabilité, dit M. Strauss, est celle de la Faculté de médecine qui accorde trop facilement le diplôme de docteur; mais il est un point sur lequel l'attention de la presse ne s'est point portée, c'est celui qui a trait à l'éducation professionnelle spéciale des futures médecins.

Le cas du Dr Laporte et sa moralité pratique justifient-ils ces reproches adressés à l'enseignement officiel? C'est là une assertion qui peut être contestée.

Si nous en croyons, en effet, les renseignements qui nous sont donnés, le Dr Laporte a un dossier universitaire que la majorité des élèves de nos écoles seraient en droit d'envier. Il a été cinq ans externe des hôpitaux. Il a très régulièrement et très consciencieusement fait ses études obstétricales durant lesquelles on compte vingt-huit présences sur trente jours de stage obligatoire dans le service de M. Tarnier.

Est-ce à son sujet qu'il est permis d'invoquer, l'insuffisance de l'enseignement obstétrical en France? Il appartient à ceux qui l'ont réorganisé et qui s'efforcent, avec le zèle le plus louable, de perfectionner cette branche de l'enseignement public de répondre aux arguments que fait valoir M. P. Strauss. Nous nous bornerons à faire remarquer qu'en aucun pays, aucune réglementation ne pourra obliger tous les étudiants à pratiquer eux-mêmes ou à voir pratiquer la céphalotripsie. Le Dr Laporte s'est trouvé en face de difficultés que l'on n'apprend pas à résoudre sur les bancs de l'École. La réforme du stage obstétrical n'apprendra jamais à un médecin à éviter certains accidents opératoires.

M. P. Strauss l'a si bien compris que la deuxième partie de son article a précisément pour objet de démontrer que l'organisation de l'assistance à domicile nécessite l'institution d'un service d'accouchements confié non plus aux médecins du service de nuit mais bien à des sages-femmes dépendant des services d'accouchements de nos hôpitaux. Ici encore il importe de citer textuellement : « Les sages-femmes des bureaux de bienfaisance rattachées à un hôpital déterminé n'auraient à toute heure du jour et de nuit qu'à réclamer le concours de la *garde obstétricale;* chacun des services d'accouchements aurait une double équipe, l'une pour les besoins intérieurs, l'autre pour le service urbain; elle serait aisément constituée par les assistants, les internes, *les stagiaires* (*sic*), et elle se rapprocherait de ces policliniques allemandes qui sont pour les malades traités à domicile une si précieuse ressource et pour les étudiants une si merveilleuse école pratique. »

Il y aurait bien à dire au sujet de cette nouvelle organisation qui peut avoir du bon, mais qui va singulièrement émouvoir ceux qui protestent contre les empiètements de l'Assistance publique sur le terrain de la pratique privée. Que vont-ils dire de ce projet qui dénie aux médecins de quartier toute compétence en matière d'accouchements, et qui permettra à un stagiaire de remplacer en ville l'interne ou l'assistant qui seront indisponibles!

Là n'est point d'ailleurs la question. Il s'agit, ne l'oublions pas, de la moralité du cas du Dr Laporte et d'*un accouchement tragique;* c'est le titre de l'article.

Or, pour juger la moralité d'un fait, il faut connaître les circonstances dans lesquelles il s'est produit. Le Dr Laporte, son dossier universitaire l'affirme, avait fait de bonnes études. Il s'est trouvé appelé, dans des conditions difficiles, à pratiquer une opération chirurgicale très grave. A-t-il commis une *faute lourde* et cette faute est-elle le résultat d'une ignorance, d'une imprudence ou d'une légèreté incompatibles avec l'exercice consciencieux de l'art?

Telle est la seule question.

Cette question, qui peut la résoudre? Ce n'est certes point le juge d'instruction. Et c'est pourquoi, tout en admettant la responsabilité pénale et civile des médecins, les tribunaux ont *toujours* fait appel aux lumières des médecins légistes pour déterminer où commence, où finit cette responsabilité. Le juge d'instruction qui a décerné un mandat d'arrêt contre le Dr Laporte prévenu d'homicide par imprudence a-t-il pris le soin de consulter au préalable ceux qui étaient à même de l'éclairer sur la nature de l'opération qui motivait cette prévention? S'il n'a pas sollicité l'avis des médecins experts autorisés, n'a-t-il pas lui-même commis une faute lourde en traitant comme un criminel de droit commun un honnête médecin dont il n'avait pas le droit d'incriminer la pratique?

Si, au contraire, le juge d'instruction n'a fait incarcérer le Dr Laporte que sur l'avis des médecins experts, comment ceux-ci échapperont-ils à la responsabilité morale qu'ils ont assumée?

En vain nous affirme-t-on qu'ils n'ont été appelés qu'à déterminer, par une autopsie, la nature des lésions et les causes de la mort. Dans un cas semblable le médecin légiste appelé à définir et à préciser la responsabilité d'un opérateur doit savoir apprécier les circonstances dans lesquelles celui-ci a dû intervenir et, je l'ai déjà dit, faire valoir en faveur de l'inculpé tout ce qui peut et doit justifier sa conduite ou atténuer sa faute.

Nous admettrons donc volontiers avec M. P. Strauss que l'on perfectionne encore l'enseignement et le stage obstétrical, que l'on institue un service d'ambulances urbaines mis à la disposition des accouchées, que l'on facilite à domicile l'assistance des indigents, mais nous demandons énergiquement que, devant le tribunal qui va juger le Dr Laporte, on fasse appeler ceux de nos maîtres en obstétrique qui sont assez éclairés pour pouvoir juger dans quelles conditions il a opéré et assez impartiaux pour l'innocenter si, comme nous le croyons, il a agi de bonne foi et sans imprudence ou ignorance incompatibles axec l'exercice consciencieux de l'art.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer à ceux de nos confrères qui font partie de l'Association générale qu'un décret du Président de la République vient de nous autoriser à accepter le don généreux de notre regretté collègue M. Marjolin. Cette heureuse solution d'un long débat entre l'administration du Ministère de l'intérieur, qui nous a défendus, et le Conseil d'État, qui prétend toujours maintenir dans ses termes rigoureux la législation étroite qui régit les Sociétés de secours mutuels, nous réjouit doublement. Elle accroît dans des proportions inespérées nos ressources futures. Elle démontre de plus que nous avons été bien inspirés en résistant aux injonctions de ceux qui prétendaient nous faire modifier nos statuts et nous aliéner ainsi le bon vouloir et les appuis qui ne nous ont jamais fait défaut.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde (p. 997).

MÉDECINE PRATIQUE. — Des prostatiques calculeux et en particulier de leur traitement par l'épicystostomie (p. 998).

REVUE DES CONGRÈS. — *IIe Congrès de l'Association française de chirurgie :* La botryomycose humaine et le champignon du cheval. — Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines. — La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore. — Fonctionnement de l'hôpital de campagne pendant la guerre Gréco-Turque (p. 999). — Résection totale du maxillaire supérieur. — Angine dite de Ludwig. — Plaie de la face par arme à feu. — Enfoncement du crâne avec phénomènes paralytiques tardifs. — Polypes naso-pharyngiens. — Kystes séreux du cou (p. 1000). — Traitement du goître exophthalmique. — Traitement du mal de Pott. — Scolioses graves (p. 1001). — Néphrectomie pour tuberculose primitive du rein. — Fistule vésico-intestinale. — Fièvre urineuse. — Calculs et tuberculose urinaires (p. 1002).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Pathogénie de la dysenterie. — Etiologie et pathogénie de la fièvre jaune (p. 1002).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Appendicite herniaire. — Résection bilatérale du sympathique cervical. — Cirrhose des buveurs. — *Société de biologie :* Sérodiagnostic des entérites infantiles (p. 1003). — Atrophie partielle des nerfs optiques. — Ecthyma ulcéreux. — *Société de chirurgie :* Occlusion intestinale (p. 1004). — *Société médicale des hôpitaux :* Hémi-hyperesthésie névro-musculaire. — Rupture de l'aorte. — Troubles psychiques, de l'adipose localisée. — De l'œdème segmentaire (p. 1005). — Ulcère de l'estomac. — *Société obstétricale et gynécologique :* Diagnostic différentiel de l'appendicite et de la salpingite. — Cas d'éventration post-partum. — *Société de thérapeutique :* Accidents provoqués par la théobromine (p. 1006). — *Société des sciences médicales de Gannat :* Ostéo-arthropathie pneumique chez une femme (p. 1007).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société médicale de Hambourg :* Opération d'Estlander. — Embolie de l'artère sylvienne. — Belgique. *Société belge de gynécologie et d'obstétrique :* Rétrodéviation utérine (p. 1007). — Sarcome primitif de la trompe. — *Société belge de chirurgie :* Hystérectomie vaginale (p. 1008).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde.

Résumé de la communication lue au *Congrès de chirurgie,*

Par M. le Professeur Berger (Paris).

On trouve dans la région latérale profonde du cou des tumeurs cancéreuses qui sont manifestement des tumeurs primitives ainsi que le prouve l'absence de toute lésion analogue siégeant dans les organes voisins, tumeurs dont le développement d'ailleurs ne s'est pas fait dans les ganglions lymphatiques de la région. Elles sont en connexion intime avec la gaine des vaisseaux, particulièrement avec la jugulaire, et ce caractère avait déterminé Langenbeck, dès 1861, à en faire une classe à part sous le nom de tumeurs de la gaine des vaisseaux. Cette conception, qui fut reprise par Carl Regnault (*Archiv f. Klin. Chirurgie,* 1887), ne donne aucune lumière sur le point de départ anatomique et sur l'origine réelle de ces néoplasmes. Ce fut en 1882 que Volkmann, se fondant sur leur siège latéral et profond, et sur leur indépendance des couches épithéliales qui entrent dans la constitution des organes voisins, fut amené à penser qu'elles procédaient des germes épithéliaux qui restent profondément inclus dans les tissus au moment de l'oblitération des fentes branchiales, et les plaça comme tumeurs branchiales, à côté des kystes et des chondromes qui reconnaissent la même origine. Des exemples de *carcinomes branchiogènes* du type Volkmann furent observés et décrits par Quarry Silcock, par Reverdin et Mayor, par Lejars; malgré ces observations, l'existence des carcinomes branchiogènes ne reposait que sur une hypothèse, quand Henri Richard publia dans les *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, en 1888, un certain nombre de faits recueillis à la chronique de Bruns et dans lesquels l'origine branchiale de la tumeur était prouvée par le développement du cancer aux dépens d'un kyste congénital du cou transformé en fistule. En 1892, à l'occasion du jubilé de Billroth, Gussenbauer publia un important travail sur ce sujet où 8 observations nouvelles de ce genre de tumeur étaient rapportées.

L'épithélioma branchiogène de Volkmann est essentiellement constitué par de l'épithéliome pavimenteux prouvant, par sa forme anatomique, la connexion originelle qui l'unit aux épithéliums de revêtement externe; le second point caractéristique est l'indépendance de la tumeur d'avec les organes voisins, larynx, pharynx, œsophage, thyroïde, glandes lymphatiques, à moins que celles-ci ne soient envahies secondairement; le dernier caractère est l'adhérence intime à la gaine des vaisseaux et à la veine jugulaire qui a dû être enlevée avec la tumeur dans toutes les observations connues d'exérèse.

Nous allons démontrer qu'il est d'autres cancers, participant à ces deux derniers caractères, ayant donc les connexions et les apparences des épithéliomes branchiogènes et qui se distinguent nettement de ceux-ci par leur structure et par leur origine anatomique. Voici le fait qui nous a permis de l'établir.

Une femme de 26 ans est admise dans mon service, en février, avec une tumeur cancéreuse ulcérée du cou. Cette tumeur, du bord inférieur de la mâchoire, arrive à la clavicule et au sternum qu'elle déborde; elle s'étend de la nuque, où elle pénètre profondément sous les muscles, à la ligne médiane antérieure au niveau de laquelle elle déjette la trachée et le larynx en sens opposé. Elle est profonde, mais indépendante des organes de la région sur lesquels elle est mobile. Fluctuante en arrière, elle présente en avant un envahissement manifeste de la peau et des ulcérations végétantes caractéristiques; par ces ulcérations se font des hémorrhagies qui mettent la vie en danger. Cette tumeur, d'abord profonde, a mis 6 ans à s'accroître peu à peu; elle ne peut être considérée que comme un épithéliome et je soulève l'hypothèse d'une origine embryonnaire se rattachant au développement de la région.

Ablation de la tumeur le 13 février; au cours de l'opération qui fut excessivement difficile, on constate l'indépendance absolue de la trachée, du larynx, de l'œsophage, de la thyroïde qui sont intacts; la fusion complète de la tumeur avec la jugulaire interne qu'il faut enlever dans toute sa longueur en dénudant dans la même étendue la carotide et le pneumogastrique. En arrière et en haut, la tumeur envoie un prolongement résistant en arrière de la carotide externe jusque vers l'apophyse styloïde.

La guérison se fit sans incident, mais lentement en raison de l'étendue de sa perte de substance des téguments qu'il avait fallu créer. La malade est, au bout de huit mois, encore sans récidive.

La tumeur était formée de masses de consistance et d'aspect gélatineux; ces masses, formées par l'accumulation d'un très grand nombre de grains disposés sans ordre, sont creusées par places de cavités kystiques dont quelques-unes sont très volumineuses.

Résumé de l'examen histologique (pratiqué par M. le Dr Fernand Besançon). — La tumeur est essentiellement constituée par des vésicules indépendantes les unes des autres, présentant l'aspect et les caractères des vésicules du corps thyroïde, une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique, un contenu colloïde, séparé par places du revêtement cellulaire par les produits de sécrétion des cellules. Dans l'intérieur de ces vésicules font saillie des végétations constituées au centre par un tissu conjonctif en continuité avec le stroma fibreux de la tumeur, à la surface par l'épithélium de revêtement des follicules refoulé dans la cavité par la prolifération du tissu conjonctif.

Ces masses épithéliales s'enfoncent dans le tissu cellulaire ambiant qui présente des lésions d'irritation chronique; on y retrouve les premières ébauches de ces formations épithéliales sous forme de boyaux cellulaires pleins, ne renfermant pas encore de cavités.

Le tout représente absolument les caractères que Cornil a décrit en 1875 comme ceux de l'épithélioma du corps thyroïde, et rappelle la structure des tumeurs que Wölfler a désignées sous le nom d'adénomes malins, Hinterstoisser, d'adéno-carcinomes de cette glande. La tumeur à laquelle nous avions affaire était incontestablement un épithélioma thyroïdien ayant pris son origine en dehors de la glande thyroïde elle-même.

Nous avons recherché si, dans la littérature, nous trouverions des faits de cet ordre : parmi les observations de Gussenbauer, il en est deux qui nous paraissent devoir être rapprochées de la nôtre; l'analogie est plus grande encore avec trois faits communiqués en 1887 à la Société pathologique de Londres par Frederik Treves.

Comment peut-on se représenter le mode de développement de ces tumeurs? Nous savons que dans la région latérale du cou l'on observe de véritables ectopies de tissu thyroïdien; Madelung en 1879, puis récemment Ssalitschew en ont réuni un certain nombre de cas. Ces thyroïdes accessoires latérales sont dues à une déviation du bourgeonnement épithélial qui, suivant His et Born, forme les lobes latéraux du corps thyroïde, de même que les anomalies du *ductus thyreoglossus* donnent naissance aux thyroïdes accessoires médianes antérieures et intralaryngées et aux kystes qui en dérivent (Streckeisen, *Virchow's Archiv*, 1886, CIII, p. 131). Il n'y a rien d'étonnant à ce que les transformations néoplasiques qui peuvent se produire dans la glande thyroïde principale se développent dans ces lobes aberrants : il n'y a surtout rien que de très conforme aux idées actuellement reçues sur l'origine des tumeurs à admettre qu'un épithéliome, un adéno-carcinome analogue à ceux de la thyroïde, puisse se développer aux dépens des débris épithéliaux parathyroïdiens qu'une aberration formatrice a semés dans le tissu cellulaire profond du cou, comme les épithéliomes des os maxillaires se développent aux dépens des débris paradentaires de Malassez, comme les épithéliomes branchiogènes de Volkmann procèdent des débris épithéliaux des fentes branchiales.

Ainsi l'on doit désormais dans les épithéliomes profonds du cou, dans les tumeurs de la gaine vasculaire de Langenbeck, distinguer deux variétés anatomiques distinctes, ayant une origine embryogénique comparable mais non identique : les épithéliomes branchiogènes et ceux auxquels nous donnons le nom d'épithéliomes thyroïdiens aberrants.

L'histoire de notre malade montre que ces deux espèces forment une même famille clinique ayant des caractères qui lui sont propres; mais l'examen histologique seul peut les faire reconnaître l'une de l'autre. Elle démontre en outre que, malgré les difficultés de l'extirpation, celle-ci présente des chances de succès et qu'elle doit être conseillée.

MÉDECINE PRATIQUE

Des prostatiques calculeux et en particulier de leur traitement par l'épicystostomie

(Opération de Poncet),

Par M. le Dr Ernest Rebillard.

Les calculs vésicaux ne sont pas rares chez les malades atteints de troubles urinaires d'origine prostatique. Depuis que la cystostomie sus-pubienne (opération de Poncet) est entrée dans la pratique comme traitement de certaines complications prostatiques, on a eu l'occasion de constater leur fréquence, alors que, par le passé, il se serait agi de trouvailles d'amphithéâtre.

Nous avons réuni, en effet, dans notre thèse, sur 18 observations de prostatiques calculeux, 9 cas dans lesquels le calcul n'avait pas été soupçonné, et où la cystostomie sus-pubienne pratiquée contre le prostatisme permit de les reconnaître et de les enlever. Chez les prostatiques, on doit donc songer à la calculose, mais le diagnostic n'en est pas, chez eux, toujours possible ou facile, par suite de l'existence d'un bas-fond vésical plus ou moins prononcé et de certaines conditions locales qui peuvent rendre l'exploration infructueuse.

Dans la plupart des cas, il s'agit de calculs phosphatiques : 9 fois sur nos 18 observations; 4 fois la pierre avait un noyau d'acide urique recouvert de couches de phosphates, une fois elle était d'acide urique. Dans 3 cas, la composition n'avait pas été indiquée; 2 fois il s'agit de calculs apparus après la cystostomie et une fois d'un calcul antérieur au prostatisme.

Ces considérations de dureté ou de volume n'ont pas du reste pour nous grand intérêt, car pour le traitement nous ne proposons dans tous les cas qu'une seule opération : la cystostomie sus-pubienne.

D'après M. Poncet, la lithotritie doit complètement céder le pas à l'épicystostomie. Chez les vieillards prostatiques, et surtout lorsqu'il existe de l'infection, la lithotritie avec ses manœuvres plus ou moins longues, réitérées, par cela même dangereuses, avec l'impossibilité dans laquelle on peut se trouver d'enlever tous les fragments du calcul brisé, etc., doit être rejetée.

Avec la cystostomie hypogastrique, on voit ce que l'on fait; l'œil et surtout le doigt peuvent explorer tous les recoins de la vessie; dès lors rien de plus facile que d'extraire des calculs même volumineux et de faire une toilette parfaite de la cavité vésicale.

La cystostomie sus-pubienne permet seule chez les prostatiques calculeux de remplir cette double indication, savoir : extraire d'une façon facile, rapide et complète le ou les calculs; instituer un traitement curatif des complications urinaires, soit d'origine prostatique, soit d'origine calculeuse.

A ce double titre, elle est donc bien l'opération de choix (1).

1. E. Rebillard, th. de droit. Lyon, 1896-1897, 2e série, n° 117.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 18 au 23 Octobre.

Séance du 18 Octobre 1897.

La botryomycose humaine et le champignon du cheval.

MM. A. Poncet et **L. Dor** (de Lyon). — On a décrit depuis quelques années en Allemagne, sous le nom de botryomycose, une infection connue des vétérinaires en France, sous le nom de *champignon du cheval*. Cette affection se présente sous la forme de tumeurs papillomateuses, pédiculées qui se développent sur le scrotum du cheval après la castration. On a pu trouver un parasite spécial ressemblant beaucoup au staphylocoque pyogène et que Bollinger a appelé botryomyces (de βοτρυον, grappe); avec des cultures pures de ce champignon il a été possible de reproduire expérimentalement la maladie. Nous avons été souvent frappés de voir chez l'homme des tumeurs pédiculées et papillomateuses se développant principalement au niveau des doigts et de la main et nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas une analogie entre ces papillomes inflammatoires et la botryomycose; nous sommes arrivé à démontrer la réalité de cette hypothèse et c'est là le but du présent travail.

Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines.

M. Heydenreich relate l'observation d'une femme, âgée de 39 ans, atteinte d'une inflammation péri-utérine qui faisait bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, en même temps qu'elle déterminait la formation d'une masse dure, s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigts. Les urines étaient purulentes.

Après une tentative infructueuse pour trouver le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, M. Heydenreich se décida à recourir à l'exploration de la vessie. Sous le sommeil chloroformique, il pratiqua la dilatation du canal de l'urèthre par l'introduction successive d'une série de bougies de Hegar. Puis il introduisit le doigt dans la vessie et le poussa jusqu'au fond de l'organe. Il trouva, à la partie supérieure et un peu à gauche, un orifice dans lequel il put, en forçant légèrement, faire pénétrer l'extrémité du doigt. Il arriva ainsi dans une poche assez grande, et, lorsqu'il retira son doigt de la vessie, un flot de pus s'écoula par le méat. Le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'un abcès anté-utérin ouvert dans la vessie.

Séance tenante, M. Heydenreich introduisit l'index gauche dans la vessie jusque dans la poche. Avec l'index droit placé dans le vagin, il détermina le point précis du cul-de-sac antérieur où se percevait l'index gauche, et il incisa en ce point. Il pénétra tout droit dans la poche, où il plaça une sonde de Pezzer ressortant par le vagin. Une deuxième sonde de Pezzer fut placée dans la vessie.

Cette intervention amena rapidement la guérison. La malade retenait bien ses urines; mais elle était obligée parfois de satisfaire promptement le besoin d'uriner.

Dans cette observation, le toucher vésical a permis de poser le diagnostic avec une absolue précision et d'instituer le traitement rationnel, qui a amené une guérison rapide.

Le seul reproche, que l'on ait adressé au toucher vésical, c'est d'exposer la malade à une incontinence d'urine, Or, cette incontinence ne s'observe pas d'ordinaire. Tout au plus, se produit-il parfois un affaiblissement du sphincter uréthral, vis-à-vis duquel, d'ailleurs, la chirurgie n'est pas désarmée.

Comme conclusion, le toucher vésical est une méthode d'exploration, qui, dans certaines affections péri-utérines, est susceptible de rendre de réels services.

La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore.

M. Dubourg (Bordeaux). — La *gastro-entérostomie*, appliquée au traitement du cancer du pylore, m'a donné une survie de 3 à 5 mois en moyenne.

Jointe à la *pylorectomie*, pour les cas opérables, elle constitue déjà un progrès réel.

Mais son avenir me paraît bien autrement sérieux dans les *sténoses pyloriques* d'origine simplement inflammatoire.

Reste à déterminer le moment où l'intervention devient opportune.

En présence d'un dilaté de l'estomac, quand cette dilatation devient *permanente*, qu'elle s'accompagne de troubles graves de la digestion, avec hyper, ou hypochlorhydrie, douleurs épigastriques, régurgitations ou vomissements plus ou moins fréquents, il est permis de penser que le pylore fonctionne mal et qu'un obstacle existe de ce côté.

Un traitement médical longtemps continué et resté inefficace doit suffire déjà pour nous faire écarter l'idée d'une simple contracture, *sine materia*, et dès lors la question d'intervention se pose.

Si à tous ces signes viennent s'ajouter un amaigrissement rapide indiquant le défaut d'assimilation, de la tendance au sommeil, de la lenteur et de la faiblesse du pouls, l'intervention s'impose à bref délai, elle devient presque une opération d'urgence.

Comme je l'ai déjà indiqué à la Société de chirurgie de Paris en octobre 1896, et dans une nouvelle note en juillet 1897, je fais toujours cette gastro-entérostomie *antérieure*, en passant à travers l'épiploon et le méso-côlon pour aller à la recherche de l'anse jéjunale. Le *tube de caoutchouc* que j'ai préconisé à ce moment pour faciliter l'anastomose, et dont j'ai indiqué les avantages, m'a toujours donné un résultat parfait, comme le prouvent les observations déjà rapportées, et quelques faits nouveaux que je me propose de développer.

Séance du 20 Octobre 1897 (matin).

Considérations sur le fonctionnement de l'hôpital de campagne, envoyé de Paris à Athènes pendant la guerre Greco-Turque.

MM. Phocas (Lille) et **Inglessis** (Marseille), ayant dirigé cet hôpital à Athènes pendant le mois de mai, donnent d'abord un aperçu rapide de son approvisionnement et le comparent aux autres installations du même genre établies à Athènes pendant la même époque. Ils font certaines critiques sur l'approvisionnement de l'hôpital de campagne française et proposent certaines modifications en rapport avec les exigences de la chirurgie moderne. Parmi ces modifications, ils insistent sur l'utilité de la division des hôpitaux de campagne en deux sections médicale et chirurgicale.

Entrant ensuite dans le développement de leur sujet ils étudient une petite statistique de 50 cas de blessures par armes à feu qu'ils divisent : 1° blessures des parties molles, 2° fractures compliquées, 3° plaies des articulations, 4° plaies des vaisseaux et des nerfs, 5° plaies des viscères. Ils insistent sur certaines observations intéressantes et donnent sa statique opératoire, qui comprend seulement 12 interventions toutes terminées heureusement.

De cette étude il résulte :

1° Qu'il est urgent de modifier l'approvisionnement actuel de l'hôpital de campagne, de le débarrasser de tout ce qui l'encombre inutilement et le doter de tous les perfectionnements nécessaires à la chirurgie moderne.

2° Le rôle de l'hôpital de campagne sera d'autant plus considérable dans les guerres modernes que les blessures les plus graves devront y être soignées.

3° Le service de l'arrière perdra de son importance et la chirurgie active devra se faire dans le service de l'avant. L'Assistance médicale devra en effet être immédiate pour devenir utile.

Résection totale du maxillaire supérieur sans ouverture de la cavité buccale.

M. Girard (Berne). — Dans les cas qui exigent la résection totale du maxillaire supérieur (en général il s'agit de tumeurs malignes), on trouve assez souvent que non seulement le voile du palais, mais encore le revêtement périosto-muqueux de la voûte palatine sont intacts. On a conseillé alors de conserver ce dernier et de le détacher de la voûte par une incision côtoyant les dents. Le maxillaire ayant été enlevé, on peut suturer le bord du lambeau périosto-muqueux au bord de la muqueuse de la lèvre et de la joue de manière à rétablir une cloison horizontale, une sorte de voûte palatine. Que l'on ait pu ou non conserver la peau de la face, la cavité opératoire recommunique plus directement avec la bouche. La voix ne présente aucun trouble, la déglutition se fait facilement. Ces avantages seraient très grands à d'autres points de vue encore, si l'on pouvait compter sur la réunion complète et solide de cette suture.

Or celle-ci ne tient pas facilement. Après peu de jours on voit d'ordinaire un hiatus plus ou moins grand s'établir et les avantages en question disparaître.

Pour éviter cet inconvénient, j'ai pratiqué, dans des cas de ce genre, la résection totale du maxillaire supérieur par le procédé suivant :

1° Il est rare que le malade souffrant d'une affection nécessitant la résection totale du maxillaire supérieur soit muni de toutes ou de la plupart de ses dents *du côté atteint*. Elles manquent entièrement ou il en subsiste encore peut-être 2 ou 3 plus ou moins avariées. Dans ce dernier cas, on les enlève quelques jours avant l'opération y compris l'incisive médiane du côté sain. Les solutions de continuité qui en résultent à la gencive sont rapidement comblées, sinon totalement, du moins suffisamment en peu de temps.

2° Immédiatement avant l'opération, on tamponne solidement la cavité nasopharyngienne et l'ouverture nasale postérieure du côté malade.

3° L'incision de la peau de la face se fait, selon les cas, d'après un des procédés connus, mais en évitant de faire descendre l'incision jusqu'à ouvrir le repli muqueux labio-bucco-gingival. Dans sa partie inférieure, l'incision doit partir de la narine en suivant au début le sillon naso-labial et en se dirigeant ensuite un peu plus horizontalement. Elle pénétrera jusque sur l'os.

4° Par cette portion inférieure de l'incision, on décolle d'abord sans l'ouvrir le repli muqueux labio-bucco-gingival, puis la gencive en contournant le bord alvéolaire du maxillaire. On arrive ainsi avec quelque précaution à décoller le revêtement périosto-muqueux de la voûte du palais du côté malade en dépassant un peu la médiane, sans produire de perforation.

5° Ce décollement opéré, la résection de l'os maxillaire supérieur se fera suivant les règles habituelles. Toute l'opération a pu se faire jusqu'ici sans pénétration directe du sang dans la bouche; il n'y peut arriver que ce qui a pu déborder pardessus la lèvre et entrer par l'orifice buccal, ce que l'on peut facilement éviter.

6° La cavité opératoire ayant été garnie de tampons et l'incision faciale suturée et fermée, s'il y a lieu avec autoplastie, au moyen d'un lambeau fronto-temporal, on fait sortir les extrémités de la gaze du tamponnement par la narine ou par l'angle externe de l'incision dans le pli naso-labial, de manière qu'on puisse l'extraire et la remplacer facilement.

J'ai opéré par ce procédé *extra-buccal* une série de cas de tumeurs malignes du maxillaire supérieur intéressant soit uniquement le sinus, soit essentiellement la portion supérieure du maxillaire, avec ou sans évacuation de l'orbite.

Les malades ont pu dès l'opération parler avec leur voix habituelle, avaler sans difficulté; ils ont pu, chose importante pour la clientèle des hôpitaux, se passer d'appareils prothétiques que, du reste, on pourrait alors appliquer facilement.

Angine dite de Ludwig.

M. Dubois (armée). — Après avoir rapporté quelques observations personnelles de phlegmon du plancher buccal dit angine de Ludwig qui se sont terminés d'une manière différente, M. Dubois établit que la différence de l'angine de Ludwig, selon les cas, ne tient pas au siège anatomique, mais à la nature plus ou moins infectieuse du microbe qui se trouve dans le pus.

Il conclut qu'il faut toujours faire l'ouverture extérieure, soit sur le trajet de la linguale, en allant jusque sous le mylo-hyoïdien où se trouve le pus, soit sur la ligne médiane, au-dessous de la symphyse du menton, également profondément au-dessus du mylo-hyoïdien.

Plaie de la face par arme à feu.

M. Inglessis (de Marseille) rapporte en détail une observation dont les points intéressants sont les suivants :

Balle de fusil pénétrant la joue droite, perforant le muscle masséter, les piliers antérieurs droit et gauche du voile du palais et sortant au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur après avoir passé à travers la glande parotide; hémorrhagie primitive assez abondante; plaies de la muqueuse bucco-palatine sphacélées, suppuration fétide, contracture traumatique du masséter, fistule parotidienne. Guérison.

Enfoncement du crâne avec phénomènes paralytiques tardifs.

M. Moulonguet rapporte un cas d'enfoncement d'un fragment du pariétal droit, où les phénomènes paralytiques gauches n'apparurent que progressivement à partir du 15e jour et coïncidèrent avec la formation d'un abcès du cerveau. Le fragment fut relevé, l'abcès drainé et le malade guérit.

Polypes naso-pharyngiens.

M. Isch-Wall. — On peut enlever les gros polypes naso-pharyngiens sans résections osseuses.

J'ai pratiqué cette opération sur un enfant de 15 ans ayant un polype envahissant le pharynx nasal, les fosses nasales, le sinus maxillaire droit, la fosse temporale et l'orbite du même côté. Voici comment j'ai mené l'intervention, qui a duré quelques minutes. Le malade endormi est placé la tête en bas. A l'aide de la rugine de Doyen je détache les insertions basilaires et ptérygoïdiennes qui existaient dans ce cas. La tumeur est saine avec une pince pendant que l'index introduit dans la narine droite déchire avec son ongle le point rétréci de la tumeur au moment de son passage en dehors du pharynx.

La pince arrache alors toute la portion pharyngo-nasale du néoplasme, et une éponge introduite dans le pharynx fait une compression presque inutile car le sang coule peu dès que la tumeur est enlevée. Immédiatement je fais une grande incision à la fosse temporale, je mets la tumeur à nu et je la pince. Un coup de ciseau sectionne l'arcade zygomatique qui s'oppose à l'ablation et dès que cet os est sectionné la tumeur peut être extirpée par traction.

L'hémorrhagie qui reparaît au moment de cette seconde ablation est facilement arrêtée par la compression.

Suites opératoires simples. Guérison assez rapide et sans incidents.

Kyste séreux du cou.

M. Mauny relate un cas de kyste séreux congénital de la base du cou chez un enfant de 22 mois traité avec succès par l'ablation totale. Il pense que le diagnostic des kystes congénitaux du cou est souvent difficile, surtout lorsque la poche est multiloculaire avec des prolongements profonds et sans fluctuation.

On peut les confondre avec les ectasies vasculaires, principalement les dilatations veineuses, avec les angiomes.

Par leur volume et leur siège, ces kystes peuvent faire courir de très grands dangers. L'intervention s'impose donc dans la majorité des cas.

Au point de vue opératoire, les ponctions et injections modificatrices, dangereuses dans les régions vasculaires du cou, doivent être abandonnées pour faire place à l'ablation totale de la poche entière avec ses prolongements. C'est là la méthode de choix.

Sur le traitement du goître exophthalmique par la résection totale du grand sympathique cervical.

M. J. L. Faure (Paris).— J'ai fait 3 résections du grand sympathique cervical en vue de combattre les accidents du goître exophthalmique.

Dans le premier cas, j'ai obtenu sur la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur et de 5 à 6 centimètres du cordon sous-jacent, une diminution notable de l'exophthalmie, une grande régression du goître, une accalmie dans les phénomènes cardiaques, mais surtout une véritable transformation de l'état général. La malade est revenu à la santé. L'opération date de plus de 4 mois et l'amélioration s'accentue.

Dans le second cas, j'ai fait une résection totale du grand sympathique droit, en y comprenant le ganglion supérieur et le ganglion inférieur. A gauche, à la suite d'une syncope qui s'est produite au moment où j'écartai le pneumogastrique, je me suis contenté d'exciser le ganglion supérieur à 4 ou 5 centimètres du cordon sous-jacent. Il y a eu rétrocession presque complète du goître, diminution de l'exophthalmie qui a presque disparu, état à peu près stationnaire du cœur, mais amélioration très grande des troubles généraux, sans qu'elle soit cependant aussi marquée que chez la première malade. Il est vrai que la dernière n'est opérée que depuis 2 mois et demie.

Ma troisième observation a trait à une malade à laquelle j'ai extirpé sans incident la totalité du grand sympathique cervical droit, jusques et y compris le ganglion cervical inférieur. Au moment de commencer l'opération à gauche, la malade a présenté une syncope due au chloroforme et a succombé.

L'opération m'a toujours semblé délicate, mais relativement facile. Les résultats obtenus dans les deux cas où les malades ont survécu ont été vraiment favorables, ils semblent s'accentuer encore et dans ces conditions il n'est pas possible de nier l'influence de l'opération.

Mais j'ai eu, sur trois opérations, une syncope grave et une mort due au chloroforme. Je me demande s'il ne faut pas voir dans cette série d'accidents une conséquence de l'extirpation du sympathique. Il est possible que le cœur privé d'une de ses sources d'énergie, soit plus sensible à l'action toxique du chloroforme.

Quoi qu'il en soit, il faut cependant pratiquer l'opération double en deux séances, et pour ma part à l'avenir, j'emploierai l'éther. Mais les résultats que j'ai obtenus dans mes deux premiers cas sont trop favorables pour que je ne recommence pas à la première occasion cette opération qui, en dehors de ces syncopes dont elle est peut-être innocente, m'a paru d'une efficacité incontestable.

M. Jonnesco (Bucarest). — Voir *Gazette*, p. 882.

M. Abadie (Paris). — Voir *Gazette*, p. 735.

Séance du 20 Octobre 1897 (soir).

Le traitement du mal de Pott.

M. Calot (de Berck) expose le traitement nouveau du mal de Pott avec les perfectionnements qu'il y a apportés jusqu'à ce jour.

Ce traitement comprend la déflexion du rachis au moyen de tractions de quelques secondes de durée et d'une valeur de 30 à 80 kilog. et à une pression directe de 15 à 40 kilog. et l'application immédiate d'un bandage.

Pour les grosses et vieilles gibbosités en évolution, M. Calot procède par le redressement en plusieurs séances, séparées par des intervalles de 3 à 4 mois.

Sur les 204 enfants qu'il a redressés, M. Calot en a perdu 2 dans les jours qui ont suivi l'opération et 3 dans les mois suivants, de broncho-pneumonie ou de méningite.

Deux abcès par congestion se sont produits, d'autres déjà existants se sont résorbés, et actuellement, M. Calot traite l'abcès avant de faire le redressement.

Il considère l'existence d'une paralysie plutôt comme une indication d'intervenir : 6 fois sur 8 la guérison de la paralysie a suivi le redressement. Une seule fois une paralysie complète est survenue dans les jours qui ont suivi l'intervention.

Vingt enfants redressés sont sur pied et marchent.

M. Calot laisse à la plupart un petit corset par mesure de précaution.

M. Phocas (de Lille), se basant sur son expérience personnelle fait une revue rapide du traitement du mal de Pott.

Relativement à la réduction brusque de la gibbosité, procédé qu'il a employé selon les indications de Calot, il ne considère pas cet acte comme curatif du mal de Pott mais il l'étudie d'après 7 observations personnelles anciennes (datant de 6 mois environ).

Ce qui résulte de l'étude de ces observations est difficile à déduire dès à présent. Mais, on peut affirmer : 1° que la réduction de la gibbosité, tout en n'étant pas curative du mal de Pott n'est pas une intervention grave ni difficile.

2° Que cette intervention trouve des indications précises et des contre-indications formelles qu'on peut formuler dès à présent.

3° Que les résultats définitifs ne sont pas encore connus, mais qu'ils se précisent de plus en plus et qu'à l'époque du Congrès ces résultats seront mieux connus qu'à l'heure actuelle.

M. Bilhaut. — Les divers traitements appliqués jusqu'à ce jour à la carie de l'épine ou mal de Pott, n'ont été que trop souvent insuffisants soit à prévenir, soit à corriger la bosse angulaire.

Il est rationnel de comparer l'affection tuberculeuse des corps vertébraux aux autres artéo-arthrites de même nature, et de lui appliquer les mêmes lois thérapeutiques.

1° Maintien en bonne attitude, immobilisation ou extension continue;

2° Correction de l'attitude vicieuse, immobilisation ou extension continue;

3° Traitement général, soin d'hygiène.

Dès le début, le traitement sera efficace, si l'on a bien utilisé les moyens pratiques aptes à s'opposer à l'affaissement du rachis :

La correction n'est possible qu'à certaines conditions ; 1° absence d'ankylose des arcs vertébraux, 2° laxité relative de l'appareil ligamenteux; 3° bon état général.

Elle est dangereuse chez les malades fortement déviés, porteurs de volumineux abcès, atteints de dégénérescence amyloïde ou autre des organes splanchniques ou de lésions cardiaques.

Elle est contre-indiquée dans ces divers cas, ainsi que chez les malades complètement ankylosés soit au niveau des arcs, soit concurremment au niveau des corps vertébraux.

M. Redard (Paris). — Voir *Gazette*, p. 861.

Sur la correction opératoire des scolioses graves.

M. Calot (de Berck) fait pour les scolioses à forme grave un traitement qui ressemble beaucoup à celui qu'il applique aux gibbosités du mal de Pott.

La correction opératoire de ces déviations se fait en une séance aussi complète que possible à l'aide de tractions et de pressions vigoureuses exercées par une machine construite à cet effet.

La correction ainsi obtenue, il faut la maintenir au moyen d'un bandage plâtré appliqué avec certaines précautions avant le réveil du malade.

Ce bandage est renouvelé tous les 2 ou 3 ou 4 mois; si la correction n'a pas été complète à la première séance, on la complète autant qu'il est possible à chaque renouvellement de l'appareil jusqu'à ce que le résultat obtenu soit suffisant et satisfaisant, ce qui peut demander 6, 12 et 18 mois, suivant les cas.

Lorsque l'enfant est autorisé à marcher, il doit porter encore un corset bien fait pendant longtemps.

M. Bilhaut (de Paris). — La scoliose de l'enfant ou de l'adolescent s'améliore peu, souvent progresse, malgré la gymnastique, quelle qu'elle soit, et l'application des corsets orthopédiques.

Il résulte des observations que je viens de citer, et des photographies que je viens de vous soumettre, que le redressement méthodique, progressif, de la scoliose demande des efforts soutenus et une contention exacte dans de bons appareils d'immobilisation.

La correction de la direction vicieuse des vertèbres s'obtiendra aisément dans les cas encore récents sous l'influence de l'allongement et des pressions pendant la résolution chloroformique.

Sous ces influences combinées, la fixation permettra au corps d'échapper à certaines pressions, et de se développer normalement et de rendre définitive la bonne direction du rachis.

Je combine l'allongement, la fixation et l'immobilisation en position horizontale, dans les cas où l'on veut gagner du temps.

Chez les jeunes enfants, les résultats sont rapidement acquis, mais une surveillance spéciale est nécessaire pour éviter les récidives.

Les vieilles scolioses confirmées et établies chez des sujets dont l'ossification est complète, ne donnent que des résultats peu importants ou échappent même à toute correction.

M. A. Chipault (de Paris). — La réduction en un temps ou en un petit nombre de temps des déviations vertébrales n'est qu'un incident d'une méthode thérapeutique beaucoup plus générale, la méthode de la fixation apophysaire directe et opératoire du rachis, méthode qui a pour but de faire rentrer l'orthopédie vertébrale dans la voie, rationnelle et chirurgicale, où se sont engagées depuis longtemps toutes les autres branches de l'orthopédie.

Néphrectomie pour tuberculose primitive du rein.

M. Loumeau (Bordeaux) donne une observation personnelle de *tuberculose primitive du rein à forme hématurique*, traitée par la néphrectomie lombaire et suivie de guérison.

La malade, âgée de 27 ans, célibataire, de souche tuberculeuse, était en proie depuis 8 mois à des hématuries bacillaires spontanées, profuses, répétées, réfractaires à tous traitements médicaux. Une anémie profonde, aggravée par des syncopes menaçantes, commandait l'intervention. Le rein droit, bien que non augmenté de volume, paraissait être nettement le point de départ de l'hémorrhagie, en raison des coliques urétérales localisées de ce côté qui accompagnaient les hématuries; en raison aussi de l'examen cystoscopique qui montrait, avec l'intégrité de la cavité vésicale et l'aspect normal de l'urine émise par l'uretère gauche, la coloration rosée du jet fourni par l'uretère droit. La néphrectomie lombaire pratiquée sans incident le 10 novembre 1896, amena la disparition définitive des hématuries. La malade reprit rapidement ses forces et un certain embonpoint et la guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. A noter seulement deux légères hémoptysies survenues en avril et mai derniers au moment des règles, sans lésions appréciables du côté des poumons. Le rein enlevé présentait, sous un volume normal, une assez vive congestion de la substance corticale, plus particulièrement au niveau de l'extrémité inférieure où existaient quatre petits nodules tuberculeux non ramollis, gros comme des têtes d'épingle.

Fistule vésico-intestinale.

M. Chibret (d'Aurillac) publie un cas de fistule vésico-intestinale traitée successivement par la suture transvésicale et par la laparotomie avec suture séparée de l'intestin et de la vessie, et il insiste sur les avantages de cette dernière méthode.

Il s'agit d'une femme de 19 ans, opérée il y a 3 ans d'un volumineux calcul vésical par la taille hypogastrique. Au cours de l'intervention, le péritoine fut ouvert et l'intestin blessé. Depuis cette opération, douleurs vésicales atroces, expulsion de gaz et de matières fécales par l'urèthre.

La malade vint me consulter cette année, au mois d'avril, pour la première fois. Elle réclamait à grands cris une intervention. M'inspirant de l'intéressante observation présentée par M. Pousson au dernier Congrès de chirurgie, je tentai la suture transvésicale de la fistule. L'opération fut très laborieuse et suivie d'un échec complet.

Aussi, au mois de juillet, je dus intervenir de nouveau. J'ouvris le ventre, la malade étant dans la position inclinée, et du premier coup j'aperçus l'anse d'intestin grêle adhérente à la vessie. Je séparai les deux organes et les suturai séparément. Drainage de la vessie. L'opération fut très simple et la malade guérit sans incident, conservant seulement un peu de sensibilité vésicale.

On ne peut évidemment se baser sur une seule opération pour trancher la question du traitement des fistules vésico-intestinales, mais l'impression qui se dégage pour moi du cas que j'ai observé est la suivante : la suture transvésicale est une opération toujours un peu aveugle et très laborieuse, à laquelle je préférerai, il me semble, la laparotomie, qui permet de mieux voir les lésions et d'agir alors en toute connaissance de cause.

Un cas intéressant de fièvre urineuse.

M. Lavaux. — Il s'agit d'une observation inédite de fièvre urineuse aiguë accompagnée de manifestations cutanées. Sur la face, l'éruption était à peine visible. Sur le tronc et principalement sur les membres inférieurs, il existait de larges taches. Le résultat fourni par l'examen bactériologique est intéressant.

Calculs et tuberculose urinaires.

M. Lavaux relate deux observations inédites, qui prouvent les difficultés que présente parfois le diagnostic et montrent bien les conséquences déplorables que peut avoir dans ces cas un traitement basé sur un diagnostic incomplet.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Pathogénie de la dysenterie, par L.-E. Bertrand (*Rev. de médecine*, juillet 1897, p. 477). — D'après l'auteur, la dysenterie n'a pas de microbe spécifique : c'est une infection polybactérienne, produit par des microbes variés : coli-bacille, streptocoques et staphylocoques pyogènes, bacille pyocyanique, vibrion septique. Ces microbes existent dans l'air, l'eau, le sol. Ils pénètrent dans l'organisme par les voies respiratoires et surtout les voies digestives. Ils peuvent y rester à l'état de parasites latents, jusqu'au jour où l'exaltation accidentelle de leur virulence et certaines lésions de la muqueuse intestinale leur permettent de devenir pathogènes.

Etiologie et pathogénie de la fièvre jaune, par Sanarelli (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1897, p. 433). — Ce très important mémoire est consacré à l'étude du *bacille ictéroïde* et les altérations qu'il produit dans le foie, le rein, l'estomac, l'intestin.

Si le microbe de la fièvre jaune n'avait pas encore pu être isolé, cela tient à ce que la maladie se complique presque constamment d'infections secondaires, produites par le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque, le proteus, etc., qui masquent le microbe.

A la période initiale de la maladie, le microbe spécifique existe en petites quantités. Au bout de 7 jours environ, il se développe franchement et envahit rapidement l'organisme, accompagné d'autres microbes venus probablement de l'intestin. On le trouve assez facilement dans les cas à cycle morbide régulier, très difficilement, au contraire, si la mort est hâtée par une urémie précoce.

Le bacille ictéroïde produit une intoxication générale, ainsi que certaines altérations spécifiques du foie (dégénérescence graisseuse rapide), du rein (néphrite parenchymateuse aiguë) et du tube digestif (gastro-entérite hémorrhagique).

Les vomissements, signe cardinal, tiennent à l'action émétique, spécifique des produits toxiques du bacille ictéroïde; ils sont hémorrhagiques par suite de l'action stéatosante du microbe sur les parois vasculaires; ils sont noirs à cause de l'acidité du suc gastrique qui décompose rapidement le sang extravasé.

Le bacille ictéroïde est essentiellement polymorphe. D'ordinaire, c'est un bâtonnet à bouts arrondis, souvent réuni par couples, de 2 à 4 γ, deux fois plus long que large. Il se colore facilement, ne résiste pas à la méthode de Gram. C'est un anaérobie facultatif.

Sur plaques de gélatine, il se développe en colonies distinctes. à la surface et dans l'épaisseur de la plaque, déjà visibles au bout de 24 heures, si on le cultive à 20° sous forme de points transparents.

Il ne liquéfie pas la gélatine. Vers le 5e jour, les colonies sont très caractéristiques avec leur noyau parfaitement opaque, entouré d'un halo clair d'où partent de fines granulations, qui disparaissent régulièrement en une nuance très délicate. Plus tard, la granulation se trouble, devient noirâtre, gardant encore une petite zone ronde transparente, où se voit nettement le petit noyau.

La culture sur gélose fournit un moyen de diagnostic fort important. Si après avoir laissé 12 à 24 heures la culture à 37° on la place à 20° ou 28°, on voit, au bout de 8 à 10 heures, apparaître un bourrelet saillant, opaque, nacré, distinct de la partie centrale, qui reste plate, irisée, transparente.

Le bacille ictéroïde est pathogène pour la plupart des animaux domestiqnes.

Chez le chien, le tableau reproduit très fidèlement la maladie humaine, avec hématémèse, hématurie, albuminurie, gastro-entérite hémorrhagique, néphrite, ictère, urémie, infections secondaires. Chez le singe, la chèvre, le mouton, il y a des différences de détail.

En somme, le virus doit son action spéciale à 3 propriétés : 1° propriétés stéatogènes, d'autant plus marquées que l'animal est plus élevé dans l'échelle zoologique, au maximum chez l'homme; 2° propriétés hémorrhagipares qui expliquent le vomissement de sang et les autres hémorrhagies; 3° propriétés émétiques, qui, bien que n'étant pas absolument spéciales à ce virus, se manifestent avec une rapidité, une intensité et une persistance exceptionnelle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 Octobre 1897.

Appendicite herniaire. Gangrène appendiculaire et cæcale. Résection de l'appendice et anus cæcal. Cæcorrhaphie ultérieure. Guérison.

M. Jules Boeckel (de Strasbourg) communique une observation de hernie du cæcum et de l'appendice. Les lésions rencontrées au cours de l'opération nécessitèrent la création d'un anus cæcal, que l'auteur traita ultérieurement avec succès par l'entérorrhaphie. Cette observation concerne un homme de 63 ans. Son intérêt réside dans le fait suivant : c'est qu'outre le cœcum en partie gangrené, on trouva dans le sac un appendice présentant toutes les lésions de l'appendicite : calculs stercoraux, suppuration, gangrène. C'est donc une véritable appendicite herniaire à laquelle on a eu affaire. M. Boeckel, après avoir réséqué ces différents organes, pratiqua, séance tenante, un anus cæcal, estimant qu'il eût été dangereux de suturer l'intestin immédiatement. Il pratiqua cette deuxième opération 3 semaines plus tard et le malade guérit au bout de 8 jours. Les fonctions s'étaient rétablies dès le 3e jour par les voies naturelles; depuis lors, elles n'ont cessé de s'exécuter normalement.

M. Boeckel, en terminant, insiste sur la nécessité d'opérer les cas de ce genre en deux étapes successives, comme il l'a fait. Si l'opération est moins brillante, elle présente plus de sécurité.

Traitement chirurgical du glaucome par la résection latérale du sympathique cervical.

M. Jonnesco (de Bucarest) a pratiqué pour la première fois la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique chez un homme de 50 ans atteint depuis 6 ans de glaucome et ayant perdu la vue depuis 2 ans. Les résultats immédiats ont été excellents.

La tension oculaire bien supérieure à la normale avant l'opération tomba au-dessous de la normale immédiatement après. La vue, nulle autrefois, fut récupérée, à tel point que, dès le lendemain, le malade pouvait compter le nombre des doigts qu'on lui présentait à 2 mètres et plus, et marchait en se conduisant seul. Cette opération pratiquée depuis sur d'autres malades a donné d'excellents résultats.

Cirrhose des buveurs.

M. Laborde combat les conclusions du travail de M. Lancereaux sur la production de la cirrhose par l'abus du vin. Il est très rare de rencontrer des gens ne buvant que du vin. En Amérique, on trouve des cirrhotiques ne buvant que de l'alcool.

M. Lancereaux. — Il existe très certainement des gens ne buvant exclusivement que du vin. Les cirrhotiques observés en Amérique ne sont pas très nombreux, on boit d'ailleurs dans ce pays une assez grande quantité de vin.

M. Vallin donne lecture de plusieurs passages du livre de Magnus Huss sur l'alcoolisme, dans lesquels l'auteur démontre que la cirrhose paraît due à l'alcool.

M. Phocas (de Lille) lit une note sur la mobilisation mécanique prolongée comme méthode générale de traitement de certaines ankyloses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Octobre 1897.

Sérodiagnostic des entérites infantiles.

M. Lesage arrive aux conclusions suivantes :

I. Le B. coli provenant d'un enfant en pleine période d'acuité de la maladie est agglutiné par le sérum du même enfant.

La réaction, pour ne pas être constante, est cependant très fréquente.

II. Dans les faits positifs, le sérum de ces 40 enfants agglutinait en plus les 39 B. coli des 39 autres enfants atteints de la même maladie.

III. Il se peut que dans les cas négatifs, la réaction n'était pas encore apparue, car si nous examinons en détail les 40 faits positifs, nous voyons que 13 fois l'agglutination manquait à un premier examen, et apparaissait les jours suivants.

IV. La durée de la réaction est courte, malgré la persistance de l'état digestif, car si la maladie passe à l'état chronique, l'agglutination disparaît après quelques jours.

V. De même, si on examine un enfant atteint d'entérite chronique, d'athrepsie, la réaction manque (24 fois sur 25). Cependant, parfois, elle pourra apparaître, s'il y a une poussée intestinale, mais elle sera de très courte durée, et très faible (6 fois sur 25 cas). — En un mot, la réaction physique agglutinante est l'indice d'une réaction de l'organisme contre l'intoxication aiguë. Si cette dernière persiste, l'organisme perd cette propriété de réagir, et l'enfant est presque fatalement voué à la mort.

VII. Cette réaction agglutinante nous paraît s'adresser à l'intoxication, car si avec une *bonne* toxine sécrétée par ces B. coli, nous immunisons un animal (cheval), nous obtenons un sérum qui leur est spécial (*a*) et qui agglutine tous les 40 B. coli et d'autre part 93 autres B. coli provenant de 113 enfants atteints de la maladie. Or ce sérum est purement antitoxique. Bien plus, si avec de *mauvaises toxines* provenant de ces mêmes microbes, on immunise des animaux (chevaux), les sérums obtenus n'ont aucune propriété agglutinante. De sorte que, à l'aide de cette réaction, on peut voir si un sérum est bon ou mauvais.

VIII. Cette réaction est indépendante de la réaction d'immunité, car le sérum (*a*) peut pendant le cours de l'immunisation posséder la propriété agglutinante, alors qu'il n'a pas encore acquis la propriété d'immunité.

IX. Si à l'autopsie des enfants athrepsiques, chez qui la réaction a manqué durant la vie, on recherche la réaction dans les différents organes, on la trouve seulement dans le foie.

On peut penser que la substance agglutinante se produit dans le foie, et ne se répand dans le sang que si elle est en assez grande quantité. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que des enfants morts en pleine acuité de la maladie et qui avaient présenté la réaction quelques jours auparavant (réaction qui avait disparu) ne la présentaient plus que dans le foie.

X. De ces faits, on est autorisé à penser que tous ces B. coli des entérites des nourrissons appartiennent à une même race particulière, d'autant que le B. coli normal à cet âge, n'est pas agglutiné par le sérum des enfants malades, que le sérum normal n'agglutine pas ces B. coli infectieux, et que d'autre part, le sérum normal à cet âge n'agglutine pas le B. coli normal.

XI. Le sérum typhique n'agglutine ni le B. coli normal à cet âge, ni le B. coli infectieux.

XII. Les diverses races de B. coli de l'adulte (dysenterie, diarrhées diverses, etc.) ne sont pas agglutinées par le sérum des enfants malades, ni par le sérum antitoxique du cheval immunisé.

Il est donc important d'étudier les diverses races de B. coli, d'une façon méthodique.

XIII. Parmi tous ces B. coli des entérites infantiles qui sont ainsi agglutinés par leur sérum ou par le sérum antitoxique (*a*), les uns coagulent le lait, les autres non; les uns obéissent à la méthode de Achard et de Renaut, les autres non, si bien que l'agglutination nous paraît être un moyen plus important et plus stable pour la réaction d'une race que les divers moyens employés jusqu'à ce jour, surtout si on joint à cette réaction les caractères expérimentaux que nous avons relatés dans un précédent travail (*Traité des maladies de l'enfance,* tome II). On peut, comme criterium d'examen, se servir du sérum antitoxiques du cheval immunisé par les toxines de ces B. coli des entérites.

Atrophie partielle des nerfs optiques chez une brûlée traitée par l'iodoforme.

M. A. Terson. — L'apparition de lésions du fond de l'œil à la suite de brûlures du reste du corps, malgré quelques cas rapportés, est encore peu connue et plus rares encore sont les observations de lésions du nerf optique à la suite d'intoxication iodoformique. De plus, on pourrait confondre ces cas entre eux. M. Terson rapporte l'observation d'une femme de 48 ans, brûlée aux cuisses et à l'abdomen par de l'essence enflammée et traitée par des pansements iodoformés. Après 3 semaines de ce traitement, sans signes importants d'intoxication générale, apparut une amblyopie progressive. Cette malade est atteinte d'une double atrophie partielle blanche des nerfs optiques, surtout marquée dans la partie temporale des papilles, et avec 1/8 d'acuité visuelle. Cet état dure depuis plusieurs années malgré tous les traitements.

On sait que les grandes brûlures seules, sans pansement iodoformé, peuvent donner des altérations du fond de l'œil, des névrites optiques (Mooren), des hémorrhagies rétiniennes (Wagenmann); d'autre part, les brûlures pansées à l'iodoforme ont provoqué dans un cas une atrophie blanche presque complète des deux nerfs optiques (Valude), les pansements iodoformés aux cours de plaies chirurgicales (Hirschberg et Küster), l'usage de l'iodoforme à l'intérieur (P. Smith, Hutchinson) ont donné des amblyopies toxiques sans lésions du fond de l'œil et guérissant facilement, et dans des cas plus accentués, des décolorations temporales de la papille s'améliorant lentement ou pouvant rester stationnaire.

C'est bien à l'iodoforme et non aux produits septiques retenus dans le sang des brûlés qu'il faut attribuer jusqu'ici les cas dus à l'intoxication par l'iodoforme puis à l'intérieur. Mais les cas de Mooren et de Wagenmann démontrent que l'intoxication par les grandes brûlures peuvent donner des lésions du nerf optique, à tournure franchement inflammatoire, tandis que les lésions du nerf optique d'origine iodoformique se présentent comme des lésions de nature purement toxique.

Infection pyocyanique généralisée, consécutive à un ecthyma ulcéreux discret, chez un enfant de 10 mois. Mort subite.

M. Triboulet. — La mort subite s'observe parfois chez les enfants, au cours d'affections cutanées diverses (eczéma, impétigo, avec ou sans ulcération). Le plus souvent la cause de la mort échappe à l'observateur.

Dans le cas actuel, on a constaté sur le vivant la présence du bac. pyocanique au niveau des ulcérations cutanées, et ce même microbe a été retrouvé à l'autopsie dans le sang du cœur, et dans les parenchymes.

L'évolution clinique de l'infection pyocyanique, d'ailleurs à peine connue chez l'homme, paraît être des plus insidieuses; et l'auteur se demande si cette septicémie ne peut être invoquée comme cause de mort chez un petit malade observé par lui à l'hôpital Trousseau.

Cette infection pyocyanique serait à rechercher, de parti pris, dans un certain nombre de cas similaires, car le bacille du pus bleu paraît vivre à l'état de saprophyte dans l'établissement hospitalier en question. M. Coyon, interne du Dr Variot, a pu en déceler la présence sur l'écorce d'un arbre de l'hôpital.

Il y aura lieu de revenir ultérieurement sur le mode pathogénique de l'infection.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Octobre 1897.

Traitement de l'occlusion intestinale.

M. Lejars établit tout d'abord que certaines formes d'ileus paralytique cèdent aux lavements électriques. Il a observé un cas de ce genre chez une femme, chez laquelle on avait diagnostiqué une hernie ombilicale étranglée. L'examen de la malade a fait penser à M. Lejars que la hernie n'était pas étranglée et qu'il s'agissait d'un ileus paralytique. Un lavement électrique amena une débâcle intestinale et la malade guérit. Quelque temps après, M. Lejars lui pratiqua la cure radicale de sa hernie ombilicale. Dans deux autres cas d'obstruction intestinale à marche subaiguë, M. Lejars fit la laparotomie et n'ayant trouvé dans le ventre aucun obstacle à la marche des matières, il établit un anus sur le cæcum dans un cas, sur le côlon transverse dans un autre. Quelque temps après, M. Lejars pratiqua la fermeture de la fistule stercorale. Un de ces malades succomba quelques jours après cette seconde opération avec des phénomènes de péritonite par perforation. A l'autopsie on a pu constater que la suture de la fistule a bien tenu, mais qu'au niveau de l'S iliaque une plaque tuberculeuse méconnue s'était perforée et avait amené une péritonite suraiguë.

Dans un troisième cas analogue, M. Lejars, après la laparotomie négative, mit simplement une anse de l'intestin au dehors sans établir d'anus contre nature. Dans la soirée, il y eut une selle abondante et la malade guérit.

Mais il y a aussi des cas où la mort arrive malgré la laparotomie, malgré l'établissement d'un anus contre nature. M. Lejars cite un cas typique chez un homme entré à l'hôpital pour une fracture de la cuisse et chez lequel les phénomènes d'obstruction intestinale se déclarèrent 48 heures après. A l'autopsie on ne trouva rien pouvant expliquer l'arrêt des matières fécales.

D'après M. Lejars l'ileus paralytique grave n'est probablement qu'une manifestation d'un processus pathologique latent du côté de l'intestin ou du péritoine.

M. Félizet envisage l'obstruction intestinale chez l'enfant. De parti pris et surtout en absence de diagnostic causal, comme c'est presque la règle, il fait l'anus contre nature. Dans ces cas l'entérotomie est analogue à la trachéotomie : en la faisant, on sauve le malade de la mort imminente. Plus tard, on établit le diagnostic et on procède en conséquence.

M. Segond cite en réponse à M. Hartmann un cas où l'établissement d'un anus contre nature au niveau de l'intestin grêle, a sauvé la malade.

La malade était moribonde quand M. Segond la vit et l'anus contre nature para aux accidents immédiats. Plus tard, M. Segond fit la laparotomie et trouva qu'au-dessous de l'anus arti-

ficiel, l'intestin grêle était comprimé par une bride partant d'une annexite. La tumeur avec la bride furent enlevées et une troisième intervention permit de fermer la fistule stercorale. Au moment de la première opération la malade n'aurait certainement pas supporté la laparotomie.

M. Picqué réserve la laparotomie pour les cas où le diagnostic est incertain. Dans les cas avec diagnostic causal établi, c'est de ce dernier que dépend l'intervention.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Dubujadoux relative à un cas de trépanation pour hémorrhagie sus-duremérienne d'origine traumatique, avec compression du cerveau.

M. Tuffier montre : 1° deux malades qui ont guéri sans intervention d'une hémisection de la moelle ayant amené le syndrome de Brown-Séquard ; 2° un malade auquel il a fait la gastro-entéroptomie pour un rétrécissement non cancéreux du pylore.

M. Nélaton montre un malade auquel il a fait une résection de l'intestin pour cancer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Octobre 1897.

Hémi-hyperesthésie névro-musculaire.

M. L. Jacquet présente un malade atteint de myodynie occupant la presque totalité des masses musculaires du côté gauche, mais principalement au trapèze, au sterno-mastoïdien, aux muscles scapulaires, brachiaux et anti-brachiaux, au plan musculo-aponévrotique abdominal. Elle est moindre, mais encore aisément appréciable au membre inférieur. La masse sacro-lombaire gauche paraît, toutefois, indemne, et, en revanche, les muscles supéro-externes de la cuisse droite sont sensibles à la pression.

Les muscles ne sont pas seuls hyperesthésiés : tous les nerfs du membre supérieur gauche sont le siège d'une vive sensibilité, que la pression éveille très aisément dans l'aisselle, à l'épitrochlée, etc. Rien d'analogue, à beaucoup près, du côté droit.

On trouve en outre, chez ce malade, quelques adénopathies dans l'aisselle et à l'épitrochlée notamment; or, les glandes sont douloureuses à gauche, indolores à droite. Il existe, enfin, chez lui, des sensations spontanées pénibles, mais atténuées aujourd'hui, et, d'ailleurs, mal définies, dans l'épaule, le coude et la continuité des membres du côté gauche.

Tout cela, de début assez brusque, il y a trois semaines environ, sans nulle circonstance occasionnelle quelconque (surmènage, choc physique ou moral, intoxication médicamenteuse ou alimentaire, etc.).

Quelques antécédents héréditaires d'ordre névropathique, l'alcoolisme avéré, peuvent faire suspecter l'hystérie ; or, il existe une hypoesthésie cutanée légère, mais certaine, de tout le côté gauche, en même temps qu'une diminution de l'acuité auditive et visuelle, du même côté. Enfin, l'hémiparésie est non moins manifeste. M. Jacquet croit donc qu'il s'agit là d'une manifestation hystérique, ou, si l'on veut, hystéro-toxique, cet homme étant d'ancienne date intoxiqué par l'alcool et l'absinthe. Il est essentiel de noter, au point de vue différentiel, que la myodynie alcoolique n'est nullement comparable comme caractères d'évolution, à celle que nous observons ici; et que d'autre part la myodynie est une des manifestations de sa grande névrose, peu étudiée de notre temps et un peu déchue de l'importance que Briquet lui accorda jadis.

Rupture de l'aorte.

MM. Thoinot et **Henry Bernard** rapportent un cas de mort subite, chez un homme de 17 ans, chez lequel on trouva à l'autopsie une rupture de l'aorte au niveau de la crosse. La perforation, très limitée, s'est faite sur une des rares plaques athéromateuses de la paroi du vaisseau et a donné lieu à un anévrysme disséquant. La cause déterminante de la rupture a été une violente émotion ressentie par le malade.

Il n'existe dans la littérature que 5 cas semblables. Dans presque tous ces cas, il existait des douleurs abdominales très vives, qui ont égaré le diagnostic, et qui sont dues, probablement, à l'irritation du plexus solaire par le sang infiltré le long de l'aorte abdominale.

Syndrome clinique caractérisé par une faiblesse généralisée, des troubles psychiques, de l'adipose localisée.

M. Dalché présente un malade atteint de faiblesse généralisée et de troubles psychiques avec perte de la mémoire. De plus, on constate une adipose localisée à la région des muscles droits de l'abdomen et des tumeurs symétriques siégeant au niveau de la parotide, des régions sous-hyoïdiennes, sus-claviculaires, occipitales, inguinales et au niveau du pli du coude. Ces tumeurs ont une consistance fluctuante de pseudo-lipome. Rien dans les urines, le sang est normal.

De l'œdème segmentaire.

M. Debove présente une malade atteinte d'une variété peu commune d'œdème, l'œdème segmentaire.

La malade est âgée de 22 ans; on ne trouve rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Il y a 9 mois, elle éprouva une sensation de lassitude mais non une véritable douleur dans les membres inférieurs. Puis une tuméfaction se manifesta vers le genou droit et envahit successivement le mollet, la cuisse et la jambe droite. Il y a 4 mois, le membre inférieur gauche se tuméfia à son tour, mais son volume a toujours été notablement inférieur à celui du membre droit. Il y a 2 mois environ que les choses sont dans l'état actuel.

Aujourd'hui on constate que l'œdème occupe les deux membres inférieurs, qu'il est plus marqué à droite, qu'il est considérable, qu'il est segmentaire. L'œdème est considérable, car la partie moyenne de la cuisse droite a 75 centimètres de circonférence et le mollet 63 centimètres.

L'œdème est segmentaire, c'est-à-dire que chaque segment du membre est affecté isolément. L'œdème de la cuisse n'envahit ni les organes sexuels, ni la fesse, il commence nettement au pli fessier. En bas, il s'arrête au creux poplité. L'œdème de la jambe est nettement limité par le creux poplité et par l'articulation tibio-tarsienne. L'œdème du pied est limité à sa face dorsale, ses bords, sa face plantaire et les orteils sont indemnes.

La peau ne présente aucune altération spéciale; elle est lisse, transparente, comme toute peau distendue par l'œdème. Elle ne présente aucun trouble particulier de calorification, aucune altération notable de sensibilité. Piquée, elle laisse écouler une certaine quantité de sérosité. On n'aperçoit, à sa surface, aucun réseau indiquant une gêne de la circulation veineuse ou lymphatique. Il n'y a point de tuméfaction ganglionnaire.

La motilité est intacte et ce n'est pas sans étonnement qu'on voit marcher avec agilité une malade atteinte d'une pareille déformation. Ceci doit tenir certainement, en grande partie, à ce que les jointures sont libres, c'est-à-dire qu'il n'y a pas ou peu de tuméfaction à leur niveau.

A quoi est dû cet œdème? Le malade a un rétrécissement mitral; mais cette affection est latente, elle ne donne lieu à aucun trouble qui, même de loin, rappelle l'asystolie. D'ailleurs l'inspection de l'œdème montre bien qu'il ne s'agit pas d'un œdème cardiaque banal. Il n'y a (hors l'œdème) aucun signe indiquant un trouble de la circulation artérielle, veineuse, lymphatique des membres inférieurs. L'urine n'est pas albumineuse; la quantité éliminée est de 1 700 grammes en 24 heures avec 27 grammes d'urée, un chiffre normal d'acide urique, de chlorures et de phosphates.

S'agit-il d'un œdème névropathique? A l'appui de cette opinion, la disposition segmentaire de l'œdème rappelle la disposition segmentaire de certaines paralysies hystériques; mais il faut remarquer que la malade n'a aucun trouble nerveux. L'absence de toute pachydermie, de toute altération étrangère à l'infiltration œdémateuse, doit faire éliminer l'éléphantiasis.

M. Mathieu fait observer que des cas analogues se voient chez des artério-scléreux. Entre ces œdèmes et les lipomes symé-

triques, il existe toute une série de transitions; il est donc possible de ranger ces diverses manifestations dans une même catégorie de faits. Il s'agit, en somme, de ces pseudo-lipomes étudiés par M. Potain chez les artério-scléreux.

M. Joffroy a observé deux cas d'œdème segmentaire et ne peut se prononcer sur les causes de ces localisations.

Transformation épithéliomateuse d'un ulcère de l'estomac.

M. Chaput rapporte l'observation d'un malade chez qui une sténose pylorique rendit urgente une intervention chirurgicale; la pylorectomie fut pratiquée; les suites opératoires furent excellentes et à l'heure actuelle, le malade est en pleine convalescence. La pièce enlevée fut examinée par M. Toupet, il s'agissait d'un ancien ulcère pylorique sur lequel commençait à se greffer un épithélioma.

M. Mathieu fait remarquer que, dans ce cas, la pylorectomie a été l'intervention de choix; elle a supprimé l'obstacle et enlevé radicalement un cancer à son début. Un autre point sur lequel il faut insister, est l'intégrité des fonctions stomacales depuis l'opération.

On croit généralement que la pénétration de la bile dans l'estomac entrave les fonctions de cet organe; le cas présent prouve qu'il n'en est rien; la bile reflue librement dans la cavité stomacale et malgré cela, la digestion continue à se faire normalement.

SOCIÉTÉ OBSTETRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 14 Octobre 1897.

Du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la salpingite

M. Doléris pense que dans la plupart des cas le diagnostic différentiel est possible.

C'est surtout sur le siège de la douleur et de la tumeur qu'il faudra baser son opinion. Les commémoratifs ont également une grande importance, car il est bien rare que les femmes atteintes d'annexite n'aient pas dans leurs antécédents quelques complications du côté de l'appareil génital.

Les cas difficiles sont très rares et c'est surtout dans les cas de salpingites élevées que les erreurs sont possibles. Ceux-ci ne s'observent qu'à la suite d'accouchements plus ou moins pathologiques, car c'est seulement alors que la trompe malade peut être entraînée haut dans l'abdomen.

L'appendicite peut avoir un siège pelvien; c'est alors une para-appendicite qui envahit secondairement les ligaments larges. Ces cas sont très rares, car l'appendicite est plutôt péritonéale et s'immobilise vite par ses adhérences. De plus, l'annexite donne rarement les accidents brusques de l'appendicite. Les erreurs sont cependant possibles comme le prouve le cas suivant observé par M. Doléris.

Il s'agit d'une dame soignée en 1892 pour de la métrite par un curetage et une amputation du col. Elle alla d'abord mieux, puis elle fut prise de troubles digestifs et de douleurs abdominales qui la firent consulter plusieurs médecins. Dernièrement, se trouvant en Angleterre, un chirurgien appelé pour une crise douloureuse diagnostiqua une appendicite et proposa l'intervention, qu'elle refusa. Revenue à Paris, un autre confrère émit la même hypothèse. Elle vint alors consulter M. Doléris qui fut étonné de ne pas trouver de tumeur abdominale appréciable. Au toucher, le petit bassin était libre et il n'existait qu'un point douloureux siégeant très haut. M. Doléris repoussa l'idée d'appendicite et lui proposa la laparotomie qu'elle accepta. Il a pu constater alors que l'appendice était normal et qu'il existait en arrière de l'utérus un ovaire malade contenant un kyste hématique gros comme une noix. Il extirpa l'appendice et l'ovaire, et la malade est actuellement bien guérie.

Un cas d'éventration post-partum.

M. Doléris rapporte le cas d'une jeune fille ayant voulu dissimuler sa grossesse et ayant porté un corset si serré que l'abdomen était refoulé en bas et tombait sur ses cuisses.

L'accouchement fut assez simple, mais l'involution se fit très mal et on fut obligé de la traiter pour une éventration extrêmement prononcée. Elle porta une ceinture, se fit masser, électriser, tout cela sans grands résultats. Le traitement durait sans succès depuis 6 mois, pendant lesquels elle faisait également de la gymnastique suédoise.

Dans ces conditions M. Doléris incisa la paroi abdominale, réséqua une large bande de peau et des tissus graisseux et sutura les bords internes des muscles droits.

La malade a parfaitement guéri et elle a actuellement un abdomen absolument normal comme volume et comme résistance.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 Octobre 1897.

Accidents provoqués par la théobromine.

M. Huchard considère la théobromine comme le diurétique le plus puissant que nous connaissions. C'est en particulier le médicament de choix dans beaucoup d'asystolies des vieillards. Presque toujours la théobromine est bien supportée et remplit son rôle thérapeutique aux doses moyennes de 1gr50 à 2 grammes que M. Huchard juge inutile de dépasser.

Cependant il arrive parfois que des accidents surviennent; le plus fréquent, c'est une céphalalgie en casque, intense, pénible à tel point qu'on est obligé de suspendre le médicament; ou bien il se produit des nausées, des vomissements, ou des phénomènes d'excitation cérébrale.

M. Huchard a observé ces accidents, surtout en ville. A quoi tiennent-ils?

Il n'est pas douteux qu'on ne soit parfois en présence d'une de ces intolérances individuelles si difficiles à expliquer. Mais, d'autre part, on doit se demander si un certain nombre des accidents observés ne seraient pas dus à l'impureté du médicament; en dehors de toute considération chimique, ce qui donne un sérieux appui à cette manière de voir, c'est le fait qu'à l'hôpital (où la théobromine est très pure, comme M. Huchard a pu s'en assurer à maintes reprises) les accidents sont exceptionnels, tandis qu'ils sont plus fréquents en clientèle, plus fréquents encore dans certaines villes où ils se reproduisent en série chez des malades différents.

Il serait donc très utile de pouvoir s'assurer de la pureté de la théobromine qu'on emploie.

M. Patein pense que les propriétés physiques les plus importantes à ce point de vue sont : 1° l'aspect général caractéristique des cristaux de théobromine; 2° la constance du point de fusion; 3° la solubilité de la théobromine, non pas dans l'eau qui en dissout très peu, ni dans l'alcool, mais dans une eau alcalinisée où la dissolution se fait très bien.

M. Bardet rapproche le fait de l'inégalité d'action de la théobromine suivant les cas, de cet autre fait important à connaître, et encore mal élucidé dans ses causes, de l'inégalité d'action d'une série d'alcaloïdes, en particulier de la cocaïne, suivant leur origine commerciale. M. Reclus notamment a constaté, qu'à l'heure actuelle, on rencontre fréquemment des cocaïnes n'ayant plus les propriétés que possédait constamment la cocaïne telle qu'on la fabriquait il y a quelques années; à côté de produits actifs et utilisables, il en est d'autres qui sont plus ou moins inertes.

M. Ponchet étudie depuis plusieurs années la raison d'être des inégalités d'action de certains alcaloïdes; or, ce qu'il faut incriminer très souvent, c'est la diversité des produits naturels auxquels on s'adresse pour extraire le même alcaloïde. Ainsi les digitalines ne sont nullement comparables entre elles suivant la digitale qui a été employée; observation analogue pour les aconitines; de même encore les atropines extraites de la belladone, de la jusquiame, du duboisia ne sont pas semblables; elles ont même reçu des noms différents (hyoscyamine, duboisine). Pour ce qui est de la théobromine, celle-ci peut être extraite de plusieurs plantes, les thés, les théobromas : cela explique peut-être

la diversité d'action des théobromines provenant de sources différentes.

M. Le Gendre est porté à croire que d'ordinaire ce n'est pas la nature de la théobromine qui occasionne les accidents, mais bien plutôt l'idiosyncrasie des sujets à qui on l'ordonne; ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que, de temps en temps, dans un même service d'hôpital, on voit certains malades offrir une intolérance relative ou absolue pour la théobromine alors que d'autres malades, recevant le même jour une dose semblable, de provenance identique, n'éprouvent aucun phénomène anormal. M. Le Gendre a eu occasion d'observer un fait du même genre dans la clientèle de la ville; des paquets de théobromine administrés simultanément à deux personnes de la même famille ont été bien supportés par l'une d'elles, tandis que chez l'autre ils provoquaient des accidents.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT

Ostéo-arthropathie pneumique chez une femme.

M. H. Ruelle. — Jusque dans ces dernières années, on a classé parmi les observations de rachitisme, d'exostoses symptomatiques, d'ostéomalacie ou de rhumatisme chronique déformant des faits cliniques souvent étrangers à ces diverses affections; une étude plus rigoureuse de la forme et du siège des altérations osseuses, dans ces divers cas, a permis déjà d'individualiser quelques groupes bien distincts d'ostéo-arthropathies; telle est l'affection que James a décrite, en 1876, sous le nom d'ostéite déformante et connue sous le nom de maladie de Paget. Il existe une autre affection ostéo-articulaire qui reconnaît pour cause initiale certaines maladies de l'appareil respiratoire (Barié). Cette maladie est rare, si l'on en juge d'après le petit nombre d'observations qui la signalent; les premiers faits de ce genre qui ont été publiés remontent à 1862; c'est Bailly qui le premier en a signalé un cas à la Société de biologie; plus près de nous, Spillmann, Moussous, Bamberger et surtout Marie ont publié d'importants travaux à ce sujet; Marie remarqua le premier la corrélation qui existe entre les déformations articulaires et les maladies pleuro-pulmonaires et, pour cette raison, décrivit l'affection sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. L'âge adulte paraît être une condition indispensable du développement des ostéo-arthropathies pneumiques; il en est de même du sexe masculin, d'après les auteurs: mais le fait que je cite plus bas s'est cependant produit chez une femme; le sexe masculin n'en aurait donc pas seul le privilège. D'une façon générale, la symptomatologie de l'affection est caractérisée par des déformations osseuses et articulaires, symétriques et localisées sur les extrémités osseuses qui prennent un volume considérable.

Dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'une femme de 50 ans, manifestement tuberculeuse; l'aspect de cette femme était singulier, le dos était fortement voûté, les mains énormes, de dimensions tellement exagérées qu'on en était immédiatement frappé; les doigts allongés, élargis surtout à leur extrémité, méritaient assurément d'être comparés à des baguettes de tambour; les poignets étaient volumineux; les pieds présentaient les mêmes déformations que les mains; il n'y avait pas d'hypertrophie de la langue ni des lèvres, mais un peu d'exophthalmie bilatérale. Il y avait aussi, et ceci est à noter, du prognathisme de la mâchoire inférieure. La malade présentait naturellement les symptômes habituels de l'affection pulmonaire, aux progrès de laquelle elle finit par succomber.

Le diagnostic d'ostéo-arthropathie pneumique est-il bien légitime dans ce cas? Cette affection n'a jamais été rencontrée dans le sexe féminin et le prognathisme est un symptôme d'acromégalie; mais l'acromégalie est une affection spontanée et non secondaire, de plus les lèvres, la langue, les oreilles sont augmentés de volume, signes que nous n'avons pas notés ici.

Dans l'ostéite déformante de Paget, affection avec laquelle on peut aussi confondre l'ostéo-arthropathie pneumique, les os longs des membres sont augmentés de volume et leur courbure exagérée; les jambes finissent par se croiser en forme d'X; enfin la face reste normale, tandis que le crâne devient volumineux et la déborde, ce qui donne au malade une apparence singulière.

C'est l'ensemble de ces considérations qui nous a fait porter le diagnostic d'ostéo-arthropathie pneumique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 5 octobre 1897.

Opération d'Estlander.

M. Lauenstein a présenté un homme auquel il a fait quatre ans auparavant une résection étendue des côtes pour empyème. Il lui a notamment réséqué 208 centimètres de côtes et 78 centimètres de périoste ossifié. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est qu'à la suite de l'opération, il s'est développé une scoliose de la colonne thoracique à concavité dirigée du côté sain, tandis qu'ordinairement la concavité de la courbure regarde dans ces cas le côté opéré.

Pour expliquer cette anomalie M. Lauenstein suppose un trouble d'équilibre de la colonne vertébrale, et se propose de corriger la sclérose cyphotique.

M. Krause ne pense pas que l'opération de Volkmann puisse réussir chez ce malade chez lequel la rotation des vertèbres fait défaut.

Embolie de l'artère sylvienne pendant la narcose

M. Sudeck a présenté le cœur d'une femme qui après une opération d'une durée de 1 heure et demie, fut prise de coma avec hémiplégie gauche et succomba au bout de 36 heures.

A l'autopsie, on trouva une sclérose de la tunique interne de l'aorte, qui était recouverte de caillots récents. L'artère sylvienne droite était oblitérée par un embolus récent.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est qu'au cours de l'opération on n'a observé aucun cas du côté du cœur ni du cerveau. Il est donc difficile de dire si la thrombose de l'aorte était de date ancienne ou s'est produite au cours de l'opération. En second lieu il est impossible de savoir si l'embolie de l'artère sylvienne était due à l'action du chloroforme ou à la position déclive dans laquelle la malade a été opérée.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 24 Avril 1897.

Un cas d'ovaires prolabés microkystiques avec rétrodéviation utérine adhérente, traité par la mobilisation après colpocœliotomie postérieure et l'ignipuncture combinées au raccourcissement des ligaments ronds.

M. Cittadini. — Ce cas suivi de guérison me procure l'occasion de préconiser l'association de ces interventions, essentiellement conservatrices et restauratrices de la capacité conceptionnelle chez la femme.

L'association de la colpocœliotomie à l'Alexander et de cette

dernière opération à l'ignipuncture donne des résultats encourageants.

La statistique de Pozzi prouve ce qu'on peut espérer de ces opérations au point de vue du fonctionnement normal de l'ovaire : sur 48 cas, 12 grossesses consécutives.

Pozzi préconise la voie abdominale pour ces interventions, et dans certains cas de rigidité et de rétraction du ligament infundibulo-pelvien, d'annexes haut situées, il y a plus de facilité à intervenir par cette voie. Je ne vois pas, du reste, pourquoi, s'il y a rétrodéviation adhérente concomitante, on ne ferait pas le raccourcissement inguinal des ligaments ronds même après la laparotomie, puisque la cicatrice de cette opération est à peine visible et son coefficient traumatique est à peu près nul.

Dans le cas de prolapsus d'ovaire microkystique, je trouve logique, après l'opération conservatrice sur l'ovaire, de pratiquer un raccourcissement des ligaments ronds, très serré, qui attirera en haut et en avant tout l'appareil ligamenteux juxta-utérin, y compris l'aileron de l'ovaire et cette glande elle-même. Sänger a décrit tous les troubles qui accompagnent le prolapsus ovarien et propose la pelvi-fixation pour y remédier. Il est logique en tout cas de se préoccuper de ce déplacement lorsqu'on vise à la restauration fonctionnelle de la glande, et il semble que le raccourcissement des ligaments ronds y pourvoie suffisamment.

Lorsqu'il intervient par la voie abdominale, Rouffart pratique, après l'ignipuncture ou la résection, la fixation de l'ovaire à la partie juxta-utérine du ligament rond par-dessus la trompe.

Quant au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par plicature, soit par la voie abdominale, soit par la colpo-cœliotomie antérieure je n'en suis pas partisan, parce qu'elle laisse porter toute la charge de l'utérus redressé sur la portion inguinale et la portion immédiatement voisine du ligament, qui sont précisément les plus tiraillées, les plus minces, les plus fragiles. Dans le raccourcissement inguinal, c'est elles que l'on supprime fort logiquement en leur substituant l'aileron même du ligament large à son émergence immédiate de la corne utérine.

Sarcome primitif de la trompe.

M. Jacobs. — Quatre cas en existent dans la littérature. Tumeur du volume d'une orange, développée sur le tiers moyen de la trompe gauche, n'intéressant pas la muqueuse tubaire, qui est intacte. Cette tumeur, qui coïncidait avec des lésions très avancées, kystiques des annexes droites, fut enlevée par la castration utéro-annexielle abdominale. Elle s'était traduite par fort peu de symptômes du côté génital; en revanche, la malade présentait depuis plusieurs mois de la diarrhée profuse avec dépérissement rapide.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 26 Juin 1897.

Hystérectomie vaginale pratiquée à une patiente ayant subi antérieurement le raccourcissement des ligaments ronds.

M. Edg. Snyers (Liège). — J'ai publié dernièrement, dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, un travail sur le raccourcissement des ligaments ronds dans les déviations de l'utérus; et, me basant sur les opinions récentes d'un grand nombre de chirurgiens, ainsi que sur une série de 10 interventions que j'avais pratiquées, j'ai conclu de la façon suivante : 1° le raccourcissement des ligaments ronds est indiqué dans les rétrodéviations, quand l'utérus est mobile ou qu'un traitement préalable l'a rendu mobilisable; 2° à condition d'être accompagné d'opérations complémentaires et surtout de plastiques vulvo-vagino-périnéales, il rend de grands services dans les prolapsus à tous les degrés; 3° il est contre-indiqué quand il existe des processus inflammatoires aigus, des collections purulentes enkystées et des tumeurs de la matrice ou des annexes, et quand le prolapsus est absolument irréductible; 4° par sa bénignité et sa facilité d'exécution, il possède une supériorité incontestable sur toutes les opérations tendant au même but; 5° les faits acquis sont probants quant à la valeur et à la durée des résultats; la grossesse et l'accouchement ne sont nullement contrariés; 6° pour être efficace, l'opération doit comprendre l'ouverture du canal inguinal dans toute son étendue, la traction du ligament jusqu'à apparition dans la plaie de la corne utérine et la suture de l'extrémité utérine du cordon aux parois du canal inguinal lors de la fermeture de ce dernier.

Aujourd'hui, je désire vous relater l'histoire consécutive d'une de mes opérées, histoire qui vient confirmer une partie de ces conclusions.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, atteinte de rétroflexion avec prolapsus et hypertrophie du col, et chez qui la dysménorrhée était telle que la patiente était obligée périodiquement de garder le lit. Je fis le raclage, l'amputation du col et le raccourcissement des ligaments. Au moment de l'opération, le corps utérin avait des dimensions normales, les annexes paraissaient saines, les produits de raclage étaient peu abondants et sans caractère particulier; en un mot, rien ne faisait prévoir les complications ultérieures. Après l'intervention, les souffrances disparurent complètement, l'état général s'améliora et la patiente put vaquer à ses occupations habituelles.

Tout alla bien pendant 2 mois; mais, ce temps écoulé, il apparut des métrorrhagies non accompagnées de douleur, qui allèrent en augmentant de durée, de fréquence et de quantité. Diverses médications et cautérisations ne donnèrent aucun résultat; un raclage eut le même sort, mais il servit à ramener une grande quantité de tissus qui, examinés au microscope, révélèrent l'existence d'un sarcome. A ce moment, la matrice avait notablement augmenté de volume, mais avait cependant conservé la place où l'avait fixée le raccourcissement des ligaments; le col paraissait sain.

Les pertes de sang, devenues continuelles, avaient réduit la patiente à un tel degré d'anémie qu'elle pouvait à peine se mouvoir. Justement effrayé d'un tel état, mon excellent confrère, le Dr Delcourt, médecin habituel de la malade, proposa une hystérectomie, et, vu la menace d'une terminaison fatale à bref délai, je me ralliai à son opinion. Je dois avouer que j'étais assez indécis sur le procédé opératoire à mettre en œuvre : d'une part, je craignais, vu le raccourcissement préalable des ligaments ronds, que la voie vaginale fût pénible et même dangereuse; d'autre part, il me répugnait de faire l'hystérectomie abdominale chez une malade fortement épuisée, dont la matrice laissait constamment écouler des liquides sanguinolents à odeur assez prononcée et dont le contact, pour ainsi dire inévitable, avec la séreuse péritonéale, pouvait amener l'infection de cette dernière, lors de l'intervention par voie abdominale.

Ces dernières considérations m'amenèrent à choisir la voie vaginale; je fis une désinfection soignée du vagin et de la cavité cervicale que je tamponnai à la gaze iodoformée. Je détachai la muqueuse vaginale au thermocautère, ce qui fut assez délicat, parce que, à la suite de l'amputation du col, la vessie était venue coiffer presque la totalité de la lèvre cervicale antérieure. L'abaissement et l'extraction de la matrice furent pénibles à cause des adhérences solides établies entre les canaux inguinaux et les moignons des ligaments ronds, et en second lieu par suite du volume de la matrice dont je ne voulais faire ni le morcellement ni l'hémisection antérieure, par crainte d'infection. Cependant je parvins à sentir les cornes utérines que je sectionnai après les avoir enserrées dans de solides ligatures. Ceci fait, le restant de l'opération n'offrit plus de difficultés ni d'intérêt. La guérison se fit sans rien présenter de particulier; la patiente fut longtemps très faible, mais finit pourtant par prendre le dessus.

Cette relation paraîtrait banale et je ne vous l'aurais certainement pas faite, si elle ne contenait deux points à mon avis intéressants à signaler; en effet, elle démontre : 1° que le raccourcissement des ligaments ronds, bien exécuté, est une opération réellement efficace, puisqu'elle maintient la matrice en bonne position malgré un accroissement de volume notable, dû à la métamorphose néoplasique; 2° que cette opération ne met nullement obstacle à l'hystérectomie vaginale quand cette intervention devient nécessaire dans la suite.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Indications opératoires et traitement du cancer du rectum (p. 1009).

CLINIQUE MÉDICALE. — Du rôle du froid dans le développement des angines (p. 1012).

REVUE DES CONGRÈS. — *IIe Congrès de l'Association française de chirurgie :* Discussions sur les contusions de l'abdomen (p. 1013).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris :* De la température des nouveau-nés. — De l'entéroclyse chez le nouveau-né (p. 1015). — Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant. — Les troubles respiratoires et sécrétoires dans la méningite tuberculeuse de l'enfant. — Des hémorrhagies gastro-intestinales chez l'enfant. — Cas d'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis. — Adénopathie trachéo-bronchique et méningite tuberculeuse. — Catarrhe suffocant d'origine grippale. — Pneumonie lobaire chez le vieillard. — Spléno-pneumonie. — *Thèse de la Faculté de Nancy :* Pancréatite suppurée. — Abcès de la cloison et hypertrophie de la muqueuse de la cloison chez les enfants et les adolescents (p. 1016). — Impétigo contagieux. — Cirrhose infectieuse chez l'enfant (p. 1017).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine :* Evolution des sporozoaires du genre Coccidium. — Agglutination du bacille typhique par des substances chimiques. — Toxine tétanique. — Causes des battements du cœur. — Le gonocoque et sa toxine. — Rhumatisme articulaire aigu. — Peste bubonique. — La température rectale chez les accouchées. — Le paludisme au Sénégal (p. 1018).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de la tuberculose pulmonaire (p. 1016). — Narcéine (p. 1020).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications opératoires et traitement du cancer du rectum

Résumé du rapport lu au *Congrès de chirurgie*

Par MM. Quénu et Hartmann (de Paris)

I

Devant le cortège des troubles fonctionnels et des souffrances engendrés par le cancer du rectum, se justifiaient d'avance les tentatives des chirurgiens qui conçurent l'espérance d'obtenir une cure radicale, fût-ce au prix de risques opératoires et même d'une infirmité définitive.

Dans ce qui suit nous indiquerons nettement nos préférences, non seulement d'une manière générale, mais dans les différentes variétés de cancer du rectum qui nous sont offertes par la clinique.

Préceptes généraux. — Dans toute opération sur le rectum, deux grandes indications sont à mettre en première ligne.

1° Nous voulons, puisqu'il s'agit d'un cancer, faire une ablation étendue, portant et sur l'organe malade et sur les ganglions dégénérés ; il faut donc que nous ayons un accès facile sur le rectum.

2° Il est essentiel de se rapprocher autant que possible des lois générales de l'asepsie. Mais ici surgit une grande difficulté qui tient à l'obligation de conserver la fonction : la préservation de toute souillure doit être obtenue non seulement pendant l'acte opératoire, mais après. Elle peut être réalisée dans un grand nombre de cas d'une façon presque absolue.

Il est bien entendu que, pour aucune raison, le chirurgien ne mettra le doigt dans le rectum, sous prétexte de se guider dans sa dissection ou dans l'excision du cancer. Sont également condamnés d'avance tous les procédés qui se basent sur la division de l'intestin en deux moitiés afin d'en faciliter l'extirpation.

Il faut enlever le rectum malade comme une poche à contenu septique. Telle est la formule que nous donnons depuis longtemps ; il y a nombre d'années, il faut bien le dire, que les Allemands pratiquent la résection après avoir appliqué au-dessus et au-dessous du segment à extirper une ligature élastique.

On a soin en outre, avant d'inciser, de passer des compresses au-dessous de l'intestin libéré et dénudé, de garnir toute la plaie, de manière à ce qu'à l'incision, la tranche intestinale ne puisse souiller la plaie. Si l'anus et le sphincter sont d'avance sacrifiés, nous recommandons de commencer l'opération par l'oblitération de l'anus, ce qui peut s'exécuter facilement de la façon suivante : une incision circulaire ayant circonscrit l'orifice, on faufile autour de lui, à l'aide d'une aiguille de Reverdin courbe, une grosse soie qu'on serre ensuite solidement, puis on cautérise la peau froncée de l'orifice au thermo. Si l'intestin avait sa solidité habituelle, cette méthode de la résection en vase clos ne donnerait que des succès : malheureusement, l'envahissement cancéreux amène parfois sur un point une très grande friabilité, la moindre traction produit une fissure ; ces petites ruptures rectales se produisent encore de la manière suivante : dans un cancer élevé, une bosselure de l'intestin revêtu du péritoine est envahie dans toute son épaisseur, une perforation se serait déclarée si la bosselure n'avait antérieurement adhéré à une bosselure voisine infléchie vers elle : une traction quelconque tend à redresser l'inflexion et sépare les deux bosselures.

Ces exemples nous prouvent avec quelle réserve il faut tirer sur le rectum ; pour nous, les tractions doivent être minimes et avoir pour but non d'amener l'intestin, mais de nous indiquer ce qui se tend, où est l'obstacle à l'abaissement, afin d'agir sur lui. Mais, somme toute, si, avec un bon choix de procédés, on peut rendre rares les perforations opératoires, on n'est jamais sûr d'une manière absolue de les éviter ; aussi faut-il s'être arrangé pour que, si une petite fissure éclate, rien ne s'écoule que quelques gouttes qu'on puisse aisément recueillir et tarir. C'est pénétré du danger de l'infection opératoire que Rehn avait proposé d'effectuer l'opération en deux temps. Il est infiniment préférable de ne pas accepter d'avance l'infection et de prendre ses précautions pour tout achever en une seule séance. Dans une seule circonstance, fort exceptionnelle du reste, on peut se risquer à ouvrir le rectum de partis pris : c'est lorsqu'il s'agit d'un néoplasme *très limité* n'occupant qu'une face de l'intestin, ou encore quand on a affaire à ces productions pédiculées décrites sous le nom de tumeurs végétantes, mais qui se rattachent aux cancers par leur structure épithéliomateuse et leur évolution.

Choix du procédé opératoire. — Nous soutenons depuis longtemps cette vérité, c'est qu'une technique opératoire ne convient pas à tous les cas de cancer rectal justiciables d'extirpation, mais qu'il est nécessaire d'avoir à sa disposition une série de procédés dont l'application sera résolue d'avance ou imposée par la nécessité au cours de l'intervention. Le choix du procédé dépend évidemment de deux conditions différentes : du siège du cancer et de son étendue. Le siège du cancer doit naturellement faire varier le mode d'accès ; l'étendue du cancer règle l'impor-

tance du sacrifice intestinal et le mode de constitution du nouvel anus.

Il nous importe, par suite, d'établir sur ces deux bases, le siège et l'étendue du mal, un certain nombre de types cliniques. Nous avons proposé une première division basée sur le siège du cancer relativement à la troisième vertèbre sacrée; c'est là en effet que se termine la portion du gros intestin pourvue d'un mésentère et que commence le véritable rectum; toute production sus-jacente à ce niveau n'est facilement atteinte que par le ventre. Suivant que la limite supérieure dépassera ou ne dépassera pas la troisième vertèbre sacrée, nous aurons un cancer *recto-sigmoïde* ou un cancer *rectal proprement dit*.

Le cancer limité nous paraît devoir être subdivisé en trois variétés : 1° un *cancer bas*, ne dépassant pas, s'il l'atteint, le cul-de-sac péritonéal; 2° un *cancer élevé* sus-ampullaire, ayant son extrémité inférieure à 1 ou 8 centimètres et son extrémité supérieure à la troisième sacrée; 3° un *cancer moyen* ou cancer de l'ampoule.

Le cancer bas placé peut être limité à l'anus (cancer anal, cancer sphinctérien de Finet) ou s'étendre à la moitié inférieure de l'ampoule (cancer ano-ampullaire).

Les deux autres localisations laissent le sphincter intact.

Le cancer de l'ampoule peut s'étendre à toute la hauteur de la portion ampullaire ou n'en occuper qu'une zone; c'est également là qu'on observe le plus souvent les plaques limitées à une paroi du rectum.

Cancer recto-sigmoïde.

Cancer rectal proprement dit :
- Cancer total (étendu à tout le rectum).
- Cancer limité à une portion du rectum.
  - Cancer bas : anal ou ano-ampullaire.
  - Cancer élevé ou sus-ampullaire.
  - Cancer moyen ou ampullaire : total ou partiel.

Le diagnostic du siège et de l'étendue ainsi précisé, reste le choix du procédé opératoire à opposer à chaque variété.

Cancer recto-sigmoïde. — Il est certain qu'on peut enlever tout le rectum et une partie de l'anse oméga par la brèche sacro-coccygienne de Kraske, voire même par la voie périnéale et sans aucun sacrifice osseux; il n'en est pas moins vrai que si le cancer est élevé, on peut se heurter à des difficultés insurmontables, difficultés telles qu'elles ont obligé précisément des chirurgiens comme Czerny et Bœckel à ouvrir le ventre pour pouvoir terminer l'extirpation. Par la voie abdominale seulement on peut être sûr de détacher et d'extirper sans ouvrir l'intestin des cancers qui occupent l'union de l'anse oméga et du rectum. De plus il est incontestable que la voie abdominale se prête seule à l'extirpation de ganglions préhypogastriques.

La voie abdomino-périnéale enfin se prête à la création d'un anus iliaque définitif; elle met donc à l'abri de l'infection post-opératoire une immense plaie, comme celle qui résulte de l'enlèvement de 20 à 30 centimètres de l'intestin.

Une extirpation plus facile et plus étendue, la possibilité d'être aseptique pendant et après l'acte opératoire, voilà les avantages incontestables de l'opération abdomino-périnéale appliquée aux cancers recto-sigmoïdes.

A quel procédé donnera-t-on la préférence? Celui de Chalot modifié et tel que nous l'avons exposé nous paraît actuellement le meilleur. Nous réservons la question de l'hémostase préalable par la ligature des deux iliaques internes.

Cancer rectal limité. — A. *Cancer bas placé.* — Il est absolument inutile de sacrifier aucune partie du squelette. La voie périnéale convient très bien à des extirpations de 8, 10 et 12 centimètres, elle est donc la voie de choix pour les cancers dont la limite supérieure ne dépasse pas 8 à 9 centimètres. Si on ajoute la résection coccygienne, on arrive à enlever aisément 12 et 15 centimètres, c'est-à-dire la totalité du rectum : cette voie donne un accès suffisant sur les ganglions de la concavité sacrée; elle est applicable avec quelques modifications à l'extirpation des cancers ano-ampullaires qui ont partiellement envahi la prostate.

Le bout du rectum devra être fixé au périnée à la place de l'anus normal, un peu en arrière, ou à la place du coccyx, suivant l'étendue de la résection rectale.

Peut-on, pour les cancers non circonférentiels de la région anale ou de la moitié inférieure de l'ampoule, ou encore pour les tumeurs végétantes, employer les voies naturelles comme voies d'accès? Nous estimons qu'il vaut mieux procéder de dehors en dedans, de manière à exciser toute l'épaisseur des parois rectales au niveau du point d'implantation, la muqueuse parût-elle seule prise : l'incision ano-coccygienne serait ici de mise et la réparation immédiate sans réunion de la peau tout indiquée; nous ne saurions, en terminant, trop mettre en garde les chirurgiens contre toute opération parcimonieuse dès qu'il s'agit de tumeurs malignes.

B. *Cancer moyen ou ampullaire.* — Le choix de la voie d'accès n'est pas douteux ici, c'est la voie sacrée qu'il faut prendre. Quelle est la meilleure incision cutanée, quelle est la meilleure brèche osseuse? La position du malade importe peu; le tracé de l'incision a plus d'intérêt. Nous donnons la préférence aux incisions courbes et en particulier à une incision en **U**, qui, suivant le bord gauche du sacrum et du coccyx, vient, sous la pointe de ce dernier, se recourber et remonter un peu moins haut en dehors du bord sacro-coccygien gauche.

Le lambeau cutané en **U** disséqué et relevé, nous avons le choix entre les procédés de résection temporaire et les procédés de résection définitive. La résection temporaire aurait tous les avantages si on pouvait sans danger, le cancer une fois enlevé et les bouts traités convenablement, rapprocher les parties osseuses séparées et obtenir une restauration parfaite, mais comme nous sommes absolument d'avis de laisser la brèche ostéo-cutanée ouverte, les opérations ostéoplastiques n'ont plus autant leur raison d'être. Le procédé de Heinecke, modifié par Jeannel, garde cependant cet intérêt, même non suivi de réunion osseuse, qu'il découvre rapidement et sans perte de sang la face postérieure du rectum; nous l'avons plusieurs fois utilisé avec succès. Ces réserves faites, nous nous rallions à la résection de Kraske, à la condition de n'ajouter à la résection du coccyx et du sommet du sacrum qu'au fur et à mesure des besoins de la dénudation de la tumeur.

La tumeur découverte, le rectum est libéré partout; quelle est la conduite à tenir? Ici une subdivision du cancer ampullaire est indispensable.

a. Le cancer n'est qu'une petite plaque limitée à une paroi, ou il s'agit d'une tumeur végétante ou d'un sarcome pédiculé. Pour ces cas tout à fait spéciaux, nous autorisons exceptionnellement l'ouverture de l'intestin, l'extirpation devant être suivie d'une suture complète de l'incision intestinale.

b. Le cancer forme une plaque assez étendue, mais non circonférentielle, ou un anneau complet, mais de peu de hauteur. Après résection du segment entre deux ligatures élastiques, nettoyage des bouts et protection de la plaie contre la surface de ces bouts, on peut accomplir l'opération de Kraske type, c'est-à-dire avec restauration fonctionnelle, mais il faut pour cela qu'avec des décollements restreints, l'affrontement des bouts soit possible sans traction : pas de délabrements préalables, accollement des deux bouts sans traction, voilà la formule qui traduit le mieux notre pensée.

Dans ces conditions fort restreintes, on réussit très bien une suture circulaire complète avec un double plan muquo-muqueux et musculo-musculaire et un gros drain dans le rectum, même s'il survient une garde-robe intempestive le 3e ou le 4e jour.

S'il faut tirer sur les deux bouts pour les accoler, on a grandes chances d'échouer; il faudrait se résigner à une fistule sacrée qui n'est que la moindre de toutes les complications à redouter. Lorsque la résection a porté sur un segment peu éloigné du sphincter, peu étendu, mais trop grand déjà pour l'affrontement sans traction, on est dans de bonnes conditions pour faire un Hochenegg, c'est-à-dire invaginer le bout rectal supérieur à travers l'inférieur.

Nous limitons donc le Hochenegg à ces cas précis où la descente de l'intestin jusqu'à l'anus ne s'accomplit pas aux dépens de ses chances de vitalité.

c. Le cancer est étendu à toute l'ampoule. L'attaque aura lieu par la voie sacrée après libération préalable de la face antérieure du rectum par la voie périnéale chez l'homme, par la voie vaginale chez la femme.

Comment traiter les deux bouts? Il ne reste pour ces cas que deux solutions : l'une à laquelle se sont résignés la plupart des chirurgiens, c'est l'anus sacré; l'autre est la suppression pure et simple du bout supérieur. En dehors de ses inconvénients au point de vue fonctionnel, l'anus sacré a ce tort impardonnable d'être un danger imminent pour la plaie voisine : nos préférences absolues sont pour l'anus iliaque définitif et la suppression du bout supérieur, or cette suppression est obtenue avec le moins de frais et le plus rapidement possible par le retournement ou invagination de bas en haut à travers l'anus iliaque. Quant au bout inférieur, on peut fermer en bourse son orifice supérieur afin de l'isoler de la plaie.

C. *Cancer sus-ampullaire.* — Les conclusions précédentes sont applicables au cancer sus-ampullaire, variété rare en tant que limitation aux 2 ou 3 centimètres qui séparent l'ampoule de l'anse oméga.

D. *Cancer total.* — On a de grandes facilités de commencer la dissection du cancer par la voie périnéale, de la poursuivre ensuite par la voie sacrée, les sacrifices osseux étant progressivement étendus; l'orifice anal a été bien entendu fermé tout d'abord, c'est par là qu'on commence. Lorsque, le péritoine ouvert, l'intestin descendu, on a eu amputé le rectum entre deux ligatures le plus haut possible, on supprime le bout supérieur par retournement et on adopte l'anus iliaque définitif.

En résumé :

1° Nous réservons l'opération périnéo-abdominale au cancer recto-sigmoïde.

2° Nous conseillons la voie périnéale par le procédé de dénudation prérectale, à tous les cancers anaux ou ano-ampullaires ne débordant pas le cul-de-sac péritonéal, avec constitution d'un anus périnéal ou coccygien.

3° Dans les cancers de l'ampoule, nous distinguons quatre variétés :

a. Les cas de limitation extrême du néoplasme autorisant une conduite chirurgicale exceptionnelle, ouverture de l'ampoule, résection de la plaque et fermeture complète;

b. Les cas de plaques non circonférentielles ou d'anneaux de peu de hauteur permettant, après résection entre deux ligatures élastiques, l'affrontement des deux bouts sans traction et leur suture circulaire;

c. Les cas de cancers peu éloignés du sphincter, peu étendus, mais déjà de trop grandes dimensions pour qu'après résection on puisse affronter les deux bouts sans traction; ces variétés sont justiciables du procédé de Hochenegg;

d. Enfin les cas, de beaucoup plus fréquents, où le cancer a envahi la plus grande partie de l'ampoule : à ceux-là conviennent la voie sacrée comme voie d'attaque, le retournement comme traitement du bout supérieur.

4° Dans les cancers occupant la totalité du rectum, l'extirpation se fait par la voie périnéale, à laquelle on ajoute la résection coccygienne et au besoin une brèche sacrée; le retournement est le plus simple et plus sûr moyen de se débarrasser du bout supérieur.

Traitement palliatif. — Nous serons brefs sur les opérations palliatives, qui n'ont guère fait l'objet de discussions dans ces dernières années. On peut les ranger sous trois chefs : 1° Opérations ayant pour but d'élargir directement le passage rétréci par la tumeur; 2° Opérations destructives des bourgeons néoplasiques; 3° Opérations détournant le cours des matières.

1° La *rectotomie linéaire* est aujourd'hui à peu près abandonnée. Ses résultats immédiats sont bons, mais le passage est bientôt obstrué par des végétations nouvelles.

2° Les *opérations destructives de la tumeur* (cautérisations actuelles ou potentielles, curetage) facilitent aussi le cours des matières et rendent le ténesme moins pénible, en même temps qu'elles diminuent l'écoulement. Mais leur action est de courte durée et de plus elles ne sont pas exemptes de dangers. Nous croyons cependant que le curetage peut rendre des services dans certains cas bien déterminés, s'il est associé à l'anus iliaque : c'est lorsqu'il s'agit de cancers peu élevés, infiltrés, avec écoulement abondant. Le curetage n'a plus alors pour but d'élargir le conduit rectal; il intervient pour rendre possible le nettoyage d'une plaie infecte et la débarrasser de bourgeons saignants et suppurants. La curette ne doit agir que sur un segment rectal sous-jacent au cul-de-sac péritonéal.

3° Le vrai traitement palliatif du cancer du rectum est la *colostomie iliaque*, dont la supériorité sur les autres variétés d'anus artificiel est bien établie depuis les travaux de Verneuil et de Reclus. Opération des plus bénignes, elle épargne au malade les douleurs de la défécation, elle ralentit la prolifération de la tumeur et est suivie très rapidement d'une diminution considérable des écoulements; elle supprime souvent les diarrhées incoercibles qui avaient résisté à toutes les médications. Aussi est-elle aujourd'hui généralement acceptée.

Les seules conditions que doit remplir cet anus sont d'être pourvu d'un éperon suffisant pour empêcher les matières de passer dans le bout inférieur, et si possible d'un sphincter musculaire pour éviter l'incontinence des matières. Comme en général l'opération ne présente pas un caractère d'urgence absolue, on peut, suivant le précepte de Maydl, opérer en deux temps.

CLINIQUE MÉDICALE

Du rôle du froid dans le développement des angines,

Par M. P. Busquet,

Aide-major de 1re classe.

On admet généralement que le facteur étiologique qui contribue le plus puissamment au développement des angines est le froid, qu'il s'agisse d'amygdalites simples ou d'angines à fausses membranes non diphthériques. Sallard, par exemple, le proclame nettement : « L'agent provocateur journalier, banal, c'est le froid. » Pour beaucoup d'auteurs, non seulement il joue le rôle d'agent provocateur, prédisposant (cause secondaire), mais encore il pourrait à lui seul déterminer l'apparition de phlegmasies localisées à la gorge (cause primitive).

Il nous a été possible de recueillir récemment une série d'observations qui nous paraissent avoir toutes la valeur d'un fait expérimental véritable, et qui semblent reporter au second plan l'importance étiologique réelle du froid, en restituant aux agents infectieux le rôle primordial.

Le 1er avril dernier, une compagnie du 57e régiment d'infanterie, à l'effectif d'environ 100 hommes, laissait le casernement de Bordeaux pour se rendre au camp de Saint-Médard, où elle était logée dans une baraque maçonnée. Cette construction, pourvue d'un plancher, dont les murs en briques ont une certaine épaisseur, est recouverte d'un toit en bois janté, protégé par des tuiles; elle venait d'être récemment désinfectée par nos soins, à l'aide de solutions très concentrées de chlorure de chaux. Les planchers, en particulier, avaient été largement lavés avec la solution désinfectante.

Du 1er au 21 avril inclus, les hommes de la compagnie qui se trouvait logée dans cette baraque fournirent trois cas d'angine presque apyrétique (amygdalite double).

Le 22 avril, sept autres compagnies et la section, du même régiment, furent envoyées, elles aussi, au camp de Saint-Médard où elles devaient passer un mois. Toutes furent logées sous des tentes (tentes de 16 hommes). A cette époque, la température nocturne était assez peu élevée, et, pendant plusieurs nuits de suite, un froid vif se fit sentir qui nécessita la distribution d'une couverture supplémentaire. Les hommes ne pouvaient dormir; ils étaient obligés de se lever et de marcher ou de « battre la semelle » pour se réchauffer.

Nous avons pu noter ce fait très curieux et vraiment remarquable, que, quand toutes les compagnies exposées au froid, sous la tente, ne fournissaient qu'un contingent insignifiant d'angines, la compagnie baraquée présentait 11 cas de cette affection. Notre attention éveillée sur ce point particulier, nous avons cherché à expliquer cette anomalie apparente, et recueilli des indications précises sur les cahiers de visite. Nous résumons par compagnie, dans le tableau suivant, nos renseignements statistiques.

Du 22 avril au 20 mai :

1re compagnie	(logée dans la baraque),	11	cas d'angine.
2e —	(logée sous la tente),	2	—
3e —	—	2	—
4e —	—	3	—
5e —	—	0	—
6e compagnie	(logée sous la tente)	1	cas d'angine.
7e —	—	0	—
8e —	—	0	—
Section	—	0	—

Parmi les 11 cas d'angine observés à la 1re compagnie, il s'agissait 5 fois d'angines à fausses membranes, et 6 fois d'amygdalites aiguës, simples ou doubles. Toutes furent bénignes et n'entraînèrent qu'une indisposition de quelques jours. Nous avons noté, au début, de la courbature générale et de la fièvre, phénomènes persistant pendant 1 ou 2 jours. Tantôt le dépôt pultacé était mince et d'un blanc pur, tantôt il se produisait seulement au niveau des cryptes amygdaliennes sous forme d'un enduit pulpeux, peu résistant, et d'un blanc sale. Dans presque tous les cas il existait de l'adénopathie cervicale ou sous-maxillaire qui disparut après quelques jours. Deux de ces hommes furent évacués sur l'infirmerie du corps, l'angine nous paraissant suspecte; ceux-là aussi furent vite guéris et sans symptômes spécifiques. Comme l'examen bactériologique des angines n'a pu être fait, par suite du séjour au camp, il est impossible de dire à quelle variété étiologique elles appartenaient.

En résumé, nous voyons une compagnie bien logée, à l'abri du froid, présenter 11 cas d'angine, alors que 8 autres compagnies couchant sous la tente et exposées aux rigueurs de la température n'en présentent, à elles toutes, que 8 cas.

A quelles causes peut-on attribuer le développement anormal des angines qui se sont produites dans la 1re compagnie?

On ne peut incriminer l'action du froid, les soldats atteints y étaient moins exposés que les autres, ni celle d'un travail spécial déprimant plus fortement ces hommes et les rendant plus réceptifs, car le service était le même pour toutes les compagnies. On pourrait soupçonner la contagion de proche en proche, d'homme à homme; or, après la rentrée à Bordeaux, lorsque la compagnie eut réoccupé son casernement habituel, du 20 mai au 25 juin, il ne s'est produit que trois nouveaux cas d'angine, et l'on comprendrait fort difficilement sous quelles influences cette contagion de l'un à l'autre aurait cessé brusquement après l'arrivée à Bordeaux, la répartition par escouades restant exactement la même. Ces faits apparaîtront d'une façon plus nette en mettant en regard les uns des autres les nombres des angines aux différentes périodes :

Du 1er au 21 avril (début du séjour dans la baraque), 3 cas;

Du 22 avril au 20 mai (après souillure du sol), 11 cas;

Du 20 mai au 25 juin (après retour à Bordeaux), 3 cas.

Il faut donc qu'un autre facteur étiologique ait agi sur les hommes, et ce facteur nous semble être les poussières des planchers. Au moment où la compagnie a occupé la baraque, des lavages au chlorure de chaux avaient aseptisé en partie les planchers et le bas des murs. Pendant les premiers jours, il n'y eut que très peu de malades; au bout d'un certain temps (21 jours), alors que la souillure de ces planchers eût été réalisée, et par l'apport des poussières importées de l'extérieur par l'intermédiaire des vêtements, et, surtout, par les crachats, on voit se développer les angines. Il nous paraît évident qu'il s'est produit là, en quelque sorte, un ensemencement progressif du sol. Puis, ces poussières ont été lancées dans l'atmosphère par le balayage ou les courants d'air, et entraînées dans les fosses nasales par la respiration.

Pendant notre séjour au camp, nous avons recueilli des

poussières du sol de la baraque. Après notre retour à Bordeaux, nous les avons déposées dans des tubes stérilisés avec un peu d'eau distillée, stérilisée, et fait avec cette eau, après agitation, des examens directs. Nous avons été frappé du nombre considérable de microcoques qu'on y rencontre; nous avons trouvé plusieurs chaînes de streptocoques et des bacilles indéterminés. Sans attribuer à cet examen fort sommaire une valeur rigoureuse, nous lui croyons cependant une certaine importance, étant donnée la présence du streptocoque dans les poussières et la fréquence habituelle des angines à streptocoque chez nos hommes. Nous n'avons fait aucune inoculation aux animaux.

Les poussières de la baraque nous semblent bien être la cause efficiente, directe ou indirecte, des cas d'angine observés, le froid n'ayant *en la circonstance* joué qu'un rôle très effacé. Elles ont agi soit pour l'action directe des agents pathogènes qu'elles contenaient incorporés dans leur masse, soit que ces derniers n'aient eu pour rôle que de rendre leur virulence aux hôtes latents, et pour ainsi dire normaux de la bouche.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 18 au 23 Octobre.

Séance du 19 Octobre 1897 (soir).

Discussions sur les contusions de l'abdomen.

M. Demons, rapporteur. — Voir *Gazette*, p, 973.

M. le Dentu. — Sauf le cas de rupture du rein ou de la vessie, le diagnostic direct, synthétique, des lésions viscérales causées par les contusions abdominales, est soumis à de nombreuses chances d'erreurs.

Le diagnostic indirect, analytique, qui tient compte de chaque signe, envisage isolément le maximum d'indication qu'il comporte, offre une base plus solide à l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic analytique est rendu possible dans beaucoup de cas par des signes locaux ou par des signes éloignés.

Les signes locaux sont : les lésions de la paroi abdominale, certaines modalités de la douleur superficielle ou profonde, la contracture de la paroi abdominale.

Les signes éloignés sont : certaines modifications du facies et de la coloration des extrémités, de la voix, du pouls, de la respiration, de la température du corps, de la sécrétion urinaire, de l'habitus ou des allures du blessé.

On peut arriver à reconnaître par une analyse minutieuse qui tiendra compte de toutes les nuances, le shock d'origine hémorrhagique et le shock d'ordre nerveux, qui tous deux imposent l'intervention.

Les cas dits sans symptômes deviendront de plus en plus rares, à mesure que les chirurgiens auront, sur ce terrain, affiné leur sens d'observation.

La laparotomie purement exploratrice est justifiée toutes les fois que les éléments de diagnostic seront insuffisants pour fournir une certitude approximative, et que les circonstances permettront d'admettre *a priori* la possibilité de lésions viscérales.

M. P. Michaux (de Paris). — Malgré les belles observations apportées à la Société de chirurgie depuis 1883 par Bouilly, Moty, Jalaguier, Nélaton, Lejars et par moi-même en 1892 et 1895, la question de l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen n'est pas encore tranchée.

En face des interventionnistes nombreux, se lèvent les opposants, qui comptent parmi eux nos plus distingués collègues de l'armée, MM. Delorme, Nimier, Lahrevois, et quelques-uns de nos collègues, Polaillon, Kirmisson, Quénu. Nos collègues de l'armée ont apporté des faits nombreux, groupés avec beaucoup de talent dans la séduisante thèse de Mendy. Ce travail me semble cependant dangereux dans ses conclusions, et je vais chercher à le démontrer en établissant que *la laparotomie est le seul moyen sérieux de diagnostic et de traitement qu'on puisse appliquer à la contusion abdominale.*

En premier lieu, il est facile d'établir par de nombreuses observations, que les signes de la contusion abdominale ne sont pas toujours en rapport avec la violence du traumatisme; souvent à tel traumatisme violent correspond une réaction légère, alors que tel autre traumatisme léger se traduit par des phénomènes graves et des lésions fatales. On voit souvent des hommes atteints de contusion abdominale remonter à cheval, faire un long chemin à pied, attendre un ou deux jours avant de se faire conduire à l'infirmerie, et cependant les lésions amènent une mort des plus rapides.

Cette conclusion désespérante est encore celle qui résulte de l'étude de la symptomatologie. Rien ne permet le plus ordinairement d'établir si le traumatisme sera bénin ou grave dans ses conséquences.

Ni le shock péritonéal, ni la douleur, ni l'hyperesthésie cutanée de Delorme, ni la rétraction du ventre, ni la dissociation du pouls et de la température, ne sont des phénomènes assez constants pour baser l'urgence de l'intervention.

Et alors si la clinique est si désespérante, si les lésions sont si souvent graves, la laparotomie exploratrice ne se présente-t-elle pas comme le seul moyen de diagnostic et de traitement?

Des trois méthodes de traitement de la contusion abdominale, l'abstention et l'expectation armée ne font pour ainsi dire qu'une seule et même manière de faire.

Cette doctrine s'appuie aujourd'hui sur 289 faits de contusion abdominale par coup de pied de cheval : 254 abstentions, 178 guérisons, 76 morts; 35 laparotomies, 25 morts, 10 guérisons.

Tels sont les chiffres bruts, la lecture des faits les modifie de la manière suivante : sur les 25 morts de laparotomie, 19 ont été faites en pleine péritonite, ce sont des victimes de la doctrine de l'expectation armée et non des victimes de la laparotomie; ce sont des laparotomies pour péritonite, non des laparotomies pour contusions abdominales.

Les 178 guérisons par abstentions comprennent 100 observations sans aucun détail et 34 contusions des hypochondres, des flancs, de la région lombaire, hypogastrique et des régions inguino-crurales, ce qui diminue beaucoup la valeur de ces chiffres.

En face des statistiques personnelles de M. Delorme : 20 cas de contusion par coup de pied de cheval, 17 abstentions guéries, 3 morts par laparotomies, mais laparotomies à la 23e, 24e et 37e heures, je puis mettre la statistique de Chaput : 6 morts par rupture intestinale, sur 7 cas de contusion par coup de pied de cheval; la statistique de M. Gross : 6 abstentions, 4 guérisons, 2 morts; ma statistique enfin, qui porte aussi sur 20 cas de contusion de causes variées, toutes très graves : 14 interventions, 12 guérisons, 2 morts par laparotomie tardive; 6 abstentions (2 voulues pour cas ultra-légers), 2 morts par rupture du hile de la rate et péritonite septique sans lésions intestinales. Je sais bien que les ruptures de l'intestin ne nous donneront pas toujours des succès, mais encore la laparotomie est-elle leur seule chance de succès.

Les principales règles de cette laparotomie sont les suivantes que j'ai déjà indiquées dans mon travail de la Société de chirurgie en 1895.

1° Laparotomie aussi précoce que possible, aussitôt le shock passé.

2° Laparotomie aussi rapide que possible. Évacuation du sang à l'aide de grosses éponges aseptiques. Exploration méthodique de l'intestin dans des linges chauds stérilisés. Eviscération seulement dans les cas où on trouve des débris alimentaires ou des matières fécales.

3° Laisser l'abdomen largement ouvert à la fin de l'opération, en limitant, avec des mèches de gaze iodoformée, les régions dangereuses.

4° Enfin et surtout, la lutte jusqu'au bout pour sauver ces

malades. Injections très abondantes de sérum dans les veines (Lejars-Michaux). Lavages péritonéaux abondants à l'eau salée et au permanganate de potasse.

Tels sont les moyens que j'ai toujours employés et qui m'ont donné les beaux résultats que je suis heureux de communiquer au Congrès, dans l'espoir qu'ils nous permettront de repousser victorieusement les doctrines si dangereuses de l'abstention et de l'expectation armée dans le traitement des contusions de l'abdomen.

M. Tachard (armée) communique deux cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, dont l'analyse conduit au rejet de l'expectation, méthode de hasard, et à l'adoption, dans tous les cas de la laparotomie aussi immédiate que possible.

La fréquence et la faiblesse du pouls, constatées 10 à 15 heures après le traumatisme, sont une contre-indication à la laparotomie retardée.

M. Moty (armée). — Je n'aurai en vue, dans ma communication, que les contusions par coup de pied de cheval et de mulet. Depuis 7 ans je n'ai pu en recueillir que 15, ce qui fait à peu près 2 cas par an et par régiment. Sur ces 15 cas, 12 se placent dans le quadrimestre novembre-février, ils sont donc d'autant plus fréquents que les chevaux travaillent moins.

Enfin sur ces 15 cas aucun n'a pu être considéré comme grave, 11 sont moyens, 4 légers, tous ont guéri sans intervention.

Le diagnostic entre les cas légers et les cas moyens ne se fait guère qu'*a posteriori*.

Les symptômes des cas moyens n'ont rien de caractéristique et je n'ai que 3 particularités à relever en ce qui les concerne.

1° Le pouls peut être accéléré ou ralenti sans qu'on soit en droit d'en rien conclure, mais si le pouls, rapide d'abord, se ralentit ensuite progressivement après l'installation du blessé dans un lit il y a beaucoup de chance pour que le cas ne soit pas grave.

2° Quand le coup a porté à droite ou à gauche de la ligne médiane, il y a presque toujours dilatation de la pupille du côté correspondant, sauf dans les cas légers; elle n'a été trouvée rétrécie qu'une fois.

3° L'hystérie joue un grand rôle dans les manifestations symptomatiques qui suivent la contusion.

La laparotomie et la suture intestinale restent le seul moyen de traitement efficace dans les éclatements et les ruptures. Le traitement des cas moyens repose essentiellement sur l'opium qui répond à lui seul aux principales indications et qu'on remplacerait par les injections de morphine en cas de besoin.

La glace est contre-indiquée, elle semble avoir été la seule cause de complications assez graves, notamment la phlébite.

M. Tedenat a eu récemment à intervenir dans 3 cas de contusions graves de l'abdomen; deux de ses malades ont guéri, le troisième a succombé par suite d'une résorption trop rapide du fil de catgut placé sur l'intestin. Il est convaincu qu'il faut agir vite : l'intervention précoce, telle doit être la règle absolue en présence d'une contusion de l'abdomen.

M. Doyen (de Paris) insiste seulement sur quelques points de technique opératoire.

1° L'opération ne peut être tentée avec de réelles chances de succès qu'après que le blessé s'est relevé du collapsus initial.

2° S'il existe une hémorrhagie en nappe, par rupture du foie ou de la rate, par exemple, le meilleur moyen d'arrêter le sang est de diriger sur la plaie viscérale, en prenant soin d'isoler les organes avec des compresses stérilisées, un jet de vapeur sous pression. Cette méthode, qui est celle du professeur Sneguireff, de Moscou, donne d'excellents résultats hémostatiques.

3° S'il y a infection, les grands lavages sont, le plus souvent, très aléatoires et diffusent les lésions initiales.

On ne doit, à part certains cas exceptionnels, pratiquer que des lavages localisés. Le reste du péritoine sera protégé avec des compresses.

L'emploi de la vapeur, suivant la méthode de Sneguireff est, ici encore, un adjuvant précieux et désinfecte admirablement les surfaces déjà enflammées, qu'aucun autre procédé antiseptique ne peut pénétrer.

4° Le tamponnement est excellent dans certains cas où la fermeture complète du ventre semble dangereuse.

Mais, en aucun cas, il ne faut laisser le tampon libre dans le péritoine. Le foyer tamponné est exposé à suppurer. Quelques sutures mésentériques et mésentéro-pariétales doivent en assurer la séparation du reste du péritoine.

5° Permettez-moi de vous présenter un nouveau drain, qui permet de pratiquer le drainage aseptique des grandes séreuses.

Ce drain présente, en effet, à l'une de ses extrémités un bourrelet qui le retient dans la cavité péritonéale, tandis que deux petits appendices de verre en assurent la perméabilité au contact même des anses intestinales.

L'autre extrémité est disposée de manière à recevoir un petit sac de caoutchouc mince, préalablement stérilisé, où vient, s'il s'en produit, s'accumuler le liquide.

Le péritoine se trouve drainé, tout en étant complètement clos.

S'il se produit un suintement d'apparence septique, on peut soit aspirer le liquide avec une sonde fine, soit laver le foyer drainé avec de petites quantités d'eau stérilisée.

L'emploi de ce drain est très précieux dans certains cas graves de chirurgie péritonéale.

M. Février (de Nancy) rapporte une observation de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval avec trois déchirures incomplètes du cæcum, une par écrasement, deux par éclatement.

Ces ruptures incomplètes sont rares chez l'homme. Dans les expériences sur le chien on ne rencontre guère que la *perforation incomplète par écrasement*, où la tunique muqueuse, la plus friable des trois, est plus largement déchirée que la musculeuse, de sorte que la perte de substance a la forme d'un cône à sommet extérieur; la séreuse, intacte mais bleuâtre, amincie et plissée, passe comme un pont sur la déchirure des deux autres tuniques.

Chez l'homme, outre la variété précédente, on trouve la *rupture incomplète par éclatement*, caractérisée surtout par une déchirure de la séreuse avec simple contusion des deux autres tuniques. Ici, la solution de continuité a la forme d'un cône à base extérieure. Pour la produire il faut que les deux jambages d'une anse intestinale, contenant des liquides aient été compressées fortement; l'éclatement de l'anse se produit alors complètement ou incomplètement.

Au-dessus et au-dessous, sur les deux jambages contusionnés se trouvent toujours deux perforations par écrasement.

Pour le cæcum, une simple contusion à la partie supérieure suffit à augmenter brusquement la tension des liquides et à produire l'éclatement, puisque la valvule iléo-cæcale ne peut être forcée.

C'est l'observation d'un cas de ce genre que l'auteur rapporte. Un jeune soldat reçoit un violent coup de pied de cheval dans le côté droit du ventre; il perd connaissance sur le coup; quelques heures après, à l'hôpital, on trouve avec un état général cependant satisfaisant une douleur très vive à la pression, localisée dans la région cæcale. La laparotomie pratiquée séance tenante montre sur le cæcum trois déchirures incomplètes, une supérieure par écrasement offrait une perte de substance des deux tuniques internes large comme une pièce de 50 centimes, voilée par une séreuse amincie et noirâtre.

A 2 centimètres au-dessous, presque sur la même ligne, on trouvait deux perforations incomplètes par éclatement où la éreuse déchirée longitudinalement laissait à nu sur une longueur de 2 centimètres la musculeuse contusionnée.

Suture à la soie fine de ces lésions, en ayant soin de passer les fils dans la rupture par écrasement à un demi centimètre des bords, en prévision d'une déchirure plus large de la muqueuse. Guérison rapide.

Ces ruptures sont rarement constatées, parce qu'elles donnent des symptômes insignifiants au début, on leur laisse le temps de se compléter en amenant une péritonite foudroyante. Ce sont là ces cas à symptômes moyens ou légers de Moty, terminés brusquement au bout de quelques jours par un dénouement rapide.

M. Nimier (armée). — Les conclusions pratiques que j'ai tirées de mes observations personnelles peuvent se résumer ainsi : tout homme atteint d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen sera transporté à l'hôpital.

Là, après avoir pris connaissance des commémoratifs de l'ac-

cident, et noté en détail l'état du blessé, le chirurgien instituera un traitement d'attente basé, suivant les cas, sur les phénomènes de shock et les indices de lésions intestinales (immobiliser le blessé au lit, le réchauffer, combattre la douleur, lui imposer une diète absolue). Un service d'observation permanent sera ensuite institué auprès du malade; à chaque demi-heure on inscrit la température, la respiration et le pouls avec leurs divers caractères et tous les symptômes locaux ou généraux existants. Il est toutefois avantageux que le chirurgien, qui doit conduire le traitement, ne se charge pas de cette observation soutenue du patient; prévenu dès qu'il surviendra un phénomène nouveau (vomissements bilieux en particulier), il jugera mieux la situation s'il laisse écouler deux ou trois heures entre ses examens. Enfin, dès que la réaction péritonéale ou l'infection générale lui paraîtront indiscutables, il opérera. Sans doute intervient une question de tempérament chirurgical; certains chirurgiens ne se trouveront pas suffisamment éclairés, alors que d'autres se déclareront convaincus de la gravité du cas.

Mais mieux vaut agir de bonne heure, car tarder, c'est risquer de tuer le blessé, car attendre plus longtemps, c'est permettre à l'infection générale de progresser et de mettre le patient hors d'état de résister au shock opératoire.

En résumé, primitive et exploratrice, la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval risque fort de n'être qu'une opération inutile sinon nuisible; secondaire, par contre, elle présente la confirmation du diagnostic : perforation intestinale, et constitue le premier temps du seul traitement susceptible de sauver le blessé.

M. Guinard (de Paris). — Depuis quelques mois, j'ai fait 7 laparotomies pour contusion de l'abdomen. C'est cette très intéressante série qui m'a suggéré les réflexions suivantes.

D'abord, il faut bien se garder de confondre l'hypothermie produite par le shock traumatique et celle causée par une hémorrhagie interne. Dans 4 de mes observations, j'ai opéré des malades malgré l'hypothermie, parce que cette hypothermie ne pouvait aller qu'en augmentant jusqu'à la mort, puisqu'elle était due à une rupture vasculaire. Une fois j'ai guéri le blessé en suturant sa vaste plaie du foie. Une fois j'ai guéri le malade qui avait une rupture du rein avec épanchement sanguin dans le péritoine. Le troisième malade est mort avec une rupture de la veine splénique, malgré une pince à demeure que je pus placer sur ce vaisseau. Et enfin, dans un quatrième cas, le malade est mort avec un hémopéricarde et une rupture de la veine rénale gauche méconnus.

Dans trois autres cas, j'ai trouvé des ruptures de l'intestin avec énorme épanchement péritonéal; l'un a très bien guéri, parce que je l'ai opéré 3 heures après l'accident, les deux autres sont morts parce que je ne les ai vus que 33 et 40 heures après l'accident.

Dans tous ces cas, ma boutonnière exploratrice a été une excellente amorce pour décider à l'opération des blessés qui la refusaient obstinément. Enfin, j'ajoute qu'il vaut mieux employer comme anesthésique l'éther, qui excite et soutient le cœur défaillant, au lieu de le déprimer comme le chloroforme.

M. Rioblanc (de Lyon), après avoir rapporté 2 cas de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, l'un où la laparotomie exploratrice a montré l'intégrité des viscères, l'autre où le malade succomba brusquement sans avoir présenté des symptômes abdominaux, tire de ces 2 faits les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas de signes certains, pathognomoniques des lésions des viscères et en particulier des ruptures de l'intestin dans les contusions de l'abdomen.

2° En présence de la gravité des lésions méconnues et de la bénignité des laparotomies aseptiques, on doit, à moins de collapsus grave, intervenir le plus tôt possible dès qu'on constate soit dans l'état général, soit dans l'état local quelque phénomène insolite, susceptible de jeter un doute sur l'intégrité des organes profonds.

3° Quand le chirurgien ne peut puiser dans la perfection de son outillage et dans une pratique suffisamment étendue la conviction de l'innocuité d'une laparotomie exploratrice, il doit se contenter de surveiller attentivement son blessé et se tenir prêt à intervenir à la première alarme.

4° Quant à l'intervention elle-même, elle doit être large pour permettre l'exploration facile et complète de la cavité abdominale, mais elle doit surtout être simple et rapide.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Bernard (Arthur). *De la température des nouveau-nés.* N° 503. (H. Jouve.)

M. Mercier. *De l'entéroclyse chez le nouveau-né.* N° 492. (H. Jouve.)

M. Saurain (Hector). *Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant.* N° 533. (H. Jouve.)

M. Fosse (Henri). *Les troubles respiratoires et sécrétoires dans la méningite tuberculeuse de l'enfant.* N° 480. (H. Jouve.)

M. Costinesco (Jean). *Des hémorrhagies gastro-intestinales chez l'enfant.* N° 512. (H. Jouve.)

M. Boyer (Jean). *Étude sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis.* N° 596. (H. Jouve.)

M. Delthil (Paul). *Adénopathie trachéo-bronchique et méningite tuberculeuse.* N° 594. (H. Jouve).

M. Veillon (André). *Catarrhe suffocant d'origine grippale (bacille de Pfeiffer).* N° 638. (G. Carré et C. Naud.)

M. Desgranges (Henri). *Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire chez le vieillard (étude critique de 21 observations).* N° 572. (H. Jouve.)

M. Waitz (Josué-Wolff). *Contribution à l'étude de la splénopneumonie.* N° 563. (H. Jouve.)

De ses recherches sur la température des nouveau-nés M. Arthur Bernard tire les conclusions suivantes :

Immédiatement avant la naissance et pendant son passage à travers la filière pelvi-génitale, l'enfant présente une température supérieure à celle de la mère d'environ 6/10 à 8/10 de degré. Aussitôt après l'expulsion, il entre dans une phase d'abaissement thermique, composée d'une chute brusque à laquelle succède une période de réparation qui dure plusieurs jours. Survient alors un stade de température sensiblement constante.

La température du nouveau-né est en rapport avec son degré de développement. Trois catégories établies à ce sujet. Les enfants faibles, chétifs se ressentent davantage des influences extérieures; ils ont une courbe plus capricieuse, que relève beaucoup la mise en couveuse.

La température des nouveau-nés, un peu plus élevée pendant l'été qu'en hiver, présente des variations diurnes irrégulières, sans maximum à heure fixe; l'après-midi, les écarts de température sont plus capricieux que le matin.

Le bain à 33°-35° est suivi d'une légère chute de température. Le sommeil amène chez le nouveau-né un abaissement thermique, de là résulte une chute de la température après la tétée et après le change. Le mouvement produit une élévation thermique, d'où ascension de la température quand l'enfant s'éveille et crie.

Dans ses recherches, M. Mercier conclut que la longueur moyenne de l'intestin grêle chez le fœtus à terme est de 260 centimètres, c'est-à-dire 5 fois la taille du sujet. Celle du gros intestin est de 56 centimètres, c'est-à-dire une fois la taille du sujet. Le volume du gros intestin peut être évalué au maximum entre 100 et 200 centimètres cubes.

La valvule iléo-cæcale chez le nouveau-né est presque toujours insuffisante, tandis que chez l'adulte elle est tantôt suffisante, tantôt insuffisante, sans proportions établies.

Avec une entéroclyse de 500 grammes de liquide, tout le gros intestin et le plus souvent aussi le tiers inférieur de l'intestin grêle sont irrigués chez le nouveau-né.

L'entéroclyse est la méthode de choix pour combattre les troubles intestinaux : elle convient surtout dans les cas de tympanisme abdominal et de fétidité des selles.

L'eczéma, l'impétigo, le pemphigus, etc., peuvent être le point de départ chez l'enfant et quelquefois aussi chez l'adulte d'une infection profonde souvent mortelle.

Ces complications infectieuses se rencontrent surtout à l'hôpital, dans la salle commune. Avec son maître M. Hutinel, M. Saurain insiste sur ces complications et montre qu'on ne peut éviter ces accidents secondaires dans l'évolution des affections cutanées chez les enfants qu'en les isolant et en leur désinfectant rigoureusement la peau.

D'après M. Fosse, les troubles respiratoires que l'on constate dans la méningite tuberculeuse sont bien sous la dépendance d'altérations cérébrales et non de lésions bulbaires. Ces troubles consistent en modifications du rhythme, qui se présentent suivant deux formes différentes :

A. La *forme accélérée*, comportant avec elle : *a*) la fréquence plus considérable des respirations et conséquemment la diminution d'amplitude des inspirations; *b*) la régularité du rhythme et de l'amplitude des inspirations qui nous offrent le tableau de la forme périodique proprement dite.

B. La *forme ralentie*, qui affecte aussitôt des types variables de la respiration intermittente. Tous ces types peuvent être ramenés à cinq principaux :

1° Le type dit de Cheyne-Stokes, qui est la forme la plus complète de la respiration périodique. Il est ici souvent court dans sa phase respiratoire et se compose ordinairement d'un petit nombre de respirations : 3, 4, 5, 6 R.

2° Le type croissant;

3° Le type décroissant;

4° Le type uniforme;

5° Le type solitaire.

Ces quatre derniers types ne sont que des formes différentes mais voisines de la respiration périodique et méritent d'être considérés comme des divisions de la respiration Cheynes-Stokes.

Ces deux formes différentes accélérée et ralentie sont probablement les manifestations de deux états opposés du cerveau; l'excitation d'une part et d'autre part le repos et l'épuisement; la compression agissant comme l'épuisement.

La méningite tuberculeuse s'accompagne aussi de troubles profonds des sécrétions. Ces troubles consistent surtout en une diminution considérable ou même parfois un arrêt complet des différentes sécrétions.

M. Costinesco n'admet pas de différence importante entre les hémorrhagies infantiles des nouveau-nés et les hémorrhagies des adultes. Ce sont des troubles identiques quant à leur pathogénie, et les différences qui les séparent ne sont que de second ordre. L'hémorrhagie gastro-intestinale est un syndrôme très rare chez le nouveau-né et chez l'enfant comme chez l'adulte. Chez le nouveau-né, il est plus fréquent dans les premières heures de la vie. Chez l'enfant l'âge n'a aucune influence. L'hémorrhagie est deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Les lésions qu'on rencontre à l'autopsie sont la congestion quelquefois, et l'ulcération le plus fréquemment. Ces lésions comme siège dépendent le plus souvent de la maladie qui a provoqué l'hémorrhagie. Les altérations du foie sont assez fréquentes — elles sont presque constantes dans la syphilis. Les causes de l'hémorrhagie sont multiples, elles se rapportent toujours à un des groupes suivants : traumatique, mécanique et toxi-infectieux. Ces groupes sont souvent associés les uns aux autres et, dans ce cas, ce sont les causes du groupe toxi-infectieux qui tiennent de beaucoup la première place. Toutes les infections et tous les agents infectieux peuvent devenir hémorrhagipares. Chez les nouveau-nés, comme dans la première et deuxième enfance, les causes sont les mêmes. L'accouchement n'est, dans certains cas, qu'un traumatisme, et l'infection intra-utérine n'a de spécial que la porte d'entrée.

Au point de vue symptomatique, tantôt l'hémorrhagie gastro-intestinale constitue le seul trouble morbide; tantôt elle n'est qu'un des facteurs d'une maladie; tantôt elle constitue une complication.

Il y a une hémorrhagie gastro-intestinale bénigne, une grave et une foudroyante.

Le pronostic dépend absolument de la cause de l'hémorrhagie. Chez le nouveau-né la mortalité est élevée : 75 p. 100.

L'enfant supporte mal les hémorrhagies répétées, même en petite quantité; dans la fièvre typhoïde, l'hémorrhagie est tout aussi grave que chez l'adulte.

D'après M. Jean Boyer, la tuméfaction des ganglions du médiastin peut s'observer à la période secondaire de la syphilis. Elle est probablement assez commune, sa rareté apparente tient vraisemblablement à ce qu'on la recherche peu ou pas. Cette adénopathie explique la toux qui tourmente beaucoup les malades. Survenant en même temps que la fièvre, elle peut faire croire au développement d'une tuberculose; les résultats du traitement éclairent rapidement. L'adénopathie peut également se montrer à la période tertiaire; elle peut alors être confondue avec l'asthme ou avec une tumeur quelconque du médiastin; c'est encore le traitement qui constituera le meilleur moyen de diagnostic.

Se basant sur 42 observations de méningite tuberculeuse recueillies dans le service de M. Comby, dont 41 ont montré à l'autopsie la présence de ganglions caséeux dans le médiastin, M. Delthil conclut que la méningite tuberculeuse de l'enfance n'est pas une maladie primitive et qu'elle est secondaire à une tuberculose ancienne des ganglions trachéo-bronchiques.

Pour M. Veillon, le catarrhe suffocant est non pas une entité morbide mais une sorte de syndrome survenant au cours de certaines maladies dont il est souvent la principale expression.

Une maladie, la grippe, en est une des principales causes. Ceci ressort non seulement de l'analyse des observations d'influenza où on voit souvent notée la forme clinique « grippe asphyxique », mais encore des observations cataloguées, catarrhe suffocant et dans lesquelles on peut soupçonner la nature grippale, ce qui en expliquerait le caractère épidémique noté quelquefois.

Les recherches bactériologiques appliquées d'une part à l'étiologie de la grippe et, d'autre part, à l'étude de certains cas de catarrhe suffocant, montrent que c'est bien le parasite de l'influenza qui a joué dans ces cas le principal rôle.

Le bacille de Pfeiffer dans le catarrhe suffocant agit peut-être par les toxines qu'il sécrète et qui, par l'intermédiaire du système nerveux, troubleraient les fonctions respiratoires et circulatoires. Le système nerveux est en effet très sensible aux toxines de ce bacille. Mais ce bacille produit surtout le catarrhe suffocant en provoquant une inflammation catarrhale intense de tout l'arbre bronchique et des plus fines bronchioles, ce qui mécaniquement cause l'asphyxie.

Des 21 observations recueillies par lui de pneumonies lobaires des vieillards, M. Desgranges conclut que la pneumonie est d'autant plus fréquente que le malade est plus âgé. Le maximum semble être au-dessus de 70 ans. Elle siège le plus souvent à droite, et occupe de préférence le sommet. Les prodromes peu marqués ont été, dans un cas, des vomissements, une autre fois, des symptômes cérébraux qui ont complètement masqué le début de la maladie. En général, ils se confondent avec le début de la maladie. Le frisson initial manque souvent. Le point de côté est plus fréquemment observé. La dyspnée est peu apparente. La toux, plus fréquente, est un bon signe du début de la pneumonie du vieillard. L'expectoration manque quelquefois, sans que son absence constitue un pronostic plus grave. Quand on la constate, elle est rarement caractéristique.

L'auscultation, dans la plupart des cas, permet de faire le diagnostic de pneumonie : on trouve de la matité, de l'augmentation des vibrations, un souffle tubaire et des râles crépitants. Mais le souffle tubaire a manqué assez souvent et la bronchopneumonie existe très rarement.

Le pouls du vieillard pneumonique est, le plus souvent, rapide, mou, petit, irrégulier. L'appareil digestif est fortement touché dans la plupart des cas; la langue est sèche, et suffit souvent à elle seule, chez un vieillard fébrile, pour faire penser à une pneumonie. L'ictère n'implique pas une gravité plus grande du pronostic. Les urines ont toujours été trouvées albumineuses. Le faciès du vieillard pneumonique n'offre rien de spécial; la coloration de la pommette est rare. C'est l'affaisse-

ment qui domine. Le délire, dans la pneumonie, peut s'observer :

1° Comme symptôme de début.

2° Au cours de la maladie confirmée. (Dans ce cas, c'est généralement un délire d'excitation.)

3° Il peut constituer à lui seul toute la symptomatologie. (Forme apyrétique et délirante de la pneumonie, simulant la démence sénile.)

La pneumonie des vieillards, au point de vue de la température, peut affecter trois formes : apyrétique, moyenne, hyperthermique.

L'hyperthermie n'est jamais de longue durée.

La défervescence se fait généralement en lysis du 2e au 5e jour de la maladie.

Le pouls peut quelquefois remplacer la température, dans l'appréciation du degré de l'infection pneumonique et de la marche de la maladie. Les phénomènes critiques s'observent rarement chez le vieillard. La crise survient plus tôt dans la pneumonie de la base, et surtout de la base gauche, que dans celle du sommet. La persistance des signes physiques au niveau de la zone pulmonaire affectée est presque la règle. La pneumonie, même lorsqu'elle guérit, affaiblit le vieillard, et quelquefois le conduit plus ou moins rapidement à l'asystolie.

L'auteur a vu, une fois, la pneumonie se compliquer, au 6e jour, d'apoplexie avec hémiplégie.

Le diagnostic doit se faire avec les signes physiques, la langue, les urines et le pouls.

Pour M. Desgranges le pronostic de la pneumonie lobaire chez le vieillard semble moins sombre que dans les statistiques produites par les auteurs.

Le traitement qu'il préconise consiste en alcool, digitale, et piqûres d'éther données d'une façon systématique. Il faut proscrire la révulsion et le kermès, et se défier de la digitale; la caféine la remplace efficacement. Les lotions froides lui ont donné de bons résultats, dans les formes hyperthermiques.

La spléno-pneumonie ou maladie de Grancher étudiée par M. Waitz, est un état pathologique du parenchyme pulmonaire dont les symptômes simulent une pleurésie avec épanchement.

La symptomatologie semble ressortir à des états anatomiques divers; le plus souvent consécutive à un refroidissement, elle relève de la tuberculose dont elle est considérée comme le début; elle est souvent une manifestation de la grippe. La spléno-pneumonie est plus fréquente chez les adultes et les adolescents; elle existe aussi chez l'enfant; plus rare chez le vieillard, on ne l'a pas notée chez les enfants du premier âge. La maladie de Grancher a sa localisation le plus souvent à gauche, et elle a une prédilection marquée pour le sexe masculin. L'évolution de la maladie se fait assez vite, la convalescence est lente, mais le pronostic ne semble pas être grave, car elle guérit presque toujours. Le diagnostic n'est basé sur aucun signe pathognomique, l'ensemble des signes constitue une présomption très forte mais la certitude est acquise en présence de ces signes par des ponctions exploratrices qui n'amènent que quelques gouttes de sang, et encore pas toujours. M. Faisans insiste sur la mutabilité de tous les signes ou de certains d'entre eux dans le cours de la maladie. La spléno-pneumonie peut donner naissance à une pleurésie purulente métaspléno-pneumonique. Au point de vue du traitement, des révulsifs de moyenne intensité, comme vésicatoire et ventouses sèches, contre l'hyperémie pulmonaire; des toniques, alimentation substantielle et huile de foie de morue pendant et après la convalescence.

Thèse de la Faculté de Nancy.

M. Faivre d'Arcier (Charles-Marie-Joseph). *De la pancréatite suppurée.* N° 23.

M. Vaptzaroff (Dimitre N.). *Abcès de la cloison et hypertrophie de la muqueuse de la cloison chez les enfants et les adolescents.* N° 24.

M. Lévy (Sylvain). *Étude sur l'impétigo contagieux.* N° 17.

M. Pidancet (Jean-Charles-Albert). *Contribution à l'étude de la cirrhose infectieuse chez l'enfant.* N° 18.

La pancréatite suppurée, dont M. Faivre d'Arcier a pu rassembler 26 observations, est une affection rare, survenant d'habitude chez les dyspeptiques, les alcooliques et les surmenés. Les symptômes peuvent se grouper sous trois chefs. 1° Symptômes provenant de la lésion glandulaire (stéarrhée, glycosurie, amaigrissement rapide et signes de diabète pancréatique). 2° Symptômes de réaction intestinale (constipation ou diarrhée, soif intense, parfois polyphagie quoique plus souvent inappétence, vomissements, sonorité exagérée de l'épigastre). A ces divers symptômes se joignent parfois des symptômes péritonéaux, et surtout une douleur survenant brusquement, excessive, ordinairement localisée à l'épigastre ou s'irradiant dans l'hypochondre gauche. 3° Symptômes généraux (céphalée, fièvre modérée ou même parfois hypothermie, frissons, pouls petit et rapide). L'ictère a été noté 8 fois.

La maladie a rarement une marche suraiguë; le plus souvent elle dure de 1 à 6 mois; beaucoup plus rarement le processus de la maladie suit une marche lente. Son pronostic est des plus sombres; l'auteur n'a pu relever qu'un cas de guérison.

A l'autopsie on trouve un pancréas augmenté de volume, lourd, consistant, présentant tantôt un ou plusieurs abcès d'un certain volume, tantôt une centaine de petits abcès gros comme une épingle ou un petit pois. Le tissu péripancréatique est rarement indemne et il y a d'importantes lésions de voisinage. Les lésions histologiques relevées par l'auteur dans un cas de M. Spillmann sont caractérisées par une disparition rapide du parenchyme glandulaire, dont les cellules dégénèrent et font place à un tissu conjonctif ferme, parcouru par des vaisseaux à parois sclérosées et remplis de globules de pus.

Le diagnostic n'est possible que par un groupement raisonné des symptômes. S'il est posé nettement, on pourra, d'après l'auteur, recourir à l'intervention chirurgicale.

Les abcès et l'hypertrophie de la muqueuse de la cloison du nez, étudiés par M. Vaptzaroff, sont des affections rares; on les rencontre surtout dans l'enfance et l'adolescence. Les abcès aigus sont la plupart d'origine traumatique. Les abcès chroniques semblent être tous d'origine tuberculeuse.

Les abcès chroniques sont souvent consécutifs à l'hypertrophie de la muqueuse. Cette hypertrophie elle-même, ainsi que les abcès, sont de nature tuberculeuse comme le prouvent les examens histologiques de Chiari et les observations cliniques qui montrent que l'hypertrophie peut se transformer en abcès.

Le diagnostic est quelquefois difficile.

Le pronostic n'est pas grave pour les abcès chroniques et l'hypertrophie de la muqueuse de la cloison; mais dans les cas d'abcès aigu, il faut tenir compte de la déformation en coup de hache du dos du nez, qui est définitive, et qu'on rencontre dans la moitié des cas d'abcès aigu de la cloison. Une incision précoce semble pouvoir l'éviter. Le traitement consistera :

a) Pour l'abcès aigu, en une incision large et hâtive.

b) Pour l'hypertrophie, dans une révulsion locale, par de la teinture d'iode.

c) Pour les abcès chroniques, en une incision suivie ou non de curetage et d'injection d'éther iodoformé.

Dans les deux dernières lésions, le traitement antiscrofuleux sera de rigueur.

L'impétigo, auquel M. Sylvain Lévy consacre sa thèse, est une affection contagieuse, inoculable, résultant de l'inoculation superficielle des microbes pyogènes, des staphylocoques. La contagion se fait toujours par contact direct. Les staphylocoques peuvent, en partant de la lésion impétigineuse, pénétrer plus ou moins profondément et donner lieu à des abcès, des phlegmons, etc.; ou bien encore ils peuvent envahir les lymphatiques et les vaisseaux et donner lieu à une infection généralisée. L'impétigo peut être le point de départ de lésions du voisinage, telles que : gangrène de la peau, phlébites.

L'enfant porteur d'impétigo devra être pansé et isolé des autres enfants qu'il contaminerait fatalement dans un temps très court.

La cirrhose consécutive aux maladies infectieuses est rare chez l'enfant. Elle succède le plus souvent, chez eux, à une maladie éruptive et particulièrement à la scarlatine. M. Pidancet

en rapporte 2 observations, dues à M. Haushalter, l'une consécutive à la scarlatine, l'autre à une pleurésie purulente. Les lésions qu'elle présente, sont en général celle de la cirrhose mixte et rappellent de très près celles que l'on obtient expérimentalement sur les animaux à l'aide de poisons microbiens. Les troubles qui l'accompagnent sont dus à l'insuffisance du foie et se traduisent par les quatre grands symptômes suivants : pâleur, œdèmes, hémorrhagies, urobilinurie. Il s'y joint souvent de l'insuffisance rénale. Le diagnostic est délicat, le pronostic sévère et le traitement à peu près impuissant.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Évolution des sporozoaires du genre Coccidium, par Simond (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1897. p. 545). — L'étude des différents stades évolutifs de Coccidium amène l'auteur à conclure qu'ils présentent une grande affinité avec les diverses formes de l'hématozoaire du paludisme, comme l'avait montré M. Metchnikoff.

Agglutination du bacille typhique par des substances chimiques, par E. Malvoz (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1897, p. 582). — Diverses substances, la formaline, l'alcool, l'eau oxygénée, exercent une action coagulante produisant l'agglutination du bacille d'Eberth. Il en est de même de la vésuvine et de la safranine. On peut distinguer le colibacille du bacille d'Eberth au moyen de la formaline. Cette substance n'agglutine pas le coli-bacille en émulsion à parties égales: tandis qu'elle agglutine fortement le bacille d'Eberth.

Recherches sur la toxine tétanique, par A. Marie (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1897, p. 591). — On sait que, d'après MM. Courmont et Doyon, la substance tétanisante est élaborée par l'organisme sur l'action de la toxine tétanique. Cette opinion est battue en brèche par les recherches de l'auteur. D'après celles-ci, la toxine tétanique, injectée aux animaux, demeure dans leur sang un temps variable, après lequel les organes et les sécrétions glandulaires peuvent être inoculés sans produire aucun effet pathogène. Les extraits des organes des animaux tétaniques provoquent des troubles immédiats qui n'ont rien à voir avec les symptômes ordinaires du tétanos.

Sur les causes des battements du cœur, par W. T. Porter (*The journ. of experimental medicine*, juillet 1897, p. 391). — La cause des battements du cœur réside dans toutes les parties du ventricule et non dans un centre localisé de coordination. La pointe du cœur chez les mammifères possède une contractibilité rhythmique spontanée. S'il est exact, conformément à l'opinion générale, que les cellules nerveuses fassent défaut dans la région de la pointe, ces expériences montrent que les cellules nerveuses ne sont pas la condition essentielle de contractions ventriculaires coordonnées, spontanées et longtemps prolongées.

Le gonocoque et sa toxine, par J. de Christmas (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1897, p. 609). — Le principal obstacle à l'étude du gonocoque a été jusqu'ici la difficulté d'en obtenir et d'en conserver les cultures, Or, l'auteur est parvenu à obtenir très facilement des cultures qui se conservent plusieurs semaines en employant le sérum coagulé du lapin. Pour avoir la toxine en abondance, il préconise un milieu liquide, formé d'une partie de liquide ascitique et de 3 parties de bouillon peptonisé à 1 p. 100 et additionné d'un peu de glucose (à 1 p. 1 000).

La gonotoxine est douée des propriétés phlogogènes et suppuratives. Introduite dans l'urèthre humain, elle provoque le développement très rapide d'une blennorrhagie bénigne.

Des expériences d'immunisation ont été faites chez les animaux en vue d'obtenir un sérum antitoxique, elles ont donné des résultats encourageants, mais n'ont pas encore été appliquées à l'homme.

Étiologie du rhumatisme articulaire aigu (Ueber die Aetiologie der akuten Gelenkrheumatismus), par Riva (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1897, n° 32, p. 825). — L'auteur a cultivé l'exsudat articulaire, le sang et le liquide pleurétique de 6 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, sur un milieu composé d'une décoction d'articulations de cheval, additionnée de peptone, de glycose, de chlorure de sodium et de gélatine. Dans tous ces cas, il se développa sur les cultures jeunes un microorganisme particulier des dimensions d'un leucocyte que l'auteur désigne sous le nom de pseudo-spore, qui à la suite disparut des cultures pour faire place à un bacille long et à un autre court.

Bien que les expériences sur les animaux n'aient pas été faites, l'auteur considère son microorganisme comme l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu.

Recherches de la peste bubonique, per Wyssokowitz et Zabolotny (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1897, p. 663). — Membres de la mission russe envoyée à Bombay pour étudier la peste, les auteurs ont fait des expériences nombreuses sur le singe. Ils ont constaté que le sérum de Yersin peut guérir les singes malades lorsque le traitement est commencé 2 jours après l'inoculation sous-cutanée. Si le traitement est commencé tardivement ou si la quantité de sérum est insuffisante, on peut n'obtenir qu'une guérison apparente, suivie d'une rechute mortelle. L'immunité conférée par le sérum dure moins que celle conférée par l'inoculation préventive de cultures chauffées à 60° C.

Le sang des malades possède le pouvoir agglutinant au 7e jour de la maladie; ce pouvoir augmente jusqu'à la 4e semaine, puis diminue.

La température rectale chez les accouchées (Ueber Rectalmessunger im Wochenbett), par Sarway (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 29, p. 920). — Ce travail, destiné à mettre en évidence les avantages de prendre chez les accouchées la température rectale, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La température rectale fournit des renseignements plus sûrs et plus exacts que la température axillaire, surtout pour ce qui est de petites élévations de la température qui passent facilement inaperçues.

2° A part quelques cas tout à fait exceptionnels, l'introduction du thermomètre dans le rectum ne comporte aucun danger d'infection.

3° Pour ces deux raisons, il est indiqué de prendre chez les accouchées la température rectale de préférence à la température axillaire.

Le paludisme au Sénégal, par E. Marchoux (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1897, p. 640). — Au Sénégal on ne contracte le paludisme que pendant la saison des pluies. Le parasite qui le détermine est toujours l'hématozoaire unique, mais très polymorphe, de Laveran. Il accomplit en général son cycle entier sans produire de pigment; il ne forme de rosaces que dans les fins capillaires. Les hémorrhagies cérébrales ponctiformes et les lésions rénales paraissent être la cause de la mort dans les accès pernicieux.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la tuberculose pulmonaire.

Par le Dr Gabriel Maurange.

Sous ce titre, nous n'avons pas l'intention de passer en revue les innombrables traitements qui ont été proposés contre la tuberculose pulmonaire, de les discuter, ou même d'en inaugurer un nouveau. Nous voulons simplement rendre compte des résultats obtenus dans notre

pratique par l'application raisonnée des préceptes hygiéniques qui ont été si heureusement formulés par Daremberg, et l'emploi judicieux de deux médicaments, le gaïacol et le tanin. Ces résultats tirent leur intérêt de ce qu'ils proviennent pour la plupart d'une clientèle moyenne et parisienne, composée de fonctionnaires, d'industriels ou de commerçants, c'est-à-dire de personnes ayant une situation de fortune suffisante pour se donner *sur place* tous les soins que comporte leur état, mais ne leur permettant ni d'abandonner complètement leurs occupations, ni d'entreprendre des déplacements coûteux.

De 1889 à 1897, nous avons traité 46 tuberculeux. 5 ont été soumis à la thérapeutique classique : suralimentation, arsenic, quinquina, créosote, huile de morue (1889-90) : 4 décès, 1 survie remontant à 8 ans. 17 ont reçu des injections sous-cutanées d'eucalyptol spartéiné (1) et suivi une hygiène rigoureuse (1890 à 1894) : 5 décès; 2 ont été perdus de vue; 11 ont obtenu une guérison apparente ou sont encore plus ou moins en traitement depuis 7, 6, 5 et 4 ans. Sur les 24 restant (1894 à 1897) qui ont été soignés conformément aux règles que nous avons adoptées depuis le commencement de 1894 : 3 sont morts, 2, l'une 6, l'autre 8 mois après le début du traitement; 1, après 2 ans 1/2, avec les apparences d'une guérison pulmonaire complète, de méningite tuberculeuse (2). Sur les 21 en traitement depuis 3 ans 1/2 à 5 mois, 3 seulement paraissent n'avoir retiré jusqu'ici aucun bénéfice du traitement; 8 sont en état de guérison apparente depuis 2 ans 1/2 à 8 mois, 10 sont très améliorés, parmi lesquels 4 semblent dès maintenant devoir guérir. Ces chiffres sont encourageants et montrent tout ce qu'on peut attendre d'une thérapeutique rationnelle (3).

Voici maintenant quelles sont les règles générales que nous avons suivies d'une façon à peu près invariable depuis 1894. Pour la commodité de l'exposition, nous établirons trois catégories de malades : ceux qui n'ont jamais eu ou n'ont pas de fièvre ou seulement un écart thermique ne dépassant pas 1 degré du matin au soir; ceux qui ont de la fièvre; ceux qui sont à la période de fonte tuberculeuse (cavernes).

Les premiers prennent tout le repos compatible avec leurs occupations, repos au lit, une boule d'eau chaude aux pieds, la fenêtre fréquemment ouverte. Les promenades sont de courte durée et se font seulement par les temps secs; le travail intellectuel est réduit au minimum. Les précautions les plus minutieuses d'hygiène générale (lavages de la bouche, crachats, etc.) sont rigoureusement observées.

L'estomac est l'objet d'une surveillance particulière. La dilatation est traitée par le régime sec aux repas, mitigé par des boissons toniques et non excitantes, à jeun ou quatre heures après les repas. Le type de cette boisson est la décoction fraîche de céréales. L'hyperchlorhydrie, plus rare, est combattue par les moyens appropriés. La diarrhée ou la constipation, en l'absence des symptômes d'entérite tuberculeuse, sont fonctions des lésions précédentes et relèvent du même traitement. La suralimentation doit être en rapport avec l'assimilation. L'huile de foie de morue, les purées de légumes secs, les poissons bouillis, la viande crue sont presque constamment indiqués.

Dans la saison favorable, la cure d'air est faite selon les principes exposés par Daremberg. Les malades demeurent plusieurs heures étendus en plein air sur une chaise longue, à l'abri du soleil et du vent, les jambes enveloppées et les pieds réchauffés par une bouillotte, quelle que soit la température extérieure.

La révulsion n'est pas négligée : on pratique fréquemment des pointes de feu sur le sommet de la poitrine, en avant et en arrière. Depuis 1894, nous nous servons exclusivement de la pointe effilée de l'anse galvanique : nous pouvons ainsi répéter fréquemment les applications avec le minimum d'effraction de la peau et le maximum de réaction (François-Franck, Lereboullet).

Comme modificateur des sécrétions bronchiques et peut-être du terrain, nous employons tout d'abord le gaïacol en injections sous-cutanées. Nous avons fait ici même l'étude détaillée des indications et fixé la posologie de ce médicament (1), que nous considérons jusqu'à présent comme l'agent thérapeutique le plus actif connu contre la tuberculose pulmonaire. Nous transcrivons nos conclusions qui, après un an, restent identiques.

1° A la première période (induration), le gaïacol injecté tous les 2 ou 3 jours à la dose de 40 à 50 centig. dans 10 centimètres cubes d'huile stérilisée diminue rapidement la toux, facilite l'expectoration, relève la nutrition générale, arrête la marche de la maladie et prépare la guérison.

L'hémoptysie du début, une dyspnée excessive, une fièvre élevée (bacillémie) sont les seules contre-indications.

2° A la période du ramollissement, lorsque l'élévation thermique vespérale ne dépasse pas 1 degré, le gaïacol, à la dose de 80 centigr. à 1 gramme par jour, diminue le nombre des crachats, les fluidifie et les rend plus aérés, supprime les sueurs nocturnes, ramène la température à la normale, relève les forces et la nutrition du malade. L'amélioration est surtout très appréciable vers la fin de la première quinzaine du médicament.

Si la température atteint ou dépasse 39°, la médication est contre-indiquée.

3° A la période des cavernes, le gaïacol facilite l'élimination des produits de la fonte tuberculeuse, combat la fétidité de l'haleine, peut même dans quelques cas heureux, favoriser la cicatrisation des lésions.

A cette période, en dehors de la fièvre hectique qui constitue une contre-indication formelle, il faut graduer les doses, débuter par 5, 10 centig. par jour, gagner progressivement les doses utiles de 80 centig. et 1 gramme en surveillant de près le malade; l'élimination du gaïacol par une surface pulmonaire insuffisante et hyperémiée pouvant amener des poussées congestives et provoquer des hémoptysies dangereuses.

A ces contre-indications, ajoutons l'albuminurie et la coexistence de lésions valvulaires graves.

Chez les tuberculeux jeunes, il est un symptôme qui est d'un pronostic fâcheux : c'est la tachycardie essentielle sans lésion cardiaque; elle coexiste souvent avec des signes stéthoscopiques pulmonaires de faible importance; elle est aux diverses périodes de la maladie, en dehors de la fièvre, le signe d'une intoxication profonde de l'organisme. C'est dans ces conditions que nous avons eu l'idée d'associer, dès 1892, aux divers modificateurs des sécrétions, eucalyptol, puis gaïacol, la spartéine qui maintient la pression aux environs de la normale, favorise l'élimination des toxines et abaisse le nombre des pulsations. Cette diminution de la fréquence des battements du cœur est en rapport constant avec l'amélioration de l'état général.

1. Cf. G. Maurange, *Méd. Mod.*, 1894, p. 40.
2. Nous avons publié ici même l'intéressante observation de ce malade : Effets de la tuberculine dans un cas de méningite tuberculeuse. (*Gaz. hebd.*, 1896, p. 1057).
3. Ces résultats ne sont pas isolés : notre ami le Dr Langlois a obtenu avec le gaïacol et la même hygiène des chiffres comparables. (Voir la thèse de Devauchelle).

1. G. Maurange, Formulaire hypodermique; *Gaïacol* (*Gaz. hebd.*, 1896, p. 1197). — Cf. thèse de Devauchelle, Paru, 1896, p. 39 et suiv.

Voici la formule que nous avons adoptée (1).

Sulfate de spartéine. . . .	0 gr. 40 à 1 gr.
Gaïacol synthétique. . . .	8 gr.
Huile d'olives stéril. à 120°.	q. s. p. 100 cent. cubes

On injecte tous les deux jours de 5 à 10 centimètres cubes de cette solution. Ce qui rend très pratique ce mode d'emploi du gaïacol est l'absence de douleur pendant et après la piqûre. Avec quelques précautions, on évite tout accident : nous avons fait ou fait faire depuis 7 ans plus de 3500 injections huileuses (eucalyptol au gaïacol) sans jamais avoir le moindre inconvénient.

Après 3 à 6 mois de traitement par le gaïacol, nous avons volontiers recours au tanin suivant la formule d'Artaud : le tanin nous paraît être le médicament de choix des tuberculeux en voie de cicatrisation. C'est après l'amélioration qu'amène ordinairement les injections de gaïacol que nous en avons retiré les meilleurs effets.

Tanin à l'alcool.	15 à 20 gr.
Glycérophosphate de chaux. . . .	15 à 10 gr.

Divisez en 30 cachets.

A prendre 2 cachets le matin, 1 cachet le soir, au cours du repas.

Chez les tuberculeux ayant de la fièvre, nous avons eu recours à toute la série des antithermiques, et cela sans résultat. Tous nos essais en ce sens ont été vains lorsqu'ils n'ont pas été nuisibles. Aussi avons-nous renoncé définitivement à ce moyen. Voici ce qui nous a le mieux réussi dans ces cas : nous faisons garder entièrement le lit à nos malades, nous les aérons et les nourrissons le mieux possible, nous ne donnons aucun médicament, mais nous faisons de la révulsion (pointes de feu fines, ou ventouses sèches lorsqu'il y a de l'oppression), et nous prescrivons deux fois par jour des badigeonnages sur la poitrine dans une étendue de 10 à 20 centimètres carrés avec une solution alcoolique de gaïacol synthétique dont nous élevons progressivement le titre. Nous débutons à 5 p. 100 pour atteindre, dans certains cas, jusqu'à 50 p. 100. Les premières applications, lorsqu'elles sont faites au moment de la fièvre sont suivies d'une transpiration abondante et d'une chute du thermomètre qui n'excède pas 1 degré en 1 heure. Les malades éprouvent à ce moment un sentiment de bien être marqué. On ne passe à une concentration plus forte que lorsque le badigeonnage n'amène plus de transpiration. En procédant avec cette prudence, on n'a pas à craindre d'hypothermie et on a en mains un moyen encore assez fréquemment efficace pour combattre la fièvre tuberculeuse.

A la période des cavernes, c'est aussi la réduction au minimum du travail musculaire, et le gaïacol employé dans les limites que nous indiquons plus haut. Mais ici, comme à la période de cicatrisation, lorsqu'il y a des indices de réparation, c'est encore au tanin qu'il convient de s'adresser de préférence, si toutefois le malade s'alimente suffisamment (2). On y joint une révulsion modérée, l'usage de toniques dont le meilleur est la viande crue administrée pendant des périodes qui n'excèdent pas deux à trois semaines consécutives.

Contre l'hémoptysie, nous avons utilisé les moyens classiques, glace, ergotine, digitale : aucun de nos malades n'a succombé à cet accident.

Telles sont les grandes lignes du traitement auquel nous sommes restés fidèles depuis 1894 et auxquels nous soumettons systématiquement tous les malades que nous amènent les hasards d'une clientèle qui n'est point spécialement consacrée au traitement des maladies de poitrine.

1. Voir pour le mode de préparation de cette formule, *Gaz. hebd.*, 1896, p. 1056.

2. Il faut savoir néanmoins que le tanin à cette période peut amener une hémoptysie.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Narcéine.

Définition. — La *narcéine* est l'un des alcaloïdes retirés de l'opium.

Solubilité. — A peine soluble dans l'eau (1 p. dans 1285), la narcéine forme avec l'acide chlorhydrique un sel très soluble qui seul est utilisable en hypodermie. Le *méconate* de narcéine n'a pas été, que nous sachions, injecté sous la peau.

Propriétés thérapeutiques. — La narcéine est le plus somnifère des principes actifs de l'opium (Cl. Bernard). Le sommeil provoqué par la narcéine est calme et réparateur ; il n'y a pas de période d'excitation, pas de nausées et le réveil est « physiologique ». Il est nécessaire d'avoir une base chimiquement pure pour obtenir ces effets (Laborde).

La narcéine est un analgésique puissant (Béhier) agissant à la fois localement et sur les centres supérieurs. Rabuteau a cherché à utiliser cette propriété en associant la narcéine au chloroforme pour obtenir et prolonger la narcose. Ces essais ont été favorables et mériteraient d'être poursuivis. Dans la méthode d'anesthésie mixte (chloroforme et spartéo-morphine qui nous est commune avec le Dr Paul Langlois) nous avions pensé à substituer la narcéine à la morphine. Ce qui nous a empêché de réaliser notre projet est, en dehors de la difficulté de se procurer de la narcéine *pure*, l'action sur le pouls et la température, que nous étudierons tout à l'heure.

Dose usuelle. — Chez *l'enfant* de 5 à 10 ans, 5 milligrammes par injection jusqu'à 10 milligrammes par jour ; de 10 à 15 ans, jusqu'à 15 milligrammes ; à partir de 15 ans et *chez l'adulte* 2 centigrammes par injection jusqu'à 10 centigrammes en 24 heures.

Effets de l'injection.

a) Immédiats : L'injection est moins douloureuse qu'avec la morphine. Pas de réaction locale.

b) Éloignés. La température s'élève de quelques dixièmes de degré dans le quart d'heure qui suit l'injection. En même temps il y a augmentation du nombre de pulsations et on aurait noté d'une façon régulière de l'hypotension artérielle (Pietrini). Ces phénomènes s'amendent d'eux-mêmes vers la fin de la première heure qui suit la piqûre pour faire place à une sensation d'engourdissement et au sommeil, sans céphalée et sans vertiges.

Si l'on employait la narcéine dans le but de favoriser l'anesthésie chloroformique, il serait nécessaire de pratiquer l'injection au moins trois quarts d'heure avant le début de la narcose.

Disons enfin que la narcéine s'élimine avec une très grande rapidité, et que, malgré cette condition favorable, ses effets s'épuisent par l'accoutumance.

FORMULES

Chlorhydrate de narcéine.	0 gr. 20
Eau *stérilisée*.	10 c. cubes.

1 à 4 centim. cubes.

(Béhier, Piedvache, Eulenburg, etc.).

Chlorhydrate de narcéine	0 gr. 50
Eau *stérilisée*.	10 gr.

1 centim. cube *un quart* d'heure avant la narcose chloroformique.

Rabuteau.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'affaire du D[r] Laporte (p. 1021).

REVUE DES CONGRÈS. — *II[e] Congrès de l'Association française de chirurgie :* Traumatisme opératoire chez le vieillard. — Ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables. — Evidement pétro-mastoïdien (p. 1024). — Abcès cérébraux. — Septico-pyohémie d'origine otique. — Abcès froids pulsatiles du thorax. — Plaies de poitrine par armes à feu (p. 1025). — Kystes hydatiques du poumon. — Tuberculose rénale. — Urétérectomie totale. — Cure radicale des hernies inguinales (p. 1026). — Prolapsus du rectum. — Nouveau procédé d'entérorrhaphie (p. 1027). — Nouveau procédé de gastro-entérostomie. — Gastrostomie. — Colectomie pour cancer du côlon. — Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin. — Drainage pelvien chez l'homme. — Appendicite (p. 1028). — La splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate (p. 1029). — Cholécystite calculeuse. — Régénération des os. — Ruptures du tendon d'Achille et du rotulien (p. 1030).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Apoplexies myocardiques. — Frigothérapie. — Fissures à l'anus. — *Société anatomique :* Cancer du duodénum (p. 1030). — Cancer du gros intestin. — *Société de biologie :* Streptocoque de l'impétigo. — Sérum de Marmorek. — Rôle protecteur du poumon contre le streptocoque. — Exercices acoustiques, dans le cas de surdi-mutité. — Paralysie ascendante aiguë expérimentale (p. 1031).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Angleterre. *Clinical Society of London :* Rétrécissement du pylore. — Thrombose des sinus et néphrite interstitielle. — *Pathological Society of London :* Méningite postérieure (p. 1032).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire du D[r] Laporte.

Une souscription est ouverte, dans les journaux de médecine, parmi les membres du corps médical français, en faveur du D[r] Laporte. Le chiffre de chaque souscription ne doit pas dépasser 5 francs.

A côté de cette manifestation qui doit offrir à un très grand nombre de médecins l'occasion de témoigner leurs sentiments sur la condamnation qui vient de frapper notre confrère, plusieurs autres souscriptions sont ou seront ouvertes en vue de lui permettre d'interjeter appel et de faire reviser son procès.

Nous nous contenterons donc pour aujourd'hui de reproduire les étranges considérants du jugement rendu par la 9[e] chambre du tribunal correctionnel.

Mais nous reproduirons aussi les conclusions déposées par M[e] Robert, avocat du D[r] Laporte. La comparaison de ces deux documents est des plus suggestives.

Tous ceux qui, après avoir lu les débats de l'affaire Laporte, la jugeront avec calme et impartialité seront d'avis qu'il faut l'invoquer pour hâter la réforme du Code d'instruction criminelle, pour limiter le pouvoir discrétionnaire du juge, lui imposer l'obligation d'une expertise contradictoire et donner à l'inculpé les garanties d'impartialité qui lui manquent trop souvent lorsqu'il est interrogé par un homme incompétent ou mal conseillé.

Nous espérons que nos confrères du Parlement s'uniront à tous les jurisconsultes qui ont déjà pris l'initiative de cette réforme.

Dans notre prochain numéro nous donnerons le compte rendu de l'autopsie médico-légale de la femme Fresquet.

L. Lereboullet.

Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine en 1893 et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le XVII[e] arrondissement, s'est installé le 1[er] septembre 1897 boulevard de Charonne, n° 104;

Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin du service de nuit, il fut requis, dans la soirée du 11 septembre, de se rendre rue Courat, n° 32, chez la dame Fresquet, qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés;

Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps — seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales — se présenta au domicile de la femme Fresquet qui avait déjà eu cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la demoiselle Maîtrepierre; qu'après examen le docteur Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans deux des couches précédentes de cette dame;

Attendu que la manière de procéder du médecin surprit dès le commencement les personnes présentes et leur inspira des doutes sur sa compétence; qu'il fut manifeste pour elles que le maniement du forceps ne lui était pas familier; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente, dont il laissait les jambes basses le long du lit; que le mari et la dame Houbert crurent même devoir intervenir pour lever et maintenir les jambes pendant que l'opérateur appliquait le forceps et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés »;

Attendu que trois applications du forceps furent faites, mais sans résultat; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon rouleau »;

Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister; qu'il se borna à répondre : « Attendons »; qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de l'enfant qui doit être mort »;

Attendu qu'après avoir vérifié l'un et l'autre qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta sa boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquettes et un équarrissoir qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas à bout pointu, aplati et recourbé, dont il crut pouvoir se servir;

Attendu que sans l'aseptiser ni la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille dans le vagin, se bornant de l'autre à écarter les lèvres des parties génitales de la patiente et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant;

Attendu qu'ayant retiré l'aiguille sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte crânienne dure, il frappa avec le marteau sur le ciseau; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains;

Attendu que, presque aussitôt, la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction; que la tête de l'enfant parut à la vulve; qu'elle fut signalée par Fresquet au médecin qui ne la voyait pas et qui, appliquant une dernière fois le forceps, ne tarda pas à retirer le corps;

Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme, craignant une hémorrhagie, l'obligea à terminer son opération;

Attendu qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus;

Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave consécutive à l'accou-

chement; que, visitée le lendemain par le docteur Ballouhey, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé, et qu'elle y mourut le 14 septembre à 8 heures du matin;

Attendu que l'autopsie de l'enfant a révélé sur le pariétal droit une plaie et perforation ayant laissé s'écouler une petite quantité de matière cérébrale;

Attendu d'autre part que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes :

« La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé »;

Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues exactes par l'inculpé au cours de l'autopsie à laquelle il assistait;

Attendu que ces conclusions sont confirmées par M. le Dr Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqûre d'un instrument pointu, comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle;

Attendu, il est vrai, que M. le Dr Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions; qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se sont probablement produites spontanément; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses;

Mais attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées; qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à à la place où elles se trouvaient, aient été causées par des aiguilles osseuses qui d'ailleurs, dit le Dr Soquet, n'existaient pas dans le bassin;

Attendu que le tribunal, placé entre ces constatations faites sur les organes et des conclusions qui en découlent, d'une part, et, d'autre part, une argumentation basée sur des hypothèses. des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières émanant d'hommes de l'art distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice;

Attendu qu'étant admis par le tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal;

Attendu, en droit, que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes personnes, quels que soient leur art ou leur profession, par conséquent au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faits et de négligences graves; qu'il est certain que les tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe, qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, duplus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médication; mais que leur action commence et s'exerce là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir; que telle est la doctrine du procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience;

Attendu que le tribunal doit rechercher si des actes de cette nature sont imputables au Dr Laporte dans l'accouchement de la dame Fresquet;

Attendu, en fait, que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur (il avait fait apposer à sa porte ces mots « médecin accoucheur ») n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital alors qu'il était étudiant, il n'avait opéré depuis 1893 que deux accouchements; que pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire;

Attendu d'autre part qu'il n'avait jamais fait la craniotomie, qu'ainsi sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle;

Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet; que sans parler de l'administration du chloroforme, qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiente, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la dame Houbert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire et savoir, et ont motivé les propos de la sage-femme relevés ci-dessus;

Attendu que l'incohérence, la maladresee des actes de Laporte et son excitation étaient telles que la demoiselle Maîtrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant, et qu'après l'application infructueuse du forceps, il dut reconnaître qu'il était au bout de son rouleau;

Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin, ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister; qu'en ne le faisant pas, il a commis une faute grave qui peut lui être reprochée pénalement;

Attendu de plus qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifestes des choses que tout homme de l'art doit savoir;

Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné par tous les traités sur la matière que le chirurgien qui fait cette opération avec un instrument approprié doit introduire sa main gauche dans le vagin, que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale, autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche; que, dans le cas où la tête de l'enfant est près de la vulve, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts, indicateur et médius, doivent conduire et diriger l'instrument;

Attendu que cette manière de procéder, mise en pratique par tous les médecins accoucheurs, a pour but non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture, que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement;

Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en main, comme Laporte, un instrument, disent les experts, certainement défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et dont les échappées étaient à craindre;

Or, attendu que l'information et les débats ont accueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoé qui étaient auprès de la parturiente, et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas, il ne l'a dirigée ni avec la main, ni avec les doigts;

Attendu que la demoiselle Maîtrepierre, dit-il, il est vrai, pour l'aiguille : « Il me semble qu'il a introduit un doigt mais je ne puis l'affirmer », mais qu'elle explique que, placée en arrière de la dame Fresquet dont elle maintenait la tête dans son bras, elle n'a pas bien pu voir ce qui se passait en avant;

Attendu qu'en admettant même cette déclaration formulée à l'audience dans la forme la plus dubitative, et qui ne peut dès lors infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoé, le docteur Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille, ce qui serait manifestement insuffisant et inopérant pour l'empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme;

Attendu au surplus que les déclarations du docteur Laporte à l'instruction, constituent sur ce point des aveux de sa faute, qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare : « Je crois

que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. J'ai le souvenir d'être allé, à un moment donné, un peu trop loin avec mon aiguille, mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré »;

Attendu que Laporte reconnaît aussi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée, ni si elle avait perforé le crâne;

Attendu que M. le docteur Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres au cul-de-sac vaginal, alors qu'il en résulte qu'il était intact;

Attendu que M. le docteur Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le docteur Pinard, et qu'il y a d'ailleurs lieu de considérer que Laporte ouvrait, d'après les témoins, la vulve avec les doigts de la main gauche pendant qu'il introduisait l'instrument de la main droite, et qu'ainsi il a pu se diriger jusqu'à l'organe dont il est question sans l'atteindre;

Attendu qu'il est démontré pour le tribunal que le docteur Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art, qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire, qui constituent une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet;

Attendu que sans qu'on puisse retenir pénalement cet élément, le présent jugement ne peut pas ne pas relever comme une nouvelle preuve de son incompétence et du désarroi de son esprit l'usage inutile, inconsidéré et cruel du ciseau et du marteau;

En ce qui toute l'application de la peine :

Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsqu'en présence des complications qui survenaient, il s'est senti désarmé, oblige cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et par humanité;

Attendu que ces considérations sont de nature à concilier au prévenu l'indulgence du tribunal;

Par ces motifs, le condamne à trois mois d'emprisonnement; et, vu l'article 1er de la loi du 26 mars 1891, ordonne qu'il sera sursis à l'exécution de la peine.

Voici maintenant les conclusions déposées par Me Robert :

Attendu, en droit, que l'article 319, reproduisant limitativement les dispositions de l'article 1382 du Code civil, n'est applicable qu'en cas de faute lourde résultant de la maladresse, de l'imprudence ou de l'inobservation des règlements et ayant causé la mort d'autrui;

Que, si ces dispositions sont générales et s'appliquent *in infinitum* à toutes les professions, quand il s'agit de faits imputables à l'homme plutôt qu'au professionnel, il en est tout autrement quand il s'agit de faits tenant à l'exercice même de la profession et notamment de la profession médicale; qu'il existe alors une limite aux investigations de la justice à laquelle il est interdit d'apprécier des actes d'un caractère exclusivement scientifique;

Attendu que la jurisprudence tout entière, même dans les cas spéciaux où elle a cru devoir admettre la responsabilité des médecins, a sans cesse confirmé cette théorie en s'attachant à ne relever que des faits d'ignorance, imprudence ou de négligence graves, tels que le refus de continuer les soins à un malade en danger ou la dissimulation de complications survenues par la faute de l'opérateur;

Attendu que les limites de ce domaine de la science médicale, inaccessible aux recherches de la justice, ont été nettement posées par le procureur général Dupin et sanctionnées par la Cour suprême dans un arrêt qui demeure le monument fondamental de la jurisprudence en la matière; que toutes les questions relatives à l'opportunité d'une opération, à l'habileté ou à la maladresse de l'opérateur, au choix de l'instrument ou de la méthode chirurgicale, y sont déclarées rigoureusement soustraites à l'examen des tribunaux et ne peuvent constituer des cas de responsabilités ni pénales, ni civiles;

Attendu que ces principes, certains et immuables, ne sauraient être modifiés sans enlever toute initiative : un art qui n'est qu'initiative perpétuelle, et sans porter la plus grave atteinte à la science médicale et, par suite, à la guérison des malades; qu'il suffit donc d'en faire l'application rigoureuse à l'espèce actuelle;

Attendu, en fait, qu'aucune faute imputable au fait exclusif de l'homme ne peut être reprochée au docteur Laporte;

Attendu que, au point de vue professionnel, les médecins experts eux-mêmes sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître qu'il a strictement observé toutes les règles de l'art des accouchements; qu'après avoir vainement tenté, à différentes reprises, l'application du forceps, il a sagement fait de se décider à pratiquer sur-le-champ et sans retard, avec les instruments dont il disposait, l'opération de la craniotomie; que leur rapport se borne à deux critiques *d'ordre purement scientifique*, relatives, l'une, au défaut d'asepsie des instruments employés; l'autre, à la façon dont le docteur Laporte aurait guidé l'aiguille à matelas dont il se servit au cours de l'opération;

Attendu que ces deux critiques dont la matérialité même semble démentie par les affirmations du docteur Laporte et les dépositions de la sage-femme, seuls compétents en la matière, ne sauraient en aucune façon constituer l'imprudence ou la maladresse prévues par l'article 319 du Code pénal; qu'il s'agissait là, de malhabileté dans l'exécution d'une opération, de procédé chirurgical plus ou moins discutable, questions purement scientifiques rentrant dans la catégorie de celles que la Cour suprême déclare échapper à l'examen des tribunaux;

Qu'au reste, ces critiques mêmes ne sauraient être tenues pour fondées puisque M. le docteur Pinard, professeur de clinique obstétricale, a déclaré, avec sa haute autorité et son indiscutable compétence, que la manière d'agir du docteur Laporte avait été irréprochable;

Attendu, enfin, qu'il ne saurait être ici question d'abandon de malade, le docteur Laporte n'ayant quitté la parturiente qu'après la délivrance effectuée, et sans qu'aucun accident pût faire prévoir une lésion interne quelconque, l'accouchée restant d'ailleurs sous la garde de la sage-femme qui, à aucun moment, n'a songé à faire redemander un médecin; que, dans ces conditions, aucune faute, aucune maladresse ou imprudence ne saurait être imputée au docteur Laporte à raison de l'issue malheureuse d'une opération très grave et très délicate, pratiquée dans le but unique de tenter le salut de la malade.

Par ces motifs, dire qu'aucune faute tombant sous l'application de l'article 319 du Code pénal ne saurait être reprochée au docteur Laporte, au cours de l'opération pratiquée sur la dame Fresquet; que l'urgence de l'opération proposée par lui, lui interdisait de solliciter et d'attendre le concours d'un confrère aussi bien que de faire transporter la malade à l'hôpital; que le docteur Laporte n'a commis aucune faute en se servant des instruments mis à sa disposition par le plaignant; enfin, que le défaut d'antisepsie ou d'asepsie des outils employés n'est nullement prouvé et que, fût-il établi, il constituerait un fait d'ordre purement scientifique, soustrait à l'appréciation des tribunaux; qu'il en est de même de la façon d'opérer et de la plus ou moins grande habileté déployée par l'opérateur;

Renvoyer en conséquence, le docteur Laporte des fins de la poursuite; subsidiairement, au cas où la conviction du tribunal ne serait pas d'ores et déjà faite, ordonner une contre-expertise médicale.

Un télégramme de sympathie a été adressé au professeur Pinard par les internes des salles de garde des hôpitaux Andral, Bichat, Broca, Broussais, la Charité, Laënnec, Dubois, Necker, Ricord et Saint-Antoine. Voici la réponse du professeur Pinard :

Mes chers collègues, laissez-moi dire mes chers amis,

Nous sommes tous atteints, médecins et malades, par le jugement qui condamne le docteur Laporte.

Dans cette lutte avec la magistrature, il faut non seulement protester, mais vaincre. Pour cela, il faut faire pénétrer la lumière dans l'esprit des juges et de tout le monde. Aussi je compte sur la vaillante et généreuse phalange des internes.

Quant à moi, vaincu une première fois, je vais recommencer avec plus d'ardeur que jamais, car il s'agit de défendre non seulement un honnête, un jeune, un timide, mais encore la famille médicale tout entière, et surtout les malades.

Votre approbation m'est allée au cœur; merci. Pinard.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 18 au 23 Octobre.

Fin de la Séance du 20 Octobre 1897 (matin).

Effet du traumatisme opératoire chez le vieillard.

M. Ch. Rémy (Paris). — Il semblerait naturel que les effets du traumatisme fussent proportionnés à son intensité. Chez le vieillard, il n'en va pas ainsi. Un accident léger, une opération sans gravité réelle sont souvent suivis de phénomènes inquiétants, et même de terminaison fatale. Une plaie même n'est pas toujours nécessaire, et j'ai vu des vieillards succomber à des fractures de la tête, de l'humérus ou du col du fémur.

Le choc revêt plusieurs formes cliniques :

Le choc traumatique rapide dont le diagnostic est souvent difficile, parce qu'il existe un calme que des observateurs non exercés prendraient pour des suites favorables à l'opération.

Le choc traumatique prolongé, à forme nerveuse, comparable à une paralysie générale, évoluant en quelques semaines, et qui consiste en une série de troubles nerveux, qui peuvent amener la mort. On observe une sorte d'arrêt progressif des fonctions des diverses parties du système nerveux central.

La mort subite, qui peut survenir quelques minutes après l'opération ou dans les premiers jours qui suivent.

Le diagnostic est parfois difficile : le délire nerveux post-opératoire ressemble à celui de l'infection purulente, dans certains cas, au délire alcoolique dans d'autres. Ce diagnostic est encore à faire avec d'autres affections, avec l'intoxication iodoformique, avec l'empoisonnement par l'atropine qui sont rares, et surtout avec la pneumonie et l'urémie.

On peut éviter souvent ces complications, en veillant à ce que le malade ne se refroidisse pas, et en évitant l'emploi du chloroforme. Le traitement consiste essentiellement dans l'application de compresses chaudes sur l'abdomen, en donnant des boissons chaudes et réconfortantes, en faisant des injections de sérum chaud, etc.

Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections.

M. Tuffier (Paris) après avoir rapporté plusieurs observations de ligatures vasculaires pour tumeurs inopérables, principalement pour celles de l'utérus, tire de ces faits les conclusions suivantes :

Les ligatures artérielles constituent, avec les procédés actuels de la chirurgie, des moyens inoffensifs ; il serait utile de reprendre leur étude dans le traitement de certains néoplasmes inopérables et dans certaines infections. Les organes, ne possédant qu'un petit nombre de pédicules vasculaires, sont ceux qui bénéficieront le plus de cette méthode. Certaines tumeurs bénignes, comme les fibromes, peuvent en tirer grand bénéfice, quand nos procédés si perfectionnés d'exérèse seront mis en défaut, ou quand la castration sera contre-indiquée. Les épithéliomas et leurs complications peuvent donner lieu à des indications de ligatures atrophiantes, soit pour remédier à des hémorrhagies ou à des douleurs, soit pour limiter ou entraver l'évolution de la tumeur. Des faits de cancer de l'utérus ont été ainsi améliorés dans des proportions encourageantes. Certaines hypertrophies organiques, comme la mégalosplénie, paraissent justiciables du même procédé.

Les infections localisées peuvent être attaquées dans certains cas par les ligatures vasculaires. Dans les phlébites des sinus et dans certaines infections veineuses du membre inférieur, la ligature du bout cardiaque du vaisseau a donné de bons résultats. L'oblitération vasculaire se propose, dans ces cas, d'empêcher le déversement continu de produits toxiques dans la circulation générale. Les ligatures artérielles trouvent de même leur indication, quand il est permis d'espérer qu'elles tariront la source même des toxines. Ce sont là sans doute des faits exceptionnels; mais ils méritent d'être étudiés à nouveau et je crois qu'ils trouveront quelques heureuses applications.

M. Hartmann a eu l'occasion de pratiquer à diverses reprises des ligatures atrophiantes dans des cas de néoplasme. La ligature de la carotide externe dans les cancers de l'amygdale ne lui a rien donné; ce qui s'explique par ce fait que pour cette région il n'y a pas de pédicule vasculaire net. Pour les cancers de l'utérus, il a pratiqué deux fois la ligature des utérines à leur origine, sans aucun résultat. Dans un troisième cancer inopérable, il a lié les deux hypogastriques, les deux utéro-ovariennes et un ligament rond; les sécrétions ont cessé pendant une vingtaine de jours, puis tous les symptômes ont reparu.

Il n'en a pas été de même pour les fibromes. Ici la tumeur est presque isolée du tissu ambiant, n'a que peu de vaisseaux. Une simple diminution brusque de l'afflux sanguin, au dire des chirurgiens américains et de quelques Allemands, Gottschalk en particulier, suffirait pour amener la régression du fibrome. Trois fois, en pareil cas, M. Hartmann a pratiqué la ligature du pédicule hypogastrique, opération facile et sans danger. Dans les 3 cas, il a vu les symptômes disparaître et la tumeur rétrocéder. Aussi M. Hartmann voit-il dans cette petite opération moins un moyen de lutter contre des tumeurs inopérables qu'un mode de traitement applicable à bon nombre de fibromes encore petits, considérés jusqu'ici comme justiciables de l'hystérectomie vaginale.

De l'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations de la caisse.

M. Reynier (Paris) s'est rallié à l'évidement pétro-mastoïdien que M. Broca a préconisé l'un des premiers.

M. Reynier a pratiqué cette année l'évidement pétro-mastoïdien chez 14 malades, pour des suppurations anciennes de l'oreille; en suivant la technique suivante :

L'opération comprend quatre temps : l'incision de la peau, l'ouverture de l'antre, l'ouverture de l'aditus et celle de la caisse. Pour les deux premiers temps, M. Reynier suit les règles données par M. Duplay. Comme ce dernier il fait l'incision des parties molles dans le sillon rétro-auriculaire, et, pour l'évidement mastoïdien, il tend de plus en plus à abandonner l'emploi du ciseau et du maillet pour se servir surtout de la gouge à main, dont l'usage a été, avec raison, recommandé par M. Duplay, en raison des accidents auxquels on est exposé si l'on fait une échappée avec le ciseau. Le troisième temps se fait en sculptant la paroi externe suivant la direction du protecteur de Stacke ou d'un stylet recourbé introduit dans l'aditus. Enfin, la caisse ouverte largement, il procède à une ablation soignée des fongosités.

Cette opération n'a jamais été suivie d'accidents.

Au point de vue des résultats consécutifs, sur 4 femmes opérées, M. Reynier a eu 1 succès pour une otite scléreuse, qui a été très peu améliorée, 1 récidive et 2 guérisons complètes ; sur 10 hommes, il a perdu de vue 2 de ses opérés et les 8 autres ont guéri; tous ont eu l'audition très améliorée.

M. Broca. — Quand j'avais vu la communication de M. Reynier inscrite à l'ordre du jour, je m'attendais à prendre la parole pour défendre une cause que je crois bonne. Je me souvenais, en effet, qu'il y a quelques mois M. Reynier avait combattu énergiquement ma manière de voir devant la Société de chirurgie; il m'avait même, je crois, traité de théoricien. Aussi ai-je été agréablement surpris de voir qu'aujourd'hui nous sommes d'accord : M. Reynier a trouvé son chemin de Damas et j'aurais mauvaise grâce à insister davantage.

Les quelques petits points de détail sur lesquels je désire prendre la parole sont les suivants.

Peut-être M. Reynier exagère-t-il quand il dit que jusqu'à ce jour on opérait sans règle précise et quand il considère l'ouverture de l'antre comme très dangereuse et très délicate. Jamais je n'ai ouvert involontairement le sinus en ouvrant l'antre; jamais rien ne m'a révélé une lésion du canal demi-circulaire ou du cerveau. La seule complication parfois inévitable est la paralysie faciale et je l'ai parfois observée, rarement il est

vrai. Toujours j'opère au ciseau et au maillet et je persiste à croire que c'est la méthode de choix.

M. Reynier a raison de dire que le tamponnement du conduit osseux arrête bien le sang : mais à cet usage une mèche de gaze stérilisée est, comme je le dis depuis longtemps, plus commode qu'une éponge.

Pour l'audition, j'ai constaté que les malades après l'opération gagnent souvent et jamais ne perdent. Plusieurs trépanations bilatérales que j'ai pratiquées sont à cet égard particulièrement probantes.

M. A. Malherbe (Paris) a pratiqué 11 fois cette même opération chez des sujets atteints d'otite moyenne sèche.

Sauf dans un cas, tous les malades ont retiré un bénéfice très appréciable de l'opération. D'une façon générale, tous ceux dont l'acuité auditive n'était pas tombée trop bas ont pleinement profité de l'intervention et entendent actuellement aussi bien que possible.

Il est de toute nécessité, après s'être rendu compte qu'il s'agit d'une lésion de l'oreille moyenne, d'étudier, à l'aide de l'acoumètre, du diapason et de la parole, l'acuité auditive et de déterminer avec soin le degré de cette acuité, principalement pour la perception des sons élevés et des sons bas, car le pronostic de l'intervention en dépend presque complètement.

Des abcès cérébraux consécutifs aux otites suppurées.

MM. Jaboulay et **Rivière** (de Lyon) rapportent un nouveau cas d'abcès cérébral otitique récemment observé par eux, diagnostiqué et opéré sans succès. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, notoirement tuberculeux, atteint d'une ancienne suppuration d'oreille qui, le 29 novembre 1896 fut pris de céphalée vive et mal localisée, de courbature, de frissons légers avec un peu d'élévation de la température. L'ancienne otorrhée réveillée donnait un écoulement très fétide avec des douleurs dans la région parotidienne. Vomissements le quatrième jour avec exacerbation progressive des symptômes.

Un nettoyage de l'apophyse et de la caisse pratiqué le 5 décembre n'arrête pas la marche des lésions. Le 10 décembre, céphalée atroce, vomissements et frissons intenses, puis le lendemain torpeur cérébrale. Deuxième intervention (par la brèche déjà faite) au cours de laquelle on ouvre un abcès cérébral et un sous-dural contenant un pus très fétide.

La température baisse, mais l'agitation et les autres symptômes restent identiques et le malade succombe le 13 décembre.

De ces observations et de cas précédemment observés MM. Jaboulay et Rivière concluent:

a) Que l'abcès cérébral est généralement une infection surajoutée à une otite tuberculeuse.

b) Que le diagnostic, qui doit être précoce, doit surtout s'appuyer sur la céphalée fixe, la fièvre, la gravité des phénomènes généraux les localisations, etc.

c) Que la grande difficulté opératoire réside dans la presque impossibilité de faire un drainage durable, les drains en caoutchouc troués ou non, en métal étant expulsés ou obstrués; seul un drain métallique avec rebord terminal serait utile. L'incision au thermocautère est insuffisante; et l'excision des parties environnantes mènerait probablement trop loin.

Septico-pyohémie d'origine otique.

MM. Villard et **Rivière** (de Lyon). — Il s'agit d'un jeune homme âgé de 16 ans, entré le 6 février dernier dans le service de M. le professeur Poncet. Porteur depuis plusieurs années d'une otorrhée chronique, ce malade avait vu survenir, 8 jours avant son entrée, des phénomènes graves caractérisés par une élévation considérable de la température, de la céphalalgie, quelques vomissements et de la douleur dans les régions temporales et mastoïdiennes. Décubitus latéral gauche. Demi-coma, torticolis douloureux, exophthalmie double, encore plus accentuée à gauche. Peu de modifications locales. Circulation veineuse de la face à gauche très apparente. T. 40°1, R. 48, P. 130.

Le diagnostic ferme de phlébo-sinusite est porté.

Intervention à la gouge et au maillet : cellules mastoïdiennes presque saines, le sinus latéral apparaît thrombosé et d'aspect puriforme. Il est ouvert et poursuivi jusqu'au pressoir; jet de sang à ce moment. Ligature de la jugulaire que l'on trouve thrombosée.

Au troisième jour, signes de pleuro-pneumonie septique : mort le septième.

L'autopsie a montré : 1° l'origine probablement tuberculeuse de l'otite, des foyers multiples de pneumonie, une pleurésie purulente. Les lésions étaient bien drainées et arrêtées du côté du crâne : mais la jugulaire était thrombosée jusqu'au voisinage du tronc brachio-céphalique.

Conclusions : difficultés de diagnostic (importance des phénomènes de septicémie, de la dilatation des veines de la face, de l'exophthalmie).

Importance d'une intervention hâtive : ce malade aurait probablement guéri, si on avait pu devancer les lésions de la jugulaire dans leur marche.

Fin de la Séance du 21 Octobre 1897 (soir).

Abcès froids pulsatiles du thorax.

M. Peyrot (Paris) rapporte l'observation d'un homme de 38 ans, entré à l'hôpital avec deux collections qui faisaient saillie sur la partie latérale gauche du thorax, l'une s'étendant du bord gauche du sternum jusqu'au niveau de la ligne axillaire, l'autre située plus en arrière. La collection antérieure présentait des pulsations isochrones aux battements du cœur, et ce caractère pouvait faire songer à la pulsatilité décrite dans l'*empyème pulsatile*.

M. Peyrot pensait qu'il s'agissait de deux abcès froids thoraciques, probablement indépendants l'un de l'autre, puisque l'un d'eux était le siège de battements, tandis que l'autre n'en présentait pas.

L'incision de la collection antérieure montra l'existence d'un large orifice faisant communiquer la poche superficielle avec une poche intrathoracique. L'abcès froid postérieur, également incisé, présentait une constitution analogue. L'intervention fut complétée par la résection de la onzième côte, qui paraissait altérée. Le malade déclina rapidement, et succomba quelques jours après l'opération.

L'autopsie montra l'existence d'une collection extrapleurale qui avait décollé la plèvre pariétale et diaphragmatique et qui refoulait le cœur, avec lequel elle se trouvait en contact intime. C'est ainsi que se trouvaient expliqués les battements perçus au niveau de la collection extrathoracique antérieure, laquelle était en communication large avec cette collection intrathoracique.

Plaies de poitrine par armes à feu.

M. Lejars (Paris) rapporte l'observation d'un garçon de 16 ans qui se tire dans la poitrine, à droite, un coup de pistolet chargé de soixante grains de plomb. Il se produit une hémorrhagie abondante par la plaie, avec vomique sanglante, accidents d'oppression et de collapsus auxquels on remédie provisoirement.

Le lendemain, fièvre, anhélation, face anxieuse; la matité n'occupe pourtant que la moitié à peine du thorax, en arrière, mais on trouve tous les signes d'une bronchopneumonie traumatique qui s'aggrave les jours suivants et devient des plus alarmantes. Puis l'épanchement s'accroît, remonte, devient considérable en peu de jours, et un suintement sanguin abondant a lieu par l'orifice d'entrée même. On a recours à l'intervention suivante : première incision au niveau de la plaie, résection d'un long segment de la côte correspondante et création d'une large brèche, qui donne issue à une quantité considérable de sang et de caillots; deuxième incision et deuxième résection costale, à la partie toute déclive de la plèvre; on achève alors l'évacuation de la cavité, on déterge, aux tampons et à la curette, la surface du poumon, noirâtre, comme labourée, hérissée de petits débris de parenchyme sphacélés; grand lavage à l'eau bouillie; deux drains, d'une ouverture à l'autre. Au bout de 2 mois le blessé était complètement guéri; il est aujourd'hui dans un état de santé florissant, et l'on entend une respiration normale sur toute la hauteur du poumon.

Kystes hydatiques du poumon.

M. Potherat (de Paris) a eu l'occasion d'opérer, dans ces trois dernières années, deux kystes hydatiques du poumon.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme qui, soigné dans un service de médecine, fut considéré d'abord comme atteint de tuberculose pulmonaire. L'incision de la plèvre montra qu'il s'agissait en réalité d'un kyste hydatique du poumon dont l'ouverture donna issue à un grand nombre d'hydatides flétries. L'opération fut terminée en fixant à la plaie pariétale les bords de la cavité kystique. Quatre mois plus tard, le malade était complètement guéri.

La deuxième observation a trait à un homme de 41 ans, qui avait été considéré également comme un tuberculeux très avancé, bien qu'on n'eût pas rencontré de bacilles de Koch dans les crachats. On avait constaté les signes très nets d'un énorme épanchement purulent dans la plèvre. En réalité, celle-ci ne renfermait pas de liquide; les deux feuillets adhéraient l'un à l'autre et il existait un très volumineux kyste hydatique du poumon droit, qui fut incisé, évacué, lavé et drainé. Les suites opératoires furent très simples et le malade guérit rapidement.

Indications opératoires dans la tuberculose rénale.

M. Albarran (de Paris) a obtenu, sur 8 néphrectomies lombaires pour tuberculose rénale, 7 guérisons et seulement 1 mort, au 10e jour, par méningite; sur 11 néphrotomies pour pyonéphrose tuberculeuse, il a eu 10 guérisons opératoires et 1 mort.

Au point de vue des résultats éloignés, les 7 néphrectomisés sont encore vivants; 5 d'entre eux sont opérés depuis 15 mois à 2 ans 1/2. Tous ont engraissé et paraissent définitivement guéris.

Les résultats éloignés des 10 néphrotomies ont été tous mauvais : 7 opérés sont morts dans un délai de 3 à 7 mois, 2 autres ne sont opérés que depuis 4 mois et 10 jours; enfin le 10e a survécu 2 ans.

On voit par cette statistique qu'il est préférable d'enlever le rein, dans la tuberculose rénale, lorsque cela est possible.

La néphrotomie, chez les tuberculeux, doit être considérée comme une simple opération palliative destinée à combattre les accidents dus à la pyonéphrose.

Dans aucun cas, bien entendu, on n'extirpera un rein sans s'être assuré de l'existence de l'autre, et, autant que possible, de la valeur fonctionnelle comparée des deux reins; lorsqu'il y a doute, on devra s'abstenir ou bien se contenter de la néphrotomie.

La valeur fonctionnelle du rein qu'on veut enlever et de celui qui doit rester en place ne peut être connue que par le cathétérisme urétéral.

Les lésions tuberculeuses des voies génitales, chez l'homme, sont rarement assez importantes pour contre-indiquer l'intervention, et il en est de même des lésions vésicales.

Les lésions pulmonaires elles-mêmes, lorsqu'elles ne sont pas trop avancées, peuvent ne pas contre-indiquer la néphrectomie. Il faut alors ne pas trop se laisser influencer par la fièvre et l'amaigrissement, parce que souvent l'état cachectique du malade est sous la dépendance de la lésion rénale.

De l'uretérectomie totale.

M. Hartmann a rapporté l'observation d'une dame qui, à la suite d'un accouchement, se plaignit de violentes crises douloureuses, avec irradiations vers le rein droit. On la traita successivement comme une nerveuse, puis comme étant atteinte d'une lésion utérine mal déterminée. Une nouvelle grossesse eut lieu et des phénomènes de cystite se manifestèrent. Enfin, en 1894, elle eut un premier frisson, suivi de mouvements fébriles fréquemment répétés. On la considéra cette fois comme ayant une lésion tuberculeuse mal localisée; on l'envoya dans le Midi. Elle en revint avec un rein droit un peu volumineux. C'est à ce moment qu'elle fut opérée pour la première fois; son rein parut si peu malade qu'une néphropexie sembla suffisante. Mais bientôt, devant la persistance des troubles, on fut forcé de faire une néphrotomie. M. Hartmann vit la malade l'année dernière, ayant toujours sa fistule et se trouvant dans un état de cachexie assez grave; par le toucher vaginal, on sentait l'uretère droit gros comme le petit doigt.

Il était indiqué d'enlever le rein et l'uretère. Comme l'état général était extrêmement mauvais, on se contenta de faire la néphrectomie, en fixant l'uretère à la partie inférieure de la plaie pour pouvoir facilement le retrouver.

A la suite d'un cathétérisme malencontreux de cet uretère, l'urine de l'autre rein ayant reflué par la fistule, on se décida à pratiquer l'urétérectomie, qui fut faite sans difficulté grâce à la fixation du bout supérieur. La malade guérit. Mais tout porte à croire qu'elle fait actuellement une infection colibacillaire du côté de son second rein.

Séance du 22 Octobre 1897 (matin).

Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales.

M. Villar (de Bordeaux) emploie, depuis une année environ, un procédé de cure radicale, sans fils perdus, dans lequel, après avoir fendu la paroi antérieure du canal inguinal, disséqué, lié et réséqué le sac, il ferme la paroi abdominale en suturant, à l'aide de fils temporaires, le transverse et le petit oblique à l'arcade crurale, l'aponévrose du grand oblique à elle-même. C'est là le procédé dont se sert également M. Jonnesco.

Il est difficile de se prononcer dès maintenant sur la valeur de ces procédés nouveaux de cure radicale sans fils perdus, puisqu'on n'a qu'un nombre d'observations relativement restreint. Cependant les 20 malades de MM. Duplay et Cazin, qui ont fait l'objet de leur première publication, ont été opérés il y a déjà plus d'un an; la plupart ont été revus et ils sont tous en parfait état.

De la cure radicale sanglante des hernies chez le nourrisson.

M. Frölich (de Nancy) a pratiqué 8 fois la cure radicale des hernies inguinales, chez 7 enfants âgés de moins de 2 ans, et n'a eu aucun incident à constater. Il pense qu'au delà de 2 ans il ne faut plus compter sur la guérison par le bandage et que l'intervention sanglante est alors indiquée. Pour abréger l'opération et diminuer la perte du sang chez le nourrisson, il se dispense d'isoler le sac et de l'extirper, et se borne à oblitérer le collet sans l'isoler, en le traversant par un des fils qui servent à la suture des piliers. Lorsque le sac est un peu épais, ce point de suture ne serait pas suffisant, il place alors une ligature sur le collet.

M. Forgue a fait un certain nombre de cures radicales chez les jeunes enfants. Il croit comme M. Broca, qu'il faut disséquer le sac très haut. La simple suture employée par M. Frœlich me paraît exposer aux différentes variétés d'hydrocèles consécutives qu'on observe dans les sacs herniaires déshabités.

M. Broca. — Je connaissais déjà, par la thèse de son élève Blum, les idées de M. Frölich sur la cure radicale des hernies chez les enfants au-dessous de 2 ans. Mais si je les partage au point de vue des indications, je suis loin de les approuver au point de vue du manuel opératoire.

Je crois en effet — et depuis le début de 1893 ma pratique en fait foi — que même chez l'enfant en bas âge la cure radicale a des indications. L'innocuité de l'opération m'a été démontrée d'abord par les cas où des accidents d'étranglement m'ont forcé la main : 19 fois, le taxis sous chloroforme ayant échoué, j'ai dû pratiquer, ou faire pratiquer par mes élèves sous ma direction la kélotomie suivie de cure radicale, et 15 des malades ont guéri. Or ces opérations concernent, au nombre de 8 des enfants au-dessous de 6 mois.

Je suis arrivé à conclure que chez l'enfant au-dessous d'un an à 18 mois on est parfaitement en droit d'opérer les hernies qui s'accroissent malgré le bandage. J'ai opéré, dans ces conditions, des hernies qui tombaient jusqu'aux genoux du bébé, et j'ai obtenu la guérison.

Ma statistique est la suivante, pour les hernies inguinales non étranglées chez le garçon :

4 mois, *1 cas*, réunion immédiate; mort de diarrhée au 19e jour. A l'autopsie, rien du côté de la plaie.

5 mois, *1 cas*, 1 guérison.

6 mois, *1 cas*, hernie bilatérale très volumineuse opérée en 1 séance, 1 guérison.

7 mois, *1 cas*, 1 guérison.

8 mois, *2 cas* (dont 1 hernie de l'S iliaque avec adhérence charnue naturelle), 2 guérisons.

9 mois, *2 cas* (dont 1 hernie bilatérale opérée en 1 séance), 2 guérisons.

10 mois, *2 cas*, 2 guérisons.

1 an, *2 cas*, 2 guérisons.

13 mois, *1 cas*, 1 mort de bronchopneumonie.

14 mois, *9 cas* (dont 2 bilatérales opérées en 2 séances), 9 guérisons.

15 mois, *6 cas* (dont 1 bilatérale opérée en 1 séance), 6 guérisons.

16 mois, *5 cas* (dont 3 bilatérales opérées en 2 séances), 5 guérisons.

17 mois, *6 cas* (dont 1 bilatérale opérée en 2 séances), 6 guérisons.

18 mois, *7 cas* (dont 1 bilatérale opérée en 2 séances), 7 guérisons.

19 mois, *7 cas* (dont 1 bilatérale opérée en 2 séances), 7 guérisons.

20 mois, *8 cas* (dont 1 bilatérale opérée en 2 séances), 8 guérisons.

21 mois, *7 cas* (dont 1 bilatérale opérée en 2 séances), 7 guérisons.

22 mois, *5 cas*, 5 guérisons.

2 ans, *27 cas* (dont 5 bilatérales), 27 guérisons.

Au total, sur des enfants de 2 ans et au-dessous, je compte 117 hernies opérées sur 98 sujets.

Sur ce total, 2 sont morts, 1 de diarrhée au 19e jour, 1 de bronchopneumonie au 3e jour; ni l'un ni l'autre n'avait de péritonite. Le danger n'est pas, en effet, dans la péritonite : elle n'est pas plus à craindre qu'aux autres âges, et au total, sur plus de 1000 cures radicales que j'ai pratiquées à tout âge, j'en ai observé un cas, il y a 4 ans. Mais certainement, chez les enfants en bas âge que l'on hospitalise quand on n'a pas un service de crèche, les complications intestinales et pulmonaires sont à prendre en considération, au lieu qu'on ne les observe plus passé 2 ans. A plusieurs reprises j'en ai constaté; j'en suis venu à bout aisément, il est vrai; la diarrhée a cessé quand les enfants ont été rendus d'urgence à leur mère; la bronchopneumonie a cédé aux enveloppements froids du thorax. Et il est à remarquer que pour les deux enfants qui ont succombé, la mère a refusé de reprendre le diarrhéique; que les enveloppements froids prescrits dès le début de la bronchite n'ont pas été exécutés par l'infirmière.

Cela étant, et puisque le danger de péritonite est nul, quel intérêt y a-t-il à ne pas ouvrir le sac, à ne pas le disséquer? M. Blum dit, d'après son maître Frölich que l'opération est plus courte, est terminée en dix minutes : je lui montrerai quand il voudra une cure radicale faite en moins de dix minutes, avec extirpation du sac. Et, quoiqu'il en pense, ma dissection remonte aussi haut que celle de Lucas-Championnière, car mon fil péritonéal est placé contre la vessie.

Apprenez à cliver le sac, comme je l'ai dit au Congrès dès 1891, et vous serez surpris de la facilité de ce temps opératoire; et dès lors personne ne songera plus à imaginer des procédés qui laissent le sac en place et qui certainement, comme l'a bien montré Championnière, favorisent la récidive.

Traitement de la hernie inguinale de l'adulte par la méthode sclérogène.

M. Nimier a opéré par la méthode sclérogène 12 militaires porteurs de hernies inguinale, avec 9 succès immédiats et 3 insuccès.

Sous bénéfice de la sanction du temps pour les succès obtenus, il paraît ressortir que chez l'adulte le traitement de la hernie inguinale par la méthode sclérogène est particulièrement recommandable quand il s'agit d'une pointe de hernie, d'un bubonocèle; lorsque l'intestin descend dans la bourse, on n'y aura pas recours si l'anneau inguinal est large et la paroi abdominale faible. Enfin, une contre-indication à l'emploi du chlorure de zinc résulte du défaut de vitalité des tissus qu'engendre chez certains jeunes gens le lymphatisme exagéré.

Prolapsus du rectum chez une enfant de 5 ans. Gangrène et perforations larges de l'intestin hernié. Résection. Guérison.

M. J. Reboul (de Nîmes). — Il s'agit d'une enfant de 5 ans qui m'avait été amenée avec un prolapsus total du rectum, irréductible, avec gangrène et larges perforations donnant issue aux matières fécales. Je fis, malgré le mauvais état de l'enfant, la résection totale du prolapsus. Suture de l'intestin à la la peau. Rectopérinéorrhaphie. Quelques jours après l'intervention, issue d'une quantité d'ascarides lombricoïdes. Guérison parfaite maintenue depuis 6 mois.

A propos de cette observation, l'auteur passe en revue les cas semblables et leur traitement.

Nouveau procédé d'entérorrhaphie.

M. Doyen présente un nouveau procédé d'entérorrhaphie, qui s'applique à toutes les portions du tube digestif et permet d'y pratiquer tous les modes d'abouchement d'une façon absolument aseptique.

Pour faire une entérorrhaphie circulaire après une résection de l'intestin, il emploie une pince spéciale développant une force considérable, dans le but d'écraser en amont et en aval de la tumeur les tuniques moyenne et interne de l'intestin, qui se trouve alors réduit à une mince paroi qu'il étreint dans deux solides ligatures à la soie. A 2 centimètres de ces ligatures, du côté de la tumeur, le calibre de l'intestin est fermé avec deux pinces longues. Il sectionne alors l'intestin à 8 ou 10 millimètres des deux ligatures, entre elles et chacune des pinces qui isolent le tronçon à réséquer. Les petites portions de muqueuse qui peuvent persister sont détruites au thermocautère et le segment malade est isolé après ligature des vaisseaux mésentériques qui viennent à donner du sang. L'hémostase du mésentère terminée, le champ opératoire est parfaitement aseptique. Il est alors loisible soit de fermer définitivement les bouts supérieur et inférieur par un double fil en cordon de bourse, rejetant plus profondément le fil de soie primitif qui a été coupé au ras des nœuds, et d'exécuter par mon procédé, avec l'aide de pinces à pression élastique, une entéro-anastomose latérale, soit de fermer le bout inférieur seul pour pratiquer une implantation terminale du bout supérieur, soit enfin de réunir directement et circulairement les deux extrémités intestinales.

Lorsque la suture doit être faite bout à bout, M. Doyen détache le mésentère de l'intestin sur une petite étendue et réunit les deux extrémités qui devront communiquer à plein canal par deux plans superposés, correspondant à la demi-circonférence mésentérique. Chacun de ces plans de suture peut ainsi être exécuté avec le plus grand soin au niveau du mésentère. Il termine alors sur la moitié de la demi-circonférence antérieure, restée libre, le surjet profond. Il attire au dehors les deux ligatures qui ferment les deux segments intestinaux et il les coupe.

Si l'on prend bien ses précautions, aucune trace du contenu de l'intestin n'apparaît au dehors, son calibre étant fermé en amont et en aval par deux pinces à pression éalstiques. Le surjet profond est terminé en quelques secondes. Les pinces élastiques enlevées, on complète le plan séro-musculeux superficiel. On obtient ainsi une anastomose directe, à plein canal et à deux rangs de suture, avec certitude d'une asepsie rigoureuse du champ opératoire.

L'implantation terminale est aussi simple. Il suffit de combiner ce procédé à celui bien connu de la gastro-entérostomie.

Les quelques opérations qu'il vient de pratiquer sur le gros intestin, dans des conditions particulièrement graves (ablation pour néoplasmes de 80 centimètres et de 1m10 de l'iléon et du cæcum), viennent de lui donner des résultats presque inespérés.

La nouvelle méthode de suture est applicable à la gastro-en-

térostomie en Y par le procédé de Roux, même à la résection de l'œsophage, à toutes les opérations en un mot qui se font sur les conduits muqueux de quelque diamètre.

Nouveau procédé de gastro-entérostomie.

M. J.-L. Faure. — L'un des inconvénients les plus graves de la gastro-entérostomie est le passage des aliments dans le bout supérieur de l'intestin, où ils s'accumulent et déterminent des accidents souvent mortels.

Le procédé proposé permet d'y obvier d'une façon très suffisante. Il s'agit d'invaginer l'estomac dans l'intestin, de façon que le cône stomacal invaginé présente une ouverture dirigée vers le bout inférieur de l'intestin. De cette manière, les aliments passent nécessairement de l'estomac vers le bout inférieur et ne peuvent refluer dans le bout supérieur.

Le cône gastrique invaginé dans une boutonnière de l'intestin est maintenu entre les lèvres de cette boutonnière par deux plans de sutures en surjet, renforcé au besoin de points séparés. La boutonnière ouverte sur le flanc du cône gastrique qui regarde le bout inférieur de l'intestin doit être ourlée par un surjet qui la maintient régulièrement ouverte.

Sur la gastrostomie.

M. Forgue. — Il y a actuellement deux procédés en présence pour la gastrostomie, tous deux ayant comme but commun de supprimer les inconvénients de l'action du suc gastrique sur les tissus de la plaie pariétale. L'un consiste à border les lèvres de la plaie pariétale à l'aide de la muqueuse gastrique éversée et suturée à la peau; c'est celui qui a été préconisé par M. von Bergmann, par M. Berger, et particulièrement bien réglé dans sa technique par M. Terrier et ses élèves. L'autre a pour principe d'utiliser la valvulation spontanée de l'estomac dont le mécanisme a été bien mis en lumière par l'étude expérimentale de M. Pénière. Cet auteur a montré, en effet, que, dans les jours qui suivent l'opération, il se fait un rapprochement des bords de la plaie cutanée, laquelle tend à repousser de dehors en dedans la portion sous-jacente de l'estomac sous forme d'un pli constituant à l'intérieur une véritable valvule.

M. Pénière conseillait de faire l'opération en deux temps. M. Forgue l'a réalisée en un seul temps dans les quatre gastrostomies qu'il a eu l'occasion de pratiquer, et, d'après les résultats excellents qu'il a obtenus, il croit que ce procédé est supérieur à celui de l'éversion de la muqueuse.

Colectomie pour cancer du côlon.

M. Tédenat (de Montpellier). — Le cancer du côlon est loin d'être rare. Sur 7 878 cas de cancers des divers organes, 401 siégeaient sur le rectum, 99 sur la rate de l'intestin, la plupart sur le côlon (Williams, *Annals of surgery*, 1881).

Bland Sutton, sur 100 cas de cancers de l'intestin, en trouve 98 dans le gros intestin, distribués de la façon suivante :

75 rectum.
10 S iliaque.
4 coudure splénique.
3 coudure hépatique.
2 cæcum.
2 colons ascendant et descendant.

Assez souvent l'évolution est relativement lente, et l'exploration attentive de l'abdomen des malades se plaignant de coliques répétées, d'alternatives de diarrhée et de constipation, de poussées d'obstruction suivie de débâcle, permettra souvent de reconnaître le néoplasme alors qu'il est encore limité à l'intestin et par suite dans des conditions opératoires satisfaisantes.

Tant que le mésocôlon est peu ou point envahi, que la tumeur n'adhère pas trop aux organes voisins, il est possible de la mobiliser, d'attirer l'anse malade hors de l'incision abdominale.

A ces cas convient la colectomie suivie d'entérorrhaphie immédiate, pourvu que la portion réséquée ne soit pas trop étendue.

La suture me paraît préférable au bouton de Murphy et je l'ai toujours employée.

Sept opérations m'ont donné 3 morts et 4 guérisons opératoires.

Les malades guéris ont eu une survie de 10 mois, 13 mois, 15 mois, 2 ans.

Dans tous les cas, j'ai fait l'incision de la paroi au niveau de la tumeur reconnue et l'opération s'est faite sans grandes difficultés.

Dans un cas, je fis l'incision très en arrière, comme pour une néphrectomie. Le malade n'avait aucun trouble digestif, avait des mictions fréquentes avec pus et sang à plusieurs reprises. Tous les accidents urinaires disparurent et la guérion dura 10 mois.

Dans un huitième cas, je ne pus réunir les deux extrémités du côlon ascendant réséqué sur une longueur de 12 centimètres. Je les fixai aux deux extrémités de l'incision pariétale. Survie de 3 mois.

Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin (rectum excepté).

M. Vautrin (de Nancy) a pratiqué deux fois la résection du cæcum : dans un cas pour une tumeur cancéreuse qui exigea l'extirpation de 22 centimètres du gros intestin, dans un autre cas pour un tuberculome du cæcum. Dans la première opération, il fit l'entérorrhaphie circulaire en laissant persister sur la face antérieur de l'intestin un orifice qu'il fixa au péritoine pariétal, pour établir ainsi une fistule de sûreté destinée à empêcher la distension de la suture par les liquides et les gaz. Dans la deuxième intervention, il fit l'entérorrhaphie circulaire, sans fistule et sans drainage. Les deux malades ont guéri sans accidents.

Lorsque la tumeur est inopérable, il faut recourir à la séquestration de l'intestin. Cependant, si l'état général du malade est un obstacle à la séquestration de l'intestin, qui nécessite une entérorrhaphie circulaire sans résection du segment intestinal malade, on aura comme ressource l'entéro-anastomose simple.

La résection sera fréquemment indiquée dans les tumeurs du cæcum et de l'S iliaque, tandis que l'entéro-anastomose ou l'exclusion de l'intestin seront plus souvent employées pour les tumeurs du côlon transverse.

Pour l'S iliaque, on pourra encore employer la méthode suivante, qui m'a donné un beau succès, mais qui est seulement applicable aux tumeurs de volume réduit. On attire l'anse intestinale portant le néoplasme en dehors du ventre, on fixe en canon de fusil les deux cylindres intestinaux dans la plaie, et on résèque la tumeur. On fait ensuite secondairement la cure de l'anus contre nature.

Du drainage pelvien chez l'homme.

M. Frölich. — Lorsque dans le cours d'une laparotomie on rencontre dans le petit bassin, chez l'homme, une poche purulente qu'il est impossible d'extirper ou de désinfecter et dangereux de drainer uniquement par la paroi abdominale, on peut établir un drainage pelvien par la paroi postérieure du bassin.

Pour cela on suit avec l'index le bord droit du cæcum dans le petit bassin, et, arrivé au niveau du petit ligament sacro-sciatique, on perfore la paroi postérieure du bassin avec une pince de Wolfler, armée d'un drain en croix, La pince sort avec le drain en arrière, au milieu d'une ligne qui va de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de l'ischion. M. Frœlich a eu l'occasion de pratiquer une fois ce drainage sur le vivant et a pu apprécier sa facilité d'exécution et son efficacité.

Appendicite perforante anormale.

M. Potherat a observé un phlegmon gazeux de la paroi abdominale chez une femme de 47 ans obèse, et qui guérit après une large incision. Il a vu également un phlegmon des bourses, consécutif à un abcès péri-appendiculaire ayant fusé par le canal inguinal, chez un homme de 28 ans qui avait refusé toute intervention dirigée contre l'abcès iliaque, et qui finit par succomber à l'hecticité. Dans un troisième cas il a vu mourir de scepticémie dans les mêmes conditions une jeune

femme de 23 ans, à la suite de l'ouverture d'un abcès de ce genre dans l'intestin.

Il a observé aussi un cas de salpingite et d'appendicite concomitantes, unies dans une même masse et enlevées par laparotomie.

Enfin, dans un dernier cas, une plaque de sphacèle de l'intestin grêle a provoqué par élimination un anus contre nature qui guérit ultérieurement au moyen d'une entérorrhaphie longitudinale.

Suppuration du diverticule de Meckel simulant l'appendicite.

MM. Picquè et Guillemot (de Paris). — Il s'agit d'un malade entré à la Maison municipale de santé avec des signes d'occlusion intestinale. L'examen des symptômes conduisit à penser qu'il s'agissait d'une appendicite. L'incision classique montra un appendice sain, mais permit de constater l'existence d'une tumeur siégeant au-dessus du cæcum.

Une laparotomie médiane mit alors à nu une poche allongée, dont l'un des pôles adhérait à l'intestin et l'autre en un point du mésentère. L'ablation de cette poche qui étranglait l'intestin a levé l'obstacle, mais le malade était déjà en pleine péritonite et il a succombé. Il est vraisemblable qu'il aurait guéri si nous avions pu l'opérer plus tôt.

L'examen histologique de la poche nous a montré que ses parois présentaient tous les caractères de l'intestin, avec les lésions de l'entérite aiguë; son contenu était constitué par un liquide fétide renfermant du colibacille.

Résection à froid de l'appendice.

M. Isch Wall. — Le danger principal de cette intervention provient de la possibilité d'infecter le péritoine par le moignon appendiculaire. Depuis un an j'évite cet accident de la façon suivante :

L'appendice dégagé et attiré au dehors est entouré à sa base par deux fils de gros catgut que je lie de telle façon qu'un nœud sort à droite l'autre à gauche. Chacun de ces fils est passé isolément dans la portion voisine du péritoine et je lie ensemble les deux fils du haut et puis ensuite les deux fils du bas. J'achève ensuite la suture du péritoine qui se trouve fermé tout en laissant passer l'appendice. C'est alors que hors du ventre je résèque l'appendice et le ferme suivant les procédés accoutumés. Le pédicule appendiculaire reste ainsi hors du ventre, et s'il est bien fermé, comme il demeure sous les muscles, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la guérison se fait simplement. Si la fermeture de ce moignon appendiculaire est insuffisante on en est quitte pour un petit abcès de la paroi au lieu d'avoir une péritonite.

J'ai opéré ainsi sept appendicites et deux hernies de l'appendice.

Le peu de mobilité du cæcum rend anodine cette fixation relative du moignon appendiculaire. Je dis fixation relative car le cæcum peut facilement l'entraîner avec lui, dans ses mouvements, étant donné qu'il n'est attaché qu'au feuillet pariétal du péritoine qui se laisse facilement entraîner. Aucun de mes malades n'a ressenti la moindre gêne après l'intervention et je pense que l'on peut ainsi augmenter considérablement les conditions de sécurité de la résection de l'appendice.

Des relations de l'appendicite et des affections des annexes.

M. H. Delagénière (du Mans). — L'appendicite est fréquente chez la femme atteinte de lésions annexielles. Elle passe souvent inaperçue en raison des symptômes prépondérants des salpingites. Pendant l'opération, elle peut être laissée de côté à cause de la disproportion des lésions qu'elle occasionne par rapport à celles des annexites surtout quand celles-ci sont suppurées.

Cette appendicite constitue une affection spéciale dont l'histoire doit être différenciée de celle de l'appendicite ordinaire. Elle peut être diagnostiquée ou tout au moins soupçonnée et dans ce cas, elle commande l'intervention radicale non seulement pour remédier aux affections des annexes, mais aussi pour permettre la résection de l'appendice qui est la cause principale des insuccès post-opératoires observés après la simple castration.

Pour cette opération mixte, la voie abdominale est la plus rationnelle, elle seule permet l'examen facile de l'appendice et sa résection. Au cours de l'opération, il ne sera pas exceptionnel de rencontrer les lésions annexielles prépondérantes à droite ou même limitées à ce côté.

Sur quelques cas d'appendicite.

M. E. Chevalier (de Paris) a, depuis le mois de juillet, observé une vingtaine de cas d'appendicite. Il a opéré 2 enfants en pleine péritonite : ils ont succombé très rapidement; un troisième cas eut aussi une issue fatale dans les 24 heures; 2 autres cas ne comportaient pas l'opération, car l'état était désespéré.

Il a observé 6 faits d'appendicite à la première attaque, où malgré l'intensité des symptômes, il a cru ne pas devoir intervenir; les malades ont guéri.

Il a opéré 6 autres enfants : chez l'un d'eux il n'a rien trouvé, et chez les autres il a rencontré chaque fois des abcès renfermant une grande quantité de pus fétide; tous ont guéri.

Appendicite compliquée de pleurésie purulente.

M. G. Rioblanc (armée). — Il s'agit d'un soldat entré à l'hôpital Desgenettes pour une suppuration appendiculaire. Une incision iliaque évacue environ 250 grammes de pus fétide et produit une période de détente et d'apyrexie qui dure 8 jours.

Brusquement surviennent alors les signes d'une pleurésie purulente droite, accompagnée de congestion corticale du poumon et d'un état septicémique des plus graves (température 40°, ataxo-adynamie, etc.). L'empyème est pratiqué, mais bientôt les plaies opératoires se désunissent, le cæcum est dénudé et se perfore.

Cet état dure 3 semaines après lesquelles la guérison survient enfin grâce au lavage du sang, mais avec persistance d'un anus contre nature.

Au bout de 5 mois, 3e intervention : incision péritonéale d'emblée, entérorrhaphie latérale; guérison complète.

Je me propose dans les réflexions qui suivront cette observation d'appeler l'attention sur les faits suivants :

1° L'importance des suppurations à distance dans l'appendicite.

2° La valeur dans ces cas des injections de sérum artificiel.

3° La valeur de l'entérorrhaphie latérale dans la cure des larges fistules stercorales, et de préconiser dans la pratique de cette entérorrhaphie : (*a*) l'incision péritonéale d'emblée, (*b*) la suture de Chaput (1 plan de sutures perforantes traversant toute l'épaisseur de la paroi, suivi de 2 plans de sutures séro-séreuses de Lembert), (*c*) l'évacuation rapide de l'intestin et l'abandon de l'opium.

La splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate.

M. Hartmann a observé un cas de kyste hydatique de la rate chez une femme de 29 ans qui, dès l'âge de 17 ans, avait constaté, dans son hypocondre gauche, l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. Il y a un an environ, à la suite d'un septième accouchement, elle ressentit des troubles graves et s'amaigrit considérablement. M. Hartmann fit la laparotomie, trouva la tumeur recouverte par de l'épiploon adhérent, et fit l'ablation de la rate. L'opération ne présenta pas de grandes difficultés et la guérison se fit sans incident.

M. Jonnesco (de Bucharest) a pratiqué 16 splénectomies, dont une pour kyste hydatique. Sur ces 16 opérations, il y a eu 3 morts, dont une par leucocythémie, au bout de quelques heures. La leucocythémie constitue donc, à mon avis, une contre-indication à la splénectomie.

Adénite lombaire dans la cholécystite calculeuse.

M. Moulonguet relate une observation où des phénomènes de sciatique gauche ont fait découvrir dans l'abdomen une tumeur profonde qui comprimait le sciatique et était constituée par des ganglions lombaires. Ces derniers ne reconnaissaient d'autre cause qu'une cholécystite calculeuse. Après ablation des ganglions et cholécystostomie la guérison fut complète.

De la régénération des os sur appareil prothétique interne.

M. Claude Martin (de Lyon). — Des expériences que j ai faites sur le chien, je puis conclure :

1° Il est possible d'obtenir la régénération complète d'un os ou d'une extrémité articulaire en fournissant comme guide à l'ossification un appareil léger et solide.

2° Cet appareil doit être formé de tiges de platine iridié réunies entre elles par des traverses de même métal. Il est mis en place au milieu des tissus ou fixé dans l'os au moyen de vis également en platine. Cet appareil doit avoir la forme et le volume de l'os ou de la portion d'os à faire régénérer.

3° Il maintient l'écartement des fragments et rétablit la continuité de la colonne osseuse. Il s'oppose à l'interposition des parties molles musculaires ou autres.

Il permet d'introduire à son intérieur des fragments d'os qui comblent le vide laissé au centre de l'appareil et contribueront à 'édification de l'os de nouvelle formation.

4° Deux causes peuvent compromettre le résultat final :

I. La mobilisation de l'appareil, ce qui explique pourquoi les résultats sont plus satisfaisants expérimentalement sur les os de l'avant-bras et de la jambe, le deuxième os formant attelle.

II. L'infection de la plaie et la suppuration; mais si celle-ci n'est pas trop abondante ou aiguë elle peut ne pas s'opposer d'une façon absolue à la régénération osseuse.

Ruptures du tendon d'Achille et du tendon rotulien.

M. Moulonguet a observé un malade qui s'est rupturé le tendon d'Achille en montant à bicyclette — un autre qui s'est rupturé le tendon rotulien consécutivement à une entorse et à une fracture du péroné du côté opposé.

Les deux ruptures se sont faites par contraction musculaire. Elles ont été suturées et ont guéri.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 Octobre 1897.

Des apoplexies myocardiques comme causes d'aggravation des cardiopathies de la grossesse.

M. H. Vaquez (Note présentée par M. Potain). — Les causes généralement invoquées pour expliquer l'aggravation des maladies du cœur, des maladies mitrales en particulier, du fait de la grossesse et de l'accouchement, sont la dégénérescence graisseuse du myocarde et la myocardite.

Nous avons soigneusement examiné le cœur de trois femmes mortes à la Maternité peu de temps après l'accouchement et atteintes de rétrécissement mitral, nous avons pu nous convaincre que les lésions dont nous venons de parler ne jouaient qu'un rôle accessoire dans l'apparition des accidents, et qu'il y avait par contre des lésions spéciales, d'ordre mécanique, capable d'expliquer la cause et la gravité des troubles observés.

La surcharge graisseuse, considérable dans un cas, pénétrait assez profondément le myocarde, suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques et veineux, mais les gouttelettes de graisse restaient interfasciculaires; nulle part la fibre musculaire ne paraissait le siège de dégénérescence granulo-graisseuse.

La myocardite aiguë ne pouvait pas non plus être mise en cause dans les cas que nous avons étudiés. Les cellules musculaires présentaient bien une exagération manifeste de la striation avec gonflement marqué : ou bien elles étaient aplaties, atrophiées, et en voie de désintégration segmentaire, mais ces lésions purement passives s'expliquaient par la congestion intense et la cyanose myocardiques.

Nulle part il n'y avait de processus actif de myocardite.

A côté de ces lésions d'ordre banal, il en existait d'autres auxquelles nous attribuons une importance considérable. Elles consistaient en une dilatation capillaire exagérée, étendue aux diverses régions du cœur, très marquée dans les cavités droites, mais atteignant dans l'épaisseur de l'oreillette gauche, c'est-à-dire en amont de la lésion orificielle, un développement vraiment exceptionnel.

Enfin et surtout, cette excessive dilatation des capillaires et des veinules par réplétion sanguine aboutissait en de certains points, et notamment dans l'oreillette gauche, à des ruptures vasculaires avec hémorrhagies, formant de véritables foyers d'apoplexie myocardiques.

Parmi ces foyers, beaucoup étaient de date récente, d'autres étaient plus anciens et, à leur niveau, l'infiltration embryonnaire, début d'une sclérose probable, qui aurait évolué ultérieurement, commençait à se manifester. Leur siège était surtout sous-endocardique et, dans un cas où la femme mourut subitement après la délivrance, leur nombre était considérable.

Nous ne doutons pas que chez les femmes enceintes, atteintes de lésions mitrales avec cyanose cardiaque plus ou moins prononcées, l'existence de ces apoplexies myocardiques, surtout auriculaires, provoquées par les efforts de l'accouchement, n'explique pour une part importante, les accidents cardiaques si graves et parfois si inopinés des suites de couches, et même la mort subite.

Frigothérapie.

M. Cordes a pratiqué 96 expériences dans le pavillon Raoul Pictet et a constaté que la descente, dans des puits où la température est de — 110° produit chez l'homme et les animaux une puissante stimulation de la nutrition cellulaire. Il croit donc que la frigothérapie doit avoir un effet favorable dans les maladies par ralentissement de la nutrition.

Fissure à l'anus.

M. Doumer (de Lille), encouragé par les résultats qu'il a obtenus en soumettant les abcès cutanés à l'effluvation électrique, a eu l'idée d'appliquer ce traitement à la fissure douloureuse de l'anus. Il a obtenu ainsi des succès.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 octobre 1897.

Cancer du duodénum développé sur une cicatrice d'ulcère simple.

M. Letulle rapporte l'observation d'un homme de 55 ans qui fut soigné, il y a 2 ans dans son service, pour un ulcère simple de l'estomac. Il y est revenu mourir ces jours-ci; le diagnostic porté en dernier lieu fut celui de cancer de l'estomac.

A l'autopsie, on trouva un volumineux cancer colloïde du duodénum, occupant la première portion, formant une masse de 14 centimètres de diamètre. Des végétations polypiformes, des tumeurs adénomateuses se voient à la périphérie de la tumeur ulcérée.

Au microscope, c'est un épithélioma cylindrique. Ce cancer s'est manifestement développé sur un ulcère ancien du duodénum guéri. L'examen à l'œil nu et l'examen microscopique le prouvent.

Le cancer siège à 5 centimètres au-dessus de l'embouchure de l'ampoule de Vater dans le duodénum.

Le cholédoque est donc intact; il n'y avait, d'ailleurs, pas d'ictère pendant la vie. Mais une malformation congénitale a amené la suppression de la fonction pancréatique. Le canal de Wirsung ne vient pas s'aboucher dans l'ampoule de Vater: il n'existe pas. Le seul canal excréteur du pancréas, l'accessoire en anatomie normale, vient se perdre dans la masse cancéreuse, où il est comprimé et obturé. Il en est résulté une atrophie du pancréas par véritable ligature aseptique. Cependant, au milieu de cette cirrhose pancréatique, on trouve encore des acini glandulaires distincts.

Épithélioma cylindrique du gros intestin chez une malade atteinte de mal de Pott.

M. Fontoynont apporte des pièces où l'on voit la coïncidence de la tuberculose vertébrale et du cancer intestinal. Le mal de Pott est évident; au-devant de l'angle vertébral est une masse caséeuse.

D'autre part, une grosse masse de cancer colloïde part de la paroi du côlon transverse et s'infiltre dans le grand épiploon sous-jacent.

Un noyau secondaire, greffé sur l'intestin grêle, réduit considérablement le calibre de cette portion de l'intestin, sans que, pendant la vie, on ait noté de troubles apparents.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Octobre 1897.

Le streptocoque, agent pathogène constant de l'impétigo et de l'ecthyma.

MM. Balzer et **Griffon.** — Nous avons analysé, au point de vue bactériologique, 14 cas d'ecthyma et 31 cas d'impétigo. Dans tous, sans exception, nous avons rencontré le streptocoque.

Ce microbe est à l'état de pureté dans le pus des pustules non ouvertes, sous la forme d'un diplocoque à grains fins, inclus dans le protoplasma des leucocytes ou disposé en dehors d'eux. Parfois deux diplocoques s'accolent bout à bout, esquissant ainsi la chaînette. Dans quelques cas, d'ailleurs, nous avons coloré de véritables chaînettes dans le pus.

Cultivé en bouillon, le microbe de l'impétigo et de l'ecthyma reprend les caractères classiques du streptocoque pyogène. Le milieu reste clair, parsemé de grumeaux, et le microscope décèle de très longues et flexueuses chaînettes. Sur gélose, il est plus difficile de l'avoir à l'état de pureté; quelques grosses colonies de staphylocoques blancs ou dorés, saprophytes de la peau, poussent le plus souvent, mélangées à celles du streptocoque.

L'inoculation aux animaux montre que le streptocoque isolé dans l'ecthyma et l'impétigo, est réellement pathogène. Nous avons pu déterminer chez le lapin des abcès, des érysipèles de l'oreille et même des septicémies mortelles.

Streptocoques de l'érysipèle influencés par le sérum de Marmoreck.

M. Lemoine (Val-de-Grâce) vient d'observer quatre faits dans lesquels les résultats des expériences se sont montrés absolument opposés à ceux obtenus par M. Courmont.

Il s'agit de quatre cas d'érysipèles observés chez l'homme. Les trois premiers sont des érysipèles typiques de la face, le quatrième est un érysipèle chirurgical d'une gravité exceptionnelle ayant affecté la forme ambulatoire.

Le streptocoque retiré des plaques érysipélateuses de chacun de ces malades, a été cultivé en bouillon-sérum et inoculé sous la peau de l'oreille de lapins dont les uns avaient été immunisés par le sérum de Marmoreck et les autres non immunisés servaient de témoins. Parmi les premiers, deux n'ont eu aucun accident local ou général, un a presenté un peu de rougeur au point d'inoculation, le quatrième a présenté une plaque érysipélateuse au niveau de l'oreille, mais a guéri au bout de trois semaines, tandis que dans cette dernière expérience le lapin témoin mourut en trois jours avec érysipèle typique et streptocoque dans le sang du cœur.

Les témoins, dans les trois autres cas, eurent tous un érysipèle typique avec fièvre, l'un mourut au bout de quatre jours avec streptocoque dans le sang, les deux autres ne guérirent complètement qu'au bout de deux mois.

Rôle protecteur du poumon contre le streptocoque.

M. Roger a montré récemment (2 octobre 1897) que si l'on injecte une petite quantité d'une culture charbonneuse par les différentes parties du système circulatoire, la survie des animaux varie considérablement suivant le vaisseau qui a servi à l'inoculation. Ces recherches l'ont conduit à mettre en évidence l'action protectrice du foie contre l'infection charbonneuse.

Des expériences analogues, poursuivies avec le streptocoque de l'érysipèle, lui a donné des résultats différents. Comme pour le charbon, il a injecté la culture à des lapins par un de ces cinq vaisseaux : aorte, carotide, fémorale, veine porte, veines périphériques. Les animaux inoculés par la veine porte ont succombé les premiers, puis, peu de temps après, on a vu mourir ceux qui avaient été inoculés par l'aorte, la carotide, le fémorale; quant aux animaux injectés par les veines périphériques, ils sont morts tardivement ou si le virus n'était pas trop actif, ils ont survécu.

Ainsi, contrairement à ce qui a lieu pour le charbon, le foie offre au streptocoque un excellent milieu de culture ; c'est le poumon qui protège l'organisme contre ce microbe ; il joue le rôle que le foie remplit dans l'infection charbonneuse. Seulement la destruction des agents pathogènes y est moins active : tandis que le foie est capable d'annihiler 64 doses mortelles de charbon, le poumon ne neutralise qu'au plus deux doses mortelles de streptocoque.

Pour être moins énergique, l'action du poumon n'est pas moins importante. Elle a fréquemment l'occasion de s'exercer; car lorsque les streptocoques, comme c'est généralement le cas dans la nature, pénètrent par les lymphatiques ou par les petits vaisseaux sanguins, le premier réseau capillaire qu'ils rencontrent est celui du poumon.

Des exercices acoustiques, dans le cas de surdi-mutité chez les enfants en bas âge.

M. Gellé, après avoir rapporté des faits relatifs aux exercices acoustiques avec le micro-phonographe Dunaud, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les exercices acoustiques au moyen du micro-phonographe, rendent possible l'éducation des sourds-muets dès leur plus tendre enfance.

2° L'excitation des nerfs auditifs et des foyers nerveux de l'ouïe a une action supérieure à tout autre procédé d'éducation, parce qu'elle suit les voies naturelles du développement de la faculté du langage, et conduit directement à réveiller et à faire à la fois renaître l'audition et la parole.

Paralysie ascendante aiguë expérimentale.

M. Reulinger a eu récemment l'occasion d'observer le syndrome de Landry chez un lapin inoculé avec des cultures streptococciques. Des ensemencements ont montré dans la moelle la présence du streptocoque qui avait été inoculé. C'est un nouvel argument en faveur de la nature infectieuse de la paralysie aiguë.

A l'autopsie d'un certain nombre de maladies de Landry, on a décelé dans la moelle la présence de microbes (faits de Baumgarten, de Curschmann, d'Eisenlohr, d'Antonni, d'Œttinger et Marinesco, de Marie et Marinesco, enfin le nôtre). D'autre part, si cette maladie peut être reproduite expérimentalement (Vincent, avant nous) et dans la moelle des animaux ayant succombé à la maladie, il est impossible, de retrouver le microbe inoculé. On semble en droit, dès lors, d'admettre, au moins dans certains cas, la nature infectieuse de la paralysie ascendante aiguë. Il

sera nécessaire désormais de ne pas se borner, aux autopsies de maladie de Landry, à prélever des fragments de moelle pour un examen anatomo-pathalogique. La substance médullaire devra également être ensemencée dans le but de déterminer l'espèce microbienne dont la pénétration a provoqué l'apparition du syndrome.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 8 Octobre 1897.

Opération de Loreta dans un cas de rétrécissement du pylore.

M. M. H. White et **Langton** rapportent l'observation d'un homme de 32 ans ayant eu la fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans et qui depuis plusieurs années souffrait de l'estomac. Les douleurs qu'il éprouvait s'exagéraient après chaque repas et disparaissaient quand les aliments étaient rendus. Cette situation alla en s'exagérant et ces temps derniers le malade maigrit énormément ne mangeait presque plus et avait régulièrement des vomissements chaque fois qu'il prenait quelque chose.

A l'examen, on trouvait une dilatation de l'estomac et une certaine résistance dans la région du pylore. La laparotomie montra l'existence d'une rétrécissement cicatriciel du pylore, qui fut traité par le procédé de Loreta. Le malade guérit et aujourd'hui, trois ans après l'opération, il va aussi bien que possible.

M. Gould a pratiqué l'opération de Loreta dans un cas analogue chez une femme. Pendant plusieurs mois les résultats furent parfaits, mais peu à peu les anciens symptômes revinrent et une nouvelle laparotomie montra l'existence, entre le pylore et le foie, d'adhérences qui furent sectionnées. Le résultat ne dura pourtant pas, et après quelques mois obtenus il a fallu faire une troisième laparotomie pour sectionner les nouvelles adhérences qui s'étaient formées. La malade se rétablit après cette intervention, mais les douleurs et les vomissements sont revenus au bout de quelques mois.

M. Langton pense que, dans le cas de M. Gould, il aurait mieux valu faire une gastro-entérostomie.

Thrombose des sinus et néphrite interstitielle.

M. A. G. Phear a rapporté l'observation d'un enfant de 7 ans pris brusquement de perte de connaissance et qui mourut au bout de 20 jours. Les symptômes constatés pendant la maladie ont été un état comateux avec grande faiblesse et excitation, cette dernière alternant avec une apathie complète. Les phénomènes d'irritation s'étaient manifestés sous forme d'une rigidité des muscles de la nuque et de l'abdomen; les phénomènes paralytiques par une paralysie des sphincters rectal et vésical. On a encore noté un strabisme passager mais sans inégalité des pupilles, une exagération des réflexes rotuliens mais sans phénomène du pied. La température était élevée au début et à la fin de la maladie; au cours de la maladie elle descendit d'abord de 104°F à 99°, resta pendant huit jours normale et remonta ensuite à 102°4. A deux reprises on a noté le type respiratoire. Vers la fin de la maladie il est survenu une diarrhée abondante.

A aucun moment, on n'a noté d'écoulement par les oreilles ou le nez, ni d'éruptions à caractères spéciaux. L'enfant avait eu la scarlatine à l'âge de 5 ans.

A l'autopsie on trouva le sinus longitudinal supérieur thrombosé et obstrué par un caillot en partie décoloré qui se prolongeait dans les veines tributaires. Un caillot analogue distendait le sinus longitudinal gauche et se prolongeait dans la veine jugulaire interne et une partie de la sous-clavière gauche. Il n'y avait pas d'œdème ni de ramollissement de la substance cérébrale; le liquide ventriculaire n'était pas en excès; il n'y avait pas trace de méningite.

L'oreille moyenne était saine des deux côtés. L'artère pulmonaire gauche était obstruée par un ancien caillot. Le cœur gauche était hypertrophié. Les reins présentaient les lésions typiques de néphrite interstitielle avancée.

M. Kingston Fowler a observé deux cas analogues où on avait au début porté le diagnostic d'hystérie.

M. Bertram Abrahams fait remarquer que dans aucun cas de ce genre on n'a incriminé l'affection rénale. On leur assigne ordinairement une des trois causes suivantes : 1° la septicémie se localisant au niveau des sinus latéraux; 2° la compression par une tumeur; 3° la dyscrasie sanguine. Il est possible que les cas rapporté par M. Phear soient d'origine infectieuse.

M. Phear réplique que l'élévation de la température qui a existé dès le début a fait diminuer chez son malade le diagnostic d'hystérie. Quant au rôle de la lésion rénale, M. Newton Pitt a publié récemment deux cas où il attribuait la thrombose des sinus à la lésion rénale.

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 19 Octobre 1897.

Bactériologie de la méningite postérieure de la base chez les enfants.

M. G. F. Still a observé 7 cas de méningite postérieure de la base et, d'après le résultat de ses recherches bactériologiques, il croit pouvoir dire qu'il s'agit là d'une affection inflammatoire des méninges produite par un microorganisme spécifique qui semble se rencontrer principalement en Angleterre et en Amérique, surtout pendant le printemps.

Les symptômes cliniques dans les 7 cas qu'il a observés ont toujours été les mêmes et constitués principalement par des convulsions, de la réaction du cou, de l'opisthotonos et de l'hydrocéphalie. La lésion trouvée à l'autopsie était un épaississement de l'arachnoïde au niveau de la base du cerveau et au niveau de la moelle. Dans les cas récents, on trouvait encore un exsudat plutôt lymphatique que purulent; à une période ultérieure on ne rencontrait qu'un épaississement fibreux.

Le microorganisme trouvé par M. Still disparaît des méninges à une certaine période de développement de la maladie, et se trouve alors dans le liquide ventriculaire. Ce microorganisme est un diplocoque à faces aplaties ou concaves, plus petit que le pneumocoque, ne présentant pas la forme lancéolée et ce dernier se ressemble un peu au gonocoque. Il ne se colore pas par le Gram, ne possède pas de capsule, et est libre dans l'exsudat ou dans le liquide cérébro-spinal, ou bien enfermé dans une cellule. Il se colore facilement par la solution saturée de bleu d'aniline. On peut le cultiver facilement sur l'agar, l'agar glycériné, l'agar-sérum, le lait qu'il ne coagule pas contrairement au pneumocoque. Les cultures ne se font pas à la température de la chambre.

D'après M. Still, son diploque serait identique au diplocoque intracellulaire de Weichselbaum. Il en diffère pourtant par certains caractères : ses cultures sont plus abondantes et restent vivantes pendant quinze jonrs.

M. Still n'a pas trouvé son diplocoque dans le sang des malades. Mais comme cette méningite se complique quelquefois d'arthrite, il se demande si l'exsudat articulaire n'est pas provoqué par la pénétration du diplocoque dans les articulations.

Les inoculations sous-cutanées ou intra-péritonéales faites, avec les cultures de ce diplocoque, à des cobayes, des lapins et des souris ont donné des résultats négatifs.

M. Still conclut de toutes ces recherches que la méningite postérieure de la base est probablement, une variété de méningite cérébro-spinale épidémique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'affaire Laporte (p. 1033).
DERMATOLOGIE. — De la tuberculose primaire de la peau (p. 1038).
REVUE GÉNÉRALE. — Actinomycose du foie (p. 1039).
REVUE DES THESES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Pleurésie séreuse enkystée. — Peste bubonique. — Perméabilité rénale (p. 1040). — *Thèse de la Faculté de Lyon* : Myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfant. — Dégénérescence mentale et neurasthénie. — Rougeole. — Propriétés toxiques du sérum sanguin à l'état normal et pathologique chez l'homme et dans différentes espèces animales (p. 1041).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Hémoglobinurie paroxystique. — Rapports entre les testicules et la prostate. — Cas de néphrolithotomie. — Tuberculose rénale. — Etiologie et traitement des bubons. — Infantilisme myxœdémateux (p. 1042). — *Médecine* : Rectite gonorrhéique (p. 1043).
MÉDECINE PRATIQUE. — Emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique dans les cas d'extractions dentaires multiples (p. 1043). — Applications thérapeutiques de l'hyoscine. — Essence de niaouli (p. 1044).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Laporte.

Dans un intérêt de vérité et de justice et pour mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces du procès, nous publions aujourd'hui le procès-verbal de l'autopsie de la femme Fresquet, avec les commentaires qu'il inspire à M. Varnier, dont on ne saurait récuser la compétence sur le sujet. Cet article paraît ce matin même dans la *Revue pratique d'obstétrique et pédiatrie*.

Nous avons annoncé la souscription limitée à 5 francs par tête en faveur de Laporte pour qu'il puisse soutenir les frais d'appel. Notre première liste comprend toute notre rédaction accoutumée :

Ch. Achard, A. Broca, A. Gosset, P. Héan, L. Lereboullet, P. Lereboullet, G. Maurange = 35 francs.

N. D. L. R.

L'affaire Laporte. — Le procès-verbal d'autopsie. Discussion.

Par H. Varnier,

Professeur agrégé d'accouchement à la Faculté de Paris, Accoucheur des hôpitaux.

Les débats de la 9e chambre correctionnelle et surtout la communication faite par la défense du procès-verbal d'autopsie et du rapport des experts permettent de voir enfin clair dans cette singulière affaire de responsabilité médicale.

On a beaucoup reproché au juge d'instruction d'avoir arrêté et d'avoir maintenu à sa disposition notre malheureux confrère. Je ne veux certes pas plaider les circonstances atténuantes; il est cependant juste de faire connaître l'extraordinaire pièce médico-légale sous laquelle M. Bertulus abritait une rigueur inusitée :

La voici :

« *Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie du cadavre de Mme Fresquet.*

« *Voici mes conclusions sommaires :*

« *Laporte en pratiquant cet accouchement a agi avec imprudence, maladresse et inobservation des règles de l'art. Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet.*

« Signé : Socquet. »

Donc, aux yeux de l'expert qui venait d'examiner les pièces, la culpabilité ne faisait pas de doute. Et vous comprenez déjà mieux que le juge d'instruction ne se soit pas senti porté à l'indulgence.

Mais en même temps vous vous dites : les constatations médico-légales devaient être de la dernière évidence pour que le médecin légiste ait écrit ce qui précède.

Voyons donc et discutons le procès-verbal d'autopsie rédigé par M. Socquet.

Pour rester sur le terrain scientifique je supposerai ceci : un élève en médecine a recueilli à l'autopsie une pièce qui lui paraît démonstrative; il me l'apporte pour le musée de la clinique en me priant de l'y garder comme un exemple de « double perforation vésicale produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci ».

Avant même d'examiner la pièce je veux naturellement savoir dans quelles conditions elle a été recueillie. Et on me donne à lire le procès-verbal d'autopsie ainsi conçu :

« Le cadavre est celui d'une femme de petite taille, 1 m. 48,
« paraissant bien constituée et ne présentant aucun signe apparent de rachitisme. On ne constate aucune trace de violences
« apparentes sur les différentes parties du corps. Par la cavité
« vaginale s'écoule un peu de sang. Avant de procéder à l'ouverture du corps nous avons procédé, à l'aide du doigt indicateur, à la mensuration du diamètre sacro-pubien, nous avons
« ainsi obtenu comme dimension du diamètre antéro-postérieur,
« **défalcation faite pour l'épaisseur du pubis** (1), 9 centimètres 1/2. »

Me voici dès l'abord fâcheusement impressionné. Pourquoi? Est-ce parce que la mensuration a été faite par un procédé notoirement imparfait, capable de donner lieu à des erreurs de 2 centimètres? Non. Il ne me vient pas un seul instant à la pensée que tout à l'heure, lorsqu'il aura le bassin sous les yeux, accessible au compas et à la règle, le médecin chargé de l'autopsie aura négligé une mensuration précise, scientifique (et non plus *d'ordre conjectural*) d'une importance capitale dans l'espèce. Ce renseignement se trouvera sans doute plus loin. Si mon attention est mise en éveil par cette phrase, c'est parce qu'elle renferme une proposition qui a déjà fait refuser plus d'un candidat au 3e; car elle témoigne que le candidat ne sait pas, n'a pas compris pourquoi on doit défalquer quelque chose de la mensuration digitale pour connaître le promonto-pubien minimum. Vous le savez, vous tous qui me lisez, je n'insiste pas.

Certes, dans quelques cas, pour juger la question, « faut-il déduire 15 ou 20 millimètres? » il est nécessaire de tenir compte de certaines particularités, savoir : la hauteur du pubis, son inclinaison, enfin, et accessoirement seulement, son épaisseur. Si tel était le cas, il fallait dire ce que l'épaisseur de cette symphyse avait d'anormal; il fallait la mesurer, il fallait noter cette mesure pour servir ce que de droit. Or rien de tout cela dans le procès-verbal. Mais, encore une fois, peu importe cette mensuration approximative. Evidemment nous trouverons plus loin, scientifiquement établies, les dimensions du bassin.

Continuons donc :

« A l'ouverture de la cavité abdominale, nous constatons dans
« la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide
« sanieux exhalant une forte odeur fétide; à ce niveau les anses
« intestinales sont rouges et congestionnées, réunies par quelques
« adhérences récentes.

« Après avoir disjoint la symphyse pubienne, **nous avons
« enlevé en masse, avec le couteau à cerveau**, l'utérus et ses
« annexes y compris la vessie, la cavité (?) vaginale entière et
« l'extrémité du rectum; le tout a été ensuite porté sur un plateau.

« Après avoir introduit par le canal de l'urèthre **une sonde
« cannelée** à l'intérieur de la vessie, nous avons, **avec des ciseaux**,
« fait une longue incision sur la face antérieure de la vessie.

1. Les passages imprimés en caractères gras sont soulignés par nous

« Celle-ci était absolument vide. Lorsque la vessie a été ouverte « nous avons très nettement constaté sur la face interne la pré- « sence de 2 perforations, linéaires quand on tend un peu la « paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circu- « laires quand la paroi est flasque, relâchée (1). L'une de ces per- « forations siège sur la face postérieure de la vessie et commu- « nique avec le col de l'utérus; cette perforation utéro-vésicale « mesure 2 centimètres de longueur. L'autre perforation siège « sur la paroi latérale droite de la vessie, à 4 centimètres de la « précédente et à peu près sur la même ligne horizontale; cette « perforation vésico-péritonéale mesure également 2 centimètres « de longueur. Au niveau de ces 2 perforations la muqueuse « vésicale est infiltrée de sang. »

Là-dessus je m'arrête, et je prie l'élève de remporter sa pièce qui jamais ne figurera dans le musée avec l'étiquette : « double perforation de la vessie produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci ».

Pourquoi? C'est tout simple. Vous l'avez tous compris.

Parce que, lui fais-je observer, vous n'avez constaté les dites perforations : 1° qu'après avoir enlevé en masse, avec le couteau à cerveau, l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité vaginale entière et l'extrémité du rectum et porté le tout sur un plateau; 2° qu'après avoir introduit vous-même dans la vessie : *a*) une sonde cannelée, *b*) des ciseaux.

Rien ne prouve que la perforation vésico-péritonéale, la seule importante dans l'espèce — puisque c'est par elle qu'à votre dire l'urine a coulé dans le péritoine, entraînant une péritonite mortelle — ne s'est pas produite

1° Au cours de l'ablation en masse des viscères pelviens et par traction sur des adhérences établies entre quelqu'un d'entre eux et une portion de la vessie profondément contuse, je vous l'accorde, mais non encore trouée; et cela par le même mécanisme qui entraîne, au cours de l'ablation d'une tumeur abdominale, la déchirure, la perforation de l'intestin adhérent.

2° Au cours des manœuvres intra-vésicales faites par vous-même à l'aide d'une sonde cannelée et de ciseaux.

Vous avez beau dire : « **Nous constatons dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanieux exhalant une forte odeur fétide.** »

Cela ne suffit pas à établir avant toute intervention de votre part l'existence de la perforation vésico-péritonéale. Vous avez beau ajouter plus loin : « **36 heures après l'accouchement la femme n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide. Ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale** (2). »

Une question reste sans solution. Si votre perforation existait avant les manœuvres d'autopsie, la malade a, pendant 2 jours, vous venez de le dire, uriné dans son péritoine.

Ce liquide sanieux exhalant une odeur fétide, combien de centimètres cubes en avez-vous donc recueilli? L'avez-vous mesuré? si oui, ce que ne dit pas le procès-verbal d'autopsie, avait-il une odeur « urineuse »? Vous n'en dites rien. L'avez-vous fait analyser? Vous n'en dites rien non plus.

Si vous arguez maintenant, un peu tard, que la malade ayant, à votre avis, une perforation utéro-vésicale, la majeure partie de l'urine a pu s'écouler par le vagin, je vous demanderai si, chez elle ou à l'hôpital, on a constaté que cette femme se mouillait constamment, s'il est dit quelque part, s'il a été vu par quelqu'un que pendant la vie, l'urine s'écoulait par le vagin?

Vous sentez la valeur de ces objections; au point de vue scientifique, elles frappent de nullité votre procès-verbal d'autopsie.

Que deviez-vous donc faire pour établir, sans discussion possible, l'existence pendant la vie de la *double* perforation?

Ceci :

Soupçonnant l'existence de lésions capables d'entraîner la mort à la suite de blessures instrumentales au cours d'un accouchement laborieux, vous deviez rechercher ces lésions *sur les organes en place, avant toute intervention instrumentale de votre part.*

1. Sur la copie qui m'a été confiée on peut lire soit *flasque, relâchée* soit *plus que relâchée.* Choisissez.

2. Voyez le rapport de MM. Socquet et Maygrier.

Où pouvaient siéger les perforations capables d'entraîner une péritonite mortelle? Soit sur le cul-de-sac postérieur et le rectum; soit sur l'utérus même; soit sur la vessie.

Pour cette dernière, qui s'offrait d'abord à vous, que fallait-il faire?

Il fallait introduire par l'urèthre une sonde molle, incapable de déterminer la perforation d'un point même très affaibli de la paroi, et par cette sonde, sous une pression très douce, pousser dans la vessie un liquide quelconque, de l'eau.

Si cette eau s'était alors écoulée 1° par le vagin, 2° dans le ventre, vous auriez eu *le droit* de dire : sur le cadavre encore intact, tel qu'il nous fut apporté à la salle d'autopsie, il existait une double perforation vésico-génitale et vésico-abdominale; et *le devoir* d'ajouter : cette dernière siégeant exactement à tel endroit et présentant, *vue par la face externe de la vessie non encore ouverte*, tels et tels caractères.

Ce premier point établi, et laissant toujours les organes en place, ayant mesuré au compas d'épaisseur le diamètre promonto-pubien minimum, examiné de près la symphyse, noté s'il existait un bourrelet saillant du fibro-cartilage, sa consistance, son degré de saillie et d'acuité, vous aviez, mais alors seulement, à sectionner la symphyse pubienne pour inciser facilement, sur la paroi antérieure mise à découvert, la vessie maintenue dans ses rapports avec le bassin et les autres organes.

Il ne s'agissait plus en effet, pour vous, de savoir s'il existait une double perforation : vous veniez, dans mon hypothèse, de l'établir scientifiquement. Il s'agissait d'examiner les caractères objectifs de ces perforations, déjà reconnues, afin de vous prononcer sur leur nature et sur le mode de production.

Vous les supposiez faites *par une aiguille à matelas de 21 centimètres 1/2 de long; et par une seule piqûre de cette aiguille introduite par le vagin et l'utérus*, c'est-à-dire dans le plan médian.

Après les avoir décrites, mesurées, topographiées : 1° l'une par rapport à l'autre; 2° dans leurs rapports avec les organes voisins, ce que vous n'avez pas fait; 3° dans leurs rapports avec la paroi pelvienne, ce que vous n'avez pas fait, il fallait essayer de les cathétériser ensemble, de les enfiler d'un coup à l'aide d'une aiguille de matelassier de 21 centimètres et demi de long et émoussée, introduite par le vagin et l'utérus il fallait voir et dire s'il était possible, dans ces conditions, de relier ensemble ces deux perforations situées *sur un même plan horizontal.*

Si vous l'aviez pu faire, et si les caractères objectifs de ces perforations cadraient avec la forme et les dimensions du cathéter, vous auriez été, mais alors seulement, en droit de conclure qu'elles pouvaient en effet avoir été produites par l'aiguille; jamais, en aucun cas, *qu'elles l'avaient sûrement été!*

Car une autre question devait alors se poser : Ces perforations n'ont-elles pas pu être produites par le seul fait des tentatives d'engagement de la tête fœtale dans le bassin rétréci, même avant tout essai de perforation du crâne, et au cours des trois applications de forceps? Existe-t-il, au voisinage des endroits atteints, des conditions anatomiques prédisposant à des perforations, traumatiques il est vrai, mais que ne peuvent éviter en pareil cas les opérateurs les plus expérimentés? Et c'est ici qu'il importait de savoir avec précision, outre les rapports exacts des perforations avec la paroi osseuse, comment était fait ce bassin? Quels étaient ses diamètres exacts? Etait-il symétrique ou asymétrique? A quelle catégorie de bassins viciés appartenait-il? N'était-ce pas un oblique ovalaire? Avez-vous mesuré la distance du promontoire à chacune des symphyses sacro-iliaques mises à nu? Le bassin était-il épineux?

Vous me dites, bien qu'on n'en trouve pas trace dans votre observation, que vous avez vu le bassin et qu'il n'était pas épineux. Que vous ayez regardé le bassin c'est possible; que vous l'ayez vu, c'est une autre affaire. On ne peut pas dire qu'on a vu un bassin, ce qui s'appelle vu, quand on ne l'a pas mesuré et examiné, en tous sens : 1° à l'état frais; 2° à l'état sec. Car c'est seulement sur le bassin sec, et préparé *ad hoc*, que l'on peut reconnaître telle irrégularité de forme, telle saillie osseuse anormale, telle épine capables d'expliquer la production, au cours d'une application de forceps même bien conduite, de perforations et d'attritions vésicales semblables à celles que vous dites avoir constatées.

Au moins avez-vous conservé ce bassin? On pourrait l'étudier à tous ces points de vue. *Non, vous ne l'avez pas!* Voilà qui passe

la mesure. N'avez-vous donc pas compris que dans le problème posé la solution ne pouvait résulter que de la comparaison attentive de tous les facteurs : corps à entraîner, corps à traverser, instruments employés? Et si vous ne l'avez pas compris...

Mais je ne veux pas insister.

Le fait capital, ce qui frappe votre autopsie de nullité, ce qui enlève à *vos pièces* toute valeur au point de vue scientifique, ce qui les empêche de servir ultérieurement à tout examen de contrôle autorisé et utile, *ce sont les conditions mêmes dans lesquelles vous les avez* recueillies ou mieux *détruites au cours de l'autopsie* (1).

Vous aurez beau les montrer à des « hommes de l'art, distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice ». Ces hommes de l'art, n'ayant pas assisté à l'autopsie que vous avez manquée, ne pouvant examiner que « vos pièces » fragmentaires, tardivement, après vos manipulations inconsidérées, après l'intervention de votre couteau à cerveau, de votre sonde cannelée, de vos ciseaux, ne sauraient leur rendre leur virginité perdue et qui seule, je le répète, aurait pu faire foi.

Voilà pourquoi, dirais-je à mon jeune élève, « vos pièces » n'entreront jamais dans notre musée où nous ne voulons que des pièces *authentiques, indiscutables, recueillies avec toutes les précautions exigibles*. Voilà pourquoi vous n'obtiendrez pas, *qu'au seul point de vue scientifique et pédagogique*, je les munisse d'une étiquette portant ces mots : « Double perforation vésicale produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci. »

Et si l'on ne peut étiqueter ainsi cette pièce quand le point de vue scientifique seul est en jeu, comment la donner comme le pivot d'une condamnation au criminel?

Donc et pour conclure, voici quelle sera, ou je me trompe fort, l'impression de tous ceux qui, avec nous, auront pris connaissance du procès-verbal d'autopsie ci-dessus rapporté : « Il n'est nullement établi qu'il existait chez la femme Fresquet, avant l'ablation en masse des organes faite avec un couteau à cerveau, une *double* perforation vésicale, produite par un seul coup d'une aiguille à matelas introduite par le vagin. »

Voici maintenant, *in extenso* toujours, la suite du procès-verbal de M. Socquet.

« La vulve et le vagin sont intacts; les culs-de-sac vaginaux « ne présentent aucune lésion.

« L'orifice externe du col de l'utérus ne présente rien d'a- « normal. »

Ainsi, après trois applications de forceps au détroit supérieur, après des tentatives répétées de perforation : 1° avec la pointe aiguë du forceps (*faite pour cela*); 2° avec une aiguille de matelassier; 3° avec un ciseau et un marteau; après une quatrième et dernière application du forceps pour extraire la tête (enfin réduite de volume) d'un enfant de 3420 grammes, il n'y a aucune lésion du périnée, de la vulve, des culs-de-sac vaginaux, de l'orifice externe du col dont, direz-vous plus loin, « la dilatation était incomplète (2). »

Et la prévention soutient, et les attendus du jugement proclament que ces instruments n'ont pas été guidés par la main ou les doigts du Dr Laporte! Ainsi que l'a dit M. Pinard, au cours des débats, il faut convenir que le Dr Laporte doit être doué d'une habileté de premier ordre. Ce dont on l'accuse, ce pour quoi on le condamne, était, jusqu'à présent, considéré comme impossible par les plus habiles.

Continuons :

1. Mon collègue Albarran, à qui j'ai communiqué cette note, est complètement d'accord avec nous sur ce point. A la clinique du professeur Guyon, les assistants chargés du service des autopsies ont pour instruction formelle, alors qu'on a lieu de soupçonner l'existence de perforations vésicales : 1° de s'assurer *avant tout* de l'état de la vessie en y poussant une injection; 2° après avoir ainsi démontré l'existence des solutions de continuité et en avoir décrit l'aspect extérieur, d'ouvrir la vessie *sur place* avec les plus grandes précautions afin d'étudier avec soin et de noter en détail les caractères objectifs des perforations : C'est seulement alors, quand nul doute ne peut être émis sur l'authenticité des lésions, que la pièce est détachée pour être montée et conservée au musée.

2. Voyez ci-après le rapport de MM. Socquet et Maygrier.

« Sur la face antérieure du col, à 1 centimètre de cet orifice « (externe) et à peu près sur la ligne médiane se trouve la « perforation qui communique avec la vessie. »

Eh quoi! C'est tout? Quels étaient, du côté utérin, l'aspect, la forme, les dimensions, bref les caractères objectifs de cette perforation déjà si incomplètement décrite du côté vésical? Tout cela valait la peine d'être examiné avec soin et noté séance tenante, alors que la pièce n'avait pas encore subi l'action des liquides désinfectants et conservateurs. C'était d'autant plus indispensable que là est précisément le siège de la fistule vésicale haute, laquelle s'observe, comme chacun sait, même après des accouchements spontanés!

« Le corps de l'utérus est volumineux. Il mesure d'une « trompe à l'autre 25 centimètres de longueur et du fond à « l'orifice externe 0,20 centimètres. L'épaisseur de la paroi « utérine, prise au point le plus épais (partie médiane de la « face postérieure) est de 0,025 millimètres. La face interne « de l'utérus est d'un rouge très foncé. Elle est fortement « imbibée de sang sur toute son étendue. Nulle part de lésions « évidentes.

« Le poids total de l'utérus et de ses annexes, y compris le « vagin et la vessie est de 1 kilog. 500.

« L'œsophage et la trachée sont sains.

« Les poumons sont un peu congestionnés. Ils ne contiennent « pas de tubercules et paraissent sains.

« Le ventricule droit du cœur renferme un caillot fibrineux, « et le ventricule gauche un caillot cruorique; les valvules « sont saines. L'estomac renferme quelques centimètres cubes « d'un liquide jaunâtre; sa muqueuse est saine.

« Le foie est sain. La vésicule biliaire ne renferme pas de « calculs. La rate est saine et n'est pas diffluente.

« Les reins sont également sains et se décortiquent facilement. « Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les « méninges ne sont pas congestionnées. Le cerveau, le bulbe et « le cervelet ne présentent aucune lésion ni tumeur. »

Le procès-verbal d'autopsie est accompagné de :

« Renseignements recueillis a l'hopital Tenon. — La dame « Fresquet aurait été admise à l'hôpital Tenon, le 13 septembre; « elle serait décédée le lendemain 14 septembre à 8 heures du « matin. Cette malade, placée d'abord dans un service de méde- « cine, aurait été transférée presque de suite, salle Delessert, « dans un service chirurgical. La surveillante de cette salle « nous a déclaré que la dame Fresquet avait une température « très basse lors de son entrée; la température aurait été prise « à trois reprises différentes et le thermomètre n'aurait jamais « dépassé 35° centigrades.

« « On n'aurait fait à cette malade que des injections vagi- « nales d'eau bouillie très chaude et 3 injections sous-cutanées « d'une solution de caféine dans la journée. »

Peut-être en s'adressant à l'interne de garde ou à l'interne de service, la chose en valait la peine, aurait-on pu avoir des renseignements un peu plus médicaux, permettant de résoudre la question posée plus haut et restée imprécise : « Pendant la vie, les urines s'écoulaient-elles par le vagin? »

Suit :

« L'Autopsie du cadavre de l'enfant. — Le cadavre est celui « d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, pesant 3420 gr. « et mesurant 53 centimètres de longueur.

« La putréfaction est légèrement commencée.

« Le cordon ombilical mesure 32 centimètres de longueur, il « a été sectionné et ne porte pas de ligature.

« Le diamètre antéro-postérieur du crâne mesure 118 milli- « mètres; le diamètre transversal 95 millimètres; le diamètre « occipito-mentonnier 135 millimètres et le diamètre bi-acro- « mial 147 millimètres.

« A la partie supérieure et médiane du crâne se trouve « une petite plaie du cuir chevelu mesurant 1 centimètre de lon- « gueur sur 5 millimètres de largeur. Sur la région latérale « droite du crâne se trouvent 2 autres petits orifices (1) sur le cuir

1. Non mesurés?

« chevelu. Enfin, à la région inférieure et gauche du cou, petit « orifice de **5 millimètres** environ de diamètre.

« On ne constate pas d'épanchement sanguin sous le cuir « chevelu. Les deux pariétaux sont disjoints dans leur moitié « postérieure ainsi qu'au niveau de la suture occipito-parié- « tale droite sur une longueur de 2 centim. Les os du crâne « ne chevauchent pas l'un sur l'autre. Le pariétal droit pré- « sente une ligne de fracture verticale, partant de la partie « médiane du bord supérieur et venant se terminer au niveau « de la bosse pariétale. Sur cette ligne, à 2 centim. environ « du bord supérieur, se trouve une petite plaie osseuse de « forme curviligne mesurant **5 millim.** de longueur. Au niveau « de cette plaie se trouve sur la dure-mère une petite perfora- « tion de **5 millim.** de diamètre. Le pariétal gauche et les « autres os du crâne ne sont pas fracturés. »

Ici arrêtons-nous un instant. Vous avez dû, comme moi, être frappés par la répétition de ce chiffre de **5 millim.**

A la région inférieure et gauche du cou petit orifice de **5 millim.**

Sur la ligne de fracture du pariétal droit, à 2 centim. du bord supérieur, petite plaie osseuse curviligne de **5 millim.**

Sur la dure-mère, au même niveau, petite perforation de **5 millim.**

Prenez une aiguille de matelassier; mesurez le diamètre transversal de sa partie renflée, constatez qu'il est de **5 millim.**, et demandez-vous ensuite comment cette aiguille qui dans la peau, dans le pariétal, dans la dure-mère (1) a fait un trou de 5 millim. aurait pu déterminer sur la paroi cervico-vésicale « la perforation utéro-vésicale qui, siégeant sur la face postérieure de la vessie et communiquant avec le col de l'utérus, mesure **2 centim.** de longueur **et est à peu près circulaire** quand la paroi est relâchée.

Comment la *piqûre* d'une paroi *contractile* à l'aide d'un instrument de 5 millim. de diamètre maximum produirait-elle une perforation à peu près circulaire de 2 centim. de long?

Essayez et vous constaterez comme nous que c'est impossible. Nous vous en servirons sous peu, MM. Pinard, Albarran et moi, la preuve expérimentale.

De plus, ce qu'on ne saurait trop faire remarquer, c'est le siège des blessures principales volontairement faites au crâne et qui siègent :

Une cutanée : à la partie supérieure et médiane du crâne.

La pariétale : à 2 centimètres du bord supérieur du pariétal droit, sur une ligne joignant le milieu de ce bord supérieur à la bosse pariétale.

Avouez que pour une perforation « faite à l'aveugle, par un simple coup droit, sans guider l'instrument avec les doigts », ce n'est pas trop mal touché. Car c'est ni plus ni moins que le lieu d'élection de l'application du craniotome sur une tête mal fléchie.

Remarquez enfin qu'après des applications de forceps au détroit supérieur au nombre de trois — qui déjà, nous l'avons vu n'ont déterminé aucune lésion maternelle autre que *peut-être* (2) la perforation vésico-utérine de 2 centimètres — l'autopsie ne signale aucune empreinte laissée sur la tête par les fers, aucune coupure du cuir chevelu aux différents lieux d'élection des becs lorsqu'ils sont irrégulièrement appliqués. Si vous réfléchissez d'autre part que le forceps était assez solidement fixé pour que, pendant les tentatives d'extraction, *rien n'ait dérapé*, et que *la parturiente ait été retenue avec peine par un homme et deux femmes*, vous conclurez avec M. Pinard : il fallait que la prise fût joliment bonne et régulière; une prise pareille ne peut se faire *sans y mettre les mains :*

Finissons :

« L'hémisphère cérébral gauche est intact. Sur l'hémisphère « cérébral droit, au niveau de la perforation de la dure-mère « signalée plus haut, la substance cérébrale est détruite sur un « petit espace de 2 centimètres environ de diamètre. La quantité « de substance cérébrale qui a pu s'écouler par ce petit orifice « est presque insignifiante. Le cervelet et le bulbe sont sains.

1. Voyez ci-après le rapport de MM. Socquet et Maygrier.
2. J'envisage ici l'hypothèse où l'autopsie aurait été faite en observant toutes les règles de l'art.

« Les poumons sont atélectasiés; plongés dans l'eau avec le « cœur et le thymus ils ne surnagent pas; il en est de même « pour les fragments de poumon; pas d'ecchymoses sous-pleu- « rales.

« Les cavités du cœur sont vides. Les valvules sont saines. « Sur la surface du cœur se trouvent quelques ecchymoses sous- « péricardiques. L'estomac renferme un peu de mucus. Le foie, « la rate et les reins sont sains. Le méconium occupe les der- « nières parties du gros intestin. Les condyles de l'extrémité « inférieure du fémur présentent un point d'ossification mesu- « rant 9 millimètres de diamètre. Le maxillaire inférieur pos- « sède 8 alvéoles nettement cloisonnées. »

Et maintenant les conclusions :

a) Quant à la mère :

« 1° La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péri- « tonite localisée dans la fosse iliaque droite consécutive à une « double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et « vésico-péritonéale).

« **2° Cette double perforation a été faite avec un instru- « ment piquant tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5.**

« 3° Le cadavre de cette femme porte les traces d'un accou- « chement récent et à terme.

« 4° Les différentes lésions constatées ci-dessous ont été « reconnues exactes par l'inculpé Laporte au cours de notre « autopsie.

b) Quant à l'enfant :

« 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe « masculin, arrivé au terme normal de la vie intra-utérine.

« 2° Il n'a pas respiré.

« 3° Les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pa- « riétal droit **paraissent avoir été faites avec un instrument « piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5).**

« 4° Les blessures constatées par l'inculpé Laporte au cours « de l'autopsie auraient été faites dans le but de pratiquer la « craniotomie pour faciliter l'accouchement.

« 5° L'enfant devait être mort lorsque cette opération a été « pratiquée.

« Signé : Socquet. »

Les réflexions qui accompagnent la première partie de ce procès-verbal d'autopsie, dont nous avons démontré l'insuffisance, nous dispensent de discuter la contre-expertise signée de MM. Socquet et Maygrier (1). Nous la reproduisons in-extenso sans commentaires.

Rapport de MM. Maygrier et Socquet.

Attendu qu'il importe de savoir si le Dr Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en opérant la craniotomie sur l'enfant que cette femme portait dons son sein, a :

1° Observé toutes les règles de l'art des accouchements;

2° Commis quelque négligence;

3° Commis quelque imprudence;

4° Commis quelque maladresse;

Ordonnons qu'il sera procédé...

Répondons ainsi qu'il suit aux questions posées par M. le Juge d'instruction, après avoir pris connaissance des pièces du dossier, et examiné divers objets sous scellés :

1° Les éléments qui nous permettent de répondre à la première question : Laporte a-t-il observé toutes les règles de l'art des accouchements nous sont fournis par l'examen des dépositions de l'inculpé, de l'accoucheuse et des autres témoins.

Il résulte de ces dépositions, assez concordantes dans leur ensemble, que le samedi 11 septembre, vers 11 heures et demie

1. Il nous suffira de rappeler en effet que M. Maygrier n'a pas assisté à l'autopsie; qu'il n'a vu les pièces que sur un plateau, après les manipulations de M. Socquet, qu'il n'a pas vu le bassin. Les perforations vésico-péritonéale et utéro-vésicale par instrument piquant n'étant pas démontrées, la consultation médico-légale s'effondre. Remarquez d'ailleurs qu'à cette consultation a pris part l'expert déjà engagé à fond et du premier coup par la note reproduite en tête de cet article.

du soir. à son arrivée auprès de la femme Fresquet, Laporte s'est trouvé en présence de la situation suivante :

La femme Fresquet était en travail d'accouchement depuis deux jours environ; la dilatation du col de l'utérus était incomplète.

Il y avait une présentation du sommet, la tête était fixée au détroit supérieur du bassin.

Il existait en outre une procidence du cordon ombilical, reconnue par la sage-femme, dès la rupture de la poche des eaux, rupture qui s'était produite dans l'après-midi du 11 septembre.

L'enfant était vraisemblablement mort, étant donné que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures.

Enfin, le bassin était légèrement rétréci : les constatations faites par l'un de nous à l'autopsie ont démontré en effet que le détroit supérieur mesurait, dans le sens-antéro-postérieur, 9 centim. et demi de diamètre au lieu de 11 centimètres, dimension normale de ce diamètre. Telle était la situation.

Dans ces conditions, l'éventualité d'un accouchement spontané devenait très problématique, la femme Fresquet ayant d'ailleurs dû subir à plusieurs de ses accouchements antérieurs des applications de forceps. La longue durée du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant, étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement.

La femme Fresquet désirant faire ses couches chez elle et l'assistance d'un médecin de nuit ayant été requise, Laporte, appelé comme tel, n'a pas hésité d'accepter la mission pénible de délivrer cette femme chez elle, dans des conditions particulièrement difficiles.

L'ensemble des faits que nous venons d'exposer constituait un cas de dystocie sérieuse. L'indication d'intervenir était immédiate et formelle, et le traitement le plus rationnel était, selon nous, d'appliquer le forceps d'abord, et, en cas d'insuccès, de pratiquer la craniotomie.

Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation, et il a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art des accouchements.

2° Les 3 autres questions qui nous sont posées : Laporte a-t-il commis quelque négligence, imprudence ou maladresse, étant connexes, nous ne les dissocierons pas, et, pour y répondre, nous allons examiner la manière dont Laporte a opéré.

Après avoir au préalable endormi la femme avec du chloroforme, il aurait fait sans succès 3 applications du forceps. Le forceps dont il s'est servi (scellé 7) est un forceps en parfait état. Laporte l'aurait trempé dans l'eau bouillante avant de l'appliquer.

Après ces tentatives infructueuses, il se serait résolu à pratiquer la craniotomie, opération qui consiste à perforer le crâne de l'enfant pour donner écoulement à la substance cérébrale, dans le but de diminuer le volume de la tête et de faciliter ainsi son passage à travers le bassin.

N'ayant à sa disposition d'autre craniotome ou perce-crâne que la pointe aiguë contenue dans l'une des branches de son forceps, Laporte aurait commencé par s'en servir, mais sans obtenir de résultat.

C'est alors que, vu l'urgence, la femme étant toujours endormie, il aurait demandé au mari de lui procurer un instrument piquant quelconque pour perforer le crâne de l'enfant. Le sieur Fresquet lui aurait remis les objets suivants :

Un équarissoir (scellé 1); un ciseau à froid (2); un fil de fer pointu, dit porte-étiquette (4); une aiguille en fer, dite à matelas (5), enfin un marteau.

Sans entrer dans les détails, un peu confus et contradictoirement rapportés, des manœuvres qui auraient été tentées avec ces divers instruments, nous ferons simplement remarquer que plusieurs d'entre eux (1, 2 et 4) ne nous paraissent pas avoir pu être employés utilement, étant trop courts pour atteindre la tête de l'enfant, située encore assez haut. Avec l'aiguille à matelas seule (5), longue de 21 centim. 1/2, il était possible d'arriver à pénétrer dans le crâne, et il paraît avéré que c'est avec la pointe de cet instrument que le pariétal droit a été perforé.

Quant au marteau, il n'aurait servi, d'après la déclaration même de Laporte, qu'à tapoter légèrement sur l'extrémité de l'instrument dont il se servait pour perforer le crâne, mais sans insister.

Les constatations faites à l'autopsie de l'enfant démontrent que l'ouverture faite au crâne avec l'aiguille à matelas a été très petite, que l'écoulement de la substance cérébrale a été minime, et que la diminution du volume de la tête fœtale a été, de ce fait, peu notable.

L'instrument employé était donc certainement défectueux; il était de plus difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire, au cours de son introduction répétée, du côté des parties molles de la mère. (Perforations du col de l'utérus, de la vessie en deux endroits, découvertes à l'autopsie, et reconnues par Laporte; l'une des perforations vésicales s'ouvrait dans le péritoine.)

Toutefois, il est juste de reconnaître que l'urgence de l'opération autorisait jusqu'à un certain point Laporte à employer cet instrument. On lit en effet dans le *Guide pratique de l'accoucheur* de Pénard et Abelin (7e édit., 1889, p. 549), auteurs invoqués par Laporte pour sa justification, la phrase suivante : « La craniotomie s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou le perce-crâne de H. Blot ou les ciseaux de Nœgelé, ou, au besoin, avec n'importe quel instrument, tout à la fois solide, piquant et un peu tranchant vers la pointe ».

D'autre part, il est certain que Laporte n'est pas le premier praticien qui ait agi ainsi, et dans un livre récent, le *Précis d'obstétrique* de Ribemont-Dessaignes et Lepage (2e édit., 1896, p. 1178), on trouve le passage suivant :

« Il n'est pour ainsi dire pas d'instrument qui n'ait été employé pour ouvrir la boîte crânienne du fœtus; nombre de médecins, n'ayant pas à leur disposition d'instruments spéciaux, ont utilisé ce qu'ils avaient sous la main : couteaux de cuisine, bistouris, ciseaux, etc. »

Quoi qu'il en soit, après avoir fait choix de l'instrument qu'il jugeait le plus approprié au but qu'il se proposait, Laporte devait l'aseptiser soigneusement avant de s'en servir, puis le guider avec la plus grande prudence sur ses doigts profondément introduits dans les organes maternels, afin d'éviter de blesser ces organes. Or il ne paraît pas établi, d'après les renseignements fournis par le mari, la sage-femme et Laporte lui-même, que toutes ces précautions aient été rigoureusement prises.

Il semble en effet certain, d'une part, qu'il n'a été fait usage d'aucune substance antiseptique pendant l'accouchement. Comme mesure aseptique, Laporte s'est borné à tremper son forceps dans l'eau bouillante, comme nous l'avons dit.

A l'égard des autres instruments, ses souvenirs ne sont pas précis; il croit cependant se rappeler avoir plongé également dans l'eau chaude l'aiguille à matelas. D'autre part, il semble résulter de diverses dépositions et notamment de celle de la sage-femme, que Laporte a introduit directement les instruments dans le vagin, sans les guider sur sa main, et en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire.

Nous devons cependant reconnaître que les lésions produites par Laporte, lésions dont il existe d'ailleurs d'autres exemples dans la science, étaient difficiles à éviter avec un pareil instrument, surtout entre les mains d'un opérateur qui, de son propre aveu, pratiquait pour la première fois la craniotomie.

Après avoir perforé le crâne, et constaté l'issue d'un peu de substance cérébrale, Laporte aurait réappliqué le forceps; il déclare avoir réussi à extraire le fœtus.

L'accouchement terminé, il a procédé à la délivrance, prescrit des injections phéniquées et s'est retiré.

Trente-six heures plus tard, la femme Fresquet n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide; ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale.

La malade, transportée dans la journée du 13 septembre à l'hôpital, y a succombé le 14 à 8 heures du matin.

En résumé de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure, tout en faisant la part des conditions défavorables et du milieu défectueux où Laporte se trouvait placé pour intervenir, ce qui rendait sa tâche particulièrement difficile, qu'il n'a pas conduit son opération avec la prudence voulue, et que, s'il a réussi à délivrer la femme Fresquet, il a néanmoins produit involontairement une blessure de la vessie, qui a été le point de départ d'une péritonite promptement mortelle.

Conclusions.

1° En appliquant d'abord le forceps, et en essayant ensuite la craniotomie, Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation dans laquelle se trouvait la femme Fresquet; il a donc observé les règles de l'art des accouchements, en ce qui concerne les indications opératoires.

2° Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, opération qu'il faisait pour la première fois, n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables. Il a déterminé, en se servant, il est vrai, d'un instrument défectueux, une blessure involontaire qui a entraîné la mort.

Signé : Socquet. Maygrier.

Et voilà comment se fait à Paris, en l'an de grâce 1897, une expertise médico-légale! Ne pensez-vous pas, comme nous, qu'une réforme s'impose? Que ceux qui sont d'un avis contraire veulent bien exposer leurs raisons. Que ceux qui sont avec nous le disent.

H. Varnier.

DERMATOLOGIE

De la tuberculose primaire de la peau,

Résumé du rapport lu au *Congrès de Moscou*

Par M. le professeur Schwimmer.

Dès qu'on eut reconnu la vraie nature de la tuberculose, on commença à examiner toutes les maladies où l'on soupçonnait qu'elles eussent quelques relations aux affections tuberculeuses. On s'occupa en première ligne alors des maladies de la peau et on range aujourd'hui ces affections parmi les mieux connues dans le cadre des types tuberculeux. Les « cellules géantes » qu'on trouvait dans quelques ulcérations scrofuleuses et même dans le lupus formaient un des points saillants pour l'identité de ces affections, mais après la découverte que ces cellules se trouvent aussi dans des autres granulations pathologiques, comme dans les gommes syphilitiques et des autres ulcérations de nature différente, on ne saurait plus attribuer à ces cellules une signification pathognomique.

Les études cliniques se montrèrent préférables aux examens histologiques pour le diagnostic de la tuberculose de la peau; on désigna donc seules les affections dans lesquelles on voyait des nodules miliaires, persistant dans des ulcérations avec sécrétion scrofuleuse et dont les bords étaient infiltrés, irréguliers, et où l'ulcération s'étendait lentement sur les parties voisines comme affection tuberculeuse de la peau. Les découvertes de *Koch* et la présence des bacilles tuberculeux dans quelques autres affections cutanées servirent à démontrer un diagnostic jusqu'à ce temps un peu incertain et on eut encore pour guide précieux l'inoculabilité des matières tuberculeuses. Grâce à cette manière d'interpréter les résultats acquis, on put établir un cadre nosologique pour ces affections et nous en connaissons aujourd'hui 4 types bien distingués :

a) L'ulcération tuberculeuse de la peau.
b) Le lupus vulgaire.
c) Le scrofuloderme.
d) La tuberculose verruqueuse de la peau.

Le rapporteur s'étend ensuite dans la description des formes susdites et nous pouvons seulement donner un petit résumé de son rapport.

a) L'ulcération tuberculeuse. Elle se manifeste toujours sous la forme décrite avec la tendance de ramollissement des nodules. La formation des tubercules se fait comme dans des autres affections nodulaires, mais leur structure n'est pas assez forte comme dans la syphilis ou le lupus; on trouve dans le tissu les bacilles caractéristiques des cellules rondes et lymphoïdes et des cellules géantes. L'affection évolue généralement autour et dans le voisinage des membranes muqueuses déjà affectées et en s'étendant sur la surface, elle détruit lentement le tissu conjonctif de la peau, les parties cartilagineuses et même les os.

Il est très rare qu'on voie cette affection se développer dans une partie de la peau éloignée des membranes muqueuses. L'ulcération tuberculeuse primaire est assez rare; des 8899 cas observés dans ma policlinique, pendant les 3 dernières années, j'ai vu seulement *6 cas* de tuberculose primitive, et parmi *26 540* malades observés dans mon service dans les dernières 10 années, je n'ai rencontré *que 25 cas* de cette affection, tandis que j'avais traité dans le même temps et parmi le même nombre de malades 910 cas de lupus vulgaire. *Hallopeau, Gaucher, Dontrelepont* font encore mention des affections tuberculeuses différentes de la forme décrite, où l'affection se développe sous une forme de folliculite ou de l'impétigo, forme rare mais que j'ai aussi constatée.

L'ulcération des membranes muqueuses est souvent confondue avec des affections syphilitiques et se combine avec la tuberculose générale, mais il y en a aussi des exceptions comme dans un cas observé de tuberculose étendue de la langue.

b) Le lupus vulgaire est aujourd'hui généralement regardé comme une forme primitive de la tuberculose et la présence des bacilles n'est plus niée par personne. L'inoculation positive avec la matière lupique, la coïncidence quoique rare avec la tuberculose pulmonaire font aussi preuve pour la relation intime qui existe entre le lupus et le processus tuberculeux. M. Schwimmer développe les symptômes différents entre le lupus et la tuberculose primitive, pour conclure que la première forme doit être regardée comme une variété cutanée d'une intoxication tuberculeuse, de même que dans la syphilis où le même poison spécifique donne une occasion pour le développement de différentes affections syphilitiques cutanées. Le lupus érythémateux est aussi regardé par nombre de médecins comme une forme tuberculeuse, M. Schwimmer est d'avis que les faits qui devraient démontrer la parenteté entre ces deux maladies ne sont pas encore assez exactement interprétés pour convaincre les douteurs.

c) Le scrofuloderme appartient plutôt aux tuberculoses secondaires de la peau qu'à la tuberculose primitive; il se combine souvent aux autres affections tuberculeuses auxquelles on le rapporte d'après la découverte des bacilles et des inoculations positives des matières scrofuleuses. L'infection se développe en général par des voies lymphatiques, cause des tumeurs sous-jacentes, qui grandissent et se ramollissent, détruisent la peau superficielle et donnent lieu aux ulcérations. Cette forme de tuberculose locale est plus rare que le lupus vulgaire: d'après mes observations, en proportion de 1 à 5; mais en combinaison avec le lupus chez la même personne, on trouve la scrophuloderme plus souvent. Les cas les plus intéressants sont ceux où l'on trouve la peau altérée dans toute son étendue, avec des tâches rougeâtres, parsemée par des nodules et des atrophies secondaires.

d) La tuberculose verruqueuse de la peau. Cette forme se range entre la tuberculose franche de la peau et le lupus vulgaire : quoique décrite il y a quelques ans comme nouvelle maladie, elle était connue sous le nom de lupus scléreux. Ayant tous les caractères des affections tuberculeuses connues, elle en diffère par la formation de verrucosités. Elle ne donne jamais occasion à des ulcérations et se développe toujours aux doigts où l'infection prend son départ par la contamination avec des matières contenant des bacilles tuberculeux. L'affection même n'est jamais si dangereuse que les autres formes et cède presque toujours au traitement local. Il existe encore des maladies de la peau que l'on pensait pouvoir enregistrer dans le cadre de la tuberculose cutanée, comme l'érythème tuberculeux, le lichen et l'acné scrofulosorum, mais le rapporteur est d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'élargir ce cadre par des maladies dont les origines ne sont pas bien connues et où on ne trouve pas jusque aujourd'hui des bacilles caractéristiques et où on n'a pas réussi par des inoculations réitérées.

REVUE GÉNÉRALE

Actinomycose du foie,

D'après le Dr Aribaud (1).

La plupart des auteurs ne font que signaler incidemment l'actinomycose du foie à propos d'autres manifestations. Elle n'est pourtant pas aussi rare qu'on le croit généralement puisque M. Aribaud a pu en réunir 30 cas dans sa thèse. Il est vrai que sur ces 30 cas, dans 7 seulement le foie a paru atteint avant les autres organes, tous les autres étaient des cas d'actinomycose nettement secondaire. Ces derniers cas sont loin d'être comparables entre eux, et c'est à leur propos que l'on peut discuter le mode de propagation de l'actinomycose au foie. Tandis que Choux (2) admet la propagation par voie veineuse et la propagation par contiguïté, mais nie toute propagation par les lymphatiques, que Karl Partsch (3) est du même avis, que Langstein (4) signale la propagation de l'actinomycose de l'intestin et du poumon au foie, en niant la possibilité de l'infection ganglionnaire, Israel (5) admet au contraire la possibilité de la propagation par les voies lymphatiques et aussi par les voies artérielles, mais non directement par le foie; dans le cas qu'il discute, le champignon aurait gagné la rate par la voie artérielle, et de la rate le foie par voie veineuse. — Dans les cas réunis et étudiés par M. Aribaud, il en est 8 où la propagation s'est faite par continuité (2 par l'appendice, 2 par le côlon transverse, 1 par le côlon ascendant et le duodénum, 1 par le coude droit du côlon, 1 par l'estomac, 1 propagé sans doute du rein au foie et du foie au poumon). Dans 11 observations, la propagation semble s'être faite par voie veineuse; l'auteur n'a pu trouver de cas d'actinomycose du foie par propagation des poumons; il n'en a pas trouvé non plus où la propagation se soit faite par les lymphatiques; mais il l'admet comme possible en se basant sur les recherches de Pawlowsky et Maksoutow (6), cités par Bérard (7), qui ont figuré des cellules lymphatiques englobant des fragments d'actinomyces. La localisation primitive siégeait toujours sur le gros intestin quand il y a eu propagation par voie veineuse (actinomycose cæcale, appendiculaire, côlique, rectale, etc.).

Parmi les cas qu'il a réunis d'actinomycose primitive du foie, l'auteur n'en relève que 2 nettement primitifs. ceux d'Eve (8) et de Bristowe (9), et encore sont-ils incomplets; pour lui celui de Boari (10) serait secondaire à une actinomycose pulmonaire, comme celui de Moser (11); le cas de Langhaus serait secondaire à une actinomycose de l'estomac, ceux de Taylor (12) et de Van der Stræten (13), pourtant publiés avec nombreux détails semblent secondaires à une affection intestinale; l'actinomycose du foie semble donc être secondaire le plus souvent, et n'être primitive qu'exceptionnellement.

Les conditions étiologiques sont assez obscures; le sexe masculin semble plus souvent atteint (18 hommes et 10 femmes). L'âge des malades varie entre onze et soixante ans; aucun enseignement ne peut être tiré de l'état social et de l'habitat des malades.

Les symptômes de l'actinomycose du foie ne sont pas très caractéristiques et varient d'un cas à l'autre, parfois latents, parfois prédominants. M. Aribaud distingue trois formes principales : 1° une forme hépatique, 2° une forme gastrique ou intestinale où les symptômes dominants se rapportent à ces organes, 3° une forme pyohémique.

I. *Forme hépatique.* — Tantôt on a affaire dès le début à un abcès du foie (Hœffner, Ullmann), tantôt il n'apparaît que plus tard, 2 mois après la tumeur dans le cas de Lüning et Hanau. L'abcès du foie peut survenir brusquement avec de la fièvre ou être précédé de symptômes plus obscurs; dans le cas d'Eve, il y eut d'abord tumeur et douleur de la région hépatique, la tumeur fut prise au début pour une gomme; dans le cas de Langhans le malade avait des douleurs de la région épigastrique, une teinte subictérique et un gros foie non douloureux à la pression. Le début est également obscur dans les cas de Taylor et de Van der Stræten; dans ce dernier, où il y avait de la fièvre avec paroi inférieure du thorax bombée, surtout en un point qui devint douloureux, c'est la ponction qui fit le diagnostic.

Plusieurs malades avaient eu antérieurement une poussée de typhlite; plusieurs souffraient de constipation.

II. *Forme gastrique et intestinale.* — Ici les symptômes gastriques attirent d'abord l'attention; ce n'est que plus tard que se manifestent les symptômes de l'actinomycose hépatique, qui même peut n'être reconnue qu'à l'autopsie. Les symptômes gastriques sont, suivant les cas, caractérisés par des vomissements, des douleurs violentes à la région épigastrique, une sensation de plénitude stomacale, etc. Dans d'autres cas ce sont les phénomènes intestinaux qui dominent. Dans le cas d'Heller Borgum, il y avait un processus dysentérique étendu du gros intestin, il se fit trois abcès du foie et le malade succomba à une péritonite purulente causée par la rupture de ces abcès dans la cavité péritonéale. Enfin, dans certains cas, les phénomènes dominants siègent dans la région du cæcum et de l'appendice (1); dans tous les faits de cet ordre publiés, le diagnostic de l'affection hépatique ne fut fait qu'à l'autopsie.

III. *Forme pyohémique.* — Elle n'apparaît pas d'emblée. Hebb en a publié un cas (2) où les symptômes de pyémie ne se montrèrent que plus d'un mois après le début caractérisé par des douleurs dans les membres, de la diarrhée, des vomissements, un état fiévreux. L'état fiévreux, les douleurs existaient depuis 7 mois chez le malade d'Israel lorsque celui-ci l'examina et porta le diagnostic de pyémie chronique; la mort survint 20 jours après l'entrée à l'hôpital, le malade étant à cette époque porteur d'un grand nombre d'abcès en diverses régions du corps. Mêmes symptômes de pyohémie dans le cas de Boari.

Cette classification en trois formes n'a rien d'absolu. Certains sujets présentent une forme au début de la maladie, une autre à la fin; d'autres cas ne rentrent pas

1. Aribaud, thèse de Lyon, 1896-1897, n° 125.
2. Choux, *Archives générales de médecine*, 1895.
3. Partsch, Die Actinomycose des Menschen (*Volkman's Sammlung klinischer Vorträge; Chirurgie*, n° 95).
4. Langhans, *Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte*, juin 1888.
5. Israël, *Virchow's Archiv*, 1878.
6. Pawlowsky et Maksoutow, La phagocytose dans l'actinomyose (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1893).
7. L. Bérard, *Gazette des hôpitaux*, 29 février et 7 mars 1896.
8. Eve, *British medical Journal*, 1889.
9. Bristowe et Harley, *St-Thomas's Hospital Reports*, new series, XIV.
10. Boari, *Il Policlinico*, n° 1, 97, et *Presse médicale*, 1897.
11. Moser, *New York medical Journal*, 11 août 1894.
12. Taylor, *Guy's Hospital Report*, XLIII.
13. Van der Stræten, *Bull. Acad. Roy. de Belgique*, 1891.

1. Hinglais, L'actinomycose appendiculo-cæcale (thèse de Lyon, 1897).
2. Hebb, *British medical Journal*, 1886.

dans cette classification. La mort arrive souvent par épuisement à la suite de la suppuration prolongée; elle peut être le résultat de la pyohémie, elle peut résulter d'une complication : péritonite généralisée, rupture de l'abcès du foie dans la péritoine, ou dans la cavité pleurale droite amenant la production d'un pyothorax; elle peut survenir presque subitement (cas de Taylor).

Appendicite, péritonite, pleurésie, pyothorax, abcès du poumon, tuberculose pulmonaire, propagation de l'actinomycose à la colonne vertébrale, au rein, à la rate, à l'utérus, etc. : telles sont les principales complications relevées par M. Aribaud.

Le diagnostic n'est pas facile et ce n'est guère qu'à l'apparition d'un abcès et par la ponction exploratrice qu'il pourra être assuré. Il sera plus facile encore si les phénomènes prédominants se rapportent à l'estomac ou à l'intestin; si les symptômes ne se rapportent pas facilement à une affection déterminée du tube digestif, on pourra songer à l'actinomycose intestinale et explorer le foie pour rechercher les complications possibles de ce coté. Si le malade se présente d'emblée avec une pyohémie, il sera impossible de diagnostiquer l'actinomycose. Il n'y a donc que la ponction d'un abcès du foie qui permette, par la présence d'actinomyces, d'affirmer le diagnostic qui, autrement, ne peut être que soupçonné.

Pour M. Aribaud, le traitement devra consister à relever autant que possible l'état général par la nourriture et les toniques; à donner l'iodure de potassium malgré son peu de succès dans les cas publiés jusqu'à présent, à donner l'opium en cas de douleurs violentes. Le véritable traitement est le traitement chirurgical dès qu'il y a formation d'abcès. L'ouverture des abcès a amené une amélioration momentanée dans les cas de Boari, Langhans, Van der Stræten. Mais on ne doit pas compter sur une guérison définitive, puisque tous les cas réunis par M. Aribaud se sont terminés par la mort.

P. L.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Carlet (Georges). *Contribution à l'étude de la pleurésie séreuse enkystée.* N° 619. (H. Jouve.)

M. Couroubacalis (Démosthène). *Etude sur la peste bubonique (historique, étiologie).* N° 555. (G. Carré et C. Naud.)

M. Dériaud (Pierre). *Contribution à l'étude du diagnostic de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène dans les différentes formes cliniques de l'albuminurie.* N° 559. (Soc. d'édit. scientif.)

M. Bourg (Louis). *Essai sur le diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène.* N° 620. (G. Carré et C. Naud.)

M. Héron de Villefosse. *Le bleu de méthylène en 1897.* N° 556. (H. Jouve.)

Les pleurésies enkystées séro-fibrineuses sont rares. M. Georges Carlet, à propos d'un cas de M. Galliard, y consacre sa thèse. Ces pleurésies peuvent siéger en tous points de la cavité pleurale, mais très rarement au sommet; on ne connaît pas d'observations de pleurésie médiastine, celles qu'on rencontre en ce point sont des pleurésies purulentes. Leur étiologie se résume en trois catégories de faits : tuberculose, rhumatisme, affections abdominales sous-phréniques. Ces dernières soit par propagation, soit par réflexe. Les symptômes fonctionnels n'ont rien de bien spécial. Les signes physiques ont seuls quelque importance au point de vue du diagnostic. Il faudra s'appuyer surtout sur la voussure au niveau de l'enkystement. Pour les pleurésies à mi-hauteur du thorax, on trouve une zone de matité avec sonorité au-dessus et au-dessous. Le diagnostic peut être assez simple quand il s'agit d'une pleurésie siégeant à mi-hauteur de la poitrine. Il est très difficile quand il s'agit d'une pleurésie diaphragmatique : les affections des organes abdominaux juxta-phréniques du foie, de la rate, etc., simulent en effet à s'y méprendre les épanchements pleuraux. On ne peut se baser que sur la ponction exploratrice pour se faire une opinion ferme, et ce mode d'exploration est trop souvent en défaut dans les seuls cas où il serait réellement utile. L'ampliation du thorax, exagérée par rapport aux signes stéthoscopiques, n'est qu'un très faible argument en faveur de la tumeur abdominale; la pleurésie du sommet est souvent méconnue parce qu'on ne songe pas à sa possibilité.

La peste est une maladie spécifique épidémique et contagieuse; elle reconnaît pour agent un bacille unique, le coccus de Yersin et de Kitasato. Ce bacille est soumis à des variabilités dans sa vitalité et dans sa virulence sous l'influence de causes physiques, chimiques et biologiques. Il est pathogène, non seulement pour l'homme, mais aussi pour certains animaux.

Le contage virulent peut se transmettre d'homme à homme et de l'animal à l'homme. Comme voies de transmission directe, il emprunte pour M. Couroubacalis trois portes d'entrée : tégument externe, tube digestif (amygdales), voies respiratoires. Pour voies de transmission indirecte il reconnaît comme facteurs principaux :

Les hardes, vêtements, linge, etc.

Quelques marchandises (chiffons, peaux, ballots de coton, etc.).

L'eau à de faibles distances.

L'air dans un rayon très limité.

Le sol étant l'habitat ordinaire de l'agent spécifique joue un rôle des plus considérables dans la transmission et la propagation des épidémies de peste.

La contamination de certains animaux vivant sur le sol (rats, souris, etc.) détermine une augmentation de la virulence du bacille et facilite sa dissémination.

L'albuminurie n'a aucune valeur précise ni au point de vue du diagnostic, ni au point de vue du pronostic des lésions rénales. Ce qui crée le danger dans le mal de Bright, ce n'est pas ce qui passe au travers du rein, c'est ce qui ne passe pas : d'où l'importance de l'étude de la perméabilité rénale.

Le meilleur procédé pour cette étude est l'épreuve du bleu de méthylène, telle que l'ont conseillée MM. Achard et Castaigne, et que leur élève M. Dériaud décrit dans sa thèse. Cette épreuve trouve son application dans l'étude des néphrites médicales, surtout au début des néphrites chroniques et dans les néphrites latentes des tuberculeux. Mais elle est appelée à rendre de grands services aux chirurgiens et aux accoucheurs. Peut-être arrivera-t-elle à permettre non seulement le diagnostic, mais encore le pronostic des lésions rénales : le retard qui porte sur le bleu seul et non sur le chromogène indiquant des lésions peu marquées; le retard qui porte à la fois sur le bleu et le chromogène indiquant des lésions glomérulaires intenses.

Ce procédé pourra s'appliquer à l'étude de la pathogénie des intolérances médicamenteuses, pour savoir si l'intolérance est due à l'idiosyncrasie ou à une perméabilité rénale défectueuse. Mais le procédé d'exploration rénale ne doit, d'après M. Dériaud, éliminer aucun des autres qu'on emploie ordinairement dans le but de diagnostiquer les lésions rénales : il est destiné à les contrôler et non à les exclure.

Pour M. Bourg l'élimination normale du bleu de méthylène n'est pas dans tous les cas un signe d'intégrité anatomique des reins. Elle peut exister avec des lésions rénales limitées. L'élimination anormale n'est pas toujours un signe de lésions anatomiques des reins. Elle peut résulter de troubles fonctionnels. La néphrite interstitielle semble nettement caractérisée par le retard de l'élimination du bleu de méthylène.

Les néphrites à prédominance épithéliale présentent, dans certains cas, une élimination précoce.

De ses recherches, M. Héron de Villefosse conclut que le

bleu de méthylène est antiseptique. Son action locale est légèrement irritante. Il produit de petits accidents dont l'intensité semble en rapport avec la dose du médicament (vomissements, strangurie). Il n'exerce d'influence ni sur la nutrition, ni sur la digestion, ni sur la circulation. Il deshémoglobinise les globules rouges. Il n'est pas diurétique chez un sujet normal. La sécrétion urinaire est augmentée dans le cas de néphrite chronique. Elle semble diminuée dans les néphrites aiguës. Son action est nulle sur le sucre, l'albumine et l'urée. Ses effets sont encore discutés dans la malaria. Son action analgésique semble certaine. La dose journalière est de 0 gr. 30 à 0 gr. 50.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Bouchot (Ferdinand). *Contribution à l'étude de la myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfant.*

M. Vial (Auguste). *Dégénérescence mentale et neurasthénie.*

M. Bourgeois (Auguste). *Etude sur la température dans la rougeole.*

M. Dumarest (Frédéric). *Recherches expérimentales sur les propriétés toxiques du sérum sanguin à l'état normal et pathologique chez l'homme et dans différentes espèces animales.* N° 103.

Il existe chez l'enfant une myocardite parenchymateuse aiguë survenant plus particulièrement dans le cours d'une endocardite chronique.

Cette myocardite, étudiée récemment par MM. Weill et Bayon, paraît dériver d'une infection provoquée par le rhumatisme et et probablement par d'autres maladies générales, au nombre desquelles nous pouvons signaler la fièvre typhoïde et l'érysipèle.

M. Bouchot montre qu'elle se traduit par une asystolie variable de quelques jours à quelque mois; sa caractéristique symptomatologique consiste dans l'absence de toute modification du rhythme cardiaque. Anatomiquement, elle est constituée par une myosite parenchymateuse : développement du protoplasme périnucléaire aux dépens de la substance contractile, dissociation et raréfaction des fibrilles élémentaires, prolifération et hypertrophie des noyaux, diminution de la striation musculaire, absence de lésions interstitielles et vasculaires.

Pour M. Vial la dégénérescence présente un triple critérium : prédisposition, involution et déchéance finale. La fonction mentale n'est qu'un mode de la régression biologique. Dans ces conditions, les aliénés héréditaires simples et les névrosés entrent dans le groupe des dégénérés. La neurasthénie n'est qu'un syndrome. Elle peut être acquise ou héréditaire. Par l'acquis, elle se rattache à la vie physiologique normale. Par l'hérédité, elle devient la source de toutes les névropathies. La prédisposition, l'involution et la déchéance finale justifient l'entrée du neurasthénique dans le groupe des dégénérés.

A la suite de nombreuses observations recueillies par lui-M. Bourgeois admet pour la rougeole une marche de la tempé) rature différente de celle qu'indiquent les ouvrages classiques. *a.* L'incubation n'est pas toujours silencieuse; la température peut s'élever à 38-39 degrés pendant plusieurs jours. Toutefois, il convient de faire des réserves sur ce point jusqu'au jour où l'on aura fait des observations sur des individus absolument sains avant de prendre la rougeole. *b*) L'invasion ne présente pas toujours au 3e jour une rémission marquée. La température peut s'élever graduellement du jour de l'invasion à celui de l'éruption ou prendre d'emblée, au premier jour, le niveau qu'elle conservera pendant toute la durée de ces deux périodes.

c) L'éruption peut être plus longue, plus intense; le thermomètre s'élève à 40° pendant 4, 5, 6 jours

d) La défervescence, soit brusque, soit en lysis, a ceci de remarquable que la température du soir est plus basse que celle du matin.

Ces notions sont utiles pour éclairer un diagnostic quelquefois très difficile. Elles viennent légèrement modifier le pronostic de la rougeole en l'assombrissant. Elles viennent diriger le seul traitement qui soit rationnel, c'est-à-dire l'emploi systématique des bains froids.

La plus grande partie de l'importante thèse de M. Dumarest est consacrée à l'étude de la toxicité expérimentale immédiate ou secondaire du sérum sanguin, étudiée chez le lapin. Il montre que l'état de coloration d'un sérum, sa température, sa conservation au contact ou isolément du caillot n'exercent pas une influence sensible sur sa toxicité propre. Il en est de même de la rapidité de la coagulation. Le sérum normal aseptique subit spontanément une atténuation dans ses propriétés toxiques, variable suivant les espèces et suivant les individus, mais constante et généralement rapide à partir du cinquième jour, s'arrêtant ensuite du septième au vingtième jour suivant les cas à un point fixe désormais immuable. Cette atténuation, due vraisemblablement à des processus d'ordre chimique ou plutôt biologique, s'observe également avec les sérums pathologiques; elle a été constatée aussi pour les produits toxiques extraits de cultures microbiennes.

Mais cette rapide disparition du pouvoir toxique n'entraîne pas une modification parallèle du pouvoir antitoxique dans les sérums thérapeutiques. Celle-ci s'atténue, mais dans des proportions absolument insignifiantes. Les qualités toxiques ne paraissent pas présenter des différences bien notables dans les espèces animales étudiées. Le sang du chat serait plus convulsivant que celui du chien; les sérums peu toxiques (âne, cheval) déterminent un état de dépression comateuse. Les qualités toxiques subissent une dégradation progressive, parallèle à l'atténuation spontanée du degré toxique.

Au cours des infections aiguës réalisées expérimentalement à l'aide de divers poisons microbiens (malléine, pneumo-bacilline, toxine diphthérique) le pouvoir toxique immédiat du sang subit une atténuation directement proportionnelle à la gravité de l'intoxication, atténuation qui continue à s'accentuer avec une rapidité anormale dans le sérum isolé et conservé aseptiquement, qui est par conséquent solidaire de la présence dans le sang de l'agent exogène pathologique; celui-ci semble jouer, vis-à-vis des éléments toxiques normaux un rôle de neutralisation. Cette hypotoxicité est constante, indépendante de la qualité de l'agent infectieux; elle est moindre 1° lorsque l'infection est bénigne, 2° lorsque, l'inoculation faite par la voie portale, les poisons ont dû, pour arriver à l'organisme franchir la barrière hépatique. Les brûlures étendues sont assimilables de tous points aux intoxications aiguës, et s'accompagnent comme ces dernières d'un certain degré d'hypotoxicité sanguine.

L'état infectieux chronique entraîne, au contraire, l'aggravation du pouvoir offensif du sérum; dans l'état d'immunité la toxicité tend à récupérer son taux normal.

Ces résultats paradoxaux s'expliquent, d'après M. Dumarest, si l'on considère la toxicité normale du sang comme l'expression de la résistance organique et si l'on voit dans les toxalbumoses du sérum des éléments de défense physiologique.

Si l'on considère d'autre part que les sécrétions internes des glandes vasculaires sanguines ont une toxicité bien démontrée, qu'elles affectent, dans toute la série animale, une solidarité étroite avec les sécrétions externes défensives et les venins, qu'enfin leur constitution anatomique, leur substratum, leurs propriétés physiologiques et leurs réactions chimiques sont celles des toxines microbiennes qu'elles seraient chargées de neutraliser et sont aussi celles des toxalbumoses du sang, on est conduit à assimiler ces deux ordres de substances. On peut donc supposer que la toxicité du sang est due à l'ensemble des sécrétions internes d'origines variées, offrant le caractère commun de faire partie avec les sécrétions externes d'un système de défense endogène, opposé à l'invasion exogène.

D'après les recherches de M. Dumarest, le sérum humain normal donne, sur le lapin, un coefficient toxique égal à environ 17. Le sérum de brighthiques ou d'éclamptiques a une valeur toxique tantôt supérieure, tantôt inférieure à ce chiffre. Les sérums hypertoxiques semblent plutôt appartenir aux néphrites interstitielles anciennes, sans albumine et offrant une prédominance d'accidents nerveux. Les sérums hypotoxiques sont ceux de néphrites aiguës, où l'élément infectieux joue encore un certain rôle et qui s'accompagnent d'albuminurie, d'anasarque et d'accidents pseudo-toxiques liés aux infiltrations séreuses; pour M. Dumarest, si ses observations sont confirmées, la toxicité sanguine serait, dans ce second cas, le fait des albumoses du sérum, comme à l'état normal; dans le premier, au contraire,

elle serait liée aux poisons urinaires de nature minérale, dans dans ce cas en effet on n'observe pas dans le sang issu du vaisseau l'atténuation spontanée qui est constante partout ailleurs et suppose un substratum instable, vulnérable, comme le sont les albuminoïdes, tandis que les déchets de rétention urinaire, de nature minérale, ne peuvent se prêter à aucune modification spontanée de leur nocuité.

L'essai toxique ne présente en clinique qu'une valeur relative, car, même avec une technique invariable et en employant des sérums âgés de moins de 48 heures exclusivement, on peut observer avec le même sérum une grande inconstance dans les résultats d'un sujet à l'autre et le coefficient toxique n'est nullement solidaire de la gravité du pronostic, la toxicité peut être élevée, faible, normale sans qu'aucune déduction puisse en être tirée touchant le pronostic immédiat d'un cas.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Hémoglobinurie paroxystique (Ueber einem Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie), par Van Thoff (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1837, n° 34, p. 145). — Dans cette observation qui se rapporte à une fillette de 10 ans chez laquelle l'hémoglobinurie paroxystique datait de cinq ans et survenait chaque fois que la malade s'exposait au froid, l'auteur a pu constater dans une sorte d'expérience (promenade d'une demi-heure par un temps froid) que l'accès était accompagné d'une élévation de la température qui a persisté pendant deux heures; comme toujours l'urine ne contenait pas d'hématies, mais de l'hémoglobine en nature. En dehors des accès (l'enfant a été gardée pendant huit jours au lit) l'urine restait normale.

L'examen du sang en dehors des accès a montré une diminution appréciable de la résistance des hématies. Contrairement à l'affirmation de Hayem, il n'existait pas d'hémoglobinurie en dehors des accès.

CHIRURGIE

Recherches expérimentales sur les rapports entre les testicules et la prostate (Experimentelle Untersuchungen über die Prostata, u. s. w.), par Casper (*Monatsbericht. a. d. Geb. d. Krankh. d. Harn.- u. Sexualapp.*, 1877, vol. II). — Ces expériences faites sur des lapins et des chiens ont montré que la castration bilatérale amène constamment l'atrophie de la prostate; que la section bilatérale du canaux déférents amène dans certains cas l'atrophie de la prostate, et dans d'autres laisse celle-ci intacte; que la castration unilatérale, la section d'un seul canal déférent et l'administration des glandes prostatiques n'exercent aucune influence sur l'état de la prostate.

Deux cas de néphrolithotomie (Ueber zwei glücklich operirte Falle von Nierensteinen), par Lennander (*Deut. med. Wochenschr.*, 1897, n°s 22 et 23). — Le premier cas, qui se rapporte à une fille de 18 ans, présente ceci de particulier que les premiers symptômes, sous formes de douleurs lombaires du côté droit survenant par accès, se sont manifestés à l'âge de 3 ans. Le diagnostic de calcul rénal n'a présenté dans ce cas aucune difficulté, et la néphrotomie lombaire permit d'extraire un calcul d'oxalate, des dimensions d'une grosse noix. Le malade guérit.

La seconde opération a trait à une femme de 58 ans qui depuis trois ans éprouvait de temps en temps des douleurs extrêmement vives dans la région lombaire droite; ces douleurs ont coïncidé avec l'apparition d'une tumeur sous les fausses côtes droites.

L'examen de la malade ne permit pas de fixer la question de savoir la tumeur qu'on sentait sous l'hypochondre droit était le rein droit mobile ou la vésicule biliaire remplie de calculs. Aussi, pour élucider ce point, l'auteur fit une laparatomie exploratrice et par la petite incision il a pu constater que du côté des voies biliaires il n'y avait rien d'anormal. Deux mois après il pratiqua la néphrotomie lombaire, retira les calculs qu'il trouva et termina l'opération par une néphropexie. La malade guérit.

Tuberculose rénale (Ueber Nierentuberkulose), par Goldberg (*Centralb. f. Krankh. d. Harn.- und. Sex.-Org.*, 1887, vol. VIII, p. 469). — L'auteur publie dans son travail trois observations de tuberculose rénale, dont la première se rapporte à une femme de 30 ans présentant depuis quelque temps une hémo-pyurie intermittente avec troubles vésicaux et soignée pour une cystite. A l'examen l'auteur a pu constater l'existence d'une hydronéphose intermittente du rein droit mobile. La néphrotomie lombaire ayant fait soupçonner une tuberculose rénale et ce soupçon ayant été confirmé par la constatation des bacilles tuberculeux dans le pus recueilli dans le bassinet, on fit le lendemain la néphrectomie lombaire. La malade guérit. Elle a été revue au bout de 1 et de 2 ans : son était était précaire; l'urine contenait de l'albuminurie et un peu de pus. Il existait évidemment un processus morbide du côté du rein laissé en place.

La seconde observation est celle d'un homme de 24 ans présentant également des hématuries intermittentes, du pus dans l'urine, des douleurs dans le rein droit et dans la vessie. L'examen cystoscopique montra que celle-ci était saine. L'urine contenait des bacilles tuberculeux. La néphrectomie du rein droit confirma le diagnostic de tuberculose rénale. Le malade se rétablit, et actuellement, 3 ans après l'opération, est entrain de purger une condamnation de 5 ans de prison.

La troisième observation a trait à un homme de 28 ans traité à plusieurs reprises pour une tuberculose osseuse à manifestations multiples, et entré à l'hôpital pour des douleurs lombaires du côté droit accompagnées de douleurs vésicales et de pyurie. L'urine renfermait des bacilles tuberculeux. Le malade a refusé de subir l'ablation du rein droit qui lui a été proposée.

Etiologie et traitement des bubons (Ueber die Aetiologie und Therapie der Bubonen), par Deutsch (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.- u. Sex.-Org.*, 1897, vol. VIII, p. 354 et 424). — Sur 689 cas de bubons suppurés, 435, dont 239 consécutivement à un chancre mou et 196 à un chancre induré, ont été traités pour l'incision large suivie de curetage de la poche; la guérison est survenue dans ces cas au bout de 14 à 60 jours, soit au bout de 28 jours en moyenne.

Sur 191 cas traités par une petite incision qui n'était pas suivie de curetage de la poche, la guérison est survenue au bout de 4 à 8 jours.

Les cas dans lesquels le pus renfermait le bacille de Ducrey guérissaient plus lentement que ceux dans lesquels ce bacille n'existait pas.

Rectite gonorrhéique (Ueber Periproctitis gonorrhoeica), par Huber (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1897, vol. XL, p. 237). — L'étude de trois observations se rapportant à des filles publiques aboutit aux conclusions suivantes :

1° La gonorrhée rectale est une inflammation spécifique de la muqueuse rectale, analogue à la gonorrhée uréthrale.

2° La gonorrhée rectale peut siéger dans les glandes de Lieberkuhn et dans le tissu conjonctif péri-rectal. La périfolliculite du rectum est alors analogue à la périfolliculite de l'urèthre.

3° Les abcès consécutifs à la gonorrhée rectale sont analogues aux abcès décrits par Jadassohn, qui à la suite de l'uréthrite se développent dans le tissu conjonctif péri-uréthral, la prostate et les glandes de Bartholin.

4° La folliculite et la périfolliculite survenant au cours de la gonorrhée rectale ont une grande importance pronostique au point de vue du développement ultérieur du rétrécissement du rectum auquel elles peuvent donner lieu.

5° Les ulcérations sont rares au cours de la gonorrhée rectale.

NEUROPATHOLOGIE

De l'infantilisme myxœdémateux, par E. Brissaud (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 4, p. 240-282).

— Le myxœdème joue un rôle pathogénétique de premier ordre dans un certain nombre de cas d'infantilisme, mais non pas dans tous. L'infantilisme tel que le concevait Lasègue est un état caractérisé par la persistance de certains caractères physiques et psychiques de l'enfance. Cette définition est bien vague; mais il n'y a rien de plus à dire; elle comprend tous les cas d'infantilisme. Il s'agit maintenant de faire une distinction parmi les faits disparates. Il y a bien des manières de rester enfant. Des sujets restent enfants parce qu'ils ont dès l'origine moins de résistance vitale, moins de force de développement. D'autres, parce que leur santé s'est trouvée accidentellement compromise à un moment de leur croissance. L'infantilisme est cause, ou effet, ou l'un et l'autre. Ces infantiles par trouble général de la nutrition ont leur évolution vers l'adolescence retardée, en même temps que leur accroissement, quoique diminué en quantité, garde ses proportions.

Ils acquièrent les formes générales de l'homme et de la femme. Malgré leur petite taille, ce ne sont plus des enfants à grosse tête, mais bien des adultes malgré le retard de leur puberté.

Tout autres sont les infantiles myxœdémateux. Ils demeurent enfants, en conservant indéfiniment l'âge où ils ont été frappés par le myxœdème. L'infantilisme idéal, c'est l'idiotie myxœdémateuse décrite par Bourneville. Un idiot myxœdémateux, lorsqu'il a 20 ou 30 ans, n'est rien qu'un enfant avec un teint flétri et des rides au visage. Or, comme il y a des degrés dans le myxœdème, il y en a aussi dans l'infantilisme myxœdémateux, de telle sorte que beaucoup de sujets moyennement myxœdémateux ne sont par là même que moyennement infantiles. C'est qu'en effet le corps thyroïde peut être lésé à tout âge, et ses lésions peuvent porter et sur la quantité et sur la qualité, c'est-à-dire sur l'élément thyroïdien comme sur l'élément parathyroïdien, d'où la diversité d'apparence de ces myxœdèmes frustes. Le myxœdème peut être réduit au minimum, l'intelligence à peine bornée. De tout petits lobules thyroïdes suffisent à assurer la fonction trophique générale. Ces sujets sont des idiots myxœdémateux, mais des idiots très supérieurs. Ils demeurent infantiles, parce qu'ils sont myxœdémateux, parce que leurs corps thyroïde, quoique existant, est insuffisant; et ils ne sont pas idiots, parce que la lésion du corps thyroïde n'est survenue qu'à une époque de la croissance, où le développement intellectuel était déjà assez avancé.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique dans les cas d'extractions dentaires multiples,

Par M. le Dr Georges Pitsch.

En chirurgie dentaire, lorsqu'on doit poser un appareil de prothèse, il y a le plus grand intérêt à enlever en une seule séance toutes les racines ou les dents qu'il faut remplacer. Il se produit en effet après les extractions, dans les gencives et les alvéoles, un travail de cicatrisation, très accentué au début, puis de tassement qui dure fort longtemps. Si la résorption se fait en masse, rien ne sera plus facile que de faire une prothèse régulière; si au contraire on pratique les extractions une à une, à intervalles plus ou moins éloignés, le travail de résorption sera plus avancé pour les premières que pour les dernières et rendra impossible l'application d'une pièce définitive, à moins qu'on attende plusieurs mois après la dernière intervention.

Ces extractions multiples en une seule séance ne peuvent se faire qu'avec le secours de l'anesthésie. A quelle méthode d'anesthésie convient-il de recourir de préférence, c'est ce que nous nous proposons d'examiner dans le cours de cet article.

Tout d'abord il ne peut être question d'analgésie locale : les réfrigérants (anestile, chloréthyle, éther, etc.) ne sont pas applicables, lorsque le nombre des chicots est considérable ou qu'ils sont situés à la mâchoire inférieure. La *cocaïne* et *l'eucaïne*, qui rendent les plus grands services lorsqu'il s'agit d'une extraction isolée, ne peuvent être employés pour huit, dix, douze et plus. Et cela d'autant mieux qu'en chirurgie dentaire l'on ne peut suivre la technique de M. Reclus (position couchée) dont l'observation stricte est pourtant le seul moyen de prévenir les accidents.

Il faut donc avoir recours à l'anesthésie générale. Le *protoxyde d'azote* nécessite un outillage spécial et ne donne qu'une anesthésie trop éphémère. Le *chloroforme et l'éther*, en dehors de leurs inconvénients ou de leurs dangers propres, exigent la position horizontale et l'opération chez le malade : double condition fâcheuse pour l'opérateur. Reste le *bromure d'éthyle*, qui réunit tous les avantages d'une anesthésie rapide, profonde, dans la position assise, sans dangers et sans suites désagréables pour le patient, et de durée suffisante pour faire toutes les extractions nécessaires. C'est le procédé que nous employons avec succès depuis 2 ans et dont la technique mérite d'être décrite avec quelques détails.

Le malade sera autant que possible à jeun.

On le fait asseoir sur le fauteuil les pieds rapprochés. Un aide maintient les poignets. On fait mordre le malade sur un coin de caoutchouc portant deux rainures pour empêcher le déplacement, et muni d'une ficelle qui permet de le surveiller et d'en éviter la déglutition possible.

Nous employons un masque en nid de pigeon recouvert de flanelle lâche (mais jamais une compresse). Ce masque très facile à fabriquer soi-même doit être assez grand pour recouvrir le nez et le menton, le coin étant en place.

L'aide qui donne le bromure, placé derrière et un peu à gauche du malade, lui montre d'abord le masque sur lequel il lui recommande de souffler cinq ou six fois largement. Ce masque doit être tenu de la main gauche par sa grosse extrémité inférieure. Dans sa main droite, l'aide tient le flacon ou l'ampoule de bromure d'éthyle. Il verse alors le liquide sur la flanelle *non plus par gouttes, mais à plein goulot*, jusqu'à ce que quelques gouttes viennent sourdre à la partie inférieure, le masque étant tenu droit. A ce moment, il l'applique fortement sur la face du patient de façon à obturer autant que possible l'entrée de l'air. (Il est bon d'essayer préalablement le masque et d'en déformer au besoin la carcasse pour que l'application soit parfaite. Les deux ou trois derniers doigts de la main gauche doivent prendre le menton en-dessous, de façon à éviter le déplacement du masque, en cas d'agitation possible de la tête qui peut être, par ce moyen, fortement appliquée contre la têtière, si besoin est.

Presque immédiatement la face du patient devient rouge, vultueuse, les yeux sont grands ouverts, les conjonctives injectées. Si les cinq ou six inspirations volontaires ont été profondes, la respiration cesse bientôt. Cette période d'apnée correspond à une période de contracture. Nous dirons immédiatement pour y revenir plusieurs fois, tant la chose est importante : *à moins de n'avoir à pratiquer qu'une opération insignifiante comme durée et difficulté il ne faut pas s'en tenir à cette ébauche d'anesthésie* (dose apsychique). La moindre douleur réveillera le patient, il se produira de l'excitation qu'il sera ensuite très difficile de calmer par de nouvelles inspirations de l'anesthésique. C'est certainement pour avoir opéré à ce moment qu'on doit attribuer le discrédit jeté par quelques chirurgiens sur le bromure d'éthyle.

Il faut donc, au moment où la respiration cesse, maintenir le masque en place et y verser une nouvelle dose de médicament. Au bout d'un temps très court, le malade recommence à respirer plus régulièrement et plus profondément qu'au début, et le masque, resté intact pendant l'apnée, se recouvre de vapeurs dues à l'évaporation de l'éther.

Après quelques inspirations, le malade s'affaisse complètement sur lui-même, tous les muscles se détendent. A ce moment, l'opérateur peut commencer, car l'anesthésie va durer 3 ou 4 minutes. Il débutera par le côté gauche de la mâchoire inférieure pour être moins gêné par le *sang* et la *salive qui se produit en grande quantité*.

Les extractions à la mâchoire inférieure terminées, l'opérateur change de daviers et s'occupe de la mâchoire supérieure. Ceci fait, l'aide qui tenait les poignets au début de l'opération, place à droite l'ouvre-bouche de Colin. L'opérateur enlève le coin de caoutchouc placé à droite et opère à droite en commençant toujours par la mâchoire inférieure.

L'opération achevée, on enlève l'ouvre-bouche et on attend le réveil qui ne tarde pas à se produire. Le patient s'agite, ses

yeux deviennent moins hagards, sa face se décolore et, le plus souvent, il répond aux questions qui lui sont adressées, mais il n'est pas encore complètement réveillé. Le réveil complet est annoncé par le changement de faciès qui redevient *expressif*.

Le bromure ainsi administré donne une anesthésie de 3 à 4 minutes; mais elle peut être prolongée pendant une dizaine de minutes. Pour notre part, nous avons enlevé souvent en une seule séance un nombre de chicots dépassant 10 (une fois 24) sans avoir à maintenir notre patient endormi pendant un temps aussi long.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la dose de bromure d'éthyle employé pas plus que le temps pendant lequel le masque reste sur la face n'ont aucune importance; ce qu'il faut, c'est endormir son malade (Sarremone).

Nous recommandons aussi de ne pas attendre que le patient se soit fortement agité pour lui donner une nouvelle dose de médicament. A certains signes d'agitation très légère, on reconnait qu'il va se réveiller; c'est alors qu'il faut replacer le masque bien imprégné, toujours sans s'inquiéter de la dose.

Avec le bromure d'éthyle, les vomissements sont extrêmement rares, ils ne se produisent que lorsque le malade a avalé du sang.

Il est bon de prévenir le malade et son entourage que, pendant 2 ou 3 jours, son haleine sera désagréable, ce qui pourrait l'inquiéter lui et ses proches. Cela tient à ce que le bromure s'élimine principalement par les poumons à l'état de sous-produits.

En résumé, le bromure d'éthyle administré selon les règles que nous avons indiquées est l'anesthésique de choix pour les extractions multiples. Il permet d'enlever sans danger dans notre cabinet, et en une seule séance un grand nombre de chicots (21 et même 24), le patient étant assis dans la position où nous avons l'habitude d'opérer. La rétraction en masse des parties molles se fait dans les meilleures conditions et la prothèse s'en trouve singulièrement facilitée.

De quelques applications thérapeutiques de l'hyoscine.

D'après M. le Dr J. Cheynet.

Nous avons déjà eu ici même l'occasion de parler de l'hyoscine, dans notre formulaire hypodermique (1). Il n'est pas sans intérêt de revenir à nouveau sur ce médicament qui, bien manié, est susceptible de rendre des services signalés dans le traitement de certaines maladies contre lesquelles la thérapeutique est quelque peu désarmée.

On connait déjà, depuis les travaux de J. Bruce, d'Erb, de Combemale et Mairet, l'action remarquable de l'hyoscine sur les tremblements. M. Cheynet (2), dans une thèse très documentée, a cherché à préciser les indications de cet alcaloïde et les résultats obtenus par son administration judicieuse dans le traitement de l'athétose, de la maladie de Parkinson (paralysie agitante) et des névralgies épileptiformes du trijumeau.

Les doses employées par M. Cheynet ont varié entre 2 et 4 dixièmes de milligrammes pour une injection hypodermique : ce sont les limites que nous avions également recommandé de ne point dépasser. La solution à adopter serait la suivante :

Chlorhydrate d'hyoscine.	0 gr. 002
Eau stérilisée.	10 cent. cubes.

1 cent. cube équivaut à 2 dixièmes de milligrammes de chlorhydrate d'hyoscine.

Voici maintenant les résultats cliniques :

Les mouvements athétosiques et la contracture cessent généralement en quelques minutes et cette disparition dure plusieurs heures. Dans un cas il y a eu, grâce à la persistance du traitement, une amélioration plus durable. Même succès dans la maladie de Parkinson : avec 2 à 3 dixièmes de milligramme le tremblement disparait pendant une durée qui n'excède pas 18 heures : sauf le cas de lésions mitrales, les injections peuvent être répétées pendant plusieurs semaines de suite.

Mais c'est dans les tics douloureux de la face, névralgie épileptiforme du trijumeau, que M. Lannois aurait obtenu les plus durables succès. Les injections sont faites pendant 4 jours consécutifs, cessées 4 jours, et reprises. Deux observations se rapportant à des cas particulièrement rebelles, puisque dans la première la névrotomie avait été impuissante à faire disparaître les mouvements douloureux, témoignent de l'efficacité de ce traitement. En tous cas, en ne dépassant pas les doses indiquées, on n'a pas à craindre d'accidents et cette médication sera souvent une précieuse ressource pour soulager, même transitoirement, le tremblement des parkinsonniens qu'aucun autre remède n'atténue. A ce titre l'hyoscine mérite donc d'avoir une place dans le formulaire du praticien.

G. Maurange.

1. Cf. Formulaire hypodermique : *Hyoscine* (*Gaz. hebd.*, 1897, p. 60).
2. J. Cheynet, De l'hyoscine (thèse de Lyon, 1897, n° 98).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Essence de niaouli.

Définition. — L'essence de *niaouli* est une huile légère de couleur ambrée, d'odeur aromatique, retirée par distillation des feuilles du *Melaleuca viridiflora* arbre de la famille des *Myrtacées*.

Solubilité. — Elle est soluble dans les huiles grasses et fixes.

Propriétés thérapeutiques. — L'essence de niaouli est un produit complexe dans la composition duquel dominent l'eucalyptol, le térébenthène, le terpinol. Elle réunit les propriétés anticatarrhales de ces divers produits. A ce titre elle a été préconisée dans le traitement de la bronchite et de la tuberculose pulmonaire. Il paraît certain qu'elle a une action très heureuse sur l'expectoration, dont elle modifie la qualité et la quantité. Elle offre en outre l'avantage de n'être pas toxique et de pouvoir être injectée à hautes doses.

Peut-on compter sur l'efficacité annoncée du niaouli dans la phthisie? Nous n'avons pas de documents assez précis pour nous prononcer; l'analyse qui en a été faite par M. Bertrand ne semble pas confirmer les espérances qu'on avait basées sur ce médicament. C'est encore là un de ces produits complexes de composition variable que nous n'aimons pas à employer en injections hypodermiques. L'eucalyptol du commerce qui nous avait servi dans nos premiers essais de traitement hypodermique de la tuberculose possédait une constitution présentant de grandes analogies avec le niaouli. Nous n'avons eu un médicament maniable, injectable et donnant des résultats que lorsque nous avons employé un produit purifié, débarrassé de divers éléments accessoires et d'une composition fixe. Il en doit être de même pour l'essence du *Melaleuca viridiflora* qui ne rendra de réels services que le jour où l'on en aura isolé les principes actifs, partant utiles.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* de 50 centigrammes à 1 gr. 50 par injection et par jour.

Effets de l'injection.

a) Immédiats. Aussi douloureuse que l'injection d'eucalyptol.

b) Éloignés. L'essence de niaouli s'élimine par les poumons et les reins et cette élimination, très rapide, commence dans la première demi-heure qui suit les piqûres. L'haleine *sent* le niaouli. L'élimination se fait également par les reins : les urines ont une odeur de géranium légèrement mentholée.

FORMULES

Essence de niaouli.	10 c.c.
Huile d'olives vierge stérilisée à 120°.	
Q. s. p.	40 c.c.

5 à 10 cent. cubes.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Cas de méningite tuberculeuse de l'adutel (p. 1045).
REVUE DES CONGRÈS. — *II° Congrès de l'Association française de chirurgie :* Discussion sur le cancer du rectum (p. 1046). — Traitement des fractures de jambe. — Du massage dans le traitement des fractures (p. 1047). — Production des fractures astragaliennes. — Section du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil. — Tumeur de l'humérus. — Ostéosarcome des membres inférieurs. — Anévrysme cirsoïde. — Paralysies post-anesthésiques (p. 1048). — Maladie de Little. — Elongation des nerfs plantaires. — Arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule. — Désarticulation de la hanche. — Anastomose tendineuse. — Traitement des pieds bots. — Déviations rachitiques des membres inférieurs (p. 1049). — Polyarthrite tuberculeuse. — Tuberculose du poignet. — Méthode sclérogène. — Tuberculose juxta-coxale. — Correction des attitudes vicieuses et du raccourcissement dans la coxalgie (p. 1050). — Hystérectomie abdominale (p. 1051). — Kystes végétants des ovaires. — *Conférence pour l'étude de la lèpre :* Hérédité et contagion de la lèpre (p. 1052).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Cirrhoses alcooliques. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par la résine d'euphorbe. — *Société de biologie :* Tuberculose morte injectée dans la cavité péritonéale des grenouilles — Oligurie dans l'urémie et les autres toxhémies (p. 1053). — *Société de chirurgie :* Occlusion intestinale. — Grossesse extra-utérine péritonéale. — Kyste ovarien. — Gastro-entérostomie. — *Société médicale des hôpitaux :* La bradydiastolie (p. 1054). — Aortite provoquée par un érysipèle de la face. — Thrombose de la veine porte. — Diphthérie. — Cas de purpura attribué à l'intoxication par la benzine. — Corps étranger de la trachée enlevée par le tubage (p. 1055). — Ostéo-arthrite à pneumocoques (p. 1056).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Ponction lombaire. — *Société de médecine berlinoise :* Rôle pathogène des champignons de la levure (p. 1056).

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas de méningite tuberculeuse de l'adulte. Aphasie motrice sans paralysie de la face ou des membres.

Par M. Jean Masbrenier,

Interne des hôpitaux.

Observation — La malade, âgée de 38 ans, entre le 25 août 1897 à la Charité, salle Frère Côme, n° 12.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorrhagie cérébrale, mère morte de tuberculose pulmonaire.

La malade a eu sept enfants dont un seul est vivant et bien portant.

Les six autres sont morts avant trois ans de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — La maladie actuelle remonte à un an environ. Avant cette époque, aucune maladie infectieuse aiguë. Pas de syphilis.

Aucun stigmate hystérique.

Examen à l'entrée. — La malade se plaint de tousser depuis un an environ, d'avoir perdu l'appétit et les forces et d'avoir considérablement maigri. Il existe de la fièvre avec exacerbations vespérales. En rapport avec ces symptômes fonctionnels, on trouve des lésions accentuées aux deux sommets (craquements humides à gauche, gargouillement et souffle du côté droit).

L'abdomen est un peu douloureux à la pression. Il n'y a pas de diarrhée mais la malade se plaint de souffrir du ventre depuis son dernier accouchement.

Le cœur est normal.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

Le 19 septembre, la malade est prise de douleurs de tête violentes qui persistent les jours suivants résistant aux différentes médications successivement employées (antipyrine, phénacétine, exalgine).

La température s'est abaissée d'un demi-degré environ.

Aucun trouble parétique. Pas de vomissements.

Le 26 au soir, la malade s'aperçoit qu'elle a de la peine à s'exprimer. Ces troubles de l'élocution s'accentuent le lendemain et, le 28 septembre, ils constituent le symptôme prédominant, la céphalée s'étant beaucoup atténuée.

Intellect. — Peu atteint; la malade prétend avoir conservé l'intégrité de sa mémoire; elle exécute les actes qu'on lui commande soit verbalement, soit par écrit. La malade peut lire à haute voix, elle est capable de copier un journal ou d'écrire sous la dictée.

Elle peut répondre par écrit aux questions qu'on lui pose.

En revanche, si on demande à la malade de répondre verbalement, elle parvient à articuler correctement les premiers mots de sa phrase, mais les mots suivants, en dépit des efforts de la malade ne sont qu'un bredouillement inintelligible : *la la la la...*

Mobilité. — Les mouvements des lèvres et de la langue sont exécutés facilement. Les quelques mots que la malade peut prononcer sont articulés distinctement. Il existe un état de faiblesse générale explicable par la cachexie où se trouve la malade, mais on ne note de parésie notable ni d'un côté, ni de l'autre. La malade peut marcher si on la tient par le bras. Il n'y a ni raideur de la nuque, ni trismus, ni diplopie, ni contracture du côté des membres.

Sensibilité. — N'est exagérée ou diminuée en aucun point. La malade se plaint d'un peu d'amblyopie permettant cependant la lecture.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens et plantaires, le réflexe pharyngé sont normaux.

Les lésions pulmonaires se sont notablement prononcées depuis que la malade est à l'hôpital.

Il n'existe pas de troubles du rhythme respiratoire.

Le pouls est à 78 ample et régulier.

La température est de 38°4 et monte à 39° le soir du 28 septembre.

Pas de nausées ni de vomissements.

29 septembre. — Il existe une stupeur assez accentuée.

La malade a passé la nuit à déchirer ses draps. Elle ne comprend qu'avec peine les questions qu'on lui pose.

Mêmes troubles du langage que la veille.

Interrogée sur son lieu de naissance, la malade répond : Navilly, mais elle fait ensuite la même réponse à toutes les questions qu'on lui pose.

Les douleurs de tête ont repris mais il n'existe toujours aucun trouble moteur ni du côté des membres, ni du côté de la face ou des yeux.

Pouls à 72, ample et régulier, $t = 37°2$.

30 septembre. — Stupeur plus accentuée.

La malade ne répond que par des grognements inarticulés. Elle a des périodes de délire avec agitation.

Le pouls est à 80, $t = 37°6$.

Incontinence de l'urine et des matières.

La malade meurt le 1er octobre.

Nécropsie. — *Poumons.* — Au sommet droit plusieurs cavernes de la taille d'une petite noix.

Au sommet gauche lésions un peu moins avancées. Il n'existe que du ramollissement sans cavité de dimensions notables.

Cœur normal; *rate, utérus et annexes* normaux.

Intestin. — Il existe au niveau de l'iléon plusieurs ulcérations accompagnées de granulations sur la partie correspondante du péritoine viscéral.

Reins. — La capsule ne peut être enlevée sans qu'on arrache des lambeaux de substance corticale. La surface du rein présente en différents points un aspect cicatriciel.

La sclérose est appréciable également sur les coupes.

Cerveau. — Aucune lésion de la convexité. A la base on trouve quelques fines granulations sur le trajet des vaisseaux pie mériens. Les lésions sont peu marquées. En revanche si on écarte du côté gauche les lèvres de la scissure de Sylvius on trouve une plaque de méningite masquant complètement l'aspect des circonvolutions sous-jacentes. L'insula est pris dans sa totalité. Les lésions n'empiètent pas sur le lobe temporal et laissent libre le lobe orbitaire.

Elles s'arrêtent à la partie supérieure au cap de la troisième circonvolution frontale mais occupent la partie inférieure du pied de cette même circonvolution. Elles empiètent également un peu sur la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante et de la scissure de Rolando.

Il n'existe rien d'analogue à droite au niveau de la vallée de Sylvius et du lobe de l'insula.

Cette observation nous a semblé présenter un certain intérêt à plusieurs points de vue.

D'abord il nous a paru curieux de noter l'existence chez six des enfants de notre malade de lésions tuberculeuses et surtout de lésions tuberculeuses localisées à l'encéphale.

Au point de vue de la marche clinique de la méningite, plusieurs particularités sont à noter, encore que le tableau présenté chez l'adulte par cette affection ait été fixé par de nombreux travaux et surtout par l'important mémoire de Chantemesse (1).

L'absence de vomissements et de perturbations notables du rhythme respiratoire et du pouls sont des faits signalés dans maintes observations de la thèse de Chantemesse et de la thèse plus récente de notre ami G. Landel (2).

Chez notre malade, la céphalée et l'aphasie motrice sont les seuls symptômes de quelque importance qui pouvaient attirer l'attention sur la localisation méningée et qui ont permis de poser un diagnostic précis.

Les cas où l'aphasie a été signalée au cours de la méningite tuberculeuse ne sont pas très rares, nous en avons pu relever sept observations dans le mémoire de Chantemesse.

Mais dans toutes ces observations l'aphasie a été précédée ou suivie de troubles paralytiques de la face ou des membres et nous n'avons jusqu'à présent pas vu mentionner un cas où l'aphasie fût demeurée jusqu'à la fin le seul signe de localisation méningo-encéphalique.

(1) Thèse 1884.
(2) Landel, th. de Paris, 1896.

REVUE DES CONGRÈS

II° CONGRES DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 18 au 23 Octobre.

Séance du 22 Octobre 1897 (soir).

Discussion sur le cancer du rectum.

MM. Quénu et **Hartmann**, rapporteurs.— Voir *Gazette*, p. 1009.

M. Julliard (de Genève). — La création d'un anus iliaque, dans le traitement du cancer du rectum, est l'opération de choix. Si l'on doit pratiquer l'extirpation de l'organe malade, l'existence de l'anus iliaque constitue un temps préliminaire nécessaire. Dans les cas inopérables, c'est évidemment l'opération indispensable.

M. Pollosson (de Lyon) a proposé le premier, en 1884, de faire précéder l'ablation du cancer rectal par la création d'un anus iliaque et de transformer ce cancer en une tumeur aseptique que l'on peut enlever ensuite comme une tumeur quelconque. Par la création de l'anus iliaque, on dérive complètement le cours des matières et on pratique ainsi sans danger l'ablation du rectum. L'anus iliaque doit être définitif.

M. Berger rapporte l'observation d'une femme de 53 ans, traitée préalablement par la dilatation pour un rétrécissement du rectum, et chez laquelle on a cru plus tard à l'existence d'un cancer rectal greffé sur un rétrécissement ancien, probablement syphilitique. M. Berger décida, de concert avec M. Quénu, l'extirpation par la voie abdomino-périnéale. L'opération fut conduite suivant les règles décrites par M. Quénu. Les suites furent assez simples. Cependant l'anus, que l'on a placé sur la ligne médiane, n'est pas aussi bien réglé que l'anus iliaque habituel.

La pièce enlevée a été soigneusement étudiée, et, malgré toutes les apparences macroscopiques, l'examen histologique a prouvé qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'un rétrécissement inflammatoire vraisemblablement syphilitique.

M. Gallet (de Bruxelles) est intervenu 20 fois dans des cas de cancer du rectum. L'opération de choix doit être l'ablation totale; malheureusement les patients se présentent souvent trop tard au chirurgien, et l'on est forcé de se contenter d'un anus iliaque. C'est ce qu'il a dû faire chez 9 de ses malades.

Pour les cancers bas situés, le meilleur procédé paraît être l'opération périnéale chez l'homme et l'opération vaginale chez la femme. M. Gallet a employé 3 fois la voie périnéale et ses 3 malades vivent encore. Pour les cancers haut situés il croit qu'il faut abandonner la voie périnéale. Il a fait 2 fois l'opération de Kraske, avec création d'un anus sacré. Chez 3 autres malades il a eu recours à l'opération de Hochenegg, et ses trois opérations ont été suivies de mort. Dans 3 cas de cancer recto-sigmoïde élevé, il a pratiqué l'ablation totale en abouchant dans la plaie, en canon de fusil, les deux bouts de l'intestin, comme dans un anus iliaque vulgaire : un de ses opérés est mort presque immédiatement, un autre a survécu 3 mois, et le troisième vit encore actuellement, plus d'un an après son intervention.

M. Péan (de Paris). — Si le cancer siège uniquement à la partie inférieure du rectum, sur toute sa circonférence, rien n'est plus facile que de circonscrire cette portion du canal en la sectionnant en deux moitiés pour faciliter la dissection et de l'exciser. Il suffit ensuite de suturer aux lèvres de la peau celles du bout rectal conservé.

Lorsque le cancer occupe la partie moyenne et la partie supérieure du rectum, la conduite varie chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, si la partie moyenne est envahie en même temps que la partie inférieure et si le cancer déborde seulement du côté des faces postéro-latérales, l'opération est la même que dans le cas précédent. Lorsque le mal a atteint simultanément l'urèthre, la prostate, les vésicules séminales et le col de la vessie, il faudra enlever par morcellement, avec beaucoup de soin, toutes les parties malades.

Si le cancer a envahi la partie supérieure du rectum en même temps que sa partie inférieure et moyenne, et s'il n'y a pas du côté des voies urinaires de prolongements inopérables, il est facile, en agrandissant suffisamment les incisions préliminaires, de poursuivre la section en deux moitiés et la dissection latérale de chacune d'elles jusqu'au delà de la portion malade : à ce moment l'opérateur saisit transversalement avec des pinces la portion saine et résèque le rectum au-dessous d'elles. Ces pinces permettent d'abaisser le bout supérieur et, après avoir fermé par suture la plaie péritonéale, de l'attirer jusqu'à la peau pour l'y suturer.

Chez la femme, l'opération est singulièrement facilitée du côté de la paroi antérieure du rectum. Si la cloison recto-vaginale est prise dans toute son épaisseur et si, pour ce motif, la muqueuse du vagin ne peut être conservée, il faut saisir de chaque côté, avec des pinces à mors longs, et couper entre elles de bas en haut toute la cloison recto-vaginale jusqu'au-dessus du mal.

Lorque la partie supérieure du rectum est malade et que le cancer s'est propagé à travers le péritoine au col et au corps de l'utérus, on pourra les enlever en même temps; on se comportera comme chez l'homme pour abaisser le bout supérieur de l'intestin, avec cette différence cependant que les parois antérieure et latérales, quand il n'aura pas été nécessaire de les réséquer, pourront être utilisées pour reconstituer plus ou moins complètement la paroi antérieure du rectum.

Toutes les fois que le rectum seul était cancéreux, chez

l'homme et chez la femme, nous avons pu l'enlever en totalité soit par la voie périnéale ou pubio-périnéo-ischiatique, soit par la voie pubio-vagino-ischiatique.

Ces voies nous paraissent de beaucoup préférables à la voie abdominale. Quand nous avons eu recours à cette dernière, c'était dans des cas où la partie supérieure du rectum était prise en même temps qu'une portion de l'S iliaque.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — Les cancers de l'extrémité inférieure du rectum, c'est-à-dire ceux qui remontent à 10 ou 12 centimètres, sont justiciables de l'extirpation par la voie ano-périnéale. La gravité de cette intervention est à peu près nulle. La survie peut être de plusieurs années : 6, 8, 10 ans et plus.

Les carcinomes cylindriques, de beaucoup les plus fréquents, sont ceux qui donnent sous ce rapport les meilleurs résultats.

Les sarcomes, heureusement plus rares, ont un pronostic plus sombre.

Les tumeurs cancéreuses qui ne sont plus accessibles au doigt explorateur peuvent de même être extirpées avec succès.

La voie sacrée ou sacro-périnéale est celle qui convient à ces cas.

Le pronostic de ces interventions est plus grave que celui de l'extirpation ano-périnéale.

Les tumeurs qui siègent très haut, celles qui dépassent l'ampoule rectale et qui empiètent sur l'S iliaque peuvent être extirpées totalement par la voie sacro-iliaque, ou par la voie sacro-abdominale préconisée par Quénu. Mais l'opération est d'une gravité incontestable et les très rares faits connus jusqu'ici ne permettent pas d'établir encore sa valeur.

Personnellement, malgré le succès qu'elle a donné, M. Bœckel l'envisage comme très sérieuse dans ses résultats immédiats et peu encourageante dans ses suites éloignées. Il estime que la colotomie iliaque simple devra lui être préférée, la survie qu'elle procure, contrairement à ce qui se passe dans les cancers même étendus, dépassant assurément celle que fournit l'opération radicale.

C'est pour cette raison que l'extirpation devra être réservée aux cas des deux premières catégories, tandis que la colotomie devra être choisie pour ceux de la troisième (carcinome très haut situé, carcinome de l'S iliaque).

M. Heydenreich (de Nancy) prend la défense d'une méthode de résection du rectum, par la voie vaginale chez la femme. Cette méthode est mentionnée dans le rapport de MM. Quénu et Hartmann, mais ils ne semblent pas y attacher grande importance, bien que l'un d'eux l'ait employée.

La voie vaginale est la méthode de choix pour la résection du rectum, quand le néoplasme ne remonte pas à plus de 12 à 15 centimètres au-dessus de l'anus, est l'opération par la voie vaginale, trop laissée de côté jusqu'à présent. Dans ces limites, elle peut être substituée avantageusement à des interventions plus graves, telles que l'opération de Kraske.

M. Depage (de Bruxelles) présente les résultats éloignés de 10 cas de résection du rectum pour cancer : 2 malades, opérés pour cancers au début, survivent depuis plus de 3 ans 1/2 ; 2 autres, opérés pour cancers avancés avec atteinte des ganglions lymphatiques, survivent depuis un an sans récidive ; les 6 derniers, opérés tous pour cancers avancés, sont morts après un temps variable, soit de récidive, soit à la suite d'une propagation cancéreuse au foie, soit à la suite d'une maladie indépendante du cancer.

M. Moulonguet. — La fixation du bout supérieur au pourtour anal doit être préférée à la suture intestinale chaque fois que la portion d'intestin ano-rectale sous-jacente au néoplasme n'a point une étendue trop considérable, dépassant 5 à 6 centimètres.

L'abaissement du bout supérieur de l'intestin et sa fixation dans le sphincter anal intact paraissent, quand cela est possible, le meilleur traitement du cancer annulaire du rectum et doivent être préférés à la création d'un anus artificiel coccygien, périnéal, ou iliaque avec retournement du bout supérieur.

Mais on doit renoncer à cet abaissement chaque fois qu'il pourrait compromettre la vitalité de l'intestin et entraîner sa mortification. Dans l'appréciation de ce danger, il faut tenir compte de l'aspect et de l'état des parois intestinales. Il est des intestins amincis, pâles, qui ne sauraient supporter le moindre tiraillement ni la moindre modification dans leur apport nutritif. Il en est au contraire, qui, à tuniques épaisses, bien colorées, présentent des dangers beaucoup moindres de mortification et de gangrène.

M. E. Tailhefer (de Toulouse). — M. Jeannel a traité 16 cas de cancer primitif du rectum. Ses extirpations, au nombre de 4, datent d'une époque où l'ablation par la voie abdomino-périnéale n'était pas encore connue. Elles ont été faites par son procédé à double volet. Il a eu 3 morts, et 1 guérison qui se maintient depuis six ans. 11 anus artificiels ont été suivis de 2 morts opératoires, l'une par obstruction intestinale, l'autre par érysipèle; la survie a été de 8 mois en moyenne.

La cure soi-disant radicale du cancer du rectum a les mêmes contre-indications générales que toute intervention chirurgicale importante; d'autre part, l'indication de cette cure ne peut être fournie que par l'exploration intrapéritonéale.

Le traitement d'un cancer rectal, quel qu'il soit, doit commencer par la création de l'anus artificiel. Si le cancer a dépassé les limites du rectum, ce que l'exploration intrapéritonéale faite au cours de l'opération de l'anus démontre facilement, l'intervention se bornera à l'anus artificiel. Si le cancer est cantonné dans le rectum, on procédera, quelques jours après la création de l'anus, à l'extirpation large par la voie abdomino-périnéale lorsque la lésion siégera sur le rectum supérieur, et par la voie rectale, périnéale ou sacrée lorsqu'elle sera bas située.

M. Bauby (de Toulouse). — Il ne suffit pas d'établir un anus iliaque pour détourner le cours des matières, car les malades continuent souvent à souffrir, malgré cette dérivation ; il y a donc lieu, dans certains cas, lorsque l'extirpation est impossible, de pratiquer sur la tumeur rectale elle-même des opérations palliatives telles que le curetage.

M. Willems (de Gand) expose le procédé d'extirpation du rectum qu'il a décrit il y a quelques années et qui ressemble beaucoup au procédé de M. Quénu. On fait un large débridement latéral, lequel permet de renverser en arrière un vaste lambeau périnéal avec lequel on amène au dehors toute la face antérieure du rectum. Ce procédé de périnéotomie s'applique admirablement à tous les cas dans lesquels on peut, par le toucher rectal, reconnaître ou tout au moins soupçonner la limite supérieure du néoplasme. Lorsque le cancer remonte plus haut, la méthode de Kraske est seule applicable.

M. Deplat estime que, pour le cancer au début, la cure radicale donne généralement sinon une guérison définitive, au moins une guérison durable.

Quand les cancers sont plus développés, qu'ils ont envahi les ganglions ou qu'ils se sont propagés au organes voisins, la récidive, après l'ablation, devient la règle. Dans ces cas, il faut qu'il y ait des symptômes sérieux pour que l'intervention soit justifiée. Lorsque celle-ci est décidée, c'est à la cure radicale qu'il faut avoir recours, et exceptionnellement à la colotomie.

Traitement des fractures de jambe.

M. Desprez (Saint-Quentin). — Les bandes perfectionnées de gutta-percha, doublées d'une bonne couche d'ouate au moment de leur application méthodique et très soignée dans les fractures de la jambe assurent si bien l'immobilité absolue des fragments, que la douleur disparait presque immédiatement après le pansement.

Ce pansement préserve ainsi les blessés des ennuis et des inconvénients graves de l'immobilité absolue et permet de transporter au loin un blessé sans souffrance, sans brancard perfectionné, quelques instants après son application. Il permet aussi de réparer d'une manière inoffensive et rapide des fractures consolidées d'une manière vicieuse.

Très bien supporté dans les arthrites rhumatismales, il est particulièrement applicable aux entorses et aux fractures graves de l'articulation tibio-tarsienne dont il permet d'assurer de très bonne heure les mouvements *pendant* l'application de l'appareil.

Du massage dans le traitement des fractures.

M. F. Buscarlet. — Beaucoup de médecins imbus des lectures modernes ont, ainsi que le public souvent, une tendance à croire que le massage est tout dans le traitement des

fractures; or, s'il est un adjuvant précieux dans le traitement de toutes les fractures et le seul moyen dans celui des fractures sans déplacements, il ne faut pas négliger pour cela la réduction immédiate de la fracture sous une gouttière plâtrée, avec ou sans anesthésie dès qu'il y a le moindre déplacement et avant qu'il y ait du gonflement. Les massages et la mobilisation devront commencer le plus tôt possible, sans qu'il y ait de terme absolu, elle varie suivant les cas, mais on peut attendre 15 jours à 3 semaines s'il le faut avant que les raideurs articulaires ne se produisent.

En *résumé*, réduction immédiate dans le plâtre. Massage consécutif. Les appareils de marche ont leurs indications limitées.

Recherches expérimentales sur la production des fractures astragaliennes.

M. Kummer (de Genève). — De nombreuses expériences de fractures ont été faites par M. Bastian et moi sur l'astragale, le plus souvent isolé. La violence mise en action a été habituellement une boule de fonte tombant d'une hauteur variable; l'étau a aussi été employé. Les fractures astragaliennes ainsi obtenues ont présenté pour la plupart le caractère des fractures par *inflexion*, avec maximum de diastase des fragments du côté opposé au point d'attaque de la violence; elles ont été situées dans la règle à la région du col et dans un plan à peu près frontal. Par l'intermédiaire d'un coin de fer, d'une malléole, du rebord tibial nous avons obtenu des fractures par *pénétration*, avec maximum de diastase du côté même de l'action de la violence, fractures situées dans les plans frontal, sagittal, horizontal.

Au moyen de mouvements forcés nous avons surtout produit des fractures par *arrachement* de l'apophyse postérieure.

Section complète du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil.

M. J. Reboul (de Nîmes). — Un jeune homme de 17 ans, dans un accident de chasse, le 15 août 1896, reçoit, presque à bout portant, un coup de fusil dans la région poplitée supérieure gauche. Plaie en séton. Section probable du nerf sciatique poplité interne. Des accidents tétaniques se montrent 2 jours après la blessure; injections de sérum antitétanique. L'état d'infection et de délabrement des plaies ne me permettant pas de tenter immédiatement la suture nerveuse, je renvoie cette opération à une date ultérieure. En janvier 1897, opération. La paralysie de la jambe et du pied est complète, malgré le traitement électrique qui a été suivi depuis l'accident. Le nerf sciatique poplité interne est complètement sectionné un peu au-dessous de sa bifurcation. Le bout inférieur, distant d'environ 6 centimètres ne peut être amené à contact avec le bout supérieur. Après excision des deux extrémités du nerf sciatique poplité interne sectionné, je suture le bout inférieur du nerf sciatique poplité interne dans une incision faite au sciatique poplité externe. Traitement électrique, massage, hydrothérapie.

Trois mois après, ce jeune homme avait complètement repris l'usage de son membre.

En comparant ce cas à d'autres cas semblables, j'insisterai sur les accidents tétaniques survenus peu après la blessure, sur les lésions des nerfs sciatiques poplités interne et externe; le procédé de suture employé et les résultats obtenus.

Séance du 22 Octobre 1897 (matin).

Sur un cas de tumeur de l'humérus.

M. Le Dentu a pratiqué la désarticulation de l'épaule chez un homme de 35 ans, porteur d'une volumineuse tumeur néoplasique de la région humérale. La tumeur était limitée par une coque fusiforme occupant à peu près le milieu de l'humérus. A l'intérieur se trouvaient des masses bourgeonnantes d'aspect légèrement translucide, et extérieurement il existait de petits amas encapsulés dans de l'os ou du tissu conjonctif. Les masses centrales étaient constituées par du tissu muqueux pur, du cartilage, de grandes cellules à noyaux multiples et une très petite quantité de tissu osseux. Dans les masses encapsulées, M. Pettit a trouvé un corps qui a été déjà décrit sous le nom de *calco-sphérite*.

L'amputation date de six mois. Jusqu'ici il ne paraît y avoir aucune trace de récidive. Il ne s'agissait pas d'un chondrome ni d'un sarcome ostéoïde, mais bien d'un chondromyxosarcome.

Traitement de l'ostéosarcome des membres inférieurs.

M. Vaslin (Angers) a observé deux cas d'ostéosarcome du membre inférieur gauche, développés l'un à l'extrémité inférieure du fémur, l'autre à l'extrémité supérieure du tibia. Ils furent traités, le premier par l'amputation de cuisse au-dessous du trochanter, l'autre par l'extirpation, le sujet refusant absolument l'amputation de cuisse au-dessus du genou. Dans le premier cas guérison rapide sans récidive. Dans le second récidive quelques mois après l'exérèse et mort par extension avec ganglions de l'aine et de la cavité abdominale.

Ces deux faits viennent à l'appui de la doctrine chirurgicale, qui enseigne qu'une diaphyse atteinte d'ostéosarcome doit être enlevée sinon dans toute son étendue, du moins dans la plus grande partie de sa longueur pour obtenir une guérison certaine.

Anévrysme cirsoïde d'origine infectieuse et anévrysme cirsoïde spontané.

M. J.-L. Reverdin (Genève). — 1° Les anévrysmes cirsoïdes peuvent se développer sans avoir été précédés par un angiome congénital et sans traumatisme.

2° Le développement de l'anévrysme cirsoïde a été dans un de ses cas consécutifs à une maladie infectieuse et probablement dû à une artérite infectieuse.

3° Il est permis de se demander si les anévrysmes cirsoïdes d'origine traumatique ne sont pas aussi dus à une artérite et si les anévrysmes cirsoïdes consécutifs aux nævi ne relèvent pas d'altérations vasculaires analogues à celles que produit l'artérite.

4° Tous les anévrysmes cirsoïdes s'expliqueraient ainsi par une pathogénie unique.

Des paralysies post-anesthésiques.

M. Schwartz (de Paris) a observé un fait de ce genre chez un homme de 45 ans, auquel il a fait la cure radicale neurasthénique d'une hernie inguinale. L'opération fut facile et rapide, mais, pendant l'opération, il y eut une petite syncope respiratoire et cardiaque à laquelle la respiration artificielle mit rapidement fin. Le malade resta toute la journée dans un état d'obnubilation qui ne lui permit pas de se rendre bien compte de ses sensations. Cependant, dès qu'il fut bien réveillé, il ressentit des fourmillements dans la main droite, surtout au niveau du pouce et de l'index, qu'il ne pouvait mouvoir facilement. Le lendemain il existait une paralysie totale du long fléchisseur du pouce et du fléchisseur de l'index, sans aucune anesthésie ni hyperesthésie. Quand il commença à vouloir remuer les membres inférieurs, nous constatâmes une paralysie très nette dn triceps crural droit. Ces troubles ont peu à peu disparu, sous l'influence du massage et de l'électrisation et, sept mois plus tard, il n'en restait aucune trace.

Pour la paralysie du muscle du pouce et de l'index, la première pensée a été qu'il s'agissait peut-être d'une paralysie périphérique par tiraillement du plexus brachial, et cependant on n'avait fait aucun effort exagéré pendant la respiration artificielle qui avait duré à peine deux minutes. Devant la constatation de la paralysie du triceps crural, il fallait renoncer à cette pathogénie et on ne pouvait plus songer qu'à une paralysie centrale fonctionnelle ou autre. Cette idée paraissait d'ailleurs trouver une confirmation dans un renseignement fourni par le malade, qui nous apprit que depuis quelque temps il était un peu maladroit de sa main droite.

Indépendamment des paralysies périphériques, observées sur-

tout dans le domaine du plexus brachial, qui peuvent être considérées comme de vraies paralysies traumatiques par compression ou par tiraillement, dues à des attitudes vicieuses ou à des compressions circulaires, par des liens très serrés, il existe encore des paralysies post-anesthésiques, qui ne peuvent s'expliquer de la même façon. Tantôt ce sont des monoplégies, et, dans un fait de ce genre rapporté par Büdinger, on a pu constater à l'autopsie une zone de ramollissement au niveau de l'écorce cérébrale; tantôt ce sont des paralysies d'un nerf crânien, isolées ou associées à d'autres paralysies; tantôt enfin on a observé de véritables hémiplégies.

M. Chipault a observé une hémiplégie droite au réveil, après une opération faite sous le chloroforme. Le malade mourut quelque temps après et l'autopsie montra l'existence d'une inondation ventriculaire.

M. Reboul a vu survenir chez un homme de 60 ans également une hémiplégie à la suite d'une taille hypogastrique faite pour un volumineux calcul; la chloroformisation n'avait présenté aucun incident.

Traitement chirurgical de la maladie de Little.

M. Ed. Lebrun (Namur). — Les phénomènes de rigidité spasmodiques de la maladie de Little qui siègent de préférence et sont beaucoup plus accentués dans certains groupes musculaires des membres inférieurs, sont suivis dans un grand nombre de cas de rétractions fibro-tendineuses permanentes qui rendent définitives les déformations ou attitudes défectueuses de membres inférieurs : l'équinisme, la flexion de la jambe sur la cuisse l'adduction forcée des deux cuisses.

Les groupes musculaires qui n'ont pas été atteints de contraction spasmodique se trouvent dès lors dans de mauvaises conditions de fonctionnement. De plus les conditions d'équilibre sont absolument défectueuses. La marche, la station debout même sont ou impossibles ou du moins très difficiles et exigent des efforts considérables non seulement des muscles des membres inférieurs, mais aussi des muscles du tronc des membres supérieurs du cou de la tête. Ces efforts entraînent une exagération de l'état spasmodique des groupes musculaires atteints et une aggravation de l'affection.

La section des rétractions fibro-tendineuses permanentes suivant la méthode de Vincent (de Lyon) permet aux muscles qui n'ont pas été atteints de contractures spasmodiques de se retrouver dans une situation de fonctionnement normal, et quand les attitudes vicieuses : équinisme, etc., ont disparu, les conditions de statique deviennent telles que le malade peut se tenir debout et marcher sans mettre tous ses muscles dans un état de contraction exagéré.

Comme, ainsi que cela est démontré, le tabès dorsal spasmodique est une affection qui présente une tendance naturelle à la guérison, la disposition des rétractions fibreuses permanentes sera donc suivie dans la plupart des cas d'une amélioration progressive non seulement de la motricité, mais aussi de la santé générale.

Quinze cas de mal perforant traités par l'élongation des nerfs plantaires.

M. Chipault (de Paris), après avoir rappelé ses précédents travaux à ce sujet, donne sa statistique actuelle dont les résultats (fin juillet) sont les suivants : 15 cas avec 13 guérisons; il résume la technique à suivre et les plus intéressantes de ses 15 interventions:

Procédé d'arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule.

M. Demons. — Tous les chirurgiens qui ont cherché à réduire des luxations anciennes de l'épaule avec des incisions verticales ont reconnu l'insuffisance de la voie d'accès que donnent ces incisions. Les incisions transversales sont, au contraire, parfaitement susceptibles de permettre la réalisation du but cherché, pourvu qu'elles soient assez larges. L'incision transversale a été utilisée dans un certain nombre de procédés, notamment dans ceux de Nélaton, de Neudorfer, de Severeanu, de Duplay. Dans les procédés de Neudorfer, de Severeanu et de Duplay on pratique la section de l'acromion. On peut s'en passer : il suffit, en effet de faire une section transversale allant du sommet de l'acromion, et même d'un point situé un peu plus en arrière, jusqu'à l'apophyse coracoïde et un peu au delà ; on obtient ainsi une voie large permettant d'explorer facilement l'articulation scapulo-humérale, et, si cela est nécessaire, on peut vaincre un obstacle très puissant qui s'oppose bien souvent à la réduction des luxations anciennes de l'épaule, en désinsérant les muscles qui s'insèrent à l'apophyse coracoïde ou mieux en pratiquant la résection temporaire de cette apophyse.

Désarticulation de la hanche par la méthode hémostatique de John A. Wyeth.

M. Bauby. — Cette méthode, connue seulement depuis ces dernières années paraît être jusqu'ici la plus capable d'assurer l'hémostase préalable et d'améliorer le pronostic encore si grave de la désarticulation de la hanche.

Elle consiste essentiellement dans l'introduction à l'extrême racine de la cuisse de deux broches qui servent de point d'arrêt au lien constricteur, après qu'on a mis la bande d'Esmarch. L'une de ces broches est placée en dehors sous l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre en dedans sous l'épine du pubis. Dans ces conditions, les manœuvres opératoires ne sont aucunement gênées et l'hémorrhagie est à peu près nulle.

L'opération pratiquée par M. Jeannel est la première publiée en France et la soixante-dixième de toutes celles qui sont connues; elle a donné un résultat démonstratif.

De l'anastomose tendineuse dans les déviations du pied consécutives à la paralysie infantile.

M. Piéchaud (de Bordeaux). — Dans quatre faits de paralysie isolée du jambier antérieur, consécutive à la paralysie infantile, avec commencement de déviation du pied en valgus, j'ai pratiqué, avec le concours de M. Bergonié, l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui du muscle extenseur propre du gros orteil. Jusqu'à présent les résultats sont excellents et la déviation en valgus est absolument corrigée. Ces résultats sont d'ailleurs encore récents et nous ne pouvons savoir s'ils se maintiendront.

Du traitement des pieds bots non invétérés par les appareils amovo-inamovibles en feutre plastique.

M. Lentz. — Le feutre plastique trempé dans l'eau chaude devient très souple, ce qui permet de lui faire prendre n'importe quelle forme qu'il gardera après le refroidissement. La dessication en est presque instantanée. Le traitement du pied bot congénital récent par les appareils en feutre plastique constitue un progrès sérieux. Avantages : appareil bon marché dont l'application peut être confiée à l'entourage du petit malade. Les urines n'ont aucune action sur le feutre plastique qui conserve sa forme et sa direction.

Contrairement à ce qui se passe avec l'appareil plâtré il permet les manipulations quotidiennes indispensables à l'obtention d'un prompt redressement.

M. Lentz résume pour terminer deux observations :

1° Double pied bot varus congénital chez un enfant de 10 jours, ténotomie, appareil en feutre plastique. Guérison presque complète au bout de deux mois.

2° Enfant de 4 mois, pied bot varus congénital, appareil en feutre plastique après ténotomie. Au bout de 6 semaines de traitement par les manipulations quotidiennes, redressement presque complet.

Traitement des déviations rachitiques des membres inférieurs chez l'enfant par l'ostéoclasie et l'ostéotomie combinées.

M. Albertin (de Lyon). — Les déviations rachitiques du

membre inférieur sont produites par des vices de développement du squelette soit de la cuisse, soit de la jambe. Les déformations de l'extrémité supérieure du fémur sont relativement rares et le plus souvent bien tolérées. Beaucoup plus fréquents sont les vices de développement portant sur les deux tiers inférieurs du fémur et produisant l'incurvation, soit antéro-postérieure, soit latérale, de la diaphyse, soit le genu varum, soit le genu valgum. Dans ces cas nous appliquons l'ostéoclasie pratiquée avec l'appareil de Robin. Le redressement ou correction de la déviation doit être immédiat et non tardif comme chez l'adulte; on n'observe pas, en effet, chez l'enfant, l'hydarthrose du genou qui se produit chez l'adulte à la suite du redressement immédiat. Le membre sera immobilisé dans un appareil plâtré pendant trente jours environ.

A la jambe, les altérations des différents points du squelette peuvent produire soit le genu valgum tibial, soit les incurvations latérales ou antéro-postérieures, et même la torsion de la diaphyse, soit le valgus ou le varus du pied. A ces différentes déviations du squelette péronéo-tibial nous appliquons l'ostéotomie comme méthode de choix. L'ostéotomie cunéiforme permet d'enlever un coin osseux sur le point culminant de l'infection rachitique et rend la correction absolument facile. La déviation corrigée, les sutures du périoste et de la peau terminées, le membre est immobilisé pendant vingt-cinq à trente jours dans un appareil plâtré, et la guérison survient sans qu'on ait à renouveler le pansement.

L'ostéotomie portera soit sur les deux os de la jambe, soit sur le tibia seul, le péroné se redressant sans fracture ou se laissant fracturer à la main.

Nous préférons l'ostéoclasie à l'ostéotomie pour les rectifications du fémur, mais, pour la jambe, nous préférons l'ostéotomie à cause de la présence de deux os dans ce segment du membre.

L'emploi combiné de ces deux méthodes nous a donné d'excellents résultats au point de vue de l'esthétique et de la fonction.

Notre expérience repose actuellement sur l'observation de plus de 300 cas.

De la poly-arthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique déformant tuberculeux.

M. A. Poncet (Lyon). — Ces ostéo-arthrites sont essentiellement caractérisées par un gonflement plus ou moins considérable des articulations malades avec déformation progressive des extrémités osseuses articulaires, d'où, à la longue, un certain degré de relâchement de l'ostéite et de laxité anormale. Ces lésions évoluent sans tendance aux abcès, sans fongosités apparentes; avec des crises douloureuses plus ou moins vives, enfin des déformations qui simulent, à s'y méprendre, le rhumatisme déformant. Par l'exploration directe, on constate très nettement les diverses particularités : distension de la capsule par des masses molles, usure, déformation des têtes articulaires qui, par les mouvements provoqués, donnent par frottement une crépitation spéciale (craquements) témoignant de l'usure et de la disjonction des cartilages. J'ai plusieurs fois rencontré cette variété d'ostéo-tuberculose articulaire sèche avec localisation sur un plus ou moins grand nombre d'observations et simulant le rhumatisme chronique.

Tuberculose du poignet.

M. Vaslin (Angers) a pratiqué en juillet 1896 une résection du poignet gauche, pour ostéo-arthrite tuberculeuse, chez un homme de 55 ans. La résection a nécessité l'ablation des extrémités articulaires des os de l'avant-bras, dans l'étendue de 4 centimètres et celle de la première rangée du carpe scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal et piriforme. Actuellement le résultat est très satisfaisant. La main qui était impotente et sans mouvements, avec gonflement considérable de la région carpo-métacarpienne et suppuration abondante au niveau de l'extrémité inférieure du radius, a recouvré toutes ses fonctions. Les mouvements des doigts sont souples, l'opposition du pouce est complète; le sujet peut relever ou abaisser la main en totalité. Il était tailleur et ne pouvait plus travailler depuis 4 ans, actuellement, il exerce sa profession avec autant d'activité qu'avant le début de son affection.

Méthode sclérogène.

M. Paul Coudray (de Paris). — I. *Tuberculose.* — Les résultats que j'ai suivis depuis 1891 sur une centaine de cas confirment les conclusions antérieures indiquées, en particulier, par M. Lannelongue et par moi, à savoir :

1° *Guérison par sclérose*, sans suppuration, dans bon nombre de cas, à la suite de l'application seule de la méthode. Ces guérisons n'ont pas eu lieu seulement pour les cas récents; un certain nombre dataient de plusieurs années.

2° *Guérisons à la suite de grattages articulaires*, tant de parties molles que des os malades, dans les cas suppurés.

L'augmentation des doses des injections m'a paru avoir une puissante influence sur les résultats.

II. *Luxation congénitale de la hanche.* — Ainsi que je l'ai dit ailleurs, la méthode sclérogène ne doit être considérée que comme un auxiliaire de la réduction ou de la mise en bonne position de la tête fémorale, ce qui est d'une extraordinaire facilité chez les très jeunes sujets. Je conseille d'avoir recours aux injections sclérogènes dans les cas où la méthode non sanglante de Lorenz n'a pas donné à la levée du premier appareil (au bout de deux ou trois mois) une suffisante fixité de la tête fémorale.

III. *Tumeurs malignes.* — Une malade atteinte d'une tumeur du sein d'apparence squirrheuse avec ganglions et qui ayant refusé toute intervention radicale, a subi il y a *six ans* le traitement sclérogène. La persistance du processus scléreux y est remarquable.

Tuberculose juxta-coxale.

M. V. Ménard (Berck-sur-Mer). — J'ai rencontré un certain nombre de malades chez lesquels un foyer tuberculeux, développé sur le fémur ou sur le bassin dans le voisinage de la hanche, occasionnait des symptômes analogues à ceux de la coxalgie.

Deux de ces malades offraient une affection tuberculeuse très étendue de l'ischion; un autre de la branche ischio-pubienne; un troisième de la partie supérieure des sourcils cotyloïdiens; chez un adolescent de 16 ans, l'ilium était tuméfié dans la plus grande partie de son étendue par un spina ventosa tuberculeux. Sur le fémur, les lésions tuberculeuses du grand trochanter sont assez rares chez l'enfant.

Bien qu'il y ait une certaine analogie entre les symptômes de la tuberculose juxta-coxale et ceux de la coxalgie elle-même, le diagnostic différentiel entre ces deux localisations, articulaire et juxta-articulaire, est le plus souvent facile. On ne reconnaît l'affection juxta-articulaire qu'à la période d'abcès ou de gonflement. Les signes articulaires associés n'ont pas la gravité de ceux qu'on observe dans la coxalgie avec abcès ou avec empâtement.

Le traitement opératoire des affections juxta-coxales conduit rapidement à la guérison.

De la correction des attitudes vicieuses et du racourcissement dans la coxalgie.

M. P. Redard (de Paris), s'appuyant sur ses statistiques et sur ses observations, indique les résultats qu'il a obtenus dans la correction des attitudes vicieuses et du raccourcissement des coxalgies, principalement par le redressement forcé sous le chloroforme. Après avoir donné les indications, les contre-indications de cette méthode, il décrit la technique qu'il recommande, insistant sur l'utilité, dans un grand nombre de cas, de l'extension faite sous le chloroforme avec de puissants appareils, qui permet souvent la correction d'attitudes vicieuses et de raccourcissements très importants.

Séance du 23 Octobre 1897 (soir).

De l'hystérectomie abdominale totale et partielle.

M. Terrier (de Paris) a actuellement une série de 19 hystérectomies abdominales totales, dont 14 pour fibromes, avec 3 morts se décomposant de la façon suivante : une mort par pneumonie, au 5e jour; une par hémorrhagie, au 3e jour, la ligature d'une des artères utérines ayant lâché; enfin une par septicémie, dans un cas de fibrome sphacélé, où il était intervenu en pleine infection.

Pour les premiers temps, il emploie toujours la même technique. Il attire la tumeur en haut, en se servant le plus souvent du tire-bouchon de Delagénière, et taille un lambeau péritonéal antérieur; il est facile ensuite de trouver les artères utérines, à 1 centimètre environ des parties latérales du col, et, après les avoir liées ou après avoir placé deux pinces provisoires, il pratique la section supra-vaginale du col. Il reprend ensuite une sorte de coin dans la cavité de ce col, qu'il cautérise de suite, afin de pouvoir fermer complètement sans ancien drainage. Sur le premier surjet placé sur le moignon, il rabat le lambeau péritonéal antérieur, qu'il suture en arrière au péritoine, au-dessus du cul-de-sac recto-utérin. Indépendamment des ligatures utéro-ovariennes, il place également des fils sur les ligaments ronds, comme les Américains ont soin de le faire, et, dans ses sutures des ligaments larges, il immerge ces quatre pédicules, de sorte que finalement tout le fond de la cavité abdominale est recouvert par une surface péritonéale ininterrompue, ce qui est évidemment une des conditions les plus importantes de succès.

Il a opéré ainsi 22 fibromes, avec 2 morts seulement, dont une par pneumonie, au 10e jour, et l'autre par septicémie, dans un cas où il y avait un ovaire suppuré.

M. Péan. — C'est évidemment la voie abdominale qui permet le mieux de préciser le siège et les rapports des grosses tumeurs de l'utérus et de ses annexes, de reconnaître qu'elles sont multiples, et d'extraire les prolongements qu'elles envoient dans les régions voisines.

La voie vaginale, moins dangereuse, doit être réservée aux tumeurs multiples, peu volumineuses, surtout celles qui occupent la partie inférieure de l'utérus, des ligaments larges, du bassin, et qui ont suppuré.

La voie vagino-abdominale est préférable pour les tumeurs de moyen volume et elle s'impose lorsque, au cours d'une opération vaginale, le chirurgien reconnaît que le néoplasme est trop haut, trop volumineux, trop largement implanté pour qu'il soit possible de l'abaisser et de l'enlever aisément; en pareil cas, il doit suspendre la manœuvre commencée par le vagin et la terminer par l'hypogastre.

La voie vaginale et la voie vagino-abdominale ne doivent pas être utilisées lorsque la tumeur, quel qu'en soit le volume, occupe la surface de l'utérus, les ovaires, les trompes, la partie supérieure des ligaments larges : dans ces cas, il faut recourir d'emblée à la voie abdominale ou à la voie abdomino-vaginale.

M. Tournay (de Bruxelles) exécute l'hystérectomie abdominale à l'aide d'un procédé mixte, dans lequel il combine l'emploi des ligatures à celui des pinces. Lorsque, les culs-de-sac antérieur et postérieur étant incisés, la tumeur n'est plus retenue que par la partie inférieure des ligaments larges, il est facile de placer alors par le vagin des pinces de Péan. En ce qui concerne le drainage abdomino-vaginal, il considère que, s'il n'est pas toujours indispensable, il est le plus souvent utile.

Depuis 2 ans, il a pratiqué, en suivant cette méthode mixte, 12 hystérectomies totales, avec 10 succès complets et 2 succès opératoires suivis de mort tardive.

M. Le Bec (de Paris). — Ce procédé avec deux ligatures seulement sur les utérines a été appliqué à toutes les variétés de fibromes, savoir : fibromes avec kystes des ovaires, 8 fois; fibromes avec grosses salpingites, 3 fois; fibrome avec cancer ulcéré de l'utérus, 1 fois; fibromes avec adhérences très étendues aux parois du bassin, 7 fois; fibromes totalement adhérents nécessitant le morcellement *in situ*, 3 fois; adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin, 14 fois; infiltration dans les ligaments larges, 8 fois. J'ai suturé le péritoine du bassin 44 fois et drainé 11 fois.

M. Jonnesco a pratiqué 77 fois l'ablation totale de l'utérus et de ses annexes : 40 fois par la voie vaginale, 2 fois par la voie combinée vagino-abdominale et 35 fois par la voie abdominale. Sur ses 40 hystérectomies vaginales, il a eu 8 fois des accidents mortels : pincement et perforation intestinale (1 fois); hémorrhagie secondaire au moment de l'enlèvement des pinces ayant nécessité une laparotomie (2 fois); septicémie péritonéale à la chute des eschares (5 fois).

L'hystérectomie vagino-abdominale lui a donné 2 succès pour un cancer étendu du col et du corps et pour un polype interstitiel énorme, avec salpingite et kyste ovarique.

L'hystérectomie abdominale totale, à laquelle il a presque exclusivement recours depuis le mois de juillet 1896, lui fourni d'excellents résultats.

Le procédé qu'il emploie présente les points essentiels suivants : enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes; suppression des pinces; suppression de toute hémorrhagie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine); ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal, et section, par le vagin, des culs-de-sac latéraux et postérieur; placement sous-péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien péritonéal, sur toute l'étendue de la surface cruentée laissée par la section des ligaments larges; fermeture du vagin lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes; drainage pelvien par le vagin quand le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Sur ses 35 opérées, il a perdu 6 malades, dont 3 étaient atteintes de cancers très étendus ayant nécessité une large ablation des parois vaginales, 1 de suppuration disséquante du petit bassin, 1 de salpingite double avec fibromes interstitiels multiples; enfin j'ai eu 1 accident indépendant de l'opération même (blessure et perforation de l'intestin pendant la fermeture de la plaie abdominale).

M. Doyen a pratiqué la castration abdominale totale chaque fois que l'indication s'est présentée, sans toutefois considérer cette opération comme méthode de choix dans les cas de suppuration pelvienne. A son avis, toute tumeur extirpable par le vagin doit être attaquée par cette voie, et la laparotomie n'est indiquée que lorsqu'elle est évidemment moins grave que l'hystérectomie vaginale.

Quant au procédé dit américain où l'utérus est détaché d'un côté vers l'autre, avec ligature progressive de ce qui vient à saigner, il n'est qu'une modification de son premier procédé où M. Doyen détachait les ligaments larges de haut en bas, pour atteindre le col à la fin de l'opération, ou même, dans les cas où le cul-de-sac de Douglas n'était pas accessible, au milieu de l'opération.

M. Montprofit (d'Angers) a pratiqué 6 fois la castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes, avec 6 succès opératoires; les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes.

Pour les fibromyomes utérins, l'hystérectomie abdominale totale est devenue le traitement de choix dans les cas de tumeurs volumineuses. M. Montprofit l'emploie, en outre, pour les fibromes de moyen et de petit volume, et pour enlever les tumeurs malignes du corps et du col dans certaines conditions.

M. Bouilly proteste contre l'ablation de petits fibromes par la voie abdominale. La voie vaginale reste, à son avis, la voie de choix pour les fibromes petits et moyens, et même pour un certain nombre de gros fibromes.

M. Hartmann partage, contrairement à M. Bouilly, l'opinion de M. Montprofit, et, pour les fibromes petits ou gros, il considère la voie abdominale comme devant toujours être utilisée. C'est la voie qui permet le mieux d'être conservateur puisqu'on peut, par une simple incision, énucléer un fibrome interstitiel et suturer ensuite l'utérus conservé.

M. Pantaloni (de Marseille) a pratiqué 32 fois l'hystérectomie abdominale totale avec un seul insuccès. Pour les gros fibromes, le procédé de M. Péan est vraiment merveilleux; mais,

d'une façon générale, on doit dire qu'il n'y a pas de méthode de choix, attendu que, suivant les cas, on combine les différents procédés.

Pronostic des kystes végétants des ovaires.

M. Bouilly a, depuis 1896, opéré 39 kystes ovariens végétants : 17 malades sont mortes plus ou moins rapidement; 22 ont survécu et 20 d'entre elles ont pu être suivies. Sur ces 28 malades, il a eu 7 guérisons dont une datant de cinq ans trois mois et une autre de trois ans et dix mois; dans 6 cas il s'agissait de tumeurs bien localisées sans généralisation; dans un seul cas, datant de vingt mois, il y avait une extension assez considérable des végétations. Parmi les 13 cas il y en a deux dans lesquels il a dû intervenir deux fois, les malades étant restées guéries définitivement après la deuxième intervention; dans un troisième cas, dans lequel il a dû faire trois opérations successives, la malade a succombé, quatre ans après sa troisième intervention, à des accidents d'occlusion intestinale.

CONFÉRENCE POUR L'ÉTUDE DE LA LÈPRE.

Berlin, 11-16 Octobre 1897.

Hérédité et contagion de la lèpre.

M. Besnier (de Paris). — La lèpre, maladie bactérienne exclusive à l'homme, se développe sous l'action toxinigénétique du bacille de Hansen; c'est donc du lépreux et exclusivement de lui que vient la lèpre, et cette affection, ainsi que le démontre l'histoire, se déplace avec les races humaines : ce sont leurs mouvements qui règlent sa marche.

La transmissibilité de la lèpre pouvant se réaliser avant ou après la naissance, la question de la contagion se divise en deux parties, relatives l'une à la lèpre acquise avant la naissance ou hérédo-lèpre, l'autre à la lèpre acquise proprement dite.

Pour ce qui concerne la lèpre héréditaire, l'action qu'exerce le générateur lépreux n'est pas toujours la même : d'une part, elle peut créer chez les produits des états biochimiques particuliers, desquels dérivent la prédisposition, l'immunisation, les atrophies, les athrepsies, les dystrophies, etc.; d'autre part, la maladie peut être transmise en nature.

L'hérédo-lèpre proprement dite se manifeste à la naissance ou dès les premiers mois de la vie; ce délai passé, rien ne permet d'affirmer que l'enfant lépreux, s'il vit dans le même milieu que ses parents, n'a pas été contaminé par eux; il se passe là ce qui a lieu pour la tuberculose, à savoir que la plupart des enfants séparés dès leur naissance de leurs parents tuberculeux restent indemnes vis-à-vis de la maladie.

L'hérédité de la lèpre en nature implique nécessairement la transmission de l'agent pathogène vivant soit aux cellules séminales ou aux ovules, soit au fœtus, une fois l'organisation de celui-ci constituée. Si elle est réalisable, la contamination primaire ne semble pas devoir être compatible avec la survie de la cellule animale, ou même de l'ovule et de l'organite premier. La contamination seconde est plus vraisemblable et cadre mieux avec ce que nous savons de l'hérédo-transmission des maladie bactériennes.

Toutefois, de ce que l'on n'a pas constaté la présence du bacille de Hansen dans le placenta hérédo-lépreux, il ne résulte pas qu'il n'y ait point existé antérieurement; d'un autre côté le fait que la mère d'un hérédo-lépreux peut être saine, le père seul étant lépreux, peut trouver son explication dans la loi de Colles, qui s'applique à l'immunité des mères des hérédo-syphilitiques. Ce sont donc là deux ordres de faits qu'on ne saurait invoquer contre la possibilité de la transmission directe au fœtus de la lèpre de l'un ou des deux générateurs.

En d'autres termes, l'hérédité vraie de la lèpre, laquelle se réalise très rarement, est une pure transmission contagieuse, et l'hérédité et la contagiosité de la lèpre, loin d'être opposables l'une à l'autre, représentent des modes divers d'un seul et même phénomène.

En ce qui regarde la contagion de cette maladie, on peut dire que tout lépreux qui présente une lésion lépreuse tégumentaire ouverte et en activité virulente est une source de contagion; tout individu sain qui prend un contact renouvelé ou répété avec le lépreux latent ou dénoncé peut être contaminé; il peut l'être encore médiatement par des linges souillés, des vêtements, des objets mobiliers, etc.

Les surfaces muqueuses et, en premier lieu, celles du nez, les orifices glandulaires et folliculaires de tout ordre du tégument externe, tous les points où il existe une solution de continuité, constituent les principales portes d'entrée du virus lépreux.

Quant aux conditions de réceptivité de l'organisme, nous les ignorons entièrement.

Nous sommes également très peu renseignés sur la durée de la période d'incubation et ce sera là un champ de recherches important pour l'avenir.

Enfin, la lèpre subit dans sa virulence et dans sa multiplication des affaissements et des exacerbations extraordinaires; quelquefois temporaires, ces affaissements ont parfois aussi une durée telle que la maladie peut devenir rare, fruste, souvent se déformer à tel point que, ne se manifestant que par des cas isolés, sporadiques, il devient très difficile d'en reconstituer la genèse. C'est ce qui se passe dans les pays où ont été prises des mesures d'hygiène, d'isolement et de protection : le lépreux n'y forme plus que très exceptionnellement un foyer, et un foyer limité; alors même qu'il peut rester aussi gravement atteint qu'en pays lépreux, la contagiosité s'abaisse au minimum et s'efface.

La lèpre n'étant pas toujours et partout également transmissible, de nombreux observateurs et des plus éminents en ont conclu qu'elle n'était pas contagieuse : cela tient à ce que, dans certaines localités, dans certaines conditions, cette notion de la contagion ne s'impose pas à l'esprit; mais si l'on observe ce qui se passe dans le champ universel de la maladie lépreuse et non plus dans un lieu, une ville ou un pays déterminé, la contagiosité de la lèpre apparaît comme un fait qu'il n'est pas possible de méconnaître.

M. von During (de Constantinople). — Je puis vous citer deux cas de contagion de la lèpre : le premier concerne une jeune fille grecque, dans la famille de laquelle il n'y avait eu aucun cas de lèpre et qui, étant allée habiter dans la maison d'un juif lépreux, y contracta la maladie. Le second fait se rapporte à un Grec bien portant qui, s'étant marié avec une lépreuse, devint lépreux à son tour.

Quant à la lèpre familiale, je ne connais aucun fait qui s'oppose à admettre qu'elle se transmet par hérédo-contagion. A cet égard, je mentionnerai l'exemple suivant, qui me paraît démonstratif : une femme, lépreuse depuis 12 ans, a quatre enfants dont l'aîné, âgé de 18 ans, est bien portant; le second, âgé de 14 ans, paraît suspect de lèpre; un autre de 10 ans présente des symptômes lépreux; enfin le plus jeune, qui a 6 ans, est atteint de lèpre grave. Pour moi, hérédité de la lèpre signifie hérédo-contagion. Du reste, en Orient, la lèpre est aussi contagieuse que partout ailleurs.

M. Kubler (de Berlin). — Dans un voyage que j'ai fait en Russie, j'ai recueilli l'observation suivante : une jeune femme, issue d'une famille saine et ayant habité en pays non lépreux est allée vivre avec sa belle-mère qui était lépreuse; elle est restée indemne, mais ses trois enfants sont devenus lépreux. Sa sœur, qui était venue la voir, coucha avec les enfants lépreux; rentrée dans son pays, elle devint lépreuse a son tour, ainsi que ses propres enfants, une autre sœur et son beau-frère.

M. Dyer (de la Nouvelle-Orléans). — Depuis 1878, la lèpre a beaucoup augmenté dans mon pays : j'en ai moi-même observé 118 cas.

Toutes les classes de la population en sont atteintes.

M. Alvarez (de Honolulu). — Vers 1844, la lèpre fut importée à Hawaï par des coolies chinois; le premier cas de lèpre chez un indigène fut relaté en 1850 par le docteur Baldwin. En 1865, la lèpre avait pris à Hawaï une extension telle qu'on se vit obligé de faire une loi sévère pour l'isolement des malades et de créer une colonie de lépreux à l'île de Molokai, laquelle contient actuellement 1 250 malades sur une population de 35 000 âmes.

A Hawaï les étrangers eux-mêmes contractent la lèpre :

en 1890, 10 Anglais ou Américains faisaient partie de la colonie des lépreux, et un nombre à peu près égal d'étrangers lépreux quittèrent le pays.

Jamais je n'ai vu de nouveau-nés lépreux : le plus jeune lépreux que j'aie observé était âgé de trois ans et demi. Habituellement, les lépreux n'ont pas d'enfants; il s'ensuit que si la maladie était généralement d'origine intra-utérine, il y a longtemps qu'elle se serait éteinte d'elle-même. D'autre part, les mœurs des indigènes de Hawaï permettent de comprendre la fréquence de la contagion; en effet, ils ne possèeent qu'une seule pipe pour toute une famille, et, quand on se rend visite, chacun, après avoir tiré une ou deux bouffées, passe la pipe à son voisin, qui fait de même, sans prendre la peine d'essuyer la salive du précédent fumeur. Quelquefois, ils n'ont pas de cuillers et, pour donner aux malades de l'eau, de la nourriture ou un médicament, ils en remplissent leur bouche et font passer le liquide dans la bouche du malade en appliquant leurs lèvres sur celles de ce dernier.

M. Hansen. — Les nombreuses observations recueillies en Norvège démontrent de la façon la plus évidente la contagiosité de la lèpre. Les émigrés norvégiens, bien que provenant de pays et de familles où règne la lèpre, ne deviennent habituellement pas lépreux en Amérique; la cause en est, selon moi, aux conditions plus favorables d'hygiène alimentaire et domestique qu'ils trouvent aux Etats-Unis. Parmi les arrière-petits-fils des émigrés norvégiens en Amérique, je n'ai pas observé un seul cas de lèpre.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 Novembre 1897.

Cirrhoses alcooliques.

M. Laborde cite les statistiques américaines pour montrer que, bien que les buveurs de vin soient rares aux Etats-Unis, la cirrhose y est fréquente. En Vendée la cirrhose s'observe aussi plus particulièrement chez les buveurs d'eau-de-vie. D'autres faits encore imposent la même conclusion, à savoir : que c'est toujours chez les buveurs d'eau-de-vie que la cirrhose est fréquente.

Expérimentalement Dujardin-Beaumetz et ses élèves ont produit la cirrhose chez les chiens auxquels ils faisaient absorber de l'alcool. Les conditions d'expérience dans lesquelles s'est placé M. Lancereaux pour démontrer l'action nuisible des substances servant au plâtrage des vins sont, d'après M. Laborde, défectueuses.

Chez des chiens auxquels M. Laborde faisait boire du vin plâtré et du vin non plâtré, il a été impossible de trouver la moindre différence. Un chien qui depuis 10 jours a absorbé 15 grammes de bi-sulfate de potasse a conservé son appétit et sa santé habituelle. Les sels de potasse sont du reste contenus dans une proportion relativement grande dans nos aliments et ne peuvent jouer aucun rôle dans l'étiologie de la cirrhose.

M. Lancereaux. — Lorsqu'on interroge les malades de Paris, on constate que la cirrhose se voit chez les buveurs de vin. Dans les hôpitaux de Londres si l'on interroge les malades, on arrive aussi à voir que ces prétendus buveurs de gin buvaient aussi du vin et de la bière. En Vendée, d'après les renseignements fournis à M. Lancereaux, la cirrhose du foie s'observe exclusivement chez les buveurs de vin blanc.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par la résine d'euphorbe.

M. Pénières (de Toulouse) traite les foyers tuberculeux par des injections contenant des fractions de milligramme d'euphorbe, substance qu'il a su rendre maniable et inoffensive. A l'aide de ce moyen, il guérit les tuberculoses des ganglions du cou, si fréquentes chez les enfants. Il évite ainsi, par des piqûres qui ne laissent pas de traces, des cicatrices irrémédiables.

Il attaque la tuberculose jusque dans les os et les articulations. Il rapporte l'observation d'un homme encore jeune, qui avait une fonte purulente des os et des parties molles aux deux poignets.

Il apporte une preuve matérielle de ses allégations, en faisant passer sous les yeux de l'Académie 3 radiographies du même malade faites avant, pendant et après le traitement, c'est-à-dire au moment de la guérison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Octobre 1897.

Action de la tuberculose morte injectée dans la cavité péritonéale des grenouilles.

MM. Auché et **J. Hobbs.** — De nos expériences nous pouvons, pour le moment, fournir les résultats suivants :

Jusqu'au 33e jour et même probablement au delà, la T. morte se comporte comme la T. vivante.

En injection intra-péritonéale, elle détermine chez les grenouilles des granulations à la surface du foie et sur le mésentère. Avec la T *humaine* ces granulations, au nombre de 4 à 8 ou 10 sur le foie, arrivent à former par leur confluence sur le mésentère des petits placards d'aspect granuleux. Leur volume assez variable va de celui d'un grain de sable à celui d'une petite tête d'épingle. Elles sont blanchâtres, transparentes et ressemblent à des petites perles déposées sur les organes. Elles ne prennent pas l'aspect jaunâtre, caséeux. Avec la T. *aviaire*, les granulations sont ordinairement moins nombreuses et de plus petit volume.

La structure de ces granulations est identique à celle que nous avons obtenues avec a T. vivante.

A leur centre se trouvent un ou plusieurs gros amas de bacilles.

Des bacilles sont trouvés isolés ou en petits groupes dans le parenchyme de certains viscères : foie, rate, reins.

Dans la sérosité péritonéale aspirée quelques jours après l'inoculation, on ne trouve pas de bacilles libres : par contre, on y voit des leucocytes qui en sont chargés parfois véritablement farcis.

Tous ces bacilles conservent encore au 33e jour leurs caractères morphologiques et leurs réactions colorantes ordinaires.

Bien que la T. morte, injectée dans la cavité péritonéale des grenouilles se comporte jusqu'au 33e jour (limite de notre expérience) comme la T. vivante dont nous exposerons plus tard les lésions, il ne faudrait pas se hâter d'en faire un argument décisif contre la possibilité du développement des bacilles tuberculeux chez les animaux à sang froid, puisqu'on sait que, chez les animaux à sang chaud, la T morte peut aussi amener la formation de follicules tuberculeux typiques.

Des causes de l'oligurie dans l'urémie et les autres toxhémies.

M. Barré pense qu'au lieu d'attribuer presque exclusivement l'arrêt de la diurèse à une cause *mécanique*, les lésions anatomiques du rein, il est possible, dans un certain nombre de cas, de le rattacher plutôt à une cause *physiologique*, qui serait l'*intolérance rénale:* c'est-à-dire une sorte d'acte de défense personnelle du rein contre les toxines trop irritantes contenues dans le sang, se manifestant par un *spasme vasculaire* local (Dieulafoy) qui en modérant ou en supprimant presque l'arrivée du sang à filtrer, provoquerait, par là-même, la diminution ou la suppression des urines.

Comme conséquence thérapeutique, il y aurait lieu, dans les cas graves, de provoquer le rétablissement de la diurèse, par la *dilution* des toxines du sang, au moyen de ce qu'on peut appeler la *saignée rectifiée*, qui consiste en une saignée *abondante*, et, comme *correctif* des inconvénients des saignées ordinaires, une injection *simultanée* et *égale* d'eau salée. La diurèse ainsi rétablie est le plus souvent définitive.

M. Laveran décrit une myxosporidie trouvée chez le goujon.

M. Fournier montre une vésicule biliaire d'un lapin, contenant deux concrétions qui se sont formées 2 mois après l'injection dans la vésicule d'une culture typhique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Octobre 1897.

Suite de la discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Poirier. — Il ne semble pas qu'il y ait, pour le traitement de l'occlusion intestinale, une méthode de choix. Il est évident que dans des conditions favorables, lorsque le malade est en état de supporter une intervention un peu longue, la laparotomie constitue l'opération idéale. Mais ce sera le plus souvent, étant données les conditions habituelles dans lesquelles on est appelé, à l'anus contre nature que l'on aura recours. C'est du reste là une question de flair chirurgical. Mais c'est surtout sur l'occlusion consécutive à l'hystérectomie que M. Poirier voudrait insister. Il est un procédé excellent pour combattre cette variété d'occlusion, c'est d'introduire un doigt dans le vagin et de décoller, aussi haut que possible, la cicatrice vaginale et les adhérences. Dans 2 cas où on est intervenu, l'un de M. Quénu, l'autre de M. Poirier — ce dernier, au 11[e] jour — le résultat fut excellent. M. Poirier a examiné à ce sujet 3 cadavres de l'Ecole pratique, ayant antérieurement subi l'hystérectomie. Sur le premier cadavre, la cicatrice était parfaite, sur le second existait une simple bride allant de la cicatrice au cæcum; par contre sur le troisième, la plus grande partie de l'anse ôméga était intimement soudée par de solides adhérences à la cicatrice vaginale. La conclusion, devant la fréquence de ces cicatrices, c'est qu'il est urgent de purger dès le lendemain les opérées et de continuer pendant les 15 premiers jours à entretenir la mobilité de l'intestin grâce à des purgatifs répétés.

M. Reynier. — On ne peut pas dire qu'il y ait une opération de choix, il y a seulement des circonstances qui dictent telle ou telle opération. M. Reynier ne peut accepter l'opinion de M. Félizet pour lequel l'opération de choix est l'anus contre nature. Si les conditions de malade et de milieu sont bonnes, c'est au contraire à la laparotomie qu'il faut avoir recours. L'anus contre nature est une infirmité grave, à laquelle on ne se décide qu'à grand regret et qui, il faut bien le dire, ne se guérit pas ensuite aussi facilement qu'on le laisse supposer. La plupart des tentatives ultérieures, pour guérir l'anus, sont suivies d'échec parce que, comme l'a très bien dit M. Lejars on se trouve en présence d'un intestin malade. C'est seulement exceptionnellement qu'on est appelé à refermer l'anus. Et enfin l'opération de l'anus contre nature en soi-même n'est pas aussi bénigne qu'on pourrait le penser. On voit parfois survenir, dans les 24 heures qui suivent l'établissement d'un anus artificiel, la mort par schock, avec diarrhée cholériforme. En faisant l'anus contre nature on court au plus pressé, mais presque toujours on hésite. Pour peu que le malade soit encore résistant, M. Reynier préfère la laparotomie. Deux fois il s'est repenti d'avoir pratiqué l'anus contre nature. La première fois il s'agissait d'une femme entrée à Tenon pour une occlusion intestinale et à laquelle il fit un anus contre nature.

Deux jours après elle présenta à nouveau des phénomènes d'occlusion auxquels elle succomba et à l'autopsie, on découvrit un kyste du mésentère, ballant à l'extrémité d'un long et mince pédicule et qui était venu dans un mouvement de la malade appuyer sur l'intestin et l'occlure. Dans le 2[e] cas c'était également une femme qui mourut malgré l'anus contre nature et chez laquelle on trouva à l'autopsie une grande partie de l'intestin herniée à travers l'hiatus de Winslow. La laparotomie aurait vraisemblablement permis de guérir ces deux malades, chez la première en pratiquant purement et simplement l'extirpation du kyste, chez la seconde en déroulant l'intestin.

Grossesse extra-utérine péritonéale. Laparotomie. Guérison.

M. Picqué rapporte deux observations de M. Rochard : 1° grossesse extra-utérine péritonéale. Laparotomie. Guérison. Ce qu'il y avait de spécial dans ce cas, c'est que la tumeur n'était fixée par aucun pédicule, et qu'il s'agissait bien d'une grossesse intra-péritonéale primitive, car les annexes avaient une intégrité parfaite.

2° Dans la seconde observation de M. Rochard, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine de 10 mois, évoluant sans accident, ce qui est rare au-delà du 7[e] mois. La laparotomie permit de faire l'incision du kyste (d'où fut extrait un fœtus de 38 centimètres) et l'extirpation de la poche. Les annexes saines furent laissées en place et c'est là une conduite qui doit toujours être suivie, d'autant plus que, à l'heure actuelle, ainsi que le fait remarquer M. Hartmann et comme l'ont bien établi les recherches d'un élève de M. Terrier, M. Paquy. Ces altérations de la trompe ne sont pas nécessaires pour le développement de la grossesse extra-utérine. La grossesse extra-utérine existe chez les animaux, et cependant on n'a pas encore observé chez eux des salpingites.

Kyste ovarien ouvert dans l'intestin.

M. Richelot présente une observation de M. Pauchet (d'Amiens). Il s'agit d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, ouvert très manifestement deux fois dans l'intestin, une première fois il y a 10 ans et la seconde fois il y a 6 ans et, qui, actuellement, au cours de la laparotomie pratiquée pour lui enlever son kyste de l'ovaire et un fibrome de l'utérus, ne présentait pas la moindre trace d'adhérence entre le kyste et l'intestin. La surface intestinale était partout lisse et unie.

Gastro-entérostomie.

M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué la gastro-entérostomie pour sténose pylorique. Pièce en mains, il était complètement impossible de savoir si l'on avait affaire à un vieil ulcère cicatriciel ou à une tumeur cancéreuse.

M. Terrier fait remarquer qu'il est absolument admis de tout le monde, à l'heure actuelle, que l'on ne peut, même le ventre ouvert, différencier une lésion ulcéreuse d'une lésion cancéreuse. L'aspect de la tumeur, la présence des ganglions, la vascularisation plus ou moins grande ne signifient absolument rien. Quant à la conduite à tenir, c'est à la gastro-entérostomie que l'on aura le plus souvent recours. M. Terrier a l'habitude de pratiquer la gastro-entérostomie sur la face antérieure, mais, pour éviter que le contenu stomacal ne se déverse dans le bout supérieur, il fait subir à l'anse anastomosée une torsion dont le résultat est de mettre le bout inférieur dans l'axe du courant des aliments.

M. Bégouin lit, au nom de **M. Demons** et au sien, une observation de luxation traumatique sus-pubienne de la hanche avec autopsie. Ce serait, avec celle d'Aubry (de Rennes) la seule autopsie de luxation récente.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Octobre 1897.

La bradydiastolie, signe de pronostic dans les affections du cœur.

M. Huchard, après avoir cité un certain nombre de faits relatifs à la bradydiastolie, c'est-à-dire au prolongement considérable de la pause diastolique, arrive aux conclusions suivantes :

1° Lorsque dans le cours de l'intoxication digitalique ou à la dernière période de l'asystolie dans les affections du cœur, on vient à constater d'une façon permanente, pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, le rhythme bradydiastolique, celui-ci, d'un pronostic le plus souvent très grave et à brève échéance.

devient le signe précurseur d'une dilatation cardiaque progressive et ultime.

2° Dans ces conditions la digitale ne remplit plus son rôle antiasystolique, elle devient inefficace et même nuisible pour des raisons faciles à comprendre, et principalement parce qu'elle contribue pour sa part à allonger encore la pause diastolique.

3° Ce signe nouveau a une grande importance pratique. Il permet de prévoir souvent et de prévenir quelquefois la dilatation progressive des cavités cardiaques; il nous enseigne que la digitale doit être absolument proscrite. Il nous apprend que les deux indications thérapeutiques principales consistent à combattre hâtivement et par plusieurs saignées l'encombrement ventriculaire, à exciter le myocarde par la strychnine et la spartéine à haute dose, par les injections hypodermiques de caféine et d'huile camphrée.

Poussée aiguë d'aortite provoquée par un érysipèle de la face.

MM. Thoinot et **Griffon** rapportent l'observation d'une femme entrée à l'hôpital avec des signes d'insuffisance aortique bien supportée et un érysipèle de la face en apparence bénin. Elle est envoyée en convalescence au Vésinet, mais est obligée de revenir avant la fin de son séjour réglementaire là-bas, tellement elle étouffe et est angoissée. On trouve alors à côté d'une albuminurie intense les signes d'une aortite aiguë à laquelle elle ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, la crosse de l'aorte possède les deux sortes de lésions, anciennes et récentes, diagnostiquées pendant la vie. A côté de régions athéromateuses, calcaires et écailleuses, on voit des élevures ambrées, jaunes ou transparentes, que le microscope, comme l'œil nu, montre de formation nouvelle. On ne trouve pas de microbes dans les coupes, pas plus à la surface de l'aorte que dans le parenchyme rénal, lequel offre les altérations congestives et dégénératives classiques du rein infectieux.

Thrombose primitive de la veine porte ayant occasionné des lésions particulières de l'intestin.

M. Barth rapporte l'observation d'un homme de 47 ans entré dans son service pour des douleurs épigastriques violentes s'irradiant dans les hypochondres, surtout à droite, avec vomissements répétés, survenus 15 jours auparavant en pleine santé.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort les crises douloureuses se répétèrent avec des intervalles d'accalmie absolue; la température était normale. Le malade succomba au bout de 5 jours avec les symptômes de péritonite aiguë. La laparatomie fut décidée, mais le malade mourut avant l'intervention.

A l'autopsie on trouva un peu de sérosité rougeâtre dans le péritoine, les anses intestinales étaient distendues; les lésions étaient surtout accentuées en un point, sur une anse située à 1 mètre environ du jéjunum : cette anse était épaissie, avait perdu son élasticité; le mésentère à ce niveau était épaissi et ses veines oblitérées. La veine porte était thrombosée. Le foie était normal.

Il est vraisemblable qu'il s'est agi d'une thrombose primitive de la veine porte avec oblitération consécutive des veines mésentériques, et les lésions intestinales sont consécutives.

Séance du 29 Octobre 1897.

Nouvelles recherches bactériologiques sur la diphthérie.

MM. Barbier et **Tollemer** apportent 12 observations dont l'étude a été faite complètement, au triple point de vue clinique, bactériologique et anatomique.

Ils en tirent les conclusions suivantes :

1° Présence des bacilles diphthériques dans les viscères :

Chez 3 malades, présence du bacille virulent : 2 fois dans les ganglions cervicaux, 1 fois dans les ganglions bronchiques. Présence constante du bacille dans l'arbre bronchique et dans les poumons, soit que le bacille soit pur, soit qu'il soit associé. Le sang du cœur a été trouvé stérile, sauf dans un cas (amas bacillaires mal colorés, allongés, en état d'évolution). L'ensemencement de la rate a été 3 fois positif.

L'examen des centres nerveux, bulbe et protubérance, a révélé 5 fois la présence du bacille diphthérique, toujours associé à d'autres microbes, en plus ou moins grand nombre.

Il résulte de ces autopsies des déductions cliniques :

On ne peut pas juger de la gravité d'une angine d'après l'examen de la gorge, d'après l'étendue plus ou moins grande des fausses membranes. Il existe, en dehors des lésions diphthériques classiques, des sources d'intoxication redoutables, dont il faudra dépister les signes révélateurs.

La présence du bacille dans les centres bulbaires, où il arrive probablement en suivant les gaines des nerfs crâniens, jette un certain jour sur la pathogénie des paralysies diphthériques et des accidents bulbaires. Dans tous les cas graves, notamment dans ceux où le bacille était associé au streptocoque, on a observé du purpura, des hémorrhagies cutanées, muqueuses, viscérales, en particulier dans le poumon et la rate, ce qui permet de penser que, dans ces cas, le poison diphthérique est nettement hémorrhagique.

2° Association bactériologique accompagnant le bacille dans les tissus.

Jamais le bacille ne se montre seul dans les viscères, il est accompagné soit du streptocoque, soit du staphylocoque.

Ces infections simultanées correspondent parfois à des types chroniques définis, mais l'aspect seul de la gorge n'est pas un guide sûr de l'existence ou non de telle ou telle infection. La trachée, les bronches, le poumon, constituent des lieux d'inoculation autrement vastes, et la bronchite ou broncho-pneumonie concomitante donnent la clef des phénomènes infectieux, qu'on recherche en vain dans la gorge.

A mentionner que, chez les malades atteints d'impétigo, l'infection staphylococcique a toujours été observée. Dans les formes graves également, on note la présence de l'herpès labial et guttural. Ces phénomènes infectieux peuvent être antérieurs à l'envahissement bacillaire ou simultanés. C'est en général une aggravation, un conductif, la toxine diphthérique rendant moins résistant le terrain, et alors ce sont des broncho-pneumonies, des abcès, des otites, dont la gravité n'est plus liée qu'à leur importance propre.

Un cas de purpura attribué à l'intoxication par la benzine.

MM. Le Noir et **H. Claude**. — Il s'agit d'un homme de 27 ans, teinturier, qui présenta quelques taches hémorrhagiques rares sur le corps, mais surtout des hémorrhagies nasales, gingivales et une pleurésie hémorrhagique. Il succomba subitement dans un état d'anémie extrême. A l'autopsie, on trouva une hémorrhagie pleurale, des infarctus myocardiques et endocardiques, des ecchymoses en grande abondance sur les muqueuses stomacale et intestinale, enfin, deux foyers hémorrhagiques dans la couche optique gauche et dans la région bulbo-protubérantielle. Le début des accidents avait paru remonter à trois mois et avait été caractérisé par de grandes plaques ecchymotiques sous-cutanées. Le malade s'était peu à peu affaibli et avait dû quitter son travail. De l'enquête faite sur ses antécédents, il résultait que cet homme, depuis longtemps, était exposé pendant des journées entières, en accomplissant son métier, à des vapeurs de benzine. Il en éprouvait une sorte d'ébriété, des céphalées, des nausées et un malaise général persistant encore après sa sortie de l'atelier. Nous appuyant sur des faits expérimentaux et des observations analogues rapportées dernièrement, nous avons pensé que le purpura de forme un peu spéciale que nous avons rapporté devait être attribué à l'intoxication lente par la benzine, laquelle avait déterminé, à la longue, une altération profonde du sang et des vaisseaux.

Corps étranger de la trachée enlevé par le tubage.

MM. Sevestre et **Bonnus**. — Une fillette de 5 ans fut amenée, le 22 juillet dernier, à l'hôpital des Enfants-Malades,

pour des accidents causés par un corps étranger des voies aériennes. Ce corps étranger était un fragment de perle en verre noir, très mince, allongé et de surface lisse; il était mobile et de dimensions restreintes, deux conditions nécessaires pour que le résultat d'une trachéotomie fût favorable. Cette opération était, en effet, classique en pareil cas. Mais on pouvait aussi, comme l'a pensé M. Bonnus, essayer le tubage. C'est ce qui fut fait avec un plein succès : après quelques secousses de toux, l'enfant expulsa le corps étranger. Il y a là une application intéressante et nouvelle du tubage.

De l'ostéo-arthrite à pneumocoques.

M. Fernet. — Le début de cette ostéo-arthrite est brusque et marqué par une douleur vive, accompagnée bientôt de rougeur et d'un gonflement considérable; ce dernier est dû surtout à un œdème, qui occupe tout le tissu cellulaire périarticulaire, et s'étend même assez loin en dehors des limites de l'articulation.

Au bout d'un certain temps, quand les surfaces articulaires sont érodées et même détruites, les extrémités osseuses privées de cartilage donnent une crépitation tout à fait semblable à la crépitation qu'on perçoit dans les fractures. En même temps, on constate une mobilité anormale de l'extrémité articulaire malade, qui témoigne que l'articulation a perdu le contact intime de ses deux surfaces et que ses moyens de fixité ont été détruits.

La durée de l'ostéo-arthrite pneumonique est longue; l'ankylose fibreuse paraît être le mode de terminaison naturel. Les lésions anatemiques sont considérables : elles rappellent celles qu'on observe dans les arthropathies du tabes dorsalis.

L'étude bactériologique démontre que le pneumocoque existe dans la sérosité articulaire à l'état de pureté.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 Octobre 1897.

Valeur clinique de la ponction lombaire.

M. Stadelmann fait remarquer que la ponction lombaire peut être utilisée soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen de traitement. C'est surtout pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse que cette intervention a été préconisée. Mais les bacilles ne se trouvent pas toujours dans le liquide céphalo-rachidien. M. Stadelmann ne les a rencontrés que dans 22 p. 100 des cas; Fürbringer les a rencontrés dans 70 à 75 p. 100 des cas, Lichtheim dans presque tous les cas, Lenhartz rarement.

Les causes de l'absence des bacilles sont assez nombreuses. Il peut se faire d'abord qu'au moment de la ponction il n'y ait pas de tubercules en voie de désagrégation; il est possible ensuite que les voies de communication entre les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau et le canal médullaire soient obstruées; enfin il se peut que les granulations tuberculeuses soient en très petit nombre ou qu'elles n'aient pas encore envahi l'arachnoïde.

Dans 7 cas de méningite suppurée observés par M. Stadelmann, le liquide contenait toujours du pus; quant aux microbes, ils étaient très variés : méningocoque intracellulaire, staphylocoques, streptocoques. On peut aussi ne rencontrer aucune bactérie sans que l'on soit pour cela autorisé à rejeter le diagnostic de méningite suppurée. La présence en plus ou moins grande quantité d'albumine dans le liquide de ponction n'a également aucune valeur au point de vue du diagnostic; il en est de même du poids spécifique de ce liquide.

Comme on le voit, la ponction lombaire n'a pas une grande utilité en ce qui concerne le diagnostic des affections méningées.

Dans les cas d'abcès du cerveau, la ponction lombaire a donné aussi des résultats très variables. Tantôt la pression du liquide dans l'espace sous-arachnoïdien est très élevée, de sorte que la ponction permet d'en évacuer une grande quantité; tantôt la pression est faible et on n'en retire que fort peu; dans certains cas on a trouvé un liquide limpide et stérile, dans d'autres un liquide trouble et albumineux, etc.

Chez les alcooliques atteints de pneumonie avec délire, la présence de pus et de microcoques dans le liquide obtenu par la ponction permet d'affirmer que le délire de ces malades est dû à une méningite. La ponction peut encore être utile chez les ivrognes que l'on ramasse dans la rue et que l'on apporte à l'hôpital sans aucun renseignement; en effet, si le liquide céphalo-rachidien est normal, on peut exclure l'idée d'une fracture du crâne.

Au point de vue thérapeutique, on a préconisé la ponction lombaire pour faire cesser les phénomènes de compression chez les malades atteints de tumeurs du cerveau. L'expérience a montré, au contraire, qu'en pareil cas la ponction était plus nuisible qu'utile : on a signalé des cas de mort subite à la suite de cette opération.

M. Stadelmann n'a pas réussi à diminuer les signes de compression cérébrale chez les apoplectiques en évacuant une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien par la ponction; à la suite de cette intervention il a même vu l'hémorrhagie se renouveler et son malade succomber.

Dans les hydrocéphalies, les encéphalites hémorrhagiques, l'urémie, etc., la ponction lombaire est également plus nuisible qu'utile. Chez les typhiques, chez les malades atteints de scarlatine, etc., la quantité de liquide céphalo-rachidien augmente probablement sous l'influence de l'introduction de substances toxiques dans le sang; la ponction n'en reste pas moins chez eux inefficace.

On peut donc dire que la ponction lombaire ne possède aucune action curative et qu'au point de vue du diagnostic cette opération ne peut avoir de valeur que si elle donne un résultat positif, l'absence de microbes ne permettant de formuler aucune conclusion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 octobre 1897.

Rôle pathogène des champignons de la levure.

M. Buschke distingue deux catégories de champignons de la levure. Le premier groupe comprend ceux qui restent à la surface de la peau et qui ne pénètrent pas dans l'intérieur de l'organisme; il ne déterminent aucun accident, sauf lorsqu'ils envahissent la couche sous-dermique : ils engendrent alors certaines tumeurs et ulcérations, dans lesquelles on retrouve des blastomycètes. Les blastomycètes du second groupe, au contraire, envahissent l'organisme et pullulent dans le sang au point de provoquer une septicémie. M. Buschke a réussi à créer chez les animaux une blastomycose généralisée en inoculant une culture pure de blastomycètes dans le cul-de-sac conjonctival. Au bout de 15 jours on observe une blastomycose des paupières présentant une certaine ressemblance macroscopique avec le carcinome. On peut encore provoquer une blastomycose généralisée chez des souris et des cobayes dans les testicules desquels on a inoculé des blastomycètes. Les animaux succombent et à l'autopsie on trouve dans les poumons et la rate de petits nodules très nombreux.

En terminant M. Buschke présente des cultures pures de blastomycètes obtenues avec le suc des nodosités prélevées chez un jeune homme qui succomba avec des accidents méningitiques. L'inoculation d'une de ces cultures a produit chez des animaux une blastomycose généralisée. On a encore signalé la présence des blastomycètes dans l'épiploon d'un sujet atteint d'ascite chyleuse, et dans une tumeur de la capsule surrénale qui ressemblait à un sarcome.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — Les « gros enfants » au point de vue obstétrical (p. 1057).
PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Botryomycose humaine (p. 1058).
ANATOMIE CHIRURGICALE. — Muscles moteurs du pied et leur importance chirurgicale (p. 1059).
BACTÉRIOLOGIE. — Contribution à la biologie et la morphologie du bacille de la tuberculose (p. 1061, 1063).
REVUE DES CONGRÈS. — *Association française d'urologie :* Rétentions rénales. — Hydronéphrose. — Néphrectomie transpéritonéale (p. 1064). — Calculs de la vessie (p. 1065). — Suppuration des canaux accessoires de l'urèthre chez la femme (p. 1066).
REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie :* Ostéomyélite à staphylocoques. — *Médecine :* Aortites expérimentales. — Toxicité vraie de l'alcool éthylique. — Sérum antistreptococcique. — Levures dans l'organisme. — Infections hépatiques par le proteus vulgaris (p. 1066). — Toxine diphthérique. — Antipyrine. — Endocardite aiguë (p. 1067).
MÉDECINE PRATIQUE. — La phénacétine dans la fièvre des tuberculeux. — Posologie infantile du calomel (p. 1067). — Traitement de la blennorrhagie aiguë par le bleu de méthylène. — Chlorure d'or. Cyanure d'or (p. 1068).
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Affaire Laporte (p. 1068).

REVUE GÉNÉRALE

Les « gros enfants » au point de vue obstétrical,

D'après M. le Dr H. Dubois (1)

On rencontre rarement dans la pratique des enfants dont le poids, au moment de l'accouchement dépasse 4 900 grammes ; il ne faut pas, en effet, croire sur parole les observateurs plus ou moins sérieux qui rapportent des faits où le nouveau-né atteignait le poids de 20, 25 ou même 30 livres. Cependant il est des observations authentiques, contrôlées par des médecins dignes de foi, dans lesquelles les enfants pesaient 18 livres (Cazeaux), 11 kilog. 300 (Ortega), 10 kilog. 768 grammes (Beach). C'est à l'étude de ces gros enfants que M. Dubois consacre un travail très intéressant, très documenté et aussi élégamment écrit que judicieusement pensé, et qui, de plus, a le mérite de proposer un traitement nouveau, la pelvitomie, dans les cas de distocie due à l'excès du volume du fœtus.

Étiologie. — On peut attribuer le développement excessif du fœtus à plusieurs causes : 1° *l'âge de la mère :* ce serait de 25 à 35 ans, c'est-à-dire à l'époque de la maturité génitale que les femmes mettraient au monde des enfants de poids au-dessus de la moyenne ; 2° *l'époque de l'établissement de la menstruation* dont la valeur étiologique peut aussi être rattachée à la maturité génitale de la mère ; 3° *la parité,* dont l'influence paraît très discutable ; 4° *le sexe ;* parmi les enfants gros, les garçons sont plus nombreux que les filles ; 5° *la durée de la grossesse :* les données certaines manquent pour accepter sans hésitation l'idée de grossesse prolongée, émise par quelques auteurs ; 6° la *taille du père* joue un rôle considérable dans la production des enfants volumineux ; 7° *l'influence du repos de la mère* est aussi évidente ; 8° *l'hérédité morbide et physiologique,* notamment la syphilis des ascendants, peut avoir une certaine importance dans quelques cas.

Diagnostic. — Il est d'un intérêt majeur de poser le diagnostic de « gros enfant » au cours de la grossesse ; or, ce diagnostic est *toujours possible,* si l'on suit les règles tracées par le professeur Pinard dans son *Traité du palper abdominal ;* quand, le ruban métrique en main, on a constaté que la hauteur de l'utérus dépasse sensiblement 34 centimètres, c'est-à-dire la hauteur normale de l'utérus à terme, on ne peut hésiter qu'entre trois hypothèses : hydropisie de l'amnios, gros œuf ou grossesse gémellaire. Le palper permettra sans difficulté de reconnaître en présence de quelle éventualité on se trouve.

Pronostic. — Le pronostic est sévère pour l'enfant. Dans les observations rapportées par M. Dubois, on compte 20 enfants morts pour 9 vivants. Ils succombent à des lésions traumatiques telles que l'enfoncement du crâne, l'épanchement sanguin intra-crânien, etc. ; la syphilis n'est pas toujours étrangère à ces décès. Mais, au point de vue de leur développement ultérieur, ces gros enfants présentent ce phénomène particulier que l'augmentation de leur poids est toujours moins sensible que celle des enfants normaux ; ils ont peu d'aptitude à vivre (Pinard), et plusieurs meurent en dehors de tout traumatisme, quelques jours après leur naissance.

Mécanisme et complications de l'accouchement. — Pendant l'accouchement, les difficultés de l'expulsion des gros enfants peuvent se présenter au passage de la tête, des épaules et des hanches.

Quand l'obstacle est constitué par la tête, la cause réside non seulement dans le volume de cette tête, mais aussi dans sa non-réductibilité, due à une ossification très prononcée. L'obstacle siège plus souvent au niveau des épaules, parce que la tête d'un gros fœtus n'est pas forcément d'un volume exceptionnel ; c'est le diamètre bi-acromial qui est alors en jeu ; dans quelques observations, on le voit acquérir des dimensions extraordinaires, 17, 19, 24 centimètres ; il n'est donc pas étonnant qu'il devienne une cause de dystocie, surtout quand, son extrémité postérieure ayant pris appui dans la concavité sacrée, son extrémité antérieure vient s'accrocher au-dessus de la symphyse pubienne et la déborder.

D'ordinaire les hanches passent sans difficultés, la voie ayant été déjà frayée par la tête et les épaules ; mais dans la présentation du siège, c'est le diamètre bi-trochantérien qui se dégage le premier ; il peut alors offrir à l'accoucheur autant et plus de difficultés que la tête et les épaules.

L'accouchement de gros enfants fait courir à la mère des dangers sérieux. Sans parler de la durée totale du travail et en particulier de la période d'expulsion qui est notablement accrue, on observe fréquemment des déchirures plus ou moins étendues du périnée, des hémorrhagies après l'expulsion du fœtus, hémorrhagies qui surviennent dans tous les cas de surdistension de l'utérus. Enfin la mortalité maternelle est très forte, 12,5 p. 100. La mort a été tantôt la conséquence des manœuvres employées, tantôt elle a été causée par des accidents qui n'étaient pas sous la dépendance directe de l'accouchement.

Les enfants succombent, eux aussi, avant l'intervention ou sans intervention ; c'est la compression du cordon qui est le plus souvent la cause de la mort ; on peut admettre que parfois la mort est provoquée par des inspirations prématurées, se produisant chez un fœtus dont la sensibilité cutanée est excitée par des manœuvres opératoires.

1. Thèse de Paris, 1897 (Steinheil), n° 519.

Traitement. — Dans les cas de dystocie due à l'excès de volume de l'enfant, que doit-on faire? Si le fœtus est mort, pas d'hésitations; on doit recourir à la basiotripsie ou à l'embryotomie; il faut au *plus vite* débarrasser l'organisme maternel. Mais si le fœtus est vivant, la question est plus complexe et la conduite de l'accoucheur doit varier suivant la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'accouchement. 1° La tête ne peut pas s'engager : la réductibilité de l'ovoïde céphalique permettra peut-être une expulsion spontanée. En cas de non-réductibilité, si la tête ne s'engage pas, malgré les contractions énergiques, il faudra avoir recours à la symphyséotomie. Le forceps et la version, ici comme dans les bassins rétrécis, exposent aux fractures du crâne, aux épanchements sanguins et doivent être rejetés.

2° Quand la dystocie est due à la longueur du diamètre bi-acromial, on se heurte à une difficulté considérable. Le procédé de Jacquemier qui consiste à tirer sur les deux aisselles avec le doigt recourbé en crochet, est souvent d'une exécution difficile et d'un succès douteux.

Mieux vaut employer le procédé de Varnier, dans lequel on va à la recherche du bras postérieur; puis, à l'aide de ce bras, on fait exécuter au fœtus un mouvement de rotation, par une manœuvre analogue à celle qui, dans la version, transforme le mauvais pied en bon pied. En cas d'échec, on pourrait peut-être, comme dernière ressource, fendre la symphyse pubienne.

3° L'extraction des hanches donnera lieu souvent à de grosses difficultés, surtout dans les présentations du siège, quand les parties maternelles n'auront pas été déjà dilatées par le passage de la tête et des épaules. Aussi la version par manœuvres *externes* s'impose d'une façon absolue, si, pendant la grossesse on a constaté une présentation à l'extrémité pelvienne. Pour le même motif, on doit rejeter pendant le travail la version par manœuvres *internes* qui amènerait le premier au détroit supérieur le diamètre bi-trochantérien. Si cet accident (présentation du siège) se produit, il paraît justiciable de la symphyséotomie, car on doit craindre de voir les difficultés de l'extraction du siège se renouveler au moment du passage du diamètre bi-acromial et des diamètres céphaliques.

L'accouchement prématuré provoqué et l'opération césarienne constituent des interventions d'exception qui ne seront indiquées que dans des conditions bien rares et difficilement réalisables en clinique.

J.-L. Audebert.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la botryomycose humaine.

Identité de nature de tumeurs d'apparence papillomateuse chez l'homme avec la botryomycose ou champignon de castration du cheval,

Par MM. A. Poncet et L. Dor.

Dans la *Gazette hebdomadaire* du 21 octobre dernier, nous avons résumé en quelques lignes la communication de MM. A. Poncet et L. Dor. Voici les figures que les auteurs ont fait passer sous les yeux des membres du Congrès et quelques passages de ce travail.

Dans la quatrième observation, qui remonte au mois d'octobre 1890, les caractères de la tumeur étaient tels que MM. Poncet et Dor n'hésitent pas à y voir une manifestation botryomycosique.

Sur une coupe histologique, le botryomycome de la figure 1 offre les caractères ci-joints :

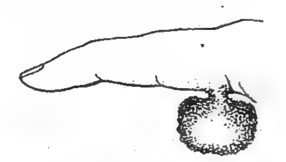


Fig. 1. — Botryomycome ulcéré de la face antéro-externe du médius de la main gauche. Tumeur rouge, framboisée, ulcérée, du volume d'une noisette. Ablation. Guérison.

La tumeur présente, sur toute sa périphérie, une couche de tissus désintégrés, dans lesquels on ne peut reconnaître aucune cellule, et qui est constituée par du sang, du pus et de la fibrine; il n'y a nulle part aucune cellule malpighienne, aucun vestige de glande sébacée ou de poils. Le corps de la néoplasie est constitué par un tissu absolument identique à celui des bourgeons charnus; c'est un tissu de granulations, devenu par places très fibreux, et au sein duquel on trouve une multitude de vaisseaux sanguins embryonnaires.

Dans un ou deux endroits seulement, il existe de petits points en voie de désintégration. Dans les coupes colo-

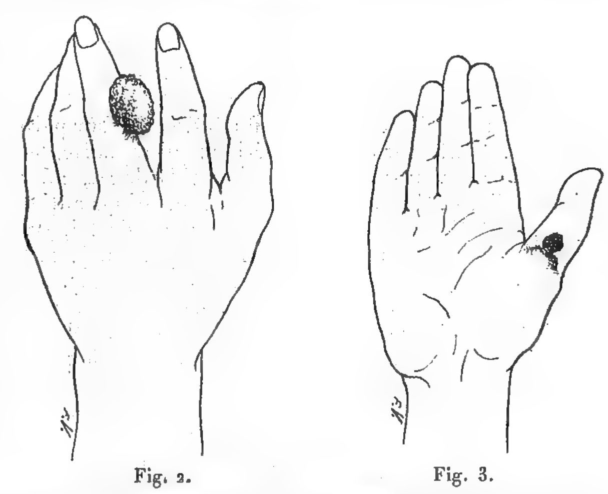


Fig. 2. Fig. 3.

Fig. 2. — Botryomycome ulcéré, siégeant au niveau de la tête palmaire du 5e métacarpien de la main gauche. Tumeur du volume d'une noisette. Ablation. Guérison.

Fig. 3. — Botryomycome ulcéré du volume d'un petit pois, sur l'éminence thénar, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main droite. Tumeur d'origine traumatique. Ablation. Guérison (malade opéré par M. Villard).

rées avec la couleur d'aniline on trouve le parasite, en très grande abondance, dans toutes les zones périphériques désintégrées, et aussi dans un, deux ou trois points centraux, mais il y en a peu dans le reste de la tumeur.

L'étymologie du mot botryomycose : βοτρυς, grappe, raisin, μύκης, champignon, indique une mycose avec une disposition spéciale, *en grappe*, des agents microbiens, et c'est ainsi, pour nous servir d'une comparaison, que la botryomycose est constituée par un parasite disposé *en grappe*, tandis que dans l'actinomycose les germes infectieux affectent une forme en *étoile*, d'où le nom d'actinomycose, champignon rayonné.

La botryomycose a, du reste, plus d'une analogie avec l'actinomycose dont elle serait très voisine, et dans leur livre : *Les maladies microbiennes des animaux* (Paris, 1896), MM. Nocard et Leclainche donnent de la botryomycose la définition que voici : « C'est une affection observée principalement chez le cheval (on n'a signalé jusqu'ici

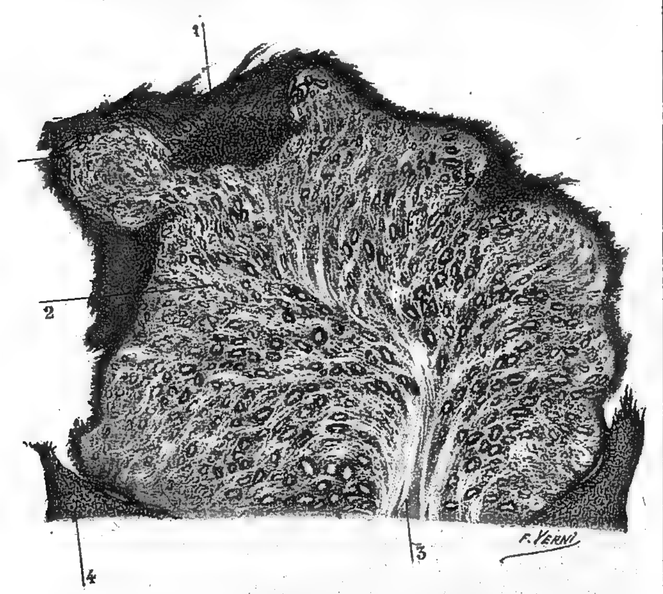


Fig. 4. — 1. Tissu en désintégration. — 2. Vaisseaux embryonnaires. — 3. Tissu fibreux du pédicule. — 4. Épithélium malpighien de la peau. — 5. Botryomyces.

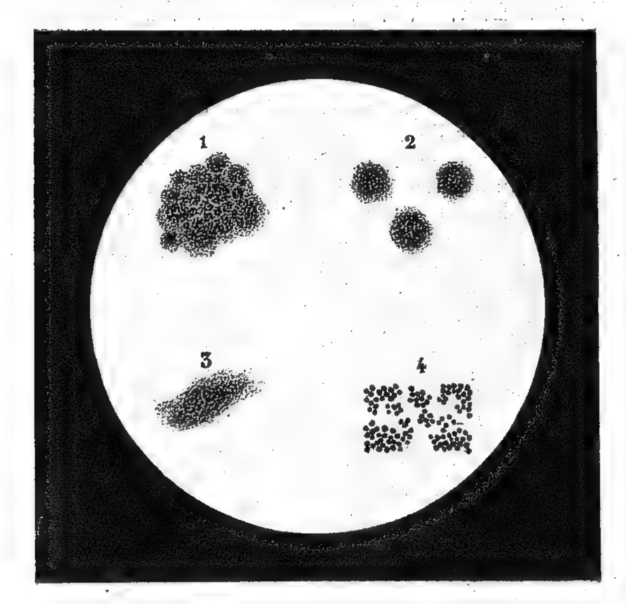


Fig. 5. — 1. Un grain jaune visible à l'œil nu constitué par une agglomération de botryomyces. — 2. Trois botryomyces. — 3. Un botryomyce écrasé par une lamelle. — 4. Une culture de botryomyces.

que quelques cas chez les bovidés, chez le porc), et caractérisée par la présence dans certains tissus du *botryomyces equi*. La maladie est très voisine de l'actinomycose. Comme celle-ci, elle se traduit anatomiquement par des néoformations inflammatoires au niveau des parasites. »

C'est en 1870 que Bollinger (1) rencontre pour la première fois ces parasites au sein de tubercules fibreux du poumon du cheval, et c'est en 1887 que le même auteur lui donne le nom de : *botryomyces*, après qu'en 1879, Rivolta et Micellone eurent signalé sa présence chez cet animal dans les néoformations du *champignon de castration*. Depuis lors, des observations nouvelles ont été recueillies et les travaux entre autres de Johne (1), de Rabe (2), de Kitt (3) (1889), etc., ont précisé les caractères du botryomyces. Il se présente dans les cultures sous la forme de microcoques, ressemblant absolument à des staphylocoques, mais dans les tissus on le rencontre sous forme de grains de 1 μ environ réunis en petites masses ou colonies primaires, de 5 à 6 μ de diamètre, associées elles-mêmes pour former des amas irréguliers, d'aspect mûriforme et de couleur jaunâtre. (Nocard et Leclainche, *loc. cit.*) (4).

La culture est obtenue sur la gélatine et sur la pomme de terre. Kitt a démontré que le botryomyces n'est pas simplement une variété d'involution du staphylocoque pyogène, modifié par sa culture dans des milieux peu favorables, et les propriétés pathogènes toutes spéciales du parasite font de la botryomycose une infection nettement différenciée. C'est la première fois que la botryomycose, si fréquente chez le cheval, est constatée en pathologie humaine.

1. *Arch. de Virchow*, vol. 49.

ANATOMIE CHIRURGICALE

Remarques sur les insertions accessoires de quelques-uns des muscles moteurs du pied et sur leur importance chirurgicale,

Par M. le Dr A. Jeanne

Nos récents traités classiques d'anatomie décrivent et figurent avec beaucoup de précision les insertions musculaires, et il semble qu'il n'est guère possible à l'heure actuelle d'en trouver qui aient échappé aux devanciers. Cependant, à côté des insertions principales des muscles de la jambe sur le pied, il m'a paru qu'il en était d'accessoires, méconnues, et dont l'importance physiologique mérite d'être mise en lumière.

Déjà Krause, Picou (*Revue d'orthopédie*, mai 1896) en avaient reconnu au muscle long péronier latéral.

J'ai pu contrôler leurs recherches et montrer en outre que l'extenseur commun des orteils, le court péronier latéral, le jambier antérieur en possédaient également (5); c'est surtout l'application chirurgicale de ces notions anatomiques que j'envisage ici :

1° *Le long péronier latéral et la désarticulation du premier métatarsien.* — Le long péronier latéral s'insère, comme on le sait, sur le tubercule externe de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, et aussi, d'une façon constante, quoiqu'en disent nos classiques, sur le premier cunéiforme.

Faisons l'ablation de ces deux os, et, découvrant le

1. *Deut. Zeitsch. f. Thiermedicin*, vol. 12, 1896.
2. *Ibid.*
3. *Cent. f. Bact.*, 1888, et *Monatsh. f. prakt. Thierh.*, t. VIII, 1889.
4. Chacune des colonies primaires est englobée dans une masse protoplasmique, hyaline, brillante et homogène que ces auteurs considèrent, à tort, croyons-nous, comme une capsule.
5. De la voûte plantaire et du pied creux congénital (th. de Paris, 1897).

tendon à la face externe de la jambe, tirons sur lui; la voûte se creuse encore, quoique moins puissamment, et les os du pied se tassent les uns contre les autres; puis le pied s'étend et se porte en abduction et rotation externe.

J'ai montré que cette action se faisait par l'intermédiaire des freins qui partent du noyau cartilagineux de ce tendon, freins déjà étudiés par Krause et Picou, et par des connexions notables avec le grand ligament de la plante. Ces adhérences sont d'étendue et de force variables, mais toujours résistantes, car elles ne se désinsèrent que par une traction assez considérable, qui est en moyenne d'au moins 20 kilogrammes; le minimum de résistance chez une femme âgée, peu musclée, a été de 17 kilogrammes, le maximum, de 25 kilogrammes chez un homme vigoureux.

Après désarticulation du premier métatarsien, les déviations secondaires du pied ne se produisent pas ou se font de deux façons différentes :

Ou bien le pied se porte en varus peu accentué, ce qui a peu d'influence sur les fonctions du membre inférieur, ou bien le bord interne s'abaisse, le bord externe se relève, et dès que le malade se met à marcher, le pied se tord en valgus, déformation autrement fâcheuse que la précédente.

D'où vient cette tendance au valgus? Elle est sans doute de cause mécanique et produite par la pression du sol contre le bord externe du pied. En effet rien n'abaisse plus le bord interne, maintenant constitué par le deuxième métatarsien, sur la tête duquel aucun muscle n'agit comme le fait le long péronier sur la saillie sous-métatarsienne; le talon antérieur n'a plus que son point d'appui externe, insuffisant puisque l'axe du membre et son centre de gravité tombent en dedans de lui; le bord externe se dévie donc en dehors, le pied s'aplatissant et se renversant sur son bord interne.

Les insertions accessoires du long péronier latéral lui permettant d'agir sur la voûte avec une certaine force, on peut penser que leur conservation rigoureuse dans la désarticulation du premier métatarsien ne serait sans doute pas inutile pour prévenir le valgus si souvent observé à la suite; elles sont détruites par le bistouri ou la suppuration. Une résection nette, rasant l'os, laissant aux lambeaux *toutes les parties molles*, d'autre part une plaie aseptique, voilà sans doute deux conditions importantes du succès dans le résultat définitif.

2° *Le court péronier latéral et la désarticulation du cinquième métatarsien.* — La désarticulation du cinquième métatarsien nuit peu ou point aux fonctions du pied; c'est du moins l'opinion de Legouest, de Salleron, de Delorme. Il faut sans doute en rechercher la cause en ce que le poids du corps porte surtout sur le bord interne de cet organe, de sorte que l'ablation de la moitié antérieure du bord externe a peu d'importance pour la station.

Mais elle sacrifie forcément l'insertion du court péronier latéral, le seul *abducteur direct* du pied, comme l'a établi Duchenne de Boulogne. Pourquoi donc, après cette mutilation, le pied ne se porte-t-il pas en *adduction* sous l'influence du jambier postérieur, muscle antagoniste? A cause des adhérences cicatricielles, dira-t-on, mais celles-ci, si le tendon était libre de se rétracter, ne se feraient pas à un niveau utile pour les fonctions du pied. La vérité est que le court péronier latéral a, comme j'ai pu le constater, des insertions secondaires sur le cuboïde et sur la capsule qui unit cet os au cinquième métatarsien. Enlevons celui-ci sur un membre qui vient d'être amputé, et faisons passer un courant induit dans le court péronier latéral, le pied se porte en dehors avec autant de facilité qu'auparavant.

Ces petites insertions, négligées des auteurs classiques, résistent en général à une traction de 10 kilogrammes. Elles contribuent notablement, il me semble, à empêcher la production du varus après ablation du cinquième métatarsien.

3° *L'extenseur commun des orteils et la désarticulation des orteils.* — Les deux muscles fléchisseurs du pied sur la jambe sont le jambier antérieur, qui est en même temps *adducteur*, et l'extenseur commun qui est en même temps *abducteur*.

Que se passe-t-il quand l'extenseur commun est paralysé? La flexion *directe* du pied est impossible, le jambier antérieur l'entraînant en même temps en adduction; l'action prédominante de ce dernier muscle donne au pied l'attitude du varus, l'action prédominante des extenseurs lui donne celle de l'équin. Sans doute, déformation semblable, moins accentuée bien entendu, va se produire après l'ablation totale des orteils, qui supprime les points d'attache classiques de l'extenseur, y compris celles qui se font sur la première phalange, et qui ont été si bien décrites par Duchenne.

Eh bien, aucune déformation, aucun trouble fonctionnel ne sont signalés après cette amputation; et, en effet, sur deux sujets qui l'avaient subie, et que j'ai pu observer, la station et la marche étaient parfaites, la flexion du pied *puissante et directe*.

Pourquoi cela? C'est que chaque tendon extenseur des orteils a une insertion en forme de sangle autour de la tête métatarsienne: extrêmement fortes, ces insertions dans leur ensemble résistent à des tractions de plus de 50 kilogrammes. Leur rôle est donc considérable dans la conservation des mouvements d'un pied privé de ses orteils.

4° *Le jambier antérieur.* — Bien que les opérations, même celles qui ont pour but la cure du pied bot, portent assez rarement sur la région des insertions de ce muscle au premier métatarsien et au gros cunéiforme, il me semble utile de savoir qu'il possède, après l'ablation de ces deux os, des connexions suffisantes pour fléchir facilement le pied et qui résistent à des tractions de 4 à 6 kilogrammes.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter sur l'application de ces notions aux ténotomies. Qu'on sectionne le long péronier latéral pour remédier au pied creux par contracture de ce muscle, qu'on sectionne le court péronier et les deux muscles fléchisseurs du pied, pour combattre le pied plat valgus douloureux il faut retenir que la ténotomie n'aura toute son utilité qu'en portant le bistouri assez loin des insertions osseuses.

L'extenseur commun sera donc sectionné au moins en arrière des têtes métatarsiennes. Les péroniers sont particulièrement accessibles derrière la malléole externe (1).

La connaissance de ces insertions musculaires accessoires, jusqu'ici ignorées, sauf celles du long péronier latéral, m'a paru avoir une certaine importance chirurgicale. Ce ne sont pas là seulement les résultats de simples dissections; j'ai pu les contrôler sur un membre récemment amputé, aux moyens de l'électro-physiologie; sous l'influence des courants induits, les muscles privés de leurs insertions principales ont agi sur le pied de la

1. Je rappelle à ce propos, comme caractères distinctifs de ces deux tendons, que, immédiatement au-dessus de la malléole, le long péronier est en dehors de l'autre, complètement privé de fibres musculaires; le tendon du court péronier est interne, et est entouré toujours *de fibres musculaires sur ses deux bords.*

même façon que me l'avaient montré déjà les recherches cadavériques.

BACTÉRIOLOGIE

Contribution à la biologie et la morphologie du bacille de la tuberculose,

Communication au *Congrès de médecine de Moscou*

Par MM. Kimla, Poupé et Vesely.

Nous avons étudié avec nos amis Poupé et Vesely, dans un travail commun :

1° *La biologie et la morphologie du bacille de la tuberculose;*

2° *Les effets des produits du bacille de Koch sur la tuberculose humaine et sur la tuberculose expérimentale.*

Le travail était fait en même temps dans le laboratoire bactériologique de la clinique de M. le Conseiller de la Cour professeur Eiselt, dans l'institut anatomo-pathologique de M. le professeur Hlava et dans les cliniques de MM. les professeurs Janowky, Kaufmann, Pawlik, Schöbl de l'Université tchèque à Prague.

I

A présent nous avons l'honneur de vous faire le rapport de la première partie concernant la biologie et la morphologie du bacille.

Voici les résultats de notre travail :

1° *Le bacille de Koch pris des diverses formes de la tuberculose humaine et animale, puis cultivé, ne montre pas toujours la même virulence ni les mêmes qualités végétatives.*

Koch a soutenu pendant longtemps l'opinion d'après laquelle le bacille pris de n'importe quelle forme de la tuberculose humaine ou animale, puis cultivé, devrait avoir toujours la même virulence. On retrouve encore cette opinion dans la nouvelle édition de l'ouvrage de Flügge datant de l'année dernière. Cependant dans la dernière communication bien connue, Koch admet déjà la diversité de la virulence du bacille. Nos expériences ont démontré que la virulence est toujours très inégale. Nous avons pris le bacille des cas et des formes diverses, nous l'avons expérimenté d'une manière absolument identique, nous l'avons cultivé sur le même terrain pendant le même temps, puis nous avons inoculé d'une manière absolument égale la même génération et à la même dose aux cobayes. Néanmoins l'inégalité de la virulence ressortait nettement de la différence dans la durée de la maladie, dans l'aspect de l'affection locale à l'endroit de l'injection, dans l'intensité de propagation aux organes internes, enfin dans la toxicité plus ou moins grande des produits de culture.

Si nous insistons sur cette inégalité de la virulence, c'est qu'elle a une grande importance aussi bien pour le clinicien que pour l'appréciation juste des préparations curatives qu'on extrait des cultures du bacille.

Mais à côté de l'inégalité de la virulence on retrouve une inégalité de l'accroissement et de l'aspect des cultures. Il y en a qui, dès la première génération, ont déjà un accroissement rapide et abondant, d'autres au contraire ne s'accroissent que très lentement et faiblement ou même pas du tout. Straus a bien vu que souvent la première génération végète mal, mais plus tard en s'acclimatant les générations ultérieures peuvent acquérir un accroissement rapide. Cependant nous avons vu des cultures qui bien végétantes à la première génération ne l'étaient plus du tout après plusieurs générations successives. Encore d'autres cultures présentaient une végétation extrêmement faible pendant une longue série de générations successives en conservant au bouillon le type d'une colonie en grappe sans formation d'une néomembrane sur la surface du liquide. De plus nous avons reconnu qu'il n'existe aucune relation fixe entre la toxicité de la culture et sa faculté végétative.

2° *Le bacille de la tuberculose végète habituellement bien dans les milieux neutres, faiblement alcalins ou faiblement acides. Dans des conditions déterminées nous avons aussi observé mais exceptionnellement, la végétation du même bacille dans les milieux considérablement acides. Le plus souvent, les réactions alcalines ou acides fortes ont une influence défavorable. La réaction du terrain d'ordinaire ne change pas, mais dans des conditions spéciales des changements très prononcés pourront se manifester.*

Quant aux végétations sur les terrains fortement acides, nous avons observé des phénomènes très intéressants :

Un accroissement en forme de colonies lamelleuses sur un terrain liquide sans albumine de la composition suivante :

Eau distillée	200 gr.
Chlorure de sodium	1 gr.
Phosphate d'ammonium et de soude	0 gr. 2
Sulfate de magnésie	0 gr. 1
Glycérine	4 gr. 0
Lycetol	1 gr. 0

Sur un terrain encore plus simple, fortement acide, sans albumine, de la composition suivante :

Eau distillée	200 gr.
Phosphate d'ammonium et de soude	0 gr. 3
Glycérine	7 gr.
Lycetol	2 gr.

l'accroissement était bien plus intense et en deux mois la culture formait un îlot couvrant un tiers de la surface, autour duquel on voyait une mince néomenbrane.

La réaction alcaline est devenue nettement acide sur les terrains liquides sans albumine de la composition suivante :

Eau distillée	200 gr.
Mannite	1 gr. 0
Asparaginate d'ammonium	1 goutte
Phosphate d'ammonium et de soude	0 gr. 2
Sulfate de magnésie	0 gr. 1
Glycérine	2 gr.
Mysonate de potassium	1 gr.

La réaction est devenue acide probablement par suite de décomposition de mysonate de potasse en sucre, essence de moutarde et sulfate acide de potasse.

Sur les terrains de la dernière composition ou le mysonate était remplacé par le lycetol acide, la réaction a énormément augmenté d'acidité et cependant les cultures du bacille avaient un accroissement abondant.

3° *Le bacille s'affaiblit à la suite de plusieurs générations successives à la glycérine. La glycérine en proportion déterminée a une influence favorable sur la culture du bacille, en proportion forte, la végétation du bacille en est empêchée.*

Nous avons augmenté progressivement la proportion de glycérine dans les terrains solides et liquides des compositions le plus diverses.

Dans les terrains liquides (bouillon, eau de pomme de terre glycérinée, le mélange de ces deux terrains), la proportion de la glycérine la plus favorable est de 4 p. 100 à 10 p. 100. En augmentant cette proportion la végétation se ralentit, la membrane de la surface est de plus en plus mince et quelquefois elle est à peine visible. A partir de 20 p. 100 à 25 p. 100 l'accroissement est lent, la membrane ne se forme plus à la surface, mais la particule ensemencée même s'accroît lentement.

Sur l'agar, on trouve à peu près le même résultat mais en général les cultures végètent bien plus mal ici que sur le bouillon, si la proportion de glycérine est plus forte. Cependant il y a des exceptions. Ainsi une série de cultures sur l'agar à 25 p. 100 montrait une végétation excellente mais un peu lente, tandis que ces mêmes cultures transposées sur la gélose de 26 p. 100 à 30 p. 100 montraient une végétation insignifiante.

Sur les terrains à une forte proportion de glycérine, nous avons pu constater, souvent de bonne heure, la transformation des pellicules sèches en pellicules visqueuses, puis émission des acides gras du bacille aux alentours, dont on a eu facilement la preuve à l'aide de la coloration de Gobet.

En plus, la glycérine a une influence indéniable non seulement sur la végétation du microbe mais encore sur sa virulence.

Ainsi chez des cobayes infectés par les cultures vicieuses, atténuées sur les milieux glycérinés, l'affection locale a guéri spontanément et la propagation ultérieure s'est bornée aux ganglions de l'aine, qui sont devenues caséeux.

4° *La composition du milieu nutritif a une influence évidente sur l'intensité de la végétation, sur la forme de la culture et du microbe, sur la toxicité et l'action des produits du bacille éventuellement sur sa virulence. Dans des conditions déterminées, les exigences du bacille sont minimes en ce qui concerne la quantité et la qualité des matières nutritives.*

Quelle influence peut avoir la composition du terrain sur l'intensité de la végétation nous est déjà nettement démontré dans le travail de Proskauer-Beck. Nous avons refait partiellement les expériences de ces auteurs et ensuite nous avons varié les expériences sur les terrains des compositions toutes nouvelles.

Nous avons commencé par le bouillon glycériné contenant l'extrait de viande, la peptone, le sucre et les sels. Puis nous en avons ôté l'extrait et la peptone, ensuite l'extrait, la peptone et le sucre, enfin l'extrait, la peptone, le sucre *et la glycérine*. Nous avons remplacé ces matières par les sels d'ammonium (tartrate, succinate, oxalate, lactate d'ammonium; phosphate d'ammonium et de soude), par la mannite, par l'asparaginate additionné de sulfate de magnésie et des phosphates.

Puisque les cultures réussissaient même sur ces terrains sans albumine, nous avons ôté encore les matières de remplacement et nous sommes arrivés aux terrains des compositions le plus simples, *sans glycérine et sans albumine*, dont voici quelques formules :

Eau distillée	300 gr.
Mannite	10 gr.
Tartrate d'ammonium	1 gr. 0
Lactate d'ammonium	0 gr. 3
Asparaginate de sodium	0 gr. 1
Chlorure de sodium	1 gr.
Phosphate de potassium	0 gr. 3
Sulfate de magnésie	0 gr. 1

Nous avons pu nous passer de tartrate, de lactate, de l'asparaginate; mais en ôtant la mannite la culture n'a pas réussi.

Voici la formule du terrain pour albumine et sans glycérine, de notre plus simple composition :

Eau distillée	300 gr.
Mannite	10 gr.
Tartrate d'ammonium	1 gr.
Chlorure de sodium	1 gr.
Phosphate de potassium	0 gr. 3
Sulfate de magnésie	0 gr. 1

De plus, nous avons obtenu des cultures, bien que d'une végétation très faible, encore sur les terrains sans albumine en leur additionnant l'antipyrine, l'antipepsine, la caféine, la quinine, le citrate de caféine.

Nous avons obtenu des végétations remarquables sur les terrains sans albumine de composition très simple contenant de la glycérine, la mysonate de potasse ou le lycetol dans les compositions suivantes :

Eau distillée	1000 gr.
Chlorure de sodium	10 gr.
Phosphate d'ammonium et de soude	1 gr.
Sulfate de magnésie	0 gr. 5
Mysonate de potassium	5 gr.
Glycérine	20 gr.

(réaction alcaline)

Eau distillée	200 gr.
Phosphate d'ammonium et de soude	0 gr. 3
Chlorure de sodium	2 gr.
Lycesole	2 gr. 5
Glycérine	7 gr.

(réaction acide)

Ou bien la même composition en remplaçant le lycetol par le mysonate et alors la réaction était alcaline.

Le mysonate ou le lycetol ont pu être remplacés par la théobromine.

Le triosinamine empêche toute végétation.

Le sulphaminole permet une végétation très mauvaise.

Sur le liquide d'Uschinsky, de Rollin, de Lehmann-Neumann, aucune végétation.

Sur la solution glycérinée de Gessard, l'accroissement est notable surtout dans les générations ultérieures acclimatisées.

Sur le terrain simple de Proskauer-Beck, la végétation n'a réussi qu'une fois et encore n'était-ce que d'une manière insignifiante.

Nous avons aussi cultivé le bacille avec succès sur les terrains végétaux le plus divers.

De ce groupe nous mentionnons seulement l'eau distillée additionnée de morceaux de truffes qu'on a fait auparavant bouillir à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'eau reste limpide, malgré la quantité insignifiante de matières nutritives le bacille végétait et un sédiment se déposait.

Moins bien réussissaient les cultures sur l'agar-agar sans albumine. Néanmoins nous en avons obtenu même sur les agars des compositions les plus simples ne contenant que du sel, du phosphate de potasse, de la glycérine, du succinate ou d'oxalate d'ammonium et de la mannite.

L'aspect des cultures dépendait surtout sur les terrains liquides de la composition du milieu nutritif.

Sur les bouillons de peptone et sucre, une membrane sèche, épaisse, plane ou ondulée.

Sur l'eau de pomme de terre, une membrane épaisse, fragile, brunâtre, ondulée ou raboteuse sans sédiment.

Sur les terrains sans extrait de viande et sans peptone, une membrane mince, présentant quelquefois à sa surface inférieure des franges nombreuses flottant dans le liquide.

Sur les terrains sans albumine, éventuellement sans glycérine, une membrane mince à peine visible, comme du papier de soie mouillé, des membranes réticulées, des membranes en arabesques ou des membranes en réseaux denses de filaments variqueux.

Ailleurs il y avait des membranes de formes les plus diverses : des membranes homogènes, bosselées, visqueuses; des membranes à surface inférieure mousseuse; des membranes d'aspect ciré ou lardacé; des colonies lamelleuses ou en rosette; des membranes de couleur blanche éclatante, de couleur jaunâtre, brunâtre; des membranes nacrées entourées d'un cercle de petits globules; des membranes formées de petits grains accolés ayant l'aspect d'une mosaïque. Colonies en grappes de raisin s'accroissant dans la profondeur. Enfin très remarquables sont les membranes visqueuses troublant le bouillon; par suite de chocs qu'éprouve le vase, des nuages de poussière fine ou des traînées entières d'une matière visqueuse se détachaient de la surface inférieure de la membrane et descendait au fond. La pureté absolue a été toujours prouvée par la coloration spécifique et la culture ultérieure sur des divers milieux.

L'aspect microscopique variait également selon le terrain. On voyait des formes en coccus, des bâtonnets minces, courts ou longs, isolés ou formant des filaments ou des amas, les formations avec des corpuscules pris pour les spores; d'autres étaient énormes, en forme de massue ou de baguette ou bien ramifiées, etc.

Nous avons reconnu comme très justes les observations de Roux, Nocard, de Metschnikoff, de Klein, Bruns, Hueppe, Fischel, Coppen Jones et Babes, concernant le polymorphisme du bacille. Jamais au contraire nous n'avons pu trouver ceux en forme de gourdin ressemblant à l'actinomycose que Babes a décrit il n'y a pas longtemps.

Insistons sur le conservatisme tout spécial que montre le bacille de la tuberculose. Il ne s'accoutume aux changements du terrain que s'ils ne sont pas trop brusques; et même dans ce cas nous avons observé des exceptions. Il s'habitue à une température assez élevée. Nous avons pu acclimater le bacille de la tuberculose *humaine* même à une température de 43° à 45°, où sa végétation était parfaite.

C'est précisément cette qualité et la faculté de métamorphose d'une culture du bacille de la tuberculose humaine sèche en une culture humide, visqueuse, identique comme aspect à la tuberculose aviaire, qui nous ont affirmé l'opinion que le bacille de la tuberculose humaine et celui de la tuberculose aviaire ne sont pas deux espèces distinctes, mais bien deux variétés de la même espèce.

C'est pourquoi nous avons essayé de changer aussi les qualités pathogènes du bacille de la tuberculose humaine de sorte qu'il soit pathogène pour les pigeons et les poules.

Nous avons métamorphosé une culture typique du bacille de la tuberculose humaine en une culture visqueuse, puis nous l'avons cultivée à une température de 44° - 45°, ensuite nous l'avons inoculé (bien émulsionné) aux cobayes et aux pigeons. Les cobayes sont morts d'une tuberculose des organes internes. Les pigeons montraient après une injection intrapéritonéale une péritonite tuberculeuse. Le foie et la rate sont restés intacts. Il paraît cependant que non seulement la différence de température mais encore la diversité du sang des mammifères et des oiseaux ont leur influence. Nos expériences dans ce sens ne sont pas encore terminées.

La composition du terrain a donc une influence incontestable sur la virulence des microbes. Et de même les produits de ces diverses cultures montrent une diversité d'action des plus nettes.

Le rapport de ce thème sera fait par mon ami Vesely.

Des effets des produits du bacille de Koch sur la tuberculose humaine et sur la tuberculose expérimentale,

Communication lue au *Congrès de Moscou*

Par M. le Dr Antonin Vesely.

Nous avons divisé notre étude sur les effets des produits du bacille de la tuberculose en deux parties :

I. Nous avons d'abord essayé de modifier la tuberculine de Koch. Nous avons cherché à conserver certaines matières qu'elle contient, dont l'efficacité est favorable, et à éliminer celles qui sont nuisibles. Notre façon de préparer une telle tuberculine diffère des essais actuels en ce que nous avons modifié le milieu nutritif pour obtenir une culture et une tuberculine le moins toxique.

II. Nous avons expérimenté les tuberculines obtenues des cultures faites dans des milieux nutritifs diversement modifiés. En supplément, nous avons examiné le sérum de Vigneras et la tuberculine R.

A. Expériences sur les animaux.

La tuberculine préparée d'une culture faite dans un milieu de composition [tel, comme l'a indiqué Koch, mais sans extrait de viande et avec une forte proportion de glycérine que nous voulons nommer brièvement T L, agit sur la tuberculose provoquée soit par des matières tuberculeuses de l'homme ou des animaux, soit par des cultures pures virulentes ou atténuées de la façon suivante :

A l'endroit de l'inoculation le processus local se résorbe, sans laisser des traces; dans les organes internes au contraire le processus continue, mais en général bien plus lentement que chez les témoins. Les animaux augmentent de poids et conservent assez longtemps l'équilibre de la nutrition. Puis subitement le poids diminue et l'animal meurt. La fièvre se montre après chaque injection à partir de la dose de 1 gramme.

TL injectée préventivement aux animaux à la dose suffisante (jusqu'à 20 grammes) n'oppose pas une barrière à l'infection expérimentale consécutive; mais la marche est bien plus lente.

Si l'on injecte les animaux avec des cultures atténuées, on voit le processus local guérir tout seul, et il peut arriver que dans les organes internes la tuberculose est complètement absente. Néanmoins ces animaux réagissent à la tuberculine par la fièvre même après une guérison complète.

De même, chez les descendants des animaux tuberculeux, on observe quelquefois la fièvre après l'injection de la tuberculine et à l'autopsie on ne trouve non plus des lésions tuberculeuses ni micro- ni macroscopiques, ni des bacilles.

Chez les animaux tuberculeux, TL provoque une réaction locale et générale, mais ne les tue qu'exceptionnellement à la suite des doses trop fortes (1-2 grammes par dose pour la première fois) et ne provoque pas ces accidents toxiques graves si communs à la tuberculine de Koch.

Le haussement de la température chez les cobayes s'observe aussi bien après l'injection de 0,2, 0,4 gramme du milieu nutritif, contenant la peptone de Kemmerich, concentrée à la manière de la tuberculine de Koch.

Les tuberculines préparées des cultures faites dans les milieux ne contenant pas de l'albumine n'élèvent la température qu'après des doses fortes (1 gramme et plus) et n'ont aucune influence sur la marche de la maladie.

Le sérum de Viquerat a une action semblable à la tuberculine TL, mais l'élévation de la température n'est pas aussi notable, la lésion locale ne guérit pas toujours et les animaux en expérience meurent de la tuberculose généralisée bien plus tardivement que les témoins.

Les expériences avec TR faites sur les cobayes infectés par les cultures de la tuberculose humaine donnaient des résultats en général négatifs. La culture dont nous nous sommes servi était faiblement virulente, en plus, les injections de TR étaient commencées déjà du 4e jour après l'inoculation et malgré tout TR n'a pas empêché le développement de la tuberculose généralisée. La fièvre après les injections était presque de règle. Il semble que TR n'est pas toujours de la même qualité, car la fièvre s'est montrée souvent après des doses qui, auparavant, ne causaient aucune réaction et contre lesquelles on croyait avoir immunisé l'animal, mais TR provenait d'un autre envoi.

Cette différence de l'effet est due probablement à la diversité des cultures employées à la fabrication de TR. Les animaux étaient sacrifiés 2 mois après, et à l'autopsie on ne trouvait pas une grande différence entre la tuberculose des animaux traités et celle des témoins.

B. Expériences sur les hommes tuberculeux.

La tuberculine TL provoque, dans beaucoup de cas de lupus et de tuberculose du larynx et du poumon, une réaction locale, l'amélioration générale du processus, mais elle ne guérit pas et n'empêche pas les récidives.

b) Même après des doses très fortes (1 gramme) on n'observe jamais ni la fièvre ni les accidents généralisés.

c) Dans une série de cas, elle n'amène aucune réaction ni locale ni générale.

Les tuberculines préparées dans les milieux de culture contenant la peptone de Kemmerich ou l'extrait de viande sont violemment toxiques et provoquent toujours une réaction locale et générale même après une dose de 2 milligrammes.

On observe surtout les accidents graves suivants : fièvre intense, faiblesse et quelquefois délire, inappétence, vomissements, céphalalgie, abattement et somnolence, érythème, infiltration douloureuse autour de l'inoculation et exanthème généralisé. Nous n'avons jamais observé ces accidents avec la tuberculine TL.

Les tuberculines préparées des cultures provenant de milieux ne contenant pas des albumines n'ont aucune action locale ni générale même après une dose de 1 gramme.

Le sérum de Vigneras n'a aucun effet local ni général, ni curatif même, après des doses de 10 grammes plusieurs fois répétées.

Les expériences avec TR sur les hommes lupiques étaient faites à la clinique de M. le professeur Ianovsky et voici les résultats obtenus. La valeur diagnosticale de TR égale celle de la tuberculine de Koch. Les réactions générales se montrent, dans la plupart des cas, déjà après une dose d'un dixième de centimètre cube du liquide et consistent dans une élévation de la température, dans l'abattement, dans des vomissements et dans des exanthèmes. On remarque une inégalité de l'effet des différents flacons. La réaction locale est souvent très intense et ne manque jamais. Quant à l'effet curatif, il est le même que celui de la tuberculine ancienne. Il y avait des récidives pendant le traitement. Au bout du traitement par FR l'immunisation des malades contre la tuberculine ancienne n'existait pas. Tous les malades ont perdu considérablement en poids.

Il résulte, de nos expériences sur les animaux et sur les hommes faites avec la tuberculine TL, que dans certaines conditions on peut préparer la tuberculine à laquelle les qualités utiles (salutaires) sont conservées, les qualités nuisibles, au contraire, du moins partiellement éliminées.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

DEUXIÈME SESSION

Tenue à Paris les 21, 22 et 23 octobre 1897.

Physiologie pathologique des rétentions rénales.

MM. F. Guyon et **J. Albarran** (de Paris). — Au point de vue de la physiologie pathologique, il est nécessaire d'étudier le fonctionnement du rein : 1° dans les poches de rétention rénale complète et fermée; 2° dans les poches de rétention rénale incomplète dès le début, et des poches qui, ayant été fermées, ont été secondairement ouvertes.

1° *Les rétentions rénales complètes.* — Sous l'influence de l'augmentation de pression uretérale, il survient, dès le première heure, de la congestion et de l'œdème du rein; la quantité d'urine sécrétée est moindre; en outre, cette urine contient déjà une plus faible quantité d'urée que l'urine normale. Si la rétention se prolonge, on voit se produire progressivement des lésions atrophiques des épithéliums rénaux, et, parallèlement à ces modifications, l'urine sécrétée contient de moins en moins d'urée. Comme la quantité d'urine sécrétée dans ces cas, représentée par le liquide qui reste dans la poche, est très minime, on peut dire que, au point de vue fonctionnel, le rein, tant qu'il est en rétention complète, est annihilé. Ces phénomènes s'observent dans les trois variétés de rétention complète : uronéphrose, uro-pyonéphrose ou pyonéphrose.

Lorsque l'obstacle au cours de l'urine est levé, le rein reprend son fonctionnement d'une manière plus ou moins parfaite. Au début, quand les troubles sécrétoires ne sont encore que sous la dépendance des désordres circulatoires du rein, la glande peut reprendre son fonctionnement normal. Au contraire, lorsque les rétentions sont de longue durée, des lésions irréparables du parenchyme se produisent, et le fonctionnement rénal reste pour toujours troublé; si l'obstacle au cours de l'urine est alors supprimé, le rein fonctionne d'une manière analogue à celle des reins en rétention incomplète dès le début. Il est très rare, même dans les cas de pyonéphroses, que le rein ait pour toujours perdu la faculté de faire de l'urine; la fonction est reprise en partie, mais d'une manière moins parfaite que dans les uro-néphroses et les uro-pyonéphroses.

2° *Rétentions primitivement incomplètes.* — Comme dans les rétentions complètes, les modifications de la sécrétion rénale sont sous la dépendance « de l'augmentation de la pression intra-urétérale et des modifications anatomiques du parenchyme ». Ce qui domine ici, ce sont les « lésions microscopiques du rein », plus accusées dans les pyonéphroses que dans les uro-pyonéphroses et les uro-néphroses; ce fait nous indique l'importance « toute relative » de l'épaisseur des parois de la poche rénale. En fait, des poches minces d'uro-néphrose ou d'uro-pyonéphrose sécrètent « plus et mieux » que des poches plus épaisses de pyonéphroses. Quelle que soit la variété de rétention rénale; on est frappé de voir la valeur physiologique réelle de reins en apparence détruits. Grâce à l'emploi du cathétérisme uretéral et de la sonde uretérale à demeure, nous avons pu étudier « la valeur physiologique comparée des deux reins ».

Au point de vue de *quantité d'urine sécrétée dans les vingt-quatre heures*, nous avons vu que des poches très minces d'uronéphrose et d'uro-pyonéphrose fournissent, en général, « presque autant d'urine » que le rein sain, et, certains jours, nous avons vu le rein malade sécréter « plus d'urine » que son congénère. Dans les pyonéphroses, la quantité de liquide sécrétée dans les vingt-quatre heures a toujours été notablement inférieure à celle du rein sain.

La *composition de l'urine* sécrétée par les uro-néphroses et les uro-pyonéphroses ouvertes présente des particularités dont rendent compte les courbes faites d'après le résultat des analyses des urines des deux reins, chez deux de nos malades étudiés respectivement pendant 15 et 43 jours consécutifs.

Les courbes de *l'urée* démontrent : 1° que la somme totale de l'urée sécrétée par les deux reins, dans les vingt-quatre heures, subit, d'un jour à l'autre, des oscillations considérables; 2° que la courbe de l'urée du rein sain est presque parfaitement parallèle à la courbe de l'urée totale et présente les mêmes oscillations; 3° que la courbe du rein malade présente des oscillations de peu d'importance et sans rapport fixe avec les variations des courbes précédentes.

Le rein malade sécrète une quantité d'urée qui varie peu d'un jour à l'autre, et qui représente, suivant les jours, parfois près de la moitié, le plus souvent le tiers ou le quart de l'urée totale; les variations de ce rapport sont dues presque exclusivement aux différences de sécrétion du rein sein. Certains jours pourtant, lorsque le bon rein sécrète peu d'urée, on voit le rein malade en sécréter un peu plus que d'habitude, mais cette ébauche de compensation n'est jamais bien importante.

Les *phosphates* suivent des oscillations analogues à l'urée : la quantité relative de ces sels éliminés par le rein malade est un peu moindre par rapport au rein sain, que la quantité d'urée composée dans les deux reins. C'est dire que la valeur du rein malade pour l'élimination des phosphates est encore moindre que pour l'élimination de l'urée.

Les *chlorures*, en revanche, s'éliminent mieux que l'urée; le rapport entre les chlorures des vingt-quatre heures et ceux fournis par le rein malade est, en moyenne, de 1,5/1.

La potasse s'élimine moins bien par le rein malade, qui fournit trois ou quatre fois moins de ce sel que le rein sain.

Pour bien nous rendre compte de la valeur physiologique des poches de rétention rénale ouvertes, nous avons étudié la toxicité des urines des deux reins et leur valeur comparée, au point de vue de l'élimination de certaines substances.

En ce qui regarde la toxicité des urines, nous avons vu que l'urine du rein malade, filtrée à la bougie Chamberland, est plus toxique et plus convulsivante que l'urine du rein sain.

Dans l'étude de l'élimination des médicaments, nous avons vu l'iodure de potassium passer presque avec la même rapidité dans les urines des deux reins : le sous-carbonate de fer passe aussi dans les deux urines, mais plus vite par le rein sain. En étudiant le passage du bleu de méthylène, nous avons vu, chez un malade, que la poche d'une uro-néphrose ne laissait pas passer le bleu; chez une autre malade, qui laissait bien passer l'iodure, nous avons vu une coloration bleue des urines très atténuée; nous avons dû la chercher en additionnant du chloroforme, tandis que les urines de l'autre rein étaient très teintées; en outre, l'élimination commencée plus tard était finie plus tôt du côté malade.

Les recherches que nous venons d'exposer nous semblent présenter un réel intérêt, au point de vue du diagnostic et des indications opératoires dans les rétentions rénales. Elles démontrent que toutes les fois que les deux reins fournissent une urine de composition semblable, le diagnostic de rétention rénale doit être écarté. D'un autre côté, nous pouvons arriver à déterminer, par l'étude comparée des urines des deux reins, quel est « le degré des lésions du rein malade », et ce qu'il représente au point de vue de sa valeur fonctionnelle. Toutes ces données ont une importance capitale pour établir les indications opératoires, notamment pour décider si on doit ou non conserver un rein en rétention.

Hydronéphrose. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison opératoire.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg) communique un cas d'hydronéphrose consécutive à une pyélite, pour lequel il fit la néphrectomie transpéritonéale.

La malade se remit très vite de l'opération. Mais, 3 mois plus tard, le rein opposé se prit à son tour, et 6 semaines après la malade succomba.

L'étiologie et la nature de cette pyélite sont obscures; la malade, vierge encore, n'accusait aucun antécédent héréditaire morbide, tel que tuberculose, syphilis, affection des voies urinaires inférieures. Elle n'avait éprouvé aucun traumatisme antérieur et n'avait ni calculs, ni hydatides dans le rein.

Récidive post-opératoire des calculs de la vessie.

M. Pousson (de Bordeaux). — Les récidives post-opératoires tiennent beaucoup moins à l'oubli d'un fragment qu'à la persistance des causes générales et locales de la lithiase vésicale. Ce qui le prouve, c'est que la taille, pas plus que la lithotritie, n'est capable de la prévenir. Sur 40 des premiers malades, qu'il a opérés depuis qu'il exerce et qu'il a pu suivre jusqu'à ce jour, M. Pousson a pratiqué 35 fois la lithotritie et 5 fois la taille; or, il compte 11 récidives chez des lithotritiés et 2 chez des taillés. Les deux récidives, dans cette seconde série d'opérés, s'expliquent par l'existence d'une infection tenace de la vessie que des sondages et les lavages réguliers, des soins minutieux du réservoir, ne parvinrent pas à modifier. Les 11 malades qui récidivèrent après la lithotritie doivent être divisés en deux catégories : la première comprend 5 malades porteurs de calculs uriques dans un appareil urinaire sain; la seconde en compte 6 qui présentaient des concrétions phosphatiques pures ou avec noyaux uriques et avaient la vessie infectée. Dans la première catégorie, 4 malades furent lithotritiés à nouveau une fois, et 1 dut l'être deux fois.

L'intervalle écoulé entre la première et la seconde intervention qui, à l'exception d'un seul malade, se mesure par 2 ans, 2 ans et 3 mois, 5 ans 1/2, ne permet pas de s'arrêter à l'hypothèse que la récidive reconnaît pour cause le débarras incomplet de la vessie.

Des 6 observations de récidivistes infectés et porteurs de concrétions phosphatiques, 4 méritent une simple mention : elles ont trait à des malades qui subirent seulement deux lithotrities; mais 2 sont dignes de fixer l'attention, car on dut pratiquer, chez l'un, 6 fois le broiement et l'aspiration dans une période de 5 ans, et, chez l'autre, 7 fois en 4 ans. Chez ces 2 malades, l'existence d'une cystite rebelle et le développement hypertrophique considérable de la vessie, qui les met dans l'impossibilité d'uriner sans avoir recours à la sonde, rend compte de ces récidives.

M. E. Chevalier (de Paris). — La comparaison entre la lithotritie et la taille est faite, très souvent, dans un esprit très différent, suivant qu'elle est faite par des chirurgiens habitués à la lithotritie ou par des chirurgiens à qui cette opération n'est pas familière. Ces derniers, les plus nombreux, font à la lithotritie une série de reproches injustifiés.

L'objection en apparence la plus grave, est que la lithotritie expose aux récidives, que la taille évite. La lithotritie, dit-on, laisse ou peut laisser des fragments, que la taille permet d'enlever. A cela MM. Guyon, dans ses leçons, et Albarran, à Moscou, ont déjà victorieusement répondu, sans parler des examens cystoscopiques qui ont montré la vessie nettement débarrassée.

Quant à la récidive, elle n'est pas plus évitée dans l'une que dans l'autre opération.

La récidive ne dépend donc pas de la nature de l'opération. Elle tient ou à l'organisme, « calculs d'organisme » (Guyon), si la pierre est urique ou oxalique, ou à la suppuration de la vessie ou du rein, « calcul d'organe » (Guyon), et la lithotritie garde, sur la taille, l'avantage de pouvoir être répétée souvent.

Les indications de la taille, quoique très restreintes, existent pourtant, quand les pierres sont trop grosses, trop dures, ou trop nombreuses et l'état général ou vésical trop mauvais.

M. Albarran (de Paris), pensant qu'on n'est jamais très sûr que la lithotritie soit complète, fait une vérification par l'endoscope, dans la huitaine qui suit l'opération; cet examen présente de grandes facilités, car on se trouve en présence d'une urèthre très large et d'une vessie reposée depuis qu'elle a été débarrassée par l'opération. Nitze a proposé l'examen immédiat à l'aide d'un cystoscope introduit dans la sonde évacuatrice; ce n'est pas toujours possible dans des vessies saignantes.

M. Malherbe (de Nantes) a fait 53 lithotrities et 3 tailles. Au début, les récidives ont été assez fréquentes. Elles le sont devenues beaucoup moins à la longue. L'habitude qu'on en a tient sous sa dépendance les résultats de l'opération; pour un chirurgien habile, il n'y a pas de traumatisme à craindre. M. Malherbe n'a jamais rencontré de calculs impossibles à briser et l'hypertrophie de la prostate n'est pas un obstacle quand on peut passer le lithotriteur.

M. Tédenat (de Montpellier), pour éviter les récidives, attache une très grande importance à la vérification avec un petit lithotriteur, immédiatement après l'opération, puis quelques jours après. Pour les limites des indications de lithotritie par dureté ou trop gros volume des calculs, M. Tédenat croit qu'il est impossible de donner des chiffres, mais que l'opérateur doit savoir apprécier lui-même ces limites, selon son habileté et son habitude opératoire.

M. Nicolich (de Trieste) a opéré 79 malades : 67 par la lithotritie, 12 par la taille hypogastrique. Les premiers n'ont pas été suivis. Mais sur les seconds, il a eu une récidive. Ce n'est pas l'opération qui favorise la récidive, mais bien l'état de la vessie et surtout son pouvoir contractile. Il préfère la lithotritie, mais avoue qu'elle est d'une exécution difficile.

M. Guiard (de Paris) ne croit pas que ce soit par le choix de la taille ou de la lithotritie que l'on doive chercher à résoudre la question de la réussite; c'est plutôt par le soin méticuleux que l'on doit apporter à faire, après l'opération principale, des séances de vérification. D'une façon générale, on doit toujours craindre de ne pas pousser assez loin cette vérification. Pour sa part, M. Girard répète les séances jusqu'à ce qu'il en ait fait une complètement blanche. Cette vérification par le lithotriteur, et surtout par l'aspirateur, est vraiment un moyen précieux de prévenir les récidives des calculs phosphatiques.

En ce qui concerne la cystoscopie appliquée au diagnostic des fragments après les séances opératoires, M. Guiard ne partage pas les opinions de M. Albarran. D'abord, le malade aura à subir, s'il reste quelque gravier, deux manœuvres différentes : celle de la cystoscopie et celle qui sera ensuite nécessaire pour supprimer le corps étranger. Il préfère donc, pour ce motif, recourir à l'aspiration qui est un très précieux moyen de diagnostic. Dans les cas où, ni les manœuvres du lithotriteur, ni les grands mouvements de la paroi vésicale, déterminés par l'aspiration, ne parviennent pas à révéler la présence des fragments, à en faire non seulement le diagnostic, mais aussi le traitement, en les faisant descendre dans le réservoir de l'aspirateur, M. Guiard craint fort que le cystoscope ne réussisse pas davantage. L'insuccès des recherches par le lithotriteur et l'aspirateur tient surtout, en effet, à ce que les fragments sont dissimulés dans des plis de la vessie qui les retiennent et qui les cacheront même au cystoscope.

M. Loumeau (de Bordeaux) est d'avis qu'on ne saurait trop multiplier les vérifications après l'opération. Dans ce but, il faut employer et le lithotriteur et le cystoscope. En outre, pour éviter les récidives, il y a une grande utilité à suivre et surveiller le malade jusqu'à désinfection complète de la vessie. Le nitrate d'argent semble bien répondre à ce dernier but.

M. Albarran (de Paris), en réponse aux objections sur la vérification par cystoscopie, croit que les calculs ou fragments qui seront assez dissimulés pour échapper au cystoscope seront, à plus forte raison, inaccessibles à un autre instrument.

Quant à la vérification par l'aspirateur, elle est tout à fait infidèle, et, comme exemple, il n'a qu'à citer les cas de calculs phosphatiques.

M. Carlier (de Lille) pense qu'il ne faut pas accuser la lithotritie des récidives post-opératoires, car ces récidives s'observent aussi souvent après la taille sus-pubienne, puisque M. Pousson en a cité deux cas sur 5 malades cystotomisés par lui. L'opérateur habile ne peut souvent rien à ces récidives. Il est préférable de les attribuer, d'une part, aux décharges considérables d'acide urique ou même de gravier qu'on observe dans les jours consécutifs à l'opération (taille ou lithotritie); d'autre part, il faut tenir compte de la contractilité vésicale et de la forme de la vessie. On n'observe, en général, les récidives que chez les prostatiques, à cause de l'existence des bas-fonds de la vessie où viennent se loger les graviers, tout récemment venus du rein, et on ne voit pas de récidives chez l'enfant opéré d'un calcul, quel que soit le procédé opératoire employé.

De la suppuration des canaux accessoires de l'urèthre chez la femme.

MM. Hartmann et Reymond (de Paris) ont rapporté

l'observation d'une femme de 29 ans, chez laquelle toute une série d'abcès s'ouvrant spontanément s'est développée au cours d'une grossesse en 1891-1892. En février 1897 commence une nouvelle grossesse, et immédiatement reparaissent une série d'abcès. Le 7 mai dernier apparaît un gros abcès de la cloison uréthro-vaginale, qui s'ouvre spontanément le lendemain. On extirpe la plus grande partie de la poche située au-dessous et à droite du méat. Au-dessous et à gauche de celui-ci, on trouve un deuxième canal long de 2 centimètres, admettant une sonde cannelée et donnant un peu de pus.

L'examen de la poche excisée donne une structure identique à celle de la partie terminale de l'urèthre féminin.

Chez une deuxième malade, il n'y avait pas d'abcès, mais suppuration gonococcique de deux canaux identiques comme siège.

Ces deux observations semblent intéressantes :

1° Parce qu'elles montrent qu'à côté des abcès développés aux dépens de glandes intra-uréthrales, il en est d'autres qui peuvent se développer aux dépens de canaux, s'ouvrant directement à l'extérieur;

2° Parce que ces canaux présentent une structure, rappelant celle du canal uréthral et non pas une glande, ce qui les différencie de ces lésions glandulaires étudiées par Astruc, A. Guérin, de Sinéty, Martineau et ses élèves, à moins qu'il n'y ait eu dans tous ces cas des lésions non glandulaires, identiques à la nôtre, l'examen histologique de la poche manquant dans les observations antérieures que nous avons pu lire.

M. Verchère (de Paris). — Ces abcès se développent non dans de véritables glandes, mais dans des culs-de-sac muqueux. Ces lésions ne sont pas toujours de vrais abcès; parfois, dans une localisation du gonocoque, on a une accumulation de sécrétion semblable à du smegma.

Quant aux véritables suppurations, elles sont décrites et elles existent. Elles arrivent à fermer l'orifice dans l'urèthre et donnent lieu à des fistules qui s'ouvrent dans l'urèthre et le vagin, et qui demandent une intervention chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Le cancer musculaire lisse, par J. Paviot et L. Bérard (*Arch. de méd. expériment.*, septembre 1897, p. 944). — Les auteurs estiment qu'il existe un cancer de la fibre musculaire lisse comme de tout tissu. Ce cancer, étudié par eux dans l'utérus, est décrit généralement comme un sarcome, en particulier un sarcome myxoïde.

Pathogénèse de l'ostéomyélite à staphylocoques, par A. Binda (*Arch. de méd. expériment.*, septembre 1897, p. 931). — Les staphylocoques produisent des lésions intravasculaires; les foyers s'agrandissent par thrombose ascendante et rétrograde, et aussi par irruption des microbes hors des vaisseaux.

Le cartilage épiphysaire oppose une barrière très résistante au processus inflammatoire. Les dilatatations ampullaires des vaisseaux au niveau du cartilage épiphysaire favorisent l'arrêt des microbes.

MÉDECINE

Aortites expérimentales, par E. Boinet et Romary (*Arch. de méd. expériment.*, septembre 1897, p. 902). — Le traumatisme rigoureusement aseptique ne produit pas d'aortite, mais favorise la production et la localisation des lésions infectieuses de l'aorte. Sans traumatisme, l'aortite peut être produite par le bacille de Gilbert et Lion, et exceptionnellement par le bacille d'Eberth et le bacille diphthérique.

Les toxines microbiennes (diphthérie, streptocoque, choléra, tuberculine) peuvent engendrer des plaques d'aortite aiguë, surtout après traumatisme préalable. L'intoxication lente peut produire de la sclérose aortique.

On peut aussi déterminer de l'aortite avec divers poisons (plomb, acide urique, urate de soude, phloridzine).

Toxicité vraie de l'alcool éthylique, par A. Joffroy et R. Serveaux (*Arch. de méd. expérim.*, juillet 1897, p. 681). — Poursuivant leurs recherches sur la toxicité des alcools, MM. Joffroy et Serveaux ont expérimenté l'alcool éthylique commercial et l'alcool éthylique chimiquement pur.

Suivant le procédé qu'ils ont imaginé, ils ont employé des solutions alcooliques à 18 p. 100, additionnées d'extrait de sangsues et de chlorure de sodium, pour éviter la coagulation; le liquide injecté était maintenu à la température du corps de l'animal, et l'injection était faite dans les veines, avec une vitesse de 1 centimètre cube par minute et par kilogramme. L'équivalent toxique ainsi obtenu peut être fixé à un chiffre très voisin de 8 c.c. pour le chien, et de 7 c.c. 75 pour le lapin. Les injections intra-vasculaires, faites comparativement, fournissent un nombre un peu moins élevé, mais, néanmoins, comparable aux chiffres précédents.

Avec l'alcool chimiquement pur, les nombres sont très sensiblement supérieurs à ceux qui correspondent à l'alcool éthylique commercial regardé comme pur.

L'intoxication aiguë, que MM. Joffroy et Serveaux ont étudiée expérimentalement chez ces mêmes animaux, leur a permis d'observer des troubles thermiques, respiratoires et circulatoires constants; les phénomènes moteurs et sensitifs, tant par leur fréquence que par leur intensité, ne doivent être classés qu'au second plan.

L'intoxication chronique ne leur a donné que des résultats encore peu précis, étant donnée la difficulté de la réaliser sur l'animal. Ils peuvent néanmoins déjà conclure que l'alcool éthylique agit alors comme un poison énergique, produisant rapidement des lésions de l'estomac, de l'intestin et des reins, qui peuvent entraîner la mort, parfois à brève échéance.

Sérum antistreptococcique, par H. van de Velde (*Arch. de méd. expériment.*, juillet 1897, p. 835). — Un sérum obtenu avec une variété donnée de streptocoques peut être très puissant contre cette variété et complètement inactif contre une autre. Mais on peut obtenir un sérum actif contre les deux variétés à la fois en inoculant simultanément ces deux variétés à l'animal qui fournira le sérum (sérum polyvalent).

Sort des levures dans l'organisme, par G. Gilkinet (*Arch. de méd. expériment.*, septembre 1897, p. 881). — La levure de bière introduite dans le sang ou sous la peau ne produit aucun effet morbide local ni général. Elle ne se multiplie pas dans les tissus vivants et est très rapidement détruite par les liquides organiques. Cette propriété destructive des liquides organiques disparaît à 55°. Elle fait défaut aux éléments figurés du sang. Les levures pathogènes doivent appartenir à des espèces différentes de la levure de bière (*saccharomyces cerevisiæ*).

Infections hépatiques expérimentales par le proteus vulgaris, par A. Gouget (*Arch. de méd. expériment.*, juillet 1897, p. 708). — En injectant, chez le lapin et le chien, des cultures vivantes ou stérilisées de *proteus*, l'auteur a produit des angiocholites allant jusqu'à la suppuration, avec infiltration embryonnaire dans les espaces portes et nécrose d'un certain nombre de cellules hépatiques. Cette infection biliaire s'accompagne généralement d'hypothermie.

L'injection dans la veine porte et la circulation générale provoque des lésions hépatiques moins importantes; distension extrême des vaisseaux, quelquefois avec thrombose ou rupture, début d'infiltration embryonnaire périlobutaire et dégénérescence des cellules hépatiques. L'injection dans une veine périphérique produit, en outre, des altérations, surtout vasculaires, dans divers organes.

L'auteur a observé, dans ces infections, la dégénérescence amyloïde du foie, l'endocardite, la paraplégie. Il a constaté aussi la généralisation du microbe et sa présence dans le sang

après injection dans le cholédoque. Toutefois il estime que la capacité de diffusion est assez limitée.

Leucocytose dans l'intoxication et l'immunisation expérimentales par la toxine diphthérique, par J. Nicolas et P. Courmont (*Arch. de méd. expériment.*, juillet 1897, p. 737). — D'après ces recherches, l'hyperleucocytose est un symptôme d'intoxication qui constitue une réaction de défense de l'organisme. Elle manque souvent dans l'intoxication rapide et est constante, au contraire, dans l'intoxication lente. Elle manque aussi, on l'observe très rarement au cours de l'immunisation.

Propriétés antithermique, antitoxique et antiseptique de l'antipyrine, par A. Deléarde (*Arch. de médecine expériment.*, juillet 1897, p. 786). — En étudiant l'action de l'antipyrine sur la fièvre provoquée artificiellement par la macération de levure de bière, l'auteur a constaté que ce médicament possède une action antithermique bien manifeste, mais qui s'épuise rapidement. Donné à titre préventif par la voie intra-veineuse, il n'empêche pas l'évolution d'un accès fébrile; mais, injecté sous la peau, il a une influence bien marquée sur la marche de la fièvre. Peut-être, chez l'homme, serait-il donc préférable de l'administrer en injections hypodermiques.

L'antipyrine possède des propriétés antitoxiques *in vitro* à l'égard des toxines diphthérique et tétanique. On pourrait donc l'utiliser pour les lavages de la gorge diphthérisée et des plaies tétaniques. Elle possède, en outre, un pouvoir antiseptique.

Endocardite aiguë, par P. Holst (*Arch. de médecine expériment.*, juillet 1897, p. 805). — Description d'un microbe trouvé dans le sang pendant la vie et dans les valvules malades (au microscope) à l'autopsie. C'est un petit coccus, quelquefois groupé en chaînes très courtes ou en petits amas, ne prenant pas le Gram, ne se laissant plus ensemencer après un petit nombre de générations, ne poussant pas mieux dans le vide. Il ne s'est pas montré pathogène chez les animaux.

MÉDECINE PRATIQUE

La phénacétine dans la fièvre des tuberculeux,

D'après M. le Dr Louis Guilliermin.

Dans un de nos précédents articles nous disions que nous avions épuisé sans succès dans notre pratique toute la série des antipyrétiques contre la fièvre des tuberculeux. Voici une thèse récente (1) dans laquelle M. Guilliermin étudie à ce point de vue l'action de la phénacétine, et qui aboutit à des conclusions presque identiques.

Bien que cet auteur regarde ce médicament comme l'antithermique de choix des phthisiques, il est facile de se convaincre, en parcourant les observations, que son efficacité n'est pas sensiblement supérieure à celle de l'antipyrine, par exemple, administrée selon les règles formulées par Daremberg « non pour abaisser la température, mais pour l'empêcher de monter ». Les détentes ne sont que de courte durée : la chute du thermomètre commence une heure après l'ingestion de la phénacétine et atteint son maximum 4 heures plus tard; la réascension se fait graduellement à partir de ce moment et le retour à la température initiale a lieu de 4 à 8 heures après. M. Guilliermin croit pouvoir conclure de ses observations que l'usage prolongé de la phénacétine serait capable de modifier l'évolution de la maladie, non par une action sur les lésions pulmonaires dont la fièvre relève, mais en permettant aux malades de s'alimenter, de dormir, et en supprimant les malaises, les douleurs, la céphalalgie qui accompagnent les poussées thermiques.

1. L. Guilliermin, *la Phénacétine dans la fièvre des tuberculeux* (th. de Lyon, 1897, n° 115).

La phénacétine est en effet plus analgésique que l'antipyrine et à ce titre pourrait lui être avantageusement substituée : elle n'est ni mieux, ni plus mal tolérée par les estomacs des phthisiques; de l'examen impartial des faits publiés, on ne peut conclure à sa supériorité comme antithermique.

Quoi qu'il en soit, le praticien a intérêt à connaître le meilleur mode d'emploi de la phénacétine, et sur ce point nous acceptons bien volontiers la posologie proposée par M. Guilliermin.

Quand la fièvre débute vers 2 heures de l'après-midi et cesse vers 7 heures, atteignant comme maximum 38°5, donner 25 centigrammes de phénacétine à 3 h. 1/2.

Si l'accès commence à midi, atteint 38°3 à 3 heures et 38°5 à 6 heures, faire prendre 25 centigrammes à 11 heures du matin et 25 centigrammes à 3 heures de l'après-midi.

Si la température monte à 38°5 à 4 heures et à 39° à 6 heures, donner à 11 heures et à 3 heures 40 à 50 centigrammes; si la fièvre se prolonge jusque vers 9 heures, prescrire un 3e cachet de 50 centigrammes à 6 heures.

Si l'ascension thermique débute à 10 heures du matin et persiste jusqu'à une heure avancée de la nuit, 4 cachets de 50 centigrammes sont nécessaires.

Enfin lorsque la fièvre existe dès 8 heures du matin et s'élève jusqu'au voisinage de 40° avec une courte rémission nocturne, il vaut mieux revenir à des doses minimes de 25 à 50 centigrammes, qui agissent simplement comme analgésique : car en poursuivant, dans ces cas, avec des doses élevées, la défervescence, on s'expose à ne l'obtenir qu'au prix de sueurs profuses, avec tendance au collapsus, pâleur, refroidissement des extrémités, phénomènes suivis fréquemment d'une réaction intense qui ramène le thermomètre à une température supérieure à celle qu'on a voulu abaisser.

Somme toute, l'enseignement qui se dégage de l'essai de la médication antipyrétique dans la fièvre des tuberculeux peut se résumer ainsi :

Elle est *dangereuse* lorsque la fièvre atteint tous les jours entre 39° et 40° et persiste de 12 à 18 heures; elle est *inefficace* lorsque la fièvre est continue, ou qu'il y a plusieurs poussées dans la journée, même si le thermomètre ne monte pas au delà de 38°5; elle est *utile* lorsque la durée de la fièvre ne dépasse pas 4 à 5 heures, et qu'elle peut, en faisant disparaître les malaises causés par l'ascension thermique, favoriser l'alimentation des malades.

G. Maurange.

Posologie infantile du calomel,

D'après M. le Dr R. Nogué.

Comme purgatif :

De 0 à 6 mois.	0 gr. 02 à 0 gr. 10	*pro die.*
De 6 à 15 mois.	0 gr. 10 à 0 gr. 20	—
De 15 mois à 3 ans. . .	0 gr. 20 à 0 gr. 30	—
De 3 à 5 ans.	0 gr. 30 à 0 gr. 40	—
De 5 à 10 ou 12 ans. . .	0 gr. 40 à 0 gr. 50	—

En 2 fois, à jeun, à une heure d'intervalle, dans un peu de lait ou mélangé à du sucre pulvérisé ou mieux dans une cuillerée à café de miel.

Comme altérant ou antiseptique intestinal :

De 0 à 6 mois	0 gr. 01	3 fois	par jour.
De 6 à 15 mois. . . .	0 gr. 01	3 à 5 fois	—
De 15 mois à 3 ans. .	0 gr. 02	3 à 5 fois	—
De 3 à 5 ans.	0 gr. 03	3 à 5 fois	—
De 5 à 10 ou 12 ans. .	0 gr. 04	3 à 5 fois	—

Dans un peu de lait ou de miel ou mélangé à un peu de sucre en poudre.

Prescrire le régime lacté exclusif.

Substances incompatibles : les acides, les chlorures, les alcalis et carbonates alcalins, les sulfates, les iodures solubles, toutes les substances contenant de l'acide cyanhydrique (eau de laurier-cerise, amandes amères, loochs, etc.), le kermès, les alca-

loïdes, le bromure de potassium, le chlorhydrate de pilocarpine, la magnésie.

Contre-poisons : eau albumineuse, fer réduit par l'hydrogène.

Traitement de la blennorrhagie aiguë par le bleu de méthylène,

D'après M. le Dr J. Moore (de Belfast).

Le bleu de méthylène administré par la voie gastrique posséderait, d'après M. J. Moore, une action réelle dans le traitement de la blennorrhagie aiguë. Il agirait à la fois comme analgésique et antiseptique. Les douleurs de la miction sont en effet rapidement calmées dès qu'apparait la coloration verte caractéristique des urines, c'est-à-dire presque immédiatement après la première dose du médicament. On l'administre en pilules, de 5 à 6 centigrammes, à raison de 3 pilules 3 fois par jour.

L'action sur la sécrétion de la muqueuse serait non moins remarquable : la durée de la période aiguë se trouverait dans tous les cas sensiblement diminuée ; en quelques jours, l'écoulement deviendrait insignifiant. Néanmoins, ce traitement ne suffit pas à lui seul à guérir l'infection gonococcique, il prépare et favorise l'action des modificateurs locaux (lavages) habituellement employés.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Chlorure d'or, cyanure d'or.

Solubilité. — Le *chlorure* d'or est très soluble, le *cyanure* peu soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — On a attribué aux sels d'or une action antisyphilitique au moins égale à celle du mercure. Les faits sur lesquels s'appuie cette opinion ne sont ni assez nombreux, ni assez démonstratifs pour autoriser le praticien à y avoir recours dans le traitement des accidents tertiaires à allure grave. Tout au plus pourra-t-il essayer la valeur de ce succédané dans les cas ou l'intolérance de son malade pour la médication hydrargyrique et les iodures sera et demeurera absolue.

Néanmoins il semble acquis que dans les affections rétiniennes, dans la choroïdite atrophique, la paralysie du nerf optique d'origine tabétique, les sels d'or et en particulier le cyanure auraient une efficacité indiscutable, même dans les cas où l'origine syphilitique de l'affection ne serait pas établie. Cette propriété curative résulte des observations réunies par Galezowski et Despagnet, et est admise par un certain nombre d'oculistes.

Les sels d'or ont-ils une action modificatrice de la suppuration des milieux de l'œil comme les sels de mercure? Des expériences récentes tendent à l'établir. Il y a là une voie ouverte à des essais cliniques légitimes sous la condition de ne point négliger les indications de l'intervention chirurgicale.

On a signalé les propriétés antinévralgiques du chlorure et du *bromure* d'or : ce dernier sel n'a pas été, que nous sachions, employé en injection hypodermique. Nous-même, dans un cas de névralgie sciatique où nous avions épuisé toutes les ressources de la thérapeutique courante, nous avons obtenu une guérison par les injections sous-cutanées de chlorure d'or, à la dose de 5 milligrammes tous les deux jours. Nous signalons ce fait malgré qu'il soit unique et sans y attacher de valeur absolue : car on est si fréquemment désarmé contre certaines névralgies rebelles, qu'il est bon de faire connaître tous les moyens qu'on peut tenter, n'eussent-ils réussi qu'une fois.

C'est à ce titre encore que nous indiquerons l'action tonique des injections de sels d'or chez les tuberculeux, curative même dans quelques cas de lupus, modératrice des sueurs profuses, signalée par Roussine, confirmée par Esterlen et Blake White, et que nous ajouterons à cette nomenclature déjà longue la paralysie générale, la maladie de Morvan comme pouvant être favorablement influencées par ces mêmes injections.

Enfin le chlorure d'or a été préconisé par Calmette contre le venin des ophidiens. Mais depuis, cet auteur semble avoir reconnu une efficacité supérieure au chlorure de chaux à 1/60. Quoiqu'il en soit le chlorure d'or comme le chlorure d'or chaux ne préviendraient les accidents dus aux crocs des serpents venimeux qu'à la condition d'être pratiquées au point même de l'inoculation et au plus tard dans les 30 minutes qui suivraient la morsure (Phisalix et Bertrand).

Pour être complet, disons qu'on a essayé, pour répondre aux mêmes indications, divers sels doubles : tels le *chlorure double d'or et de sodium*, le *cyanure double d'or et de potassium*, un *sel double de chlorure d'or et d'iodure de manganèse*.

Ces combinaisons ne semblent pas avoir sur les monosels d'or des avantages bien marqués.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* de 5 à 10 milligrammes par injection et par 24 heures, exceptionnellement 2 centigrammes. Généralement les injections ne sont répétées que tous les deux jours.

Effets de l'injection.

a) Immédiats. Sensation de brûlure intense, puis gravative, qui persiste pendant les deux à trois premières heures qui suivent la piqûre. Les injections doivent être, bien entendu, intramusculaires, poussées lentement et faites avec les mêmes précautions d'asepsie que pour les composés mercuriels. La douleur est en partie évitée, en rompant, comme pour le calomel, le parallélisme des tissus.

b) Éloignés. Jamais d'accidents consécutifs. Peu ou point d'induration locale. Aucun signe d'intolérance.

FORMULES

Chlorure d'or. . . . . 0 gr. 01
Eau *stérilisée* . . . . 5 gr.
1 cent. cube comme antisyphilitique.

(Letamendi.)

Chlorure d'or. . . . . 0 gr. 10
Eau *stérilisée* . . . . 10 gr.
1 cent. cube contre le venin des ophidiens.

(Calmette.)

Cyanure d'or ou cyanure d'or et de potassium. . . . . 0 gr. 10
Eau *stérilisée* . . . . 10 gr.
1 cent. cube dans les affections du fond de l'œil.

(Galezowski, Despagnet.)

G. Maurange.

INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Affaire Laporte. — Nous apprenons que le Dr Laporte s'est décidé à interjeter appel. Dès lors, la souscription que nous avons annoncée continue à avoir sa raison d'être.

Dans notre première liste de la souscription Laporte comprenant notre rédaction habituelle j'ai oublié de mentionner le nom d'un nos plus anciens rédacteurs, le docteur R. Romme. Le total de cette liste monte donc à 40 francs.

Depuis, nous avons reçu les souscriptions suivantes :

MM. les Docteurs :

Dion	5 fr.
Marfan	5 fr.
Pinard	5 fr.
Prouff	5 fr.
Théveny	5 fr.
Varnier	5 fr.
Watelet	5 fr.
Marquez	5 fr.
Wallich	5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Corps étranger du rectum (p. 1069).

REVUE DES CONGRÈS. — *Association française d'urologie :* Castration et hypertrophie de la protaste (p. 1070). — Tuberculose du rein. — La blennorrhagie. — Pyonéphrose ou congestion rénale. — Cathétérisme cystoscopique des uretères. — Grosses tumeurs du rein (p. 1071). — Varicocèle dans les tumeurs du rein. — Néphrotomie pour anurie. — Cas d'anurie calculeuse (p. 1072). — Exstrophie de la vessie. — Rétention d'urine. — Circoncision. — Hydronéphrose calculeuse. — Cancer de l'urèthre (p. 1073). — Cystotomie sus-pubienne (p. 1074).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine.* — *Société anatomique :* Appendicite oblitérante. — Ostéophytes tuberculeux. — Cancer des deux capsules surrénales. — Tumeur kystique de la mamelle. — Séquestre syphilitique de la mâchoire supérieure. — Occlusion intestinale par diverticule de Meckel (p. 1074). — Intoxication par le sublimé. — Epithélioma des capsules surrénales. — Rhumatisme chronique. — *Société de biologie :* Rhumatisme articulaire aigu. — Toxique minéral et toxiques microbiens (p. 1075). — Transmission, par l'allaitement, du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant. — *Société de chirurgie :* Occlusion intestinale. — Cor s étranger du rectum. — Thyroïdectomie partielle pour faux goitre exophthalmique. — Sarcome de la valvule iléo-cæcale. — Adénome de l'intestin grêle (p. 1076). — *Société médicale des hôpitaux :* Cancer primitif des voies biliaires. — Diphthérie. — Nouvelle tuberculine de Koch. — *Société d'ophthalmologie :* Balle dans l'orbite (p. 1077). — Tuberculose intra-oculaire. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Epanchements péritonéaux. — Anévrysme de l'aorte — Ulcère perforant de l'estomac. — Fièvre typhoïde. — Goitre exophthalmique et diabète (p. 1078). — Bacille typhique. — Hémiplégie pneumonique. — Traitement de la pneumonie infantile par les bains froids. — Epidémie de pneumonie. — Ectromélie. — Opération césarienne (p. 1079).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Sarcomatose des os et albumosurie (p. 1079). — *Société de médecine berlinoise :* Paralysie faciale. — Scoliose hystérique. — Angleterre. *Leeds and West Riding medico-chirurgical Society :* Tumeur du cervelet. — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne :* Hydrothérapie. — Xérodermie pigmentaire (p. 1080).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Corps étranger du rectum. Mécanisme de l'enclavement des corps étrangers longs et volumineux,

Par Pierre Delbet,

Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Le 3 mars 1894, étant de garde comme chirurgien du Bureau central, je fus appelé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaillon, pour un cas assez piquant. Il s'agissait d'un vigoureux gaillard de 31 ans, J. R..., qui s'était introduit dans le rectum la bouteille que voici, et qui, le premier moment passé, en éprouvait quelque embarras. La bouteille mesure 24 centimètres de long, 57 millimètres de diamètre et 18 centimètres de circonférence dans sa portion la plus large. Elle avait été introduite goulot premier et le fond était au-dessus du sphincter.

La salle de garde, mise en joie, s'était escrimée sur cette bouteille. On avait, après dilatation de l'anus, tenté de l'extraire avec tous les instruments possibles. Mais les efforts n'avaient réussi qu'à déchirer la muqueuse en plusieurs points et à la faire saigner abondamment.

Quand je vis le malade, on sentait aisément, par la palpation de l'abdomen, le goulot de la bouteille qui faisait saillie à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche. Le sphincter était béant et le doigt arrivait tout de suite sur le corps étranger. On pouvait ainsi constater un fait très important, c'est que le coccyx empiétait sur le fond de la bouteille et en recouvrait la moitié postérieure. Ce coccyx résistait, ne se laissait pas rétropulser suffisamment pour démasquer le corps étranger et opposait un obstacle insurmontable à son extraction. Trouvant que les manœuvres antérieures avaient suffisamment lésé la muqueuse rectale, convaincu que toute tentative du même ordre resterait sans résultat, je résolus de faire immédiatement la rectotomie postérieure et la résection du coccyx.

Le malade endormi fut placé dans la position de la taille, et je fis une incision médiane postérieure, comprenant la totalité des sphincters et se prolongeant en arrière jusque sur le sacrum. Après avoir libéré le coccyx de ses insertions ligamenteuses et musculaires, je le désarticulai. Rien ne fut plus facile alors que de saisir et d'enlever la bouteille entre le pouce et l'index.

Il ne restait plus qu'à fermer la plaie; ce que je fis de la manière suivante. Avec l'aiguille d'Emmet, je passai d'abord trois gros fils d'argent comme pour une périnéorrhaphie. Les deux extrémités de ces fils furent saisis dans des pinces et avant de les serrer, je fis deux lignes de suture superficielle, l'une au catgut sur la muqueuse rectale, l'autre au fil d'argent fin sur la peau. L'affrontement superficiel ayant été fait aussi soigneusement que possible, je serrai les gros fils de manière à supprimer tout espace béant et à bien affronter les parties profondes et en particulier les extrémités du sphincter divisé.

La réunion se fit complète par première intention et le malade sortit au bout de douze jours complètement guéri et avec un sphincter efficace.

J'ai cherché à me rendre compte de l'obstacle qui s'opposait à l'extraction de la bouteille avant la résection du coccyx et pour cela je l'ai réintroduite dans le rectum de plusieurs cadavres. Voici ce que j'ai constaté :

Les choses se passent toujours de même avec de simples différences de degré.

Les premiers temps de l'introduction, lorsque le sphincter est dilaté, sont assez faciles. Mais lorsqu'on a dépassé le col de la bouteille, il faut, pour continuer l'introduction, déployer une force un peu variable suivant les sujets, mais en général énorme. Sur plusieurs cadavres je n'ai pas pu réussir à moi seul et j'ai dû me faire aider. Deux personnes vigoureuses ne sont pas trop pour triompher des résistances qui se produisent chez certains sujets. Voici, en effet, ce qui se passe. Le promontoir repousse le goulot en avant; la prostate et le ligament de Carcassonne, violemment soulevés, repoussent le corps en arrière contre le coccyx et la bouteille est coincée entre ces trois points d'appui : le promontoire, la forte aponévrose périnéale, le coccyx. Dès que le fond a dépassé le sphincter ou plutôt le coccyx, la bouteille change de position brusquement comme si elle était mue par un ressort. Le ressort c'est l'aponévrose moyenne. Le fond file en arrière dans l'excavation sacrée, tandis que le goulot s'incline en avant et à gauche. Les rapports sont alors les suivants : le goulot entraîne la partie supérieure du rectum ou la partie inférieure de l'S iliaque dont il est coiffé et le méso de cette portion de l'intestin est fortement tendu. Le fond de la bouteille est logé dans l'excavation sacrée de telle façon que le coccyx se recourbe au-dessous comme un taquet. Quand on veut faire l'extraction par les voies naturelles, le ligament de Carcassonne et la prostate qui, au lieu de se soulever comme pendant l'introduction,

tendent à s'abaisser, s'opposent invinciblement à ce que le corps de la bouteille puisse être ramené assez en avant pour que le fond évite le taquet coccygien. Il est donc indiqué de réséquer ce dernier.

Certes, il serait illégitime de tirer d'un cas isolé des conclusions générales. Il y a sans doute des sujets dont le coccyx très mobile se laisserait suffisamment rétropulser pour permettre l'extraction du corps étranger. Qu'on me permette cependant dedire que, dans bien des cas, la rectotomie postérieure avec résection du coccyx est nettement indiquée. Quand le corps étranger ne peut pas être facilement enlevé par l'anus dilaté, quand il est fragile et que ses fragments, si on venait à le casser, pourraient blesser le rectum, au lieu de recourir à des instruments compliqués, de s'ingénier à des manœuvres difficiles et incertaines, il est plus simple et moins dangereux de faire la rectotomie et la résection du coccyx.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

DEUXIÈME SESSION

Tenue à Paris les 21, 22 et 23 octobre 1897.

Séance du 22 Octobre (matin).

Castration et hypertrophie de la prostate.

M. Carlier (Lille), rapporteur. — C'est en se basant sur des observations anatomiques et cliniques que l'on recourut à la castration double comme méthode curative de l'hypertrophie de la prostate.

Les malades opérés sont nombreux; on en compte actuellement plus de 500. Les résultats obtenus sont extrêmement variables.

Il est des cas incontestables de guérison radicale, avec rétablissement intégral de la fonction urinaire, atrophie complète de la prostate, et même guérison des complications. D'autres malades ont recouvré la facilité de la miction, avec une simple diminution du volume de la prostate. Beaucoup n'ont éprouvé qu'une modeste amélioration de la fonction, et les insuccès complets sont fort nombreux.

L'opération paraît avoir une action décongestive manifeste sur la prostate; elle agit probablement aussi sur la contractilité vésicale, d'une part, en décongestionnant la vessie, d'autre part, par dynamogénie de l'organe inhibé. C'est ce qui permet d'expliquer, après l'opération, le retour rapide (quelques heures) de la miction spontanée, mais incomplète chez des malades qui, depuis plusieurs années, n'urinaient pas sans la sonde.

Bien que les résultats obtenus chez des malades opérés pour simple dysurie sans rétention et chez des malades en rétention aiguë aient été ordinairement très favorables, la castration ne doit pas être employée dans ces cas, qui sont très justiciables de l'emploi du cathétérisme bien conduit

Si les insuccès sont nombreux, la mortalité consécutive à la castration double est également considérable. Elle atteint 19 p. 100. On peut l'expliquer par le mauvais état général des malades, minés par de graves lésions rénales, qui auraient dû déconseiller toute intervention.

Il est actuellement impossible de supputer, à l'avance, les chances de succès d'une castration double. En effet, l'opération a réussi dans des cas où elle semblait contre-indiquée, et échoué dans des cas qui paraissaient très favorables. En outre, les résultats obtenus s'accordent mal avec nos connaissances actuelles sur les lésions de la prostate et de la vessie chez les prostatiques. Il est difficile d'expliquer la rétrocession des lésions de la prostate si l'on accepte la théorie de Launois faisant de l'hypertrophie prostatique une conséquence de l'artério-sclérose. Si on admet, au contraire, que l'hypertrophie de la prostate est une cirrhose hypertrophique d'origine glandulaire (Albarran), on s'explique mieux l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration. Or le travail de M. Motz conclut dans ce sens, puisque 63 p. 100 des prostates hypertrophiées devaient leur hypertrophie à l'abondance du tissu glandulaire.

Quant à l'artério-sclérose, on ne l'observerait pas dans les prostates dont le tissu glandulaire est très abondant, ni même dans les prostates dont le tissu glandulaire occupe seulement la moitié de la coupe.

Mais comment le chirurgien reconnaîtra-t il que telle prostate doit son hypertrophie au développement du tissu glandulaire, plutôt qu'à celui du tissu conjonctif ou musculaire, pour conseiller à son malade une opération qui lui répugne? La clinique ne permet pas actuellement de répondre à cette question.

Il serait prématuré de porter un jugement définitif sur la valeur de la castration double dans l'hypertrophie prostatique. Si cette opération compte des revers et des insuccès nombreux, elle a à son actif des guérisons dont l'authenticité est indiscutable. Elle a atrophié des prostates hypertrophiées, ce que n'a jamais pu faire la sonde. Elle provoque souvent une décongestion rapide de l'appareil prostato-vésical, et semble rendre plus facile le cathétérisme post-opératoire. Malgré ces avantages, cette opération n'est probablement pas appelée à un brillant avenir, à cause de l'incertitude de ses résultats et à cause de la répugnance qu'éprouveront toujours les malades à s'y soumettre.

Ligature et résection des canaux déférents chez les prostatiques. — Ici encore les résultats ont été des plus variables. Des malades ont été améliorés en ce sens que les mictions ont été moins fréquentes et plus faciles; on cite même des cas de simili-guérison, mais les modifications survenues dans le volume de la prostate ont été bien souvent insignifiantes. Et que d'insuccès nombreux avec une opération toujours identique! Il semble cependant que les poussées congestives sont parfois conjurées par la résection des canaux déférents, et l'on cite des malades qui, opérés en pleine dysurie, ont pu, au moment même de la section des déférents, évacuer spontanément une certaine quantité d'urine. Pour expliquer une action aussi rapide, il faudrait faire intervenir le système nerveux, et admettre les expériences de Prjewalski, qui affirme avoir obtenu l'atrophie de la prostate chez des chiens auxquels il avait simplement réséqué les nerfs du cordon spermatique, sans toucher au canal déférent. Dès lors, les résultats parfois obtenus chez des prostatiques par la section de déférents ne s'expliquent que parce qu'il y a eu section simultanée des nerfs du plexus spermatique, et si la castration agit mieux et plus rapidement que la vasectomie, c'est parce que les filets nerveux du cordon sont tous intéressés lors de la section totale du cordon.

Quoi qu'il en soit, la résection des canaux déférents est une opération plus infidèle encore dans ses résultats que la castration double; quand elle agit, ce serait en diminuant l'état congestif des prostatiques. Il est permis de croire que le cathétérisme bien conduit aurait souvent amené l'amélioration survenue chez certains malades après la vasectomie. Aussi, malgré sa bénignité et sa facilité d'exécution, nous ne croyons pas que la résection des canaux déférents soit appelée à un avenir plus brillant que celui de la castration double.

M. P. Hamonic (de Paris) présente une statistique opératoire de 11 cas dans lesquels il a pratiqué la résection double des canaux déférents pour hypertrophie de la glande prostatique.

Dans 7 cas, le résultat thérapeutique a été positif, mais il s'agissait là de prostatiques congestifs on atteints de subinflammation glandulaire superposée à l'hypertrophie, et l'élément pathologique d'où dépendaient surtout les accidents actuels était l'hyperhémie.

Dans 2 cas les résultats ont été moins positifs, mais les deux malades s'éloignaient de la série précédente, et chez eux l'élément congestif était moins prédominant.

Enfin, chez deux prostatiques opérés à froid, c'est-à-dire en dehors de toute complication congestive surajoutée, le résultat a été absolument négatif.

M. Hamonic conclut que la vasectomie est inconstante dans ses effets et qu'elle paraît agir plus sur l'élément congestif que sur le tissu hypertrophique lui-même.

Séance du 22 octobre (soir).

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.

M. Carlier (de Lille) a pratiqué, cette année, deux néphrotomies pour pyélo-néphrite tuberculeuse chez des malades dont les symptômes vésicaux, très marqués avant l'intervention sur le rein, s'amendèrent considérablement aussitôt après l'ouverture du rein. Chez un de ces malades, qui urinait six fois par heure avant l'opération, et dont les mictions étaient douloureuses, le nombre des mictions tomba à 35 dans les vingt-quatre heures dès le second jour après l'opération. En outre, les urines, primitivement purulentes, redevinrent limpides et les douleurs vésicales furent dès lors insignifiantes.

Ces mêmes phénomènes furent observés chez le second malade soumis à la néphrotomie.

On aurait donc tort de renoncer parfois à la néphrectomie de par l'intensité des symptômes vésicaux. Dans ces cas, une exploration attentive de la vessie révélera que sa sensibilité, tout en étant marquée, n'est pas excessive et n'est pas en rapport avec la fréquence extrême des mictions.

M. Duret, à l'appui de la communication précédente, cite le cas d'un mineur atteint de tuberculose rénale, avec symptômes vésicaux très intenses; à la suite de la néphrectomie, la guérison fut complète, avec cessation de réaction vésicale.

M. Pousson a observé bien souvent des malades atteints de tumeurs rénales et qui avaient été considérés comme ayant une cystite. Les phénomènes vésicaux, dans le cours d'affections rénales, ne sont donc pas des contre-indications opératoires.

La blennorrhagie, maladie générale.

MM. Jullien et **Sibut** (de Paris) citent deux faits qui attestent la pénétration dans le sang du gonocoque ou de ses toxines. Dans l'un, qui concerne une jeune fille de dix-sept ans, entrée à Saint-Lazare pour une blennorrhagie vaginale, on voit l'écoulement se compliquer de synovite articulaire, de tendinosynovite, d'hygroma, de myosite, de néphrite, et brusquement la température monter à 40°, et s'établir une méningite avec délire continu. Les bains froids en eurent raison et la malade guérit; une éruption de tâches rosées lenticulaire avait annoncé le début des accidents. L'examen du sang ne permit pas de reconnaître le gonocoque, vu antérieurement dans l'urèthre, mais on y découvrit un coccus excessivement petit, indéfiniment cultivable sur ascite.

Dans le second cas, la blennorrhagie coïncide avec la syphilis qui semble lui céder le pas. Le gonocoque est reconnu dans le pus vaginal. Des arthropathies se montrent en des sièges multiples, mais font bientôt place à une cardiopathie qui aboutit, en peu de temps, à l'infiltration puis à la destruction de la valvule mitrale. Des embolies se produisent, la cachexie cardiaque s'accentue, la malade maigrit et reste infirme, haletante, incapable d'un travail quelconque. L'examen du sang avait permis d'y retrouver le gonocoque.

Pyonéphrose ou congestion rénale?

M. Loumeau (de Bordeaux). — Chez une femme atteinte depuis longtemps de cystite intense avec énorme calcul vésical et uretéropyélite, les deux reins étaient gros et douloureux, le droit plus encore que le gauche. En même temps il existait de la fièvre vespérale, de la sécheresse avec teinte subictérique de la peau, de l'amaigrissement et une prostration profonde de l'état général, une purulence et une fétidité extrêmes des urines. Une fois le calcul enlevé par la taille vaginale dont je laissai subsister, à l'état fistuleux, la plaie opératoire pour mieux assurer le drainage permanent de la vessie et des uretères, la persistance de la tuméfaction rénale et des accidents généraux me fit conclure à l'existence d'une double pyonéphrose plus développée du côté droit. Je fendis le rein droit par la voie lombaire quinze jours après mon intervention vésicale; il était très gros, rouge pourpre, mais ni dilaté, ni purulent. Je le refermai immédiatement par une suture au catgut, et la plaie était, au bout de huit jours, complètement cicatrisée. Il s'agissait ici non pas d'une pyonéphrose, ainsi que je l'avais cru par erreur, mais d'une simple congestion rénale. Celle-ci a dans l'espace de quelques semaines, entièrement disparu, tant du côté gauche non opéré que du côté néphrotomisé.

Cathétérisme cystoscopique des uretères.

M. J. Albarran (de Paris) résume trois observations nouvelles :

1° *Hydronéphrose diagnostiquée cliniquement. Erreur reconnue par le cathétérisme uretéral.* — Avec M. Ch. Nélaton, nous avons vu une dame de quarante-deux ans, dont le ventre avait beaucoup grossi depuis six mois, sans autres symptômes que quelques troubles digestifs et de la fatigue. La malade n'urinait que de 300 à 400 grammes dans les vingt-heures; à deux reprises elle avait eu, sans douleur, des crises de polyurie abondante. A l'examen, on constate une volumineuse tumeur abdominale remplissant tout le côté droit du ventre et dépassant à gauche le bord externe des muscles droits. La tumeur est lisse, rénitente, régulière, mate à la percussion, sa matité se continuant avec celle du foie; elle a le contact lombaire. Nous pensons, Nélaton et moi, à une hydronéphrose. Avec mon cystoscope, j'introduis facilement une sonde dans l'uretère et jusque dans le bassinet droit, et je laisse cette sonde à demeure pendant quarante-huit heures. D'un autre côté, je recueille l'urine de la vessie et je vois, par l'analyse comparative des deux urines, que les deux reins fonctionnent d'une manière analogue. Me basant sur ce que, dans les rétentions rénales, on ne voit jamais les deux reins fonctionner de la même manière, j'écarte le diagnostic d'hydronéphrose. Le 9 septembre 1897, je fais la laparotomie et j'enlève un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire adhérent au foie et à la paroi abdominale. La malade guérit rapidement.

2° *Calcul du rein droit directement senti avec la sonde introduite dans l'uretère.* — Il s'agit d'un malade de Barcelone, opéré il y a un an de néphrolithotomie du rein gauche. Depuis l'opération, il persiste une fistule lombaire, mais le malade n'est pas soulagé. Le seul symptôme qui ait disparu est l'hématurie; mais les douleurs continuent, les urines sont toujours très purulentes et tout travail est impossible. Je pratique, le 29 septembre, le cathétérisme uretéral du côté non opéré, c'est-à-dire à droite : il s'écoule de suite par la sonde 15 grammes de liquide uropurulent qui, à l'analyse, montre un fonctionnement rénal médiocre. En retirant la sonde, je perçois, de la manière la plus nette, la sensation d'un calcul qui gratte contre ma sonde, exactement comme on sent parfois dans la vessie un calcul avec un instrument mou.

2° *Epithélioma et tuberculose coexistant dans le même rein. Diagnostic de la valeur fonctionnelle comparative des deux reins.* — Au mois de juillet de cette année est entré à Necker un malade tuberculeux, dont le rein gauche était augmenté de volume et qui présentait des hématuries à répétition et des urines purulentes.

Par le cathétérisme des deux uretères, je constatai : *a*) du côté du rein malade qu'on ne pouvait introduire qu'une sonde de petit calibre et que l'urine des vingt-quatre heures était purulente, en petite quantité (250 gr.) et ne contenait que 2 grammes d'urée en vingt-quatre heures; *b*) du côté de l'autre rein, que le cathétérisme était facile et que le rein sécrétait 1 500 grammes d'urine limpide contenant 16 grammes d'urée. Ces analyses me conduisirent au diagnostic d'uretérite avec rétrécissements et de pyonéphrose gauche; comme je savais que le rein gauche ne valait presque rien au point de vue fonctionnel et que le rein droit faisait à lui seul tout le travail, je pratiquai la néphrectomie et j'extirpai, en même temps, 12 centimètres de l'uretère. Ce malade guérit rapidement et continue à bien aller. Le rein enlevé était tuberculeux et, en outre, présentait dans sa portion supérieure un noyau d'épithélioma alvéolaire de la grosseur d'une châtaigne. L'uretère était rétréci par des lésions tuberculeuses avancées; le bassinet dilaté contenait du pus.

Les grosses tumeurs du rein.

M. Carlier (de Lille). — Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, chez lequel un varicocèle gauche apparut en 1887. Deux ans après, survint une hématurie grave. M. Guyon, ap-

pelé auprès du malade, diagnostiqua une tumeur du rein gauche et déconseilla toute intervention; depuis lors, ce malade présente, tous les sept ou huit mois, une hématurie considérable qui dure environ trois jours. Actuellement son état général est parfait, et, en en examinant le ventre, on y constate l'existence d'une tumeur mesurant le volume d'une tête d'adulte, occupant l'hypochondre et le flanc gauche, et dépassant à droite la ligne blanche. J'ai colligé un grand nombre d'observations de tumeurs du rein, opérées ou non opérées, et je n'ai pas trouvé dans la littérature médicale un seul cas de tumeur maligne dont l'évolution ait duré dix ans. Mon malade aurait-il bénéficié de la néphrectomie? Je ne crois pas, à en juger par la lecture des observations, que le résultat eût été meilleur que celui qu'a procuré ici l'abstention.

M. Malherbe a vu chez une femme atteinte de syphilis évoluer une grosse tumeur abdominale qui fut prise pour un kyste de l'ovaire.

La malade refusa toute intervention; mais après quatre ans, en 1887, la tumeur ayant beaucoup grossi, l'opération fut acceptée. On rencontra deux tumeurs, dont l'une était un kyste ovarique et l'autre un rein en hydronéphrose. Le microscope seul permit de reconnaître qu'il s'agissait du rein. En ce qui concerne la tumeur observée par Carlier, peut-être eût-il mieux valu l'enlever si l'on avait pu en reconnaître la nature relativement bénigne.

Varicocèle dans les tumeurs du rein.

M. Legueu (de Paris). — J'ai établi que le varicocèle ne reconnaissait pas pour cause la compression de la veine spermatique par la tumeur, mais par des ganglions dégénérés. J'ai eu l'occasion récemment de confirmer sur un malade ces conclusions.

Le malade se présentait à moi avec les trois symptômes principaux que voici : hématurie, varicocèle et tumeur lombaire gauche. Je diagnostiquai un cancer du rein gauche, de gros volume, et pratiquai une laparotomie exploratrice pour me rendre compte du volume et des connexions de la tumeur. Au cours de l'opération, je reconnus que la rate était seule augmentée de volume, mais le rein ne présentait pas de dégénérescence. Le malade ne résista pas à l'opération, et succomba deux jours plus tard. A l'autopsie, je trouvai un noyau cancéreux dans le rein gauche, et des masses ganglionnaires énormes le long de la colonne vertébrale et comprenant la veine spermatique.

Ce fait montre donc bien comment il n'est aucun rapport entre le volume de la tumeur de la production du varicocèle. Celui-ci n'est que la manifestation extérieure de l'adénopathie secondaire.

Néphrotomie pour anurie chez une femme ayant un rein unique.

MM. Chevalier et **Mauclaire** (de Paris). — L'observation que nous résumons rapidement se rapporte à une femme de trente-six ans que nous avons opérée à Necker.

Cette femme a eu, à l'âge de vingt-six ans, des phénomènes de suppuration urinaire, puis de pyonéphrose (uropyonéphrose). A la suite d'une série de cures, il lui fut fait en ville, il y a six ans, une néphrectomie droite, sur un rein très distendu, de poche uropyonéphrotique.

Un an après, le rein qui lui restait se prit à son tour; des crises d'uropynéphrose survinrent, d'abord espacées, puis rapprochées. Enfin, le 16 septembre 1897, apparut la dernière crise, avec anurie totale. Le 20 septembre nous l'opérâmes, alors qu'elle était en anurie depuis quatre jours, avec un état général mauvais et des signes d'urémie. La néphrotomie lombaire lui fut faite rapidement; elle nous fit voir un rein énormément distendu, l'incision du bord convexe évacua près d'un litre d'urine légèrement trouble; nous installâmes un drainage avec deux gros tubes; les suites opératoires furent très simples, l'état de la malade s'améliora dès le jour même, et actuellement elle serait en parfait état, n'était la fistule persistante qu'il n'est pas possible de lui fermer.

Nous notons encore que jamais une goutte d'urine n'est passée par l'uretère; toute l'évacuation de l'urine se fait par la plaie.

Un jour, au cours d'un lavage rénal fait à la malade, il survint un accès de fièvre à 40°. Ce fait confirme notre pensée, qu'il valait mieux, actuellement au moins, et surtout au moment de l'intervention, ne pas faire le cathétérisme de l'uretère.

Il fallait aller au plus pressé; la néphrotomie, aussi peu traumatisante que possible, a sauvé cette malade.

Ultérieurement, nous pouvions penser faire le cathétérisme de l'uretère; mais nous sommes persuadés que cette femme devra conserver toute sa vie sa fistule; c'est la sauvegarde de sa santé. Une nouvelle mise en tension de son rein pourrait avoir les conséquences les plus graves et ramener une anurie, cette fois mortelle.

Deux cas d'anurie calculeuse.

M. Bégouin (de Bordeaux). — J'ai observé, cette année, deux faits d'anurie calculeuse.

Le premier, chez une femme qui, ayant refusé toute opération, mourut le 11e jour de son anurie; dès le 3e jour, elle avait présenté des signes d'intoxication (refroidissement); le 6e, elle avait du subdélire, et, à partir du 8e, elle était tombée dans le coma.

Le second se rapporte à un homme de cinquante et un ans, que M. Binaud et moi opérâmes au 5e jour de son anurie, en pleine période de tolérance apparente, par la néphrotomie lombaire.

Le soir, le malade semblait aller assez bien et urinait par la verge, après avoir rendu des graviers. Les jours suivants, bien qu'il urinât en assez grande quantité, il fut pris d'abord de subdélire nocturne, puis, le 4e jour, de tressaillements musculaires, de délire continu, et mourut dans le coma huit jours après l'opération, sans avoir jamais présenté de fièvre, de suppuration au niveau de sa plaie, ni de signe de péritonite. L'intoxication iodoformée ne peut être accusée.

Pour M. Binaud et pour moi, cet homme a succombé à des phénomènes urémiques.

En face d'une *anurie calculeuse absolue qui remonte à plus de quarante-huit heures*, il nous semble qu'on doit agir comme en face d'une hernie étranglée.

Si un traitement médical (morphine, électrisation et massage de l'uretère, compression élastique des membres inférieurs, etc.), énergiquement employé, n'est pas suivi de succès en quelques heures, il faudra, sans plus tarder, recourir à l'intervention sanglante.

C'est, croyons-nous, par cette précocité dans l'intervention que la mortalité de l'anurie calculeuse sera réduite à son minimum.

M. Legueu ne croit pas qu'il soit possible de fixer une date précise; la réaction des malades n'est pas la même en présence de l'intoxication, et il est des anuriques qui succombent au bout de quelques jours, alors que d'autres résistent une semaine. Il faut opérer le plus tôt possible.

M. Loumeau rappelle le cas du malade qu'il opéra au septième jour d'une anurie calculeuse, avec état demi-comateux. La néphrotomie lombaire, suivie de l'extraction d'une demi-cuillerée à café de petits grains uriques, permit le rétablissement de la fonction rénale, mais elle n'empêcha pas l'opéré de succomber au bout de quarante-huit heures.

Dernièrement M. Loumeau se trouva en présence d'une malade, néphrectomisée du rein droit depuis un an et prise, depuis deux jours, d'anurie calculeuse par oblitération du rein gauche. La néphrotomie ne fut permise qu'au bout de cinq jours. Au moment même où on allait transporter la malade sur la table d'opération, il se produisit une débâcle qui rendit toute intervention inutile.

M. Boursier. — L'anurie n'est pas à elle seule indication pour la néphrotomie : elle peut durer plusieurs jours sans s'accompagner de phénomènes généraux, et se terminer après l'expulsion de sable ou de graviers. Pour intervenir, il faut surtout tenir compte des symptômes généraux et non de la durée de l'anurie.

Il en est de même de l'oligurie. Certains malades peuvent sécréter une très petite quantité d'urine, pour de petits graviers. Cette oligurie survient à chaque crise néphrétique, et peut durer plusieurs jours. Elle ne suffit pas pour indiquer l'opéra-

tion, parce que la néphrotomie devrait alors être répétée chaque fois qu'il y aurait formation et expulsion de graviers.

Sur la cure des exstrophies vésicales par la suture marginale.

M. Duret (de Lille). — Dans un premier travail publié en 1891, j'ai divisé les exstrophies vésicales en trois groupes : 1° les exstrophies partielles; 2° les exstrophies complètes; 3° les exstrophies complexes. Il serait inexact de penser, en effet, que le vice de conformation soit toujours identique, et qu'il faille constamment recourir à l'extirpation de l'organe atrophié, ou à des autoplasties cutanées, dont tout le monde connait les inconvénients. Il est des cas où il s'agit d'une simple fissure vésicale inférieure, avec ou sans altération du pubis; il en est d'autres où la paroi antérieure est simplement divisée, sans qu'il y ait perte de substance étendue. Le globe vésical est simplement éversé, et un peu rétracté; plus petit, comme infantile. Mais on peut le réduire et constater qu'une cavité est ainsi rétablie. Il suffit de le fermer par une suture. Bref, on rétablit le globe vésical par réfection pure et simple, comme on guérit opératoirement l'hypospadias et l'épispadias, dans les procédés de Duplay et Anger. Les principaux temps opératoires sont les suivants : 1er temps, dissection de l'organe exstrophié et avivement; 2° réduction de la vessie et suture de ses bords; 3° avivement et fermeture de l'urèthre épispade; 4° autoplastie de la paroi abdominale (muscles et peau) pour soutenir la vessie réduite. Autoplastie de la peau de la verge. L'auteur relate (avec figures à l'appui) deux cas où il a employé ce procédé; l'un chez un enfant du sexe féminin, l'autre chez un enfant du sexe masculin. Plus l'intervention sera hâtive, c'est-à-dire plus elle se fera dans le premier âge, plus elle trouvera d'heureuses applications; plus tard l'organe ectopié subit des déformations et des rétractions qui rendent le résultat plus difficile à atteindre.

M. Pousson expose la modification qu'il a apportée au procédé de Segond, qui présente, on le sait, ce grand avantage de refaire la paroi antérieure de la vessie avec les tissus vésicaux eux-mêmes. Au lieu de disséquer la partie supérieure de la vessie, en dédoublant la paroi abdominale, dissection qui fournit un lambeau mince et de peu de vitalité, il pénètre franchement dans la cavité abdominale et a ainsi un lambeau épais et bien nourri. Ce lambeau rabattu sur la partie inférieure de l'exstrophie et suturé à ses bords, la brèche de la paroi est fermée par une série de sutures à étages, qui réunissent de dedans en dehors le péritoine, le fascia transversalis s'il existe, les muscles droits, l'aponévrose de la ligne blanche, enfin la peau.

Neurasthénie urinaire : crises de rétention d'urine.

M. Sorel (du Havre) soigne depuis cinq ans un malade atteint d'écoulement blennorrhagique chronique, qui présente des crises de rétention aiguë à intervalles variables. Le cathétérisme, un peu difficile dans un urèthre à région membraneuse résistante et sensible, met fin à ces crises, mais celles-ci, tout en s'éloignant, existent toujours. Les urines sont claires, il n'y a pas de lésions des organes génito-urinaires.

M. Boursier. — Ces malades sont des nerveux, chez qui le cathétérisme est parfois difficile à pratiquer ; souvent un bain suffit pour mettre fin à la rétention.

Sur la technique de la circoncision.

M. Guiard (de Paris). — Une circoncision n'est parfaitement réussie, sous le double rapport de la rapidité de la guérison et de l'élégance du résultat définitif, que si l'affrontement est rigoureusement linéaire, sans aucun écartement, dans toute l'étendue de la plaie. Certains détails de technique permettent d'obtenir couramment ces résultats. Ils consistent :

1° A recourir à l'anesthésie chloroformique de préférence aux injections cocaïnées.

2° A n'employer qu'une antisepsie très prudente (bain savonneux préalable, lavages extra- et intra-préputiaux à l'eau boriquée). Dans la circoncision, l'asepsie convient mieux que l'antisepsie.

3° A conserver une très grande longueur de peau, afin de ménager pour l'avenir un petit prépuce cutané, et à la couper très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, afin d'obtenir une très large ouverture.

4° A ne garder au contraire, qu'une très étroite collerette préputiale de 4 à 5 millimètres.

5° A opérer la réunion par des serres-fines.

6° A faciliter la bonne application des serres-fines par des fils suspenseurs placés aux quatre points cardinaux de la ligne de suture et traversant peau et muqueuse très près du bord cruenté.

7° Enfin, à supprimer, comme pansement, toute application directe de linges ou de gaze et à se borner à recouvrir la ligne de réunion d'une épaisse couche de salol.

Sur l'hydronéphrose calculeuse de la première enfance.

M. Léon Bernard (de Paris). — J'apporte quatre observations d'hydronéphroses, que j'ai recueillies à l'autopsie de nourrissons morts de gastro-entérite à l'hôpital des Enfants-Malades. La première concerne une hydronéphrose vérifiée par l'examen histologique et bactériologiques; les autres relatent des dilatations partielles du bassinet ou de l'uretère, également aseptiques. Dans tous les cas, j'ai trouvé une urine tenant en suspension de fins graviers uratiques, à qui j'attribue, en l'absence de toute autre cause reconnaissable, le développement de l'hydronéphrose. Accumulés aux points normalement rétrécis des voies excrétrices de l'urine, ils ralentissent le cours de celle-ci, et déterminent en amont un excès de tension, cause de dilatation. Celle-ci est d'abord partielle, puis totale, envahissant le rein, créant une hydronéphrose ouverte. Ces hydronéphroses sont latentes cliniquement; à cette époque de leur développement, si elles n'ont pas encore eu le temps de provoquer des symptômes de tumeur. Mais il est permis de supposer que si des enfants porteurs de telles hydronéphroses guérissent de leur gastro-entérite, l'évolution de ces lésions urinaires continue sous l'influence de l'une de ces trois causes suivantes : soit la conglomération de ces graviers en un calcul persistant; soit l'évolution naturelle des altérations anatomiques une fois provoquées; soit enfin la formation de coudures ou torsions urétérales secondaires à la dilatation du conduit.

Ainsi s'expliquerait, par l'existence d'une lithiase ancienne, l'étiologie de bien des hydronéphroses, dont l'origine reste obscure. En dehors de toute hypothèse, ces faits viennent à l'appui de l'opinion défendue par M. Albarran, pour qui l'hydronéphrose calculeuse n'est pas aussi rare qu'on a voulu le prétendre dans ces dernières années.

Séance du 23 Octobre 1897 (soir).

Sur une forme singulière de cancer de l'urèthre.

MM. Binaud et **Chavannaz** (de Bordeaux). — Il s'agit d'un homme de 54 ans ayant une déformation singulière de la verge.

Ce qui frappe à la simple inspection, c'est l'existence d'une brusque coudure siégeant à 4 centimètres du méat. Le pénis se trouve ainsi divisé en deux portions inégales. L'une, comprenant les deux tiers postérieurs de l'organe, se dresse parallèlement à la paroi abdominale comme dans l'érection. L'autre, formée du gland et de la partie immédiatement sous-jacente est rejetée en bas et à droite, elle est flasque. Le segment antérieur a sa consistance normale. Le segment postérieur présente, au contraire, une zone indurée qui occupe l'épaisseur même de l'urèthre. Par le passage d'un explorateur à boule n° 17 il y a une urétrorrhagie abondante. Le malade quitte l'hôpital, puis y revient un mois après avec tous les signes apparents de l'infiltration d'urine dans l'étage inférieur. Le sujet subit l'uréthrotomie externe et succomba 40 jours après cette opération.

A l'autopsie, l'urèthre examiné à partir du méat est sain dans ses 4 premiers centimètres. Au delà, il est augmenté de volume, induré, et sa face interne est irrégulière. Un trajet fistuleux,

creusé dans l'épaisseur de la bourse gauche, vient s'ouvrir à l'origine de l'urèthre pénien. En arrière de ce trajet l'urèthre se perd dans une masse cancéreuse qui se confond avec lui et remonte, jusque dans la moitié inférieure de la prostate. Dans sa partie supérieure, l'urèthre prostatique redevient nettement visible. Le corps caverneux droit est sain; le gauche offre un noyau cancéreux de 2 centimètres de longueur. La vessie et le rectum sont indemnes.

Cystotomie sus-pubienne et résection des canaux déférents chez un prostatique. Suites éloignées.

M. E. Tailhefer (de Toulouse).— J'ai fait, sur le même prostatique, la cystostomie sus-pubienne et la résection des canaux déférents, à 25 jours d'intervalle. La première de ces opérations date de 14 mois. J'ai examiné cet opéré dans les derniers jours du mois de juillet dernier : il jouissait d'une santé générale et urinaire parfaites. Il n'a pas eu de nouvelles crise de rétention complète, bien qu'il n'ait suivi aucune sorte de traitement depuis sa sortie de l'hôpital. Il a eu pendant 10 mois une infection vésicale intense qui fut causée par des manœuvres exécutées par un infirmier, sans précautions antiseptiques, dans le but de remettre en place le drain intravésical qui était tombé, bien que nous l'eussions fixé à la peau par un crin de Florence. Malgré nos instances, le malade n'a pas voulu laisser soigner sa cystite, qui du reste a guéri spontanément.

Quant à la prostate, je puis affirmer qu'elle est devenue plus petite et d'une dureté ligneuse. Les testicules ont conservé leurs dimensions préopératoires.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 Novembre 1897.

La séance a été entièrement occupée par la lecture des rapports sur les prix à décerner.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance des 29 Octobre et 5 Novembre 1897.

Appendicite oblitérante.

MM. Letulle et Weinberg ont étudié, au point de vue histo-pathologique, un certain nombre de cas d'appendicite oblitérante. Le plus souvent, la lésion est résiduale; c'est une véritable cicatrice, reliquat d'un processus éteint et guéri; l'oblitération de la cavité appendiculaire est complète. Il y a disparition complète de la muqueuse, de la muscularis mucosæ, des glandes, ainsi que des follicules lymphatiques sous-muqueux. C'est une symphyse cicatricielle de sous-muqueuse à sous-muqueuse.

Dans quelques cas, la lésion est moins avancée; l'appendice est en train de s'oblitérer, mais il persiste encore une cavité, circulaire sur les coupes. A un stade plus rapproché du début de l'affection, la cavité est entourée de tissu conjonctif végétant rappelant l'aspect des bourgeons charnus.

Ces appendices, oblitérés ou en voie d'oblitération, avaient, d'ailleurs, des dimensions variables.

Deux ordres de complications peuvent se rencontrer : ou bien ce sont des traces d'infection subaiguë ou chronique, persistant dans les couches sous-muqueuse et musculaire, pouvant aller jusqu'à la séreuse, donnant parfois à la coupe l'aspect d'une cocarde avec ses couches concentriques, la sous-muqueuse offrant deux régions distinctes, l'une centrale, fibreuse, l'autre périphérique, graisseuse, où le processus inflammatoire est encore en évolution, ou bien c'est le processus cancéreux qui est venu se greffer au niveau des cicatrices, comme dans deux cas dont les présentateurs montrent les préparations. Il s'agit d'épithélioma, centrifuge par rapport à la région cicatricielle.

Ostéophytes tuberculeux.

M. Pilliet présente des pièces osseuses, où l'on voit des ostéophytes dont la nature tuberculeuse est évidente. Il s'agit, dans un cas, de mal de Pott dorsal; dans l'autre, de coxo-tuberculose. Les ostéophytes, petits, rares, serrés, doivent reconnaître pour cause un processus tuberculeux bien qu'ils soient relativement éloignés du foyer caséeux.

M. Cornil fait remarquer que ces ostéophytes, par leur éloignement de la lésion principale, rentrent dans une loi générale applicable aux fractures, aux tumeurs, aux infections chroniques des os. Lorsqu'on détermine, chez un animal, une fracture expérimentale, on voit que la réparation commence, non pas au niveau du foyer de la fracture, mais à une certaine distance, là où il n'y a pas de mortification, là où peut se développer une périostite plastique qui produit l'ossification.

Cancer des deux capsules surrénales avec noyau métastatique dans le cervelet.

MM. Weinberg et Turquet communiquent l'observation d'une femme âgée de 36 ans et n'ayant jamais été malade. La maladie qui a entraîné la mort a évolué en six semaines. Au début, symptômes d'intolérance gastrique, perte de l'appétit, vomissements incoercibles avec douleur épigastriques et lombaires. 15 jours après, céphalée intense, localisée à la région occipitale avec paroxymes nocturnes et cris méningitiques. Pas de douleur à la pression. Pendant les 15 derniers jours de la maladie, les vomissements sont rares, tandis que la céphalée devient plus intense. Cachexie rapide, l'alimentation étant presque nulle. Mort subite par arrêt de la respiration.

A l'autopsie on trouva un cancer double symétrique des capsules surrénales et un noyau métastatique dans le lobe moyen du cervelet.

Tumeur kystique de la mamelle.

M. Auvray rapporte l'observation d'un malade de 19 ans, qui portait au niveau du sein une petite tumeur kystique, mobile sous la peau et sur les plans profonds, sans ganglions dans l'aisselle. La pression faisait sourdre un liquide séro-sanguinolent. On avait donc les caractères des tumeurs constituées par l'épithélioma dendritique. Or l'étude histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

M. Cornil a pratiqué cet examen histologique. La cavité contient peu de liquide; le centre de la tumeur est presque linéaire: il est rempli par de grosses végétations, sans qu'on trouve nulle part de tissu dégénéré, de transformation kystique des glandes, d'alvéoles, de modification des cellules épithéliales. Cette constatation anatomique, jointe à cette considération clinique que la tumeur évolue depuis 4 ans, permet de conclure à un processus bénin.

Séquestre syphilitique de la mâchoire supérieure.

M. Péraire présente, au nom de **M. Gaudier** (de Lille), un volumineux séquestre syphilitique de la mâchoire supérieure droite enlevé chirurgicalement chez une fillette de 8 ans, présentant des manifestations diverses d'hérédo-syphilis sur l'os palatin et le voile du palais. Cette malade présentait depuis 4 mois une rhinite purulente et fétide. Par la narine droite, on constatait l'existence d'un gros séquestre, la disparition de la muqueuse et des cornets.

L'opération fut pratiquée par la méthode de Roux (de Lausanne). La guérison s'obtint en 2 mois; l'os se reforma et vint combler le vide laissé par la séquestrectomie.

Aujourd'hui, il n'y a pas d'effondrement latéral du nez, ni de perforation palatine, et il est presque impossible de s'apercevoir que la fillette a perdu une grande partie de son maxillaire supérieur.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

MM. Heresco et Magnan apportent les pièces de l'au-

topsie d'un homme de 43 ans, qui a succombé à une obstruction de l'intestin grêle à sa partie inférieure, due à une constriction très serrée par le diverticule de Meckel. Le diagnostic d'appendicite, porté pendant la vie, avait amené le chirurgien à pratiquer la laparotomie latérale; l'appendice, enflammé par voisinage, fut réséqué; c'est l'autopsie seule qui permit de découvrir la nature des accidents.

Intoxication aiguë mortelle par le sublimé.

M. Chaillous rapporte l'observation d'une jeune femme qui, ayant absorbé 3 grammes de sublimé dissous dans un verre d'eau, présenta les signes classiques de l'intoxication aiguë par le sublimé; mais, le 3e et le 4e jour, tous ces symptômes s'atténuèrent, l'état général s'améliora considérablement. Les urines, toutefois, restèrent rares et albumineuses. On pouvait espérer une issue favorable, quand, le 5e jour, la malade fut prise de dyspnée et de suffocation, et mourut en pleine asphyxie.

A l'autopsie, absence de lésions de l'œsophage et de l'intestin grêle. Végétations polypiformes dues à une infiltration sanguine de la muqueuse et de la sous-muqueuse, au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, du cæcum et du côlon ilio-pelvien. Foie de volume et d'aspect normal. Reins jaunes, friables, dont l'état histologique n'a pu être vérifié, l'autopsie n'ayant pu être faite que 4 jours après la mort.

Epithélioma des capsules surrénales.

M. Castaigne, à l'autopsie d'un malade qui avait été opéré, 2 mois avant sa mort, d'un épithélioma du pied, a trouvé les deux capsules surrénales très hypertrophiées, pesant 150 grammes à elles deux. Macroscopiquement, elles présentent trois zones à la coupe : 1 zone périphérique de 1 centimètre environ d'épaisseur, qui ressemble à du tissu cancéreux; 1 zone moyenne purulente, et 1 zone centrale, la plus volumineuse de beaucoup, formée de tissu complètement dégénéré. Histologiquement, les parties moyenne et centrale dégénérées n'ont rien de caractéristique au point de vue de leur structure; la zone périphérique, au contraire, présente l'aspect d'un épithélioma à type glandulaire.

Comme le malade avait en même temps au pied un épithélioma à type malpighien, on pourrait se demander s'il ne faut pas rapprocher ce cas des adénomes des capsules surrénales que MM. Pilliet et Weinberg ont signalés dans le cours du cancer d'un autre organe. Ici il semble qu'il s'agisse plutôt d'un épithélioma des deux capsules surrénales, et que c'est un cas de concomitance d'un cancer à type malpighien avec un néoplasme glandulaire.

Les ganglions du mésentère sont tous hypertrophiés et présentent à l'examen histologique le même aspect que la tumeur des capsules surrénales. Il s'agirait donc d'un épithélioma primitif des deux capsules surrénales.

Malgré l'altération très prononcée des deux capsules, le malade n'a jamais présenté la pigmentation propre aux addisoniens.

Lésions de la moelle dans le rhumatisme chronique.

M. Triboulet a examiné la moelle de trois malades atteints de rhumatisme chronique, dans le but de rechercher les altérations qui ont été signalées dans ces cas.

Deux moelles étaient saines; la troisième présentait des altérations visibles sur la série de coupes qu'il apporte. Une méningomyélite de la région lombaire inférieure laisse des traces au niveau des racines postérieures et des cordons postérieurs de la moelle, mais ces lésions ne concordent pas avec des centres déterminés dont la destruction eût pu provoquer des arthropathies nerveuses.

De plus, les désordres articulaires affectant la forme du rhumatisme chronique, reconnaissaient pour cause une infection puerpérale grave, survenue 2 ans auparavant, et pouvant fort bien avoir intéressé la moelle à cette époque.

Il y a lieu, par suite, de se demander si les altérations médullaires signalées dans le rhumatisme chronique ne sont pas simplement concomitantes, sans relations de cause à effet avec les arthropathies.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 Novembre 1897.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Thiroloix. — Depuis ma dernière communication j'ai pu étudier 2 nouveaux cas de rhumatisme articulaire aigu et contrôler la totalité des faits que j'avais avancés; j'ai donc, depuis mars 1897, trouvé 5 fois dans le sang de rhumatisants aigus le bacille pathogène. Le bacille apparaît dans la première culture (lait ou bouillon) à des intervalles variables qui ont été de 30 heures à 4 jours. Chaque fois j'ai reproduit non seulement les lésions cardiaques et pleuro-pulmonaires, mais je suis arrivé à obtenir après injection intra-veineuse les désordres articulaires. Deux lapins ont reçu dans la veine l'un 2 centim. cubes de sérosité pleurale de lapin, l'autre 2 centim. cubes de sérosité provenant de l'œdème local d'un cobaye. Tous deux ont présenté les phénomènes suivants : tachycardie, assourdissement des bruits du cœur, fièvre, dyspnée intense, puis, entre la 14e et 17e heure, impossibilité de mouvoir les pattes postérieures. Le moindre tiraillement de la patte provoque des cris aigus avec accélération extrême des battements cardiaques et des mouvements respiratoires. Au moment de la mort (31e et 45e heure) les battements du cœur étaient difficilement perceptibles. A l'autopsie, nous avons trouvé un léger épanchement péricardique, avec dépoli de la séreuse, un myocarde flasque et distendu, une congestion pulmonaire très marquée. La capsule des articulations intéressées (coxo-fémorales) est distendue par un liquide lactescent (cellules cartilagineuses et synovie) qui devient clair par le repos; le liquide renferme le bacille, qui, mis en culture, a présenté les mêmes caractères que le microorganisme injecté — caractères donnés pour la première fois par M. Achalme et par nous.

M. Charrin. — Les accidents cardiaques sont la règle dans le cours de ces inoculations; les arthropathies sont exceptionnelles. On peut s'étonner de voir ce bacille supposé pathogène du rhumatisme ne pas engendrer la lésion spéciale; toutefois, en changeant d'espèce, le tableau morbide change; la diphthérie de l'homme, avec ses fausses membranes et ses capsules surrénales intactes, n'est pas celle du cobaye dont le pharynx est indemne et les capsules altérées à ce point qu'on peut suspecter les identités des processus.

En outre, ces faits justifient l'opinion de ceux qui estiment que le rhumatisme est capable de toucher le cœur sans atteindre les jointures.

Il y a lieu de remarquer que, dans les arthropathies lentes, torpides, sans retour à l'intégrité, on découvre des germes vulgaires, comme l'a vu M. Bouchard; ces germes agissent pour leur part, causent parfois la suppuration, la longue durée, etc.

Recherches expérimentales sur des intoxications successives par toxique minéral et toxiques microbiens (plomb, tuberculine et toxique diphthérique).

M. Rénon. — Les recherches ont porté sur des lapins de poids sensiblement égal, intoxiqués à deux reprises différentes avec du plomb (céruse ou minium), mélangé à leurs aliments. Trois mois après, ces animaux furent inoculés sous la peau, les uns avec de la toxine diphthérique, les autres avec de la tuberculine, ainsi que des témoins indemnes d'intoxication saturnine antérieure. Tous les lapins qui avaient reçu de la toxine diphthérique succombèrent, la mort étant survenue sensiblement plus tard chez les témoins. Un seul des animaux inoculés avec la tuberculine succomba, présentant des tubercules hépatiques des plus nets; les autres, après avoir un peu maigri, reprirent en quelques jours leur poids initial.

Nous avons alors inoculé avec de la toxine diphthérique les lapins qui avaient résisté à la fois à l'intoxication saturnine et à

la tuberculine : les témoins n'avaient reçu antérieurement que du plomb, sans tuberculine. Les animaux ayant subi cette triple intoxication ont succombé rapidement et un peu plus vite que les témoins, ce qui nous permet de dire que l'intoxication antérieure favorise l'intoxication suivante faite par un toxique différent.

Les examens macroscopiques et histologiques du foie et des reins des deux derniers lapins nous ont montré que ces intoxications successives superposent, pour ainsi dire, dans les organes les lésions décrites par les différents auteurs pour chaque toxique.

Transmission, par l'allaitement, du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant.

MM. Landouzy et **Griffon**. — La preuve expérimentale de la possibilité de l'absorption, par les voies digestives, de la substance agglutinante typhique, et de sa transmission par l'allaitement nous a été donnée par MM. Widal et Sicard.

En conférant, par des injections immunisantes, au sérum d'une souris qui venait de mettre bas, un pouvoir agglutinatif intense, ces expérimentateurs ont pu voir la propriété agglutinante passer dans le sang des petits allaités.

Par contre, les résultats ont été constamment négatifs chez le cobaye et chez le chat.

A cet intéressant phénomène de transmission chez la souris manquait une sanction clinique : nous venons l'apporter.

Une femme de 19 ans, journalière, présentant, trois mois après son accouchement, une fièvre typhoïde de moyenne intensité, entre à l'hôpital Laënnec, dans le service de crèche de M. le professeur Landouzy, avec son bébé qu'elle a allaité jusqu'à sa venue à l'hôpital. Cliniquement, la fièvre typhoïde est évidente (deuxième septénaire) : le sérodiagnostic est positif.

L'enfant allaité a l'air d'être en parfaite santé. L'idée vient cependant de rechercher dans son sang la propriété agglutinante : le résultat est nettement positif.

Ainsi le phénomène du passage, par l'allaitement, du pouvoir agglutinatif chez la souris, peut se retrouver en clinique humaine.

M. Charrin. — Les produits toxiques microbiens en passant par le tube digestif perdent plus ou moins, comme je l'ai prouvé, leurs propriétés. Le principe agglutinant dérivé probable de la vie des cellules de l'organisme modifiée par les toxines échappe à cette influence.

D'autre part, par le lait d'une femme qui vient d'être infectée, le nouveau-né a reçu des toxines; ces toxines pourront, chez lui comme chez d'autres, faire apparaître l'agglutination.

MM. Denys et **Vandenvelde** ont trouvé que le sérum antistreptococcique fait avec des streptocoques pris sur le malade même est efficace contre l'affection que le streptocoque cultivé a produit. Ils ont ainsi obtenu un résultat satisfaisant dans un cas de bronchite chronique.

M. Bouchard fait une communication sur le dosage total de l'azote et du carbone de l'urine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 Novembre 1897.

Occlusion intestinale.

M. Peyrot. — Il n'est jamais venu à l'esprit de personne de comparer la valeur de la laparotomie et de l'anus contre nature. L'indication de l'une est le résultat de la contre-indication de l'autre. Il y a bien longtemps déjà, dans un travail qui remonte à une vingtaine d'années, j'ai étudié les indications de l'une et l'autre de ces opérations. Dans l'occlusion aiguë, c'est presque toujours à la laparotomie qu'il faut avoir recours, sauf contre-indication tirée de la faiblesse trop grande du sujet. Dans l'occlusion chronique, c'est au contraire l'anus artificiel qui sera plutôt pratiqué. Dans l'occlusion aiguë existe une lésion matérielle, un obstacle que l'on pourra, dans un très grand nombre de cas, faire disparaître. Si, grâce à un rayon X quelconque, on pouvait reconnaître d'avance l'obstacle, presque toujours on ferait la laparotomie. Dans chaque cas qui se présente au clinicien il faut tâcher de remplir l'indication et, si le diagnostic est certain, une seule indication se présente, c'est la laparotomie. Dans un très grand nombre de cas, c'est pour ainsi dire au petit bonheur que l'on fera l'anus. L'anus artificiel n'est qu'un pis-aller, un palliatif, qui ne remplit pas toutes les indications. Malheureusement le diagnostic n'est pas toujours facile.

Il semble actuellement que l'occlusion intestinale soit moins fréquente qu'autrefois. C'est qu'un certain nombre de cas regardés autrefois comme des exemples d'occlusion doivent se ranger maintenant sous une autre étiquette. Fréquemment la péritonite aiguë — qu'elle soit causée par une trompe remplie de pus ou par un appendice perforé — peut simuler l'occlusion,

Ce qu'il faut s'efforcer de faire, c'est une opération curative et ne pas se contenter de l'ouverture de l'intestin, opération aveugle. Il est évidemment des cas difficiles, chez des malades dont les forces sont très affaiblies; mais, avec l'anesthésie au moyen de l'éther, on causera un minimum de shock. L'opération n'est pas toujours aussi difficile qu'on pourrait le croire; on n'est pas dans tous les cas obligé de dévider l'intestin, parfois il suffit, pour trouver l'obstacle, d'introduire la main par l'ouverture abdominale et on tombe sur l'obstacle. Quitte ensuite à pratiquer, pour l'aborder plus complètement, une ou plusieurs autres incisions de la paroi. Et enfin, si on ne trouve rien, il est toujours temps de pratiquer l'anus artificiel.

Quel chagrin n'aurait-on pas à l'autopsie en découvrant une hernie rétro-péritonéale, alors qu'on se serait contenté de faire un anus artificiel! Aussi, dans tous les cas où l'état du malade le permet, je préfère la laparotomie.

M. Schwartz. — L'importance de la question est assez grande pour que chacun apporte les résultats de son expérience personnelle, le compte rendu de ses observations. Dans l'occlusion aiguë, surprenant un individu en plein état de santé, le diagnostic présente de réelles difficultés. Certes, il y a des probabilités tirées des antécédents, mais le plus souvent il reste incertain. Pour le traitement, il faut se conduire d'après les indications, et employer d'abord les moyens médicaux. Ceux-ci, et en particulier les lavements électriques, ne sont contre-indiqués que lorsqu'il y a de la péritonite ou des lésions graves du tube digestif. Si le sujet est trop bas, c'est l'anus qui doit être pratiqué. La laparotomie est l'opération idéale, malheureusement elle est grave, et l'un des premiers facteurs de la gravité est l'époque tardive où l'on est appelé.

Corps étranger du rectum.

M. Gérard-Marchand lit un rapport sur un travail clinique et expérimental de **M. Delbet** sur ce sujet (voir p. 1069).

Thyroïdectomie partielle pour faux goître exophthalmique.

M. Walther présente une malade à laquelle il a pratiqué, le 25 septembre dernier, la thyroïdectomie partielle pour une tumeur du lobe gauche du corps thyroïde remontant à 15 ans et dont l'accroissement avait, dans ces derniers temps, amené des symptômes basedowiens. Actuellement, la malade est guérie, il lui reste encore des phénomènes d'astasie-abasie.

Sarcome de la valvule iléo-cæcale.

M. Lejars présente un sarcome de la valvule iléo-cæcale, avec invagination iléo-colique. Résection de toute la portion invaginée, mesurant 40 centimètres. L'examen histologique pratiqué par son pouls a montré qu'il s'agissait d'un lymphosarcome.

Adénome de l'intestin grêle.

M. J.-L. Faure présente un malade auquel il a enlevé, le 3 août dernier, un adénome de l'intestin grêle. Cette tumeur, de la grosseur d'une noix, était pédiculée et siégeait à 80 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Elle avait

déterminé la production d'une invagination chronique. L'invagination réduite, le polype fut enlevé par la taille intestinale. Le malade, qui était moribond au moment de l'opération, a engraissé de 20 kilogs.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 Novembre 1897.

Cancer primitif des voies biliaires.

M. Paul Claisse rapporte l'observation d'un homme de 59 ans, pris d'un ictère intense qui s'est établi subitement et qui a persisté jusqu'à la mort, survenue 2 mois plus tard.

A l'autopsie on trouva un cancer primitif des voies biliaires. Le canal hépatique était occupé par un néoplasme qui a produit en amont une énorme dilatation des voies biliaires sans sclérose des parois. Le cholédoque et la vésicule étaient normaux.

M. Claisse a réuni une cinquantaine d'observations de cancer primitif des voies biliaires auxquelles il compare ce nouveau fait. La tumeur est dans tous ces cas un épithélioma né de la muqueuse des conduits biliaires et prenant d'ordinaire la forme du carcinome. Elle siège le plus souvent sur la terminaison du cholédoque, en particulier au niveau de l'ampoule de Vater. Dans un cinquième des cas seulement, la tumeur n'est pas voisine du duodénum, et dans un douzième des cas elle est localisée à la portion juxta-hépatique des voies biliaires.

Le cancer juxta-duodénal produit une distension de la vésicule biliaire, signe très important sur la signification diagnostique duquel Hanot avait insisté, montrant le parti qu'on peut en tirer pour distinguer l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse. Cette dernière, ainsi que Terrier l'a établi, entraîne, en effet, une cirrhose biliaire avec atrophie de la vésicule qui n'est pas perçue à la palpation. Une rétention biliaire chronique est d'origine cancéreuse si la vésicule est dilatée; elle est d'origine calculeuse si l'on ne sent pas la vésicule : telle est la formule proposée par Hanot.

De la statistique ci-dessus résumée, il ressort que, dans la grande majorité des cas, cette formule est juste, mais que, si le cancer des voies biliaires est juxta-hépatique, ce qui arrive une fois sur douze, le diagnostic ferme peut être impossible. Les divers éléments d'appréciation tirés du mode de début, de l'allure de l'ictère, de l'évolution morbide, etc., sont parfois insuffisants et trompeurs. En pareil cas, la laparotomie permet seule de résoudre le problème.

M. Rendu estime que le cancer de l'ampoule de Vater a une physionomie spéciale et se caractérise par un ictère passager, des hémorrhagies intestinales, de la diarrhée. Il affecte, en un mot, les allures d'une affection intestinale plutôt qu'hépatique.

M. Rendu fait remarquer qu'il est exceptionnel de rencontrer un cancer primitif localisé sur les canaux hépatiques.

Diphthérie.

M. Sevestre, revenant sur la communication de M. Barbier, se demande si la présence des bacilles diphthériques, constatée à l'autopsie dans différents organes (rate, bulbe), ne tient pas tout simplement à une propagation de proche en proche, à une diffusion *post mortem*? Pour être démonstrative, la culture des bacilles trouvés dans les organes devrait être faite immédiatement après la mort et non 12 à 24 heures après. M. Martin a, en effet, trouvé des bacilles dans le sang 24 heures après la mort, alors que l'ensemencement fait quelques minutes après la mort avait été négatif.

M. Barbier avait pensé pouvoir expliquer la paralysie diphthéritique par la présence de bacilles dans la région bulbo-protubérantielle. Il ne faut pas oublier que M. Roux a produit des paralysies en injectant seulement des toxines.

M. Lemoine a retrouvé, 5 heures après la mort, le bacille de Löffler dans le cœur d'un malade qui avait succombé à une angine diphthéritique. Ce bacille était un bacille moyen, peu virulent.

M. Barbier a observé un nouveau cas, dans lequel un ensemencement fait avec le sang du cœur lui a donné une culture abondante et pure d'un bacille virulent.

Quant à la question de la diffusion du bacille, il ne saurait s'agir d'une diffusion *post mortem*, ni même d'une véritable diffusion; l'élection si particulière pour les organes bulbo-protubérantiels le démontre.

Si l'on est d'accord sur la nature toxique des accidents, ceux-ci se présentent d'une façon beaucoup plus compréhensive si le bulbe est imprégné de toxine fabriquée *in situ*. Sans quoi, comment expliquer cette localisation bulbaire particulière des accidents toxiques, chez des malades imprégnés, dans tout leur organisme, de la toxine absorbée dans les fausses membranes?

Recherches cliniques sur la nouvelle tuberculine de Koch.

M. Letulle a essayé la nouvelle tuberculine sur 5 malades. Chez 4 d'entre eux on a noté une augmentation considérable du poids. Une seule fois on a constaté une atténuation des signes physiques. M. Letulle estime que la majeure partie des résultats favorables obtenus sont dus à la suggestion, aux bonnes conditions hygiéniques des malheureux hospitalisés, car les bacilles n'ont jamais disparu des crachats.

M. Crespin (Alger) rapporte deux cas de *névralgie diaphragmatique d'origine palustre*.

Dans ces deux cas, la cause de cette névralgie était une irritation du diaphragme sous la dépendance de la rate hypertrophiée.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance d'Octobre 1897.

Balle dans l'orbite.

M. Jocqs rapporte l'observation d'un malade qui s'est tiré un coup de revolver au niveau de la tempe. Il y a eu du ptosis, de l'exorbitis et un épanchement intra-oculaire qui s'est résorbé au point que, 3 semaines après l'accident, il n'y avait plus trace de sang.

M. Jocqs a cherché la balle dans l'orbite sans la trouver. Il a débridé l'angle externe, sectionné la capsule de Tenon. Dans l'orbite on n'a pas trouvé de caillots. L'exorbitis a disparu 4 ou 5 jours après l'opération. M. Jocqs se demande si, dans des cas de goître exophthalmique, on ne pourrait pas remédier à l'exophthalmie à l'aide de la section de la capsule de Tenon.

Actuellement on peut voir la balle sous la peau au niveau de l'angle externe, d'où il est facile de la retirer.

M. Terson a vu plusieurs cas de balles de revolver dans l'orbite. Chez un étudiant, qui s'est tiré un coup de revolver au niveau de la bosse sourcilière, l'œil s'est vidé, il y a eu écoulement de liquide céphalo-rachidien par le sinus frontal du même côté. Cet écroulement a duré quelque temps sans qu'il y ait eu des symptômes cérébraux. Plus tard on enleva l'œil atrophié, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien cessa et le malade guérit.

M. Meyer a vu, avec M. Péan, un malade qui a eu les deux nerfs optiques arrachés. La balle avait rasé le sommet de l'orbite. Le malade est resté quelque temps dans un état comateux. Il guérit, mais aveugle, avec atrophie des papilles.

La disparition de l'exophthalmie dans le cas de M. Jocqs doit être attribuée à la résorption de l'hémorrhagie qui a dû exister au commencement. Ces hémorrhagies se résorbent rapidement et il n'y a pas lieu de croire que la section de la capsule de Tenon contribue à la diminution de l'exophthalmie.

M. Jocqs répond que s'il a proposé la section de la capsule de Tenon dans le goître exophthalmique, c'est que certains auteurs attribuent l'exophthalmie à la propulsion de la capsule de Tenon en avant par action du grand sympathique sur le muscle de Muller et les fibres lisses des tendons. La capsule de Tenon porterait le globe en avant par irritation du grand sympathique.

Tuberculose intra-oculaire.

M. Chevallereau présente un enfant âgé de 9 ans, atteint de tuberculose de la choroïde. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on ne trouve qu'une bronchite. C'est à la fin de cette bronchite qu'il fut pris d'une rougeur de l'œil et plus tard il s'est développé un staphylome sclérotical à la partie externe du globe. A l'ophthalmoscope on voit que le vitré est clair, que la rétine est décollée, et l'on constate des plaques disséminées d'atrophie choroïdienne. La papille est enflammée. On y voit, en outre, des saillies disséminées, d'un gris jaunâtre, qui ressemblent tout à fait à l'image de tuberculose de la choroïde de l'atlas de Haab.

M. Fage (Amiens). — A côté de la tuberculose irienne atténuée qui se termine par la régression des nodules tuberculeux, il y a celle qui conduit à la perforation de la sclérotique et à la désorganisation de l'œil.

Celle-là est justiciable de l'énucléation, si, du moins, le malade n'a pas de manifestations viscérales, car, en admettant que la tuberculose soit toujours secondaire dans le corps ciliaire, il y a avantage à supprimer un foyer virulent d'un organisme qui, par ailleurs, ne détient cette infection qu'à l'état atténué et latent.

Nous avons, dans ces conditions, énucléé, au mois de mai, un enfant bien portant, de 13 ans, porteur d'un gros tubercule du corps ciliaire qui avait perforé la sclérotique. L'inoculation au cobaye produisit une tuberculose expérimentale typique et et l'examen histologique montra que le corps ciliaire avait exclusivement pris part au processus tuberculeux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances des 13, 20 et 27 Octobre et 3 Novembre 1897.

Le flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux.

M. Bard rappelle l'importance de la recherche du flot lombo-abdominal signalé par lui dans les épanchements péritonéaux. Des cas récents ont été rapportés par Fontana dans *la Semaine médicale;* il s'agissait de rétrécissements cancéreux de l'intestin, dans lesquels on avait pu obtenir du flot lombo-abdominal, sans qu'il y eut d'ascite. Ces faits étaient, par conséquent, en contradiction avec ceux de M. Bard. Mais celui-ci montre qu'une cause fréquente d'erreur réside dans la transmission des vibrations par la paroi. Cette transmission est rare en temps ordinaire, mais, lorsqu'il y a du tympanisme, elle est extrêmement fréquente. Il suffit dans ce cas de faire interrompre cette transmission en plaçant une main, appuyant par son bord cubital, sur le trajet des ondulations. M. Bard pense que la recherche du flot lombo-abdominal présente de notables avantages sur celle du flot ordinaire, antéro-latéral. C'est un phénomène précoce, sensible pour un épanchement peu abondant. Dans certains cas, il donne des indications assez précises sur l'état des organes. Dans les cirrhoses alcooliques, on le perçoit plus haut à droite qu'à gauche, parce que la rate hypertrophiée l'arrête.

Anévrysme de l'aorte.

M. Mouisset présente des pièces provenant d'une malade de son service. Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui souffrait depuis 3 mois de douleurs vives derrière le sternum, avec irradiations dans la membre supérieur droit. En septembre dernier, apparition d'une tumeur au-dessous de la clavicule droite. La malade entra alors à l'hôpital, où elle succomba bientôt à une pneumonie droite. Dans un précédent séjour, datant de 2 ans, on avait noté sur l'observation : insuffisance et rétrécissement mitral.

L'autopsie montra un anévrysme énorme de la crosse de l'aorte, lobulé extérieurement, et qu'après ouverture on vit être formé de plusieurs loges. Une première poche se trouvait à un centimètre au-dessus des sigmoïdes, elle avait le volume d'une mandarine. Dans la dernière partie de l'aorte ascendante, et à l'union de l'aorte ascendante avec la crosse, se trouvaient deux autres dilatations sacciformes. Enfin toute la crosse était très dilatée excentriquement. Il y avait un certain degré d'insuffisance aortique, mais pas de lésions mitrales.

L'intérêt du cas réside principalement dans le peu de troubles fonctionnels présentés durant la vie, et aussi dans l'interprétation des signes révélés par l'auscultation du cœur. Le premier diagnostic avait été celui de maladie mitrale. Le bruit systolique était vraisemblablement obtenu par la pénétration du sang dans la première poche sacciforme. Quant au bruit présystolique, il s'agissait peut-être d'un galop. On sait que les anévrysmes du cœur peuvent produire un rhythme à 3 temps. Le bruit surajouté est alors déterminé, dans certains cas, par un écartement anormal des systoles auriculaire et ventriculaire, d'après une pathogénie admise par M. Lépine.

Ulcère perforant de l'estomac chez un enfant de deux mois.

M. Cade rapporte l'observation d'un enfant de 2 mois, mort dans le service de M. Colrat. Depuis 1 mois, cet enfant était atteint de diarrhée jaune et de vomissements alimentaires. Brusquement survinrent du ballonnement du ventre et des vomissements bilieux, et la mort suivit quelques heures plus tard.

A l'autopsie, on constata que l'arrière-cavité des épiploons était transformée en une poche close par des adhérences inflammatoires. Elle communiquait avec l'estomac par une ulcération unique, arrondie, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et siégeant dans la région pylorique. Il n'y avait pas de pus dans l'arrière-cavité des épiploons, mais seulement un liquide jaunâtre, acide, qui existait aussi dans l'estomac. Pas de péritonite généralisée; les autres organes étaient sains.

S'agit-il dans ce cas d'un ulcère rond? L'ulcération stomacale avait des bords taillés à pic, mais on n'a jamais observé pendant la vie de vomissements hématiques ni de melæna. De plus, l'ulcère rond constitue une extrême rareté à cet âge. Enfin le liquide acide retiré de l'estomac ne contenait pas d'acide chlorhydrique, ainsi que cela a, du reste, lieu chez les enfants de cet âge.

Fièvre typhoïde à forme mélancolique.

M. Taty a suivi pendant 2 mois, chez un jeune homme de 19 ans, un cas de mélancolie avec anxiété; idée d'indignité; sitiophobie, une température oscillant entre 37° et 38°, quelques symptômes intestinaux, langue blanche, constipation, débâcles avec selles fétides, sans albuminurie, ni taches rosées. L'état général fléchissant comme dans les maladies infectieuses graves, la séro-réaction fut recherchée et donna un résultat positif.

M. Lannois a observé récemment un cas analogue.

Goître exophthalmique et diabète.

M. Lannois rappelle les recherches de Souques et Marinesco, qui ont réuni, en cherchant dans la littérature médicale, 26 observations de goître exophthalmique coexistant avec le diabète. Pitres en a rapporté un nouveau cas, et M. Lannois en a lui-même observé un. Il s'agissait d'une femme de 40 ans, atteinte depuis fort longtemps d'un goître. Six ans avant son entrée à l'hôpital, apparut de l'exophthalmie. Deux ans après l'exophthalmie, la malade subit de grands revers; à ce moment, elle fut prise de soif vive. Elle entra cette année à l'hôpital, dans un état précaire. L'urine contenait 27 grammes de sucre et 0 gr. 75 d'albumine par litre. Il y avait une quantité notable d'acétone. La malade mourut après 2 mois 1/2 de séjour. A l'autopsie, on ne trouva rien au bulbe; un petit ramollissement limité siégeait dans les corps opto-striés, à droite (il y avait eu une hémiplégie antérieurement) quelques infarctus anciens des reins. Sans doute y a-t-il entre les deux affections des rapports réels, comme l'a fait remarquer Hascovek, de Prague.

M. Lépine pense que les rapports de la maladie de Basedow

et du diabète sont indubitables, et qu'un nombre relativement considérable d'observations pourrait être réuni, si l'on tenait compte des cas de glycosurie alimentaire dans le goître exophthalmique.

Comment peut-on expliquer cette glycosurie? A coup sûr, il ne s'agit pas simplement d'une résorption exagérée de suc thyroïdien, puisque la glycosurie a été observée par Falkenberg et par Gley, après la thyroïdectomie, c'est-à-dire dans des cas où il y a suppression de la sécrétion thyroïdienne (glycosurie probablement par choc nerveux). D'autre part, il est incontestable que l'ingestion exagérée de suc thyroïdien provoque de la glycosurie. Cela a été observé maintes fois chez des malades soumis à un traitement thyroïdien intensif, et a été remarqué également chez le chien. Dans ces cas, l'explication de la glycosurie est encore plus obscure.

Quant au cas de M. Lannois, la rapidité de la marche s'explique par la lésion des reins, qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit dans le diabète.

Injection de bacille typhique dans une anse intestinale isolée.

MM. Lépine et **Lyonnet** ont injecté des cultures virulentes de bacille typhique dans une anse de Thiry pratiquée sur le chien par M. Jaboulay. Après 4 injections, le chien a succombé. A l'autopsie, on a trouvé la réunion de l'intestin, qui a été faite par le bouton de Murphy-Villard, complètement réussie.

Dans l'anse isolée, on a trouvé des lésions considérables. La muqueuse est rouge, ulcérée; il y a une petite perforation qui a produit une péritonite à laquelle le chien a succombé.

Les ganglions mésentériques sont très gros, il n'y a pas de lésions de la rate, ni de l'intestin.

Le chien a présenté, après chacune des injections, quelques vomissements, un peu de diarrhée, mais de très légères élévations de température. Le sérum agglutinait très fortement.

Hémiplégie pneumonique.

MM. Mouisset et **Lyonnet** ont eu l'occasion d'observer une femme âgée de 65 ans, qui, atteinte de pneumonie avec hémiplégie consécutive, a succombé le 4e jour de la maladie. L'autopsie a montré de l'hyperhémie des méninges, et un œdème cérébral énorme. Il n'y avait ni fausses membranes, ni pus, ni lésions macroscopiques autres.

La sérosité de l'œdème était absolument claire et transparente, elle contenait le pneumocoque. Il est probable que si la mort n'avait pas été aussi prompte, on aurait trouvé du pus; mais il est possible aussi qu'à ce degré la maladie fût susceptible de guérison, constituant un de ces cas de méningite curable réunis sous le nom de méningisme.

Traitement de la pneumonie infantile par les bains froids.

M. Chambard-Hénon rapporte l'observation d'un petit malade atteint de pneumonie grave, guéri par les bains froids de 5 minutes à 20°, quand la température rectale atteignait 39°.

Epidémie de pneumonie.

M. Mouisset rapporte 4 cas de pneumonie qui se sont déclarés dans son service, du 5 au 15 octobre, frappant des malades dont les lits étaient voisins. Une simple coïncidence semble inadmissible, et l'on doit admettre une contagion.

Ectromélie.

M. Briau présente un fœtus long de 26 centimètres, né dans le service de M. Vinay. Ce fœtus est un ectromèle, chez lequel le membre inférieur gauche manque complètement. La mère a senti les mouvements de son enfant pendant le courant du 5e mois de la grossesse. A la suite d'une émotion considérable, elle constata la disparition des mouvements du fœtus. Un mois après, elle eut des hémorrhagies et des douleurs, et expulsa, à 6 mois 1/2, un fœtus macéré, présentant une jambe droite parfaitement constituée, médiane, semblant continuer le tronc comme une queue de sirène. Les organes génitaux, du sexe féminin, sont déjetés à gauche; la fesse gauche et la couronne pelvienne de ce côté existent, normales en apparence, mais également déjetées. Aucun bourgeon, aucune trace d'implantation du membre absent.

Opération césarienne.

M. Loison rapporte 2 cas d'opération césarienne nécessitée par des rétrécissements du bassin, qui, dans l'un des cas, n'avait que 3 centimètres comme diamètre utile antéro-postérieur. Les 2 opérations ne présentèrent aucune particularité digne d'être signalée, et les suites en furent bonnes. Le seul fait intéressant consiste dans la précocité relative de l'intervention, qui fut faite, dans l'un des cas, au 8e mois de la grossesse, dans l'autre, à terme, mais avant le commencement du travail. Les auteurs classiques recommandent tous de n'intervenir qu'au moment où la dilatation est complète; quelques-uns veulent même qu'on attende la rupture de la poche des eaux. M. Loison eut la main forcée par l'état de dyspnée et de gêne considérable où se trouvaient ses malades : le résultat a été bon néanmoins.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 19 octobre 1897.

Sarcomatose des os et albumosurie.

M. Rosin a observé à la clinique du professeur Senator un cas d'albumosurie remarquable au point de vue de l'abondance de l'élimination des albumoses et de l'affection qui avait provoqué cette albumosurie.

Il s'agit d'une femme de 36 ans qui s'est présentée à la clinique pour des douleurs qu'elle éprouvait depuis quelque temps dans la tête, le dos et les côtés. L'examen de l'urine avec le réactif de Heller montra la présence de l'albumine. Dans le microscope l'urine contenait des cylindres, de l'épithélium rénal et des cellules rondes. On ordonna une diète appropriée et de l'iodure de potassium.

La malade revint au bout de 3 semaines plus amaigrie encore; ses douleurs sont devenues plus intenses; il existait en outre une paralysie complète de la langue avec paranesthésie de la région maxillaire. Un nouvel examen de l'urine montra alors que ce qu'on avait pris pour de l'albumine était en réalité de l'albumose.

La malade succomba 3 semaines après son entrée à une pneumonie terminale compliquée de décubitus. A l'autopsie on trouva une dégénérescence amyloïde des reins et une sarcomatose diffuse des côtes qui avait passé complètement inaperçue pendant la vie. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome médullaire à cellules rondes.

Comme l'albumosurie abondante n'a jamais été signalée dans la néphrite, M. Rosin estime qu'il faut la mettre en rapport avec la sarcomatose des côtes, d'autant qu'il existe dans la littérature 14 autres cas (Bence Jones, Kabler, Stokvis, Mattes, etc.) de sarcomatose diffuse des os avec albumosurie très abondante. D'autre part, d'après des recherches de Von Jaksch dans l'ostéomalacie, il ne se fait jamais de passage des substances albuminoïdes de l'urine. Dans ces conditions une albumosurie abondante peut mettre sur la voie de diagnostic de sarcomatose.

M. Senator donne quelques renseignements supplémentaires sur la paralysie de la langue qu'a présentée cette malade. La

paralysie était complète, à tel point qu'il a fallu secourir la malade par la sonde. On pensa tout d'abord à une paralysie bulbaire, mais comme il n'existait pas de paralysie du pharynx ni du larynx, comme il n'existait pas d'atrophie ni de contractions fibrillaires, ni de réaction de dégénérescence, on se rattacha à l'idée d'une paralysie bulbaire asthénique, d'autant qu'à un moment donné la paralysie s'amenda d'une façon passagère. A l'autopsie on ne trouva pas de lésion anatomique pouvant s'appliquer à cette paralysie.

Quant à l'origine de cette albumosurie, on peut se demander si, sous l'influence de l'irritation des os par le processus sarcomateux, il ne se forme pas une grande quantité d'albumose qui passe dans le sang, est éliminée ensuite par les reins, d'autant que l'albumose existe non seulement dans le tissu osseux ostéomalacique, mais aussi, en petite quantité, dans le tissu osseux normal.

M. Virchow pense que l'albumose vient non pas du tissu sarcomateux, mais du tissu osseux modifié.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 octobre 1897.

Écoulement unilatéral des larmes dans la paralysie faciale.

M. Embden a rapporté l'observation d'une fillette de 4 ans entrée à l'hôpital pour une fracture du crâne, dont elle guérit en conservant une paralysie faciale droite, avec participation du voile du palais. Lorsque la malade quitta l'hôpital, l'examen fait avant sa sortie montra les faits suivants :

Il existait une paralysie des trois branches du facial droit avec phénomènes de dégénérescence. Lorsque l'enfant pleurait, les larmes coulaient seulement de l'œil gauche, tandis que l'œil droit, où la sécrétion des larmes à l'état habituel paraissait normal, restait sec. De même, la rougeur de la face et la sécrétion nasale exagérée, quand l'enfant pleurait, restaient localisées du côté sain.

Les fonctions de tous les autres nerfs crâniens étaient normales.

Ce fait semble donc donner raison à Goldzieher, qui considère le nerf facial comme un nerf sécrétoire.

Scoliose hystérique.

M. Embden a rapporté l'observation d'une fille de 10 ans chez laquelle, à la suite de douleurs pleurétiques, se développa une attitude vicieuse caractérisée par ce fait que la partie supérieure du corps faisait avec la partie inférieure un angle de 130°.

Pendant 3 mois la malade a été traitée sans succès par la suspension. A chaque séance la colonne vertébrale se redressait avec la plus grande facilité, mais l'enfant reprenait son attitude vicieuse aussitôt qu'elle était par terre. M. Embden eut alors l'idée de faire pendant la suspension, dans un but de suggestion, une application du pinceau faradique. Une seule application a suffi pour faire définitivement disparaître la scoliose.

ANGLETERRE

LEEDS AND WEST RIDING MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 15 Juillet 1897.

Tumeur du cervelet chez un enfant de 2 ans.

M. Charton rapporte l'observation d'une fille de 2 ans 1/2, d'une famille tuberculeuse, qui fut prise brusquement de vomissements. Quelques jours après, sa démarche devint incertaine, titubante et l'enfant finit par ne plus pouvoir marcher; ultérieurement il se développa encore, dans l'espace de 6 mois, une cécité complète mais les réflexes pupillaires restèrent intacts.

Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, on trouva une augmentation du volume de la tête, qui d'après les parents, était de date récente.

Les membres inférieurs n'étaient pas atrophiés; les autres organes étaient sains. Pas de fièvre. A l'ophthalmoscope, une névrite optique double.

Les membres inférieurs étaient en extension, mais la malade pouvait encore soulever sa cuisse et fléchir son genou gauche, le pied restant toujours en extension; mais du côté droit ces mouvements étaient impossibles. La réflexe plantaire était plus accusé à droite qu'à gauche. Il n'y avait pas de phénomène du pied; les réflexes rotuliens étaient normaux. Rien du côté de la vessie ni du rectum.

Un mois après l'entrée de la malade il survint un élargissement des fontanelles et un écartement des sutures en même temps que la région occipitale devint plus saillante. Quelques jours après il apparut une hyperesthésie généralisée se manifestant par des cris incessants. L'exalgine n'amenant qu'une amélioration passagère, on pratiqua par la suture sagittale la ponction du ventricule latéral droit et on retira 1 once 1 2 de liquide clair. Cette intervention amena une amélioration considérable de tous les symptômes, mais l'enfant ne tarda pas à succomber à la cachexie progressive trois mois environ après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva un sarcome du lobe moyen du cerveau, des dimensions d'une orange.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 29 Octobre 1897.

Mode d'action de l'hydrothérapie.

M. Winternitz constate qu'actuellement le traitement hydrothérapique des troubles circulatoires gagne tous les jours du terrain. Il n'y a pas encore bien longtemps, on n'osait pas soumettre au traitement mécanique et hydrothérapique les malades atteints d'anémie ou présentant un état général de faiblesse, bien que la physiologie ait montré qu'en cas d'anémie très accentuée, les malades supportent encore une soustraction de la chaleur. Ce qui est certain c'est que, sous l'action des influences thermiques, il survient chez les anémiques une reprise des échanges organiques et une augmentation de la force musculaire facile à constater par l'appareil de Mosso.

Il est actuellement démontré que les agents mécaniques et thermiques utilisés en thérapeutiques agissent sur les nerfs sensitifs périphériques et provoquent ainsi une série de réflexes dans tout le système nerveux. De cette façon des voies sont frayées pour les réflexes, ce qui exerce une influence favorable sur les névroses par inactivité et, d'une façon générale, sur les divers troubles d'innervation.

Dans les maladies infectieuses, l'hydrothérapie répond à une indication causale : elle élève notamment l'alcalescence du sang, augmente le pouvoir bactéricide du sang et des leucocytes et excite toutes les fonctions de l'organisme.

Xérodermie pigmentaire.

M. Kaposi a présenté une fille de 27 ans, qu'il a en observation depuis 1885. Cette malade porte sur la face une série de de tumeurs, de cancroïdes qui, sous le microscope, présentent la structure des périthéliomes. Le processus dans son ensemble doit être envisagé comme une sensibilité précoce de la peau.

L'affection aboutit ordinairement à la carcinomatose généralisée et à la mort. Et, en effet, chez cette malade aussi, il s'est développé dernièrement un carcinome qui n'a pas tardé à envahir l'os malaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — Troubles oculomoteurs dans la paralysie faciale périphérique (p. 1081).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Sur un cas d'abcès du foie (p. 1083).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : Maladie de Thomsen (p. 1085). — Bibliographie médicale. — Kyste épidermique. — Agglutination des microbes. — Sage-femmes en France. — *Thèse de la Faculté de Toulouse* : Symphyséotomie. — *Thèses de la Faculté de Nancy*. Curage digital dans l'avortement (p. 1086). — Hémorrhagies de la délivrance. — *Thèses de la Faculté de Lyon* : Maladies de l'oreille. — Traitement de l'ozène (p. 1087).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Tic du colporteur. — Neuro-névralgies (p. 1087). — Simulation de la paralysie générale. — Tumeurs de la substance blanche. — Traitement de l'épilepsie. — *Chirurgie* : Cystoscopie et cathétérisme des uretères. — Extirpation des glandes de Cowper. — Arthrite gonorrhéique. — Infection gonorrhéique généralisée. — Luxation congénitale de la hanche. — *Médecine* : Lithiase biliaire (p. 1088).

MÉDECINE PRATIQUE. — Préparation des médicaments opothérapiques (p. 1089). — Graduation des tétées dans l'allaitement artificiel. — Traitement de la toux chronique par le gaïacol. — Effets du salicylate de méthyle dans le zona. — Néphropexie dans le rein flottant (p. 1090). — Paraldéhyde (p. 1091).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'affaire Laporte (p. 1091).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Troubles oculomoteurs dans la paralysie faciale périphérique,

Par M. le Dr Pierre Bonnier

Dans un très intéressant article paru dans *la Semaine médicale* du 8 septembre 1897, MM. Bordier et Frenkel, de Lyon, décrivaient un nouveau phénomène observé dans la paralysie faciale périphérique. Voici en quoi il consiste : « Lorsqu'on engage un malade atteint de paralysie faciale périphérique grave à fermer les yeux au moment où ils se trouvent en position primaire, on constate que l'œil du côté sain se ferme énergiquement, tandis que du côté malade, après une légère diminution de la fente palpébrale, le globe oculaire resté visible à l'observateur se porte d'abord en haut, et ensuite légèrement en dehors, pendant que la paupière finit de s'abaisser d'une certaine quantité, variable avec le degré de paralysie du muscle orbiculaire des paupières. » Ce trouble de l'orientation oculaire ne se manifeste qu'à l'occasion de l'occlusion volontaire des paupières; le malade gardant d'ailleurs toute liberté d'orientation quand il s'agit, non plus de fermer les yeux, mais de regarder tel ou tel point.

Ce phénomène est peut-être nouveau dans la littérature clinique et, pas plus que MM. Bordier et Frenkel, je ne pense qu'il ait été traité dans un ouvrage médical. Mais il est loin d'être inconnu des cliniciens, et j'ai pour ma part eu l'occasion de le définir et de chercher à l'interpréter dans une leçon que M. le professeur Dieulafoy voulut bien me permettre de faire au sujet d'un malade de son service, au cours de son enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu, le 26 mai de cette année. De plus il faut reconnaître que ce phénomène n'est pas bien rare à observer, car j'en ai examiné pour ma part 7 cas bien nets depuis cette époque. En tout 8 fois sur 8 cas de paralysie faciale périphérique.

Je puis donc faire remarquer que les choses ne se passent pas toujours exactement suivant la description que j'ai transcrite plus haut. Du côté de la paupière, il arrive que, selon le degré de paralysie, l'abaissement présente également des degrés; mais on observe des cas ou des phases dans lesquels la paupière ne s'abaisse pas, et il faut admettre alors qu'il reste au muscle orbiculaire, innervé par le facial, juste assez d'activité pour égaler l'action modératrice du releveur, qui agit synergiquement dans l'occlusion volontaire, et qui n'a aucune raison de s'abstenir, la paralysie faciale étant périphérique. Bien plus, dans la paralysie faciale complète, au moment où le malade fait effort pour fermer les yeux, du côté malade la paupière *se relève* sous l'action du releveur, dont les noyaux centraux ont reçu de la corticalité l'ordre de modérer l'action du facial, en même temps que les noyaux du facial reçoivent de leur côté l'ordre de fermer l'orbiculaire, ordre qu'ils ne peuvent plus exécuter.

Ce signe de l'activité plus ou moins manifeste du releveur peut donc servir d'abord à indiquer qu'il s'agit d'une lésion périphérique du facial, ou tout au moins d'une lésion sous-corticale, et, d'autre part, à mesurer le degré de paralysie de ce nerf, dont il est l'antagoniste dans l'acte de fermer volontairement et non spasmodiquement les paupières.

Du côté du globe oculaire, je ne pense pas qu'il faille, comme l'indiquent MM. Frenkel et Bordier, attribuer exclusivement au petit oblique la déviation constatée. En effet, et c'est la définition même des auteurs, le petit oblique attire le globe en haut et en dehors. Or, et c'est le cas de leur observation, le globe est attiré en haut, *puis* en dehors. J'ai, sur mes 8 cas, observé une fois seulement l'élévation oblique en dehors; quatre fois le globe était directement attiré en haut, puis en dehors, après plus ou moins d'oscillation et d'hésitation; deux fois il resta fixé en haut sous la paupière relevée, sans déviation latérale; une fois il se jeta directement en dehors. Dans aucun des cas je n'observai de déviation en dedans, ni en bas.

Il faut donc admettre que si le petit oblique peut intervenir, il s'agira le plus souvent du droit supérieur, et ensuite du droit externe.

Comment interpréter ce phénomène singulier?

On a supposé que l'œil remontait sous la paupière parce que celle-ci ne venait pas à lui, que c'était encore la manière la plus simple d'exécuter l'ordre reçu de l'écorce : l'occlusion de la pupille. On a pensé aussi que le globe remontait de lui-même pour s'abriter sous la paupière incapable de s'abaisser. Il est facile de reconnaître que cette manœuvre n'est nullement volontaire ni même instinctive. J'ajouterai que dans plusieurs cas elle m'a paru tout à fait inconsciente. Il est d'ailleurs presque impossible de la réaliser volontairement, et, dans ce cas même, quel besoin aurait l'œil de s'abriter subitement au moment précis où l'on commande au malade de fermer les yeux? Dans certains cas, le mouvement est réellement spasmodique, et, chez mon malade de l'Hôtel-Dieu, l'œil semblait redressé par un véritable mouvement de ressort. Ajoutons que le malade n'est nullement libre de ne pas relever son œil quand on lui commande de le fermer, et que ce mouvement est non seulement involontaire, mais inévitable. Il s'agit très évidemment d'un désarroi dans la motricité inférieure et non d'un acte approprié; d'ailleurs j'ai cité le cas d'une déviation latérale

du globe sans aucune tentative d'élévation vers la paupière.

Toute autre est l'explication de MM. Frenkel et Bordier : « L'excitation volontaire du nerf facial ne pouvant aboutir à la contraction de l'orbiculaire, la décharge nerveuse se répand sur une autre voie », et, si le petit oblique reçoit précisément cette décharge, c'est *que son noyau est le plus voisin du noyau de l'orbiculaire des paupières*. Ici quelques explications.

Le professeur Mendel, de Berlin, admet que le noyau du facial supérieur appartiendrait au domaine des noyaux d'origine des branches du moteur oculaire commun. Or, le noyau du petit oblique, d'après presque tous les auteurs, se trouve être le plus postérieur du groupe latéral des noyaux du moteur oculaire commun, c'est-à-dire tout proche de cette partie postérieure de la même colonne du moteur commun que Mendel a trouvée atrophiée chez deux cobayes et un lapin dont il avait extirpé les muscles innervés par le facial supérieur.

Il est évident que la théorie de MM. Bordier et Frenkel semble ainsi reposer sur une base anatomique. Mais en l'acceptant, au moins pour le petit oblique, quelle valeur gardera-t-elle quand il s'agira d'expliquer la même décharge se portant sur les noyaux du droit supérieur et surtout sur ceux du droit externe ? Pour ce dernier, il est vrai qu'on pourrait invoquer les noyaux classiques du facial bulbaire. Mais n'est-ce pas un peu jouer avec la topographie des noyaux du facial, de l'oculo-moteur externe et de l'oculo-moteur commun ? J'admets sans doute que les irradiations nerveuses internucléaires sont des plus capricieuses en général, ou plutôt qu'elles affectent des caractères extrêmement variables selon les individualités nerveuses. Qu'un trouble sensitif produise des réflexes qui varieront avec les individus, qu'il éveille pour se les associer d'autres troubles sensitifs sans aucune connexion apparente, et que ceux-ci provoquent des réflexes d'aspect incohérent, cela se voit sans cesse ; mais il intervient toujours un élément sensitif ou sensoriel qui fait totalement défaut dans la théorie de MM. Bordier et Frenkel. Tandis qu'on ne connaît guère d'exemples d'un acte voulu provoquant par sa non-réalisation, par simple décharge nerveuse de voisinage, un autre acte sans aucun rapport de synergie fonctionnelle avec le premier.

S'agit-il d'un phénomène incohérent et sans autre cause déterminante qu'une trop grande contiguïté anatomique ? Ceci conviendrait assez bien à l'explication de sa constance ou tout au moins de sa fréquence ; mais, encore une fois, ce qui peut être vrai pour le petit oblique ne l'est plus pour les autres oculomoteurs, le droit supérieur et le droit externe. Ne peut-on y voir le désarroi plus ou moins prononcé d'une association physiologique ?

Il faut, pour s'en rendre compte, examiner tout d'abord ce qui se passe à l'état normal pour le globe au moment de l'occlusion des paupières. Quand on demande à un sujet prévenu de fermer les yeux, son attention est néanmoins fixée, et il continue en quelque sorte à regarder à travers ses paupières ; aussi, à la réouverture des yeux, trouvons-nous son regard à peine dévié. Ce qu'il nous faut connaître, c'est la position que prend naturellement l'œil quand, la paupière tombant, *le regard cesse*.

Soulevons la paupière d'une personne endormie, ou par un bruit subit, éveillons-la brusquement. Nous constatons presque toujours que le globe était dévié en dehors et relevé vers le front et quelquefois d'une façon très marquée, le malade semblant en quelque sorte regarder au delà de l'infini. C'est donc l'attitude de repos. Quand nous luttons contre le sommeil, la même cause qui appesantit la paupière semble relever et renverser le globe oculaire. Dans la nausée, dans le vertige, dans la syncope, quand la vision cesse ou que le regard devient incapable de fixation objective, chaque fois, en un mot, que nous laissons flotter notre appareil oculo-moteur comme on laisse flotter les rênes sur le cou d'un cheval, l'œil prend invinciblement cette position incompatible avec le regard, la position normale du globe sous la paupière abaissée. C'est ce qu'on appelle *tourner de l'œil*.

On peut donc admettre, dans une certaine mesure, que, dans le cas de paralysie faciale périphérique, tout se passe comme dans l'occlusion normale des paupières, au moins du côté du globe, qui n'a rien à voir avec le trouble périphérique du facial.

Mais il y a évidemment quelque chose de plus, car, dans plusieurs cas, les mouvements oculomoteurs ont un caractère incohérent, impulsif et spasmodique. Or il ne s'agit bien certainement pas d'une irritation au niveau de la corticalité et nous ne pouvons attribuer ce désarroi qu'à une irritation nucléaire des oculomoteurs. Mais qu'ont-ils à s'irriter ainsi ?

Ils ne sont nullement affectés personnellement par l'accident arrivé au bout périphérique de ce gros nerf facial dont les noyaux sont à peine dans leur voisinage. Et néanmoins quand le facial n'est pas en jeu, c'est-à-dire pourvu qu'il ne soit pas question de contracter l'orbiculaire des paupières, ils montrent la plus grande flaccidité et la plus grande correction dans l'exercice du regard et de l'accommodation. Ils sont donc sains et non irrités par une lésion ; le trouble est purement dynamique et n'apparaît que dans ce cas, la contraction de l'orbiculaire, — c'est-à dire l'occlusion des paupières, — c'est-à-dire la cessation du regard. Et en effet le trouble n'apparaît que *tant que le sujet ne regarde pas*. Quand il regarde, même l'autre œil fermé volontairement, les mouvements du globe découvert sont libres et parfaits. Quand il cesse de fixer, l'œil se sauve vers l'angle externe de l'orbite.

Le phénomène de déviation apparaît donc lié étroitement à la disparition de l'action volontaire de regarder.

Tout l'appareil de l'oculomotricité obéit, si l'on peut ainsi dire, très fidèlement et avec empressement à la volonté de regarder. Quand celle-ci n'intervient pas, l'oculomotricité est livrée à elle-même, et alors les globes prennent l'attitude que nous avons dite à l'état normal.

Mais si elle se trouve agacée, troublée par une cause extérieure — à déterminer — elle pourra, tout en se montrant obéissante et fidèle aux exigences du regard, se livrer à mainte extravagance dès que celui-ci la laissera à elle-même. C'est bien en effet ce qui a lieu.

J'ai, à diverses reprises, dans plusieurs articles et communications (1), montré qu'après l'appareil de la vision, après ce qu'on pourrait appeler la volonté optique, le système oculomoteur n'avait aucun maître plus exigeant que l'appareil ampullaire des canaux de l'oreille interne. J'ai donné les raisons tirées de l'anatomie, de la physiologie et de la clinique qui démontraient surabondamment ce fait si précieux à connaître en symptomatologie, à savoir, qu'après le cerveau et la rétine, c'était aux canaux semicirculaires qu'obéissaient les noyaux oculomoteurs, et je renvoie pour ce sujet aux divers articles que je lui ai consacrés dans ces dernières années.

L'appareil ampullaire est-il en cause ? Cela est presque

1. Rapport entre l'appareil oculomoteur ampullaire de l'oreille interne et les centres oculomoteurs (*Soc. de biologie*, 11 mai 1895, et *Revue neurologique*, déc. 1895). — Le tabès labyrinthique (*Presse médicale*, 10 juin 1896).

absolument certain, puisqu'il s'agit d'une paralysie faciale, surtout d'origine périphérique. Et cela pour deux raisons. D'abord la paralysie faciale supprime souvent, mais non toujours, comme la démontre Gellé, l'action frénatrice du muscle de l'étrier, trouble l'équilibre de la tension labyrinthique et provoque l'irritabilité des papilles. En second lieu, et cette raison est de beaucoup la plus forte, la paralysie faciale périphérique est presque toujours, sinon toujours, et dans une proportion considérable, liée à un trouble inflammatoire ou simplement congestif, œdémateux de la paroi externe du labyrinthe, portion de l'aqueduc de Fallope que Gellé à montré être le lieu de plus grande vulnérabilité du facial. Je ne ferai que rappeler à ce sujet les beaux travaux de Gellé, Burnett, Eitelberg, Trifiletti, Lannois, Chipault, Bonthoux et Cartaz, qui ont amplement démontré la fréquence du fait clinique que j'invoque.

Chose curieuse, MM. Bordier et Frenkel, qui signalent le trouble oculaire, n'ont pas observé que l'oreille fût en cause dans leurs deux cas de paralysie faciale; et les auteurs cités plus haut, qui ont montré la paralysie faciale liée à l'otite, ne signalent pas le trouble oculaire. Dans mes huit cas de trouble oculaire lié à la paralysie faciale, j'ai huit fois pu mettre, avec ou sans otite, très nettement en cause l'irritation ampullaire.

Sur huit malades, j'ai trouvé six fois le vertige labyrinthique avec tendance à tomber ou à osciller du côté de l'oreille malade; j'ai sept fois nettement mis en évidence le signe de Romberg, qui a d'ailleurs rapidement disparu avec le traitement local.

Sept présentaient des symptômes d'insuffisance ou d'irritation auditives de date récente, bourdonnement, opacité auditive, surdité, battements pulsatiles, oppression labyrinthique, etc. Quatre avaient de l'otite moyenne suppurée, un de l'hyperémie tympanique très visible, les trois autres n'avaient aucun signe objectif de trouble auriculaire, mais des symptômes subjectifs d'irritation profonde.

Détail assez particulier, le malade qui ne présentait que de l'hyperémie tympanique du côté de sa paralysie faciale, avait une otite moyenne suppurée du côté non paralysé. Il avait passé une nuit, du dimanche au lundi, ivre-mort, sur l'herbe des fortifications, et s'était réveillé avec une douleur vive de l'oreille appuyée contre terre, et avec la paralysie du côté exposé à l'air de la nuit. L'oreille du côté non paralysé s'était mise à couler le soir même. Quant à l'autre, en maintenant le fonctionnement tubaire, je parvins à éviter l'exsudation trop abondante et les phénomènes de rétention. La paralysie dura à peine huit jours. C'est ce malade même dont l'œil se jetait nettement en dehors sans s'élever, au moment de l'occlusion de la paupière, laquelle était à peine esquissée.

MM. Bordier et Frenkel remarquent que cette déviation ne se montre plus quand l'excitabilité faradique reparaît après avoir disparu.

Cela revient peut-être à dire qu'elle varie avec la cause qui compromet le fonctionnement du facial, c'est-à-dire avec le trouble auriculaire.

Il est remarquable, dans ces sortes de paralysies faciales périphériques, que le facial de l'orbiculaire palpébral est atteint le premier, ce qui montrerait qu'au niveau de la caisse les fibres du facial supérieur sont les plus externes; puis c'est le facial de l'orbiculaire labial, plus profondément situé. Les signes de paralysie de l'étrier sont rarement isolables, car tout le fonctionnement tympanique est vicié ou troublé. Quant aux fibres du voile du palais, elles n'ont en aucun cas paru atteintes les premiers jours; elles peuvent d'ailleurs rester sauves, car elles ne sauront guère être touchés que par la névrite ascendante, atteignant le ganglion géniculé. J'ai observé une fois, en même temps que la paralysie de la luette, de l'épiphora assez abondante du côté paralysé, ce qui confirme peut-être la théorie de Goldzieher.

En résumé, les troubles oculomoteurs observés au cours d'une paralysie faciale périphérique doivent toujours faire rechercher l'irritation labyrinthique (bourdonnement, bruits pulsatiles, oppression labyrinthique, signe de Romberg, etc.); et cela d'autant plus que le trouble auriculaire semble être la cause presque constante des paralysies faciales de cette nature.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Sur un cas d'abcès du foie

(Considérations cliniques et bactériologiques),

Par MM.

Lucien Picqué — Chirurgien des hôpitaux.

Olivier Macé. — Ancien interne des hôpitaux.

L'un de nous a eu l'occasion d'observer récemment dans son service de l'hôpital Dubois un nouveau cas de chirurgie du foie qui vient s'ajouter à la série publiée récemment dans une leçon clinique (Journal de Huchard 2 octobre 1897), des cas observés dans ce service en 1897.

Il s'agissait d'un volumineux abcès du foie dont voici d'abord l'observation que je dois à l'obligeance de mon interne M. Janot :

B. D..., âgé de 34 ans, entre le 3 septembre à l'hôpital Dubois, dans le service de M. Widal remplacé par M. Belin, pour une affection du foie caractérisée surtout par des troubles digestifs et de l'ictère.

Ce malade ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Ses parents vivent encore et se sont toujours bien portés.

Lui-même ne se souvient pas avoir eu aucune maladie dans son enfance, ni dans sa jeunesse.

Il y a douze ans, en 1885, il partit accomplir son service militaire à Tunis. Il séjourna environ un an dans cette ville et pendant ce temps, il eut plusieurs accès de fièvre. Ces accès ne furent d'ailleurs ni très violents, ni très bien caractérisés. Le malade se souvient seulement d'avoir souffert de la fièvre pendant quelques jours et à plusieurs reprises, mais il n'entra pas à l'hôpital.

Quelques mois après son arrivée en Tunisie, il éprouva les premiers symptômes de la dysentérie. Il perdit par le rectum du sang en abondance, eut des selles glaireuses et fréquentes et sa santé s'altéra profondément. Il se remit cependant, mais, pendant tout le reste de son séjour à Tunis, il eut de temps en temps des douleurs abdominales violentes accompagnées de selles sanglantes, contenant des matières graisseuses.

Réformé au bout d'un an de service pour un sycosis, il revint en France soigner cette affection qui est actuellement complètement guérie.

Depuis son retour en France, le malade jouissait d'une excellente santé. Il ne ressentit jamais de douleur dans la région du foie. L'appétit, modéré, était régulier. Le malade allait à la selle régulièrement, sans constipation ni diarrhée. Pas d'accès de fièvre.

Vers le commencement de juillet, il commença à perdre l'appétit. Pendant quelques jours, avec quelques malaises mal définis, cette anorexie fut le seul symptôme. Mais l'état du malade alla s'aggravant et des vomissements apparurent. Ces vomis-

sements furent dès le début jaunes et verdâtres et ne contenaient ni aliments, ni mucosités. En même temps, il présenta une diarrhée abondante qui persista jusqu'à son entrée à l'hôpital. La fièvre apparut au même moment. La température oscillait entre 38 et 39°, sans rémission le matin.

Cet état resta stationnaire jusqu'au jour où le malade entra à l'hôpital le 3 septembre. Il fut tout d'abord envoyé dans le service de M. Belin. Notre collègue reconnut l'existence d'une collection intra-hépatique et nous l'adressa après avoir constaté la présence du pus par la ponction exploratrice. A son entrée, on constate que le malade présente une teinte ictérique très prononcée avec abattement marqué. Il accuse un très grand amaigrissement depuis le début de sa maladie. La température est à 39°.

Le malade vomit toujours des matières verdâtres. La diarrhée a également continué; les matières rendues, sont noires en dépit de son ictère.

A l'inspection, la région du foie présente une voussure considérable.

Par la palpation on constate que le bord antérieur du foie descend très au-dessous des fausses côtes. Sa surface est lisse et présente une rénitence marquée. La pression est douloureuse et il existe des douleurs spontanées mais qui ne s'irradient dans aucun sens.

Le 4 septembre, M. Picqué pratique l'opération suivante. Une incision est faite dans l'hypochondre droit parallèlement au rebord costal. Elle mesure environ 10 centimètres. Après ouverture du péritoine, on constate que la face antérieure du foie est dépourvue d'adhérences avec le feuillet pariétal du péritoine. Le tissu hépatique paraît sain, mais sur la face convexe on distingue une énorme voussure nettement fluctuante. On place des compresses stérilisées sur le pourtour de l'ouverture pour prévenir l'effusion du pus dans la cavité péritonéale.

Le tissu hépatique est alors incisée sur une longueur d'environ 5 centimètres. Avant de parvenir sur la poche purulente, il fallut inciser en tissu sain une épaisseur de deux centimètres environ. Les lèvres de la plaie hépatique furent alors saisies de chaque côté avec des pinces tire-balles et le foie attiré au dehors fut en quelque sorte luxé en avant. Il s'échappa de l'abcès environ deux litres de pus. La poche fut ensuite lavée à l'eau stérilisée. Les deux lèvres de la plaie hépatique furent soigneusement fixées aux lèvres de l'incision cutanée. Des drains furent passés dans l'orifice et laissés à demeure. La plaie cutanée fut rétrécie en haut et en bas par quelques points de suture.

Le lendemain même, la température tomba à 36°5 et resta à peu près stationnaire.

La cavité fut irriguée chaque jour à l'eau stérilisée bouillie et au permanganate très faible. Pendant quelque temps il sortit encore une quantité considérable de pus à chaque pansement. En même temps les pièces du pansement étaient souillées par de la bile à peu près pure. Depuis le commencement d'octobre la suppuration est à peu près tarie. L'écoulement de bile a également disparu. Les drains qui avaient été progressivement diminués ont pu être remplacés par des mèches de gaze et en ce moment la fistule diminue de plus en plus de profondeur.

L'état général du malade est allé en s'améliorant très rapidement. L'ictère a disparu en quelques jours. L'appétit est revenu rapidement et le malade se lève et marche depuis déjà 15 jours.

Dans cette observation, contrairement à celle que nous avons récemment publiée, la pathogénie est des plus nettes. Il s'agit en effet d'un homme qui a habité la Tunisie et qui a présenté des phénomènes manifestes de dysenterie. L'origine de son abcès hépatique ne peut donc prêter à aucune constestation. Au point de vue du traitement, j'insisterai sur l'épaisseur considérable (2 cent.) de tissu hépatique qu'il a fallu traverser pour arriver sur la collection et *l'absence absolue* d'écoulement sanguin sur les deux tranches hépatiques.

Je note également l'utilité qu'il y a pour éviter toute contamination possible du péritoine de luxer en quelque sorte le foie hors de la plaie pariétale à l'aide de fortes pinces à traction fixées sur les lèvres de l'incision hépatique. De cette façon l'évacuation de l'abcès et le lavage de la poche se fait hors de la cavité abdominale.

On peut d'ailleurs, comme je l'ai fait, insinuer des compresses aseptiques entre le foie et la paroi abdominale.

Ce n'est que lorsque la poche a été complètement lavée qu'il convient d'appliquer les sutures hépato-pariétales qui doivent traverser l'épaisseur de la tranche hépatique. Il est indispensable pendant les jours qui suivent de placer deux gros tubes de caoutchouc et de faire des lavages abondants biquotidiens. Je me suis contenté dans ce cas d'eau bouillie.

Examen bactériologique. — Le pus rouge brun a été ensemencé sur 5 tubes de gélose et sur 3 tubes de bouillon. Rien n'a poussé au bout de 62 heures.

Pas d'amibes dans le pus à l'examen direct et après coloration au bleu de méthyle et au violet de gentiane.

Des cristaux d'acides gras, des débris granuleux et de nombreux globules blancs.

MM. Achard et Mosny n'ont pas trouvé d'amibes dans le pus.

M. Achard conseille l'ensemencement sur une infusion de paille.

Au bout de 24 heures d'ensemencement pas de trouble du liquide.

A l'examen direct du bouillon de culture, pas d'amibes. Après coloration, rien non plus.

Au bout de 48 heures, 3 préparations nouvelles sont faites. Rien encore. On constate seulement une teinte un peu plus foncée de l'infusion de paille par son séjour à l'étuve.

Le pus est donc stérile ; pas de pyogène, pas d'amibe du côlon. On n'y constate pas non plus par l'examen direct d'éléments rappelant par leur forme des microbes quelconques.

M. Belin, dans le service duquel avait été reçu le malade, nous déclare que le liquide retiré par ponction exploratrice ne lui avait formé aucune culture sur gélose.

A propos de cette observation, il nous paraît utile de rappeler en quelques mots l'état actuel de la bactériologie des abcès du foie. On sait que dans un grand nombre de cas les abcès du foie ont un pus stérile au moment où on l'examine. Les opinions émises pour expliquer cette stérilité du pus peuvent être résumées ainsi.

M. Laveran pensait que cet état tenait à l'action destructive de la bile qui tuait les microbes par son contact.

Depuis, cette opinion a été abandonnée. D'autres pensaient que si, dans certains cas, le pus est stérile, cela tenait à l'insuffisance de notre technique bactériologique qui ne nous permettait pas de cultiver ou de colorer les germes des suppurations hépatiques, qui devaient exister. Notre maître, M. Chauffard, proposa alors d'admettre que la cellule hépatique, par une action chimique encore inconnue, faisait disparaître les bactéries pathogènes. L'abcès était donc stérile, mais d'une façon secondaire. Enfin on s'est encore demandé, comme le signale M. Achard (1), si la stérilisation dans le foie est due « à la destruction des microbes par des substances nuisibles à leur développement et résultant des réactions cellulaires qui se produisent dans l'organisme malade sous l'influence de l'infection pyogénique. »

La constatation de la stérilité du pus a été faite par MM. Kartulis (2) Netter (3), Leveran (4), Veillon et

1. Achard, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1885.
2. Kartulis, Zur Ætiologie der Leberabcess (*Centralb. für Bacteriologie*, 1897, t. II, n° 25; *Virchow's Arch.*, 1889).
3. Netter, Abcès du foie d'origine exotique (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 11 juillet 1890).
4. Laveran, Deux observations d'abcès du foie. Examen histologique et bactériologique du pus de ces abcès (*Bull. et Mém. de la Soc. des hôpit.*, 25 juillet 1890); Deux nouveaux cas d'abcès du foie à pus stérile (*ibidem*, 1er décembre 1893).

Jayle (1), Calmette (2), Monod (3), Leblond (4), Tuffier (5), Arnaud et d'Astros (6), Loison et Arnaud (7), André Petit (8), Rendu et Boulloche (9), Hanot (10), Longuet (11).

Mais ces constatations, à part celles de M. A. Petit qui publie un abcès qui a évolué avec une marche subaiguë en 19 jours, se rapportent à des cas à évolution lente et existant depuis longtemps. Il a donc pu se passer, et il s'est passé des modifications dans les caractères du pus, comme le montrent certaines observations qui ont saisi pour ainsi dire le moment où le pus contenait des microbes qui prennent encore, mais mal, les colorants, dont on reconnaissait la morphologie, mais qui ue donnaient naissance à aucune culture sur leurs milieux ordinaires (Rendu et Boulloche, Hanot etc.,) A un degré plus avancé, il serait impossible de les reconnaître, ils viennent contribuer à former avec les restes du parenchyme hépatique tous ces débris granuleux qui sont signalés par tous les observateurs.

Les différentes espèces signalées sont même très nombreuses et tous les pyogènes figurent dans ce tableau.

Le streptocoque (Bertrand, Loison et Arnaud (1 fois), Zankarol, 8 cas sur 9, Pasqualé (2 cas abcès idiopathiques de Kartulis).

Le staphylocoque blanc (Kartulis (1 fois), abcès idiopathique du pays; 2 fois dans les abcès dysentériques; Fontan, Bertrand, Loison et Arnaud (3 fois); Pasqualé (4 cas d'a. dysentérique) (1 fois a. idiopathique).

Le staphylocoque doré (Kartulis) (4 fois a. idiopathique, 1 fois (a. dysentérique), Fontan).

Le colibacille. (Loison et Arnaud; Veillon et Jayle. Dans ce cas, il s'agissait d'un abcès ponctionné un mois auparavant.)

Le bacillus pyogenes fetidus (Kartulis, a. dysentérique).

Le bacillus capsulatus de Pfeiffer (Wicklain).

Le bacillus proteus vulgaris (Kartulis, 1 cas d'a. dysentérique).

Le bacillus pyocyaneus (Pasqualé, 1 cas a. idiopathique).

Le bacille typhique (Pasqualé, 1 cas d'a. idiopathique: ce devait être le colibacille).

Enfin l'*amibe du côlon*, qui aurait été vue souvent dans les abcès dysentériques par Kartulis, Evans, Lutz, Olivier, Nasse, Eichberg, Curnow, Manner, Osler, Dock, Peyrot et Roger (associé aux microbes de la suppuration). Nous l'avons recherchée en vain dans le cas que nous publions.

Nous ne connaissons pas de cas où le bacille de la dysenterie décrite par Chantemesse et Widal ait été trouvé dans le pus d'abcès du foie.

1. Veillon et Jayle, *Comptes rendus de la Soc. ae biologie*, 1891.
2. Calmette, *Arch. de méd. navale*, 1893.
3. Monod, *Médecine moderne*. 1892.
4. Leblond, thèse de doctorat,, Paris, 1892.
5. Tuffier, De la stérilité des suppurations du foie et de la vésicule biliaire. Huit opérations d'hépatotomie et de cholécystotomie, (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1892, p. 614).
6. Arnaud et d'Astros, La recherche des microbes dans les abcès du foie : son importance pour le diagnostic et le traitement (*Revue de médecine*, avril 1862, p. 301).
7. Loison et Arnaud, Contribution à l'étude pathogénique des abcès tropicaux du foie (*Rev. de méd.* 1892, n° 11, p. 191).
8. André Petit, Abcès du foie à marche rapide et à pus stérile (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 janvier 1894).
9. Rendu, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1894).
10. Hanot, Vaste abcès aréolaire du foie pris pour une pleurésie purulente, pus microbien stérile (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.* Paris, 1894, t. XI, p. 967).
11. Longuet, De la stérilité dans le pus des abcès du foie (*Presse médicale*, 1895, p. 99).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Kornhold (Adolphe). *La maladie de Thomsen.* N° 475. (H. Jouve.)

M. Nikonoff (S.). *Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen.* N° 481. (Ollier-Henry.)

M. Hahn (Victor-Lucien). *Essai de bibliographie médicale.* N° 597. (G. Steinheil.)

M. Cabello (Anselme). *Kyste épidermique du doigt.* N° 614. (H. Jouve.)

M. Bensaude (Raoul). *Le phénomène de l'agglutination des microbes et ses applications à la pathologie.* N° 631. (G. Carré et C. Naud.)

M. de Ribier (F.). *Les sages-femmes en France; ce qu'elles ont été; ce qu'elles sont; ce qu'elles pourraient être.* (P. Delmar.)

La maladie de Thomsen, qu'étudie M. Kornhold, est une affection le plus souvent congénitale et familiale, mais parfois aussi acquise, et parfois apparaissant tardivement jusqu'à l'âge de 40 ans. Au point de vue clinique, l'affection est caractérisée par une raideur musculaire au début des mouvements volontaires et l'existence de la réaction myotonique peut à elle seule confirmer le diagnostic dans les cas douteux ou frustes, mais l'absence de cette réaction ne suffit pas pour nier l'affection.

L'influence de l'état psychique sur l'intensité du symptôme de Thomsen est très remarquable. Cette influence se voit principalement dans les maladies du système nerveux et dans les névroses. L'auteur insiste surtout sur ce fait que, là où la maladie de Thomsen s'associe à une autre maladie, cette dernière est toujours une maladie du système nerveux.

Dans tous les cas où l'affection débute dans l'enfance ou l'adolescence, le squelette osseux des malades se développe plus en largeur et moins en longueur que dans l'état normal, et chez tous les sujets la couche sous-cutanée est peu développée ou, peut être, diminue d'épaisseur.

La maladie débute en général lentement, mais elle peut aussi être brusque et envahir d'un coup toute la musculature.

La marche de la maladie est uniforme, susceptible d'amélioration et d'aggravation sous l'influence de l'état psychique, de la température, de la pression barométrique. Il n'existe pas jusqu'ici de traitement. L'électricité est plutôt défavorable. La gymnastique passive et le massage ont seuls quelque influence sur la marche de l'affection (Bechtereff).

Consacrant, comme M. Kornhold sa thèse à la maladie de Thomsen, M. Nikonoff la définit une affection frappant les muscles striés de l'économie et caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une modification du tissu musculaire souvent avec hypertrophie apparente et accusée, sans lésions appréciables d'autres tissus et, au point de vue clinique, par des spasmes toxiques avec décontraction lente, spasmes prononcés surtout au début des mouvements volontaires et disparaissant ou, tout au moins, diminuant avec la répétition des mouvements.

La pathogénie des principaux symptômes fonctionnels de cette affection s'explique par ce fait dominant la symptomatologie de la maladie de Thomsen, que le degré des troubles myotoniques est proportionnel à l'effort employé.

La composition des urines dans cette maladie dtffère, en certains cas, de la composition normale de l'urine et indique un trouble dans les échanges organiques des sujets.

La maladie de Thomsen est susceptible de se compliquer de certaines affections surajoutées dont la pathogénie les rattache à cette maladie comme cause première; telles sont : l'asthme myotonique (Rybalkine), l'hypertrophie du cœur (Rybalkine et un cas personnel), la hernie (deux cas personnels).

La maladie est essentiellement chronique à marche progressive. La maladie de Thomsen a un pronostic bénin : *quoad vitam*, mais il est sérieux au point de vue de la guérison qui n'a jamais été observée et au point de vue de la vie sociale des sujets. Cette

maladie doit être rangée dans la classe des myopathies; si l'on peut admettre qu'elle est une myopathie primitive dans les cas où elle est congénitale, la théorie la plus fondée pour expliquer les cas de myotonie acquise paraît être celle qui la rattache aux troubles de la nutrition générale.

Indiquer comment sont composées les bibliographies médicales françaises et étrangères et les répertoires généraux renfermant de la bibliographie médicale, montrer leur valeur respective et par suite fournir aux travailleurs les moyens de s'en servir, tel a été le but poursuivi par M. Lucien Hahn dans sa thèse. Dans ce travail qui sera utile à consulter, il classe tous les travaux parus en France et à l'étranger et ayant la bibliographie pour objet; il insiste spécialement sur ceux qui peuvent avoir une utilité constante, tels l'*Index medicus* ou l'*Index catalogue*, le *Schmidt's Jahrbücher*, le Hayem, montre le plan suivi dans leur rédaction, les qualités par lesquelles ils se distinguent, les lacunes qu'ils renferment; il classe les recueils de bibliographie spéciaux ayant trait à l'anatomie, à la physiologie, etc.; par la méthode qui préside à sa rédaction, par le soin avec lequel tous les ouvrages bibliographiques y ont été réunis, ce travail, qu'une table alphabétique rend facile à consulter, est appelé à rendre service à ceux qui, ayant à faire de longues recherches bibliographiques désirent être renseignés sur la méthode à suivre et les principaux répertoires à consulter.

M. Cabello étudie les kystes épidermiques des deigts qui, pour lui, sont dûs vraisemblablement à l'inclusion d'une partie de l'épiderme dans les tissus profonds. Comme étiologie de cette affection, on trouve presque toujours, pour ne pas dire toujours, un traumatisme avec plaie; le diagnostic est assez délicat, mais possible par l'analyse de leurs symptômes (siège à la face palmaire des doigts, forme régulière, consistance élastique et dure, indépendance des tissus profonds, etc.); c'est surtout avec les fibromes et les kystes synoviaux qu'il pourrait y avoir confusion. Le seul traitement efficace est l'extirpation complète.

Le travail de M. Bensaude, qui constitue la plus complète étude d'ensemble consacrée jusqu'ici à l'étude de l'agglutination des microbes, contient l'exposé d'un certain nombre de recherches originales entreprises par lui sous la direction de M. Achard et dont la plupart ont été déjà l'objet de publications de MM. Achard et Bensaude; on connaît leurs recherches sur la séro-réaction dans la fièvre typhoïde, le choléra, la psittacose. Chez les animaux infectés avec le coli-bacille, ce sérum n'acquiert que difficilement la propriété agglutinante; lorsqu'il possède cette propriété, l'action du sérum est élective; elle ne s'exerce que sur un nombre restreint de coli-bacilles; inconstante et rare dans la streptococcie, la séro-réaction a été négative avec le sérum d'individus atteints de staphylococcie, de charbon, de tétanos; pourtant, dans un des cas observés par M. Bensaude, elle a été nettement positive chez un cheval tétanique. Les recherches de M. Bensaude montrent que c'est toujours le sang qui contient la substance agglutinante au maximum et c'est du sang qu'elle passe secondairement en proportion variable dans les diverses humeurs. C'est aussi dans le sang qu'elle paraît se conserver le plus longtemps. Cette substance existe dans le plasma du sang vivant et les leucocytes ne la possèdent pas en eux d'une façon exclusive ou prédominante. La présence de la réaction agglutinante a été cliniquement et expérimentalement constatée dans le lait des typhiques; en revanche, inconstante dans le contenu intestinal des typhiques, elle manque dans celui des cholériques; elle n'a pu être constatée dans la bile, la salive, le suc gastrique, l'urine peut ne pas la posséder; le passage de la propriété à travers le placenta est inconstant dans les infections expérimentales produites par le bacille d'Eberth et le vibrion cholérique. La substance agglutinante se montre ordinairement dans le sang de l'animal le 3e ou le 4e jour qui suit l'inoculation des microbes. Elle n'apparaît pas au point d'inoculation avant d'exister dans le sang; cette propriété n'est pas rigoureusement limitée au microbe infectant; elle s'exerce aussi, mais à un degré moindre sur les espèces microbiennes voisines. A ses recherches propres, M. Bensaude a joint l'exposé des recherches faites par les autres auteurs sur la séro-réaction tant dans les maladies précitées, que dans la peste, la fièvre de Malte, la diphthérie, les infections pneumococciques, la péripneumonie, la morve, la fièvre jaune, etc., et sur la nature de la substance agglutinante. Il a joint à son importante thèse un index bibliographique.

Dans un historique documenté et fort intéressant M. de Ribier nous montre les étapes franchies par la corporation des sage-femmes, au point de vue des études et des règlements, depuis le moyen âge jusqu'à la loi de 1892. On suit pas à pas leurs conquêtes et leurs progrès depuis la première mention faite de l'une d'elles, « la ventrière des accouchées », qui exerçait à l'Hôtel-Dieu en 1378. Depuis, le niveau moral et intellectuel des sages-femmes s'est sensiblement amélioré. Mais il reste encore beaucoup à faire pour diminuer le nombre des matrones qui exploitent la crédulité publique, ou qui traitent à volonté la stérilité ou... la fécondité. Pour arriver à ce résultat il faudrait que les études premières fussent plus élevées, les examens d'admission plus difficiles, que la durée des études obstétricales fût portée à trois ans; peut-être alors pourrait-on leur donner le fameux « droit au forceps », si ardemment réclamé par les syndicats.

Thèse de la Faculté de Toulouse.

M. Izac (F.). *Que faut-il penser de la symphyséotomie?* (Lagarde et Sebille, Toulouse.)

Le médecin de campagne peut-il et doit-il pratiquer la symphyséotomie? Telle est la question que se pose M. Izac. Le manuel opératoire est par lui-même assez simple, et, à part quelques divergences peu importantes, on suit un peu partout la technique de Pinard. Malgré des accidents assez fréquents qui peuvent survenir du côté de l'appareil urinaire, ou des articulations sacro-iliaques, malgré les complications infectieuses auxquelles elle peut donner naissance, M. Izac pense que la symphyséotomie est une bonne opération, mais elle doit être réservée aux cas où elle est *indispensable*. De plus elle exige un milieu spécial, 9 aides expérimentés et un opérateur versé dans la pratique chirurgicale, et par conséquent doit être l'apanage exclusif des maternités et des cliniques d'accouchement. D'ailleurs le petit nombre des pelvitomies faites en dehors des services hospitaliers (6), montre qu'en clientèle on ne peut la tenter que dans des conditions exceptionnelles.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Hadot (G.). *Du curage digital dans l'avortement.* (Crépin-Leblond, Nancy.)

M. Weiller (L.). *Contribution à l'étude des hémorrhagies de la délivrance dues à des plaies du canal génital.* (Imp. Nancéienne.)

Pour M. Hadot, le curage digital constitue la méthode de choix dans la rétention placentaire post-abortive. Cette méthode ne mérite pas les reproches qu'on lui a adressés : d'abord il n'est pas nécessaire, quoi qu'en ait dit Pajot, d'avoir des doigts démesurément longs pour arriver au fond de la cavité utérine; dans 34 observations rapportées par M. Hadot, on a pu facilement, avec le doigt seul, faire un nettoyage complet de la cavité utérine; c'est dire qu'on ne doit pas davantage lui reprocher d'être incomplet. De plus la douleur qu'il provoque n'est pas très intense et dans les cas exceptionnels peut être combattue avantageusement par l'anesthésie chloroformique qui cependant est loin d'être toujours nécessaire. Enfin l'abaissement de l'utérus n'a pas les suites dangereuses redoutées par quelques auteurs.

Au contraire, le curetage instrumental est loin d'être sans dangers : il expose à la perforation utérine; il est souvent insuffisant, et demande une instrumentation compliquée dont le curage digital se passe aisément.

Le manuel opératoire se compose de 4 temps : *introduction* dans l'utérus d'un ou de deux doigts (un seul vaut mieux); *décollement* du placenta; *extraction; revision* de la cavité utérine

par le doigt, et enfin pansement intra-utérin ou plus simplement application de gaze iodoformée sur la vulve.

Les hémorrhagies de la délivrance reconnaissent souvent pour origine des lésions du canal génital. Ces lésions, d'après M. Weiller, peuvent siéger dans des régions différentes : dans la portion vaginale du col, dans le vagin ou à la vulve. Elles sont tantôt causés par la rigidité du col, les varices des organes génitaux, le cancer ou l'œdème du col, tantôt par l'ampleur du bassin, par certaines formes de viciations pelviennes (bassin cyphotique ou épineux), par des anomalies, des contractions utérines, par le volume exagéré du fœtus, tantôt enfin elles se produisent à la suite d'interventions manuelles et instrumentales telles qu'application de forceps, embryotomie, symphyséotomie.

Que ces hémorrhagies soient dues à une déchirure simple, ou à la rupture d'un thrombus, il importe de les distinguer des hémorrhagies par inertie utérine, ou par inertie du segment inférieur. Le diagnostic se fera très simplement dans la majorité des cas, en écartant simplement les lèvres et en examinant attentivement la vulve. Si cette inspection ne donne aucun résultat, le toucher et l'examen au spéculum permettront de découvrir la source de l'hémorrhagie.

Aux hémorrhagies par déchirure du col, on opposera le tamponnement ou la suture. Le même traitement conviendra également aux hémorrhagies de la partie supérieure du vagin. Les écoulements sanguins de la vulve seront traités par le tamponnement localisé, par l'application de serres-fines, ou mieux encore par les sutures.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Nique. *Contribution à l'étude des anosmies et en particulier des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille.*

M. Hugues, *Traitement de l'ozène par l'électrolyse cuprique.*

Les troubles de l'olfaction sont très fréquents, mais, pour les constater, il faut, M. Nique y insiste, les rechercher avec méthode, c'est-à-dire mesurer l'acuité olfactive, seul moyen de révéler de simples hyposmies.

On peut mesurer l'acuité olfactive avec assez de précision grâce à l'olfactomètre de Zwardemaker, mais, pour apprécier certaines perversions de l'odorat, il faut évaluer non seulement l'acuité quantitative, c'est-à-dire celle qui correspond au minimum perceptible de substance odorante, mais encore l'acuité qualitative, c'est-à-dire celle qui correspond à la perception nette de la nature du parfum.

Les troubles olfactifs sont dus à plusieurs causes.

1° Il existe des anosmies congénitales;

2° On peut avoir de la perte de l'odorat à la suite de traumatismes portant sur la région occipitale ou sur la région frontale;

3° On constate des troubles de l'olfaction dans certaines lésions cérébrales, les névroses, la paralysie générale, le tabès, la syphilis, le diabète, quelques maladies infectieuses et quelques intoxications;

4° Les anosmies de cause locale sont non seulement la conséquence d'une lésion de la muqueuse olfactive, mais encore peuvent être dues à un obstacle de la respiration.

L'hyposmie se rencontre dans les affections auriculaires; les troubles de l'olfaction en effet sont très fréquents dans la sclérose de l'oreille moyenne et toujours plus marqués que dans les suppurations.

M. Hugues montre qu'il y a dans l'ozène deux sortes de traitements : d'un côté le traitement palliatif, qui a pour but de remédier aux inconvénients résultant de la fétidité; d'autre part les traitements qui peuvent être appelés curatifs puisqu'ils ont la prétention d'agir sur la cause du mal, et parmi eux l'auteur préconise l'électrolyse interstitielle cuprique qui paraît avoir une réelle action sur les troubles sécrétoires. Elle agit probablement par ce moyen pour atténuer la fétidité. Elle ne semble pas avoir provoqué les accidents qu'on lui reproche. Faite avec un courant de faible intensité, l'action thérapeutique sera favorisée; dans ces conditions, son innocuité est à peu pres certaine. Si l'ozène vrai est véritablement une trophonévrose, c'est le traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique qui paraît le plus indiqué.

L'extirpation du sac lacrymal, comme traitement des dacryocystites, est une opération déjà ancienne. Mais c'est à Berlin que revient l'honneur de l'avoir reprise en 1858. Grâce à l'antisepsie, qui en a fait une opération sans danger, elle a été vite en faveur à l'étranger et surtout en Allemagne; en France beaucoup d'ophthalmologistes ne l'ont jamais pratiquée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tic du colporteur (Spasme polygonal post-professionnel), par Grasset (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 4, p. 217-239). — Lorsque le malade, homme de 40 ans, se promène dans le jardin de l'hôpital, on peut le voir avec un bâton entre les dents, tenant son doigt sur une des extrémités de ce bâton et maintenant ainsi sa tête. Quand il s'approche, à la visite, il maintient sa tête un doigt dans son bonnet. Souvent sa figure exprime un certain effort, on voit qu'il est obligé de maintenir artificiellement sa tête dans la position rectiligne.

Dès qu'il l'abandonne, sa tête s'en va vers l'épaule gauche, se rapproche de cette épaule qui se soulève; en même temps le bras gauche s'applique fortement contre le tronc; enfin le bras droit est fortement rejeté en arrière. Le malade se trouve ainsi dans la posture, assez bizarre, d'un homme qui fait effort pour soulever et soutenir un fardeau un peu lourd qui serait posé sur l'épaule gauche.

Or cet homme a fait autrefois de nombreux excès alcooliques; voilà une prédisposition de terrain. Il a abandonné, il y a deux mois, son métier libre de colporteur qu'il avait exercé pendant neuf ans, portant chaque jour, sur un trajet de plusieurs kilomètres, une lourde charge sur l'épaule gauche. Ces derniers temps, il roulait des wagonnets dans une mine. Il n'avait abandonné son métier indépendant de colporteur que parce qu'il n'y gagnait plus rien : voilà des préoccupations morales.

Terrain préparé, cause occasionnelle, voilà ce qu'on trouve à l'étiologie des cas de torticolis *mental* de M. Brissaud. Ici, des causes de dépression du système nerveux (alcoolisme, préoccupations morales), entraînent un état névrotique. A ce moment, le polygone (centres psychiques inférieurs) du sujet est tout imprégné du souvenir inconscient de sa vie de colporteur qu'il a abandonnée à regret. Cette idée polygonale passe dans l'acte, il fait automatiquement le geste compliqué de soulever son ballot sur l'épaule gauche. L'habitude pathologique se constitue; il a un tic *polygonal*, le tic du colporteur ».

Nous opposons le terme de *mental* employé par M. Brissaud, à celui de *polygonal* que préfère M. Grasset, parce que ce choix du terme et sa discussion est un des points les plus intéressants du mémoire. M. Grasset ne voit pas dans ce tic l'intervention prouvée de l'intellectualité supérieure, de l'idée présente. Il y a une idée subconsciente, une habitude, qui a plutôt son siège *pathologiquement séparé* du centre psychique supérieur, lequel centre reprend par moment son autorité.

Mais si la volonté peut reprendre son pouvoir inhibiteur sur la production du tic, si toutefois elle ne peut le conserver que peu de temps, ne s'agit-il pas plutôt d'une *lésion* de la volonté, du centre psychique supérieur, que d'une *interruption* des communications de ce centre au *polygone?* En réalité, dans cette lutte courtoise, les deux auteurs n'ont leur opinion respective séparée l'une de l'autre que par une distance infiniment petite, quoique la querelle soulevée par M. Grasset ne soit pas du tout une question de mots.

Neuro-névralgies par suggestion traumatique, par Ernesto Skultecki (*Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, n° 103,

p. 1087, 29 août 1897). — Deux cas de douleurs extrêmement vives développées au point frappé, *quelque temps après* un traumatisme très léger, chez des sujets hystériques; guérison par la suggestion. On ne connaîtrait que deux autres cas analogues appartenant à Maragliano.

Simulation de la paralysie générale par le morphinisme, par A. Gianelli (*Riforma medica*, vol. III, nos 16-17, 19-20 juillet 1897, p. 183, 198). — Dans les quatre observations que donne l'auteur, les symptômes étaient bien sous la dépendance directe de l'intoxication par la morphine; ils disparurent rapidement après la suppression des piqûres habituelles. Le tableau clinique était celui de la paralysie générale: inégalité et rigidité pupillaire, abolition des rotuliens, signes de Romberg et de Biernaki (analgésie du cubital), troubles caractéristiques de la parole et de l'écriture, manque de jugement avec euphorie et amnésie, idées de grandeur et modifications du caractère, tout cela pouvait faire porter le diagnostic de paralysie générale. Pichon a vu deux morphinomanes verser peu à peu dans la paralysie générale; Crothers, la démence paralytique suivre rapidement la suppression de la morphine dans un cas. Cividalli a constaté dans les rechutes successives d'un morphinomane, l'apparition régulière du tableau de la paralysie générale avec des congestions cérébrales dont la dernière emporta le malade; c'est donc que le toxique peut être la cause des lésions sur lesquelles s'installent les cérébropathies avec démence et troubles d'innervation motrice et sensitive. Les cas de Gianelli rapprochés de celui de Landerheimer (pseudo-paralysie générale diabétique), viennent à l'appui de l'opinion de Charpentier qui reconnaît le tableau de la paralysie générale dans les intoxications. Ces nouvelles observations sont de nature à jeter quelque lumière sur le mécanisme intime selon lequel s'établit la paralysie générale.

Cellules de l'écorce dans les cas de foyers destructifs ou de tumeurs de la substance blanche, par F. de Grazia (*Riforma medica*, vol. III, nos 19, 20, 22-23 juillet 1897, p. 219, 231). — Ceni avait, chez des chiens coupé la moelle cervicale et constaté des déformations des prolongements protoplasmiques d'éléments corticaux chez ces animaux. Dans 3 cas de lésions de la substance blanche chez l'homme (hémorrhagie dans le centre ovale, tumeur du cervelet, tumeur du lobe temporal), M. de Grazia n'a pas trouvé de modifications des prolongements des cellules de l'écorce cérébrale ou cérebelleuse (méthode lente de Golgi).

Traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew, par L. de Cesare (*Riforma medica*, vol. III, n° 38, 13 août 1897, p. 447). — Employé dans quelques cas, ce traitement (bromure de potassium, adonis vernalis et codéine) a donné à l'auteur de bons résultats. La fréquence et la durée des attaques ont été diminuées chez tous les malades; chez quelques-uns les accès n'étaient plus que de simples vertiges ou même ont complètement manqué pendant la durée du traitement.

CHIRURGIE

Cystoscopie et cathétérisme des uretères dans les hématuries (Zur Cystoskopie bei blütigen. Harne, etc.), par Fedoroff (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1887, n° 33, p. 716). — De deux observations que publie l'auteur, la première se rapporte à un homme de 48 ans sujet depuis 19 mois à des hématuries avec douleurs dans la région lombaire droite, pour lesquelles il a été soigné dans diverses cliniques sans succès. Dans une première séance de cystoscopie l'auteur a pu constater que le sang venait de l'uretère droit et que le bas-fond de la vessie était occupé par une tumeur irrégulière. Mais, à une nouvelle séance de cystoscopie, la tumeur vésicale avait disparu. L'auteur en conclut que la tumeur était un ancien caillot, et fit le diagnostic de sarcome du rein droit, qui fut confirmé après l'ablation du rein malade par la voie abdominale. Le malade succomba de péritonite à la suite d'une nouvelle laparotomie nécessitée par l'apparition des symptômes d'étranglement interne, huit semaines après la première opération.

Le second cas est celui d'une malade chez laquelle la cystoscopie permit de constater l'existence de papillomes vésicaux dont l'extirpation mit fin à l'hématurie dont elle souffrait depuis plusieurs années.

Extirpation des glandes de Cowper (Zur Exstirpation der Cowpers'chen Drusen), par Englisch (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.- u. Sex.- Org.*, 1897, vol. VIII, p. 341). — L'auteur publie 4 observations tendant à montrer que le meilleur traitement de la cowpérite avec destruction plus ou moins étendue de la glande, accompagnée ou non de fistules, est l'extirpation des restes de la glande.

Recherches bactériologiques sur l'arthrite gonorrhéique (Bakteriologische Untersuchungen über Arthritis gonorrhoica), par Rindfleisch (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LV, p. 445). — L'auteur a étudié bactériologiquement (examen microscopique et ensemencement) 30 cas d'arthrites gonorrhéique. L'exsudat articulaire était recueilli soit par ponction soit après l'ouverture de l'articulation.

Dans 16 cas l'exsudat contenait des gonocoques seuls, dans 2 cas des gonocoques et des staphylocoques, dans 3 cas des staphylocoques seuls; dans 9 cas l'exsudat était stérile.

Infection gonorrhéique généralisée (Ueber gonorrhoische Allgemeinerkrankung), par Schuster (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1897, vol. XL, p. 181). — L'observation clinique que publie l'auteur se rapporte à un homme de 23 ans qui quelques mois après sa première gonorrhée fut pris d'arthrite du genou, puis d'enflammation des articulations des pieds et des mains, de cystite, d'iritis, etc., accompagnées d'un léger mouvement fébrile (38°2) le soir. Devant l'échec de la médication ordinaire, l'auteur eut recours aux frictions mercurielles qui débarrassèrent le malade, dans l'espace de six semaines, de tous ces accidents. Le traitement mercuriel réussit également à deux autres reprises quand le malade a présenté par deux fois, à un an de distance, les mêmes accidents.

Le malade qui se maria dans l'intervalle et eut un enfant vivant, n'était pas syphilitique. L'auteur pense donc que le traitement mercuriel est indiqué dans certains cas de manifestations gonorrhéiques multiples.

Pathogénie de la luxation congénitale de la hanche (Die Entstehung der angeborenen Huftverrenkung), par Hirsch (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLVIII, p. 500). — L'auteur, après avoir passé en revue et critiqué les théories qui existent sur la pathogénie de la luxation congénitale de la hanche, établit à son tour une nouvelle théorie dont la base est la supposition d'une absence de contact entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde pendant la vie intra-utérine. Comme le développement extra-colyloïdien primitif de la tête du fémur est contraire à toutes les lois de l'embryologie, on est obligé d'admettre l'existence d'une force qui, pendant la vie intra-utérine, éloigne la tête du fémur de la cavité cotyloïde. Si en cas de quantité insuffisante de liquide amniotique le fœtus se trouve à l'étroit dans l'utérus, la force en question sera figurée par l'énergie d'accroissement du fémur lui-même, qui éloignera la tête du fémur de la cavité cotyloïde. Et comme la paroi utérine oppose une résistance au genou qui tend à la distendre sous l'influence de l'allongement du fémur, la tête ce dernier se porte du côté de la moindre résistance, c'est-à-dire du côté des parties molles de la hanche, et vient se loger au-dessus de la cavité cotyloïde.

MÉDECINE

Troubles moteurs de l'estomac dans la lithiase biliaire (Ueber den Einfluss der Krankheiten der Gallenwege auf die motorische Thätigkeit des Magens), par Reichmann (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 33, p. 718). — L'auteur attire l'attention sur l'existence des troubles gastriques dans la lithiase biliaire en dehors des accès de colique.

Souvent, pendant plusieurs heures après l'accès, on trouve une ataxie de la couche musculaire de l'estomac se manifestant par des renvois, une sensation de plénitude stomacale avec tympanisme gastrique. Dans d'autres cas on observe, en dehors des accès de gastralgie, des crampes, dont l'origine tient à l'irritation réflexe du plexus solaire.

Les modifications anatomiques du côté du pylore et du duodénum aboutissant à la sténose plus ou moins accusée, tantôt chronique, tantôt passagère, peuvent également être le résultat des calculs arrêtés dans la vésicule ou les voies biliaires.

MÉDECINE PRATIQUE

D'une méthode générale de préparation des médicaments opothérapiques,

Communication faite à la *Société de Thérapeutique*, Le 10 novembre 1897,

Par M. le Dr Gabriel Maurange.

Une expérience très suggestive de M. Lanz montre que le danger de la plupart des préparations organiques employées en opothérapie résulte bien davantage de l'extrême altérabilité de ces produits, que de la toxicité de leurs principes actifs, non encore isolés. M. Lanz, expérimentant sur lui-même et quelques-uns de ses amis a vu en effet que des tablettes anglaises de thyroïdine desséchée par les procédés ordinaires provoquaient, à la dose de 60 centigrammes, de la tachycardie, alors que l'absorption de 20 et 30 grammes de glande fraîche crue n'était suivie d'aucun trouble même passager. L'examen direct bactérioscopique des pastilles, tablettes, tabloïdes, capsules, palatinoïdes, etc., a rendu compte de la cause des symptômes de pseudo-thyroïdisme éprouvés par l'auteur, en décelant dans ces préparations toute une flore bactérienne, comprenant jusqu'au vibrion septique, et aussi des produits de décomposition putride, ptomaïnes, etc. Si bien que nous avions pu poser comme conclusion d'une étude d'ensemble sur la question (1), publiée l'année dernière, en collaboration avec notre ami le Dr Maubrac, dans la *Revue générale des sciences pures et appliquées*, que, jusqu'à plus ample informé, il était nécessaire de s'adresser exclusivement à l'organe frais, pour avoir des résultats positifs, comparables et constants, condition qu'il était évidemment très difficile de remplir dans la pratique.

Depuis, de nombreux essais ont été faits pour réaliser un produit qui présentât le minimum d'altérabilité. Je n'ai pas à vous rappeler ceux de ces procédés qui ont été publiés par leurs auteurs. Je vous dirai seulement que, pour ne parler que du corps thyroïde, par exemple, l'expérimentation clinique démontre qu'avec la meilleure de ces préparations on ne peut administrer aux malades que des doses vingt fois inférieures à celle de l'organe à l'état frais. C'est la preuve de l'intervention d'un facteur étranger au principe glandulaire que seul on se propose d'utiliser.

C'est dans ces conditions que nous avons, dès 1896, cherché un procédé qui nous permît d'employer avec sécurité, chez nos malades, la médication organique. Prenant pour point de départ les recherches d'Howitz, confirmées par Fox et Mackenzie et depuis par tous les cliniciens, recherches qui ont démontré que la digestion gastrique n'altérait en rien les propriétés des produits de sécrétion interne des glandes, nous avons eu la pensée de peptoniser par les procédés habituels les organes que nous voulions utiliser. Ces essais ont été poursuivis notamment pour le corps thyroïde, l'ovaire, la moelle osseuse, les capsules surrénales.

Cette peptone une fois obtenue peut se conserver indéfiniment soit à l'état sirupeux avec addition d'une quantité égale de glycérine et d'alcool, soit à l'état sec. Pour l'usage, nous l'avons incorporée tantôt à un vin pesant 10 degrés d'alcool, tantôt à une confiture contenant 50 p. 100 de sucre. Voici par exemple le détail de la préparation d'un vin titrant 20 centigrammes de corps thyroïde frais par cuillerée à soupe :

100 grammes de corps thyroïde sont hachés finement et mélangés à 500 grammes d'eau, dans laquelle on a préalablement délayé 2 grammes de pepsine extractive et 15 grammes d'acide tartrique. On fait digérer 6 à 8 heures en agitant fréquemment, à une température maxima de 45° pour éviter toute altération ou coagulation des matières albuminoïdes. Pour se rendre compte si la peptonisation est complète, on ajoute au liquide filtré quelques gouttes d'acide nitrique qui ne devront pas former de coagulum. On filtre et on sature exactement par le bicarbonate de potasse. On sépare par une nouvelle filtration le dépôt de bitartrate de potasse (crême de tartre). On évapore au bain-marie et dans le vide jusqu'à consistance sirupeuse à une température qui ne doit toujours dépasser dans aucun cas 45°. On mélange à 7 litres et demi d'un vin pesant 10 degrés et on filtre encore une fois après 48 heures pour séparer le nouveau dépôt de crème de tartre. On voit en somme que nous suivons le procédé banal de peptonisation indiqué par le codex.

C'est cette peptone à laquelle nous proposons de donner le nom de *peptothyroïdine, peptovarine, peptomédulline*, etc., que nous avons employée systématiquement chez nos malades. Depuis quinze mois nous avons prescrit de cette façon, 9 fois le corps thyroïde, 16 fois l'ovaire, 7 fois la moelle osseuse, 2 fois les capsules surrénales. Le médicament encore que très imparfait et préparé seulement au fur et à mesure des besoins, a été accepté sans répugnance et parfaitement toléré, même par ceux de nos malades qui étaient franchement dyspeptiques. Nous citerons notamment deux cas de chlorose que nous avons publiés ici même (1) et dans lesquels il s'agissait de malades ayant une dyspepsie très accusée ; malgré ces conditions défavorables, la peptovarine incorporée à de la gelée de groseille, donne les meilleurs résultats. Nous pouvons joindre 14 cas de troubles de la ménopause, d'aménorrhée et de dysménorrhée, également traités avec des succès variables par la peptone ovarique ; 2 cas d'anémie, 5 cas d'athrepsie de causes diverses traités chez l'enfant par la moelle osseuse. Citons encore 3 cas d'obésité, 6 cas d'affections gynécologiques diverses, notamment à forme hémorrhagique, traitées par le corps thyroïde peptonisé (2) : sur ces 6 cas nous avons obtenu trois succès remarquables sur lesquels nous nous proposons du reste de revenir dans un prochain mémoire. Enfin chez un addisonnien et un cancéreux intestinal, nous avons essayé de combattre l'asthénie par un vin de capsules surrénales qui a amené un relèvement passager des forces.

Dans toutes nos observations, nous n'avons noté aucun accident, même en atteignant des doses équivalentes à 1 et 2 grammes par jour de corps thyroïde. En somme les résultats nous ont paru toujours identiques à ceux que nous obtenions par l'emploi des organes à l'état frais.

1. P. Maubrac et G. Maurange, Une nouvelle méthode thérapeutique : l'opothérapie (*Revue générale des sciences pures et appliquées*, 30 décembre 1896, n° 24, p. 1233-1244).

1. *Gazette hebdom.* 1897, n° 83, p. 995.
2. Deux autres cas ont été traités également avec succès par des capsules de corps thyroïde.

Il est évident que les conditions d'inaltérabilité sont réalisées au plus haut degré par cette préparation, qui se trouve être en outre très pratique. L'essentiel était de savoir si la peptonisation ne diminuait pas l'efficacité ou mieux l'activité du principe actif inconnu de la sécrétion interne glandulaire. Notre expérience basée sur 34 cas, suivis depuis plus d'un an semble nous autoriser à conclure que l'action de l'organe peptonisé reste identique à l'action de l'organe frais. Mais il serait bon que des expériences plus étendues fussent entreprises, avec un produit préparé dans des conditions meilleures que celles où nous opérions. Voilà pourquoi nous nous sommes décidé à publier dès maintenant un procédé qui nous semble résoudre pratiquement le problème de la préparation des médicaments opothérapiques.

De la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel.

L'alimentation rationnelle par le lait stérilisé doit être en rapport avec la capacité de l'estomac des nourrissons. Des recherches de Morgan Rotch, il résulte que la capacité gastrique moyenne d'un enfant de 3 heures est de 25 à 30 centimètres cubes ; d'un enfant de 4 semaines, 75 centimètres cubes ; de 8 semaines, 96 ; de 12 semaines, 100 ; de 16 semaines, 107 ; de 20 semaines, 108. Il déduit de ses recherches les règles résumées dans le tableau suivant :

Age	Intervalles des tétées	Volume de lait pur ou corrigé
1re semaine	Toutes les 2 heures.	30 centim. cubes.
2e — / 3e —		45 — —
4e — / 5e —		75 — —
6e — / 7e —	Toutes les 2 heures 1/2.	90 — —
8e —		100 — —
3e mois		120 — —
4e —		135 — —
5e —	Toutes les 3 heures.	165 — —
6e —		175 — —
7e — / Du 8e au 12e mois.		175 à 200 c. cubes.

De son côté, Marfan donne les chiffres suivants qui précisent le nombre des tétées en 24 heures, la proportion du coupage et la quantité de lait corrigé ou pur par tétée et par 24 heures.

AGE	Nombre de tétées en 24 heures	Intervalles des tétées: jour	Intervalles des tétées: nuit	COUPAGE		Quantité de lait pur ou corrigé pour une tétée	Quantité de lait pur ou corrigé pour 24 heures
						gr.	gr.
1er jour.	3 ou 4	?	0 fois	Lait de vache / Eau lactosée à 10 p. 100	1 / 1	10	30 à 40
2e —	6	toutes les 3 heures	0 —	Id.	1	10 à 20	60 à 120
3e —	7		1 —	Id.	1	40 à 50	280 à 350
4e —	7		1 —	Id:	1	50 à 60	350 à 420
5e au 20e jour	7		1 —	Lait de vache / Eau lactosée à 10 p. 100	2 / 1	60 à 90	420 à 630
2e et 3e mois	7		1 —	Id.	1	90 à 120	630 à 840
4e et 5e mois	7		1 —	Id.	1	120 à 150	840 à 1050
6e au 9e mois	6		0 —	Lait pur lactosé à 2 p. 100	1	160 à 175	950 à 1050

Traitement de la toux chronique non tuberculeuse par le gaïacol,

D'après M. le Dr Ad. Goldhammer (de New-York).

Le gaïacol, dont on connaît les applications favorables dans la tuberculose, serait également très efficace dans toutes les toux chroniques où l'élément bacillaire fait défaut. M. Ad. Goldhammer l'a employé avec 26 succès dans 30 cas de bronchite chronique avec ou sans asthme, la toux chronique des enfants, la coqueluche. Dans cette dernière maladie, notamment, les quintes diminueraient très rapidement de fréquence et cesseraient en moins de 2 à 3 semaines. L'auteur pense qu'en prescrivant systématiquement le gaïacol à tous les malades dont la toux persisterait au delà de 2 semaines, on préviendrait le développement de nombreux cas de tuberculose. Cette médication est néanmoins contre-indiquée lorsqu'il y a de la fièvre.

Le gaïacol est très bien toléré, malgré son goût désagréable, lorsqu'il est mélangé avec du lait. Les malades qui ne peuvent supporter l'odeur du médicament le prennent en capsules. M. Ad. Goldhammer prescrit généralement 5 gouttes 3 fois par jour dans du lait pour un adulte. La dose peut être augmentée d'une goutte chaque jour. jusqu'à 15 gouttes 3 fois par jour. Un enfant d'un an peut prendre 2 gouttes en une dose pour commencer et cette dose peut être progressivement portée jusqu'à 4 et 5 gouttes.

Effets du salicylate de méthyle dans le zona,

D'après M. le Dr Chambard-Hémon.

Une femme de 67 ans, atteinte d'un zona extrêmement douloureux occupant tout le côté gauche et supérieur de la cage thoracique, était traitée sans résultat par la médication antinévralgique habituelle. On essaya alors le salicylate de méthyle. 80 gouttes, soit 4 gr. 50 environ, furent étendues avec un pinceau dans les intervalles de peau saine, puis toute la région fut recouverte d'un taffetas gommé et d'une feuille d'ouate selon la technique habituelle.

Moins de 6 heures après cette application, la malade était soulagée, le soir elle s'endormait à 8 heures d'un sommeil tranquille et dès le lendemain se déclarait guérie. On continua cette médication les jours suivants. Sous l'influence de l'enveloppement, les vésicules se vident et se dessèchent rapidement. Avec 5 badigeonnages, la guérison était complète.

Ce cas est intéressant autant par le soulagement obtenu dès la première application de salicylate de méthyle que par la rapidité (10 jours) de la guérison définitive, le zona durant habituellement 5 à 6 semaines.

Indications de la néphropexie dans le rein flottant,

D'après M. le Dr Ch. P. Noble,

Chirurgien en chef de l'hôpital de Kensington pour les maladies des femmes, à Philadelphie.

Le rein flottant est une affection très commune chez la femme : M. Ch. P. Noble l'aurait trouvé 1 fois sur 4 dans sa clientèle, et 1 fois sur 10 la ptose était double. Les causes principales seraient la raréfaction du tissu adipeux de la région périrénale, les corsets, les grossesses multiples, les chutes diverses. Les symptômes sont d'ordre réflexe ou locaux. Les symptômes réflexes sont la neurasthénie, la dyspepsie nerveuse, la tachycardie, la pneumatose intestinale, les points névralgiques. Les signes locaux sont l'impossibilité de se coucher sur le côté opposé au rein mobile, une sensation gravative verticale dans le côté, l'endolorissement général de la région, des crises de pseudo-coliques néphrétiques. Le diagnostic doit être fait par l'examen direct, la malade étant dans la station debout.

Lorsque la ptose est peu prononcée, elle peut être traitée par le repos prolongé au lit qui, entre autres avantages, présente celui de faire engraisser les malades. Dans les cas anciens ou très prononcés, le repos est impuissant à amener la guérison, mais améliore l'état général. Il faut donc alors avoir recours à la néphropexie qui est une opération simple et sans danger et dont les résultats sont définitifs. Les autres indications de l'intervention chirurgicale sont l'extrême mobilité du rein, la sensibilité douloureuse de l'organe, les crises répétées d'hydronéphrose. Lorsque ces signes sont réunis, il faut opérer, car une expectation trop prolongée exposerait à la destruction des éléments anatomiques du rein et rendrait la néphrectomie nécessaire.

Il est bien entendu que le traitement des affections concomitantes, dilatation de l'estomac, catarrhe intestinal, neurasthénie, hystérie, sera préalablement entrepris. Sous ces réserves le succès sera pour ainsi dire dans la règle. M. Ch. P. Noble, qui a fait dans ces conditions 18 néphropexies, a eu un seul décès chez une brightique dont le rein était très altéré.

Les 17 autres cas ont été suivis d'un résultat satisfaisant : 9 fois les malades ont été radicalement et définitivement guéris. 4 sont trop récents pour que l'on puisse porter un jugement définitif sur eux : mais deux d'entre eux sont déjà améliorés. Les 4 autres concernent des malades porteurs d'autres affections, que l'opération n'a point guéries, mais qui se déclarent très satisfaits de l'intervention qui les a soulagés. Dans tous les cas, le rein a gardé sa position et les opérées ont pu reprendre leurs occupations, souvent pénibles.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Paraldéhyde.

Solubilité. — La paraldéhyde est soluble dans 9 parties d'eau froide et en toutes proportions dans les huiles grasses et fixes. La solution doit être conservée à l'abri de la lumière, en raison de son instabilité.

Propriétés thérapeutiques. — La paraldéhyde est un *hypnotique* excellent dans certaines névroses (épilepsie, hystérie) et le médicament de choix contre l'insomnie des cardiaques. On peut l'employer à ce titre chez les malades atteints d'angine de poitrine.

Elle est en outre *antitétanique*. Antagoniste de la strychnine, elle peut lui être opposée dans l'empoisonnement par cet alcaloïde. Elle aurait donné de bons résultats dans le tétanos et l'éclampsie.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 50 centigrammes à 2 grammes par 24 heures.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats*. Extrêmement douloureuse, elle est fréquemment suivie d'abcès et d'induration persistants (Dujardin-Beaumetz). En raison de ces inconvénients, la paraldéhyde semblerait devoir être rejetée de la pratique hypodermique : or ils ne tiennent point au médicament lui-même, mais à sa solution aqueuse. La formule de Keraval que nous publions ci-dessous est inexacte : elle renferme de la paraldéhyde en excès non dissoute. De là les accidents. De plus, la paraldéhyde avec laquelle opérait Dujardin-Beaumetz était le produit impur du commerce, restant liquide à basse température, alors que la paraldéhyde chimiquement pure se prend en une masse cristalline au-dessous de 12°.

Tous ces inconvénients sont supprimés par l'emploi de la solution huileuse, dont l'absorption est rapide et qui amène des douleurs médiocres et peu persistantes. Ce n'est qu'avec le véhicule huile qu'on peut administrer des doses efficaces.

Il est indispensable pour le praticien de connaître le maniement hypodermique de la paraldéhyde ; car, si dans l'immense majorité des cas, il la prescrit par la voie gastrique, cherchant à utiliser surtout ses propriétés hypnotiques, il sera obligé d'avoir recours à l'injection lorsqu'il voudra combattre l'empoisonnement par la strychnine ou qu'il en escomptera l'action antitétanique.

b) *Eloignés*. La paraldéhyde s'élimine en grande partie par le poumon, en communiquant à l'haleine une odeur comparable à celle qu'exhalent les ivrognes. La respiration est ralentie, la température légèrement abaissée, les centres nerveux supérieurs décongestionnés. Le sommeil arrive assez rapidement à partir de 50 centigrammes à 1 gramme et offre quelque analogie avec celui que procure le chloral.

FORMULES

Paraldéhyde.	25 à 50 gr.
Essence de menthe	X gouttes.
Huile d'olives stérilisée	Q. s. p. 100 cc,

1 à 5 centimètres cubes.

(Langreutier et Strubich.)

Paraldéhyde.	āā 5 gr.
Eau de laurier-cerise.	
Eau bouillie.	15 gr.

(Kéraval.)

Cette formule habituellement indiquée est irréalisable pharmacologiquement, et par conséquent ne doit être ni prescrite, ni, à plus forte raison, injectée.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Affaire Laporte.

A Monsieur le docteur Varnier,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Accoucheur des hôpitaux.

Mon cher collègue,

Vous terminez votre article « L'affaire Laporte » par cet appel : « Que ceux qui sont avec nous le disent ! »

Je suis avec vous et tiens à vous le dire.

La non-culpabilité de notre malheureux confrère me paraît, depuis que j'ai pris connaissance du rapport d'autopsie qui a motivé son arrestation et sa détention primitive, absolument indéniable. Je n'ajouterai rien à la discussion si serrée, si scientifique que vous avez faite de ce rapport (1). Je veux seulement joindre ma voix à la vôtre pour regretter que l'autopsie de la pauvre dame Fresquet ne nous ait pas éclairé sur *les causes réelles* des lésions constatées sur la vessie.

Car il est de toute évidence que ces lésions n'ont pu être produites par l'aiguille de matelassier que, faute d'autre instrument, M. le Dr Laporte a eu raison d'utiliser.

Cette aiguille, longue de 21 centimètres, a un diamètre de 5 millimètres.

Avec elle, le Dr Laporte a produit sur le cuir chevelu du fœtus, sur son crâne, au niveau du cou, des plaies dont les dimensions : 5 *millimètres* concordent parfaitement avec le diamètre de l'instrument perforant. Je mets au défi l'opérateur le plus maladroit ou le plus mal intentionné de produire sur une vessie avec cette même aiguille un trou de plus de 5 millimètres de diamètre. Et encore cette perforation ne conservera-t-elle ces dimensions qu'autant que l'aiguille sera dans la plaie. Car la vessie est extrêmement contractile et, pour obtenir une perforation mesurant sur le cadavre 2 centimètres, il aurait fallu que notre confrère, transformant son aiguille, *instrument piquant et qui ne peut que piquer*,

1. Voir la *Revue d'obstétrique et de pædiatrie*, et *Gazette hebdomadaire*, p. 1003.

en instrument tranchant ou en véritable emporte-pièce eût fait à la vessie un trou non pas de 2 centimètres mais d'environ 6 ou 7 centimètres. Les expériences que vous avez entreprises avec le professeur Pinard et notre collègue Albarran nous fixeront sur ses dimensions exactes.

Cela est tellement énorme, pour ne pas dire absurde, qu'il me paraît inutile d'insister.

Maintenant on peut se demander comment, par quoi et non plus par qui auraient pu être produites des perforations pareilles de la vessie (1).

J'aurais quelque tendance à croire à des perforations spontanées par mortification des tissus.

La femme Fresquet était en travail depuis deux jours. Il faut moins de temps pour produire une eschare profonde soit sur la partie maternelle, soit sur les parties fœtales, aux points soumis à de fortes pressions.

J'en ai eu tout récemment un exemple bien net.

Une jeune femme dont le bassin ne mesurait que 7 centimètres entre dans mon service le 5 octobre. Elle était en travail depuis 9 heures seulement. La symphyséotomie ne me paraissant pas devoir être suffisante j'eus recours à l'opération césarienne. L'enfant que nul instrument n'avait touché, présentait au niveau de la bosse pariétale gauche une eschare de forme elliptique mesurant *deux centimètres* environ dans son grand diamètre et intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu. J'en eus la preuve après l'élimination de l'eschare.

Que fût-il advenu si ma petite malade était demeurée pendant 48 heures en douleurs comme la dame Fresquet? Le travail de mortification subi par la tête de l'enfant se serait très vraisemblablement étendu aux tissus maternels, la vessie aurait peut-être eu à son tour à souffrir de la longueur du travail et je n'aurais probablement pas aujourd'hui la satisfaction de voir ma jeune opérée allaiter son gros garçon.

Je pourrais, je devrais terminer ici cette lettre. Permettez-moi d'ajouter quelques réflexions qui, je l'accorde, paraîtront superflues à ceux qui comme moi se refusent à considérer une aiguille de matelassier comme un instrument tranchant ou comme un emporte-pièce.

On a taxé le Dr Laporte d'ignorance, on l'a accusé de faute opératoire lourde, de négligence antiseptique. On lui a reproché d'avoir pratiqué sur la dame Fresquet sa première craniotomie.

Notre confrère, sur ce point, n'a pas échappé à la loi commune. La première opération quelle qu'elle soit, faite sur le vivant, est toujours la première. Mais M. le Dr Laporte avait, comme tous les étudiants aujourd'hui, fait des manœuvres opératoires sur le mannequin. C'est l'unique manière de s'exercer la main. Quand on connaît bien la théorie d'une opération obstétricale et qu'on l'a pratiquée sur le fantôme, on ne craindra pas et l'on ne sera pas embarrassé de l'exécuter sur le vivant.

M. Laporte connaissait-il théoriquement l'opération, l'a-t-il pratiquée conformément aux règles précises enseignées par nos maîtres?

Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative et je le prouve.

J'ai, comme chef de clinique et comme agrégé, enseigné à plusieurs centaines d'étudiants la craniotomie.

Au début et lorsqu'ils n'en possédaient pas la théorie, je les ai toujours vus commettre la même faute opératoire. Qu'ils guidassent ou non l'instrument avec la main ils le poussaient toujours *horizontalement d'avant en arrière*, abordaient ainsi *tangentiellement* le crâne fœtal, *dérapaient*, et allaient perforer... la paroi postérieure du bassin.

Opérant de la sorte sur le vivant, ces ignorants eussent infailliblement perforé... le *rectum*.

Sur *cent* apprentis opérateurs, c'est-à-dire sur *cent* ignorants, *cent* commettent cette faute. *Ils n'en commettent pas d'autre.*

Et cette faute est si constante, cette mauvaise direction est tellement fatale chez les apprentis que j'ai cru bien faire de lui consacrer dans le *Précis d'obstétrique* fait en collaboration avec le Dr Lepage, et qui a eu l'honneur d'être cité à la 9e chambre, une figure spéciale.

Si donc le Dr Laporte était l'ignorant que l'on a dit, s'il n'avait pas dirigé l'aiguille avec sa main, comme l'ont prétendu deux témoins incompétents, s'il ne lui avait pas imprimé une *bonne direction*, c'est en arrière, vers le rectum, que l'on eût retrouvé le passage de l'aiguille.

Si donc les perforations de la vessie lui étaient imputables, elles seraient le résultat non pas d'*une faute*, mais d'un *accident opératoire*.

Qui peut se dire à l'abri d'un *accident opératoire*? Que celui-là se lève et jette au Dr Laporte la première pierre.

Mais il n'a pas trempé son aiguille dans l'eau bouillante! Je voudrais bien savoir si pendant les 48 heures qui ont précédé l'intervention du Dr Laporte toutes les précautions antiseptiques avaient été prises, tous les soins donnés. Je voudrais bien savoir si la personne qui lui a servi de garde après l'opération n'a employé pour les toilettes que des solutions antiseptiques, que de l'ouate stérilisée? Je parierais bien qu'on s'est servi de quelque vieille et malpropre éponge.

Le fait d'avoir ou de n'avoir pas fait bouillir son aiguille importait bien peu dans l'espèce.

Et puis si c'est un crime d'avoir été insuffisamment antiseptique, comment se fait-il que tel chirurgien mort il n'y a pas longtemps, l'apôtre du *pansement sale*, n'ait jamais eu de ce chef maille à partir avec le ministère public?

Pardonnez-moi, mon cher collègue, la longueur de cette lettre et croyez, je vous prie, à mes meilleurs sentiments.

Dr A. Ribemont-Dessaignes,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Accoucheur de l'hôpital Beaujon.

P.-S. — Quelques-uns de nos confrères de la presse médicale ont manifesté la crainte que la condamnation du Dr Laporte ne paralysât la main des praticiens mis en présence de certains cas graves qui réclament une intervention d'urgence.

Je viens d'avoir la triste preuve que ces craintes n'étaient pas vaines.

Il y a quelques jours on apportait à la maternité de Beaujon une femme albuminurique accouchée dans une commune suburbaine et chez qui la délivrance n'avait pu être faite par la sage-femme qui l'assistait. Une hémorrhagie abondante s'étant produite la sage-femme appela un médecin. Celui-ci qui, il y a quelques semaines, n'eût pas hésité à intervenir, recula devant la gravité de la situation, ne voulut pas tenter la délivrance artificielle et préféra envoyer la femme à l'hôpital. Naturellement l'hémorrhagie continua pendant le trajet, et au moment où on la couchait dans la salle de travail elle expirait.

Dr A. R.-D.

1. En admettant que l'autopsie bien faite eût établi qu'elles existaient sur le cadavre intact.

G. Masson, Propriétaire-Gérant.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE. — Paralysies d'origine cardiaque par embolies microscopiques du cerveau (p. 1093).

REVUE DES CONGRÈS. — *IIe Congrès de l'Association française de chirurgie :* Prolapsus utérin (p. 1094). — Castration abdominale. — Uretérocystonéostomie. — *Association française d'urologie :* Uréthrites non gonococciques (p. 1095) — Sarcome de l'urèthre. — Appendicite rétro-vésicale. — Calcul enchatonné de la vessie (p. 1097).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Pleurésies sérofibrineuses (p. 1097). — Résection de l'estomac pour cancer. — *Société de biologie :* Tuberculose strepto-bacillaire d'origine humaine. — Dermographisme dans le tabès. — L'eau de mer en injections intra-veineuses. — *Société de chirurgie :* Occlusion intestinale (p. 1099). — Corps étranger du rectum. — Luxations dorsales du pouce. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie :* Teigne tondante (p. 1099). — Hémato-lymphangiome de la langue. — Myocosis fongoïde. — Dystrophie unguéale. — *Société médicale des hôpitaux :* Abcès gazeux sous-diaphragmatiques (p. 1100). — Métrorrhagies dans les maladies du foie. — Sténoses pyloriques. — Infection gonococcique. — *Société d'ophthalmologie :* Méningite ophthalmoplégique. — Troubles du corps vitré consécutifs à une lésion orbitaire (p. 1101). — *Société obstétricale et gynécologique :* Galactophorite. — Traitement des métrites. — Volvulus congénital. — *Société de thérapeutique :* Colite muco-membraneuse (p. 1102). — *Société nationale de médecine de Lyon :* Toxine typhique chez le chien (p. 1103).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Angleterre. *Royal medical and chirurgical Society :* Tumeur kystique de la vessie (p. 1103). — *Medical Society of London :* Traitement thyroïdien du crétinisme. — Traitement du sarcome par le sérum de Coley. — Autriche. *Club médical de Vienne :* Affections du foie (p. 1104).

NEUROPATHOLOGIE

Paralysies d'origine cardiaque par embolies microscopiques du cerveau,

Par Léopold-Lévi,

Ancien interne, lauréat des hôpitaux.

Les paralysies organiques liées aux affections cardiaques (1) sont de différents ordres : les unes, presque toujours définitives, sont produites par une grosse embolie, donnant lieu à une altération grossière, macroscopique du cerveau. D'autres sont des paralysies transitoires, qui ne reconnaissent comme substratum anatomique que des lésions histologiques légères. Nous avons attiré l'attention sur cette classe de paralysies dans un mémoire fait en collaboration avec notre excellent maître M. le Dr Achard (2). Il s'agissait de deux cas de paralysie faciale transitoire, l'une paralysie faciale incomplète, corticale, l'autre paralysie faciale liée au syndrome Millard-Gubler. Nous tenons à rappeler que nous invoquions, pour interpréter ces paralysies, une pathogénie double : troubles de circulation (anémie, congestion, œdème) et phénomènes d'auto-intoxication. « Dans les paralysies cardiaques, ce sont les troubles de circulation qui seront surtout accusés. »

Entre ces deux groupes de faits, il y a, disions-nous, une classe de faits intermédiaires, ce sont les paralysies d'origine cardiaque par embolies microscopiques du cerveau. Nous rapportons ici les deux observations auxquelles nous faisons allusion dans notre travail.

1. Il n'est pas question ici des paralysies qui peuvent survenir chez les cardiaques artério-scléreux, du fait d'une circulation cérébrale défectueuse. Il se produit en effet chez eux des paralysies transitoires, dont nous avons observé quelques exemples remarquables. Elles sont déterminées par une sorte de *claudication cérébrale intermittente.*

2. Achard et Léopold-Lévi, Paralysies transitoires d'origine cardiaque (*Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôp. de Paris*, 1897, p. 1189).

Observation I. — *Rétrécissement mitral. Endocardite végétante. Fièvre. Urobilinurie. Albuminurie. Hémiplégie gauche incomplète. Œdème et foyers de ramollissement histologique du cerveau.*

Mal... Victorine, âgée de 41 ans, ménagère, entre, le 17 juillet 1895, salle Grisolle, lit n° 7, service du Dr Hanot, hôpital Saint-Antoine.

On ne relève rien d'important dans les *antécédents héréditaires.*

Antécédents personnels. — La malade n'a point fait de maladie dans son enfance ni dans son adolescence. A l'âge de 23 ans, elle devint enceinte. Sa grossesse se termina par un accouchement prématuré de 7 mois. L'enfant ne vécut pas. A l'âge de 28 ans, une seconde grossesse fut conduite à terme : l'enfant vécut jusqu'à l'âge de 3 ans. A 32 ans, nouvelle grossesse : elle accoucha à neuf mois d'un fœtus mort. Pendant cette dernière grossesse, la malade eut de l'œdème de l'abdomen, de la vulve, des paupières, des membres inférieurs. Elle fut prise d'hémoptysie. Depuis cette époque, elle a des céphalées, des vertiges, un malaise général. En 1889, elle contracta l'influenza, eut de la fièvre pendant cinq jours. Elle ne s'est jamais remise complètement depuis ce moment. Elle ressent des vertiges, de l'essoufflement après la marche, à la suite du moindre effort. Elle a de fréquentes palpitations. Il y a trois semaines, à la suite de vifs ennuis, elle fut prise de faiblesse des membres, de palpitations, de bourdonnements d'oreilles. Ces symptômes se sont accentués, à la suite des fatigues d'un déménagement. Elle se plaint en outre d'une douleur précordiale, de dyspnée vive, d'envies fréquentes d'uriner.

Examen à l'entrée. — Le faciès est pâle et terreux. Les pommettes sont colorées. La température est à 39°. La dyspnée est intense (60 respirations à la minute).

Dans tout le poumon, le murmure vésiculaire est affaibli, on note des râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue des poumons, mais surtout aux bases.

Le ventricule gauche est hypertrophié. La pointe bat contre la 6e côte gauche. Il existe un frémissement cataire présystolique et systolique. A l'auscultation, on constate un bruit râpeux présystolique. Le pouls est arhythmique, il bat 80 fois à la minute.

Le foie déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt. Il n'existe ni diarrhée, ni constipation, ni vomissement. Les urines contiennent de l'urobiline, et beaucoup d'albumine. Elles sont foncées, brunes, sédimenteuses, en très petite quantité (250 à 500 grammes).

La veille de l'examen, quand elle se présenta à consultation, la malade avait une parésie faciale gauche qu'on pouvait prendre pour de l'asymétrie faciale. Actuellement elle a une hémiparésie complète (faciale, des membres supérieur et inférieur) sans trouble de sensibilité. Elle n'a point eu d'ictus.

On applique six sangsues sur l'hypochondre droit. Régime lacté.

24 juillet. — Depuis l'entrée de la malade, les phénomènes ont persisté sans amélioration. La température est restée élevée, oscillant autour de 39°. Aux râles sous-crépitants se sont ajoutés des râles ronflants et sibilants. Il est survenu de l'œdème localisé au côté gauche, au niveau des membres paralysés.

Actuellement le regard est vague, éteint, les paupières à moitié closes. La face est pâle, les lèvres bleuâtres, la bouche entr'ouverte. La malade respire difficilement en tendant fortement les muscles du cou et en faisant entendre un bruit expiratoire. Le nombre des respirations est de 48 par minute. Le pouls ne peut être compté, tant il est irrégulier. L'urine rare (600 gr.) contient de l'urobiline, de l'albumine en grande quantité.

La malade sort de temps en temps de son assoupissement. Elle lance en avant son membre supérieur droit, prononce quelques paroles : « Monsieur, j'ai soif », et le bras tombe. Elle pousse également des cris plaintifs : Mon Dieu ! » dit des phrases incohérentes : « Allez chercher du vin frais dans la cave ».

Quand on lui adresse la parole, elle répond avec précision, mais la parole est lente et paresseuse.

La paralysie faciale persiste, ainsi que celle des membres supérieur et inférieur du côté gauche. Le muscle frontal se

trouve parésié. La pointe de la langue regarde le côté opposé à la paralysie. Le membre supérieur gauche est inerte : la malade ne peut lui faire exécuter aucun mouvement. Le membre inférieur gauche est plutôt parésié : elle peut le mettre sur le membre sain, mais les mouvements sont lents et paresseux. Le réflexe rotulien du côté gauche est diminué. La main et le pied du côté de l'hémiplégie sont œdématiés. Il n'existe pas de troubles de sensibilité.

La malade meurt le 25 juillet.

Autopsie. — La plèvre gauche renferme du liquide séro-hémorrhagique en petite quantité. Le poumon gauche est le siège d'un infarctus à la partie supérieure du lobe inférieur. Congestion du reste du poumon, ainsi que du poumon droit. Bronchite.

Le péricarde renferme un peu de sérosité. Le cœur pèse 420 grammes; il est rétracté, épaissi, on constate en outre l'existence de végétations récentes.

Le foie déborde le rebord des fausses côtes : c'est un type de foie cardiaque. Il pèse 1 540 grammes.

Les reins offrent des kystes à leur surface; ils sont atrophiés. Le rein droit pèse 150 gr., le rein gauche 130 grammes.

La rate est petite et dure. Elle pèse 130 grammes.

Les vaisseaux, en particulier l'aorte, sont athéromateux.

Il existe de l'œdème pie-mérien. Les circonvolutions sont distendues, diminuant la profondeur des sillons. Notre attention se porte surtout sur les circonvolutions motrices droites. Par places, on trouve dans la substance grise des plaques de décoloration.

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur le tiers moyen de la pariétale ascendante. Les pièces ont été fixées au liquide de Müller, montées au collodion, colorées au picrocarmin différencié par l'acide formique, et à l'hématoxyline-éosine. On constate sur chaque coupe des foyers d'œdème histologique assez étendu périvasculaires et paravasculaires, et des foyers emboliques.

Des préparations faites suivant le procédé d'Azoulay (acide osmique et tanin) font reconnaître de petits foyers de désintégration avec corps granuleux. Les cellules sont colorées en noir.

OBS. II. — *Cancer de l'utérus. Endocardite végétante de la mitrale. Hémiplégie gauche. Petits foyers de ramollissement dans le lobe pariétal.*

Malade de 32 ans, atteinte d'un cancer de l'utérus inopérable (salle Barth, Salpêtrière). Un matin, en se levant, elle est prise d'une hémiplégie gauche, avec troubles de la sensibilité. L'hémiplégie est complète, intéresse la face et les membres. Les troubles de sensibilité sont variables. mais persistent jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouve un cancer de l'utérus adhérent à toutes les parties voisines. Le rein droit est volumineux, dégénéré, le rein gauche est petit, contient des kystes. Le foie a l'aspect du foie infectieux. Il existe des plaques de dégénérescence graisseuse étendues au niveau du lobe gauche. Le cœur est volumineux et flasque. Il existe de la péricardite ancienne. Le myocarde est mou. La mitrale est le siège d'endocardite végétante. La rate est peu volumineuse, sans infarctus. Le cerveau est comme lavé, anémié, les méninges se détachent bien. On ne note pas de gros foyer ni cortical, ni au niveau des corps opto-striés. Dans l'hémisphère droit, on voit par places, au niveau de l'union de la substance blanche et de la substance grise, une différence dans la teinte habituelle. Dans la substance grise existent comme des travées blanchâtres, crayeuses, irrégulières, et comme des taches de volume variable, de quelques millimètres d'habitude.

Examen histologique. — L'examen immédiat d'une partie paraissant macroscopiquement malade montre de nombreux corps granuleux et des cellules cérébrales paraissant atteintes de dégénérescence vitreuse. Les prolongements bien nets sont comme rigides. Le protoplasma est comme craquelé (1).

Sur les coupes du lobe pariétal, on voit de petits foyers limités qui font contraste sur les préparations par leur coloration différente. Ils sont formés de globules sanguins et de cellules à noyaux, les uns arrondis, les autres ovales, se colorant fortement par l'hématoxyline, en général davantage que les noyaux des cellules à névroglie. Parfois, un vaisseau congestionné se trouve compris dans l'intérieur du foyer. On voit au pourtour des foyers une prolifération très nette des cellules névrogliques dans la couche moléculaire (1).

1. Cet examen extemporané a été fait avec notre ami le Dr Nageotte.

On voit donc, au cours d'une endocardite végétante de la valvule mitrale, développée, d'une part, chez une malade de 41 ans, présentant tous les symptômes d'un état infectieux, et, d'autre part, chez une femme de 32 ans, atteinte d'un cancer de l'utérus, se constituer une hémiplégie.

Dans les deux cas, l'hémiplégie siégeait du côté gauche et s'établit sans ictus. Elle fut progressive dans la première observation, débuta par la face, et resta incomplète. Dans la seconde, elle s'accompagna de troubles de sensibilité variables, mais persistant jusqu'à la mort.

La paralysie n'était pas, dans ces deux cas, sous la dépendance d'une lésion macroscopique du cerveau. Elle reconnaissait comme substratum anatomique des foyers de ramollissement histologiques, liés à de petites embolies. Dans la première observation, il existait en outre de l'œdème histologique localisé du cerveau.

Il est à remarquer les caractères de ces paralysies : progressive, incomplète dans le premier cas; complexe (avec troubles de sensibilité) dans le second; leur siège à gauche, contrairement aux paralysies produites par une grosse embolie.

Quel eût été l'avenir de ces hémiplégies? Fussent-elles devenues permanentes? On ne peut que poser la question : l'état général grave, au cours duquel elles se produisaient, ayant par lui-même entraîné la mort. Mais ne peut-on penser que des paralysies transitoires d'origine cardiaque puissent parfois reconnaître le même mécanisme? Ajoutons cependant que dans le seul cas de paralysie transitoire d'origine cardiaque dont nous ayons pu faire l'autopsie (2), il n'y avait pas d'embolie histologique du cerveau.

Il nous paraît utile d'insister, en terminant, sur la possibilité des embolies cardiaques produisant les paralysies au cours des cancers.

D'autre part, des foyers histologiques de nécrobiose cérébrale (liés ou non à des embolies) peuvent produire des phénomènes nerveux diffus. C'est ainsi qu'au cours d'un cancer de l'utérus, sans endocardite végétante, nous avons vu se développer des phénomènes de pseudo-méningite rattachable à des foyers histologiques de ramollissement de l'écorce.

REVUE DES CONGRÈS

IIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 18 au 23 Octobre.

Séance du 23 Octobre 1897 (soir). (Fin.)

De l'élytrotomie postérieure dans le traitement du prolapsus utérin.

M. Reynier, pour avoir un plancher de soutien suffisamment solide en cas de prolapsus de l'utérus, crée intentionnellement des adhérences par une élytrotomie postérieure asep-

1. LÉOPOLD-LÉVI, Contribution à l'histologie pathologique de l'écorce cérébrale (*Bull. Soc. anat.*, août 1895, p. 345).
2. ACHARD et LÉOPOLD-LÉVI, *loc. cit.*, p. 1142.

tique. Il l'a fait avec un plein succès chez une femme âgée de soixante ans. Dans une première séance il a pratiqué l'hystéropexie, fixant à la paroi abdominale les deux ligaments ronds et une large surface du ligament large avoisinant. Dans la même séance il a complété l'hystéropexie par le drainage, avec de la gaze iodoformée, du cul-de-sac vaginal postérieur largement ouvert. La mèche iodoformée a été retirée quatre jours plus tard et on a laissé le cul-de-sac se cicatriser, protégé par un bon tamponnement antiseptique. Quinze jours après il pouvait constater que l'utérus était resté en place et que, malgré les efforts de toux, il ne bougeait pas. Toutefois, pour éviter tout tiraillement, M. Reynier fit alors la colpopérinéorrhaphie. Cette femme a été revue deux mois après sa sortie de l'hôpital, et le résultat restait parfait.

Castration abdominale totale pour permettre l'extirpation facile et complète des kystes papillaires des ligaments larges.

M. H. Delagénière (du Mans). — L'extirpation complète des kystes papillaires des ligaments larges est une opération toujours difficile et parfois impossible, qui nécessite souvent la marsupialisation du kyste. La raison de la difficulté opératoire semble résider dans l'étalement des végétations du kyste non seulement entre les feuillets des ligaments larges, mais sous le péritoine pelvien, et en avant entre l'utérus et la vessie. Les uretères, la vessie, l'utérus, sont pour ainsi dire enchevêtrés entre les prolongements de ces kystes, de sorte que l'extirpation complète paraît impossible.

L'utérus doit être pris pour repère et enlevé par notre procédé d'énucléation de haut en bas. On ouvre ainsi les ligaments larges; on sait de quel côté est ce kyste; rien n'est plus simple alors que de décoller le péritoine pelvien, d'énucléer avec patience le kyste papillaire, de suivre tous les prolongements. On redoublera de précautions en se rapprochant de la vessie et des uretères. Cette opération est radicale et ne paraît pas extrêmement grave, ainsi qu'en témoignant les 2 observations que nous rapportons.

Uretérocystonéostomie immédiate pour section de l'uretère au cours d'une hystérectomie abdominale.

M. Schwartz, ayant coupé l'uretère au cours d'une hystérectomie abdominale totale et ne trouvant pas le bout vésical, procéda aussitôt à la greffe vésicale. Une sonde introduite par l'urèthre refoule la vessie dans la direction de l'uretère sectionné et permet de l'inciser au point convenable; puis, une sonde est insinuée par l'orifice vésical dans l'uretère, on pratique autour d'elle deux plans de suture, l'un muqueux, l'autre séro-séreux.

La sonde uretérale est laissée à demeure, de même qu'une sonde vésicale. La péritoine est suturé au vagin, le ligament large est refermé par des sutures. Une mèche de gaze iodoformée draine le vagin et va jusqu'au point où l'uretère s'abouche dans la vessie.

Il ne s'est pas écoulé la moindre goutte d'urine par le vagin. La sonde uretérale a été enlevée au sixième jour, la sonde vésicale au huitième, et la malade est partie guérie le 20 août.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

DEUXIÈME SESSION

Tenue à Paris les 21, 22 et 23 octobre 1897.

Séance du 23 Octobre 1897 (matin).

Des uréthrites non gonococciques.

M. Jules Eraud (de Lyon), rapporteur. — De 1879 à 1884 règne cette conception qu'une seule espèce microbienne était la cause de l'uréthrite blennorrhagique. Mais en 1884 et depuis, divers auteurs ont rapporté des cas d'uréthrites dans lesquels des microorganismes autres que le gonocoque ont été trouvés. Si donc, actuellement l'existence des uréthrites non gonococciques n'est plus contestée, par contre, leur classification est encore difficile.

Laissant, à dessein, de côté, toute la catégorie des uréthrites dites diathésiques, bien obscure encore, il importe, avant tout, de savoir s'il existe une uréthrite non gonococcique aiguë et primitive, pouvant se développer chez des individus vierges de tout passé urinaire : car, de sa démonstration, il résultera ce fait qu'à côté du gonocoque il peut y avoir d'autres microbes capables de pyogénèse uréthrale d'emblée.

A en juger par le silence des auteurs, l'uréthrite aiguë non gonococcique doit être fort rare. De par sa nature, elle peut être chimique ou microbienne. La forme chimique est-elle une uréthrite aseptique d'emblée ou bien simplement une phase aseptique de la maladie ? Pour l'expliquer, il faut, ou supposer une toxalbumine, capable par son action sur la muqueuse uréthrale, de produire une suppuration aseptique, ou bien accuser l'imperfection de nos méthodes colorantes actuelles qui ne permettent pas de déceler, dans tous les cas, les microorganismes qui s'y peuvent trouver.

Relativement à la variété microbienne de cette uréthrite, les parasites qui ont été rencontrés sont variables : tantôt des bactéries et cocci, tantôt le colibacille, etc. Dans un cas qui m'est personnel, j'ai trouvé des parasites de deux espèces : des cocci et surtout des bâtonnets, ces derniers en prédominance. Ces bactéries formaient de véritables îlots intra-globulaires et intra-cellulaires, au lieu des amas de gonocoques intra-leucocytaires.

Que sont ces parasites ? Quelle est leur relation avec les saprophytes du canal ? En thèse générale, qu'on envisage l'urèthre normal ou pathologique, c'est la forme coccienne ou diplo-coccienne qui constitue la forme prédominante de l'avant-canal. L'élément bacillaire y est rare, y compris le bacterium coli commune qui, non seulement, ne vit pas normalement dans l'avant-canal, mais qui n'a aucune tendance à s'y développer normalement. Il est un fait bactériologique très frappant et qui est d'une grande portée; c'est que si l'on met en regard les cultures obtenues sur l'urèthre sain avec ce que l'on observe dans l'uréthrite aiguë on est surpris de voir qu'aux lésions jeunes correspondent des formes microbiennes jeunes — en diplocoques — telles qu'elles vivent à l'état de saprophytes, alors que dans les lésions anciennes uréthrales et surtout prostatiques, on constate des formes cocci-bacillaires, strepto-bacillaires, plus ou moins anormales, dont le type originel est le diplocoque.

D'autre part, autant que l'expérimentation animale permet d'en juger, les saprophytes de l'urèthre, en général, ne produisent que rarement de la suppuration vraie, ce qui montre deux choses : tout d'abord, l'absence à peu près constante, soit dans l'urèthre normal, soit dans le pus blennorrhagique, des staphylocoques pyogènes et en second lieu la propriété très faiblement pyogène des saprophytes de l'urèthre.

D'où il suit : 1° la rareté de la suppuration uréthrale — en dehors du gonocoque — quel que soit le mécanisme invoqué : ce qui nous permet de nous rendre compte du peu de fréquence des uréthrites saprophytiques aiguës ou primitives; 2° que vraisemblablement le rôle des saprophytes est de présider aux diverses complications, cystite, orchite, etc.; 3° que ces saprophytes ne paraissent avoir qu'une résistance peu considérable : ce qui expliquerait peut-être le peu de durée et le peu de forces de l'uréthrite saprophytique aiguë; 4° que leur rôle, enfin, n'est pas absolument univoque.

Mais à cet égard, nos connaissances sont encore trop restreintes. Une étude plus réglée, plus méthodique des parasites de l'urèthre, la séro-réaction de Widal pour les formes colibacillaires, permettront sans doute de mieux déterminer à l'avenir le rôle, la fonction de chacun d'eux. A moins que des données nouvelles, comme celles qui tendent à se faire jour — à savoir, que la spécificité vient de moins en moins de l'espèce dont le rôle tend à s'effacer et de plus en plus du poison, dont le rôle grandit de jour en jour — viennent démontrer que le gonocoque n'est que le saprophyte transformé en pathogène, grâce à une diastase qui, ainsi que l'a démontré Buchner, se grefferait sur lui. Quant à la symptomatologie, est-elle différente de celle de l'uréthrite gonococcique ordinaire ? On a prétendu que la réaction de la muqueuse était moins considérable,

l'incubation plus courte, la douleur à la miction et à l'érection moins vive, le pus moins jaune, moins abondant, etc. Cette différence est peut-être plus apparente que réelle, car de même qu'il y a des blennorrhagies bénignes, il peut y avoir des uréthrites gonococciques plus ou moins graves.

Quant aux *uréthrites non gonococciques secondaires*, ce sont de beaucoup les plus fréquentes. On peut les diviser en suppurées ou muco-albumineuses : *a*) les uréthrite suppurées sont caractérisées par la production d'un écoulement purulent plus ou moins abondant, plus ou moins jaunâtre, présentant des alternatives de récidive et de période chronique; *b*) les uréthrites muqueuses ou muco-albumineuses sont caractérisées par une mucosité transparente et visqueuse. Ce suintement, qui est incolore, peut être le résultat d'une sécrétion prostatique ou bien d'une sécrétion uréthrale. Parfois, dans cette sécrétion, pullulent les microorganismes; d'autres fois, on en trouve si peu ou même pas, au point qu'on pourrait les considérer comme aseptiques.

Quelle est la pathogénie de ces diverses uréthrites? Pour le moment, nous en sommes réduits aux hypothèses. De même, ces uréthrites sont-elles contagieuses? C'est là encore une question difficile à résoudre, que l'expérimentation pourrait peut-être éclairer. L'homme peut-il contaminer la femme et *vice versa?* Sans doute, il existe chez l'homme des saprophytes; mais chez la femme il en existe également. Quel est alors le rôle de l'une ou l'autre espèce microbienne dans l'un ou l'autre sexe? A toutes ces questions, le mieux est de répondre par le doute, car le problème est plus complexe qu'on ne pourrait le croire. A côté du polymorphisme des microbes, il faut placer la question des toxalbumines, encore à peine ébauchée, qui va probablement reporter plus loin le mécanisme que l'on croyait devoir exister dans le rôle seul du microbe; autrement dit : derrière le microbe se cache son poison.

M. Noguès (de Paris), rapporteur. — Je passe sur la spécificité du gonocoque qui est admise par tout le monde. Je préfère insister sur le diagnostic de ces uréthrites non gonococciques qui, à mon avis et malgré tout ce qui en a été dit, reste toujours possible et le plus souvent même facile. On a singulièrement embrouillé la question du gonocoque par la notion que l'on a créée des pseudo-gonocoques qui seraient des hôtes normaux de l'urèthre, qui auraient les mêmes caractères morphologiques et les mêmes réactions colorantes que les gonocoques sans en avoir les propriétés pathogènes. Ces pseudo-gonocoques n'existent pas et dans le cas où l'examen microscopique direct laisserait quelques doutes, la culture viendra les dissiper.

J'ai divisé les uréthrites non gonococciques en deux grandes classes, selon que l'écoulement contenait ou non des microorganismes, mais comme l'état antérieur du canal joue dans l'espèce un rôle capital, j'ai été amené à faire deux sous-divisions et je diviserai ainsi successivement les uréthrites microbiennes et les uréthrites non microbienne en primitives ou en secondaires.

Les uréthrites microbiennes primitives sont exceptionnelles; je n'ai pu en recueillir que 26 observations dont 3 inédites; elles étaient dues aux microbes les plus variés. Quant aux uréthrites microbiennes secondaires, elles sont très fréquentes, mais encore faut-il distinguer entre les infections localisées à la fosse naviculaire et celles qui s'étendent à toute la longueur du canal, Les microorganismes que l'on rencontre dans des cas semblables sont très nombreux; nous avons décrit les principaux ; ils sont au nombre de 5, dont 3 micrococques et 2 bactéries.

Les uréthrites non microbiennes primitives sont ou plutôt doivent être tout à fait l'exception, car il ne nous a jamais été donné d'en rencontrer; on n'accordera cette dénomination qu'à celles qui auront subi la double épreuve de l'examen microscopique et de la culture. Quant à celles qui suivent une blennorrhagie à gonocoques, elles restent au contraire le type le plus commun des inflammations chroniques de l'urèthre; elles semblent tenir à deux causes : les phénomènes d'irritation et les modifications anatomiques. Aussi, en pareil cas, l'examen histologique est-il de toute nécessité.

Je passe brièvement sur le chapitre IV, qui traite des complications possibles de ces uréthrites non gonococciques et surtout de leur contagiosité, question épineuse et cependant de pratique journalière.

Enfin, j'ai esquissé le traitement de ces dernières affections sans entrer dans tous les détails; j'ai surtout voulu montrer qu'il ne fallait pas, en présence de cas semblables rester dans l'inaction et laisser s'accréditer cette notion que la thérapeutique est impuissante contre les écoulements chroniques; il n'en est rien, et, quand elle est bien conduite, elle amène, en règle générale, la guérison.

M. Janet (de Paris). — Autant ces affections sont fréquentes après l'invasion gonococcique, autant elles sont rares avant celle-ci.

Les seuls cas de ce genre que nous ayons rencontrés jusqu'ici, comprennent quatre cas d'uréthrites aseptiques ou semblant telles, et quatre cas d'uréthrites infectieuses.

Parmi les quatre cas d'uréthrites aseptiques que nous avons observés, deux cas pourraient être logiquement rattachés à l'herpès uréthral, les deux autres survenus l'un le lendemain, l'autre quinze jours après un coït ne nous semblent pas explicables par les données que nous possédons aujourd'hui. Ils ont présenté absolument l'allure d'une maladie infectieuse sans qu'il ait été possible d'y déceler la présence d'aucun microbe.

Parmi les quatre cas d'uréthrites infectieuses que nous avons rencontrés, un était dû à l'extension dans l'urèthre d'une balanoposthite infectieuse; un autre était dû au petit diplobacille que nous avons appelé le bacille-fourmi, les deux derniers étaient dus à un microbe identique, bacille diplococcique, qui, par cela même, mérite d'être recherché dans des cas analogues.

M. Reymond. — Je ne crois pas que la contagion soit bien à redouter, en cas d'uréthrite non blennorrhagique : dans le cas que j'ai publié et sur lequel s'appuie M. Noguès, le saprophyte trouvé dans la trompe était accompagné du gonocoque, et, d'autre part, je n'ai aucune raison de croire que ce saprophyte ne se trouvât pas à l'état normal aussi bien dans les organes génitaux de la femme que dans ceux de l'homme. Aussi les microbes autres que le gonocoque trouvés dans une goutte militaire ne suffisent-ils pas à me faire considérer cette goutte comme plus dangereuse que si je n'y trouve rien; en ce dernier cas, j'ai toujours la crainte que l'écoulement, d'apparence aseptique, soit dû au gonocoque dont je n'ai su découvrir la présence.

M. Hogge (de Liège). — Je rapporte douze cas d'uréthrites aseptiques, concomitantes à des suppurations glandulaires prostatique : neuf des sujets étaient exempts de tout accident vénérien, trois des malades avaient souffert de blennorrhagie longtemps avant (trente-cinq, quinze et sept ans) et n'en avaient plus présenté de traces pendant de longues années.

En conclusion, j'invite mes collègues du Congrès à diriger toute leur attention du côté de la prostate dans tous les cas de suppuration uréthrale primitive, insolites dans leur incubation, leur subacuité et leur évolution.

Je pense que dans toute cette question des uréthrites non gonococciques, question d'ailleurs si intéressante, la part est faite trop belle aux microbes et pas assez aux contingences individuelles. J'insiste sur la difficulté, très réelle dans certains cas, du diagnostic de la prostatite et sur les conditions anatomiques toutes spéciales, qui font de la prostate un organe éminemment réactif à l'inflammation.

M. Genouville. — Je rapporte une observation d'uréthrite microbienne non gonococcienne primitive, survenue deux mois après une blennorrhagie guérie. Le malade avait fait impunément des excès de table, mais n'avait point pratiqué le coït, sauf quelques jours avant l'apparition de l'écoulement. L'écoulement, traité par le sublimé, l'acide borique, puis de simples précautions d'hygiène, disparut en un mois environ.

Depuis, le malade a contracté une nouvelle blennorrhagie, de gonocoques cette fois, mais un certain nombre de coïts avec préservatif, sans inconvénient, avaient prouvé sa guérison.

M. Guiard (de Paris). — M. Eraud nous a présenté comme fréquentes les complications des uréthrites non gonococciques. D'après ce que j'ai vu, il n'en serait pas ainsi. Non seulement ces complications seraient rares, mais de plus elles seraient presque toujours déterminées, soit par un traumatisme dû à des cathétérismes plus ou moins difficiles, soit à des injections mal faites. Il m'a semblé au contraire que ces complications étaient exceptionnelles, quand la maladie était abandonnée à elle-même. Dans un seul cas d'uréthrite aseptique, j'ai vu survenir spontanément une arthropathie du genou et une irido-choroïdite. Ce malade n'était pas rhumatisant, mais il avait présenté antérieu-

rément, à l'occasion d'une blennorrhagie, dont il était radicalement guéri depuis plus d'un an, un première atteinte d'arthropathie.

Au point de vue de la contagiosité, M. Noguès me paraît trop pessimiste, en voulant interdire le mariage à tout malade atteint d'uréthrite microbienne. Sans doute lorsque cette uréthrite est très accusée, l'écoulement jaune et épais, j'attends pour donner l'autorisation que le malade s'en soit débarrassé. Mais la plupart du temps l'écoulement est assez modéré, et on voit dans ces conditions beaucoup d'individus avoir des rapports non infectants. Si nous voulons interdire le mariage à tous les hommes dont l'urèthre renferme des microbes, cela nous conduirait loin, puisque beaucoup d'urèthres en contiennent à l'état normal. Où trouverions-nous le criterium pratique? Ce ne serait assurément pas dans l'examen bactériologique, mais dans les conditions cliniques. Sans cela, il n'y a pas une vierge que nous puissions autoriser au mariage, puisque dans tous les vagins on rencontre des multitudes de microbes.

M. Janet. — Il me semble que les porteurs de gonocoques ne sont pas les seuls à qui nous devons interdire le mariage. Les malades sujets à des infections secondaires dues au développement considérable d'une seule espèce microbienne, pénétrant profondément dans l'urèthre, me semblent également dangereux, plus dangereux certainement que les malades porteurs d'une simple goutte chronique infectée de microbes divers. S'ils ne sont pas capables de donner de grandes infections salpingo-ovariennes à leurs femmes, ils peuvent, du moins, leur procurer ces infections utérines, ces mèches muco-purulentes des femmes mariées.

M. Guiard (de Paris). — D'après ce qui vient d'être dit, on pourrait croire que les grands lavages au sublimé sont l'unique moyen de traitement des uréthrites microbiennes non gonococciques. Ce serait une erreur. Sans doute ils constituent un excellent et précieux moyen thérapeutique, et je leur ai souvent dû des succès très remarquables. Mais parfois je les ai vus échouer, et j'ai ensuite réussi avec le nitrate d'argent, soit en instillations, soit en lavages. J'ai vu des malades, inutilement traités par les instillations pendant de très longs mois, guérir par les lavages et réciproquement. Au point de vue pratique, il est donc utile de ne ne pas trop longtemps insister sur le même moyen de traitement et d'employer successivement tous ceux que je viens de signaler.

Un mot, en terminant, sur les génitalites des jeune mariées : M. Janet les attribue à une infection par les microbes de l'urèthre masculin. Je crois qu'elles peuvent se produire sans cela. J'ai observé trois cas de vulvo-vaginite survenue au début du mariage. La sécrétion contenait de très nombreux microbes. Les maris n'avaient absolument rien. Je crois que les microbes saprophytes du vagin, inoffensifs en temps ordinaire, étaient devenus pathogènes à l'occasion des phénomènes congestifs déterminés par les premiers rapports, et qu'il n'y avait eu aucune espèce de contagion.

Séance du 22 octobre (soir).

Sarcome de l'urèthre. Émasculation totale.

M. Mariachess (d'Odessa). — Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, chez qui une induration de la région pénienne prit un développement rapide et gêna bientôt la miction; le scrotum fut bientôt envahi, et 4 mois après le début la rétention d'urine s'établit et la vessie se distendit jusqu'au-dessus de l'ombilic. Une uréthrotomie interne fut pratiquée d'abord, puis quelques jours après des incisions périnéales furent nécessitées par une infiltration de l'urine; enfin la tumeur ayant continué à évoluer, je pratiquai l'amputation du pénis, la castration double et une extirpation des ganglions inguinaux, faisant, en outre, une urétrostomie périnéale. Les suites furent satisfaisantes et dix jours après le malade quittait l'hôpital. Trois mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

Un cas de collection rétro-vésicale à point de départ appendiculaire.

MM. Hartmann et **Reymond** (de Paris). — Il s'agit d'un malade âgé de 16 ans, n'ayant jamais eu de blennorrhagie, ni subi de cathétérisme : une collection se développa entre le rectum et la vessie, englobant la paroi postérieure de cette dernière. La collection fut ouverte par M. Hartmann, à l'aide d'une incision sous-ombilicale médiane : les suites ont été des plus simples.

Or, dans ce cas, les urines contenaient du bacterium coli; quant au pus de l'abcès, il contenait, lui aussi, du bacterium coli, en même temps que plusieurs streptocoques et cocci d'espèces différentes; 6 jours après l'opération l'urine était à nouveau stérile.

M. Reblaud (de Paris). — Je me demande si la pathogénie qui vient d'être invoquée par M. Reymond pour expliquer le passage du bacterium coli dans l'urine doit être admise. Pourquoi le bacterium coli aurait-il traversé seul les parois de l'intestin malade, sans être accompagné par d'autres microbes? Ne serait-il pas plus logique d'admettre un passage du microbe dans le sang, puis son élimination par le rein?

M. Reymond. — Je croyais avoir par avance répondu aux deux objections de M. Reblaud.

En ce qui est de la possibilité d'infection de la vessie par voie rénale, j'ai dit que cette hypothèse n'expliquerait pas pourquoi l'urine est restée infectée tant que la collection a enveloppé la paroi postérieure de la vessie, et pourquoi elle est redevenue stérile à partir du moment où la collection a été ouverte à l'extérieur. Rien d'autre part ne permet d'admettre la bactérihémie nécessaire pour expliquer que le bacterium coli ait pu revenir presque à son point de départ après avoir parcouru l'organisme.

M. Reblaub s'étonne que les espèces microbiennes de la collection rétro-vésicale n'aient pas toutes traversé les parois vésicales, et ne comprend pas pourquoi le bacterium coli se serait comporté vis-à-vis des tissus autrement que les saprophytes qui l'accompagnent. Je croyais, au contraire, qu'il était de connaissance banale que le coli peut dans nombre de cas traverser des tissus qui offrent encore une barrière suffisante aux autres microbes : c'est le cas d'infection par le coli du sac de la hernie étranglée; c'est ce que nous constatons encore au moment de la mort; les tissus voisins du tube digestif se trouvant infectés par le bacterium coli avant même que la mort survienne, bien avant que les autres espèces aient envahi les mêmes tissus.

Or, la vessie ne fait pas exception à cette règle générale, c'est de ce que j'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois depuis que j'ai étudié en 1893 l'infection de la vessie à travers ses parois.

Calcul enchatonné de la vessie.

M. Nicolich (de Trieste). — Voici une observation assez rare de calcul vésical. A l'autopsie d'un malade âgé de 72 ans, j'ai trouvé une vessie à parois épaissies, occupée par une grosse pierre immobile, dont le tiers seulement faisait saillie dans la cavité vésicale, tandis que le reste, était enchatonné dans une diverticule derrière la prostate. La surface libre du calcul présentait des incrustations lamellaires comme des écailles adhérentes à la paroi de la vessie. L'adhérence était tellement solide qu'il était impossible de le faire sortir de sa loge.

Le diagnostic de cette pierre pendant la vie avait été impossible, à cause d'un genu valgum double empêchant d'abaisser assez l'explorateur.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 Novembre 1897.

La bactériologie et la pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses.

M. Le Damany a étudié au point de vue clinique et bactériologique 80 pleurésies dont 54 primitives. Il a pu tout

d'abord constater que le rôle du froid et de la diathèse rhumatismale était nul dans les pleurésies primitives. Dans toutes, par contre, on retrouvait un terrain tuberculeux.

L'inoculation, à des cobayes, de l'épanchement séro-fibrineux des 54 pleurésies primitives a donné 47 fois des résultats positifs et 8 des résultats négatifs. M. Le Damany en conclut qu'il n'y a qu'une pleurésie séro-fibrineuse qui soit due à l'envahissement de la plèvre par un microbe, c'est la pleurésie tuberculeuse.

Les autres microbes en envahissant la plèvre ne peuvent produire que des pleurésies purulentes.

Résection de l'estomac pour cancer.

M. Hartmann présente 2 femmes auxquelles il a fait la résection de l'estomac pour cancer.

Dans un cas il a fait la pylorectomie suivie de gastro-entérostomie après fermeture de la plaie stomacale, d'après le procédé de Kocher. La malade guérit sans complications et sortit au bout de 25 jours après avoir gagné 12 livres.

Dans le second cas, où le cancer occupait presque la totalité de l'estomac, ce dernier fut réséqué et le cardia suturé au pylore. Cette malade guérit également sans complications.

Greffe osseuse.

M. Dubard (de Lille) présente une malade à laquelle il a fait, 10 ans auparavant, une greffe osseuse hétéroplastique pour arthrite tuberculeuse du poignet. Les épreuves radiographiques faites ces temps derniers ont montré que le tissu osseux hétérogène n'a pas été éliminé et a même augmenté de volume,

M. Andeer lit un travail sur les ostioles comme appareil sécréteur de l'humeur aqueuse et des autres liquides de l'intérieur de l'œil.

Par 62 voix sur 70 votants **M. Bourquelot** a été élu membre de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Novembre 1897.

Sur une nouvelle tuberculose strepto-bacillaire d'origine humaine.

M. Paul Courmont (de Lyon). — Nous avons observé chez l'homme un cas d'arthrite hémorrhagique du coude dans les lésions de laquelle (liquide et synoviale) nous n'avons pu déceler le bacille de Koch. Cependant les coupes de la synoviale montraient des tubercules typiques avec cellules géantes. L'inoculation du liquide hémorrhagique au cobaye donna une tuberculose à marche rapide, avec lésions hémorrhagiques des séreuses très fréquentes. Nous n'avons pu trouver de bacille de Koch dans ces produits tuberculeux, typiques et réinoculables en série, mais avons isolé d'un de ces tubercules un strepto-bacille spécial. Ce bacille pousse facilement sur presque tous les milieux, ne liquéfie pas la gélatine, se développe à peine dans le vide. Ses cultures inoculées au cobaye et au lapin donnent à ces animaux une infection à marche rapide, et développement de tubercules typiques plus ou moins généralisés. Le strepto-bacille ne se retrouve pas dans le sang du cœur des animaux inoculés, mais dans les tubercules jeunes. Les tubercules expérimentaux ainsi produits par notre lésion articulaire humaine ou par les cultures du strepto-bacille sont absolument semblables macroscopiquement et histologiquement à ceux produits chez le cobaye par inoculation de bacilles de Koch. Nous avons donc rencontré chez l'homme un cas de tuberculose articulaire sans bacille de Koch, causé par un strepto-bacille, dont les cultures reproduisent chez l'animal des tubercules typiques. La marche de cette tuberculose est très rapide et présente quelques particularités distinctives.

Le dermographisme dans le tabès.

M. Raïchline a eu l'idée de rechercher d'une façon systématique la présence dans le tabès du phénomène connu depuis longtemps sous le nom de *dermographisme* (ou autographisme). Il l'a trouvé dans 10 cas de tabès sur 14 cas examinés. Le dermographisme figure dans le tabès à titre de trouble vasomoteur relevant de la nature et de la *localisation* du processus pathologique indépendamment de tout état dyspeptique ou de maladies cutanées concomitantes, indépendamment aussi de tout accès de douleurs fulgurantes.

Comme partout ailleurs, le dermographisme dans le tabès est surtout prononcé au tronc, et tout particulièrement au dos où le plus souvent il est lié à une hyperesthésie cutanée superficielle ou profonde. Il a rarement l'aspect de la simple paralysie vasomotrice, analogue à la « raie méningitique » de Trousseau. Plus souvent c'est le dermographisme *saillant* accompagné de phénomène de chair de poule et d'une certaine turgescence plus ou moins longuement persistante de la peau aux endroits excités.

L'eau de mer, en injections intra-veineuses, aux doses fortes.

M. R. Quinton rapporte la seconde série des expériences qu'il a entreprises, en vue de confirmer son hypothèse de l'eau de mer *milieu vital* des organismes élevés. Afin d'apprécier les qualités chimiques, toxiques ou vitales, du liquide marin, M. Quinton a réalisé sur le chien des expériences qui ont consisté dans des injections intra-veineuses d'eau de mer, à des doses extrêmement élevées. C'est ainsi que, tandis que M. Dastre, dans son travail classique sur les injections de sérum artificiel, n'est parvenu à injecter ses chiens que du tiers de leur poids à une vitesse qui n'a pu dépasser 0 c.c. 7 par kilogramme d'animal et par minute, les chiens soumis au contraire à l'injection d'eau de mer ont pu recevoir en 8 heures les 66 centièmes de leur poids, et jusqu'aux 81 centièmes, à une vitesse triple de la vitesse précitée, et sans que l'animal ait subi aucun dommage de l'injection. On n'a observé ni diarrhée, ni vomissement, ni hématurie, ni albuminurie ou insignifiante. Quelques heures après, les animaux, redevenus normaux, mangeaient et trottaient dans le laboratoire.

MM. L. Grimbert et **L. Picquet** ont isolé et cultivé à l'état de pureté un nouveau ferment des tartrates auxquels ils donnent le nom de *bacillus tartricus*. Ce bacille décompose le tartrate de chaux et le tartrate d'ammoniaque en acides acétique et succinique, avec dégagement d'acide carbonique et d'hydrogène. C'est un anaérobie facultatif avec prédilection marquée pour la vie aérobie.

L'ensemble de ses caractères biologiques le différencie nettement des ferments décrits par Pasteur, A. Gautier, Fitz et König.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 Novembre 1897.

Occlusion intestinale.

M. Hartmann. — Lorsque j'ai pris la parole dans une des dernières séances à propos de la discussion sur le traitement de l'occlusion intestinale, j'ai surtout voulu mettre en lumière les deux faits suivants : c'est qu'en cas de doute il faut faire la laparotomie et que la laparotomie n'est pas en elle-même aussi grave qu'on pourrait le penser. Pour appuyer mon opinion, je veux aujourd'hui vous donner les résultats des 9 cas d'occlusion aiguë dans lesquels j'ai été appelé à intervenir. Dans ces 9 cas, j'ai toujours fait la laparotomie et j'ai eu comme résultat 4 morts et 5 succès. Mes 4 cas de mort ont trait tous à des étranglements aigus datant de 5, 6, 7 et même 8 jours, tandis que les 5 guérisons se rapportent à des cas plus récents. Aussi pourrait-on dire : dans les trois premiers jours, le malade guérit toujours; après le cinquième jour, il meurt toujours.

M. Broca. — Dans mon rapport, j'ai désiré mettre deux faits en vedette : 1° M. Legueu a trouvé dans un premier cas un cæcum tordu et distendu au point de remplir tout l'abdomen, en sorte que l'anus contre nature eût forcément porté sur lui ; 2° les partisans de l'anus contre nature dans l'occlusion aiguë ne peuvent guère compter sur le succès que pour l'iléus para-

lytique : or le second cas de M. Legueu démontre que là aussi la laparotomie peut réussir. MM. Quénu et Reclus ont pris la défense de l'anus contre nature pour ce cas spécial de l'occlusion paralytique, et, quoique la communication de M. Lejars ait remarquablement corroboré mon opinion, je leur concède que si le diagnostic de la cause est exactement posé, après échec du lavement électrique, leur conduite, qu'assez souvent justifie la réussite, est la plus rationnelle. Chez le malade, en particulier, dont nous a parlé M. Reclus, et où l'occlusion était grave, mais subaiguë plutôt qu'aiguë, il y avait des éléments suffisants de diagnostic. Mais pour la vraie occlusion aiguë est-ce la règle? Tous, sauf M. Kirmisson, nous avons été unanimes à affirmer que non.

Pour les occlusions chroniques, par compression surtout, on peut en général établir un plan thérapeutique fondé sur un diagnostic précis. Mais pour l'occlusion aiguë, si l'on met à part l'invagination de l'enfant, cela est au contraire fort rare; je mets à part également l'occlusion consécutive à l'hystérectomie vaginale pour laquelle Segond nous a apporté en faveur de l'anus contre nature une expérience convaincante.

En dehors de ces cas spéciaux, le chirurgien part en général pour une destination inconnue. Cela étant je ne saurais accorder à Nélaton, Second, Chaput qu'ils doivent en principe recourir à l'anus contre nature. Dans notre ignorance des causes, nous devons avoir une thérapeutique systématique et pour nous c'est la laparotomie.

J'ai au total pratiqué 20 fois la laparotomie pour occlusion, avec 9 guérisons, soit 45 p. 100. Sur ce total, je compte 4 invaginations chez l'enfant, avec 1 guérison, les 3 autres boudins étant déjà gangrenés quand j'ai opéré. Restent dès lors, pour répondre au problème tel que l'ont posé mes contradicteurs, 16 cas et 8 guérisons, soit 50 p. 100. Mais le point intéressant est d'étudier les causes : or toujours celles que j'ai constatées *de visu* sont de celles que Nélaton traiterait par laparotomie s'il les diagnostiquait.

Les 8 guérisons se décomposent en 7 brides, 1 hernie interne.

Les 8 morts se décomposent en un cancer avec occlusion chronique pour lequel j'ai eu tort de laparotomiser, 1 hernie interne gangrenée, 6 brides. Pour tous les malades, sauf pour le cancer, la laparotomie était indiquée et a été conduite très rapidement, mais les malades ont été opérés trop tard.

Ces faits constituent la statistique intégrale des occlusions que j'ai eu à traiter. Ils démontrent tout au moins que la laparotomie n'est pas meurtrière comme on l'a dit. Je ne crois pas que l'anus iliaque systématisé dans l'occlusion aiguë donne une semblable proportion de succès définitifs. Et si sur les 8 morts il y en a deux dont la lésion était irrémédiable, les 6 autres auraient sûrement guéri si on les avait laparotomisés à temps, sans perdre plus de 24 heures à essayer le traitement médical.

M. Kirmisson. — Je demande la parole pour protester contre l'assertion de M. Broca, pour lequel, à l'heure actuelle, la laparotomie est l'opération de choix. Je crois que ni M. Broca, ni M. Peyrot ne sont dans le vrai quand ils disent : à l'occlusion aiguë convient la laparotomie, à l'occlusion chronique, l'anus artificiel. C'est simple, mais ce n'est pas exact. Il y a des cas d'occlusion aiguë dans lesquels, grâce à un interrogatoire complet, on retrouve tout un passé intestinal, à obstruction chronique, latente. Dans ces cas-là, c'est toujours à l'anus contre nature qu'il faut avoir recours : l'occlusion chronique se termine par l'occlusion aiguë — comme dans le cancer de l'S iliaque — et c'est l'anus artificiel qui convient.

M. Peyrot. — Dans les cas auxquels fait allusion M. Kirmisson, on ne peut pas dire : occlusion aiguë. Il s'agit d'occlusion chronique avec, à un moment, des phénomènes d'occlusion aiguë. Il y a des lésions chroniques qui se révèlent tout d'un coup par de l'occlusion aiguë, et au point de vue clinique il faut distinguer deux cas : ou bien la lésion siège dans un point accessible (partie inférieure du rectum) et il serait coupable de ne pas la dépister, ou bien il est absolument impossible de la reconnaître par un autre moyen que la laparotomie. Si le diagnostic n'est pas fait, il n'y a aucune raison dans ce cas pour ne pas faire la laparotomie.

Corps étranger du rectum.

M. Monod rapporte l'observation d'un corps étranger du rectum — une bouteille — qu'il fut très facile d'extraire sous le chloroforme. Il a réussi un total de 30 cas de corps étranger du rectum, 21 fois l'extraction fut facile, 3 fois elle fut suivie de mort et enfin 6 fois seulement on fut obligé de recourir à des opérations préliminaires, rectotomie, gastrotomie (ouverture du ventre) ou gastro-rectotomie.

Il faut toujours commencer par l'extraction par les voies naturelles, puis, en cas d'insuccès, recourir à la rectotomie, mais M. Monod n'est pas de l'avis de M. Delbet, qui, lui, conseille la résection du coccyx. Il est bon de savoir que, dans le cas d'échec par les voies naturelles, il est des opérations simples qui peuvent réussir. Si le corps étranger échappe et remonte, la laparotomie s'impose.

Luxations dorsales externes du pouce.

M. J. Vitrac (de Bordeaux) lit le résumé d'un travail sur les « luxations dorsales externes du pouce ».

Les luxations en arrière du pouce s'accompagnent habituellement du déplacement interne de la phalange. Mais exceptionnellement ce déplacement peut être externe. M. Vitrac l'a reproduit dans ses expériences; il l'a retrouvé dans quelques observations, et il l'a rencontré sur le vivant.

Le déplacement externe dans les luxations en arrière est ce qui caractérise les « luxations dorsales externes » par opposition aux « luxations dorsales internes », qui sont ordinairement observées, et seules décrites jusqu'à présent.

Les luxations dorsales externes, comme les luxations classiques, peuvent être complètes ou complexes. Elles se produisent quand le traumatisme, très violent, atteint le pouce en abduction et en extension.

Les déchirures ligamenteuses sont totales; il y a éclatement partiel de la gaine du tendon long fléchisseur du pouce; le muscle adducteur est déchiré et pénétré par le métacarpien.

Le tendon long fléchisseur est luxé en dehors de la tête métacarpienne; il a quitté sa loge intersésamoïdienne. Il constitue un obstacle à la réduction qui persiste même quand les sésamoïdes peuvent librement passer entre les deux os. Aussi, si des manœuvres spéciales ne réussissent pas à amener la réduction, une opération est autorisée. Elle consiste dans soit :

a) L'accrochement du tendon à travers une boutonnière sous-cutanée (moyen infidèle);

b) La ténotomie provisoire au poignet (moyen plus sûr);

c) L'arthrotomie suivie d'accrochement ou de ténotomie provisoire (procédé de choix).

La luxation dorsale externe, irréductible par les moyens ordinaires presque toujours, se reconnaîtra au déplacement externe de la phalange. Le pouce sera plus éloigné de l'index que le métacarpien; la tête de celui-ci sera saillante dans l'espace interosseux.

M. Bazy présente un cancer du rein droit extirpé par la voie transpéritonéale.

M. Doyen lit un mémoire sur la castration abdominale utéro-annexielle particulièrement dans les cas de tuberculose.

A. G.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 Novembre 1897.

Sur un cas de tondante rebelle de Gruby-Sabouraud observé à Parme.

M. Bodin (de Rennes). — M. le professeur **Mibelli** (de Parme) a rencontré une petite fille atteinte d'une tondante du cuir chevelu présentant les caractères de la tondante à petites spores telle qu'elle a été décrite par M. Sabouraud. La petite malade de M. Mibelli était donc le premier cas de tondante rebelle due au microsporum que l'on ait observé en Italie, Mais étant donné ce que l'on sait de la pluralité des champignons parasitaires des teignes, il fallait se demander si le parasite de cette tondante était bien le *microsporum Audouini* de Paris ou s'il était une espèce de miscrosporum distincte quoique voisine du microsporum de l'enfant.

Pour le cas de tondante qu'il a recueilli à Parme, M. Mibelli a cherché à déterminer l'espèce parasitaire d'abord par les caractères cliniques et microscopiques de l'affection,

Les recherches montrèrent qu'il s'agissait bien du *microsporum Audouini* de Gruby. Pour plus de sûreté il envoya à Paris un échantillon du microsporum isolé par lui-même à Parme. L'étude mycologique en a été pratiquée par M. Bodin, à Rennes, qui trouva que le microsporum rencontré à Parme, dans une tondante de l'enfant était le microsporum du chien récemment décrit par lui

Ce fait présente un intérêt tout spécial parce qu'il montre qu'il en est des *microsporums* comme des *trichophytons*. Jusqu'ici la tondante à petites spores était considérée comme une entité morbide fermée, due au seul *microsporum Audouini* de l'enfant (Sabouraud). En réalité, pour les microsporums comme pour les trichophytons, il y a pluralité des espèces causales. On connaissait déjà un *microsporum du cheval* capable de faire des inoculations humaines; l'observation de M. Mibelli apprend que le *microsporum du chien*, comme le *microsporum du cheval*, comme le *microsporum Audouini*, peut déterminer des lésions humaines.

M. Sabouraud tient seulement à faire remarquer qu'en France la teigne à petites spores de l'enfant se montre jusqu'ici invariablement causée par une même espèce cryptogamique, le *microsporum Audouini*. Quant à la pluralité des microsporums, quoique plus restreinte que celle des trichophytons et analogue seulement à celle des favus, elle est néanmoins indiscutable. Dès ses premières recherches sur le sujet (1892) il a présenté ici même ce premier microsporum du cheval, qui fait l'herpès contagieux des poulains. Les belles recherches de M. Bodin ont déjà élevé de 2 à 4 le nombre des espèces de *microsporum* aujourd'hui connues.

Hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais.

MM. Brocq et **L. Bernard** présentent un jeune homme de 17 ans, atteint d'une tumeur à la langue, allongée d'avant en arrière, siégeant vers la moitié postérieure gauche de l'organe, tumeur qui offre sur sa surface des séries de petites bosselures — dont la grosseur varie de celle d'une petite tête d'épingle à celle d'un tout petit pois — translucides pour la plupart avec un petit point violacé central, quelques-unes totalement vésiculeuses transparentes et blanches, quelques-unes violacées et ressemblant à des nævi sanguins. La tumeur est indolente, d'origine congénitale, mais à développement progressif avec l'âge, Elle rentre, comme nature, dans la série des faits qui ont été dénommés jusqu'ici *lymphangiomes circonscrits*. Ces lésions sont extrêmement rares à la langue. Le malade a été traité inutilement par l'ignipuncture; mais une amélioration réelle a été obtenue déjà par l'électrolyse.

Sur quatre cas de mycosis fongoïde.

M. Hallopeau. — Les faits nouveaux qui ressortent des 4 cas que je présente à la Société peuvent être résumés ainsi qu'il suit : les érythrodermies mycosiques peuvent, après avoir persisté pendant des années avec une grande intensité, rétrocéder en grande partie sans laisser de traces; les adénopathies qu'elles avaient déterminées rétrocèdent également; les néoplasies mycosiques peuvent prendre des dimensions très considérables et former, par exemple, dans la région dorsale, une masse énorme que le malade, voûté, porte à la manière d'un fardeau, d'où un aspect des plus étranges; la zone d'extension de ces masses peut se faire par l'intermédiaire d'un bourrelet ortié persistant; on ne peut guère s'en expliquer la production que par l'action de toxines. C'est là un nouvel argument en faveur de la nature parasitaire de la maladie.

M. Fournier, à propos du dernier malade présenté par M. Hallopeau, dont le diagnostic *mycosis fongoïde* laisse quelques doutes, fait remarquer qu'il y aurait lieu d'essayer les injections de calomel, dans la possibilité d'une affection syphilitique.

M. Du Castel montre un malade également affecté de mycosis fongoïde.

Dystrophie unguéale.

M. Rist présente une malade dont tous les orteils ont été le siège d'une tuméfaction douloureuse aboutissant finalement à la chute de l'ongle et à l'atrophie fonctionnelle de la matrice unguéale. Cette affection, qui paraît suivre une marche progressive (les ongles des mains commençant à se prendre), est accompagnée de douleurs articulaires et d'arthropathies fugaces avec épanchements synovianx et craquements consécutifs. En l'absence de tout symptôme nerveux, il semble qu'on doive admettre qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition; la malade a des urines très chargées en acide urique.

M. Sabouraud rappelle qu'il a traité avec succès, par le Gram (iode 1 gr., KI 2 gr., eau distillée un litre), des ongles trichophytiques et ajoute qu'il a obtenu, avec la même solution iodée, des résultats excellents dans des altérations des ongles semblables à celles présentées par la malade de M. Rist, et n'ayant aucun caractère mycosique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 Novembre 1897.

Abcès gazeux sous-diaphragmatiques.

M. Courtois-Suffit rapporte 3 cas d'abcès gazeux sous-diaphragmatiques, qu'il a eu l'occasion d'étudier en ces derniers temps. Dans ces 3 cas, le diagnostic a été fait d'une façon suffisamment précise pour commander l'intervention opératoire immédiate. Le premier malade est sorti de l'hôpital complètement guéri: il a été présenté, il y a 15 jours, à la Société de chirurgie, par M. Lejars. Cet abcès gazeux était consécutif très vraisemblablement à la perforation d'un ulcère simple du duodénum.

La seconde malade est morte quelques jours après l'opération. Les résultats de l'autopsie expliquent nettement cet insuccès. On trouve, en effet, au lieu d'un seul abcès, ainsi que les signes cliniques permettaient de le prévoir, deux abcès tout à fait distincts l'un de l'autre, et dus chacun à une perforation distincte l'estomac.

La première poche purulente, celle que l'opération avait seule atteinte, était située au niveau de la région épigastrique. Elle apparaît vide, tapissée de fausses membranes grisâtres. Elle est limitée en arrière par la face antérieure du lobe gauche du foie; à droite par le ligament suspenseur, à gauche par des adhérences entre la paroi thoracique et l'estomac, en haut et en avant, par la concavité du diaphragme et la portion épigastrique de la paroi abdominale antérieure, et par le côlon transverse.

Une autre poche, remplie d'une bouillie noirâtre et fétide, existait au niveau de l'hypochondre gauche, à peu près de la même dimension que la première, mais tout à fait distincte de celle-ci.

Au niveau de l'estomac existaient deux perforations, l'une de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, située sur la face antérieure de l'organe, assez près de la petite courbure, l'autre, plus petite, n'ayant guère que la dimension d'une pièce de 50 centimes, située sur la face postérieure de l'estomac, en un point presque symétriquement situé vis-à-vis de la première perforation.

Ces deux ulcérations étaient nettement circulaires, à bords taillés à pic. Pendant la vie, la malade avait surtout accusé une douleur en broche, d'une acuité et d'une persistance extrêmes et il n'est pas illégitime de supposer qu'il n'y avait pas un rapport de cause à effet entre cette douleur et la double ulcération.

Les deux premières observations ont été, cliniquement, très comparables. La constatation du météorisme à la partie supérieure de la cavité abdominale, la mobilité de ce météorisme, susceptible d'augmenter ou de diminuer d'un jour à l'autre, et même de disparaître pour un temps; la perception d'un point douloureux maximum au niveau le plus déclive de la zone tympanisée; la constatation fréquente d'une région empâtée et rénitente, exactement sous-jacente au point doulou-

yeux, etc., sont, parmi les signes observés, les plus importants pour le diagnostic, si l'on y joint les renseignements acquis par l'étude du passé pathologique du malade.

La troisième observation se distingue des deux précédentes par le siège différent de l'abcès, et, en conséquence, par un tableau symptomatique tout à fait dissemblable. L'abcès, qui avait paru d'origine gastrique, était venu se loger à la partie supérieure du foie, si bien que, successivement, on peut penser soit à une colique hépatique, tout à fait à la première heure; plus tard à une pleurésie purulente, enfin à un pyo-pneumothorax vulgaire. Malgré tout, M. Gilbert put faire le diagnostic exact, et fit opérer le malade par M. Michaux, qui trouva un abcès sus-hépatique contenant du pus et des gaz. Le malade sembla se rétablir; il est mort il y a six mois, c'est-à-dire un mois après l'opération.

A l'autopsie, on put remarquer que la cavité de l'abcès sous-phrénique s'était presque complètement refermée; mais il existait une péritonite tuberculeuse généralisée, dont les signes avaient été masqués par ceux plus aigus de l'abcès sous-diaphragmatique.

Cette observation doit aussi être soulignée, car, au titre étiologique des abcès sous-phréniques, la tuberculose péritonéale n'apparaît qu'à un rang très éloigné.

Les métrorrhagies dans les maladies du foie.

M. Dalché. — L'influence des maladies du foie sur l'apparition des métrorrhagies, signalée bien souvent par les anciens auteurs, est indiscutable. De toutes les affections hépatiques, la lithiase biliaire est celle qui trouble le plus facilement la menstruation. A la suite d'une colique hépatique, les règles deviennent plus abondantes, d'autres fois reparaissent deux ou trois jours après leur terminaison, et cette ménorrhagie peut durer dix jours et plus; souvent, il y a émission de caillots et douleurs de dysménorrhée congestive; après des accès calculeux répétés, les règles avancent ou retardent, conservent leur abondance ou se suppriment, si bien que les périodes se confondent. Chez les lithiasiques qui portent des lésions utérines, les métrorrhagies apparaissent dans la période intercalaire. Une colique fruste ou fort atténuée suffit aussi bien qu'une colique franche. Les cirrhoses provoquent des métrorrhagies, surtout au début, et s'accompagnent plus tard d'aménorrhée. Enfin, l'auteur rapporte des cas de métrorrhagies au cours de tumeurs hépatiques et d'ictères infectieux bénins et malins. Une de ses malades refusa la curetage qu'on lui proposait, et guérit par le traitement dirigé uniquement contre les calculs.

Capacité stomacale dans les sténoses pyloriques.

M. Hayem attire l'attention sur la varitabilité de la capacité de l'estomac dans les sténoses pyloriques et sous-pyloriques. Dans ces cas l'estomac peut être extrêmement dilaté, c'est le cas le plus fréquent; il peut être moyennement ou faiblement dilaté, descendant jusqu'à deux ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il peut être enfin de volume inférieur à la normale, restant toujours au-dessus de l'ombilic, même après insufflation.

Les causes de cette faible capacité gastrique sont variables : grande intolérance pour les aliments, et, par suite, vomissements incessants, entraînant la vacuité de l'estomac malgré l'obstacle mécanique; existence de brides péritonéales plus ou moins serrées, s'opposant à la distension de l'organe, restriction de l'alimentation en raison des douleurs vives provoquées par la digestion.

M. Hayem rapporte trois cas de ce genre : le premier a trait à un cancer du pylore; l'intolérance gastrique était la cause principale du petit volume de l'estomac; dans les deux autres cas, où il s'agissait d'ulcère, les adhérences gastriques à la paroi abdominale devaient surtout être mises en cause.

De ces faits, M. Hayem conclut que la dilatation gastrique, dans le diagnostic d'une sténose, n'est pas un signe infaillible. Il n'existe qu'un seul symptôme certain de sténose, c'est l'existence, à jeun, de liquide résiduel contenant des débris alimentaires, et cela que l'estomac soit grand ou petit.

Infection gonococcique généralisée.

MM. Rendu et **J. Hallé** rapportent l'observation d'une femme de 30 ans qui, après avoir subi une infection gonococcique, ne présente pas d'autres symptômes que ceux d'une métrite d'apparence bénigne; bientôt, malgré un traitement local rationnel, des phénomènes infectieux diffus se produisent, une périarthrite suppurée d'abord, puis une fièvre hectique symptomatique de l'invasion du cœur et du péricarde. La malade succombe, et une endocardite végétante est la seule lésion prédominante trouvée à l'autopsie. Les altérations dégénératives trouvées du côté des reins, du foie et de la rate étaient manifestement des lésions secondaires, communes à toutes les grandes septicémies.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 11 novembre 1897.

Méningite à forme ophthalmoplégique.

M. Terson lit un rapport sur une observation de **M. Dreyer-Dufer**, se rapportant à une femme de 26 ans, entrée à l'hôpital à la suite de l'apparition brusque de céphalées, avec syncopes, vomissements presque continuels et gonflement des paupières pendant 3 jours. Ce gonflement diminue : la malade ouvre ses paupières et a de la diplopie. L'état général fébrile est mal caractérisé et on pense à une grippe. La céphalalgie persiste, l'état reste mauvais. Quelques jours après, on constate une paralysie de la 6e paire de l'œil droit, un très léger ptosis, une paralysie du grand et du petit oblique du même côté, des réflexes pupillaires normaux, une certaine sensibilité aux points d'émergence des nerfs péri-orbitaires supérieur et inférieur. A l'ophthalmoscope, stase veineuse ou plutôt élargissement assez marqué des veines avec acuité à peu près normale de la vision. Traitement mercuriel par les injections de benzoate de mercure. L'état, général s'aggrave : la céphalée devient intolérale. Raideur de la nuque, apparition d'un strabisme convergent de l'œil gauche, puis de ptosis à droite et à gauche. Mort. L'autopsie démontre l'existence d'une méningite purulente de la base, sans suppuration des sinus de la dure-mère. Le pus contenait du pneumocoque pur.

M. Dreyer-Dufer a trouvé dans la littérature 11 autres observations analogues qui permettent d'isoler le tableau clinique d'une forme de méningite où le syndrome ophthalmoplégique domine les autres. La maladie dure, dans sa forme aiguë, quelques jours à peine, mais les formes subaiguës et chroniques durent des mois et des années. La forme subaiguë s'accompagne quelquefois de thrombophlébite des sinus dure-mériens. Ce qui permettra de faire le diagnostic de méningite à forme ophthalmoplégique, c'est la constatation d'une stase veineuse bilatérale précoce à l'examen ophthalmoscopique.

Troubles du corps vitré consécutifs à une lésion orbitaire.

M. Gorecki relate l'observation d'un malade, qui, à la suite d'un traumatisme, avait perdu l'œil droit et présentait du côté gauche des lésions périostiques consécutives à la fracture du plancher orbitaire. En dehors d'une déchirure et d'hémorrhagies de la rétine, l'œil gauche ne présentait pas de lésions bien graves. Quelques jours après le traumatisme, il se produisit une poussée périostique du côté de l'orbite droite, et, en même temps, se développait un trouble du vitré. Des injections sous-conjonctivales de sublimé au 1/10000 provoquèrent, après 15 jours, une diminution de la périostite et la disparition du trouble du vitré.

M. Sulzer a suivi pendant 5 ans un malade dont l'histoire a quelque analogie avec le cas que vient de nous signaler notre confrère. Il s'agit d'un malade qui était occupé à marquer les coups sur une cible et qui reçut un projectile dans l'orbite. Quelques mois après, et après disparition des symptômes immédiats de contusion, on put constater une large déchirure cho-

roïdienne sans aucun trouble du vitré. L'acuité était de 1/3. Quelque temps après, le malade se représente avec une saillie douloureuse au niveau de la paupière inférieure. Cette poussée inflammatoire orbitaire s'accompagne de trouble du vitré et d'un affaiblissement marqué de la vision. Quelques jours après, la tuméfaction devient fluctuante et s'ouvre, laissant s'échapper un fragment de plomb.

Le trouble du vitré disparaît et la vision redevient ce qu'elle était avant. Un an après, les mêmes phénomènes se reproduisent du côté de l'orbite et du côté du vitré, et, cette fois, c'est une petite esquille osseuse qui est éliminée. Il n'y a eu, dans les deux cas, aucune réaction inflammatoire du côté de l'œil, pas d'iritis mais seulement ce trouble du corps vitré.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 11 novembre 1897.

Galactophorite généralisée double à streptocoques.

M. Georgin rapporte l'observation d'une nourrice, secondipare, dans le service des débiles de la Maternité, qui constata le 29 juillet à la tétée de 11 heures du matin, que le lait tiré de son sein dans un verre à expériences est grisâtre et divisé en deux couches, une supérieure liquide, l'autre inférieure purulente, les deux séparées par une troisième couche rosée. A ce moment elle ne présente aucun signe local, excepté un peu de lourdeur dans le sein gauche, Mais le soir à 5 heures, température 39°9, pouls 104, maux de tête, soif, légers frissons. Le lendemain tout rentre dans l'état normal, le dépôt purulent diminue et 2 jours après le lait devient normal. Le 6 août, la nourrice reprend son service.

L'examen microscopique et bactériologique du lait montra l'existence du streptocoque.

L'observation est intéressante, par la généralisation et la bilatéralité, par l'absence presque complète des signes locaux et généraux et l'état parfait de ses quatre nourrissons.

Le traitement a consisté dans la traite des seins toutes les deux heures et dans des compressions légères avec des compresses au sublimé.

Du traitement des métrites par les applications locales d'essence de Wintergreen.

M. Jouin, s'inspirant des recherches de MM. Linossier et Lannois sur les applications locales de salicylates de méthyle contre le rhumatisme, a traité avec succès la métrite et ses différentes complications, mais tout particulièrement l'endométrite cervicale blennorrhagique, par des badigeonnages des régions malades avec de l'essance de Wintergreen. Il a pu par ces applications locales porter dans les trompes à travers les membranes un excellent antiseptique, l'acide salicylique, et obtenir la guérison de vieilles salpingites.

Volvulus congénital.

MM. L. Tissier et **R. Mercier** présentent l'intestin d'un enfant qui, le troisième jour après sa naissance, fut apporté à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine pour une obstruction intestinale : il n'avait, en effet, aucune malformation ano-rectale et n'évacuait pas de méconium. Aucun symptôme ne permettant de préciser le siège de la lésion, un anus artificiel fut pratiqué dans la fosse iliaque gauche. L'enfant succomba 4 jours après l'intervention.

L'autopsie démontra l'existence d'une atrophie congénitale du gros intestin, contenant seulement des débris épithéliaux sans trace de méconium. Sur l'intestin grêle existait un volvulus produit par une torsion de 180° : en amont, l'anse intestinale fortement distendue était perforée; les matières s'étaient échappées par cet orifice et avaient déterminé une péritonite mortelle. Il existait, en outre, un second volvulus situé en un point plus élevé et une coudure de l'intestin qui avaient empêché les matières et les gaz de refluer par l'anus artificiel.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 Novembre 1897.

Traitement de la colite muco-membraneuse.

M. R. Blondel. — La colite est toujours une affection secondaire et symptomatique.

C'est une *trophonévrose sécrétoire* et *motrice*. Comme pour l'estomac, il y a *stase*, *hypersécrétion* et *spasme*. Elle siège dans l'S. iliaque et dans le rectum; c'est-à-dire dans une partie du tube digestif jouant le rôle de *réservoir*, comme l'estomac.

Cliniquement, toutes les variétés s'observent chez la femme, depuis la constipation avec glaires jusqu'aux crises paroxystiques douloureuses, avec diarrhée alternant avec l'évacuation des membranes.

Physiologiquement, le point de départ de cette névrose sécrétoire paraît être dans les tiraillements des nerfs des plexus abdominaux.

Ces tiraillements ont deux origines : *directes* et *indirectes*,

Les causes *directes* sont : 1° la compression de l'intestin par une tumeur ou un utérus rétrofléchi; 2° beaucoup plus souvent, l'existence de brides péritonitiques, d'adhérences solidarisant les viscères du petit bassin et venant gêner le libre péristaltisme de l'intestin. L'auteur apporte une observation où la destruction des adhérences a suffi à amener la guérison de la colite.

Les causes *indirectes* agissent à distance, par voie réflexe; ce sont les ptoses viscérales diverses, ptoses des reins, de l'estomac, du foie, dont l'action est bien connue à ce point de vue : ce sont aussi les ptoses génitales, prolapsus de l'utérus ou des annexes, amenant les tiraillements des nerfs et des ligaments larges; M. Blondel attribue à ces tiraillements le même mode d'action réflexe à distance qu'à ceux qu'exerce le rein flottant sur les nerfs de son hile.

L'auteur signale l'influence de la grossesse qui a fait parfois, dans ses observations, apparaître la colite au troisième mois.

Le traitement est celui de la cause; on corrigera les ptoses viscérales par le port de ceintures, de pessaires, ou par les diverses pexies appropriées. On détruira les adhérences des organes génitaux avec l'intestin par le massage, ou, au besoin, chirurgicalement. Le traitement local, qui sera souvent utile contre les reliquats de l'affection, survivant à la suppression de la cause, consistera en grands lavages intestinaux tièdes pour lesquels l'auteur vante beaucoup la solution d'ichthyol à 1 p. 100, et le bicarbonate de soude à 5 p. 1000.

M. Bardet estime que l'on doit considérer la colite muqueuse comme un symptôme qui accompagne ou peut accompagner toutes les maladies viscérales de l'abdomen. Il croit que toute irritation chronique ou mécanique est susceptible d'amener la colite muqueuse et que, dans beaucoup de cas, surtout chez l'homme, l'hyperchlorhydrie est une cause fréquente. L'arrivée dans l'intestin d'un bol acide irrite les viscères et peut provoquer un spasme, d'où tiraillements capables d'entraîner la colite. Il est donc nécessaire d'appeler l'attention sur l'estomac dans les cas de colite membraneuse.

En tout cas, quelle que soit la véritable pathogénie, M. Bardet croit que c'est l'origine mécanique qui est la plus probable. Ainsi il a observé un malade qui eut une crise passagère de colite muqueuse et qui, un mois après, fut pris de phénomènes d'obstruction qui nécessitèrent la laparotomie. On trouva une bride qui maintenait la terminaison de l'iléon contre la colonne vertébrale. Il n'y a pas de doute que les tiraillements aient été, en cette occasion, la cause de la crise de colite membraneuse.

M. Mathieu pense que, dans un grand nombre de cas, et notamment dans les cas intenses, c'est-à-dire dans ceux qui s'accompagnent de beaucoup de glaires, de grands lambeaux membraneux et de vives douleurs, l'irritation n'est pas bornée à la portion inférieure du gros intestin, mais s'étend au contraire à la presque totalité de celui-ci; les contestations cliniques en fournissent une irréfutable démonstration; on perçoit alors, en effet, au niveau du cæcum et du côlon ascendant, des sensations spéciales (sensation de boudin, si le cæcum est distendu, de corde s'il est contracté) qui sont la preuve manifeste d'un

état morbide de cette région; de même le côlon descendant se trouve à la palpation et il est douloureux; quelquefois aussi le côlon transverse donne naissance à ce phénomène particulier qu'on appelle la corde colique.

La localisation inférieure n'existe guère que dans la fausse entérite membraneuse qui survient passagèrement sous l'influence d'une rétention transitoire des matières.

Cette notion du siège anatomique de la lésion n'a pas un simple intérêt théorique; elle est capitale à retenir au point de vue pratique car elle impose la nécessité des lavages intestinaux abondants capables de faire parvenir le liquide injecté jusqu'aux points du côlon qui sont vraiment malades.

En ce qui concerne la théorie du spasme, M. Mathieu fait observer que lui-même avait déjà insisté longuement sur ce point dans ses communications antérieures, mais que l'existence du spasme avait été reconnue et annoncée antérieurement encore, notamment par un élève de Kussmaul, Fleiner (de Strasbourg), qui avait remarqué que fréquemment la constipation est due non seulement à l'atonie intestinale, mais encore à des spasmes localisés en certains points. M. Glénard, de son côté, fait jouer au spasme un rôle important dans la pathogénie de l'entéroptose.

M. Mathieu rappelle la comparaison qu'on a établie, à très juste titre selon lui, entre l'entérite muco-membraneuse et l'eczéma; non pas que la colite membraneuse soit une localisation intestinale de l'eczéma, mais il y a entre les deux affections des airs de parenté, des rapports de similitude qu'on ne saurait méconnaître. Comme dans l'eczéma, il existe un élément inflammatoire léger (présence de fibrine dans les membranes, grand nombre de leucocytes); comme dans l'eczéma enfin, des exacerbations sont occasionnées par des circonstances suivantes : état menstruel, irritations directes et de voisinage, altérations de l'état général et de l'état nerveux, causes augmentant le nervosisme. D'ailleurs, l'accord est établi entre tous sur l'importance de ces facteurs et sur la nécessité de les avoir en vue quand on institue un traitement; d'où l'utilité du régime du repos local et général, des applications chaudes sur l'abdomen, des grands lavages qui sont comme un bain local, enfin des moyens divers divers destinés à lutter contre la constipation.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 8 Novembre 1897.

Quelques effets de la toxine typhique chez le chien.

MM. Lépine et **Lyonnet** communiquent la suite de leurs travaux sur les effets de la toxine typhique chez le chien.

Cette toxine ne peut être préparée par filtration, car les poisons du bacille typhique ne diffusent pas dans les milieux liquides. Il faut stériliser des cultures virulentes par le chloroforme, l'acide phénique ou la chaleur. C'est ce dernier moyen que les auteurs ont employé. Ils ont chauffé pendant une ou deux heures à 58° C des cultures sur bouillon.

Ils ont expérimenté sur le chien, qui se prête mieux à une observation minutieuse que les petits animaux ordinairement employés dans les laboratoires.

Plusieurs modes d'introduction de la toxine pouvaient être essayés. MM. Lépine et Lyonnet se sont servis de la voie veineuse, comm étant la plus sûre et la plus rapide. Ils ont pratiqué leurs injections soit dans la jugulaire, soit dans une veine de la patte. Dans certains cas, une phlébite oblitérante a été observée à la suite de ces injections, comme ils l'ont antérieurement signalé.

Le chien est assez résistant à la toxine typhique, beaucoup plus que le cheval, par exemple.

Aussitôt après l'injection, le chien présente souvent un peu de ralentissement du pouls. Ce fait est intéressant, et mérite d'être comparé avec ce que l'on observe dans la dothiénentérie, où, comme on le sait, le pouls est souvent peu rapide.

Puis le chien est pris de diarrhée, quelquefois sanglante; il a parfois des frissons, des vomissements, et refuse de manger. La température monte alors rapidement sans présenter la phase d'incubation qu'on observe dans la diphthérie, par exemple. Il y a deux sortes d'élévation de température : tantôt elle monte très rapidement, atteignant en 3 ou 4 heures plus de 41°. D'autres fois, elle monte plus lentement, mettant 5 à 6 heures pour atteindre son maximum. Dans tous les cas, la température redescend vite.

Les doses injectées ont été très variables; de 0 c.c. 50 à 9 cm. cubes par kilog. Dans les cas mortels, la diarrhée continuait, la température restait élevée et la mort survenait, quelquefois très vite, en 3 ou 4 heures.

A l'autopsie on trouvait toujours une congestion énorme de l'intestin portant surtout sur la partie supérieure de l'intestin grêle.

On sait que le foie a une action différente sur diverses espèces de toxines. MM. Lépine et Lyonnet ont injecté de la toxine typhique dans une veine mésaraïque, et ont constaté que le chien résistait bien à une dose ayant tué un chien témoin.

Il semble donc que si la toxine s'élimine en grande partie par l'intestin, en produisant une congestion intense pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie, le foie peut aussi intervenir en arrêtant une partie de cette substance toxique.

Enfin, il convient de remarquer que les chiens qui ont survécu sont précisément ceux qui ont présenté les plus fortes élévations de température. L'hyperthermie semble donc être l'indice d'une réaction énergique de l'organisme, et indiquerait, chez le chien tout au moins, un pronostic plutôt favorable.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 9 Novembre 1897.

Tumeur kystique de la vessie contenant deux calculs.

M. P. J. Freyer a communiqué l'observation d'un officier âgé de 32 ans, qui souffrait depuis dix années de troubles de la miction survenus à la suite d'une contusion de la région lombaire. Ce traumatisme détermina des douleurs au niveau du rein droit, une hématurie intermittente, de la cystite avec fièvre, et depuis lors il fut impossible au malade d'uriner normalement. Ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts qu'il parvenait à expulser une centaine de grammes d'urine, puis le jet s'arrêtait et la vessie ne pouvait être vidée que dans le décubitus dorsal ou au moyen de la sonde. En outre, il se produisait de temps à autre des accès de fièvre intense pendant lesquels l'urine contenait du pus.

L'exploration de la cavité vésicale n'ayant pas montré la présence de calculs, on pratiqua l'examen cystoscopique qui montra qu'il s'agissait d'un néoplasme gros comme une noix, fixé par un pédicule arrondi près de l'orifice de l'uretère droit.

Quelques jours après, M. Freyer pratiqua la taille sus-pubienne, appliqua un lien constricteur sur le pédicule de la tumeur et excisa cette dernière. Puis il passa une aiguille armée d'un double fil de soie à travers le pédicule, dont chaque moitié fut liée séparément. Les bouts des fils furent ramenés hors de la plaie abdominale qu'on pansa de la façon habituelle. Les ligatures tombèrent l'une le dixième, l'autre le douzième jour, et la plaie abdominale se ferma au bout d'un mois. L'opéré jouit actuellement d'une santé parfaite.

Quant à la tumeur extirpée, c'était un kyste uniloculaire à parois fibreuses contenant deux concrétions uriques, l'une grosse comme une noix muscade, l'autre du volume d'un pois, et qui pesaient ensemble environ 2 gr. 50 centigr. La surface externe et la cavité du kyste étaient tapissées par un épithélium semblable à celui de la vessie et de l'uretère.

D'après M. Freyer, il serait difficile d'expliquer l'origine de

cette tumeur autrement que par l'hypothèse de l'enclavement brusque, sous un pli de la muqueuse vésicale, des calculs au moment où ils étaient chassés de l'urèthre par un jet d'urine sous forte pression.

En terminant, M. Freyer a fait ressortir que le cas dont il s'agit est le premier dans lequel une ligature ait été appliquée sur le pédicule d'un néoplasme vésical, et que cette façon de procéder peut rendre des services pour combattre les hémorrhagies provoquées par des tumeurs de la vessie ou de la prostate.

M. E. Barker accepte l'hypothèse de M. Freyer et pense que le calcul logé d'abord dans la partie inférieure de l'uretère a fait saillir en dedans la paroi vésicale. Il serait intéressant de savoir dans quel état se trouvait le rein car l'obstruction de l'uretère aurait pu produire de l'hydronéphrose avec atrophie du rein.

M. J. H. Morgan fait observer que, bien que cet état ait persisté pendant longtemps, les symptômes ont été en somme peu intenses. Si, grâce à la position du kyste, les urines étaient tantôt claires, tantôt troubles quand la tumeur obstruait temporairement l'urèthre, il est évident que le rein correspondant devait présenter un certain degré d'hydronéphrose.

M. Freyer répond qu'il n'a jamais trouvé de signes d'irritation du côté des reins, mais que toutefois il pense que le rein correspondant est complètement atrophié.

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 8 Novembre 1897.

Traitement thyroïdien du crétinisme.

M. W. S. Colman montre une fillette de 10 ans traitée depuis le mois de juin par des préparations thyroïdiennes. A cette époque elle pesait 30 kilogrammes et mesurait en longueur 2 pieds et 10 pouces; elle avait les jambes courtes et présentait une lordose avec saillie de l'abdomen. Actuellement, sous l'influence du traitement thyroïdien continué depuis 4 mois, sa taille s'est allongée de 2 pouces 1/2 et les masses graisseuses qui occupaient sa nuque ont disparu. L'expression de sa figure est devenue plus vivante et plus intelligente.

M. W. Carr a présenté un enfant de 7 ans qui lui avait été amené pour la première fois en 1896 pour un crétinisme typique avec idiotie. Il institua le traitement thyroïdien par les tablettes, mais comme la dose d'une tablette par jour provoquait de la fièvre, on diminua la dose de moitié. Le traitement fit peu à peu disparaître tous les signes de crétinisme. Et actuellement l'enfant peut être considéré comme bien portant. A la palpation on ne découvre pas trace de glande thyroïde.

Traitement du sarcome par le sérum de Coley.

M. Mansell Moullin rapporte l'observation d'un homme de 25 ans et d'un autre de 48 ans entrés à l'hôpital chacun pour une tumeur qui occupait chez le premier la fosse iliaque droite, chez le second l'hypochondre droit. Les caractères de ces tumeurs et l'ensemble de symptômes présentés par les malades firent penser à une tumeur maligne. Dans les deux cas les injections de sérum de Coley amenèrent une diminution de la tumeur et une amélioration de l'état général. Bien que le diagnostic fût dans les deux cas incertains, M. Mansell Moullin pense pourtant qu'il s'agissait de sarcomes.

M. Mansell Moullin a traité par le sérum de Coley vingt cas de sarcomes inopérables. Un des malades a succombé, un autre s'est soustrait au traitement après la troisième injection; deux sont encore au traitement. Chez trois la tumeur a complètement disparu, chez les autres elle a considérablement diminué.

M. Colman a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux individus traités par le sérum de Coley et qui ont succombé à une maladie intercurrente. Dans un cas la tumeur présentait à son intérieur un foyer de ramollissement; dans l'autre la tumeur présentait une série de cicatrices résultant probablement d'anciens foyers d'inflammation.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 3 Novembre 1897.

Pronostic et traitement des affections du foie.

M. Kalisch a attiré l'attention sur l'importance des renseignements que l'on pouvait tirer de l'analyse des urines pour le pronostic des maladies du foie.

La formation du pigment dans le foie est en effet peu entravée dans les maladies hépatiques; dans les lésions destructives même les plus graves de cet organe, la bilirubine est produite en quantité suffisante. Quant à l'urobiline, on a une tendance à considérer l'urobilinurie comme un indice d'une insuffisance hépatique. Mais pour admettre la théorie hépatogène de l'urobiline, il faudrait qu'il fût prouvé que dans certaines affections du foie l'urobiline est formée aux lieu et place de la bilirubine, ce qui n'est pas le cas. Il est très probable que l'urobiline est produite dans l'intestin aux dépens de la bilirubine formée dans le foie et résorbée par l'intestin. Ce qui plaide encore contre l'opinion de ceux qui prétendent que l'urobiline est produite dans le foie malade, c'est l'urobilinurie normale, la présence de bilirubine et l'absence d'urobiline urinaires dans les cas d'acholie, enfin le retour de l'urobilinurie normale dès que la bile a de nouveau accès dans l'intestin.

L'urobiline provient normalement des cellules hépatiques et apparaît en très petite quantité dans l'urine (urobilinurie normale). Dans certaines conditions pathologiques, des lésions insignifiantes des cellules hépatiques suffisent pour laisser passer l'urobiline, qui se trouve alors en plus grande quantité dans l'urine (urobilinurie pathologique), tandis que la bilirubine, moins diffusible, est retenue dans l'économie.

La glycosurie alimentaire est un signe pronostique fâcheux, qui apparaît le plus souvent à la suite d'une thrombose de la veine porte.

La fonction la plus importante du foie, la formation d'urée, n'a aucune valeur pour le pronostic des maladies de cet organe; ce sont seulement les lésions destructives d'une grande partie du parenchyme hépatique qui donnent lieu à des troubles dans la production de l'urée.

Les expériences qui ont été faites sur le rôle du foie comme organe destructeur des poisons n'ont pas jusqu'à présent donné de résultats satisfaisants. Le coefficient urotoxique n'a pas une grande valeur, car les poisons qui ne sont pas détruits par le foie n'apparaissent dans l'urine que lorsque le rein est sain; or, dans les affections graves du foie, les reins sont le plus souvent malades. D'autre part, on peut admettre que la destruction des poisons peut être en grande partie effectuée par l'intestin.

La diminution d'urée résultant de l'extirpation du foie peut ne pas déterminer d'altérations tant que la quantité d'ammoniaque produite par l'ingestion des albuminoïdes est faible, mais lorsque la nourriture contient beaucoup d'albumine, l'organisme est inondé d'ammoniaque et les signes d'intoxication se montrent avec rapidité. C'est pourquoi, dans les affections hépatiques graves, dans les cirrhoses avec destruction du tissu hépatique, il convient de réduire les aliments albuminoïdes à leur minimum. Pour éliminer les substances toxiques de l'organisme le plus rapidement possible, il faut donner des diurétiques, surtout ceux qui sont en même temps des antiseptiques de l'intestin (calomel). La diète lactée est utile. On peut aussi avec avantage avoir recours à l'usage de l'urée, qui est un excellent diurétique et tout à fait inoffensif, même à doses élevées. Quant aux alcaloïdes, ils ne doivent être employés qu'avec beaucoup de prudence lorsqu'il existe une insuffisance hépatique. Il faut également éviter les médicaments qui augmentent la dissociation de l'albumine, tels que l'acide salicylique, dont la valeur cholagogue est très problématique. Comme cholagogues, il ne faut employer que les préparations biliaires (tauro- et glycocholate de soude).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — De la chorée variable ou polymorphe (p. 1105).
CLINIQUE CHIRURGICALE. — Grenouillette sublinguale (p. 1108).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de la Faculté de Paris* : La paralysie ascendante aiguë (p. 1111). — Cancer primitif de la vésicule biliaire. — Pseuds-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux. — Tuberculose du rebord orbitaire. — Stigmates ophthalmoscopique de la syphilis héréditaire (p. 1112). — *Thèses de la Faculté de Lyon* : Dacryocystites. — Traitement de quelques affections utérines chroniques par les eaux de Salins-Moutiers. — Hépatite suppurée nostras observée à Marseille. — Rétrécissements tardifs de l'urèthre. — Encéphalite aiguë primitive à forme hémorrhagique. — *Thèses de la Faculté de Nancy*. Artères coronaires du cœur. — Valvules sigmoïdes du cœur (p. 1113).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Des nævi. — Sclérose multiple disséminée. — Localisations médullaires du tabes dorsalis. — *Médecine* : Rôle des otites moyennes dans la pathogénie infantile. — Epidémies de diphthérie. — Charbon pulmonaire (p. 1114). — Staphylococcie à forme septicémique. — Insuffisance hépatique et névrite périphérique. — Maladies infectieuses. — Tabès et insuffisance aortique. — Injections intra-veineuses d'acide arsénieux (p. 1115).
MÉDECINE PRATIQUE. — Médication salicylée dans l'albuminurie rhumatismale (1115). — Traitement des fractures de la rotule par le massage. — Action antisudorale de la sauge. Pellotine (p. 1116).

REVUE GÉNÉRALE

De la chorée variable ou polymorphe,

Par M. le Dr Georges Patry (1).

I. Définition et aperçu historique. — Comme toute chorée, la *chorée variable* est caractérisée par des mouvements involontaires, survenant sans but et en apparence sans cause pendant le repos comme pendant l'action, mais « c'est une chorée qui n'a ni uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée. Elle va et vient, augmente et diminue alternativement, cesse tout d'un coup, réapparaît un jour, disparaît de nouveau avec des mouvements tantôt brusques, tantôt lents, sans localisation prépondérante (2) » (Brissaud).

Le malade est considéré par son entourage comme atteint de « mouvements nerveux », c'est-à-dire de secousses musculaires plus ou moins brusques des membres et du visage, jusqu'au jour où, ses secousses augmentant d'amplitude et d'intensité, il est déclaré, par les personnes même étrangères à l'art, atteint de chorée. La chorée variable évolue chez des dégénérés, c'est-à-dire chez des individus présentant souvent des stigmates physiques de leur dégénérescence et dont l'ensemble psychique est, pourrait-on dire, dans une sorte d'équilibre toujours instable.

Aucun auteur avant M. Brissaud n'avait décrit cette forme de chorée. Deux auteurs cependant semblent avoir fait certaines différenciations entre diverses formes de chorée chronique : Zichen (3) et Osler (4), mais nous verrons à propos du diagnostic que s'ils ont peut-être observé des cas semblables aux nôtres, aucun d'eux n'a fait une description identique des symptômes, ni surtout fait ressortir le symptôme essentiel de la chorée des dégénérés la variabilité des mouvements, symptôme sur lequel M. Brissaud s'est basé pour établir l'existence de la dite forme de chorée.

II. Étiologie. Pathogénie. — La chorée variable n'étant qu'une des formes de la chorée relève des mêmes causes que les autres formes de la névrose.

A. *Causes prédisposantes d'ordre individuel : 1° Hérédité.* — Nous n'admettons le rôle de l'hérédité que tel que l'a défini M. le professeur Raymond (1) : « L'hérédité nerveuse est l'aptitude à faire éclore des affections nerveuses conférées à un organisme vicié dans ses caractères anatomiques apparents ou dans son fonctionnement psychique ou dans les deux à la fois, par des générateurs placés dans les mêmes conditions d'hérédité ou soumis à certaines influences pouvant agir sur le système nerveux, telles que l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis, la tuberculose, etc. »

Ainsi comprise, nous trouvons l'hérédité nerveuse dans quatre de nos observations sur six (alcoolisme, névropathie, tuberculose, syphilis, etc.), mais nous ne relevons dans aucune de nos observations l'hérédité similaire : c'est là un caractère qui nous permettra, en partie, d'établir un point de différence entre la chorée variable et la chorée de Huntington.

2° *Maladies antérieures, surmenage, etc.* — Nos observations n'ont rien d'éloquent en faveur de ces causes.

B. *Causes prédisposantes d'ordre général : 1° Age.* — Nous possédons encore trop peu d'observations pour déterminer avec quelque précision l'influence de l'âge; notre malade le plus jeune avait 16 ans et les malades les plus âgées avaient toutes deux 28 ans. La chorée variable apparaît de préférence après la puberté; cela est évident dans quatre de nos observations.

2° *Sexe.* — Comme toutes les formes de la chorée, la chorée variable semble montrer une préférence marquée pour le sexe féminin. Sur six malades, nous avons quatre filles et deux garçons.

C. *Causes déterminantes : 1° Causes d'ordre psychique ou nerveux.* — On a bien souvent cité les impressions morales, les émotions vives, la frayeur surtout comme causes provocatrices de la chorée. « L'émotion souvent invoquée, dit Legay (1), ne paraît être qu'une cause adjuvante : elle mettrait en évidence une chorée latente déterminée par une infection ou, dans quelques cas, provoquerait à la fois l'infection et la chorée. Si chez quelques-uns de nos malades on pouvait invoquer l'émotion, ni l'imitation, ni l'irritation réflexe n'ont joué de rôle dans l'apparition de la névrose chez eux.

2° *Intoxications.* — Nous n'avons point à parler des intoxications d'origine externe; quant aux intoxications d'origine interne elles peuvent avoir des origines diverses, accidentelles ou dues à une maladie chronique, comme la grossesse, l'anémie des maladies infectieuses, etc.

3° *Infections.* — Sans parler du rhumatisme considéré aujourd'hui comme une infection, de nature encore mal connue, évoluant sur le même terrain que les névroses, nous ferons remarquer que l'otite suppurée a été accusée par divers auteurs de pouvoir causer l'apparition de la chorée; un de nos malades est justement atteint d'une otite qui date de longtemps. De multiples infections ont d'ailleurs été mises en cause.

1. Les observations se trouvent dans la thèse de M. Patry, Paris, 1897, n° 262 (A. Jouve.)

2. E. Brissaud, La chorée variable des dégénérés (*Revue neurologique*, 1896, n° 14).

3. Zichen, Real Encyclopädie der gesammten Heilkunde (*Encyclopädische Jahrbücher*, Bd. VI).

4. W. Osler, Remarques sur les variétés de la chorée chronique (*The Jour. of nervous and mental diseases*, 1893, vol. XVIII, n° 2, p 97).

1. Raymond, Hérédité nerveuse (*Bulletin médical*, 3 avril 1895).

Mais la cause qui imprime à la chorée variable son caractère spécial est la dégénérescence et physique et mentale de l'individu chez lequel elle évolue. Chez trois de nos malades on trouve des signes de leur dégénérescence physique et, chez tous les six, la dégénérescence mentale ne fait pas de doute.

Des diverses théories pathogéniques de la chorée, nous en gardons donc deux : la théorie de l'infection à laquelle il est juste, à notre avis, de rattacher le rhumatisme, et la théorie nerveuse, pour expliquer les cas où l'on ne trouve pas l'infection en cause.

Pour nous, l'hérédité nerveuse est le facteur principal auquel vient se joindre l'infection, car « presque toujours, sinon toujours, on trouve au début d'une chorée la trace d'une infection récente ou en cours d'évolution » (Legay). La chorée variable ne semble pas faire exception à la règle, et sa pathogénie se confond avec celle des autres formes de chorée, la dégénérescence mise à part.

III. Symptomatologie. — Avant d'établir la symptomatologie propre à la chorée variable, étudions dans son ensemble le terrain dégénéré sur lequel elle évolue.

Physiquement la dégénérescence se traduit chez la plupart des malades par l'infantilisme. Leur aspect chétif montre que leur développement a été lent, tardif et incomplet.

Psychiquement, la dégénérescence se traduit chez tous par la même humeur inconstante, instable; par une irrégularité et une fantaisie de chaque instant dans les idées et dans les actes.

Un de nos sujets, monorchide, microcéphale, est aussi arriéré intellectuellement que psychiquement; il n'a aucun des attributs de son âge, mais au contraire tous ceux d'un enfant.

Une autre ne présente pas de signes de dégénérescence physique; mais « c'est une jeune femme dont la vie a été sans cesse abandonnée à l'imprévu, qui n'a appris aucun métier, qui n'a pu vivre en bon accord avec le seul frère également déséquilibré qui lui reste, et qui est en butte aux attaques réitérées d'un mal constitutionnel, d'une névropathie complexe où les symptômes de dégénérescence dominent (1) ». Elle est hystérique, épileptique même, probablement, et ce qui la caractérise au point de vue mental, c'est l'extraordinaire instabilité de ses intentions et de ses actes.

Chez une de nos malades la déséquilibration mentale se traduit par un symptôme plus intéressant : par des hallucinations. Cette femme, mère de famille, a des frayeurs d'enfant qu'elle n'arrive pas à vaincre, et elle est poursuivie par des idées fixes dont elle reconnaît elle-même la stupidité quand on l'interroge, mais qu'elle ne peut maîtriser dans l'isolement.

Les malades atteints de chorée variable présentent tous à étudier un certain état mental commun et semblable sur bien des points à celui que Breton (2) a décrit dans la chorée de Sydenham; mais cet état mental relève bien plutôt du terrain dégénéré produit par l'hérédité nerveuse que de la chorée elle-même.

Cet état mental se traduit par divers troubles qu'il est facile de relever chez nos malades. Ce sont des sujets impressionnables, irritables, faciles à émouvoir, d'esprit très mobile. Pour peu de chose ils ont des frayeurs épouvantables. Ils n'acceptent point les observations ni les réprimandes qu'on peut leur adresser. Ils sont extravagants et bizarres. Leur intelligence, qui n'est déjà pas énorme, n'a que trop de tendance à s'affaiblir encore et peut faire place à une incapacité absolue de travail. Leur mémoire semble s'abolir; ils ont une grande difficulté pour apprendre et oublient avec la plus grande facilité. Ils sont par conséquent inattentifs et incapables d'un travail suivi. Ils semblent peu capables d'avoir quelques sentiments affectifs et paraissent sauf exceptions être d'un égoïsme absolu.

Aucun de nos malades ne présentait de troubles de la parole. Mais, par contre, deux d'entre eux ont eu des hallucinations de la vue, c'est-à-dire des plus fréquentes chez les choréiques. Le sommeil de nos malades n'était jamais tranquille et tous étaient plus ou moins agités pendant leur repos par des rêves et des cauchemars terribles.

L'altération morbide de l'état mental s'est chez presque tous nos choréiques fait sentir quelque temps avant l'apparition du désordre musculaire. Nos malades se plaignaient tous de douleurs vagues, depuis une céphalée rebelle et interdisant tout sommeil jusqu'aux douleurs les plus légères, aussi bien dans les membres et dans le rachis que par tout le corps. Ces douleurs paraissent bien semblables à celles de la neurasthénie. Le désordre musculaire peut se traduire par des mouvements de toute amplitude depuis le petit mouvement semblant être plutôt un tic jusqu'aux mouvements subits et brusques décrits dans la chorée électrique, mais il revêt plutôt la forme de gesticulations involontaires, en même temps qu'il rend les mouvements volontaires incohérents. Ce désordre peut apparaître par crises, c'est là un des caractères importants de la chorée que nous décrivons. Parfois il semble que le malade ne soit atteint que de la maladie des « tics » et nous verrons à discuter cette apparence à propos du diagnostic, mais toujours et chez tous, l'attention dont ils peuvent être passagèrement l'objet augmente la fréquence et l'amplitude des gesticulations.

Ces mouvements gesticulatoires déjà irréguliers dans leur amplitude et dans leur quantité sont inconstants d'un jour à l'autre et même d'un moment à l'autre. Ils peuvent disparaître tout d'un coup pour reprendre quelques heures ou même quelques jours plus tard alors qu'on croit la névrose guérie. Ils s'exagèrent ou s'atténuent au gré de circonstances indéterminées, changent de localisation comme d'intensité, se généralisent, se limitent ou disparaissent, sans que rien permette de prévoir ni la forme ni l'époque de ces variations. C'est là un caractère fondamental.

Enfin, dernier symptôme capital, la volonté exerce sur l'amplitude et la fréquence des mouvements de la chorée variable une influence inhibitrice incontestable; si l'effort volontaire nécessaire pour arrêter les gesticulations est pénible et de courte durée, il n'en existe pas moins uniquement dans la chorée variable.

IV. Anatomie pathologique. — Nous serons forcément bref sur ce chapitre, n'ayant pas eu à observer de cas de mort dans nos six observations de chorée variable. Mais il n'y a pas de raison pour que la chorée variable ne relève pas des mêmes lésions que celles observées dans les autopsies multiples de choréiques.

« Le tremblement choréique, dit Massalongo (1), est produit par des altérations du cerveau et de la moelle différentes par leur siège et leur nature, tantôt grossières, tantôt inappréciables. »

La plupart des auteurs cependant n'ont pas trouvé de

1. E. Brissaud, *loco citato*.
2. Breton, Etat mental dans la chorée (thèse de Paris, 1893).

1. Massalongo, Ballisme chronique, contribution à la pathologie des chorées (*Il Policlinico*, 1895, vol. 2, M fasc. 9).

lésion médullaire, au moins dans la chorée de l'homme et cette altération doit se trouver d'autant moins dans la chorée variable que le désordre musculaire est irrégulier, inconstant et changeant dans ses localisations. Les troubles psychiques plaident plutôt en faveur d'altérations de la couche corticale, altérations peut-être passagères, mais pouvant aussi, fort probablement, ne plus subir de régression. Endartérite des vaisseaux corticaux; adhérences des méninges, congestion de la substance cérébrale, corticale ou centrale; petits foyers de ramollissement disséminés même dans les noyaux centraux; dégénérescence cellulaire; atrophie de certaines circonvolutions, des frontales en particulier; il est probable qu'on retrouvera plus ou moins toutes ces lésions quand on aura l'occasion d'examiner des cerveaux de malades atteints de chorée variable, succombant à des affections intercurrentes.

Peut-être aussi ne trouvera-t-on, comme Turner (1), qu'une simple altération consistant en un gonflement et une opacité de certaines des cellules pyramidales de la couche profonde de la substance corticale, altération qui disparaissant, vu son état peu avancé, donnerait ainsi l'explication de la durée passagère des phénomènes choréiques.

V. Diagnostic. — Quoique le diagnostic de chorée soit porté facilement quand les malades sont dans une période de mouvements gesticulatoires, il est extrêmement difficile de savoir avec précision quand a commencé la maladie et quand elle a cessé; l'habituelle dégénérescence des malades explique suffisamment cette incertitude.

Les malades atteints de chorée variable sont considérés pendant longtemps comme agités de « mouvements nerveux » jusqu'au jour où le diagnostic de chorée s'impose. Ces mouvements « sont des contractions complexes, en général assez vives, mais sans violence, et montrant de grandes analogies avec les actes automatiques les plus simples : par exemple, un pas en avant, un haussement d'épaules, un froncement des sourcils, un soupir ou un gémissement, un appel de langue ou un claquement des doigts, le plus souvent un geste d'impatience, mais tout cela si varié, si fugitif, qu'on ne saurait y voir un phénomène convulsif défini. Lesdites contractions ont, en outre, ceci de spécial, que, malgré leur complexité, elles sont à peu près ignorées du malade qui les exécute : il est tout surpris qu'on lui demande ce que signifie le mouvement qu'il vient de faire, car c'est à peine s'il s'en est aperçu (2). » Il n'y a pas d'autre terme pour les désigner que celui de mouvements nerveux, car ce ne sont ni des myoclonies, c'est-à-dire des secousses musculaires, ni des tics. Ces mouvements accompagnent toujours un état névropathique où les troubles mentaux dominent et que nous avons décrit précédemment.

Il est difficile d'admettre des points communs entre la chorée variable et les myoclonies dont le type est représenté par le *paramyoclonus multiplex*. Les myoclonies et le paramyoclonus multiplex en particulier se présentent souvent, en effet, comme une forme clinique indépendante chez des gens fort bien équilibrés au point de vue psychique; pour nous, on reconnaîtra toujours le paramyoclonus multiplex en ce qu'il est caractérisé essentiellement par des convulsions cloniques et quelquefois toniques, ne compromettant en rien la coordination musculaire, survenant principalement pendant le repos et cessant quand le malade veut exécuter un mouvement.

1. Turner, Lésions des cellules pyramidales de l'écorce rolandique dans la chorée (*Trans. path. Soc. London*, 1891-1892, vol. 43, p. 8-14).
2. E. Brissaud, *loco citato*.

Les mouvements inconscients qui caractérisent la chorée variable ne sont pas des *tics;* car le tic est un mouvement convulsif habituel et *conscient* résultant de la contraction d'un ou de plusieurs muscles du corps. Les mouvements de la chorée variable n'ont de ceux des tics ni le rhythme ni la fixité de lieu. Donc point de confusion possible.

Eliminant immédiatement la chorée rhythmée, appartenant en propre à l'hystérie, n'ayant rien à voir avec la chorée que nous étudions, il nous reste à différencier celle-ci d'avec la chorée mineure de Sydenham et la chorée majeure de Huntington.

La chorée de Sydenham a une période d'augment, une période d'état, une période de déclin; elle ne disparaît jamais, soit du jour au lendemain, soit d'un moment à un autre moment de la journée comme la chorée variable. Elle offre parfois quelques accalmies suivies d'une ou plusieurs recrudescences, mais bien différentes des atténuations si soudaines et si inattendues de la chorée variable; enfin il existe deux caractères absolument absents de la chorée mineure : le premier consiste dans la multiplicité des formes, des mouvements, et le second dans cette constatation que le sujet, par un effort de volonté, peut pendant quelques instants faire cesser ces gesticulations involontaires. La confusion serait difficile.

Il n'en est pas de même de la chorée majeure de Huntington ou chorée chronique progressive héréditaire.

L'hérédité nerveuse est un élément de prédisposition largement suffisant pour l'établissement de la chorée de Huntington : l'hérédité familiale n'est pas indispensable. Donc en cela point de différence avec la chorée variable.

« La chorée chronique est caractérisée par des troubles du mouvement, par des troubles psychiques et peut-être plus encore par l'aggravation progressive de ces troubles. Les mouvements involontaires sont illogiques, mais affectent une certaine coordination d'ensemble : certains groupes musculaires agissent simultanément comme en vue d'un acte à accomplir : le malade a des haussements d'épaules, des pronations avec fermeture énergique de la main, des claquements de doigts, des appels de langue, il déglutit, renifle, fait avec les lèvres l'aspiration et le bruit du baiser, etc., toutes actions qui impliquent la participation de muscles régis par des groupes nucléaires à connexions préétablies. On note aussi des secousses musculaires, des tremblements fibrillaires. Les mouvements se propagent d'un muscle à un autre, d'une région à une autre. La démarche devient sautillante, dansante ou titubante; elle est entrecoupée de chutes ou de brusques saccades des reins. La parole est heurtée, indécise; l'écriture incorrecte et déformée est souvent illisible. Tous les mouvements involontaires peuvent être tempérés par des mouvements volontaires en sens inverse. La faculté de vouloir qui corrige le désordre est assurément limitée, mais elle est chez quelques-uns assez développée pour permettre encore d'exercer un métier (1). »

Tous ces caractères se retrouvent dans nos observations, mais avec cette différence que l'égale continuité des mouvements qui s'observe dans la chorée chronique n'a jamais été constatée plusieurs jours ni même plusieurs heures de suite. C'est donc sur la variabilité seule des gesticulations qu'on se basera pour établir le diagnostic différentiel. De plus, la chorée chronique va s'aggravant sans cesse, tandis que les rémissions et les accalmies de la chorée variable, en font une névrose pour ainsi dire stable et sans progrès.

1. E. Brissaud, *loco citato*.

Les symptômes psychiques de la chorée d'Huntington empirent avec le temps, se compliquent d'hallucinations et finalement aboutissent à l'insanité morale et à la démence. Il est bien probable que les symptômes psychiques de la chorée variable doivent aboutir à la même déchéance, mais ce n'est là qu'une hypothèse, justifiée par deux de nos observations, alors qu'une autre semblerait même prouver, au contraire, que les symptômes psychiques peuvent disparaître au même titre que les symptômes somatiques.

Enfin, parfois, on note au cours de la chorée chronique des rémissions et des alternances de localisation. La chorée variable se sépare sur ce point, nettement, de la chorée chronique par le fait de la courte durée de ses rémissions ; elles ne durent que quelques heures et parfois quelques jours ; tandis que celles de la chorée chronique sont de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois. En ce qui concerne les alternances de localisation, la chorée chronique affecte quelquefois principalement tels ou tels groupes de muscles, tandis que la chorée variable ne semble guère montrer de préférences à cause de sa variabilité ; passant presque instantanément d'un groupe à un autre, « elle possède en propre la faculté de changer à l'infini la qualité de ses secousses musculaires ».

En un mot, ce sera donc toujours la variabilité des symptômes mise en opposition avec l'évolution progressive de la chorée chronique qui permettra de diagnostiquer si c'est l'une ou l'autre chorée que l'on a sous les yeux. C'est pourquoi nous avons donné à la chorée que nous décrivons le qualificatif de variable, quoique, à la rigueur, on puisse aussi lui donner celui de polymorphe. La chorée variable ne serait-elle pas cependant une variété de chorée chronique non progressive ? une chorée chronique récidivante ? Zichen a établi l'existence propre d'une chorée chronique récidivante, mais il n'a pas dit que cette forme de chorée présentait de variabilité des troubles moteurs *dans le temps et dans la forme* et d'autre part, il n'y a pas de *récidives*, au sens vrai du mot, dans nos observations.

La chorée récidivante décrite par Zichen est une chorée chronique d'une durée indéterminée et probablement même illimitée, tandis que la chorée variable paraît pouvoir être seulement un trouble passager.

La chorée variable est-elle une chorée de Sydenham avec tendance à la chronicité, qui finalement guérit ? Est-elle en un mot la chorée visée par Osler ? Évidemment non, car Osler prétend que les cas qu'il lui a été donné d'observer, quoique bizarres par la forme des contorsions, différaient de la chorée chronique par la conservation des facultés mentales ; cet auteur n'aurait pas laissé passer inaperçu cet état mental particulier sur lequel nous avons insisté.

VI. Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. — La marche de la chorée variable est très incertaine et impossible à préciser. On s'attend lors d'une accalmie à voir un malade tout à fait guéri quand pour la moindre cause, souvent même sans cause, une recrudescence survient qui peut donner aux gesticulations choréiques une amplitude qu'elles n'avaient pas encore eu jusqu'alors.

La durée de la maladie est par conséquent fort longue. Chez un de nos malades, la névrose semble avoir eu une durée assez bien déterminée : elle aurait duré environ 4 ans. Quoique conservant encore quelques symptômes psychiques, le sujet pouvait, au mois de mai 1896, être considéré comme guéri de sa chorée. Ce cas peut donc nous autoriser à dire que la chorée variable peut avoir une terminaison relativement heureuse et que son pronostic n'est pas fatalement grave.

Mais il faut faire des réserves au point de vue de la déchéance psychique possible des malades atteints de chorée variable.

VII. Traitement. — La thérapeutique devra être toute psychique, car les malades atteints de chorée variable sont uniquement des mentaux. Le médecin devra donc commencer par entrer dans les bonnes grâces de son sujet, qu'on nous permette l'expression, comme s'il voulait traiter un enfant ; il devra lui inspirer confiance et savoir que son rôle doit être surtout celui d'un éducateur. Son idéal devra être de soustraire son malade à l'influence du milieu dans lequel s'est développée la névrose ; puis de lui apprendre à parler, à raisonner, en évitant soigneusement de lui rappeler ses sujets d'ennuis, s'il en a ; il devra lui montrer le ridicule de ses actes en tâchant d'éveiller en lui un germe d'amour-propre, il cherchera à réveiller les sentiments moraux dont le développement manque tant à son malade et peut-être, à la longue, verra-t-il ses efforts couronnés de succès.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Professeur S. Duplay.

Grenouillette sublinguale.

La malade que nous allons opérer tout à l'heure, pour une tumeur du plancher de la bouche, est une jeune femme de 26 ans, mécanicienne, entrée le 9 février dans notre service, où elle occupe le lit n° 25 de la salle Notre-Dame.

Je n'ai rien relevé, dans ses antécédents de famille, qui puisse offrir quelque intérêt au point de vue de l'affection dont elle est atteinte. En ce qui la concerne, elle jouit d'une bonne santé habituelle, et n'a jamais eu de maladie sérieuse ; elle éprouve seulement de temps à autre quelques atteintes de bronchite légère. Enfin nous n'avons trouvé chez elle aucune trace d'une tare diathésique, tuberculeuse ou syphilitique. Mariée depuis 3 ans, elle a accouché, il y a 2 ans, de 2 jumeaux qui sont morts après avoir vécu quelques mois.

Sans avoir jamais rien présenté d'anormal du côté de la bouche, comme stomatite, aphthes ou ulcérations de nature quelconque, la malade a ressenti au mois de juin de l'année dernière, il y a 7 ou 8 mois, par conséquent, un peu de gêne dans la région sublinguale ; cette gêne qui ne coïncidait d'ailleurs avec aucun symptôme douloureux, se manifestait principalement dans les mouvements de l'extrémité de la langue.

En même temps, la malade constatait, à gauche du frein de la langue, l'existence d'une petite tumeur du volume d'un pois, indolente, revêtue d'une muqueuse saine quoique un peu plus rouge que dans le reste du plancher de la bouche.

Cette tumeur, toujours indolente, a subi un accroissement lent mais progressif. A mesure qu'elle augmentait de volume, la couleur de la muqueuse qui la recouvrait se modifiait et devenait grisâtre.

Lorsqu'elle eut atteint le volume d'une noix, la tumeur s'ouvrit spontanément dans la cavité buccale et donna issue à un liquide incolore et filant.

Quinze jours plus tard, la tuméfaction se reproduisait au même niveau et atteignait rapidement les dimensions d'une grosse noisette; puis une nouvelle rupture spontanée se produisait pendant la mastication.

La malade se décida alors à consulter un médecin qui se contenta de pratiquer quelques badigeonnages avec de la teinture d'iode. C'est alors que, voyant la tumeur se reproduire et reprendre rapidement son volume primitif, elle se présenta, il y a un mois environ, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où l'on pratiqua une excision partielle de la paroi de la tumeur, suivie d'une cautérisation au nitrate d'argent.

A la suite de cette intervention, la malade ne tint aucun compte de la recommandation qu'on lui avait faite de revenir à la consultation pour se faire soigner; aussi la tumeur ne tarda pas à se reproduire au bout d'une quinzaine de jours. En présence de cette troisième récidive, la malade demanda à entrer dans notre service.

Dans l'état où elle se présente actuellement à notre examen, il est facile de constater sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, une petite tumeur grosse comme une noisette, qui proémine surtout à gauche du frein, en partie effacé et moins saillant que normalement, et qui se prolonge en arrière jusqu'au niveau de la première grosse molaire.

Sa forme est arrondie, et sa surface est lisse et parfaitement régulière, sans la moindre bosselure.

Sa coloration doit attirer votre attention et se fixer dans votre esprit. Cette teinte blanc grisâtre, que je vous engage à observer avec soin, et qui est due à la transparence du contenu et à l'amincissement de la muqueuse est, en effet, absolument caractéristique de l'affection qui nous occupe. Quant à la muqueuse elle-même, quoique amincie, elle a conservé ses caractères normaux; elle est parfaitement mobile sur la tumeur sous-jacente, sauf à gauche du frein où il existe une cicatrice blanchâtre d'un demi-centimètre environ de longueur, correspondant à l'incision qui a été faite il y a 2 ou 3 semaines; à part cela, on peut dire que la muqueuse est entièrement saine.

De chaque côté du frein, on voit les orifices des canaux de Wharton, qui sont perméables et au niveau desquels on voit sourdre la salive.

Il est assez difficile, sinon impossible, de délimiter même approximativement les limites de la tumeur et ses rapports avec les organes profonds; c'est en vain qu'on cherche à la déplacer latéralement ou d'avant en arrière, et si l'on explore la région sous-maxillaire on ne sent de ce côté aucun prolongement de la tumeur.

Pour terminer l'examen local, il nous reste à dire que la consistance de la tumeur est molle, un peu rénitente, uniforme dans toute son étendue. Si on soutient le plancher de la bouche en appliquant deux doigts sur la région sus-hyoïdienne, il est facile de constater que la tumeur est manifestement fluctuante.

Je vous ai déjà dit qu'elle n'avait jamais été le siège de douleurs spontanées, même légères; l'exploration directe nous montre également qu'on ne provoque à son niveau aucune sensibilité même par une pression assez forte.

Au point de vue des troubles fonctionnels, il est certain que la présence de cette tuméfaction anormale détermine une certaine gêne dans les mouvements de la langue, mais, comme celle-ci n'est pas déviée, il n'en résulte aucun trouble de la parole, de la déglutition, de la mastication ou de la respiration.

La mâchoire inférieure n'a subi aucune déviation, et il en est de même pour les dents qu'elle supporte.

Quant à l'état général de la malade, il paraît excellent. Tous ses organes fonctionnent normalement et l'examen des urines n'a rien montré de particulier.

Nous avons à déterminer quelle est la nature de la tumeur que nous venons d'étudier. C'est manifestement une tumeur liquide : la rénitence et la fluctuation sont faciles à constater, et, de plus, chez notre malade, il y a eu, à deux reprises, une rupture accompagnée d'un écoulement de liquide.

Nous pouvons donc, dans notre diagnostic, éliminer toutes les tumeurs solides, d'ailleurs assez rares, de la région sublinguale. Cependant, il y a certaines tumeurs solides qui peuvent, par leur consistance, simuler une tumeur liquide.

C'est ainsi qu'un lipome du plancher de la bouche pourrait donner une sensation de pseudo-fluctuation, et être confondu avec une tumeur liquide.

On évitera cette erreur et l'on reconnaîtra le lipome à son extrême mollesse, coïncidant avec l'absence de rénitence, à la coloration jaunâtre du tissu adipeux, ordinairement perceptible à travers la muqueuse, et enfin à la forme moins régulière, généralement bosselée de la surface de la tumeur dont les limites restent toujours indécises.

Il ne serait pas possible de confondre la tumeur que nous avons sous les yeux avec un de ces angiomes ou tumeurs érectiles veineuses, le plus souvent congénitaux et qui se distinguent facilement par leur coloration bleuâtre ou violacée, leur réductibilité plus ou moins complète et surtout par leur augmentation de volume sous l'influence des cris et des efforts.

Le liquide contenu dans la tumeur n'est donc pas du sang.

Nous pouvons affirmer également qu'il ne s'agit pas d'une collution purulente, attendu que l'évolution de la tumeur s'est faite sans le moindre phénomène inflammatoire, sans la moindre douleur.

En sorte que nous sommes amenés à conclure que le contenu de la tumeur est un liquide plus ou moins séreux, et que cette tumeur est un *kyste*, ou si nous voulons employer le terme générique que l'on a appliqué à toutes les tumeurs kystiques de la région sublinguale, nous pouvons dire que nous avons affaire à une *grenouillette*.

On a cité, il est vrai, quelques exemples de kystes hydatiques du plancher de la bouche, qui tous ont été pris pour des grenouillettes. Le seul signe différentiel qui pourrait en pareil cas empêcher l'erreur de diagnostic serait la consistance, beaucoup plus grande dans le kyste hydatique que dans la grenouillette.

Je me borne à cette simple mention, car je n'ai relevé, dans le cas qui nous occupe, aucune particularité susceptible de nous faire songer à un kyste hydatique.

Il existe bien encore une variété de tumeur qu'il est parfois difficile de distinguer de la grenouillette; je veux parler du kyste dermoïde du plancher buccal. Mais cette difficulté de diagnostic, qui s'est présentée à une époque où l'on connaissait à peine les kystes dermoïdes et qui a causé plusieurs fois des erreurs, n'existe plus en réalité depuis que l'on a appris à distinguer les caractères cliniques de ces kystes, qui siègent exactement sur la ligne médiane, ne s'avancent pas d'un côté plus que de l'autre, en même temps que parfois leur coloration jaunâtre les rapproche beaucoup plus du lipome que de la grenouillette; en outre, la muqueuse qui les recouvre a conservé toute son épaisseur et ne présente pas cet amincissement que je vous ai signalé chez notre malade; enfin — et c'est là le symptôme différentiel le plus important — la consistance du kyste dermoïde est tout à

fait différente de celle de la grenouillette; elle est, en effet, mollasse, pâteuse en quelque sorte, rappelant la sensation que donne du mastic assez mou, et comme celui-ci, gardant l'empreinte du doigt dès qu'on exerce une certaine pression. Je dois vous signaler également les adhérences que l'on constate souvent entre les kystes dermoïdes du plancher buccal et le maxillaire inférieur. Enfin, dans la plupart des cas, le diagnostic de ces tumeurs est encore rendu plus facile par ce fait qu'elles sont congénitales, et que les individus qui en sont porteurs en ont reconnu l'existence dès leur enfance.

En résumé donc, chez notre malade, nous sommes en présence d'une grenouillette simple, vulgaire, et, d'ailleurs, ce diagnostic est confirmé par l'histoire même de la maladie; deux fois la tumeur s'est ouverte spontanément, et cette ouverture s'est traduite par l'évacuation d'un liquide incolore et filant comme de la salive ou du blanc d'œuf.

Or vous savez que la grenouillette est constituée par une poche kystique renfermant un liquide épais, filant, analogue à de la salive, mais différent de celle-ci par la présence, en quantité notable, de l'albumine et de la mucine — qui fait défaut dans la salive normale — ainsi que par l'absence du ferment qui transforme l'amidon en glycose et du sulfocyanure de potassium que renferme la salive.

Ce liquide est renfermé dans une poche à parois plus ou moins épaisses, et dont la surface interne est tapissée par un épithélium prismatique, disposé parfois en plusieurs couches superposées. Dans l'épaisseur des parois on trouve ordinairement des lobules glandulaires plus ou moins altérés, souvent en voie de dégénérescence mucoïde, et parfois même de véritables cavités kystiques remplies elles-mêmes de liquide, tout en restant complètement indépendantes de la cavité de la grenouillette, de sorte qu'il s'agit alors en réalité d'une grenouillette multiloculaire.

Je me souviens d'un cas que j'ai opéré il y a déjà longtemps et dans lequel cette disposition était aussi nette que pour un kyste de l'ovaire multiloculaire.

La pathogénie de la grenouillette a traversé des phases diverses et donné lieu à des théories nombreuses.

Depuis la fin du siècle dernier, on s'accorde à placer le point de départ de l'affection dans les glandes salivaires.

On a d'abord incriminé le canal de Wharton, et l'on a considéré la grenouillette comme le résultat d'une dilatation kystique de ce canal.

Malgré quelques rares exemples de distension pathologique du canal de Wharton, il est admis sans conteste que, dans l'affection à laquelle on réserve maintenant le nom de grenouillette, le canal excréteur de la glande sous-maxillaire reste absolument perméable. Chez notre malade, vous pouvez vous assurer qu'il suffit d'exciter la salivation pour voir la salive sourdre par les deux orifices des canaux de Wharton.

On a placé également la grenouillette dans la glande de Blandin, mais cette opinion, qui a été soutenue par Recklinghausen, Sonnenburg, Cornil et Ranvier, ne s'appuie réellement que sur une autopsie de Recklinghausen, et, en dehors de ce fait exceptionnel, rien n'autorise à admettre cette théorie. En effet, dans l'immense majorité des cas, la grenouillette n'est pas une tumeur linguale, et même lorsqu'elle a atteint un volume considérable et soulève la muqueuse de la portion sublinguale du plancher de la bouche dans toute son étendue, elle respecte la face inférieure de la langue.

On avait surtout invoqué, à l'appui de l'opinion de Recklinghausen, la présence de fibres musculaires dans les parois de la poche kystique; or, d'après les recherches de Suzanne, il existe au plancher de la bouche des fibres musculaires provenant des génio-glosses en sorte que cet argument n'a aucune valeur.

Je vous citerai seulement, sans qu'il soit utile de vous y arrêter, une théorie d'après laquelle la grenouillette serait une sorte d'hygroma développé dans une bourse séreuse de la face inférieure de la langue, et décrite sous le nom de bourse de Fleischmann. L'existence de cette bourse est tout à fait contestée, et je me souviens de l'avoir cherchée plusieurs fois sur le cadavre sans la découvrir. D'ailleurs, quand bien même elle existerait réellement, les caractères cliniques aussi bien que l'étude anatomo-pathologique de la grenouillette nous montrent qu'elle diffère essentiellement d'un hygroma.

Actuellement, tout le monde est d'accord pour placer le point de départ de cette affection dans les glandes sublinguales.

Avant les recherches de Suzanne (thèse de Bordeaux, 1887) on admettait sans conteste qu'il s'agissait d'un kyste par rétention développé aux dépens d'une glandule sublinguale, consécutivement à une phlegmasie chronique entraînant une sclérose du tissu conjonctif périglandulaire.

L'auteur que je viens de citer a décrit dans sa thèse un autre processus pathogénique, basé sur des examens histologiques très soignés. D'après lui, sous l'influence d'une inflammation chronique, il se produit une dégénérescence muqueuse des éléments glandulaires, et, d'autre part, le tissu fibreux les séparant subit une dégénérescence hyaline. Il en résulte une destruction lente du tissu glandulaire, aboutissant à la formation d'une sorte de cavité kystique unique, constituée en quelque sorte par la fusion des cavités acineuses et lobulaires voisines les unes des autres, suivant un processus entièrement semblable à celui que l'on connaît pour les kystes ovariques.

Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse d'un kyste par rétention ou d'un kyste par dégénérescence mucoïde des éléments glandulaires, la formation de la grenouillette semble être sous la dépendance d'une phlegmasie chronique de la muqueuse buccale.

Il est assez fréquent, en effet, de relever, dans l'histoire des malades atteints de grenouillette, l'existence antérieure d'aphthes ou de stomatites de différente nature. On a également incriminé dans le même ordre d'idées, certaines professions telles que les professsions d'avocat, de chanteur, de crieur public.

Chez notre malade, qui est mécanicienne, nous n'avons rien à invoquer soit au point de vue de la profession, soit au point de vue de l'état de la muqueuse buccale, qui est absolument normale, ainsi que je vous l'ai fait remarquer.

On a enfin cherché à faire jouer un certain rôle, dans l'étiologie de la grenouillette, au spasme des conduits excréteurs.

La part que ce spasme peut prendre dans l'évolution de la tumeur glandulaire me paraît bien douteuse. Cependant, nous avons observé récemment dans le service une malade, atteinte de grenouillette sublinguale, qui, très névropathe, accusait certains troubles assez singuliers dans la salivation. Elle éprouverait de temps en temps, d'après ce qu'elle nous a raconté, une sorte de gêne du côté du pharynx, suivie d'une émission abondante de salive claire, puis, après cette émission, elle se

trouverait tout à fait soulagée. Je vous signale ce fait purement et simplement, sans y attacher d'ailleurs une grande importance, mais seulement parce qu'il semble démontrer la possibilité d'un spasme des conduits excréteurs de la salive auquel on a voulu attribuer la production de la grenouillette.

Le pronostic de la grenouillette doit être considéré comme bénin. Cependant la tumeur n'a aucune tendance à guérir spontanément, et elle peut grossir au point d'apporter une gêne considérable à la mastication, à la déglutition et à la prononciation, très exceptionnellement elle a pu causer des troubles du côté de la respiration; on cite un cas de mort par suffocation, mais il est probable que, dans ce fait, il y avait d'autres lésions concomitantes.

D'autre part, en grossissant, la tumeur peut déprimer le plancher de la bouche et apparaître à la région sus-hyoïdienne.

Notre malade nous montre un exemple d'une terminaison assez fréquente, la rupture de la poche kystique, qui s'est produite chez elle à deux reprises. Cette rupture est presque constamment suivie de récidive, comme dans le cas que nous observons. Elle a pu, dans une observation probablement unique, donner lieu à des phénomènes d'asphyxie, par suite de la pénétration du liquide dans les voies aériennes.

Enfin, chez les individus peu soigneux, on peut voir, après la rupture de la poche, des accidents infectieux se produire, et la suppuration s'établir avec toutes ses conséquences possibles.

En ce qui concerne le traitement, on a proposé un nombre considérable de procédés, dont quelques-uns sont même d'une complexité extrême et disproportionnée avec la bénignité de l'affection. Toutefois ce grand nombre de procédés opératoires montre combien la guérison est difficile à obtenir et combien sont fréquentes les récidives. Je pense que l'on peut en tout cas réduire à deux les opérations applicables à la grenouillette, et même de ces deux modes opératoires un seul me paraît devoir être préconisé.

Un certain nombre de chirurgiens conseillent la ponction avec un trocart suivie de l'évacuation du contenu, et de l'injection d'un liquide irritant, tel que la teinture d'iode, l'alcool, le chlorure de zinc, l'acide phénique. Je ne vous conseille pas d'employer ce mode de traitement. Il est, en effet, parfois d'une exécution assez difficile, surtout en ce qui concerne l'évacuation du liquide; en outre, il n'est pas exempt de dangers et il est loin d'amener la guérison. On a vu plusieurs fois se développer des accidents inflammatoires assez sérieux, à la suite de l'injection irritante dans la poche, surtout si quelques gouttes du liquide ont pénétré dans le tissu cellulaire du plancher buccal. Enfin, les récidives ne sont pas rares après l'emploi de ce procédé.

L'autre méthode est celle de l'excision *complète* ou *partielle*.

L'ablation complète de la poche kystique, est, sans contredit, l'opération idéale, mais elle ne constitue pas l'opération de choix, parce qu'elle est difficile et devient même parfois dangereuse en raison des hémorrhagies qu'elle peut provoquer et dont on a beaucoup de peine à se rendre maître.

C'est donc *l'excision partielle* que je vous conseille comme étant, à mon avis, l'opération de choix.

Le manuel opératoire en est d'ailleurs extrêmement simple. Il suffit d'embrocher, avec un ténaculum ou une grande aiguille courbe, toute la portion saillante de la tumeur, et de la sectionner circulairement avec des ciseaux courbes.

C'est ce qu'on a déjà fait chez notre malade, il y a quelques semaines, et à ce point de vue, son histoire est très instructive, car elle vous montre qu'il ne suffit pas de pratiquer largement l'excision partielle de la tumeur pour obtenir la guérison, mais que les soins consécutifs ont une importance capitale, si l'on veut mettre les malades à l'abri d'une récidive.

En effet, notre malade opérée par une large excision partielle, a négligé tout traitement consécutif, contrairement au conseil qui lui avait été donné et la récidive s'est produite dans un délai rapide.

En quoi consiste donc ce traitement post-opératoire grâce auquel vous obtiendrez la guérison complète, après l'excision partielle de la grenouillette?

Il consiste uniquement à empêcher la cicatrisation des bords de la plaie, qui tendent à se rapprocher et à se réunir. Pour cela vous devez revoir votre opérée tous les deux ou trois jours et désunir les bords de l'incision avec la pointe d'une sonde cannelée; en outre vous pratiquerez des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent jusqu'au fond de la cavité kystique.

En un mot vous devrez faire en sorte que la cicatrisation s'effectue du fond vers la surface et vous n'abandonnerez votre malade que lorsqu'il n'y aura plus trace de la cavité kystique et que le fond de la plaie sera venu affleurer au niveau de la surface muqueuse du plancher buccal. C'est seulement grâce à ce traitement minutieux et suffisamment prolongé que vous obtiendrez une cure radicale de la grenouillette.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

M. Martinet (Henry). *La paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry*. N° 466. (Davy.)

M. de Saint-Fusgien. *Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire*. N° 408. (H. Jouve.)

M. Laurent (A.). *Étude sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux*. N° 578. (H. Jouve.)

M. Hytier. *De la tuberculose du rebord orbitaire inférieur*. N° 611. (P. Delmar.)

M. Antonelli (Albert). *Les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire*. N° 613. (H. Maloine.)

L'existence d'un type clinique évoluant sous les traits de la paralysie ascendante aiguë dite de Landry n'est pas contestable, dit M. Martinet qui y consacre sa thèse. Dans sa forme pure, ce type se résume dans une paralysie motrice à marche rapidement envahissante; le plus souvent il s'agit d'une paralysie ascendante.

Cette paralysie extenso-progressive a une tendance à s'étendre aux organes innervés par le bulbe (organes respiratoires et cœur); elle peut ainsi tuer par paralysie respiratoire et cardiaque. Cet envahissement est relativement précoce; il est exceptionnel qu'il se produise passé le 3e septénaire; passé ce délai, le pronostic de la paralysie ascendante aiguë se présente comme très favorable *quoad vitam*.

Quand les malades échappent aux dangers de ces complications, ils peuvent guérir radicalement sans présenter ni atrophie en masse, ni atrophie circonscrite du côté des muscles paralysés. D'autres fois, la paralysie extenso-progressive se double d'une fonte des muscles paralysés qui peut frapper en

masse des membres entiers ou des segments de membres. Il arrive aussi qu'aux troubles moteurs et trophiques s'associent des désordres de la sensibilité (anesthésie, paresthésie, hyperesthésie et douleurs).

La paralysie extenso-progressive aiguë est donc susceptible d'une triple mode d'évolution :

L'un constitue la forme pure du type clinique décrit par Landry qui exclut l'existence au début de troubles bien nets de la sensibilité objective.

Le second nous met en présence d'une évolution qui, dans sa seconde phase, rappelle l'expression clinique de la poliomyélite antérieure aiguë.

Le troisième se retrouve dans les polynévrites.

C'est ainsi qu'on a été amené à rattacher la paralysie extenso-progressive aiguë d'une part à la paralysie spinale antérieure aiguë et subaiguë de Duchenne, et d'autre part à la polynévrite aiguë et subaiguë à forme de poliomyélite antérieure. Si les résultats acquis venaient à se généraliser, on serait autorisé à conclure avec M. le professeur Raymond que, dans les paralysies extenso-progressives aiguës, il y a toujours en jeu une altération du neurone moteur spino-musculaire, consécutive à une infection ou à une intoxication.

Tantôt, vu la rapidité du processus et la brutalité avec laquelle l'agent infectieux ou toxique s'attaque au neurone spino-musculaire, cet organe est sidéré, arrêté dans son fonctionnement avant que se produisent des altérations accessibles aux moyens ordinaires d'examen. Si la mort survient dans ces conditions par suite de complications bulbaires, on sera tenté de parler de paralysie essentielle, vu l'absence des altérations de la poliomyélite antérieure et de la polynévrite vulgaire.

D'autres fois, l'agent infectieux ou toxique produit des effets moins rapides, et engendre un processus qui se traduit du côté du neurone spino-musculaire par des altérations qu'on peut qualifier de grossières. Ces altérations peuvent être prépondérantes du côté du corps du neurone, et alors on parlera de poliomyélite antérieure; ou bien, elles débutent par les extrémités terminales des nerfs et vont en remontant, auquel cas on dira que la paralysie extenso-progressive n'a été qu'une expression de la polynévrite.

Envisagés à ce point de vue général, les faits qu'on a décrits sous le nom de paralysie extenso-progressive aiguë de Landry, se relient donc les uns aux autres par un lien commun :

Tous ils traduisent l'état de souffrance d'un même organe, le neurone moteur spino-musculaire, état de souffrance causé pour une infection ou une intoxication; ils sont l'expression d'une *polioneurite* antérieure d'origine infectieuse ou toxique.

L'évolution de cette polioneurite, son pronostic, son mode de terminaison varient vraisemblablement suivant la nature, la dose, le mode d'introduction, etc., de l'agent pathogène, et aussi suivant l'état de prédisposition de l'organisme du malade.

En résumé, il existe, selon l'auteur, une forme pure de paralysie ascendante aiguë qui, par son évolution et ses caractères cliniques, diffère essentiellement de la poliomyélite antérieure et de la polynévrite aiguë. N'empêche que le syndrome de la paralysie extenso-progressive aiguë peut n'être que le prélude de ces deux affections.

Mais il s'agit là de trois affections d'un même organe qui ne sauraient être confondues sur le terrain de la clinique.

Pour M. de SAINT-FUSGIEN la lithiase biliaire joue un rôle indiscutable dans l'étiologie du cancer de la vésicule biliaire; toutefois elle ne peut être qu'une cause occasionnelle, le cancer étant susceptible de se montrer sans aucune cause connue. Il s'agit toujours de tumeurs d'origine épithéliale. Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques du cancer de la vésicule biliaire. Le diagnostic ne peut guère qu'en être soupçonné; maladie à pronostic fatal, le cancer de la vésicule biliaire n'est justiciable que d'un traitement symptomatique.

C'est avec raison qu'on a considéré la syphilide pigmentaire, comme un auxiliaire puissant pour dépister une syphilis ignorée. Ce symptôme est d'autant plus précieux que, grâce à sa durée infiniment plus longue que celle de toutes les autres syphilides, grâce aussi à son siège préféré à la région cervicale, il ne saurait passer inaperçu. Mais la syphilide pigmentaire n'est pas pathognomonique et M. LAURENT a pu recueillir trois observations, l'une du professeur Fournier, l'autre de M. Thibierge et une troisième personnelle, dans lesquelles la tuberculose seule avait produit deux fois un collier de Vénus bien net et une fois une « syphilide » pigmentaire pommelée généralisée à tout le corps et d'une netteté admirable. La « syphilide pigmentaire » doit donc faire rechercher la syphilis avec la plus grand soin; mais sa présence est insuffisante, en l'absence de toute autre manifestation, pour affirmer l'existence de la vérole *chez un malade tuberculeux.*

Il arrive assez fréquemment, d'après M. HYTIER, que l'on rencontre des personnes ayant un ectropion plus ou moins intense avec une cicatrice déprimée, résultats de la tuberculose du rebord orbitaire inférieur.

L'auteur en quelques mois a pu retrouver cette tuberculose chez trois enfants.

Elle est donc assez fréquente, et assez grave aussi par ses complications et les accidents qu'elle peut amener.

L'intervention chirurgicale la plus énergique, la plus précoce, dès que le diagnostic est fait, est l'indication majeure du traitement de cette localisation tuberculeuse.

Les stigmates du fond de l'œil, dit M. ANTONELLI, sont peut-être les plus fréquents parmi ceux de la dystrophie hérédo-syphilitique. Mais, pour lui, il faut reconnaître même les *stigmates rudimentaires*, dont il donne l'énumération :

Quant à la papille : teinte pâle ou grisâtre, blanc sale, en totalité ou en secteurs, bord légèrement flou ou déchiqueté, souvent entouré d'un *cadre pigmentaire*, total ou partiel. Quant aux vaisseaux : diminution du calibre des artères, augmentation relative du calibre des veines, irrégularités de ce calibre, effacement des bords, quelquefois de toute la largeur du vaisseau, surtout au moment où il traverse le bord de la papille, ou à peu de distance de ce bord. — Quant à la région péri-papillaire, quelquefois légère suffusion rétinienne en différents endroits, compris entre deux vaisseaux; plus souvent *teinte ardoise*, dégradant vers la région équatoriale du fond de l'œil. — Quant à cette dernière région : souvent *pigmentation grenue*, c'est-à-dire en pointillé très fin, qui peut présenter toutes les différentes formes de passage vers la rétinite pigmentaire ou la chorio-rétinite disséminée rudimentaire. Des altérations analogues de surpigmentation ou de dépigmentation, diffuses ou tachetées, se montrent dans la région périphérique du fond de l'œil.

Dans plusieurs de ces cas, une espèce d'arrêt de développement, ou de malformation de l'œil, cause une hypermétropie plus ou moins forte, associée à un certain degré d'astigmatie; mais, malgré la correction parfaite de l'amétropie, l'acuité reste souvent au-dessous de la normale (0,5 en moyenne). Il serait donc justifié de parler d'une *amétropie*, et surtout d'une *astigmatie, par dystrophie hérédo-syphilitique.*

En outre, plusieurs cas de *myopie monoculaire*; jusqu'à présent mal interprétés, sont d'origine hérédo-spécifique; c'est-à-dire que les stigmates chorio-rétiniens sont plus avancés dans un œil que dans son congénère, de sorte que la distension de la coque oculaire, l'allongement axile de l'œil, se font d'un côté plus rapidement et plus considérablement que de l'autre.

La triade d'Hutchinson se trouve rarement complète et, des trois symptômes qui la composent, les malformations dentaires ne sont pas toujours bien caractérisées, les altérations de l'appareil auditif sont relativement rares et la kératite parenchymateuse est plus ou moins tardive. D'où, d'après l'auteur, la grande valeur des *stigmates ophthalmoscopiques*, même *rudimentaires*, pour assurer un diagnostic précoce et prévenir, autant que possible, toute autre manifestation de l'hérédo-syphilis.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. VADON. *De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites.*

M. LAISSUS. *Du traitement de quelques affections utérines chroniques par les eaux de Salins-Moutiers.*

M. Jourdan. *De l'hépatite suppurée nostras observée à Marseille. Etude clinique.*

M. Smedovsky. *Rétrécissements tardifs de l'urèthre consécutifs aux fractures du bassin.*

M. Murat. *Contribution à l'étude de l'encéphalite aiguë primitive à forme hémorrhagique.*

Quelques auteurs ont prétendu que pendant l'opération il pouvait survenir des hémorrhagies graves. Les dissections de la région du sac ont montré à M. Vadon qu'il y avait peu d'anomalies artérielles (8 p. 100 environ); que les vaisseaux passant sur le sac n'étaient pas assez importants pour créer un danger s'ils étaient lésés; et qu'enfin il était facile d'éviter l'artère et la veine angulaire par une ligne d'incision convenable.

L'opération comprendra les temps suivants :

1° Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sur une ligne ne dépassant pas 12 millimètres, qui partira du bord interne du ligament palpébral interne, descendra d'abord perpendiculairement et se dirigera vers le côté externe en décrivant une courbe sensiblement parallèle à celle que forme la crête de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

2° Incision de la lame aponévrotique qui recouvre la portion antéro-externe du sac.

3° Dissection minutieuse et parfois délicate de cette lame fibreuse, qui rend la paroi antérieure libre.

4° Dégagement de la portion postéro-interne en rapport avec le périoste de la gouttière lacrymale; dégagement de la paroi externe parfois difficile au niveau de l'unguis; dégagement de la coupole en tirant le sac en bas;

5° Excision brusque et rapide du sac, au niveau du canal nasal afin d'inoculer le moins possible la plaie opératoire;

6° Suture intra-dermique avec ou sans drainage.

L'extirpation du sac sera indiquée d'après M. Vadon :

Dans tous les cas d'écoulement chronique ou subaigu du sac (blennorrhée des Allemands, dacryocystite simple), où le traitement par la sonde n'aura donné aucun résultat; quand une opération intra-oculaire est nécessaire (cataracte); dans les cas d'écoulements chroniques ou subaigus du sac avec ectasie marquée (tumeur lacrymale, mucocèle, empyème subaigu ouvert ou fermé); que la paroi soit épaissie et sclérosée, qu'elle soit au contraire mince et friable (varice lacrymale), c'est alors le seul traitement rationnel; dans les fistulettes chroniques, sans inflammation périphérique.

M. Laissus étudie les indications des eaux de Salins-Moutiers. Ce sont des eaux chlorurées sodiques fortes, carboniques et hyperthermales. Elles agissent dans les affections utéro-ovariennes chroniques comme toniques et reconstituantes et comme résolutives. Elles conviennent d'une façon toute spéciale aux tempéraments torpides, aux femmes lymphatiques, scrofuleuses. Elles sont contre-indiquées dans les inflammations aiguës de l'utérus.

L'hépatite suppurée nostras n'est pas une rareté pathologique. A Marseille notamment, où M. Jourdan l'a étudiée, elle est même plus fréquemment observée que l'hépatisme des pays chauds.

Dans la moitié des cas, l'abcès est unique. Le nombre des foyers n'est nullement en rapport avec la nature dysentérique de l'affection. L'existence d'une dysenterie n'est donc pas une présomption en faveur de la multiplicité des foyers purulents, comme on l'a parfois constaté dans les hépatites des pays chauds.

Les nombreux cas d'hépatite nostras restés ignorés montrent une fois de plus la difficulté de leur diagnostic et la nécessité de leur recherche minutieuse, recherche que ne devra pas interrompre la notion donnée par le malade qu'il n'a jamais habité les pays chauds. C'est dans des cas douteux que la ponction exploratrice sera d'un grand secours, en permettant d'établir un diagnostic précoce, et de donner à l'intervention chirurgicale les meilleures chances de succès.

Les rétrécissements tardifs de l'urèthre ne sont connus que depuis l'observation publiée par M. Bazy (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, février 1897).

Leur pronostic est très bénin, comparé aux complications qui surviennent immédiatement après la fracture, toujours très grave et souvent mortel.

On peut diviser ces rétrécissements tardifs en deux classes :

Rétrécissements dus à une simple déviation ou compression de l'urèthre par un fragment déplacé;

Rétrécissements consécutifs à un travail de sclérose dans le tissu pré-uréthral, sclérose qui est due à la compression de l'urèthre par un fragment du bassin fracturé, aux tiraillements de l'urèthre par l'aponévrose moyenne, à la réception du liquide séro-sanguinolent produit par la contusion du canal, et enfin, comme cause, on peut invoquer aussi une infection secondaire, consécutive à la formation d'un abcès dans le tissu péri-uréthral.

M. Smedovsky étudie dans sa thèse le traitement à employer dans ces deux variétés. Les rétrécissements dus à une déviation ou compression de l'urèthre sont justiciables de la dilatation progressive avec bougies armées si le passage de la bougie est possible. Si la dilatation est impossible, l'uréthrotomie externe avec conducteur ou l'uréthrotomie interne sont indiquées.

La deuxième variété des rétrécissements doit être traitée par l'uréthrotomie interne ou l'uréthrotomie externe avec section de la portion rétrécie du canal. M. Gangolphe donne la préférence à cette dernière opération.

L'encéphalite hémorrhagique, dont l'étude fait l'objet de la thèse de M. Murat, doit être considérée comme la forme typique des encéphalites primitives aiguës non suppurées. Son facteur étiologique le plus important paraît être la grippe. Une première phase de prodromes caractérisée par le syndrome habituel d'invasion des maladies infectieuses et fébriles, puis une deuxième phase d'excitation, enfin une dernière période de coma et de paralysie. La durée moyenne est de 15 jours et l'évolution n'est pas forcément fatale. Dans cette première monographie de l'encéphalite due à M. Murat, on trouve réunis 59 cas.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Dragneff (Stéphane). *Recherches anatomiques sur les artères coronaires du cœur chez l'homme.* N° 26.

M. Arzouian (Sarkis-Kirkor). *Contribution à l'étude de l'état fenêtré des valvules sigmoïdes du cœur chez l'homme.* N° 29.

D'une étude anatomique sur les artères coronaires du cœur de l'homme, M. Dragneff conclut qu'il n'y a habituellement pas d'anastomoses entre les deux coronaires; il se base sur ses constatations anatomiques et sur les faits d'infarctus du myocarde, qui, pour lui, prouvent que les artères du cœur sont terminales, ou que, si elles s'anastomosent, les anastomoses sont si petites que la circulation collatérale ne peut s'établir en cas d'infarctus qu'à la périphérie de celui-ci. La coronaire antérieure ne se bifurque pas en deux branches, l'une verticale, l'autre horizontale, la branche auriculo-ventriculaire n'est dans la majorité des cas qu'une branche collatérale. La coronaire antérieure ne se termine pas à la pointe du cœur, mais contourne le bord droit et ne se termine qu'à la face inférieure. La coronaire droite ne se bifurque pas à la face inférieure du cœur, mais conserve son individualité dans le sillon interventiculatre postérieur. L'auteur étudie l'artère graisseuse de Vieussens inconstante, et qui ne serait qu'une branche collatérale prématurément détachée de la coronaire droite. Il décrit une artère spéciale pour la cloison inter-auriculaire et des artères propres aux auricules, il décrit non pas une seule artère pour la cloison interventriculaire se détachant de la coronaire antérieure, mais un grand nombre se détachant aussi bien de la coronaire antérieure que de la coronaire postérieure pour s'enfoncer dans la cloison.

L'état fenêtré des valvules sigmoïdes du cœur chez l'homme est, pour M. Arzouian, une disposition anatomique due à une atrophie physiologique progressive. Il a une analogie complète avec celui des autres valvules (valvules d'Eustachi de Thebesius et auriculo-ventriculaires). Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez le vieillard, dans

l'artère aorte que dans l'artère pulmonaire, dans les valvules sigmoïdes gauches que dans les autres; les perforations se trouvent la plupart du temps au-dessus de la ligne de renforcement. L'état réticulé n'a aucune relation avec les maladies du cœur. Il peut donner exceptionnellement lieu à de l'insuffisance valvulaire, à la suite de la rupture des cornes d'insertion analogue à la rupture des cordages tendineux.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Des nævi dans leurs rapports avec les territoires nerveux, par Etienne (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, juillet 1897, p. 263). — Dans ce travail, l'auteur donne l'observation de plusieurs cas de nævi exactement superposés à des territoires de distribution de nerfs ou de branches nerveuses. Le point intéressant est la pathogénie du trouble trophique congénital. Il aurait son origine dans une *névrite* et dans d'autres cas dans une *myélite*, une *radiculite* intra-utérine. Névrite et myélite, pris ici dans un sens très large, seraient elles-mêmes sous la dépendance des infections, intoxications subies par la mère durant sa grossesse. Et en effet la topographie de la mélanodermie dans des cas rapportés par Hugues (tache pigmentaire en gant, en gilet, en caleçon) est incontestablement médullaire; dans le cas de Joffroy, il y a plus : la variole de la mère pendant sa grossesse (6e mois) paraît être la cause indéniable du vaste nævus que présenta l'enfant à sa naissance (à terme). La myélite intra-utérine paraît donc bien probable dans tous ces cas; la névrite ne l'est pas moins dans les cas de M. Etienne. Pourquoi y aurait-il ici névrite, ailleurs myélite? Est-ce que, à un moment donné, certains neurones seraient plus susceptibles d'être altérés; faudrait-il faire intervenir l'âge de la grossesse au moment de l'intoxication du sang de la mère pour expliquer l'une ou l'autre localisation?

Maladies du système nerveux et sclérose multiple disséminée, par le professeur Grasset (*Arch. de neurologie*, août 1897, p. 97). — Nombre de maladies du système nerveux sont sous la dépendance directe des infections ou des intoxications. Mais, à côté, il y a des cas nombreux où l'obscurité de l'étiologie est grande. Donc, il peut être utile d'étudier les rapports des maladies du système nerveux avec une autre maladie plus générale : la *sclérose multiple disséminée*.

L'auteur donne plusieurs exemples de malades de son service : c'est une sclérose latérale amyotrophique avec artériosclérose, sclérose rénale, foie scléreux, bronchite chronique avec emphysème, déformations périarticulaires des extrémités, en somme *sclérose disséminée à foyers multiples dont un médullaire est la lésion de la sclérose latérale amyotrophique;* c'est un cas de sclérose multiple disséminée avec *atrophie musculaire Aran-Duchenne;* c'est encore un *tabès*, une *polynévrite*, etc. La notion de cette grande unité, la *sclérose multiple disséminée*, est un utile complément pour nos connaissances étiologiques et cliniques sur les maladies nerveuses et un guide pour le traitement à leur appliquer.

Contribution à l'étude anatomo-clinique des localisations médullaires du tabes dorsalis, par Philippe (*Arch. de neurologie*, septembre 1897, p. 177). — L'auteur, après avoir longuement étudié la disposition dans la moelle des fibres d'origines diverses, et établi la topographie des fibres qui dégénèrent dans le tabès, est amené à reconnaître deux types dans cette maladie : un tabès grave avec lésion surtout médullaire à extension rapide, entraînant très vite la destruction des zones endogènes ascendantes et descendantes des cordons postérieurs; et un tabès bénin, surtout radiculaire (l'origine étant dans le trajet des fibres radiculaires en dedans ou en dehors de la moelle).

Les douleurs du tabès seraient le fait des lésions des racines; les engourdissements, les paresthésies appartenant plutôt aux tabès malins seraient sous la dépendance d'une lésion médullaire.

MÉDECINE

Le rôle des otites moyennes dans la pathologie infantile (Ueber die allgemein pathologischen Beziehungen der Mittelohr-Erkrankungen im frühen Kindesalter), par Ponfick (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, nos 38-41). — Le point de départ du travail a été le fait suivant constaté par l'auteur chez ses propres enfants : apparition répétée de troubles digestifs que rien, dans le régime alimentaire, ne pouvait expliquer et qui étaient sous la dépendance d'une otite moyenne suppurée, restée longtemps méconnue. Pour se rendre compte de la fréquence de ces otites, l'auteur examina l'oreille moyenne de 100 cadavres d'enfants de 1 mois à 4 ans, ayant succombé à des affections diverses et pris au hasard des autopsies. Il trouva que sur ces 100 cas ayant succombé à une affection non infectieuse (6 cas) ou à une maladie infectieuse aiguë (75 cas) ou à une maladie infectieuse chronique (19 cas), 77 avaient une otite moyenne séro-purulente ou purulente double, 14 une otite moyenne séro-purulente ou purulente unilatérale; dans 9 cas seulement, l'oreille moyenne était saine.

D'après l'auteur, cette otite doit jouer un rôle important en pathologie infantile. Elle constitue en somme un foyer de suppuration fermé contenant des bactéries pathogènes variables (staphylocoques, pneumocoques, streptocoques), dont les toxines résorbées amènent un empoisonnement de l'économie. Anatomiquement, cette intoxication se manifeste par l'hypertrophie de la rate et la dégénérescence du foie et de la rate. Elle est d'autant plus facile à se produire que la perforation de la membrane du tympan avec évacuation du foyer est très rare et n'a été trouvée par l'auteur que dans 5 p. 100 des cas.

L'abcès otique peut infecter l'économie encore d'une autre façon : de par le mécanisme de la respiration et surtout en cas de toux, le pus septique contenu dans l'oreille moyenne peut sortir, en petite quantité, par la trompe et passer ensuite soit dans l'estomac, soit dans les poumons. On peut donc se demander si certaines bronchopneumonies ou troubles digestifs ne sont pas consécutives à l'otite moyenne méconnue.

L'auteur pense donc que l'éclaircissement définitif des problèmes soulevés dans son travail ne pourra être fait que quand les médecins auront pris la décision d'examiner l'oreille chez tous les enfants malades.

L'isolement dans les épidémies de diphthérie (Ueber Bekämpfung von Diphtherie-Epidemien durch Isolation der Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde), par Fibiger (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, nos 35-38). — Le travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les épidémies de diphthérie peuvent être combattues efficacement par l'isolement des individus dans la gorge desquels on trouve des bacilles diphthériques, et par la désinfection des locaux.

2° L'isolement préconisé présente de grandes difficultés tenant en partie à ce que des examens répétés sont nécessaires pour reconnaître les individus dont la gorge renferme des bacilles, en partie à ce qu'il faut isoler un grand nombre d'individus, en partie enfin à ce que chez certains individus les bacilles persistent longtemps dans la gorge et l'isolement doit être d'une longue durée. Ainsi, dans un cas, la gorge d'un enfant renfermait des bacilles virulents encore 9 mois après la diphthérie.

3° Chez les individus ayant dans la gorge des bacilles diphthériques, ceux-ci disparaissent parfois quand des streptocoques ou d'autres microcoques apparaissent dans la cavité bucco-pharyngienne.

Le charbon pulmonaire (maladie des chiffonniers), par Pétroff (*Archives russes de pathologie*, 1897). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de 25 ans souffrant depuis 5 jours et entré à l'hôpital pour une broncho-pneumonie avec vomissements, cyanose des extrémités. Il succomba le lendemain.

A l'autopsie on trouve une petite quantité de liquide transparent jaunâtre dans la plèvre gauche. Les poumons sont anémiés et œdématiés, la partie postérieure du lobe supérieur gauche est un peu plus épaisse que les autres parties, d'une couleur gris-rosâtre, et laisse échapper à la pression un liquide trouble, contenant des vésicules d'air. La muqueuse des bronches est rosée. Les ganglions bronchiques sont très augmentés de volumes d'une couleur rouge sombre par suite d'une hypérémie. La rate est hypérémiée.

Le foie et les reins sont remplis de sang, leur parenchyme est trouble, flasque. La muqueuse de l'estomac et de l'intestin est pâle, mais sans aucune modification, seulement, dans la partie inférieure de l'intestin grêle on rencontre de petites hémorrhagies. Le sang, le suc de la rate, de même que les cultures du poumon gauche, des ganglions bronchiques et de la rate renfermaient des bactéries qui offraient tous les caractères morphologiques, biologiques et pathogènes (inoculation des souris) des bactéridies du charbon.

Le plus grand nombre des bactéridies se rencontraient dans les alvéoles et les vaisseaux lymphatiques du poumon et dans les ganglions bronchiques. Les autres organes les contenaient relativement en petite quantité, ce qui prouve que les bactéridies se sont disséminées principalement par les voies lymphatiques du poumon et ne passèrent que lentement dans le torrent circulatoire.

Staphylococcie à forme septicémique, par Masius et Béco (*Rev. de médecine*, juillet 1897, p. 523). — Deux observations. La première concerne un jeune homme de 17 ans présentant des signes de septicémie, à point de départ inconnu, et qui succomba avec des lésions de pyohémie généralisée : abcès musculaires multiples, abcès du cœur, du poumon, des reins, contenant le staphylocoque doré, très virulent.

Le second cas se rapporte à une femme de 36 ans atteinte de pleurésie séro-fibrineuse contenant le staphylocoque blanc et développée probablement à la faveur de lésions tuberculeuses du poumon. La malade succomba à une endocardite infectieuse; les reins présentaient des abcès miliaires; tous les organes contenaient le staphylocoque blanc.

Le sang puisé dans la veine chez les 2 malades avait donné des cultures de staphylocoque. Mais les auteurs pensent que cette constatation ne suffit pas pour qu'on puisse affirmer la septicémie; il faut pour cela qu'il y ait multiplication des microbes dans le sang, c'est-à-dire qu'on en trouve abondamment ou que leur nombre s'accroisse au fur et à mesure des progrès de la maladie.

Ils signalent l'agglutination des staphylocoques par le sang et les humeurs des malades. Mais cette agglutination n'a rien de spécifique, car elle se produit aussi avec le sang de sujets affectés d'autres maladies.

Insuffisance hépatique et névrite périphérique, par A. Gouget (*Rev. de médecine*, juillet 1897, p. 537). — Observation d'une femme atteinte de cirrhose hypertrophique graisseuse, qui succomba avec une névrite périphérique des 4 membres. Il n'y avait que de petits tubercules crétacés des poumons; la malade était peut-être alcoolique. L'épreuve de la glycosurie alimentaire resta négative. Les urines étaient hypertoxiques. L'auteur rapporte la névrite périphérique à l'auto-intoxication hépatique.

Propriétés antitoxiques et thérapeutiques du sang après les maladies infectieuses (Ueber die antitoxische und therapeut. Wirkung der menschlichen Blutes, etc.), par Huber et Blumenthal (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 36, p. 671). — Ces recherches ont été faites avec le sang des convalescents de rougeole, de scarlatine, de pneumonie et d'érysipèle. Le sang pris dans une veine du coude, était mélangé avec une quantité égale d'une solution physiologique de chlorure de sodium, additionné ensuite de chloroforme dans une proportion de 1 p. 100 et filtré 2 fois sur le filtre Beckfeld. Le sérum spécifique était ensuite injecté aux malades correspondants.

Ces essais de sérothérapie faits dans 13 cas de scarlatine, 9 cas de rougeole, 14 cas de pneumonie et 10 cas d'érysipèle ont montré que le sérum de convalescents agit d'une façon manifeste sur la marche de la scarlatine, de la rougeole et de la pneumonie dont il abrège généralement la durée et fait disparaître rapidement les symptômes généraux; dans la pneumonie, il n'amène pourtant pas la défervercence, ce qui, d'après les auteurs, tiendrait à ce que les substances antitoxiques ne se trouvent pas dans un état de concentration suffisante dans le sang des convalescents de pneumonie.

Le sérum des convalescents d'érysipèle n'exerce, en injections sous-cutanées, aucune influence sur la marche de cette affection.

Tabès et insuffisance aortique (Ueber Tabes und Aorteinsufficienz), par Ruge et Huttner (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 35, p. 760). — Sur 138 cas de tabès observés depuis 11 ans à la clinique du professeur Gerhardt, 12, soit 8,7 p. 100 des cas, présentaient, en même temps qu'une lésion du cœur, une insuffisance aortique (dont 2 avec anévrysme de l'aorte), 2 une insuffisance mitrale avec modifications légères du côté des valvules aortiques, 1 un rétrécissement mitral. L'insuffisance aortique se rencontre donc dans le tabès dans 6,5 p. 100 des cas.

Dans la plupart de ces cas les signes propres à la lésion cardiaque se sont montrés après que les symptômes du tabès étaient déjà un complet. Les troubles occasionnées par la lésion cardiaque étaient insignifiants.

Sur ces 12 malades, 5 ont avoué avoir eu la syphilis; chez 6 autres on trouvait des stigmates permettant d'affirmer l'existence antérieure de la syphilis; 1 seul était indemne.

Ces faits montrent donc encore une fois les relations étroites entre la syphilis et l'insuffisance aortique et entre la syphilis et le tabès.

Traitement du psoriasis par les injections intraveineuses d'acide arsénieux (Ueber Psoriasis-Behandlung), par Herxheimer (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 35, p. 756). — Sur 25 cas de psoriasis traités par les injections intraveineuses d'acide arsénieux, l'auteur a obtenu 10 guérisons complètes, 6 améliorations considérables chez des malades qui ont quitté l'hôpital avant la fin du traitement; 9 malades sont encore en traitement.

Les injections avec la seringue de Pravaz étaient faites dans une veine du pli du coude. On commençait par 1 milligramme d'acide arsénieux, et tous les jours la dose était augmentée de 1 milligramme, jusqu'à concurrence de 15 milligrammes. Les injections étaient bien supportées; comme accidents on a eu une fois une thrombose de la veine, une autre fois un furoncle; chez un troisième malade les injections provoquaient une légère élévation de la température.

MÉDECINE PRATIQUE

Indications de la médication salicylée dans l'albuminurie rhumatismale,

D'après M. le Dr P. Collangettes.

Il est généralement admis que l'albumine contre-indique la médication salicylée dans le rhumatisme articulaire aigu. Or, de même que certaines néphrites syphilitiques sont traitées avec succès par les injections mercurielles, de même certaines albuminuries rhumatismales sont éminemment justiciables du salicylate de soude ou de ses succédanés.

D'une étude consacrée à la question par M. le Dr Collangettes (1) il résulte en effet que l'albuminurie est très fréquente dans le rhumatisme aigu et que la proportion dans laquelle elle se montre n'est pas inférieure au chiffre de 40 p. 100 admis par

1. P. Collangettes, Contribution à l'étude de l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu. Sa valeur au point de vue des indications thérapeutiques (th. de Paris 1897, n° 353).

M. Robin. Dans quels cas doit-on donc tenir compte du symptôme albumine au point de vue thérapeutique, c'est là la question qui intéresse au plus haut degré le praticien.

Il y a trois formes bien distinctes d'albuminurie pouvant coexister avec la fluxion articulaire. Une forme légère éphémère, contemporaine de la poussée fébrile et dont la durée totale n'excède pas 4 à 8 jours; une forme plus grave et plus rare, véritable néphrite rhumatismale, dont les lésions persistent plus ou moins longtemps après la période active de la maladie; enfin il est une albuminurie qui dépend d'une néphrite ancienne, préexistant à l'attaque du rhumatisme, qui n'est plus que l'occasion d'une poussée aiguë dans un état chronique.

Dans le premier cas, le plus fréquent, le salicylate, loin d'être contre-indiqué, contribue à faire disparaître l'albumine. L'albuminurie présente ici la même constance et les mêmes caractères que les autres albuminuries infectieuses, ce qui fait dire à M. Talamon que si le salicylate n'était prescrit qu'aux malades ne présentant pas ce symptôme, on ne l'administrerait pour ainsi dire jamais. On est du reste renseigné dès les premières doses du médicament : la décroissance de l'albumine est rapide, le précipité est peu abondant, la quantité des urines demeure suffisante, il y a absence d'œdème.

Dans la néphrite rhumatismale vraie, l'albumine croît, il y a une diminution considérable des urines, il y a souvent de l'hémoglobinurie, presque toujours de l'encéphalopathie, parfois un peu d'anasarque. Il en est de même lorsque la pyrexie rhumatismale est venue réchauffer une lésion rénale ancienne. Il y a alors tout le cortège des symptômes de l'imperméabilité rénale. anurie ou oligurie, précipité abondant, dense, rétractile, etc.

Il va sans dire que dans ces deux derniers cas, la médication salicylée est contre-indiquée, comme dangereuse au plus haut degré. Néanmoins on pourra, même dans ces cas, lorsque les signes ne seront que modérément accentués, avoir recours au salophène, ce succédané précieux du salicylate de soude, que M. Galliard recommandait encore récemment.

G. M.

Danger du traitement des fractures de la rotule par le massage,

D'après MM. Bégouin et Andérodias (de Bordeaux).

De recherches entreprises par MM. Bégouin et Andérodias sur les résultats éloignés du traitement des fractures transversales de la rotule par le massage et la mobilisation précoce, suivant la méthode de Tilanus, se dégage la conclusion que cette thérapeutique expose à une fréquente rupture du cal fibreux par suite des tiraillements auxquels celui-ci se trouve soumis alors qu'il est encore « tendre ».

Sur 35 cas de fractures de la rotule traitées par le massage, qui ont été longtemps suivies, ils n'ont pas en effet relevé moins de 8 ruptures du cal, soit 23 p. 100, presque une rupture sur 4 cas.

Ce résultat est pour MM. Bégouin et Andérodias la condamnation de ce procédé, auquel on doit préférer dans presque tous les cas la suture tendineuse ou osseuse.

De l'action antisudorale de la sauge,

D'après M. le Dr L. Meurisse.

Les feuilles ou sommités fleuries de la sauge, en infusion ou mieux en teinture, auraient une action remarquable contre les sueurs profuses des phthisiques, des rhumatisants, et de quelques convalescents.

M. L. Meurisse qui l'a expérimentée, dans le service de M. le professeur Combemale aurait toujours obtenu l'effet antisudoral cherché. Mais il fait remarquer que si les sueurs disparaissent souvent dès la première administration du médicament, il y a augmentation dans les éliminations par les autres voies. L'expectoration est plus abondante, et dans quelques cas il y a de la diarrhée. Ceci doit imposer quelques réserves dans l'emploi de la sauge.

On la prescrit 2 heures avant le début de la transpiration, sous forme de teinture alcoolique au cinquième, à la dose de 30 à 50 gouttes dans un peu d'eau ou de tisane.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Pellotine.

Définition. — La *pellotine* est un alcaloïde extrait par Hefter de l'*anhalonium Vaillantini*, plante de la famille des *Cactées*. C'est un corps cristallin, assez peu soluble dans l'eau : Jolly a employé le chlorhydrate qui est au contraire facilement soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — D'après Jolly, la pellotine est un hypnotique et un calmant remarquable. Elle provoque un sommeil paisible qui peut durer plusieurs heures. Ce serait en même temps un antidélirant, qui aurait été avantageusement employé pour calmer l'excitation des aliénés. Contrairement à la morphine, elle ne possède pas de propriétés analgésiques.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 5 centigrammes pour une injection et par jour. Cette dose doit être doublée chez les cérébraux.

Jolly a ainsi établi l'équivalent thérapeutique de la pellotine avec le trional et le chloral au point de vue du sommeil : 6 centigrammes de pellotine égalent 1 gramme de trional ou 2 grammes de chloral.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats.* — Peu douloureuse, n'amène aucune réaction locale.

b) *Eloignés.* — Le sommeil débute généralement de 15 à 30 minutes après la piqûre. Le pouls se ralentit et il y a une légère tendance au vertige. Chez certains sujets il y a en outre des bourdonnements d'oreille, de la congestion céphalique qui disparaît assez vite dès que l'effet hypnotique est obtenu.

FORMULES

Chlorhydrate de pellotine.		0 gr. 50
Eau stérilisée.	Q. s. p.	10 cent. cubes.

1 centimètre cube.

(Jolly.)

G. Maurange.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La responsabilité professionnelle. — D'un jugement rendu, il y a quelques mois, par le Tribunal civil de Bourgoin contre un vétérinaire qui avait porté le diagnostic erroné de morve, sans avoir préalablement procédé aux inoculations recommandées en pareil cas par le Comité consultatif des épizooties, nous détachons le considérant suivant :

« Attendu que si les tribunaux doivent éviter de s'immiscer dans la discussion de théories et de méthodes purement scientifiques; que si, par suite, les hommes de l'art ne peuvent être recherchés à l'occasion d'un acte de leur profession qu'autant que leur responsabilité n'est pas subordonnée à l'appréciation d'une controverse d'école, ils n'en restent pas moins soumis aux règles générales posées par les articles 1382 et 1383 du Code civil; qu'ainsi, ils ont à répondre, non seulement de leurs fautes lourdes, qui n'exigent aucune incursion dans le domaine scientifique, mais encore des conséquences d'une erreur grossière de diagnostic, erreur qu'ils n'ont pu commettre qu'en négligeant certaines précautions élémentaires recommandées par des instructions spéciales et dont les effets ne sont plus discutés. »

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — Quelques causes d'erreur dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire (p. 1117).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Cas de tétanos traité par dix injections de sérum antitétanique (p. 1119).

REVUE DES CONGRÈS. — *Association française d'urologie :* Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de « dédoublement » (p. 1120). — Tumeur de la vessie. — Polypes uréthraux. — Fragmentation et expulsion spontanées des tumeurs de la vessie (p. 1121). — Tumeur vésicale. — Diverticule de la vessie. — Corps étrangers de la vessie. — De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urèthre féminin. — Syphilome diffus de la verge. — Anatomie et développement de l'urèthre (p. 1122).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Radiographie en cas de corps étrangers du crâne. — *Académie des sciences :* Cellules nerveuses dans l'état de fatigue. — Microbiologie des huîtres. — Absorption due à l'oxyde de carbone. — *Société de biologie :* Transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement (p. 1123). — Typhlite gangréneuse. — Choléra nostras colibacillaire. — *Société de chirurgie :* Abcès sous-phréniques (p. 1124). — Appendicite. — Lymphangiome. — Cholédochotomie. — *Société médicale des hôpitaux :* Microbe du rhumatisme. — Corps étranger de l'œsophage (p. 1125). — *Société des sciences médicales de Lyon :* Corps étrangers de l'oreille. — Ostéomalacie sénile. — Plaie du rein par balle de revolver. — Toxine typhique — *Société nationale de médecine de Lyon :* Toxines microbiennes (p. 1126).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de biologie de Hambourg :* Leucémie aiguë. — Angleterre. *Clinical Society of London :* Traitement de la gibbosité pottique par la méthode de Calot (p. 1126). — Autriche. *Club médical de Vienne :* Névrose de l'estomac. — Epididymite à gonocoques (p. 1127). — Physiologie de la vessie (p. 1128).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Les étudiants étrangers (p. 1128).

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques causes d'erreur dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire,

Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*

Par MM. Ch. Achard et J. Castaigne.

Parmi les procédés cliniques qui servent à explorer les fonctions du foie, l'épreuve de la glycosurie alimentaire est l'un de ceux dont la base physiologique est le mieux établie. Pourtant, si la majorité des auteurs s'accordent à lui reconnaître une réelle valeur, d'autres, frappés des résultats discordants qu'elle fournit parfois, la jugent incapable de donner une réponse catégorique et tendent à la considérer comme un moyen à peu près illusoire d'apprécier l'état des fonctions hépatiques.

En présence d'opinions aussi contradictoires, il nous a paru intéressant d'étudier quelques-unes des causes d'erreur qui peuvent fausser les résultats de cette épreuve.

Ces causes d'erreur sont dues aux conditions fort différentes dans lesquelles se placent le physiologiste et le clinicien. En effet, si l'on s'en tient aux données de la physiologie, la valeur fonctionnelle du foie est liée à la quantité de sucre qu'il est capable de retenir ; par suite, les deux termes dont il importerait d'établir le rapport sont, d'une part, la quantité de sucre qui pénètre dans la veine porte, de l'autre celle qui sort du foie. Mais, dans la réalité clinique, on compare deux termes tout autres : le sucre ingéré et le sucre éliminé. Ainsi, tandis qu'il faudrait, en premier lieu, connaître le sucre réellement absorbé au niveau des origines gastro-intestinales de la veine-porte, on se contente de mesurer le le sucre introduit dans l'estomac. Tandis qu'il faudrait ensuite évaluer le sucre sorti du foie, on recherche seulement le sucre sorti du rein, après avoir traversé, outre le foie, une partie plus ou moins étendue de l'appareil circulatoire et le filtre rénal.

Il est facile d'apercevoir qu'en opérant ainsi trois facteurs peuvent intervenir pour entraver l'apparition de la glycosurie alimentaire, dans les cas d'insuffisance de la cellule hépatique ; ce sont : 1° un vice d'absorption du sucre au niveau de la muqueuse gastro-intestinale ; 2° un état spécial des tissus, qui peuvent être capables de détruire une plus ou moins grande quantité de glycose ; 3° enfin une perméabilité rénale défectueuse.

De ces trois conditions, qui peuvent empêcher le passage du sucre dans l'urine, alors même que le foie est incapable de le retenir, il en est deux qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les malades et qu'il n'est, d'ailleurs, pas très difficile d'apprécier en clinique : aussi peut-on prévoir *a priori* que leur influence sur les résultats de la glycosurie alimentaire ne soit point négligeable : ce sont l'état défectueux de l'absorption digestive et la diminution de la perméabilité rénale.

L'état défectueux de l'absorption gastro-intestinale peut faire que le sucre soit absorbé lentement, tardivement et en quantité insuffisante. Or le sucre est une substance éminemment altérable sous l'influence des fermentations, et l'on conçoit qu'un obstacle mis à son absorption puisse avoir pour conséquence sa destruction rapide par les micro-organismes et les ferments du tube digestif. Il peut donc résulter de cette destruction un écart considérable entre le sucre ingéré, seul dosable, et le sucre absorbé, seul important pour l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

La *diminution de la perméabilité rénale* fait que les substances qui s'éliminent par les reins passent dans l'urine avec un retard plus ou moins grand et en moindre proportion dans un temps donné. On conçoit donc que la rétention plus ou moins longue de sucre dans l'organisme facilite sa destruction par les tissus, et ainsi le sucre, que le foie malade aura laissé passer, sera parfois brûlé avant d'avoir pu franchir les reins imperméables.

Nous disions que ces deux facteurs, qui peuvent fausser l'épreuve de la glycosurie alimentaire, se laissent apprécier sans grande difficulté en clinique. En effet, on peut reconnaître les troubles de la perméabilité des reins en observant l'élimination d'une substance facile à déceler dans l'urine, et notamment en recourant au procédé d'exploration que nous avons étudié récemment et qui est fondé sur l'emploi du bleu de méthylène introduit par la voie sous-cutanée (1). D'autre part, on peut encore apprécier le retard de l'absorption gastro-intestinale d'une manière analogue, en recherchant comment passe dans l'urine une substance ingérée. C'est également le bleu de méthylène que nous avons employé à cet effet, sous la forme de pilules de 5 centigrammes. Il faut, bien entendu, pour estimer à sa juste valeur le retard de l'absorption au moyen de ce procédé, s'assurer de l'intégrité fonctionnelle du rein. Mais il est avantageux, lorsqu'on veut pratiquer cette double exploration, de commencer par l'ingestion stomacale du bleu de méthylène, car si la matière colorante vient à s'éliminer par l'urine dans le délai normal d'une heure, cette épreuve unique

1. Ch. Achard et J. Castaigne, *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 30 avril, 18 juin et 30 juillet 1897, p. 637, 831 et 1128.

aura démontré du même coup l'intégrité de l'absorption et celle de l'élimination.

Quant au *pouvoir de fixation et d'utilisation du sucre* que possèdent les tissus, il est encore impossible de l'évaluer cliniquement. Peut-être cependant le *pouvoir glycolytique* du sang en donne-t-il une idée approchée. Aussi avons-nous cherché à déterminer ce pouvoir glycolytique, afin de voir si ses variations individuelles étaient assez considérables pour exercer une influence sur les résultats fournis par l'épreuve de la glycosurie alimentaire (1).

Sur 27 sujets, nous en avons trouvé 15 dont le pouvoir glycolytique était compris entre 21 et 23. Ces malades étaient atteintes d'affections variées : tuberculose, fièvre typhoïde, grippe, rhumatisme puerpéral, affections cardiaques, affections hépatiques. Parmi eux, il s'en trouvait 8 atteints d'embarras gastrique, d'ictère catarrhal, de foie cardiaque de cirrhose atrophique, de foie gras tuberculeux, qui présentaient de la glycosurie alimentaire.

Au-dessous de ce chiffre moyen, nous avons trouvé le pouvoir glycolytique compris entre 20 et 21 chez 6 sujets tuberculeux, cancéreux, rhumatisants ou cirrhotiques. Il s'était abaissé à 20 chez deux phtisiques dont l'un était très dyspnéique. Il n'était que de 19,1 dans un cas de pneumothorax avec asphyxie. Il est à remarquer que chez ce dernier malade, la glycosurie alimentaire a fait défaut, de sorte que l'abaissement du pouvoir glycolytique n'a pas suffi à permettre au sucre de passer dans l'urine.

Enfin nous avons rencontré 3 sujets dont le pouvoir glycolytique dépassait la moyenne précédente. Il s'élevait à 25,7 et 26,09 chez 2 tuberculeux. Chez le 3e, cirrhotique, il atteignait 27,2. Fait à noter : ce malade a présenté de la glycosurie alimentaire; l'élévation du pouvoir glycolytique n'a donc pas suffi à empêcher le sucre de passer dans l'urine.

En somme, le procédé que nous avons employé ne fournissant que des données relatives et indiquant seulement le pouvoir glycolytique du sang, alors qu'il importerait de connaître celui des tissus, il convient de faire encore des réserves sur cette question de la glycolyse extra-hépatique et de son influence sur la glycosurie alimentaire. Le seul point que nous désirions retenir de ces recherches, c'est que les variations pathologiques de la glycolyse sanguine ne paraissent pas entraver sérieusement la glycosurie alimentaire.

Restent les deux autres influences susceptibles de modifier les résultats de l'épreuve, à savoir : les troubles de l'absorption et ceux de l'élimination. Nous allons en aborder l'étude, après avoir déterminé tout d'abord, comme base d'appréciation, les conditions dans lesquelles se produit la glycosurie alimentaire à l'état physiologique et chez les malades atteints de troubles exclusivement hépatiques.

1. Le procédé qui nous a servi pour cette évaluation est fondé sur l'addition de glycose au sang, suivant le principe recommandé par M. Lépine. Un centimètre cube de sang est recueilli dans 2 c.c. d'eau distillée et le tout est mélangé à 30 c.c. d'une solution de glycose à 1 p. 1000. Un premier tiers du mélange est immédiatement prélevé pour le dosage du sucre. Les deux tiers restants sont portés à l'étuve à 39° et examinés successivement après 1 et 2 heures. Pour arrêter instantanément la glycolyse avant le dosage, on a soin d'ajouter au liquide du sulfate de soude et de le soumettre à l'ébullition.

La glycolyse étant nulle dans les premières minutes, le premier dosage donne non seulement le glycose ajouté, mais celui qui est apporté par le sang. Les deux autres donnent le sucre qui a résisté à la glycolyse, après deux intervalles réglés. On peut donc évaluer le pouvoir glycolytique en cherchant la différence entre le premier dosage et la moyenne des deux derniers, puis en calculant le pourcentage du sucre détruit. Ainsi un pouvoir glycolytique de 22 signifiera qu'il y a eu dans l'expérience une destruction de 22 p. 100 du sucre initial.

Si le sang contenait du sucre en grande quantité, ce procédé exposerait à des erreurs, car le sucre du sang se laisse plus facilement détruire que le glycose ajouté. Mais nos recherches ne concernent que des sujets non diabétiques. Leurs résultats sont donc assez bien comparables.

GLYCOSURIE ALIMENTAIRE A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE. — Pour obtenir, chez des sujets sains, la glycosurie alimentaire, nous avons dû leur faire ingérer une dose de sucre assez élevée. Cette dose nécessaire et suffisante, autrement dit la quantité minima de sucre dont l'ingestion est suivie de glycosurie, est ce qu'on a appelé la *limite d'assimilation* (Hofmeister), le *coefficient d'utilisation* (Linossier et Roque) du sucre (1). Nous l'appellerons plus simplement le *minimum d'ingestion*. Elle est fort utile à connaître, car ses variations dans l'état pathologique font tout l'intérêt clinique de l'épreuve.

Bien que différents sucres aient été préconisés par les divers auteurs, nous avons préféré, pour nos expériences, le sucre de canne ou saccharose, qu'il est plus facile de se procurer à l'état de pureté. Nous l'avons toujours administré sous forme de sirop, le matin à jeun.

Chez 2 sujets absolument sains, il a fallu donner 300 grammes de sirop pour entraîner l'apparition du sucre urinaire (saccharosurie). Chez 3 autres, 250 grammes de sirop ont produit la glycosurie (1 fois) ou la saccharosurie (2 fois). Chez un autre, la glycosurie s'est manifestée après l'ingestion de 200 grammes. Enfin, chez un dernier, 150 grammes ont suffi à la provoquer; mais il s'agissait d'un sujet arthritique, fils de goutteux et ayant eu lui-même des coliques hépatiques, et par suite il n'est nullement certain qu'on doive considérer son foie comme tout à fait normal.

Ce dernier cas étant donc mis à part, nous conclurons que le minimum d'ingestion chez l'homme sain se trouve compris entre 200 et 300 grammes de sirop de sucre (soit 133 à 200 grammes de saccharose).

GLYCOSURIE ALIMENTAIRE DANS LES TROUBLES PUREMENT HÉPATIQUES (*avec intégrité de l'absorption et de l'élimination*). — Comme corollaire de la conclusion précédente, on en peut déduire la dose qu'il convient d'employer pour explorer cliniquement les fonctions du foie. C'est nécessairement une quantité un peu inférieure au minimum physiologique qui sera la plus apte à déceler les troubles hépatiques : on peut donc la fixer à 150 grammes de sirop de C'est, d'ailleurs, la dose généralement usitée, et nous avons pu nous assurer qu'elle est, en effet, suffisante pour faire apparaître la glycosurie chez les sujets dont le foie est malade, et seul malade.

La glycosurie est survenue dans ces conditions chez 9 malades atteints d'affections hépatiques, telles que cirrhose atrophique, asystolie à prédominance hépatique, foie tuberculeux. Ils présentaient aussi de l'urobilinurie et de l'hypoazoturie, autres signes d'insuffisance des fonctions du foie. Ils n'avaient pas de troubles de l'absorption digestive et leurs reins fonctionnaient d'une façon normale.

INFLUENCE DES TROUBLES DE L'ABSORPTION DIGESTIVE. — L'influence des troubles de l'absorption gastro-intestinale se manifeste de deux manières : en élevant le minimum d'ingestion chez les sujets qui ont un foie intact, et en

1. Ces expressions ne nous paraissent pas pleinement justifiées, car les variations du sucre éliminé ne répondent pas forcément à des variations de l'assimilation ou de l'utilisation du sucre, notamment dans les cas où le sucre ingéré est détruit en plus ou moins grande quantité avant d'être absorbé.

l'empêchant de s'abaisser chez ceux dont le foie fonctionne mal.

1° *Troubles de l'absorption sans altérations du foie.* — Chez 3 sujets atteints de cancer du pylore et du duodénum, présentant des troubles de l'absorption, avec intégrité de la perméabilité rénale et intégrité de la cellule hépatique, vérifiée par l'examen histologique, la glycosurie ne s'est produite qu'avec les doses de 350 et 400 gr. de sirop de sucre.

2° *Troubles de l'absorption avec altérations du foie.* — Dans 2 cas de cancer secondaire du foie et un cas de cirrhose tuberculeuse, avec troubles de l'absorption digestive et sans altération des reins, la glycosurie, malgré les lésions cellulaires du foie, démontrées par l'histologie, n'a pu être provoquée que par les doses de 300 et 400 gr. de sirop de sucre.

Si, dans ces cas, l'on n'avait point tenu compte des troubles de l'absorption, on se serait exposé à interpréter faussement les résultats de l'épreuve et à lui refuser toute valeur clinique.

Influence des troubles de la perméabilité rénale. — On peut démontrer d'une manière tout à fait semblable l'influence des troubles de la perméabilité rénale. Ces troubles élèvent aussi le minimum d'ingestion chez les sujets indemnes de lésions hépatiques et l'empêchent de s'abaisser chez ceux dont le foie est malade.

1° *Troubles de la perméabilité rénale sans altérations du foie.* — Chez 4 sujets atteints de néphrite chronique, avec troubles plus ou moins marqués de la perméabilité des reins et sans troubles de l'absorption, le glycose ne s'est montrée dans l'urine qu'après l'ingestion de 350 à 400 gr. de sirop de sucre. Ces faits peuvent être rapprochés de ceux qu'a signalés récemment M. Lépine et qui sont relatifs à l'hyperglycémie résultant du défaut d'élimination du sucre à travers le rein malade (1).

2° *Troubles de la perméabilité avec altérations du foie.* — Chez 3 sujets atteints de néphrite chronique et dont le foie était profondément altéré (cirrhose cardiaque, abcès aréolaires, cirrhose atrophique), la glycosurie, bien loin d'être provoquée par une dose plus faible que le minimum physiologique, n'a pu être déterminée que par les doses de 250 à 300 grammes de sirop. Dans ces cas encore l'épreuve, insuffisamment interprétée, aurait pu être accusée de fournir une indication trompeuse, si l'on avait négligé la précaution de s'enquérir de l'état des reins.

Influence des troubles combinés de l'absorption digestive et de la perméabilité rénale. — C'est lorsque les troubles de l'absorption s'unissent aux troubles de l'élimination que l'épreuve de la glycosurie alimentaire est faussée au maximum. Dans ces conditions, alors même que le foie est profondément altéré, le sucre n'apparaît dans l'urine qu'après l'ingestion de doses considérables.

Dans un cas de cancer du pylore avec néphrite interstitielle, malgré l'existence d'un cancer secondaire très étendu du foie, il a fallu donner 350 grammes de sirop de sucre pour obtenir la glycosurie. Chez un sujet atteint de cancer de l'œsophage et de dégénérescence kystique des reins, malgré une insuffisance hépatique attestée par l'urobilinurie et l'hypoazoturie, et due à la généralisation du cancer au foie, la glycosurie n'est apparue qu'après l'ingestion de 450 grammes de sirop.

1. Lépine, *Congrès de médecine* de Bordeaux (1895) et de Saint-Etienne (1897); *Revue de médecine*, octobre 1897.

Enfin, dans un cas de cirrhose atrophique, une première épreuve avait montré que 150 grammes de sirop suffisaient à provoquer déjà le passage du sucre dans l'urine, l'absorption et l'élimination étant reconnues normales par le procédé du bleu de méthylène. Puis survinrent des vomissements répétés, et l'élimination tardive du bleu introduit par la voie gastrique et la voie sous-cutanée révéla des troubles combinés de l'absorption et de l'élimination : une seconde épreuve fut alors tentée, et non seulement la dose de 150 grammes de sirop ne détermina plus aucune glycosurie, mais le sucre ne passait pas encore dans l'urine après l'ingestion de 250 grammes. La mort du sujet empêcha de préciser la dose nécessaire pour produire le phénomène.

Mais ce fait, avec ses deux phases successives, n'en reste pas moins particulièrement instructif, car il fait bien voir comment une faible dose de sucre, absorbée normalement et éliminée de même après avoir franchi sans obstacle un foie profondément lésé, cesse de passer dans l'urine lorsque, le foie ne s'étant point amélioré, l'absorption et l'élimination ont éprouvé des troubles.

En résumé, il est impossible d'interpréter l'épreuve de la glycosurie alimentaire aussi simplement que la théorie paraît l'indiquer. En particulier, un résultat négatif, obtenu après l'ingestion du 150 grammes de sirop de sucre, ne permet nullement de conclure que le foie fonctionne bien, car, dans les conditions de l'épreuve, les troubles de l'absorption digestive et de l'élimination rénale peuvent, à eux seuls, mettre obstacle à l'apparition de la glycosurie, alors même que le foie profondément altéré n'offrirait aucune résistance au passage du sucre. Aussi convient-il toujours, en pareil cas, d'interroger l'absorption et l'élimination, ce qu'il est possible de faire par des moyens relativement simples.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Guérison d'un cas de tétanos traité par dix injections de sérum antitétanique,

Par le Dr Ed. Boinet,

Agrégé des Facultés, médecin des hôpitaux, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Santini, 49 ans, portefaix, travaillait les 7 et 8 octobre 1897, dans les cales d'un steamer, la *Ville-de-Paris*, qui était chargée de sacs de sucre : 24 jours avant, ils avaient été souillés par de la terre, au port d'embarquement de la Réunion (on sait que la terre des pays chauds est encore plus tétanigène (1) que celle de nos climats et peut conserver pendant longtemps ses propriétés nocives). Chez notre malade, le bacille tétanique a pénétré non seulement par des écorchures, dont on voyait encore les traces à son entrée à l'Hôtel-Dieu ; mais aussi par les voies respiratoires. Il existait, dans cette cale, des flots de poussière soulevée par le déchargement des sacs et par un fort courant d'air, pénétrant par un hublot placé immédiatement au-dessus des travailleurs, qui, suivant l'expression du malade, recevaient constamment une douche d'air froid sur le dos. Huit jours plus tard, le malade ressent, sans fièvre ni frissons, une contracture des masséters qui l'oblige à n'avaler que des

1. C'est ainsi que nous avons vu, au Tonkin, plusieurs cas de tétanos, à incubation de courte durée, à marche rapide, se développer chez des Annamites, qui, en marchant nu-pieds, favorisaient singulièrement la pénétration des bacilles tétaniques, contenus dans la terre, au niveau des plaies ou des écorchures, même légères, de la plante des pieds.

liquides. Le lendemain, les douleurs violentes, avec contracture, s'étendent et se généralisent : les muscles du cou, surtout les sterno-cléido-mastoïdiens, les muscles de la nuque, de la région lombaire, sont les premiers atteints; les membres inférieurs ne sont pris que 5 jours après; les membres supérieurs restent indemnes.

Le malade n'entre à l'Hôtel-Dieu que 8 jours après le début de ce tétanos. Nous le trouvons dans le décubitus dorsal; la tête est fortement rétractée en arrière; la contracture des muscles de la nuque est telle qu'on ne peut obtenir le moindre mouvement de flexion même en employant une certaine force. Les deux sterno-mastoïdiens, durs, tendus, contracturés, se dessinent sous la peau sous forme de véritables cordes; les mouvements latéraux de la tête sont impossibles : les masséters sont tellement contracturés qu'on ne peut obtenir le moindre écartement entre les arcades dentaires. Tous les muscles du thorax sont très durs, très douloureux; les grands pectoraux font une saillie très marquée; le thorax paraît contracturé en bloc; la respiration est diaphragmatique, abdominale; on compte 24 inspirations par minute. Les parois de l'abdomen sont dures et tendues, les grands droits forment sous la peau deux cordes volumineuses. Les muscles des gouttières lombaires et des membres inférieurs sont contracturés au point que le malade pourrait être soulevé d'une seule pièce, seuls les muscles des membres supérieurs sont respectés. L'hypéresthésie cutanée est générale; elle est plus accusée au niveau du thorax et des membres inférieurs : il ne peut supporter le poids des couvertures. La recherche de la trépidation épileptoïde est très douloureuse; avec ce degré de contracture, il est difficile d'apprécier l'état des réflexes rotuliens; ils ne sont pas très exagérés. Toutes les fonctions sont normales. Pouls à 68, température 37°.

22 octobre. Première injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur à 11 heures du matin; seconde injection à 10 heures du soir. Après l'injection, le pouls est à 74; la température à 37°2; la respiration à 26. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; 50 centimètres cubes sont injectés, sans résultat, dans la veine marginale d'un gros lapin (il présente successivement de la dyspnée, de l'accélération du pouls, du myosis, quelques spasmes convulsifs généralisés, puis du ralentissement de la respiration et une torpeur profonde; il se remet vite).

23 octobre. La contracture des masséters diminue, celle des sterno-mastoïdiens, des muscles de la nuque, du thorax persiste; la respiration est difficile, pénible; les membres supérieurs sont, pour la première fois, légèrement contracturés; les membres inférieurs sont douloureux, rigides, dans l'extension forcée; la flexion est impossible. La température reste toujours normale.

24 octobre. L'intensité de ces diverses contractures diminue, les membres supérieurs redeviennent souples. Plusieurs crises, consistant en une exagération de ces contractures et de l'hypéresthésie cutanée, se produisent soit à l'occasion du bruit, soit spontanément.

25 octobre. Une légère amélioration survient; le malade peut plier les jambes; les réflexes rotuliens sont très exagérés. Troisième injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Cette même dose est injectée, chaque jour, pendant une semaine (la dose totale de sérum s'est donc élevée à 100 centimètres cubes).

Le 27, le malade peut se lever seul sans l'aide de l'infirmier; il peut fléchir les jambes; les muscles du thorax et surtout les grands pectoraux sont fort peu contracturés; les sterno-mastoïdiens, les muscles de la nuque et ses gouttières vertébrales sont toujours durs, tendus et douloureux; la contracture des masséters est moins accusée. L'hypéresthésie cutanée a diminué, on pratique la 5e injection de sérum.

Le 28, cette amélioration ne persiste pas; les contractures des muscles de la nuque, du cou, du thorax, des membres inférieurs, ont momentanément augmenté; elle s'accentue davantage le 29. On fait une 7e injection de sérum. Le 30, l'état reste stationnaire. Le 2 novembre, on pratique la 10e et dernière injection. Le malade peut se lever, manger des aliments solides, il est guéri; le 12 novembre, il est toujours en parfait état.

Remarques. — Cette observation est intéressante au point de vue *étiologique* et *thérapeutique*. Elle montre que les germes tétaniques peuvent conserver longtemps leur virulence même dans de la terre desséchée, qui recouvre les marchandises provenant des pays chauds; elle prouve aussi qu'il est utile de multiplier les injections de sérum antitétanique.

Nous avons recherché, dans la littérature médicale, les cas de guérison de tétanos traité par le sérum antitétanique. Leur étude nous permettra de dégager les circonstances favorables à la guérison et complétera l'article que nous avons publié, en 1895, dans le *Traité de thérapeutique appliquée* de A. Robin, fascicule V, page 165. Depuis cette époque, nous avons groupé 42 cas de guérison de tétanos confirmé, dont on trouvera l'indication bibliographique dans l'index médical de la *Revue de Hayem*, qui se répartissent ainsi : 2 *tétanos chronique* (Tracey, antitoxine Tizzoni, Pattani, Broca, sérum antitétanique), 3 *tétanos céphalique* (Caretti, De Palma, Trapp, antitoxine Tizzoni); 23 *tétanos*, à *incubation* plutôt *longue*, à *marche subaiguë* ou à *évolution chronique*. Dans les cas appartenant à cette dernière catégorie, l'*antitoxine* et surtout celle de Tizzoni a été utilisée par Casali, Cereignani, Tome, Cignani, Ranfagni, Percy Dean, Evans, Marriot, Thompson, Baker, Fauger, Wood, Jacob; le *sérum antitétanique* a été employé par Prœgler, Further, Muns, Swindells (2 cas), Austin, Delbecq; l'*antitoxine de Behring* a donné deux succès à Willemer et Bienwald. Enfin 13 cas de guérison de *tétanos traumatique* ont été publiés par Giusti, Turner, qui se sont servis de sérum antitétanique et par Rabitti, Cenci, Frassi, Greenwood, Fenwick, Gornall, Grayson, Tirard, Dœfling, Chalmers, Cavandoli, qui ont injecté de l'antitoxine. Dans les 3 premiers cas, c'est l'antitoxine de Tizzoni, qui a été employée.

Conclusions. — En résumé la sérothérapie antitétanique aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle sera employée préventivement (Roux, Vaillard, Nocard), que la période d'incubation du tétanos sera plus longue et que sa marche sera plus lente. C'est alors que l'intoxication progressive et graduelle des éléments nerveux par la toxine tétanique laisse au sérum le temps d'agir surtout si la prompte ablation du foyer local d'infection empêche la résorption et l'élaboration du poison tétanique.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

DEUXIÈME SESSION

Tenue à Paris les 21, 22 et 23 octobre 1897.

Séance du 23 Octobre 1897 (soir). (Fin.)

Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de « dédoublement ».

M. Loumeau (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'appliquer 3 fois, avec un succès immédiat et complet, le procédé de dédoublement au traitement de fistules vésico-vaginales consécutives : l'une, à un accouchement désastreux; la seconde, à l'ulcération produite par le port d'un vieux pessaire; la troisième à la fistulisation d'une taille vaginale. En dédoublant, par la dissection, les lèvres de la fistule, j'ai suturé au catgut, par leurs faces cruentées, les deux lambeaux vésicaux, refoulés vers

la cavité vésicale; puis, au fil d'argent, les faces cruentées des deux lambeaux vaginaux, dont les lèvres forment alors un relief saillant dans le vagin. Une sonde de Malécot fut ensuite laissée à demeure, par l'urèthre, dans la vessie, et maintenue béante jusqu'à cicatrisation parfaite de la plaie opératoire, obtenue du 8e au 10e jour. Cette méthode me paraît devoir être préférée à la méthode américaine, sur laquelle elle a le triple avantage de la simplicité, de la facilité et de l'efficacité.

Sur quatre cas de tumeur de la vessie.

M. A. Malherbe (de Nantes). — J'ai étudié quatre tumeurs vésicales, dont l'une a été opérée par M. Pousson et les trois autres par moi.

Trois de ces tumeurs sont des papillomes. Les symptômes observés ont été des hématuries assez abondantes chez les trois malades; les douleurs ont été nulles ou très modérées; dans la seconde observation, nous notons des rétentions d'urine, faciles à expliquer par la situation de la tumeur pédiculée qui venait s'appliquer contre l'orifice vésico-uréthral, à la manière d'un clapet. Les trois tumeurs ont été assez facilement vues au cystoscope avant l'opération.

L'étude anatomique montre qu'il s'agit de papillomes, faciles à distinguer des épithéliomes, si, comme l'a bien montré Albarran, on a soin de rechercher au centre des masses épithéliales la petite tige conjonctivo-vasculaire qui est le centre de chaque papille. Les vaisseaux y sont dilatés hors de proportion, et le sang y circule mal; le tissu conjonctif péri-vasculaire subit une transformation granuleuse, de sorte que le vaisseau n'est plus soutenu. Que l'épithélium très fragile, qui recouvre la papille, vienne à tomber, il en résultera une hémorrhagie qui pourra être très abondante, en raison de la largeur relative des vaisseaux et de l'altération de leurs parois.

Dans certains cas, cependant, il est nécessaire de sectionner l'urèthre sur une grande longueur, soit pour enlever un rétrécissement, soit pour poursuivre des polypes qui se prolongent à une certaine profondeur. L'uréthrotomie externe pratiquée sur la paroi inférieure, la section de la cloison uréthro-vaginale se répare rarement par réunion primitive; la désunion laisse une fistule, une brèche qu'il faut plus tard combler. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai eu l'idée de choisir de préférence la paroi supérieure de l'urètre pour pratiquer l'uréthrotomie externe chez la femme. Voici le manuel opératoire auquel je donne la préférence : l'urèthre est séparé de la symphyse à l'aide d'une incision courbe en bas, qui circonscrit la circonférence supérieure du méat et se prolonge de chaque côté sur les parties latérales du vestibule. L'urèthre, ainsi décollé aussi loin qu'il est nécessaire, est abaissé avec la paroi vaginale correspondante; dès lors, la paroi uréthrale supérieure est largement accessible, elle peut être incisée jusqu'à la vessie, s'il est besoin. Une fois l'opération terminée, la brèche uréthrale est comblée par la suture : les parois uréthrales sont adossées, la brèche du vestibule est fermée par une suture à étages; et si la réunion échoue, il se produira un simple décollement et non pas une fistule.

J'ai eu recours à ce procédé pour extirper, chez une malade, des polypes qui s'étendaient à toute la longueur de l'urèthre, et jusque près du col de la vessie. L'urèthre, une fois décollé, fut incisé dans toute la longueur de la paroi supérieure, jusqu'au delà de la symphyse; l'ablation des polypes fut faite à l'aide de ciseaux et du thermocautère, et la plaie fermée comme je l'ai dit.

Malgré une désunion superficielle occasionnée par le séjour d'une sonde à demeure, la plaie s'est fermée en trois semaines; et la malade, complètement guérie, ne porte qu'une petite cicatrice sus-uréthrale, comme vestige de l'opération.

Cinq cas de polypes uréthraux.

M. Janet (de Paris). — Les polypes de l'urèthre, si fréquents chez la femme, sont loin d'être rares chez l'homme.

On peut les diviser en polypes de la fosse naviculaire, visibles à l'œil nu, et polypes profonds, accessibles seulement à l'endoscope.

Parmi les polypes profonds, les uns sont liés au processus scléreux du rétrécissement, les autres sont indépendants de ce processus. Nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Nous en avons observé 5 cas.

Ils nous permettent de diviser cette classe de polypes uréthraux en polypes lisses vermiformes, qui, dans quatre de nos observations étaient toujours uniques et fixés à la paroi inférieure du bulbe, et en polypes papillomateux multiples et disséminés sur des points quelconques de l'urèthre antérieur. Nous n'en avons jamais rencontré dans l'urèthre postérieur. Dans un de nos cas, ces polypes papillomateux multiples coïncidaient avec un polype lisse vermiforme du bulbe.

L'ablation de ce polype se fait à l'aide du serre-nœud pour les polypes vermiformes, à l'aide de la curette et du galvanomètre pour les polypes papillomateux. Ces derniers ont une plus grande tendance à la récidive que les premiers.

Ces observations doivent nous engager à recourir à l'endoscopie uréthrale dans tous les cas d'uréthrite chronique rebelle au traitement.

La quatrième observation est beaucoup plus intéressante par sa rareté. Il s'agit d'une tumeur située dans la paroi vésicale, entre le pubis et le col. Cette tumeur s'était révélée par des hématuries, qui se rapprochaient de plus en plus. Il y avait peu de douleurs, et, sauf l'hématurie, peu de troubles de la miction. La cystoscopie, qui fut très difficile (on dut préparer le canal par de gros béniqués et l'incision préalable du méat), fit voir une grosse tumeur blanchâtre et assez lisse. Au cours de l'opération, on trouva une tumeur bilobée, soulevant, au-dessus de l'orifice uréthral, la muqueuse vésicale, à peu près saine, en apparence.

Une incision de la muqueuse vésicale permit de mettre à nu une tumeur bien enkystée, qui fut énucléée, non sans peine, avec le doigt. Elle était située au-dessous de la symphyse. Histologiquement, cette tumeur, que j'avais prise pour un myome, présentait une trame fibreuse et des cavités tapissées d'épithélium. On put reconnaître à l'œil nu un grand nombre de petites cavités creusées au milieu du tissu fibreux et contenant une substance grenue. A un faible grossissement, les préparations ressemblaient à des coupes de corps thyroïde, l'épithélium étant aplati par la pression de dedans en dehors du contenu des cavités adénomateuses.

A un plus fort grossissement, il devenait manifeste, dans les points bien conservés, que l'épithélium était caliciforme. Il s'agissait donc d'un adénome muqueux. Quel était son point de départ? Glandes de la vessie ou glandes profondes de la région prostatique? Il est difficile de trancher la question. Toutefois, l'origine extra-vésicale semble peu probable. Il est remarquable que cette tumeur ait déterminé autant d'hématuries, malgré l'intégrité apparente de la muqueuse vésicale. Il s'agissait probablement de congestions suivies de sortes d'épistaxis vésicales.

Au point de vue clinique, cette observation montre que des tumeurs paraissant de mauvaise nature, au premier abord, peuvent être parfaitement justiciables d'une opération chirurgicale. Il convient donc, en dehors des cas absolument inopérables, de faire une cystotomie, qui pourra rester exploratrice, mais qui pourra parfois devenir curative.

Fragmentation et expulsion spontanées des tumeurs de la vessie.

M. Desnos. — La marche des tumeurs de la vessie est essentiellement variable et présente souvent des rémissions de longue durée qui simulent une guérison. Dans 4 cas j'ai pu, grâce à des examens cystoscopiques répétés, observer de près cette évolution et saisir le mécanisme. J'ai assisté ainsi à l'élimination progressive de fragments de tumeurs qu'on retrouvait dans l'urine et que les malades expulsaient en fragments plus ou moins volumineux.

Ces faits sont connus depuis longtemps, mais, en général, ils ne conduisent pas à une guérison; ils signifient au contraire qu'il existe une volumineuse tumeur dont les franges se dissocient facilement. L'examen direct m'a montré que cette élimination peut s'étendre jusqu'au pédicule même de la tumeur, laquelle semble disparaître complètement. Ailleurs, le mécanisme est différent, plus curieux encore : car il s'agit de productions séniles qu'on voit peu à peu s'affaisser, sans retrouver dans les sédiments de l'urine aucun débris de tumeur.

Ces phénomènes se produisent chez des sujets âgés, et peut-être faut-il voir là un exemple de la marche lente du cancer chez les vieillards. Rarement le phénomène se produit au cours d'une cystite; mais les fragments s'éliminent surtout pendant les périodes aseptiques de l'affection. Enfin, il faut peut-être attribuer une influence particulière à l'agent thérapeutique employé : tous ces malades ont été traités au moyen d'injections intra-vésicales de bleu de méthylène.

Ce dernier ne nous a pas paru posséder les propriétés qu'on lui a attribuées contre les productions cancéreuses; mais c'est un antiseptique remarquable et qui agit puissamment contre les infections vésicales. Ces faits exceptionnels montrent qu'on doit se montrer réservé dans un pronostic au sujet des tumeurs vésicales, mais ne change rien aux indications de l'intervention chirurgicale contre ces productions.

Sur un cas de tumeur vésicale.

M. Pousson (de Bordeaux). — J'ai opéré, il y a une quinzaine de jours, un homme chez lequel j'avais diagnostiqué une tumeur de la vessie. Je trouvai, au cours de l'intervention, une tumeur volumineuse, qui, enlevée, présentait en un point un petit prolongement canaliculé, que je pensais de suite être l'uretère. Tout d'abord aucun incident ne suivit l'intervention. Mais, au bout de quelques jours, survinrent de la fièvre et quelques douleurs du côté du rein. Bientôt on perçut la présence d'une tumeur lombaire : il s'agissait d'une volumineuse pyonéphrose que j'ai opérée la semaine dernière. A mon grand étonnement l'examen histologique, qui demandera à être répété d'ailleurs, aurait montré que le prolongement canaliculé dont j'ai parlé n'était pas l'uretère.

Tumeur développée dans un énorme diverticule de la vessie.

M. Nicolich (de Trieste). — A l'autopsie d'un homme de 70 ans, ancien rétréci, j'ai trouvé une vessie dilatée, à parois épaissies et à muqueuse ulcérée. Sur le côté droit de la vessie, derrière l'urèthre, se trouvait un orifice de 2 centimètres de diamètre, et conduisant dans un diverticule qui avait la forme d'une vessie et qui était plus grand que la vessie même; dans ce diverticule s'était développé une tumeur villeuse de gros volume.

Corps étrangers de la vessie.

M. Picqué (de Paris). — J'ai fait deux tailles pour corps étrangers de la vessie. Dans le premier, il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital pour salpingite. Pendant l'examen, la malade laissa échapper un jet d'urine sanglante, ce qui permit, par l'examen vésical qui fut fait, d'établir le diagnostic de corps étranger de la vessie. La taille vaginale fut pratiquée, et fit découvrir dans la vessie un fragment de porte-plume en ivoire de 10 centimètres de longueur environ, dont une extrémité était entourée d'un gros calcul.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme présentant un rétrécissement de l'urèthre, avec quelque légers phénomènes vésicaux.

L'uréthrotomie fut pratiquée, et, comme les phénomènes de cystite ne cessaient pas, je pratiquai l'examen vésical, qui me permit de diagnostiquer la présence d'un gros calcul. Par la taille hypogastrique, je mis à découvert un calcul blanchâtre, autour duquel était enroulée une bougie conductrice d'uréthrotome, qui avait évidemment été laissée dans la vessie du malade, à l'insu de celui-ci, lors d'une uréthrotomie qu'il avait subie antérieurement.

De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urèthre féminin.

M. Legueu (de Paris). — On a rarement l'occasion de pratiquer sur l'urèthre féminin les opérations complexes que nécessitent les inflammations plus profondes de l'urèthre de l'homme.

Syphilome diffus de la verge.

M. Glantenay (de Paris). — Voici une observation assez rare; il s'agit d'un homme de 30 ans, ayant eu une syphilis certaine, traitée seulement pendant 15 jours, et qui vit se développer, 4 ans après le chancre, une induration de l'urèthre. Le syphilome diffus de l'urèthre transformait le canal en un cordon dur du frein préputial, au fond du perinée, il y avait sur le gland des syphilides tuberculo-ulcéreuses. Le résultat de ces lésions était des mictions fréquentes et douloureuses ; un jet éparpillé en éventail.

Le malade fut soigné par M. Fournier, et, rapidement, un traitement spécifique amena une guérison à peu près complète; cessation des troubles fonctionnels et disparition de l'induration, sauf un tout petit noyau au niveau du frein.

Anatomie et développement de l'urèthre d'après des projections de préparations microscopiques.

M. Hogge (de Liège). — Voici des coupes en série de l'urèthre, de la prostate et de la vessie du nouveau-né; de la prostate d'adulte au niveau de l'utricule et des canaux éjaculateurs; puis de tout le bassin de fœtus de 2 mois 1/2, de 3 mois et à terme.

Je déclare qu'il est imprudent de conclure, des expériences faites chez l'animal sur la prostate, à ce qui doit se passer vraisemblablement chez l'homme (à propos de la castration et de la vasectomie notamment). Car rien ne permet d'assimiler complètement la prostate de l'homme, au point de vue physiologique et pathologique, à celle des animaux. Ceux-ci ont, en effet, même chez les mammifères, un système de glandes sexuelles annexes qui ne répondent que de loin le plus souvent à ce qui existe chez l'homme.

L'anatomie comparée de cet organe éclairera seule, selon moi, sa physiologie normale et anormale. Ce sont ces études difficiles et arides que je compte poursuivre.

M. Albarran. — Depuis 2 ans, je poursuivis des recherches sur le développement et la structure normale de la prostate; mes travaux n'étant pas encore terminés, je tiens seulement, à propos de l'intéressante communication de M. Hogge, à confirmer certains détails et à en préciser d'autres.

Les deux agglomérations principales des glandes prostatiques se développent d'abord en arrière de l'urèthre, et finissent peu à peu par entourer complètement le canal. Chez l'adulte, les glandes forment toujours un cercle complet, mais seulement dans une portion de la région prostatique. En avant, juste en arrière du sphincter membraneux, les glandes ne forment qu'une demi-gouttière; de même en arrière, au niveau du col vésical, la prostate constitue une gouttière ouverte en avant; entre ces deux points les glandes entourent complètement l'urèthre. Le sphincter strié continue le sphincter membraneux, et les glandes sont toujours au-dessous de lui, le pénétrant quelquefois par leurs culs-de-sac.

En plus des fibres musculaires qui entourent les conduits éjaculateurs, j'ai toujours vu un véritable éperon prostatique dans toute l'étendue du verumontanum. Cet éperon est formé par des fibres musculaires lisses transversales, et par de nombreuses fibres élastiques. Les canaux excréteurs des glandes passent à droite et à gauche de l'éperon. Le réseau élastique de la prostate est très remarquable dans les préparations colorées à l'orcéine. Les fibres, très abondantes au niveau de l'éperon et autour de l'urèthre, se prolongent entre les glandes jusqu'au tissu péri-prostatique.

En arrière et sur les côtés de la prostate existe un plexus nerveux très riche, formé par des fibres de Remak et de nombreux ganglions; ce plexus se continue sur les vésicules séminales.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Novembre 1897.

Radiographie en cas de corps étrangers du crâne.

M. Marey rend compte d'une série de recherches radiographiques faites par M. Rémy, lesquelles recherches, exécutées avec l'appareil de Contremoulin, lui ont permis de déterminer très exactement la situation des projectiles et corps étrangers dans le cerveau.

M. Le Dentu cite un cas de trépanation avec extraction de la balle dont la situation exacte dans le cerveau a été déterminée au moyen de l'appareil radiographique de Contremoulin.

M. Landouzy tient à rappeler, à l'occasion du travail lu par M. Le Damany dans la séance précédente, que dès 1881 il a soutenu la nature tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses, idiopathiques, simples, dites *a frigore*.

M. Tuffier fait une communication sur la gastro-entérostomie pour rétrécissement non cancéreux du pylore, qui sera publiée *in extenso* dans un prochain numéro.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 Novembre 1897.

Modifications histologiques des cellules nerveuses dans l'état de fatigue.

M. Ch.-Am. Pugnat. — Dans cette étude j'ai choisi, pour être soumis à l'excitation électrique, les ganglions spinaux de jeunes chats, comme se prêtant mieux à la recherche et la préparation du nerf sur lequel sont appliquées les électrodes. Or, de l'examen attentif de ces préparations il résulte que la fatigue se traduit dans les cellules nerveuses par une diminution de volume du corps cellulaire et du noyau et par la disparition de la substance chromatique du protoplasma, mais je n'ai jamais constaté le ratatinement du noyau ni son émigration à la périphérie de la cellule, modifications qui avaient été signalées par quelques auteurs.

Des deux facteurs principaux de la fatigue expérimentale de la cellule nerveuse, c'est-à-dire l'intensité et la durée de l'excitation, le premier joue un rôle prépondérant : il semble, en effet, qu'un courant intense qui n'agit que peu de temps produise des modifications cellulaires plus profondes qu'un courant d'intensité moitié moindre, mais d'une durée deux fois plus longue.

Les huîtres de Cette au point de vue des microbes pathogènes.

MM. Ad. Sabatier, A. Ducamp et **J.-M. Petit.** — On a soutenu dans ces derniers temps que l'ingestion des huîtres semblait pouvoir, dans quelques cas, être rangée parmi les causes de fièvre typhoïde : le mollusque serait alors, disait-on, le vecteur de l'agent pathogène de la maladie, et la pénétration de cet agent pathogène dans l'intérieur du mollusque serait rendue d'autant plus facile que l'élevage des huîtres se fait habituellement dans des eaux riches en débris organiques.

Désireux de vérifier le fait, nous avons entrepris plusieurs séries de recherches soit sur des huîtres prises dans le parc d'élevage de Cette, soit sur des mollusques provenant directement de Marennes, soit enfin sur des huîtres infectées expérimentalement par le colibacille ou le bacille typhique. Les résultats obtenus montrent que ces bacilles ne se trouvent habituellement pas dans les huîtres du parc d'élevage de Cette, même quand ces coquillages ont été placés dans les points où l'un au moins de ces microbes doit être présent et même lorsque les microorganismes en question ont été introduits artificiellement et que l'examen est fait quelques jours après cette infection expérimentale.

Il en résulte que l'ingestion alimentaire des huîtres de Cette, considérée par quelques auteurs comme l'une des conditions étiologiques démontrées de la fièvre typhoïde, ne nous paraît pas mériter de prendre place définitivement en médecine.

D'ailleurs, les faits que nous venons de relater nous paraissent tout à fait en harmonie avec les résultats statistiques recueillis par l'un de nous et montrant que, à Cette, le nombre des cas de fièvre typhoïde ne dépasse pas la moyenne relevée dans les autres villes de même population, quoique la consommation des huîtres des parcs y soit considérable, puisqu'elle atteint 2 millions d'huîtres par an.

Dans quelles limites l'oxyde de carbone est-il absorbé par le sang d'un mammifère vivant, et quelle est l'influence du temps sur cette absorption?

M. N. Gréhant relate les résultats des expériences qu'il a instituées pour résoudre ces deux questions :

Dans un mélange à 1/15 000, par exemple, le sang d'un chien soumis à l'expérience est capable de fixer l'oxyde de carbone avec une certaine énergie : en deux heures, l'animal a fait circuler dans ses poumons 485 litres d'air, qui contenaient 32 c.c. 5 d'oxyde de carbone pur; le poids du sang, d'après les recherches que l'auteur a faites autrefois avec Quinquand, étant égal à 1/12 du poids du corps, il est facile de reconnaître par le calcul que le sang a fixé en deux heures la cinquième partie du volume d'oxyde de carbone qui avait circulé dans les poumons.

Pour des mélanges compris entre 1/6 000 et 1/60 000, les volumes d'oxyde de carbone fixés par 100 c.c. de sang sont exactement porportionnels au temps.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Novembre 1897.

Transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement.

M. Castaigne. — A l'occasion de la communication de MM. Landouzy et Griffon sur le passage de la propriété agglutinante de la mère à l'enfant par le lait, je rappellerai que j'ai observé un cas analogue (1).

Non seulement j'ai constaté que l'enfant nourri au sein par sa mère atteinte de fièvre typhoïde présentait la séro-réaction, mais encore j'ai dosé la substance agglutinante dans le sérum, le lait et les urines de la mère et dans le sérum de l'enfant. L'agglutination maxima dans le sérum de la mère fut de 1/1200 et de 1/600 dans son lait, tandis qu'elle ne dépassa pas 1/30 dans le sérum du nouveau-né.

Dans notre observation, la transmission de la substance agglutinante par l'allaitement semble donc bien établie et prouvée par une triple série de preuves : la mère, au moment de l'accouchement, n'avait pas encore la fièvre typhoïde et ne l'avait jamais eue auparavant, si bien que l'on ne peut pas admettre la transmission par le placenta. L'enfant n'avait pas la fièvre typhoïde, ce qui a été établi cliniquement et bactériologiquement; aussi ne peut-on pas admettre que la substance agglutinante ait été formée dans ses propres tissus. Enfin, l'enfant ayant été sevré, la séro-réaction disparut pour reparaître quand on lui redonna le lait maternel, ce qui est bien en rapport avec la séro-réaction passivement acquise.

Comme, d'autre part, j'ai pu expérimentalement transmettre à des lapins la séro-réaction à la condition expresse de créer chez eux des lésions du tube gastro-intestinal, il semble que l'on peut conclure de l'observation clinique et de mes expériences :

1° La transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement est possible dans des cas probablement rares.

2° Les conditions les plus favorables à cette transmission sont

1. *Méd. moderne*, 12 novembre 1897.

réunies lorsque la nourrice présente dans son lait une réaction très intense en même temps que l'enfant a des lésions astro-intestinales permettant une absorption plus rapide et plus complète de la substance agglutinante.

M. Widal. — Le passage de la substance agglutinante par l'allaitement doit être rare. Le seul cas authentique est celui de MM. Landouzy et Griffon dans lequel le nourrisson est resté en bonne santé. Au contraire, dans le cas de M. Castaigne, l'enfant avait la diarrhée et est mort avec des phénomènes intestinaux; son autopsie n'a pas été faite; peut-être a-t-il succombé à une infection typhique anormale.

La souris est le seul animal chez lequel nous ayons pu avec M. Sicard observer l'absorption de la substance agglutinante introduite par l'allaitement. On conçoit que les ulcérations du tube digestif facilitent l'absorption.

M. Castaigne. — *Cliniquement*, l'enfant dont j'ai rapporté l'observation n'avait pas de fièvre; d'autre part les troubles gastro-intestinaux dont il souffrait avaient débuté longtemps avant la dothiénentérie de sa mère, si bien qu'au point de vue clinique il est difficile de croire que le nouveau-né ait eu la fièvre typhoïde.

Bactériologiquement, la ponction de la rate pratiquée à plusieurs reprises ainsi que la culture des selles sur milieu d'Elsner a constamment été négative.

Au point de vue de la séro-réaction enfin, le fait que l'agglutination cessa dans le sérum de l'enfant quand on le sevra pour reparaître quand on lui redonna le sein maternel, nous paraît bien indiquer qu'il s'agit d'une séro-réaction passivement acquise.

Ces trois ordres de preuves paraissant se confirmer mutuellement nous semblent suffisantes pour affirmer qu'il s'agit dans notre observation d'un cas de transmission de la substance agglutinante par l'allaitement.

M. Widal objecte que la ponction de la rate est difficile chez le nouveau-né, que la méthode d'Elsner est d'une application délicate, et que les variations de l'agglutination peuvent être fortuites.

Séance du 20 novembre 1897.

Typhlite gangréneuse par intoxication alcoolique aiguë chez le cobaye.

M. Péron. — Des cobayes, après résection partielle du foie, ont reçu sous la peau, *chaque jour*, 1 c.c. d'alcool absolu, dilué dans partie égale de sérum artificiel chloruré stérilisé, 4 sur 5 sont morts après 3-4 injections.

Tous présentaient la même lésion.

Le cæcum, et particulièrement la région sous-valvulaire de cette partie de l'intestin, est le siège d'eschares multiples.

L'une d'elles s'est rompue, les matières stercorales se sont épanchées dans le péritoine.

Le reste du tube digestif est indemne.

Au point d'injection de l'alcool aucune lésion locale.

La rate est petite, culture du sang du cœur négative.

Il ne saurait être question de septicémie.

3 cobayes sains, sans résection antérieure du foie ont reçu la même quantité d'alcool dans le même temps : un seul, le plus petit a succombé à 4 c.c. Les deux autres survivent après avoir reçu 7 c.c.

Choléra nostras colibacillaire mortel chez une nourrice.

M. J. Hobbs (de Bordeaux). — Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, nourrice, qui succomba le 6e jour après le début d'une diarrhée accompagnée des signes classiques du choléra.

L'examen bactériologique des selles a permis d'y retrouver un microbe qui a présenté toutes les réactions du colibacille. Sa virulence était très grande puisqu'un cobaye inoculé avec 10 gouttes d'une culture dans le bouillon est mort 18 heures après avec de la péritonite purulente.

L'examen histo-bactérioscopique des organes de la malade montre le B. coli dans le rein, l'intestin, la rate et jusque dans le sein.

Ce dernier point nous permet de supposer que des accidents semblables auraient pu survenir chez le nourrisson si l'allaitement n'avait pas été supprimé.

M. Vaquez fait une communication sur la nécessité d'employer les solutions stérilisées dans les recherches sur l'hématolyse et l'isotonie du sang.

M. Triboulet fait une communication sur le microbe du rhumatisme (voir p. 1125).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Novembre 1897.

Abcès sous-phréniques.

M. Michaux a opéré il y a quelque temps une malade de M. Gilbert, et chez laquelle il trouva une énorme poche sous-diaphragmatique. Le diaphragme remontait jusqu'à la troisième côte. Malgré une amélioration de quelques jours, la malade mourut et à l'autopsie on constata qu'il s'agissait d'une tuberculose enkystée péritonéale, sus-hépatique, sous-diaphragmatique (voir *Gazette*, 1897, p. 1100).

M. Peyrot. — A côté de ces cas de tuberculose péritonéale, il est une forme rare d'abcès sous-phrénique, que M. Peyrot n'a eu l'occasion de remontrer qu'une seule fois. C'était il y a 5 ou 6 ans, chez une femme de 40 ans, atteinte de douleur dans le côté droit du thorax et de fièvre et chez laquelle une ponction avait ramené quelques gouttes de pus. Elle passa dans le service avec le diagnostic de pleurésie purulente. Au cours de l'opération, après une résection costale, la plèvre fut trouvée absolument saine; le diaphragme incisé permit de découvrir une petite cavité pleine de pus, siégeant à la surface du foie. M. Peyrot pratiqua alors une ponction dans le tissu hépatique pour se rendre compte de l'état de l'organe et la pointe de l'aiguille vient tomber sur un corps dur. Drainage. La suppuration continua et la malade mourut quelque temps après. A l'autopsie il s'agissait en somme d'uu abcès sous-diaphragmatique, dû à un kyste hydatique calcifié du foie, dont toute la zone périphérique était infectée et l'infection avait cheminé pour gagner la face inférieure du diaphragme et y amener la formation d'un abcès.

M. Tuffier est intervenu dans deux cas de collection sous-diaphragmatique. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 30 ans, présentant de la douleur à la base du thorax à gauche et qui était soignée pour une pleurésie. M. Tuffier la vit vers le 25e ou le 30e jour. Le murmure vésiculaire s'entendant partout et la ponctien ayant ramené du liquide, il s'agissait sans doute d'une pleurésie diaphragmatique. Au cours de l'opération il fallut traverser la plèvre, le diaphragme et c'est seulement sous le muscle que fut trouvée puis vidée une collection purulente. L'étiologie de ce cas était particulièrement intéressante, la malade n'ayant rien autre comme antécédent morbide qu'une poussée de furoncles quelque temps avant le développement de l'abcès. Dans le pus on retrouva le staphylocoque doré. Ultérieurement elle fit une pyélo-néphrite gauche, puis une pyélo-néphrite droite et toujours dans le pus on retrouva le staphylocoque.

Dans le second cas on croyait à un kyste hydatique de la face supérieure et postérieure du foie; plusieurs ponctions ramenèrent du liquide séro-sanguin. Il s'agissait de tuberculose.

M. Routier rapporte deux cas remarquables et par leur pathogénie et par le mode de terminaison. La première fois que M. Routier intervint, c'était pour un homme ayant eu des troubles hépatiques antérieurs et portant au côté droit une fistule consécutive à l'ouverture d'un abcès du thorax. La résection partielle de la partie inférieure de la paroi thoracique permit d'arriver sur une énorme cavité limitée en haut par le diaphragme et par le foie à sa partie inférieure. Sur la surface du foie faisaient saillie des nodosités dures et irrégulières. Le malade finit par guérir, mais ce fut très long.

Dans le deuxième cas, on avait fait le diagnostic de pleurésie purulente droite; une ponction avait ramené du pus. L'incision

permit de vider une énorme poche purulente. L'évolution fut la même que dans le premier cas, il persista un trajet fistuleux et M. Routier pratiqua une sorte d'Estlander. Le foie était comme dans le premier cas, rigide et dur. M. Routier veut surtout insister dans ces deux cas sur la tendance à la fistule.

M. Berger a ouvert, il y a un an et demi, un abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite. Les phénomènes de suppuration sous-diaphragmatique avaient commencé 18 jours après le début de l'appendicite. L'abcès sous-phrénique n'était pas total et il fut possible de l'ouvrir par l'hypochondre.

M. Potherat a opéré un malade ayant présenté des troubles hépatiques pour lesquels il avait fait une saison à Vichy. Comme il existait une voussure de la partie latérale droite du thorax, on fit une ouverture par laquelle s'écoula du pus. Actuellement 13 mois après l'opération, il persiste une fistule.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Hartmann rapporte en son nom et en celui de **M. Mignot** l'histoire d'un petit malade du service de M. Terrier : ce malade avait déjà fait un premier séjour dans le service pour un abcès appendiculaire. Incision. Guérison. Il revint pour de nouveaux phénomènes douloureux du côté de son appendice. La résection de l'appendice fut de suite pratiquée c'est-à-dire au début d'une attaque à marche subaiguë. Il existait une oblitération complète, histologique, de la partie moyenne de l'appendice ainsi qu'une perforation minuscule au sommet avec un petit abcès. Des ensemencements et des inoculations furent faits à la fois avec du liquide de la portion oblitérée et de la portion communiquant avec le cæcum. Le mucus de la portion non oblitérée, injecté sur des cobayes, ne produisit rien. Au contraire le mucus de la portion oblitérée se montra virulent. C'est là une confirmation de ce que Mignot avait observé dans des cas d'angiocholite opérés par M. Terrier : la virulence des microbes augmentant suivant que la cavité est fermée ou non.

Observation de lymphangiome.

M. Le Dentu relate un cas de lymphangiome à filaires chez un sujet né en France et n'ayant jamais été dans les pays chauds.

Cholédochotomie.

M. Lejars rappelle qu'il a présenté, il y a 2 ans, une malade chez laquelle il avait fait la cholédochotomie et enlevé un calcul et qui, depuis, continue à se très bien porter, sans aucun accident, C'est actuellement d'un cas semblable qu'il veut entretenir la *Société de chirurgie*. Il s'agit d'une femme de 58 ans, ayant un long passé hépatique et présentant des phénomènes d'ictère. La laparotomie latérale montra une vésicule très petite et en suivant le canal cystique, il fut possible de sentir à travers les parois du cholédoque une saillie dure. Le canal fut incisé suivant une longueur de 1 cent. 1/2 et on put extraire ainsi sept calculs. Réunion du canal. Drainage. Guérison.

M. Schwartz rapporte le cas d'une malade qu'il opéra au mois de juin dernier. Il n'existait plus de communication entre la vésicule et les voies biliaires; aussi la cholécystostomie étant impossible, on fit la taille du cholédoque, l'extraction du calcul et la suture.

M. Tuffier relate une observation de cholécystostomie dans laquelle, par la fistule, furent évacués 38 calculs biliaires. Malgré cela, le trajet resta fistuleux, ce qui montrait bien que le cholédoque n'était pas perméable. Aussi fit-il une cholécysto-entérostomie. Guérison.

M. Routier rapporte un cas de taille de la vésicule dans lequel il fut possible de faire refluer jusqu'à l'extérieur, en le repoussant avec les doigts, un calcul engagé presque dans le cholédoque.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 Novembre 1897.

Microbe du rhumatisme.

MM. Triboulet, Coyon et **Zadoc** ont recueilli dans le service de M. Variot, à l'hôpital Trousseau, une observation de rhumatisme avec chorée. A l'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler d'une façon complète les recherches de Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

L'autopsie a eu lieu environ 36 à 40 heures après la mort. Les ensemencements ont été faits sur bouillon et sur lait stérilisé, et les cultures ont été, les unes aérobies, les autres anaérobies. On s'est servi, pour les ensemencements, de liquide pleural, de sérosité péricardique, du sang de la veine cave inférieure, d'un fragment de valvule mitrale, et d'un segment de moelle lombaire.

On a obtenu les résultats suivants : 1° le liquide pleural n'a fourni aucune culture appréciable; 2° le liquide péricardique a fourni, en culture, des colonies nombreuses de staphylocoques; 3° le sang de la veine, le fragment de valvule et le segment de moelle ont seuls donné, et seulement en culture anaérobie, sur lait stérilisé, les résultats typiques, tels qu'ils ont été indiqués par Thiroloix.

Il y aura lieu de poursuivre, expérimentalement, la série d'inoculations indiquées par Thiroloix sur le cobaye et sur le lapin, pour réaliser les lésions endocardiques, péricardiques et pleurales que cet auteur a reproduites. Toujours est-il qu'actuellement, il a été possible d'isoler, sur le cadavre, 40 heures après la mort, le bacille décelé par Thiroloix, 5 fois dans le sang de rhumatisants vivants, ce qui prouve que le microbe isolé par les auteurs n'est vraisemblablement pas un vulgaire microbe de la putréfaction.

L'observation, déjà fort importante comme venant la première à titre de contrôle, prend un intérêt plus spécial encore du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, d'un rhumatisme et d'une chorée. De semblables constatations, si elles se reproduisent, et s'il peut s'y ajouter le fait de la présence *in situ*, dans les centres nerveux, du microbe signalé, fixeront enfin cette question, encore douteuse, pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la chorée avec le rhumatisme.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Variot rapporte l'observation d'un enfant qui conserva, pendant une année entière, enclavée dans son œsophage, une plaque ronde de 1 centim. 1/2 de diamètre. Ce corps étranger ne manifesta sa présence que par quelques troubles passagers; plusieurs médecins l'examinèrent alors, et, malgré les affirmations des parents, aucun ne voulut reporter à l'ingestion éloignée de cette plaque les troubles observés. Il y a 1 mois, l'enfant rendit ce corps étranger spontanément, et dans une quinte de toux ; depuis lors, sa santé est parfaite.

Ce cas est à rapprocher du suivant : il y a 5 mois, un enfant avala un tube d'O'Dwyer; aucun symptôme ne révéla sa présence dans le tube digestif, et, cependant, la radioscopie le montra enclavé dans le duodénum.

La symptomatologie des corps étrangers de l'œsophage est donc trop vague pour comporter un diagnostic précis. Seule la radiographie peut fournir des renseignements d'une valeur indiscutable.

M. Rendu confirme l'opinion de M. Variot. Dernièrement, M. Vatelet lui montrait les photographies d'un cas analogue : un enfant avait, en jouant, avalé un sou; les troubles qui suivirent ne purent permettre de localiser l'endroit où ce corps s'était arrêté, la radiographie le montra fixé dans la partie médiane de l'œsophage.

MM. Achard et **Castaigne**.— Voir p. 1117.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 17 Novembre 1897.

Corps étrangers de l'oreille.

M. Launois présente une série de corps étrangers de l'oreille : grains de chapelets, extrémités d'aiguilles à tricoter, de crayons, de plumes; larves d'insectes, de mouches, etc.

Il insiste sur les instillations d'huile et les injections, comme représentant le mode d'extraction le plus sûr dans la plupart des cas, et toujours le moins dangereux.

Ostéomalacie sénile.

M. Destot présente des radiographies se rapportant à une malade du service de M. Monisset. Quelque temps après une chute sur le pied, elle ressentit des douleurs intenses qui firent croire à du rhumatisme chronique. Mais la radioscopie montra une décalcification intense des os du pied; les travées osseuses avaient disparu en grande partie, d'où le diagnostic d'ostéomalacie sénile.

M. Destot insiste sur l'origine traumatique et l'intensité des douleurs.

Plaie du rein par balle de revolver.

M. Adenot présente un malade opéré par lui, il y a 2 mois, pour une plaie pénétrante du rein gauche, par balle de revolver. Une hématurie abondante étant survenue trois heures après le traumatisme, M. Adenot intervint. Une laparotomie latérale le conduisit sur une grande masse de caillots remplissant la loge périrénale, au milieu desquels on voyait le rein comme éclaté. Tamponnement à la gaze iodoformée, qui arrêta l'hémorrhagie. On ne poursuivit pas la recherche de la balle, à cause de l'état précaire du malade; mais 8 jours après, la radiographie montra la présence de la balle dans le carré des lombes, d'où elle fut extraite sans difficulté.

Toxine typhique.

MM. Lyonnet, Mérieux et **Carré** ont préparé dans le laboratoire de M. Lépine de la toxine typhique par le procédé suivant :

Des cultures sont faites sur bouillon dans des cristallisoirs fermés seulement par une double toile. Ces cristallisoirs sont placés dans une étuve soigneusement fermée pour éviter les contaminations. Au bout d'une quinzaine de jours le bouillon s'est évaporé et il ne reste plus au fond du cristallisoir qu'une substance épaisse, gluante. Cette matière est alors mêlée à du sable stérilisée et broyée soigneusement. On y ajoute de l'eau renfermant 10 p. 100 de glycérine et on filtre sur papier Chardin. Après 2 ou 3 filtrations, le liquide sort absolument clair; on y ajoute 1/2 p. 100 d'acide phénique ou bien on chauffe pendant 1 heure à 58°. On obtient ainsi une toxine active, donnant des élévations de température chez le cheval, mais pas d'abcès.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 15 Novembre 1897.

Variabilité des effets des toxines microbiennes.

M. Guinard rapporte la conclusion d'un grand nombre d'expériences faites en collaboration avec le professeur Teissier et démontrant l'extrême variabilité des effets des toxines microbiennes. L'ignorance relative où l'on est de leur nature chimique et ces différences dans les résultats de l'expérimentation obligent à être prudent lorsqu'on annonce des faits nouveaux.

Les diverses qualités des toxines, non seulement sont nombreuses et varient avec le temps ou d'autres circonstances, mais encore ne sont pas identiques avec des conditions d'expérience semblables.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIETÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 12 octobre 1897.

Leucémie aiguë.

M. Lenhartz a observé dans le courant de cette année 3 cas de leucémie aiguë qui se sont terminés assez rapidement par la mort. Un quatrième cas qui s'était également terminé par la mort a été observé par lui en 1891. Dans ce dernier cas où l'on trouvait de l'adénopathie généralisée et des hémorrhagies multiples, il n'y a pas eu de fièvre. Dans les 3 autres cas, la maladie a évolué comme une infection fébrile, et les courbes thermiques de deux de ces malades se superposaient pour ainsi dire. La durée de la maladie a été dans ces 3 cas de 17, 14 et 11 jours.

Chez 2 de ces malades ont existé une période prodromique caractérisée par un affaiblissement général, de la pâleur des téguments, des lésions gingivales; chez le troisième malade l'affection débuta par des douleurs violentes de la gorge, mais le malade ne prit le lit qu'au bout de 3 jours.

Chez tous les trois il existait une gingivite caractérisée par une tuméfaction, des hémorrhagies et une gangrène de la muqueuse avec écoulement fétide. Les ganglions du cou étaient tuméfiés, de même les autres ganglions lymphatiques périphériques. La rate dépassait d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Dans 2 cas la moelle osseuse était couleur gelée de groseille et pendant la vie les malades ont eu des hémorrhagies multiples. Dans les 2 autres cas la tendance aux hémorrhagies était moins accusée, un d'eux n'en succomba pas moins à une hémorrhagie cérébrale.

L'examen du sang a montré une augmentation considérable du nombre de petites et de grosses cellules uni-nucléaires, ces dernières avec des granulations neurophiles. Dans 2 cas on a trouvé en outre un grand nombre de grosses hématoses à plusieurs noyaux. Les leucocytes polynucléaires et éosinophiles étaient plutôt diminués.

Dans le dernier cas l'examen bactériologique a montré la présence des streptocoques dans la rate et les ganglions lymphatiques.

M. Cohen a observé plusieurs cas dans lesquels il existait une augmentation des leucocytes. Dans un cas il s'agissait d'un enfant de 7 ans convalescent de diphthérie qui présentait en même temps une hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate. L'enfant guérit.

Dans un autre cas il s'agissait de plusieurs enfants de la même famille, chez lesquels ces symptômes apparurent après la rubéole. Ils ont présenté en outre une coloration violette des gencives, qui rappelait celle du scorbut.

M. Fränkel ne pense pas que dans les cas communiqués par M. Lenhartz il se soit agi de leucémie aiguë.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 12 novembre 1897.

Traitement de la gibbosité pottique par la méthode de Calot.

MM. A. H. Tubby et **Robert Jones** ont communiqué les résultats de leur première série de 25 cas de gibbosités pottiques traitées par le redressement forcé. Ils ne se sont décidés d'avoir recours à la méthode de Calot qu'après avoir visité la clinique de Calot et celle de Redard. D'après ce qu'ils ont vu et d'après leur expérience personnelle, ils ne croient pas que la

déformation de la colonne vertébrale soit inévitable dans le mal de Pott.

Les cas peuvent, d'après eux, se diviser en trois groupes : 1° cas dans lesquels il n'existe pas d'ankylose ou une ankylose légère; il s'agit presque toujours d'enfants chez lesquels le redressement ne présente aucune difficulté; 2° cas avec ankylose légère où le redressement s'obtient après une extension d'une à trois minutes, aidée d'une pression énergique sur la gibbosité; 3° cas avec ankylose solide. Les cas des deux premiers groupes sont passibles du redressement brusque, dans ceux du troisième cette intervention n'est pas justifiée.

Les avantages du redressement brusque sont : la plus grande facilité d'immobiliser une colonne vertébrale non incurvée; l'absence, après l'arrêt du processus, des déformations du thorax amenant le déplacement des viscères abdominaux et thoraciques, du cœur et des gros vaisseaux en particulier; le résultat esthétique de l'intervention.

Parmi les inconvénients et les dangers de la méthode la premier qui vient à l'esprit et qu'on aurait pu craindre est la paralysie. Or, les faits ne justifient pas cette crainte, et, sur les 25 cas opérés par MM. Tubby et Jones, il y en avait 5 avec phénomènes paralytiques et parétiques lesquels phénomènes ont disparu après l'opération et ne se sont plus produits. Le second danger, la dissémination des produits et des bacilles tuberculeux semble encore moins à craindre dans ces cas que dans les résections articulaires pour tuberculose. Enfin la production des abcès n'a eu lieu dans aucun des cas opérés. Pour ce qui est de la reproduction de la gibbosité après l'opération, il existe des cas où la colonne vertébrale reste droite et d'autres où la gibbosité se reproduit mais cède de nouveau et le plus souvent définitivement à une nouvelle intervention.

Sur les 25 cas opérés par MM. Tubby et Jones, un malade a succombé six jours après l'opération avec des symptômes de tuberculose intestinale qui se sont manifestés à partir du 4° jour après l'opération. A l'autopsie on trouva une tuberculose des ganglions mésentériques.

Les 25 cas opérés comprenaient 9 garçons et 16 filles âgés de 18 mois à 22 ans dont les gibbosités dataient de 6 mois à 6 ans. Dans 5 cas il y avait des phénomènes paralytiques qui ont définitivement disparu après l'opération. La gibbosité occupait 2 fois la région cervicale, 18 fois la région dorsale, 5 fois la région dorso-lombaire. Dans 10 cas le redressement complet a été obtenu avec une seule intervention et dans deux d'entre eux le résultat persiste encore 4 mois après l'opération. Sur les 15 cas où par la première intervention on n'avait obtenu qu'une disparition incomplète de la gibbosité, le redressement complet a été obtenu ultérieurement dans 3 cas après une nouvelle intervention, dans 2 après deux nouvelles interventions, dans un après trois nouvelles interventions. Dans tous les autres cas de ce groupe le volume de la gibbosité a été diminuée de moitié ou d'un tiers.

De ces faits, MM. Tubby et Jones concluent que le redressement forcé est indiqué : 1° chez les enfants chez lesquels le mal de Pott est de date récente, la gibbosité encore molle et non ankylosée; 2° dans les cas où le processus local n'est pas encore arrêté; 3° dans les cas où il n'existe pas de complications viscérales; 4° dans les cas avec paraplégie contre laquelle échouent les traitements ordinaires et qui, d'après les faits publiés, cède plus sûrement au redressement forcé qu'à la laminectomie.

Le redressement forcé est contre-indiqué : 1° dans les cas avec ankylose et déformation considérable de la cage thoracique; 2° dans les cas où il existe des lésions tuberculeuses d'autres viscères ou organes; 3° dans les cas où la gibbosité occupe la région cervicale; 4° dans les cas où il existe de volumineux abcès par congestion.

M. J. Langton estime qu'on ne pourra juger la valeur de la nouvelle méthode que lorsqu'on connaîtra les résultats définitifs, c'est-à-dire au bout d'un certain temps. Il pense aussi que, dans certains cas où la gibbosité était peu accusée, le résultat fourni par le redressement forcé aurait été obtenu par tout autre traitement. En tous cas, il ne peut admettre que le redressement forcé soit dépourvu de tout danger.

M. Calot, présent à la séance, expose en détail la méthode et les résultats qu'il a obtenus.

M. R. W. Murray a opéré par la méthode de Caloe 14 enfants âgés de 2 ans 1/2 à 9 ans, chez lesquels la gibbosité, qui occupait 2 fois la région lombaire, 9 fois la région dorsale et 3 fois la région cervicale, datait de quelques mois à 4 ans. Dans un cas, il existait un petit abcès du psoas, dans un autre une paralysie.

L'opération s'est passé fort bien dans tous les cas sauf chez le paralytique qui devint cyanosé et présenta un état fort inquiétant qui se dissipa du reste assez rapidement. Sa paralysie s'est ensuite notablement améliorée. Chez un des enfants dont la gibbosité occupait la région cervicale, le redressement forcé a amené une faiblesse des membres inférieurs. Chez un autret il s'est développé ultérieurement une tuberculose généralisé qui, toutefois, ne pouvait être mise sur le compte de l'intervention. Un enfant enfin a succombé à la pneumonie 2 mois après le redressement. Dans tous les autres cas, le résultat a été satisfaisant.

M. Murray ne pense pas que l'intervention amène un redressement définitif de la colonne vertébrale. Comme la caverne qui se forme après le redressement n'est pas comblé par du tissu osseux, la gibbosité doit forcément se reproduire à moins que les malades ne portent pendant toute la vie un appareil de soutien. Si la caverne se comblait de tissu fibreux, la gibbosité se reproduirait encore, mais à la place d'une gibbosité dure et résistante, on aurait une gibbosité molle, et, toutes choses égales, M. Murray préfère encore une gibbosité dure à une gibbosité molle.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 10 Novembre 1897.

Névrose de l'estomac.

M. Herz a présenté un malade, un paysan de dix-neuf ans, qui à la suite d'un travail pénible fut atteint de troubles respiratoires se produisant par accès, durant lesquels il expulsait beaucoup de gaz par la bouche et par l'anus. Depuis cette époque il a de l'anorexie et beaucoup maigri. A l'examen du malade, on voit à chaque inspiration un sillon transversal descendre du rebord costal jusqu'au-dessous de l'ombilic et remonter pendant l'expiration; au-dessous de ce sillon l'abdomen appparaît ballonné et dur; les mouvements respiratoires sont accompagnés de gargouillement abdominal. Le ballonnement du ventre est dû à une énorme dilatation de l'estomac, lequel fonctionne assez régulièrement, mais est rempli d'air qui est avalé à chaque inspiration avec grand bruit et évacué de temps en temps. Cette déglutition d'air est d'autant plus remarquable qu'il n'y a pas de pression négative dans l'abdomen. En dehors de ce phénomène, le malade ne présente aucun autre stigmate d'hystérie.

M. Oser a observé le phénomène décrit par M. Herz dans deux séries de cas : dans la première, il s'agit d'une contraction péristaltique de l'intestin, parfois indépendante de la fonction gastrique, car elle persiste même après un jeûne de vingt-quatre heures; on entend des bruits au niveau de toutes les régions de l'abdomen; les malades aspirent de l'air et se plaignent de renvois et de constipation. Dans la seconde forme, il s'agit d'une névrose pure avec ectasie gastrique et absence de bruits abdominaux. Ces deux variétés peuvent se combiner : dans le cas de M. Herz, il s'agit bien d'une névrose.

M. G. Singer a vu un fait analogue qui était accompagné de douleurs si vives dans la région pylorique qu'on a cru avoir affaire à un rétrécissement de cet orifice. Des spasmes du même genre peuvent aussi se produire au niveau du cardia. Un homme bien portant peut également déglutir de l'air, parce que l'orifice du cardia n'est pas fermé hermétiquement ou parce qu'il s'ouvre à la suite de certains mouvements.

M. Reichl estime que dans le cas de M. Herz il s'agit d'une paralysie hystérique du diaphragme, parce que le foie s'élève pendant l'inspiration et qu'il existe en même temps un spasme des muscles abdominaux.

Épididymite à gonocoques.

M. Grosz a communiqué l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour une uréthrite compliquée d'épididymite. Dans le pus uréthral on trouva des gonocoques. Mais comme le malade était manifestement tuberculeux on pouvait penser que l'épididymite était de nature tuberculeuse. Une ponction de la tumeur donna issue à du pus contenant des gonocoques. Ce fait prouve donc que l'épididymite est produite directement par les gonocoques et non pas par leurs toxines.

Pour la culture des gonocoques, M. Grosz s'est servi de sérum de porc glycériné et additionné de 2 p. 100 de nutrose (phosphate de soude et caséine); il a employé aussi avec avantage du sérum de cheval.

Physiologie de la vessie.

M. Schlesinger a communiqué deux cas de lésions de la partie inférieure du rachis avec troubles isolés des fonctions vésicale et rectale. Dans le premier cas il y avait une paralysie du corps et du sphincter de la vessie et anesthésie vésicale. A ces troubles s'associa plus tard une paralysie du rectum. A l'autopsie on trouva un carcinome métastatique de la portion lombaire du rachis, qui avait comprimé la moelle et détruit la quatrième vertèbre sacrée.

Dans le second cas il existait des troubles de la miction dus à un spasme du sphincter vésical et à une paralysie de la tunique musculaire de la vessie avec conservation de sa sensibilité. La nécropsie permit de constater un petit gliome au niveau de la troisième vertèbre sacrée. Comme la lésion était unilatérale, l'excitabilité réflexe n'était pas abolie, mais seulement diminuée. Ce fait prouve que le centre vésical est bilatéral et siège au niveau des troisième et quatrième vertèbres sacrées. En effet, les lésions hémilatérales de la moelle n'abolissent pas complètement l'activité réflexe de la vessie. Quant au centre rectal, il est situé plus bas que celui de la vessie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les étudiants étrangers.

Un décret avait fermé les portes de la Faculté de médecine de Paris aux étudiants étrangers, leur laissant le choix entre les Facultés de province et les Universités étrangères. Sur les instances du Conseil municipal de Paris, M. Gréard vient de revenir sur la décision incriminée et d'ouvrir aux étrangers toutes grandes les portes de la Faculté de Paris.

Cette décision a donné lieu au débat suivant devant le *Conseil municipal de Paris*, dont nous avons (voir p. 694) donné *in extenso* le premier résultat.

Communication relative a l'admission dans les facultés de Paris des étudiants étrangers.

M. le Préfet de la Seine. — Messieurs, à la date du 10 juillet dernier, sur la proposition de l'honorable M. Astier, vous avez émis le vœu que le Conseil de l'Université de Paris fasse tous ses efforts pour retenir à Paris les étudiants étrangers qui y viennent attirés par la supériorité de l'enseignement donné à la Faculté de médecine et avec l'intention d'exercer la médecine dans leur pays d'origine.

Je vous promis, alors, Messieurs, que l'Administration ferait tous ses efforts pour que les étrangers soient, comme par le passé, attirés à l'Université de Paris.

J'ai le plaisir de vous annoncer que, par lettre du 10 de ce mois, M. le vice-recteur de l'Académie m'a fait connaître que le Conseil supérieur de l'Université avait pris toutes les dispositions nécessaires pour donner satisfaction au désir du Conseil municipal et éviter l'exode que vous désirez empêcher. (*Très bien!*)

M. Astier. — Messieurs, je suis heureux de voir que le Conseil de l'Université de Paris a donné satisfaction à notre vœu relatif aux étudiants étrangers, tout en sauvegardant les intérêts de nos nationaux.

Dans une enquête que j'ai faite pendant ces vacances, j'ai pu me convaincre que les Universités de langue allemande s'appliquent, par tous les moyens, à attirer à leurs cours et dans leurs laboratoires les étudiants étrangers. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce point; vous êtes tous convaincus de l'intérêt qu'a une ville de posséder une université florissante.

Si la Faculté de Paris avait espéré pouvoir diriger sur les écoles de médecine de province certains étudiants étrangers, l'expérience a démontré que ces jeunes gens au lieu de rester en France allaient surtout à l'étranger.

Cette mesure, si contraire aux intérêts de la Ville de Paris et de la Faculté elle-même, avait été motivée par l'augmentation inattendue du nombre des étudiants en médecine; en 1891 ils étaient environ 3 500 et en 1897, au mois d'avril, leur chiffre s'élevait à 5 232.

Le personnel enseignant était surmené et la place devenait de plus en plus restreinte dans les laboratoires.

Grâce à la bonne volonté du Conseil de l'Université, on a pu, ainsi que vous venez de l'apprendre, rouvrir les cours et les laboratoires aux étudiants et aux médecins de nationalité étrangère, qui viennent soit faire leurs études, soit se perfectionner à la Faculté de médecine de Paris; mais il ne faut pas perdre de vue que c'est là une solution provisoire et que des mesures doivent être prises pour l'avenir.

L'Université de Paris, vous le savez, se trouve dans une situation nouvelle créée par la loi sur les universités. A partir du 1er janvier 1898, il sera fait recette au budget de chaque université des droits d'études, d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques acquittés par les étudiants conformément aux règlements.

Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants :

Dépenses des laboratoires, bibliothèques et collections, construction et entretien des bâtiments, création de nouveaux enseignements, œuvres dans l'intérêt des étudiants.

Par contre, les subventions de l'Etat sont notablement diminuées, et l'Université de Paris — comme les autres universités de France — va se trouver dans une situation nouvelle qui n'est pas sans inspirer quelques craintes à ceux qui président à leurs destinées.

Les universités étrangères, les allemandes notamment, ont des ressources personnelles considérables, résultant principalement de dotations, qui leur permettent de se tenir constamment à la hauteur des progrès de la science. Ces ressources personnelles manquent forcément aux universités françaises, de création récente; aussi les municipalités des villes de province font-elles les sacrifices nécessaires pour assurer leur existence et leur développement normal.

Paris offre, au point de vue de l'enseignement supérieur, des éléments que ne possède aucune autre ville de l'univers. En nous en tenant à l'Ecole de médecine, outre les professeurs et les agrégés de cette Faculté, nous avons les médecins et les chirurgiens des hôpitaux qui forment un corps d'élite et pourraient participer d'une façon plus complète à l'instruction des étudiants.

Toutes ces ressources, toutes ces capacités, toutes ces bonnes volontés, il faudrait les utiliser, autant dans l'intérêt des élèves que pour le bon renom de Paris et de son Université, qui se doit à elle-même, parallèlement avec les autres universités françaises, de rivaliser avec les universités étrangères.

Ai-je besoin d'ajouter que le Conseil municipal, toujours soucieux de la prospérité de l'enseignement supérieur, participe depuis longtemps dans les dépenses de plusieurs Facultés? La question se pose aujourd'hui de savoir si, en raison des débuts de notre Université et des difficultés inhérentes à un état de choses nouveau, nous ne devons pas intervenir dans de nouvelles proportions à examiner avec les intéressés.

Je me propose d'ailleurs, d'accord avec mon collègue M. Dubois, pour faire suite au vœu que nous avions formulé, de rédiger un exposé de cette situation que nous soumettrons à la Commission spéciale que vous avez nommée le 9 juillet dernier.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Résultat de 153 opérations pratiquées sur le rein (p. 1129).

REVUE DES THÈSES — *Thèse de Faculté de Paris* : Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — *Thèses de la Faculté de Nancy*. Recherches anatomo-pathologiques sur la moelle épinière dans certaines maladies infectieuses (p. 1135). — Atrophie expérimentale du tube séminifère. — *Thèse de la Faculté de Lyon* : Séro-pronostic de la fièvre typhoïde (p. 1136).

REVUE DES JOURNAUX. — *Chirurgie* : Traitement de la gonorrhée (p. 1136). — Tumeurs vermineuses chez les enfants. — Fistule latérale du cou. — Le foie mobile et son traitement. — *Médecine* : Cholestéatomes méningés. — Acétonurie chez une hystérique. — Leucine et tyrosine dans l'urine d'un érysipélateux. — Action du sérum charbonneux. — Glande thyroïde dans l'ictère. — Nouvelle septicémie des veaux (p. 1137).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de l'épiphora. — Traitement de l'impuissance fonctionnelle par la ligature de la veine dorsale du pénis (p. 1138). — Permanganate de potasse (p. 1139).

VARIÉTÉS. — La réforme des concours des médecins des hôpitaux (p. 1139).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Résultat de 153 opérations pratiquées sur le rein.

Communication faite au *Congrès de Moscou*

Par M. Tuffier.

Le travail que je vous présente n'a d'autre prétention que de vous exposer les résultats que j'ai obtenus en chirurgie rénale depuis 10 années. Il comprend la statistique intégrale de toutes mes opérations qui ont été précédées ou accompagnées de travaux de laboratoire et d'expérimentation (1), et j'y joins l'enseignement que j'ai pu en tirer. J'ai réuni ici les interventions sur le rein et l'uretère : la glande et son canal excréteur sont aussi inséparables en pathologie qu'en anatomie, et trop souvent les lésions de l'uretère sont méconnues ou mises au second rang, alors qu'elles jouent le rôle principal dans le passé du malade et dans l'avenir de nos opérations. Nombre de résultats médiocres au point de vue opératoire ou thérapeutique ne doivent leur infériorité qu'à l'état du canal excréteur.

Je laisserai de côté ici les questions si intéressantes de sémiologie générale, et, tout en sachant que le succès de la chirurgie rénale dépend de l'état du rein auquel on ne touche pas, je passe sur cette question de bilatéralité dont le diagnostic, malgré le cathétérisme des uretères communément employé depuis plusieurs années, n'a fait aucun progrès. Les essais de diagnostic que je tente actuellement d'après la perméabilité rénale au bleu de méthylène, suivant la méthode de mon élève et ami Castaigne, ne sont pas encore assez avancés pour me permettre une conclusion.

J'ai pratiqué, de 1888 à juillet 1897, 153 opérations avec une mortalité générale de 14,3, p. 100.

(1) Études expérimentales sur la chirurgie du rein : néphropexie, néphrotomie, néphrectomie, urétérotomie, Paris, 1889 (G. Steinheil); *Société anatomique*, 1888, p. 567-617; *Archives générales de médecine*, 1888, t. 22, p. 591 et 697, et 1889, t. 23, p. 335; *Archives de physiologie*, 1893; *Soc. de chirurgie*, 1894, p. 685.

Ces opérations se répartissent ainsi :

	Rein mobile		Rein mob. av. hydronéphrose		Traumatismes		Calculs		Anurie calculeuse		Pyélonéphrites		Tuberculose		Kystes		Hydronéphroses		Tumeurs malignes		Tumeurs bénignes		Totaux		Total général
	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	
Néphropexies	53	2	17	0																			70	2 (2,77 %)	72
Néphrolithotomies							8	0															8	0 (0 %)	8
Néphrotomies							1	1	0	2	11 d. 5 av. fistule	6	5 d. 2 av. fistule	2	0	0	1	3					19	15 (44,01 %)	34
Néphrectomies primitives							0	1			3	0	5	0			2	0	1	3			11	4 (26,66 %)	15
Néphrectom. secondaires											0	1	2	0					1	0			3	1 (25 %)	4
Néphrect. par morcellem.											5	0											5	0 (0 %)	5
Néphrectomies partielles					1	0	1	0					1	0	1	0					2	0	6	0 (0 %)	6
Incisions exploratrices							1	0							1	0			2				4	0 (0 %)	4
Ligat. des vaiss. du rein											1	0											1	0 (0 %)	1
Opérations sur l'uretère																							4	0 (0 %)	4
	53	2 (3,81)	17	0 (0)	1	0 (0)	11	2 (15,38)	0	2	20	7 (25,9)	13	2 (13,3)	2	1 (33,3)	4	3 (42,85)	4	3 (42,85)	2	0 (0)	131	22 (14,37 %)	153
	55		17		1		13		2		27		15		3		7		7		2		153		

J'étudierai ici : 1° la technique opératoire; 2° les résultats fournis par mes opérations dans *chacune des affections chirurgicales du rein*. Nous arrivons en effet ac-

tuellement à pouvoir poser des indications opératoires, et ce chapitre, bien plus que celui de la technique, doit désormais nous arrêter.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — *Néphropexie*. — Le manuel opératoire a toujours été l'incision lombaire oblique avec dénudation de la capsule propre et fixation par 3 catguts doubles à la 12e côte et aux aponévroses. J'ai abandonné le procédé de nidation du rein entre les plans musculaires opératoires, réédité depuis par plusieurs auteurs : c'est une mauvaise méthode qui chez la femme ne permet pas la constriction de la taille ou simplement même le port des vêtements, à ce niveau. Je ne crois pas plus utile l'opération complexe de Poullet et Vuilliet (1).

Les reins mobiles que j'ai traités par la *néphropexie* avaient tous résisté aux moyens de contention habituels, le rein semblait la cause univoque de douleurs et j'ai pu maintes fois reconnaître cette vérité dès longtemps établie, à savoir que les reins les plus mobiles sont loin d'être les plus douloureux. Presque toutes mes opérations ont porté sur le rein droit, et deux fois j'ai pratiqué la fixation des deux reins. La forme des douleurs est très variable, elle revêt fréquemment la syndrome de l'hydronéphrose intermittente sans qu'il y ait pour cela distension du bassinet. La forme douloureuse la plus intéressante que j'aie rencontrée était celle d'une jeune fille belge dont le déplacement du rein provoquait une attaque d'hystérie. De même, la simple compression de l'organe amenait une crise. J'ai été plusieurs fois témoin de cette coïncidence que j'avais d'abord une tendance à rapprocher des supercheries. La fixation du rein débarrassa la malade de ses crises. Chez une de mes malades opérée en mai 1893, le déplacement du rein était consécutif à une pérityphlite, ce fait montre l'importance étiologique qu'il faut attacher aux processus inflammatoires du tissu cellulaire et en particulier du ligament reno-cœcal (2).

Les indications opératoires dans le rein mobile sont cependant plus rares qu'on ne le croit. L'examen de très nombreux malades me porte de plus en plus vers l'idée que j'avais émise en 1891. Le rein mobile n'est le plus souvent que l'un des facteurs « d'une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus (3) ». Après avoir opéré, de 1888 à 1894, 64 reins mobiles, je n'ai pratiqué depuis que 8 néphropexies, bien que j'aie vu un nombre aussi considérables de cas.

Les résultats immédiats ont été toujours satisfaisants, et les deux opérées que j'ai perdus ont succombé l'une au tétanos au 7e jour, l'autre à une broncho-pneumonie grippale survenue pendant l'épiderme de 1891. Quant aux résultats éloignés, ils doivent être envisagés en fonction de l'indication opératoire, le plus souvent c'est la douleur rénale qui conduit à intervenir. Sur 20 malades revus indépendamment de tous ceux dont l'histoire à longue échéance est publiée dans les thèses de mes élèves (4), deux souffraient encore après l'intervention.

Une de mes malades a passé depuis cette époque dans six services des hôpitaux de Paris, se plaignant d'une récidive et de douleurs, mais fuyant dès qu'on lui proposait une nouvelle intervention. Je l'ai moi-même retrouvée 5 ans après dans mon service à la Pitié quand j'en ai pris possession.

La disparition des accidents tient à la netteté de l'indication opératoire, or cette indication est essentiellement constituée par des néphralgies, mais il faut examiner si le rein est bien alors l'origine des accidents douloureux, car dans ce cas le succès thérapeutique est certain, puisque la simple incision sans fixation suffit même à les faire disparaître. Il s'agit alors de la suppression d'accidents congestifs et c'est probablement de la même façon qu'agit l'incision de la capsule dans la cure de certaines albuminuries.

En somme, il faut être réservé au sujet de la néphropexie, et je regarde comme bien problématique les résultats définitifs à la suite de ces « pexies » multiples du foie et des autres viscères. Ces malades ne sont pas justiciables d'opérations : l'utérus tombe ou fléchit, l'estomac se distend, la paroi abdominale se relâche, le périnée est insuffisant, le rectum est prolabé, et, suivant les cas ou le chirurgien, il y a matière à opérations variées et multiples. C'est à la médecine qu'incombe ce complexus symptomatique, et je suis convaincu que la fixation sera de plus en plus l'opération destinée à faire disparaître une mobilité douloureuse du rein et remédier à l'hydronéphrose intermittente dont la coudure uretérale sera reductible. J'y ai trouvé mes résultats les plus certains et les plus constants, et les 17 opérations de néphropexies que j'ai pratiquées dans ces conditions ont toutes été suivis de la disparition des accidents de rétention rénale.

Néphrectomie. — La *forme et la direction* doivent être indiquées par la *situation* et le *volume* de l'organe. Si le rein a conservé sa situation sous-costale, ou si la tumeur est volumineuse, une incision au-dessous et presque parallèle à la 12e côte, surtout si on la prolonge en avant, donne un facile accès sur un rein thoracique. Au contraire, un rein abaissé peu volumineux est facilement extirpé à travers une incision légèrement oblique.

J'ai suivi cette règle et je n'ai jamais blessé le péritoine, ni la plèvre; j'ai respecté autant que possible le grand nerf abdomino-génital; je n'ai pas rencontré de difficultés sérieuses. L'exploration du rein se fait facilement entre les deux doigts de chaque main, surtout quand on a soin de recourber leur extrémité dans le hile; on pénètre ainsi vraiment dans l'intérieur du rein. Pour la décortication du rein, toujours dangereuse à cause des adhérences vasculaires et péritonéales, j'ai suivi les préceptes d'Ollier et j'en ai reconnu la haute utilité. Toutes les fois que le parenchyme est *décollable*, il faut le séparer de sa capsule propre; on chemine ainsi sans danger jusqu'au hile. J'ai pu enlever ainsi par morcellement même des néoplasmes volumineux; ce n'est guère que dans les distensions considérables du rein, alors que parenchyme et capsule sont réduits à une mince lamelle qu'il est impossible de suivre la voie sous-capsulaire : alors je ponctionne le rein avant de l'inciser, comme pour l'extirpation des abcès de la trompe utérine dans la salpingectomie. Toutefois, il faut pendant cette évacuation avoir soin de décoller le rein du tissu ambiant pour faciliter le retrait de la poche et permettre ainsi sa traction à l'extérieur et sa fixation.

Le pédicule, saisi dans les mors d'une longue pince courbe, est lié au catgut s'il s'agit d'une infection, à la soie dans tous les autres cas. L'uretère est pris à part et coupé aussi bas que possible. Je préfère cette ligature à l'abandon de la pince dans la plaie.

Je n'ai eu jusqu'ici qu'une seule fois l'occasion de pratiquer la *néphrectomie abdominale* que je crois bonne et nettement indiquée lorsqu'il s'agit d'enlever de grosses

1. POULLET, *Lyon médical*, 1895, 29 septembre; VUILLIET, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 10 juin 1895.
2. *Archives de médecine*, 1887, t. 19, p. 641.
3. *Semaine médicale*, 1891, 16 septembre.
4. DUCHESNE, th. de Paris, 1891; FARAGGI, th. de Paris, 1892.

tumeurs, et je suis tout disposé à y avoir recours le cas échéant.

L'opération est identique, qu'il s'agisse *d'une néphrectomie primitive* ou *d'une néphrectomie secondaire*, mais je tiens à insister plus longuement sur *la néphrectomie par morcellement*. Cette opération, que mon élève Ratynski (1) vient de longuement étudier, permet de pratiquer des ablations du rein dans des conditions et avec une sécurité qu'aucune autre méthode ne donne. Lorsqu'il existe des adhérences entre le rein dégénéré et sa capsule, et de la capsule avec les viscères voisins, la néphrectomie ne peut être sous-capsulaire, et si on tente d'extirper d'un bloc l'organe au milieu des adhérences, on court les plus grands risques, les accidents arrivés aux plus expérimentés en chirurgie rénale le prouvent. L'ablation successive des fragments du rein de bas en haut permet d'aborder le hile à ciel ouvert, de se rendre maître des vaisseaux et d'extirper par fragments toute la masse scléreuse.

Enfin j'ai eu 6 fois l'occasion de pratiquer des néphrectomies partielles suivies de suture de la plaie rénale.

Le nombre total de mes néphrectomies est de 30, avec 5 morts, soit 15 p. 100. La néphrectomie primitive est représentée par 15 opérations avec 4 morts, soit 26,6 p. 100. La néphrectomie secondaire par 4 opérations avec une mort, soit 25 p. 100. Mais d'autre part mes 5 néphrectomies par morcellement et mes 6 néphrectomies partielles ont toutes été suivies de guérison.

Néphrotomie. — Le manuel opératoire que j'ai toujours suivi consiste en une incision lombaire à quatre travers de doigt des apophyses épineuses, avec dénudation, puis incision au bistouri du rein au point le plus saillant, débridement et fixation du parenchyme et de sa capsule propre à la peau de la région, régularisation du foyer par incision des cloisons et drainage méthodique précédé d'un tamponnement à la Mickulicz. J'insiste sur la fixation de la capsule propre qui certainement met un obstacle à l'infection du tissu périrénal.

Je n'ai eu aucun *accident* pendant mes opérations. J'ai toujours facilement trouvé et reconnu le rein quelquefois entouré d'une zone scléreuse qui peut s'étendre jusqu'à la peau ; souvent même il est perdu au milieu d'un foyer purulent périrénal. L'écoulement sanguin résultant de l'incision du parenchyme a toujours été très peu abondant et l'hémostase facile. De même la section des cloisons incomplètes intra-rénales n'a donné lieu à aucune hémorrhagie. J'avais autrefois pratiqué des injections artérielles dans des reins atteints de vieilles pyélonéphrites, et j'avais pu voir combien était réduit le calibre de ces vaisseaux dans l'intérieur du rein. D'ailleurs je crois avoir montré quelles étaient les allures des hémorrhagies rénales et le genre d'hémostase à leur opposer : la compression ou le tamponnement aseptique.

Mes 34 opérations de néphrotomie m'ont donné une proportion de 44 p. 100 de mortalité, soit 19 guéris et 15 morts. Sept opérés ont conservé une fistule uro-purulente, puis purulente permanente.

Néphrolithotomie. — Je suis resté fidèle au manuel opératoire consistant en une incision lombaire que je fais d'autant plus transversale que le rein est plus haut situé. J'incise toujours au bistouri le rein sur son bord convexe, à moins d'indication spéciale créée par la saillie du calcul, après compression de son pédicule vasculaire si possible. L'opération n'a que deux temps délicats, la longue, patiente et minutieuse dissociation de la capsule graisseuse, qui doit être complète avant de tenter l'abaissement du rein dans le champ opératoire, manœuvre alors toujours possible. L'exploration du rein est positive ou négative, cela m'importe peu, et je fends systématiquement tout rein que la clinique me dit contenir un calcul. Je n'ai jamais eu qu'à me louer de cette pratique inoffensive et indispensable. J'ajoute que l'exploration digitale du bassinet, des deux extrémités du rein et de l'uretère doit toujours précéder la fermeture de la plaie rénale. Quatre ou cinq points de catgut modérément serrés pour assurer l'hématose parfaite sont suffisants, et à la levée de la compression du pédicule, il ne s'écoule plus de sang. L'extraction des calculs nécessite rarement l'emploi de l'instrumentation spéciale que j'ai fait construire, et je n'ai eu que 2 fois à fragmenter un calcul du poids de 35 grammes. La plaie lombaire est réunie sans drainage.

D'une façon générale, les petits calculs donnent lieu à de plus grandes difficultés opératoires que les gros, et c'est pourquoi j'ai fait écrire la thèse de mon élève le Dr Piedvache (1) qui montre bien que les procédés ordinairement employés dans la recherche du calcul, palpation, acupuncture, sont insuffisants, et que seule l'incision du rein sur le bord convexe avec exploration digitale du bassinet et des calices permet l'extraction d'un calcul de petit volume.

Une intervention peut-être nouvelle et qui mériterait intérêt, consiste dans la *ligature des vaisseaux du rein*, comme méthode de traitement de certaines infections rénales. L'histoire de la malade qui m'a conduit à cette opération est complexe et exceptionnelle, mais elle peut se résumer ainsi :

Une femme jeune m'est présentée comme atteinte d'une infection datant de 5 semaines, infection mal définie, peut-être paludique. Les grandes oscillations de température à maximum vespéral me font penser à une septicémie chirurgicale. Une première intervention fait rencontrer un énorme abcès péri-rénal gauche renfermant un litre de pus. Huit jours après cette première intervention, les accidents de septicémie reparurent, une exploration de la région rénale gauche permet d'ouvrir une série de petites collections purulentes situées autour du rein. Le rein lui-même est augmenté de volume et criblé de petits abcès. Je fais une néphrotomie, car l'état de la malade ne permet pas une intervention plus radicale, et je draine largement.

Les accidents ne s'amendèrent que très légèrement après cette deuxième intervention, aussi, devant leur persistance, et ne pouvant songer à pratiquer une néphrectomie chez une malade aussi affaiblie, je me contentai de placer sur le hile du rein deux pinces courbes que je laissai à demeure pendant 4 jours. Dans les semaines qui suivirent, le rein s'élimina par fragments et l'état général de la malade devint plus satisfaisant. Mais malheureusement des signes de suppuration péri- et intra-rénale du côté droit m'obligèrent à tenter une néphrotomie du rein droit 2 mois 1/2 après, et la malade succomba à cette dernière intervention.

Je ne veux pas insister sur ce fait unique, mais il fait partie d'une étude générale que je poursuis sur *les ligatures atrophiantes dans certains néoplasmes inopérables* et dans certaines *infections*. J'ai à cet égard quelques faits intéressants concernant la langue, l'utérus, la rate, etc.

Les opérations sur l'uretère sont actuellement bien

1. Ratynski, th. de Paris, 1897, et *Presse médicale*, 1897, t. II, p. 182.

1. Piedvache, th. de Paris, 1896.

réglées, j'ai essayé d'en donner le manuel opératoire en 1888 (1), et depuis cette époque l'incision et l'extirpation totale ou partielle de ce conduit ont été souvent exécutées. Pour ma part, je préfère inciser le rein sur le bord convexe dans la lithiase de l'uretère quand le calcul est réductible dans le bassinet. J'ai pratiqué deux abouchements de l'uretère dans la vessie par voie abdominale et par voie vaginale pour remédier à une fistule uretéro-vaginale, deux cas d'abouchement dans l'intestin après extirpation totale de la vessie, pour une exstrophie vésicale dans un cas, pour un épithéliome diffus chez mon second malade. Chez mon petit opéré d'exstrophie vésicale, j'avais inclus dans le rectum l'embouchure des uretères et la muqueuse vésicale adjacente.

Dans une néphrectomie primitive pour grosse hydronéphrose suppurée, j'ai, avec le rein, extirpé la partie supérieure de l'uretère, siège d'une oblitération consécutive à une coudure due à la mobilité rénale.

Enfin, dans un cas curieux de rétrécissement de ce conduit par une masse fibro-graisseuse d'origine inflammatoire, j'ai en même temps que la néphrotomie pratiqué l'extirpation de cette masse, et mon malade est resté guéri.

Il s'agissait dans ce cas d'une uretéro-pyélite ascendante avec accidents de rétention et phénomènes douloureux très marqués, qui avaient amené le malade à un état d'affaiblissement très grave.

Toutes mes interventions sur l'uretère ont été suivies de succès.

Ces faits d'*uretérotomie*, d'*uretéroplastie*, d'*uretérectomie*, sont encore à l'étude; pour ma part je crois que l'abouchement de l'uretère dans l'intestin est une opération d'avenir. Dans toutes ces anastomoses, la grande préoccupation doit être de supprimer le rétrécissement cicatriciel qui occupe généralement l'extrémité inférieure de l'uretère rompu et de créer un mode d'abouchement qui mette à l'abri d'un nouveau rétrécissement.

Résultats thérapeutiques. — *Traumatismes.* — Je n'ai pas eu jusqu'ici à intervenir pour des *plaies du rein*, et les *contusions rénales* avec hématuries graves et prolongés que j'ai dû traiter ont cédé au repos et à la compression. Un empâtement lombaire péri-rénal sans phénomènes infectieux persistants n'est même pas une indication opératoire puisque chez les deux malades présentant des signes d'épanchement urohématique périrénal la guérison est survenue après évacuation par l'uretère du contenu de l'épanchement 11 et 12 jours après l'accident (2). Je crois qu'il faut être réservé dans l'ouverture de ces foyers.

La seule contusion contre laquelle j'ai dû intervenir activement se présentait avec des signes d'épanchement sanguin très volumineux, faisant saillie sur la peau au niveau de la région lombaire avec fractures de la 12e côte, et j'ai trouvé au niveau de la contusion rénale l'apophyse transverse de la 1re lombaire entrée dans le parenchyme. La plaie suturée, le malade a guéri et a conservé son rein (3). La néphrorraphie dans tous les cas où l'organe peut être conservé est préférable à l'ablation du rein.

Calculs. — *La néphrolithotomie* est la plus belle con quête de la chirurgie rénale. J'ai eu l'occasion de la pratiquer 8 fois sur 7 malades, et j'ai trouvé 8 fois des calculs du rein.

Les indications opératoires m'ont été fournies par les signes douleurs et hématuries associés ou dissociés. A cet égard j'ai remarqué que les accidents douloureux habituels étaient plus fréquents dans les calculs mobiles que dans les calculs fixes. De même, les grandes hématuries survenues au moindre mouvement se rencontrent principalement dans ces cas de calculs mobiles. Enfin j'ai même vu, après des crises datant de plusieurs années, douleurs et hématuries, ne plus reparaître dans les mouvements légers, et l'opération m'a montré une disposition de calcul correspondant à deux périodes : de mobilité, puis de fixité. En général les petites pierres de bassinet trahissent rapidement leur présence et les accidents sont une bonne fortune pour le malade qu'ils obligent à se faire débarrasser avant les complications irrémédiables de destruction rénale par oblitération du bassinet. Toutes ces pierres étaient de composition urique. J'ai vu le fait curieux d'un malade qui est le seul récidiviste que j'aie rencontré. Les deux calculs extraits lors de sa seconde néphrolithotomie présentaient à leur centre un caillot sanguin très net. Il est bien probable que ces caillots dataient de sa première opération, faite un an auparavant et qu'ils avaient joué le rôle de corps étranger, centre de cristallisation, leur robe urique avait 3 millimètres d'épaisseur. Or, ce malade, dès les premiers jours qui suivirent sa première opération avaient présenté des urines boueuses véritablement sursaturés d'acide urique. Cet accident montre l'importance du traitement pré- et post-opératoire, et cependant mon malade venait de Contrexéville quand je l'ai opéré et il avait suivi un régime sévère après sa guérison. Il est vrai qu'il habitait Tiaret, localité de l'Algérie dont l'eau potable est extrêmement riche en sels calcaires.

Les résultats opératoires sont parfaits, mes 7 opérés ont guéri. L'hématurie dure de 3 à 4 jours et montre la perméabilité de l'uretère. Une seule fois, j'ai observé une hématurie tardive (8e jour) chez une malade âgée de 65 ans, mais qui ne s'est pas reproduite, la malade est, à l'heure actuelle, en parfaite santé et débarrassée de ses accidents (août 1897).

Les résultats thérapeutiques sont excellents, j'ai revu tous mes opérés et, sauf dans le cas dont j'ai parlé précédemment, tous sont restés bien et définitivement guéris. Aussi je m'élève contre l'opinion qui consiste à voir dans la lithiase rénale une affection bénigne et devant laquelle il faut temporiser. Agir ainsi c'est exposer bénévolement le malade à perdre fonctionnellement un rein, et lui faire courir toutes les chances d'une anurie calculeuse.

Pyélo-néphrites. — *La néphrotomie* pour suppuration, même calculeuse, est une excellente opération à qui de nombreux malades doivent la vie, mais elle est loin de fournir d'aussi beaux résultats. La voie lombaire est la voie d'élection et ce n'est que dans un cas d'erreur de diagnostic que j'ai suivi avec succès la voie abdominale. Pratiquée contre *les pyélo-néphrites avec rétention,* elle est indiquée dès que les moyens médicaux n'assurent plus la perméabilité parfaite de l'uretère, et là comme dans toutes les rétentions purulentes, la temporisation n'est pas de mise. Sans doute, j'ai vu une malade qui, après deux années de soins, a conservé un rein gênant, avec une athrophie graisseuse du volume d'une tête de fœtus. Ce succès médical ne m'a guère semblé encourageant. L'opération de la néphrotomie est banale et je n'ai pu tirer de mes 34 opérations qu'un seul enseignement. Il

1. Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein, Paris, 1889. (Steinheil).
2. Bidault, th. de Paris, 1894.
3. Tuffier et Levi, *Annales génito-urinaires*, 1895, p. 222, et Dordonnat, th. de Paris, 1896. Des épanchements uro-hématiques périrénaux, etc.

faut avec le plus grand soin chercher tous les foyers; chez deux malades néphrotomisées et qui me furent présentés ultérieurement, avec une fistule, j'ai trouvé 13 abcès dans un cas et 15 dans un autre; chez un troisième malade 5 abcès intra- ou périrénaux et 3 calculs furent ouverts ou extraits. On ne saurait donc trop chercher ces lésions indépendantes, et il faut être bien prévenu qu'un abcès tout petit peut être entouré d'une énorme tumeur fibro-graisseuse. Malgré la régularisation du foyer, malgré la surveillance minutieuse et la direction parfaite des pansements, malgré diverses injections, malgré le cathétérisme uretéral à demeure que j'ai patiemment mis en œuvre en 1895 à l'hôpital Beaujon, la fistule uro-purulente puis purulente est toujours la pierre d'achoppement de la néphrotomie. Il ne faut pas s'en préoccuper outre mesure, puisque j'ai des malades qui vivent parfaitement ainsi depuis 5 et 6 ans; mais si des accidents fébriles se manifestent, le débridement s'impose et la néphrectomie secondaire seule débarrasse le malade de ses clapiers. Les fistules *urinaires* ont toujours pour cause une lésion uretérale et je n'ai pas renouvelé ma tentative cependant suivie de succès pour les fermer (1). D'ailleurs c'est là une loi générale pour toutes les fistules glandulaires. Les écoulements *purulents* disparaissent avec le rein, et il ne faut pas chercher à fermer trop tôt la fistule si les urines sont troubles. J'ai opéré ainsi à l'hôpital par néphrotomie et *in extremis* un malade qui avait été néphrotomisé en ville pour un calcul et avait longtemps gardé une fistule purulente, son rein contenait trois gros abcès.

Quand elle se complique de calculs, la pyélo-néphrite n'est ni plus ni moins grave; j'ai extrait d'énormes pierres phosphatiques dans ces conditions, mais ces cas rentrent et comme manuel opératoire et comme pronostic et comme traitement dans la catégorie des infections rénales avec distension.

Les résultats éloignés chez les 9 malades que j'ai pu suivre m'ont donné : 5 fistules persistantes uro-purulentes nécessitant un pansement tous les 2 jours, un de mes opérés a succombé à une embolie, 3 ont dû subir la néphrectomie secondaire par morcellement et sont guéris depuis 4 ans, 1 an et 6 mois.

La néphrectomie primitive et lombaire (toujours indiquée quand les lésions sont peu volumineuses ou réductibles à un petit volume) pratiquée 3 fois contre des lésions infectieuses m'a donné 3 succès opératoires, mais un de ces malades a succombé peu après l'opération : il s'agissait d'une femme que j'avais néphrectomisée pour une pyélo-néphrite ascendante et qui eut, quelques semaines après l'ablation du rein, alors que la plaie lombaire était parfaitement cicatrisée, une *phlegmatia alba dolens* qui détermina une embolie mortelle.

Je n'ai pratiqué qu'une seule fois la néphrectomie secondaire sous-capsulaire.

C'est à ces vieilles suppurations rénales plus ou moins généralisées que j'oppose de préférence la *néphrectomie par morcellement.*

Sur les 5 opérations que j'ai ainsi pratiquées, j'ai eu 5 succès et je regarde ces opérations pour suppurations multiples avec dégénérescences scléro-graisseuses comme des plus difficiles, et, sans le secours du morcellement, elles garderaient leur réputation de haute gravité.

Nous sommes actuellement bien armés contre les suppurations rénales avec rétention : les incisions du foyer, ou des foyers peu nombreux, donnent d'excellents résultats; l'ablation primitive, quand les foyers sont trop nombreux et que la lésion est nettement unilatérale, la néphrectomie secondaire simple sous-capsulaire ou par morcellement quand les accidents de suppuration sont menaçants constituent autant de moyens puissants d'action.

Tuberculose. — La tuberculose rénale est justiciable de nos interventions dans un grand nombre de cas, je crois que l'opinion qui voit dans cette localisation de la maladie, des foyers toujours secondaires, est exagérée. Sans doute, si l'on s'en rapporte aux autopsies, on trouvera constamment d'autres lésions que dans le rein, mais les faits cliniques démontrent que la bacillose peut envahir un seul rein et rester longtemps localisée à ce niveau, souvent même elle ne trahit sa présence par aucun symptôme et c'est une vomique rénale qui révèle les lésions destructives.

Les indications opératoires dans les 15 interventions que j'ai pratiquées pour tuberculose rénale ont été *l'hématurie, les douleurs, l'infection* et *l'intoxication.*

L'hématurie ne devient une indication opératoire que dans le cas où, par son abondance et sa répétition, elle menace la vie du malade. J'ai opéré 2 exemples de cette variété hématurique, j'ai fait dans un cas la néphrectomie primitive; dans le second, comme il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans et que je n'étais pas certain de l'intégrité de l'autre rein, je fis la néphrotomie.

Mes 2 malades ont guéri et sont encore à l'heure actuelle bien portantes, cependant la deuxième malade a vu 2 ans après l'opération le sang reparaître dans ses urines pendant quelques jours.

La néphrectomie me paraît la méthode de choix dans ces cas, et cette variété hématurique ne présente pas pour l'avenir de gravité spéciale. Je croirais volontiers qu'il s'agit ici de phénomènes congestifs, d'accidents locaux dus peut-être au siège spécial des éléments tuberculeux dans le rein.

Les accidents douloureux sont rarement suffisants pour commander une intervention. Chez les 2 malades que j'ai dû néphrectomiser, les souffrances étaient assez vives et assez rebelles à une longue thérapeutique médicale pour nécessiter une opération curatrice sinon exploratrice. Les douleurs revêtent en général la forme de coliques néphrétiques subintrantes et les faits dont j'ai été témoin montrent que les lésions du parenchyme rénal justifient pleinement l'opération.

Les accidents d'infection ou d'intoxication d'origine rénale sont de beaucoup plus fréquentes en matière d'indication opératoire. Les symptômes sont variables; en général nous sommes en présence de phénomènes d'intoxication chronique qui prend naissance dans une rétention de produits septiques au niveau du rein. Plus souvent ce sont les signes d'une pyélo-néphrite chronique mais j'ai rencontré d'énormes collections tuberculeuses intra-rénales sans aucune émission de liquide purulent, et, dans ces conditions, le diagnostic se pose alors entre une tumeur du rein, du foie ou de la rate bien plus qu'entre les variétés de collection purulente intra-rénales.

Le diagnostic peut être bien plus difficile encore quand les lésions suivent ce que j'appelle l'évolution thoracique, au lieu de l'évolution abdominale, puisque dans ces cas mêmes, l'exploration directe du rein est négative. Quoiqu'il en soit, les accidents qui appellent notre attention sont des accès fébriles intermittents ou bien des troubles dyspeptiques avec amaigrissement allant jusqu'à la cachexie. Là encore, je distinguerai 2 variétés dans les accidents qui nous conduisent à l'intervention. Dans l'une,

1. *Soc. de chirurgie*, 1890, p. 41.

les accidents de rétention purulente avec fièvre symptomatique sont semblables à ceux que nous rencontrons dans les pyonéphroses vulgaires ouvertes ou fermées. Dans l'autre c'est le complexus de l'intoxication chronique, dyspepsie, perte des forces, etc. C'est par hasard quelquefois que l'examen du rein fait constater la preuve d'une tuméfaction. Ces allures sont tellement rapides et silencieuses que l'un de mes malades était regardé comme atteint d'une tumeur de la rate, un autre aurait été porteur d'un néoplasme rénal. Quand la pyurie est intermittente, l'erreur n'est plus possible, mais nous venons de voir qu'elle peut faire complètement défaut.

Les résultats opératoires ont été :

Néphrotomies 7, avec 5 guérisons et 2 morts
Néphrectomies primitives lombaires 5, avec 5 guérisons.
Néphrectomies secondaires lombaires 2, avec 2 guérisons.
Néphrectomie partielle lombaire 1, avec 1 guérison.

Quant aux résultats définitifs, ils ont été et sont encore parfaits chez plusieurs de mes opérés pour néphrectomie primitive : 3 d'entre eux sont restés guéris depuis 6 ans 1/2, 5 ans 1/2 et 4 ans.

Ces observations prouvent bien le point de départ rénal de l'affection et l'intégrité de l'autre rein et de la vessie.

Hydronéphrose. — Le dernier mot est loin d'être dit sur la pathogénie de l'hydronéphrose et sur son traitement. Les lésions sont multiples, les moyens à leur opposer doivent varier avec chacune d'elles. La méthode conservatrice s'impose dans ces cas puisque nous savons quel rôle joue dans l'organisme un fragment de rein aseptique. Les hydronéphroses par coudure réductible de l'uretère doivent être traitées par le redressement du canal soit par la néphropexie, soit par le cathétérisme permanent de l'uretère. Je me suis précédemment expliqué sur les avantages de la fixation du rein dans ces cas (17 opérations avec 17 guérisons).

Les très volumineuses hydronéphroses simulant les kystes de l'ovaire sont justiciables de l'ablation, mais les rétentions de volume moyen, une tête de fœtus par exemple, sont susceptibles de guérir par une simple ponction. J'ai été très frappé des résultats que j'ai constatés : sur 3 cas, dont l'un chez une femme enceinte de 5 mois, la ponction aspiratrice fit disparaître la tumeur et permit à la grossesse d'évoluer sans incident. Deux de ces femmes étaient encore guéries 5 mois après l'intervention. Chez une troisième, que j'ai néphrotomisée par voie transpéritonéale, le 12 novembre 1892, à Beaujon la simple ponction avait été pratiquée 12 ans auparavant, je trouvai dans la poche un liquide uro-purulent (1).

L'incision d'emblée, si l'hydronéphrose est infectée, après ponction simple, si le contenu est aseptique, constitue la méthode de choix dans le cas où l'on hésite sur l'état de l'autre rein.

Sinon c'est à la *néphrectomie* que j'ai recours. Dans un autre cas, l'un de calcul de l'uretère (2), l'autre de calcul du bassinet, la simple extraction du corps étranger a suffi à guérir mes malades. J'ai toujours soin dans ces cas de pratiquer le cathétérisme de l'uretère, pour bien m'assurer de sa perméabilité avant de suturer la glande. En somme le traitement conservateur est ici la règle absolue. Si l'on se trouve en présence de reins hydronéphrotiques transformés en une coque fibreuse et dans lesquels toute trace de parenchyme rénal à disparu, la néphrectomie s'impose, et j'y ai eu recours deux fois dans ces conditions. Mes deux malades ont guéri.

1. *Soc. de chirurgie*, 1894, p. 685.
2. *Soc. de chirurgie*, 1892, séance du 6 avril.

Je rangerai à côté de ces rétentions aseptiques d'urine dans le rein deux cas *d'hématonéphroses*. J'ai désigné sous ce nom un épanchement constitué par de l'urine et du sang dans le bassinet. C'est une complication de certaines tumeurs du rein et du bassinet, tumeurs provoquant peu à peu une dilatation de la glande par obstruction progressive de l'embouchure de l'uretère, c'est-à-dire une hydronéphrose. L'hémorrhagie qui accompagne ces néoplasmes et qui se traduit généralement par une hématurie, se fait alors dans le bassinet et se mélange au liquide de l'hydronéphrose, constituant une hématonéphrose. Suivant la quantité de sang épanché, le liquide varie de coloration. Chez mon premier malade, sa coloration était telle qu'au moment où je l'ouvris il ne fut douteux ni pour moi ni pour mes assistants que je n'eusse ouvert la veine cave. La bénigne terminaison de l'hémorrhagie nous montra qu'il n'en était rien. Fait clinique intéressant, les urines de mon premier malade étaient absolument claires à certains moments, si bien que l'hématurie était régulièrement intermittente. Chez le second il existait des hématuries profuses. Mon premier malade fut néphrectomisé et guérit. Le second avait une très petite tumeur du bassinet, mais son état ne me permit pas de faire autre chose qu'une néphrotomie. Les hémorrhagies disparurent et le malade succomba à la cachexie en juin 1897, sans avoir présenté de nouvelles hématuries.

Tumeurs. — Les succès opératoires et thérapeutiques dans l'attaque des tumeurs du rein dépendent avant tout de la précocité du diagnostic, et, dans un mémoire déjà ancien (1), j'ai étudié les symptômes de ces néoplasmes et leur valeur au point de vue de la révélation de la gravité de ces tumeurs. Les résultats auxquels je suis arrivé étaient peu encourageants, et bien que j'aie rencontré depuis cette époque quelques malades présentant des signes de néoplasme au début, la moyenne partie de ceux que j'ai enlevés étaient déjà anciens, étendus, ou même en voie de généralisation. Pris en bloc, sur 6 cas de tumeurs j'ai eu 50 p. 100 de mortalité opératoire. L'hématurie est le meilleur signe clinique, car l'augmentation du volume de l'organe fait très souvent défaut. Dans ce que j'appellerai *l'évolution thoracique* de la tumeur, si le rein reste à sa place, il est impossible de déceler son augmentation de volume. Deux fois j'ai enlevé des néoplasmes du volume des deux poings, sans que personne ait pu percevoir chez ces malades un changement de volume quelconque du rein. La tumeur se creuse une loge sous le diaphragme, et l'incision lombaire elle-même fait d'abord rencontrer l'extrémité inférieure normale de la glande. L'extraction de cette variété de tumeurs est particulièrement difficile et dangereuse, parce qu'il faut décoller des adhérences sous-costales souvent très profondes. Dans tous les autres cas, la néphrectomie ne me paraît un peu spéciale que par la vascularisation extrême de la capsule adipeuse du rein et la dilatation des vaisseaux avoisinants, y compris ceux du hile ; mais en revanche, l'unilatéralité des lésions est un élément favorable.

Dans toute mes interventions pour tumeurs malignes, j'ai employé la voie lombaire, mais je ne rejette pas la voie péritonéale et je m'en servirai quand je me trouverai en présence de néoplasmes assez volumineux pour indiquer ce procédé.

1. *Annales génito-urinaires*, février 1888.

Les néoplasmes bénins sont rares, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer deux exemples que j'ai traités par *la néphrectomie partielle* suivie de suture de la plaie rénale, opération calquée sur les expériences que j'avais pratiquées en 1888 (1). Quand ces néoplasmes sont encapsulés, leur énucléation est facile, j'ai opéré ainsi avec succès en 1894 un fibrome siégeant sur la face antérieure du bassinet en un point très rapproché du hile. Chez une seconde malade je tombai sur un adénome végétant infiltré dans le parenchyme et je dus faire une large brèche en plein tissu rénal sain par extirper la tumeur. Les résultats opératoire et thérapeutique furent également favorables (2).

Kystes. — Je suis intervenu trois fois pour des tumeurs kystiques du rein.

Deux de mes malades étaient atteints de rein polykystique et dans le premier cas je pratiquai une néphrotomie, l'opération se passa sans incident, le rein incisé ne donna pas lieu à un écoulement sanguin considérable, mais 48 heures après survint une hémorrhagie secondaire à laquelle la malade succomba rapidement.

Ma seconde malade présentait tous les signes cliniques du rein mobile douloureux, la glande rénale était abaissée et c'est seulement après l'incision lombaire et la dénudation du rein de sa capsule adipeuse que je reconnus la dégénérescence kystique de l'organe.

N'étant pas assuré de l'intégrité de l'autre rein et d'autre part sachant par l'anatomie pathologique que le rein polykystique est une affection presque toujours bilatérale je refermai simplement la plaie lombaire.

Chez mon troisième malade j'enlevai par dissection un grand kyste séreux du rein siégeant à l'extrémité supérieure de l'organe et du volume d'un petit citron. Après avoir dénudé le rein je pus arriver à l'abaisser et à le faire basculer, de façon à présenter son extrémité supérieure entre les lèvres de la plaie. Je fis alors comprimer le pédicule rénal par un aide et j'enlevai au bistouri le parenchyme en dehors de la tumeur. J'obtins ainsi un angle dièdre cruenté ouvert en haut. Je passai alors immédiatement au-dessous de la surface cruentée, dans l'épaisseur du parenchyme rénal, et, le traversant de part en part quatre fils de catgut n° 3 que je serre modérément et qui accolent directement les deux lèvres de la plaie rénale, je passe ensuite quatre autres fils de catgut n° 2 dans la capsule propre pour parfaire exactement la coaptation puis je fais cesser la compression du pédicule rénal, il ne se fit pas la moindre hémorrhagie par la suture. Suture de la plaie lombaire. La guérison fut parfaite (3).

L'anurie par rétention uretérale doit être opérée dès qu'elle est reconnue, il est certain que les résultats peu encourageants que nous obtenions précédemment étaient dus à une temporisation dangereuse. J'ai aussi opéré *in extremis* deux malades, l'un 6 jours, l'autre 5 jours après la dernière émission d'urine. La néphrotomie fut impuissante et nos deux malades succombèrent 5 et 7 jours après.

Au contraire, une femme atteinte de cancer utérin avec double oblitération des uretères et anurie depuis 24 heures, a vécu 4 mois après l'incision du rein et son drainage permanent. Je regarde la néphrotomie comme la méthode de choix, elle est plus facile, plus rapide et tout aussi efficace que l'abouchement de l'uretère à la peau. Une incision lombaire, une boutonnière rénale et une sonde de Malécot introduite à travers cette boutonnière jusque dans le bassinet constituent toute l'opération. J'y joins deux points de suture aux deux extrémités de la boutonnière pour bien fixer la sonde et je me sers de ces deux fils pour fixer le rein aux lombes en bonne position. Dans les cas ou une longue survie pourrait être espérée, je pratiquerais volontiers l'abouchement de l'uretère dans le côlon plutôt qu'à la peau, d'autant plus que toute l'opération pourrait être extra-péritonéale.

1. Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein, Paris, 1889 (Steinheil).
2. *Congrès de chirurgie*, 1895.
3 *Archives générales de médecine*, 1891, t. XXVIII, p. 5.

REVUE DES THÈSES

Thèse de la Faculté de Paris.

M. Poulain (Georges). *Du rôle de l'infection dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.* N° 456. (Steinheil.)

L'ulcère rond, dit M. Poulain, n'est pas une affection d'origine univoque. Pour produire l'ulcère rond, 2 facteurs sont nécessaires; l'un prépare la lésion, ce sera l'alcoolisme, le traumatisme, la maladie infectieuse. Le second facteur sera le suc gastrique qui agira selon son degré d'acidité sur la muqueuse diminuée de vitalité.

Il est démontré expérimentalement que des microbes charriés par le sang au cours d'une infection générale, en s'arrêtant dans les vaisseaux de la paroi stomacale, peuvent y produire des ulcérations.

Ces ulcérations sont dues, d'après l'auteur, à ce que les éléments anatomiques d'un certain point de la muqueuse ne recevant plus qu'une quantité de sang insuffisante, et encore d'un sang rendu toxique par les excreta de la colonie microbienne, se laissent digérer par le suc gastrique; ainsi s'explique la localisation de l'ulcère.

Suivant que ce suc est plus ou moins actif, sécrété d'une façon plus ou moins continue, plus ou moins abondante, et probablement aussi suivant d'autres causes, l'érosion se transforme en ulcère de Cruveilhier à marche chronique et progressivement extensive, ou bien se cicatrise rapidement.

Les microbes peuvent encore produire l'ulcère par d'autres processus : par leurs toxines, par l'hyperchlorhydrie, la gastrite ou les troubles nerveux que déterminent les maladies infectieuses elles-mêmes, et par inoculation directe, au niveau de la muqueuse, par le contenu stomacal.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Voinot (Camille). *Recherches anatomo-pathologiques sur la moelle épinière dans certaines maladies infectieuses*

M. P. Bouin. *Phénomènes cytologiques anormaux dans l'histogénèse et l'atrophie expérimentale du tube séminifère.* N° 28.

Les altérations de la moelle épinière dans les maladies infectieuses sont encore à l'étude. Des recherches anatomo-pathologiques personnelles qu'il a entreprises, M. Voinot tire les conclusions suivantes : chez tous les individus qui succombent aux maladies infectieuses examinés par lui, il y a constamment des lésions médullaires, même en l'absence de symptômess cliniques spéciaux à la moelle.

Ces lésions portent sur les éléments nobles de la moelle et des racines nerveuses, cellules, cylindres-axes, myéline. La névroglie, les vaisseaux et le conjonctif restent normaux.

Elles sont habituellement plus prononcées au renflement lombaire qu'aux régions cervicale et dorsale, plus prononcées également au niveau des cordons postérieurs.

Elles varient d'intensité avec la nature des processus infectieux.

Pour un même processus, elles varient d'intensité avec les individus.

Présentant de grandes analogies avec les myélites expérimentales d'une part, les myélites infectieuses aiguës de l'homme d'autre part, elle constituent de véritables inflammations parenchymateuses de la moelle.

De ses recherches sur l'atrophie expérimentale du tube séminifère, M. P. Bouin, élève de Prenant, conclut qu'il n'y a rien de fixe dans la régression expérimentale testiculaire, cette rapidité dépend de la variété du traumatisme qu'on lui fait subir ou que l'on fait subir à ses annexes. La ligature simple du cordon, par exemple, détermine dans la glande une dégénérescence moins prononcée, après plusieurs mois d'expériences, que la dégénérescence consécutive à la résection d'un fragment de canal déférent deux à trois semaines après cette opération. De même la sclérose en masse de l'épididyme, à la suite d'une injection interstitielle de chlorure de zinc amène une atrophie du parenchyme testiculaire aussi complète deux à trois semaines après cette injection que celle qu'on obtient trois à quatre mois après la résection d'une portion du canal déférent.

L'auteur étudie la marche du processus régressif; les diverses formes cellulaires qui représentent l'épithélium séminal disparaissent successivement et par ordre en reproduisant en sens inverse le cycle de leur genèse.

Les éléments qui subsistent en dernier lieu sont les cellules de Sertoli; mais dans certains cas, la dégénération a débuté partelles, atteignant successivement les spermatogonies, les sperma cocytes et ménageant les spermatides qui dans ce cas représentaient seules l'épithélium séminal. Dans certains cas de régression lente à la suite de la résection partielle du canal déférent, les phénomènes ultimes qui se passent dans les organes dégénérés sont plus complexes, la dégénérescence se fait par régions testiculaires, chacune pouvant subir un mode régressif différent.

M. Bouin se demande la raison de l'atrophie du parenchyme testiculaire et des lésions qu'on y constate. On ne peut invoquer ni la pression déterminée par l'accumulation des produits sécrétés par la glande en arrière de l'organe, ni des modifications circulatoires, car la circulation macroscopiquement et microscopiquement paraissait suffisante, et, proportions gardées, aussi abondante que dans l'organe sain; pour l'auteur, il faut voir dans l'épithélium séminifère lui-même le support des différents phénomènes dégénératifs dont il est le siège. Le plexus spermatique a vraisemblablement été détruit dans les expériences; or les nerfs sont un des principaux facteurs de l'excitation fonctionnelle, et c'est la disparition de cette dernière qui amène l'atrophie du testicule.

Dans la seconde partie de sa thèse, l'auteur étudie les phénomènes de dégénérescence cellulaire qu'il a observés dans ses expériences; ses constatations confirment les recherches antérieures qui, en même temps qu'elles établissaient des relations fonctionnelles inévitables entre le noyau et le protoplasma d'une cellule, prouvaient qu'ils ne sont pas liés d'une façon fatale l'un à l'autre, que l'un peut vivre après disparition et mort de l'autre; l'auteur montre que cette individualisation fonctionnelle peut s'accentuer plus encore, que les chromosomes, les corps chromatiques extra-nucléaires, les sphères attractives, les centrosomes peuvent, au cours des phénomènes cellulaires anormaux qu'il étudie, donner des preuves d'une vitalité individuelle; il montre les variations, les anomalies qui peuvent se présenter dans les diverses phases de la division cellulaire, et tire de ses recherches spéciales cette conclusion générale que la vie cellulaire est la conséquence de la combinaison régulière d'un grand nombre d'activités très dissemblables qui naissent dans des organes multiples, qui convergent vers une même résultante, mais conservent une existence et une valeur propre.

Thèse de la Faculté de Lyon.

M. Courmont (Paul). *Signification de la réaction agglutinante chez les typhiques. Séro-pronostic de la fièvre typhoïde.* N° 122.

Les 250 cas de réaction agglutinante observés par M. Paul Courmont chez les typhiques confirment la notion, désormais bien établie, que cette réaction, à peu près constante dans la fièvre typhoïde, constamment absente dans les autres maladies, est un des meilleurs signes de diagnostic de cette affection. Pour cet auteur la substance agglutinante qui paraît se former dans le sang, où elle est en quantité maxima, s'élimine en partie par les glandes à sécrétion externe; elle paraît se détruire ou se transformer dans certaines glandes à sécrétion interne (foie, rate). Il en est de même dans les organes infectés par le bacille d'Eberth, dans lesquels ce microbe ou ses sécrétions paraissent la détruire. On peut reproduire ce dernier phénomène *in vitro*. La production de substance agglutinante paraît être une réaction de défense de l'organisme, surtout pendant la période d'infection.

Les preuves sont les suivantes :

a) Expérimentalement, on peut constater que l'agglutination du bacille d'Eberth s'accompagne d'une atténuation certaine de la virulence de ce microbe, alors que le pouvoir agglutinant des sérums typhiques paraît indépendant des propriétés favorisante ou vaccinante des mêmes sérums.

b) La répartition de la substance agglutinante dans l'organisme des typhiques, sa diminution dans les organes infectés, son augmentation dans les points non infectés semble indiquer un antagonisme réciproque entre la substance agglutinante et le bacille ou ses toxines.

c) La courbe du pouvoir agglutinant chez les typhiques, son élévation dans les formes simples, son ascension critique au moment où se dessine la guérison et, réciproquement, le peu d'élévation de cette courbe ou son abaissement prématuré dans les périodes de gravité et la plupart des formes sévères plaident en faveur du rôle de défense de la formation de substance agglutinante.

L'étude des variations du pouvoir agglutinant chez les typhiques peut donc mettre en évidence l'évolution d'une partie, mais d'une partie seulement, des processus de défense de l'organisme malade. Le chiffre du pouvoir agglutinant, à une période donnée de la maladie, et surtout la courbe de ce pouvoir agglutinant, peuvent donc être d'importants éléments de pronostic, tout comme la courbe thermique, mais en sens inverse; la première (la courbe de défense) ne prend d'ailleurs toute sa valeur que si on la compare à la seconde (courbe d'infection).

D'une façon générale, l'élévation du pouvoir agglutinant est par elle-même d'un bon pronostic, surtout si elle atteint un chiffre élevé au moment où la température commence à céder; dans ce dernier cas, elle a toujours annoncé à M. Courmont une guérison définitive.

Inversement, un pouvoir agglutinant peu élevé, une courbe agglutinante basse, oscillante, surtout à partir de la fin du second septénaire, est d'un pronostic défavorable. C'est le plus souvent l'indice d'une forme grave et prolongée de la maladie, ou bien, dans les formes très légères, cela doit faire redouter une rechute. La descente de la courbe agglutinante sans défervescence thermique paraît d'un très mauvais pronostic.

Provoquer chez le typhique l'augmentation du pouvoir agglutinant de son sérum semble devoir être un des buts de la thérapeutique et, notamment, de la sérothérapie.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement de la gonorrhée (Zur Therapie der Gonorrhoe), par Spietschka (*Arc. f. Dermat. u. Syph.*, 1897, vol. XL, p. 245). — L'auteur a essayé dans 49 cas de gonorrhée aiguë et 16 de gonorrhée chronique les grands lavages de l'urèthre avec une solution de chlorure d'argent (maintenue à l'état de solution par l'addition d'hyposulfite de soude) au 200e et 400e.

Sur les 49 cas aigus, 11 ont été guéris au bout de 17 jours en moyenne; 23 ont été considérablement améliorés après 14 jours de traitement; chez 15 on a dû interrompre le traitement, soit que les malades ne supportassent pas la solution, soit qu'au bout de 3, 4 ou 5 semaines aucune amélioration ne se fût manifestée.

Sur les 16 chroniques, 11 ont été guéris (disparition du gonocoque) dans l'espace de 10 jours; chez 5 aucune amélioration ne s'était manifestée encore au bout de 3 semaines et traitement.

Les tumeurs vermineuses chez les enfants, par Froelich (*Rev. des malad. de l'enfance*, octobre 1897). — Ce travail, basé sur l'étude d'un cas d'abcès vermineux essentiel dû à des oxyures chez un garçon de 11 ans, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les oxyures vermiculaires peuvent occasionner au pourtour du rectum et à une certaine distance de cet intestin des abcès dans lesquels ils pullulent en grande quantité.

2° Ces abcès peuvent être produits par la pénétration, à travers la muqueuse enflammée et les parois rectales, d'une femelle chargée d'œufs qui va pondre dans le tissu cellulaire; ou bien ces œufs sont entraînés en très grande quantité par les lymphatiques. La première hypothèse semble être les plus vraisemblable.

3° Un individu malpropre peut contaminer toute une famille par le transport d'œufs de parasite sur ses doigts. Ces œufs semblent mettre huit jours au plus pour se transformer en vers adultes.

4° Le traitement par les lavements de liqueur de Van Swieten donne de bons résultats et doit être continué quelques temps après la disparition des parasites.

Extirpation par la voie buccale d'une fistule latérale du cou (Extirpation des kompleten seitlichen Halsfistel mittels Extraktion des oberen Strangendes von der Mundhöhle aus), par von Hacker (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 41, p. 1073). — Dans un cas de fistule congénitale du cou chez un garçon de 8 ans, fistule complète dont l'orifice extérieur se trouvait à un travers du pouce au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, et l'orifice interne entre l'amygdale et les piliers du côté droit, l'auteur fit l'opération suivante :

Il disséqua de la façon ordinaire la partie inférieure de la fistule, puis, sur un fil d'argent conduit à travers la fistule jusqu'à l'orifice buccal du trajet, il fixa un fil plié en deux qu'il retira avec le fil vers l'extrémité périphérique de la fistule disséquée. Les parois du canal furent ensuite fixées à l'anse du fil de telle sorte qu'en tirant sur les deux bouts du fil restés dans la bouche, la fistule se retourna comme un doigt de gant et a pu être extraite comme un corps étranger. L'enfant guérit.

Le foie mobile et son traitement, par F. Terrier et M. Auvray (*Rev. de chir.*, 1897, n°s 8 et 9). — Sur 11 cas d'hépatopexie simple, huit fois les suites de l'opération ont été très satisfaisantes, il y a eu vraie guérison. Dans un cas on a constaté seulement une amélioration des symptômes; deux fois l'opération est restée sans résultat, une fois elle a amené la mort par péritonite septique.

Sur 3 cas d'hépatopexie avec reconstitution et la paroi abdominale (procédé de Depage), il y a 2 guérisons et 1 mort par shock.

1 cas d'hépatopexie par formation d'une cloison séreuse artificielle (Péan) a guéri.

D'après les auteurs l'hépatopexie est une opération très rationnelle, dont on est en droit d'attendre de très bons résultats, qu'il faudra réserver aux cas où les accidents condamnent les malades à l'immobilité et empêchent tout travail, et qu'il sera toujours bon de compléter par la reconstitution d'une paroi abdominale solide.

MÉDECINE

Cholestéatomes méningés (Zur Frage der meningealen Cholesteatome), par Beneke (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLIX, p. 95). — Dans un travail publié il y a quelques années, l'auteur a divisé les cholestéatomes provenant de l'arachnoïde en endothéliomes méningés et dermoïdes méningés. Un travail de Boström sur les épidermoïdes de la pie-mère a conduit l'auteur à examiner histologiquement un nouveau cas de cholestéatome méningé. Cette étude lui a permis d'établir la nature épidermoïde des cellules des parois de la tumeur, de sorte que la tumeur devait être considéré comme un épidermoïde.

Acétonurie chez une hystérique (Ein Beitrag zur Kenntniss der Acetonurie), par Nebelthan (*Centralbl. f. inn. Medic.*, 1897, n° 38, p. 977). — L'observation de l'auteur se rapporte à une jeune femme sujette depuis 3 ans à des maux d'estomac avec vomissements et inappétence presque absolue ayant amené un amaigrissement considérable. L'examen de l'urine fait à l'entrée de la malade à l'hôpital montra la présence d'une telle quantité d'acétone qu'on pensa à l'existence d'un diabète. Pourtant l'urine ne contenait pas de sucre, mais, en revanche, on y trouvait, à côté de l'acétone, une petite quantité d'albumine et d'acide oxybutyrique.

L'acétonurie persista tant que durèrent les vomissements et l'inappétence contre lesquels échouèrent les moyens ordinaires du traitement. Mais lorsque sous l'influence de la suggestion à l'état de veille la malade commença à garder les aliments, l'acétonurie diminua, puis disparut complètement.

D'après l'auteur, cette acétonurie était de la même nature que celle qu'on observe chez les jeûneurs professionnels et d'une façon générale chez les individus à l'état d'inanition. Chez la malade en question, l'anorexie et les vomissements hystériques avaient amené un degré de dénutrition extrême accompagnée d'acétonurie.

Leucine et tyrosine dans l'urine d'un érysipélateux (Befund von Leucine und Tyrosin in einem Harn bei Erysipel), par Kirkbride (*Centralbl. f. inn. Medic.*, 1897, n° 41, p. 1057). — Dans le cas que publie l'auteur, la leucine et la tyrosine furent trouvées pendant 2 jours, au déclin d'un érysipèle de la face, dans l'urine d'une fille de 18 ans qui guérit sans complications.

Le fait était intéressant à noter, car pendant longtemps, on a considéré l'apparition de la leucine et de la tyrosine dans l'urine, comme l'indice d'une lésion grave du foie. Des observations récentes ont montré que cette apparition n'avait pas la signification qu'on lui prêtait, et que la tyrosine et la leucine pouvaient s'observer dans l'urine chez les typhiques et les varioleux (Frerichs), après les traumatismes du cerveau (Valentiner), dans la rage (Robin), etc.

Recherches sur l'action du sérum charbonneux (Untersuchungen über die Wirksamkeit des Milzbrandserums), par Sobernheim (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 42, p. 910). — En traitant des moutons par les injections de cultures charbonneuses, à doses progressivement croissantes, pendant plusieurs mois, l'auteur a obtenu un sérum qui, en injection sous-cutanée, préservait les moutons contre l'infection charbonneuse aussi bien à titre prophylactique que lorsque l'injection était faite une heure environ après l'inoculation de charbon. Sur 5 moutons traités par le sérum, aucun n'a succombé au charbon.

Chez les lapins, ce sérum retardait considérablement la mort après l'inoculation de charbon. L'auteur explique l'inefficacité relative de son sérum chez les lapins par les propriétés individuelles de ces animaux.

La glande thyroïde dans l'ictère (Ueber das Verhalten der Schilddrüse beim Icterus), par Lindemann (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLIX, p. 202). — Chez quatre individus ayant succombé avec des phénomènes d'ictère par obstruction cancéreuse du cholédoque, l'auteur trouva les signes d'une sécrétion colloïde exagérée de la glande thyroïde.

Il en conclut que, les fonctions antitoxiques du foie ayant été notablement diminuées, il s'est produit une exagération vicariante des fonctions antitoxiques de la glande thyroïde, provoquée par le passage dans le sang des substances toxiques ou incomplètement désintoxiquées par le foie.

Nouvelle septicémie des veaux, par Thomassen (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1897, p. 523). — Cette épizootie est produite par un bacille très voisin du bacille d'Eberth. Le sérum typhique produit son agglutination, mais à un degré bien moindre que celle du bacille d'Eberth.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'épiphora,

D'après MM. les Drs Vandenbossche, J. Vadon et S. Jankelewitch.

Dans les cas où le cathétérisme des voies lacrymales ne remédie qu'insuffisamment au catarrhe du sac lacrymal, même aidé de l'incision du sac conjonctival, on doit chercher une autre solution. Au surplus le rétablissement des voies naturelles par la dilatation ou l'électrolyse (Lagrange) est illusoire lorsque l'affection est ancienne et que la muqueuse du canal nasal est infectée. On ne peut compter sur l'action des lavages antiseptiques pour modifier le catarrhe et la perméabilité obtenue par les sondes de Bowmann est-elle dans ces circonstances très éphémère. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où les tissus voisins, le tissu cellulaire et la peau participent à l'inflammation, où il y a *phlegmon* du sac ou *tumeur* lacrymale : tous les auteurs sont d'accord pour avoir recours à l'incision et à la thermocautérisation, c'est-à-dire, en définitive, à la destruction de l'appareil excréteur des larmes.

Il est certain que si l'on pouvait détourner d'une façon permanente le cours des larmes, soit par la perforation de l'unguis, soit par la trépanation du sinus maxillaire, ce serait évidemment le traitement de choix à opposer à ces catarrhes rebelles des voies lacrymales, compliqués de rétrécissement. Mais, malgré les efforts récents de M. Vandenbossche (de Lyon) (1), qui a essayé de réhabiliter le procédé de Laugier remis en honneur par M. Rochet (de Lyon), la démonstration n'est pas faite. De l'aveu même des auteurs, l'orifice néoformé qui fait communiquer le cul-de-sac conjonctival inférieur avec le sinus maxillaire, a une tendance à s'oblitérer rapidement; sans compter que cette voie artificielle semble servir plus fréquemment à la propagation de l'inflammation au sinus qu'au passage des larmes. Il faut donc abandonner un moyen qui ne fait que reculer une intervention plus radicale.

Nous ne parlons pas de l'extirpation de la glande lacrymale. Cette opération, d'une exécution difficile, entraîne des déformations de la paupière supérieure et de plus ne dispense pas d'une intervention sur le sac : elle est donc à rejeter.

Il ne reste donc que la destruction, l'excision ou mieux l'extirpation du sac. Ce traitement est classique en Allemagne et y a donné les meilleurs résultats : en France les ophthalmologistes, à l'exception de M. Panas, y sont tout à fait opposés. Et cependant aucun d'eux n'hésite à y avoir recours lorsqu'il y a *phlegmon* du sac, sans qu'il en résulte d'ailleurs de dommage pour leurs malades.

Il faut bien le répéter : les cathétérismes multipliés ne sont qu'un traitement palliatif assujettissant pour le malade et pour le médecin, et qui peut devenir aisément dangereux pour peu qu'il soit fait par une main malhabile. Les traumatismes réitérés de la muqueuse aboutissent à des lésions profondes de cette muqueuse et des plans sous-jacents et ont pour terme l'oblitération inflammatoire du canal. Pourquoi, dès lors, ne pas commencer par où les efforts de la nature finiront au prix de phlegmasies successives et de souffrances prolongées?

On a objecté que l'exérèse du sac était une opération grave en raison de l'hémorrhagie causée par la blessure de l'artère et de la veine angulaires. M. J. Vadon (de Lyon) (2), dans un travail très consciencieux entrepris sous l'inspiration de M. le professeur agrégé Rollet, vient de démontrer, par 25 dissections faites sous la direction de M. le professeur Testut, qu'il était facile d'éviter ces vaisseaux par une ligne d'incision convenable.

L'opération, d'après cet auteur, devra comprendre les temps suivants :

1° Incision de la peau et du tissu cellulaire sur une ligne ne dépassant pas 12 millimètres, qui partira du milieu du bord inférieur du ligament palpébral interne, descendra d'abord perpendiculairement et se dirigera vers le côté externe en décrivant une courbe sensiblement parallèle à celle que forme la crête de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

2° Incision de la lame aponévrotique qui recouvre la portion antéro-externe du sac;

3° Dissection minutieuse et parfois délicate de cette lame fibreuse, qui rend la paroi antérieure libre;

4° Dégagement de la portion postéro-interne en rapport avec le périoste de la gouttière lacrymale; dégagement de la paroi externe, parfois difficile au niveau de l'unguis; dégagement de la coupole en tirant le sac en bas;

5° Excision brusque et rapide du sac, au niveau du canal nasal, afin d'inoculer le moins possible la plaie opératoire;

6° Suture intra-dermique, avec ou sans drainage.

S'efforcer :

1° De bien suivre la ligne d'incision donnée pour ne pas léser l'artère et la veine angulaires, non pas qu'il puisse résulter de l'action de ces vaisseaux un danger quelconque, mais on serait momentanément gêné par le sang, en raison de la très petite incision cutanée et de la profondeur de la plaie;

2° De bien se tenir dans le voisinage immédiat du sac quand on disséquera la paroi externe, et ne pas aller trop loin vers le globe de l'œil pour ne pas pénétrer, à travers le septum, dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite.

On pratiquera autant que possible la dissection méthodique. L'extirpation par morcellement devra n'être qu'un pis-aller.

Dans les cas ordinaires la guérison est obtenue en 10 jours; la cicatrice de la plaie opératoire est à peine visible; l'épiphora cesse complètement au bout d'une vingtaine de jours. Les recherches expérimentales entreprises par M. Vadon lui ont montré que la suppression des voies d'écoulement des larmes est due à un processus atrophique qui envahit la glande lacrymale — ce qui est du reste conforme aux lois de physiologie générale.

C'est aux mêmes conclusions qu'aboutit la thèse de M. Jankelewitch (1) inspirée par M. le professeur Panas. Ces auteurs préfèrent cependant l'ouverture large du sac et sa destruction au thermo-cautère : mais ils ont surtout en vue les cas où le sac est fistuleux. Il est évident que lorsque les tissus périphériques sont envahis par un phlegmon chronique, qu'un ou plusieurs trajets fistuleux se sont établis, on ne peut pratiquer l'extirpation conseillée par M. Rollet.

On conviendra cependant que l'exérèse sera l'opération de choix toutes les fois qu'elle sera possible. Voilà pourquoi il ne faut pas attendre trop longtemps et pourquoi il convient d'accepter les indications posées par M. Vadon, qui préconise l'extirpation :

1° Dans tous les cas d'écoulement chronique ou subaigu du sac (blennorrhée des Allemands, dacryocystite simple) où le traitement par la sonde n'aura donné aucun résultat;

2° Quand des circonstances étrangères à la maladie font que le traitement prolongé par la sonde n'est pas possible;

3° Quand une opération intra-oculaire est nécessaire (cataracte, etc.);

4° Dans les cas d'écoulements chroniques ou subaigus du sac avec ectasie marquée (tumeur lacrymale, mucocèle, empyème subaigu ouvert ou fermé); que la paroi soit épaissie et sclérosée, qu'elle soit au contraire mince et friable (varice lacrymale), c'est alors le seul traitement rationnel;

5° Dans les cas de dacryocystite aiguë, si l'on veut ou l'on peut attendre le retour à la période de dacryocystite subaiguë ou chronique;

6° Dans les fistulettes chroniques sans inflammation périphérique.

G. Maurange.

Traitement de l'impuissance fonctionnelle par la ligature de la veine dorsale du pénis,

D'après M. W. Murray.

Prenant pour point de départ les résultats favorables obtenus par Bartholow dans le traitement de l'impuissance fonctionnelle

1. Vandenbossche, Traitement de l'épiphora par la trépanation du sinus maxillaire (th. de Lyon, 1897, n° 7).

2. J. Vadon, De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (th. de Lyon, 1897, n° 85).

1. Jankelewitch, Cure radicale de la fistule lacrymale (th. de Paris, 1897, n° 550).

par l'injection d'extrait d'ergot au voisinage de la veine dorsale du pénis, Murray eut l'idée de faire la ligature de cette veine dans 5 cas d'érection insuffisante. Il obtint 4 succès. Le cinquième malade, hypochondriaque sexuel dont l'impuissance ne résultait pas d'une trop rapide évacuation des vaisseaux péniens, n'aurait pas dû être opéré.

L'un des cas, peu accentué, aurait peut-être pu guérir également sans intervention. Mais pour les 3 autres sujets, la raison de l'impuissance était bien le fait de la dilatation de la veine dorsale. Il s'agissait de malades vigoureux qui avaient fait des excès de tout genre. La ligature fut suivie d'une érection puissante et immédiate, qui nécessita pendant quelques jours l'emploi de la glace et des bromures. Au bout de quelques jours, cette grande excitabilité s'atténua et le pénis put reprendre ses fonctions régulières.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Permanganate de potasse.

Solubilité. — Le permanganate de potasse est soluble dans 15 parties d'eau froide.

Il est nécessaire d'employer de l'eau *distillée*, c'est-à-dire sans aucune trace de matières organiques.

Tout le monde connaît la couleur rouge violette de sa solution qui est très usitée en chirurgie courante.

Propriétés thérapeutiques. — Ce que tout le monde connaît également c'est sa valeur antiseptique et antiputride : c'est un puissant agent d'oxydation.

Mais, en hypodermie, on utilise une autre de ses propriétés qui est d'être l'antidote de la morphine (Gregg, Moreland, King, Körner, etc.) et peut-être du phosphore (Kelemen). Le permanganate de potasse en injection sous-cutanée est en effet un des moyens les plus sûrs de combattre l'empoisonnement par l'opium, et, à ce titre, il mérite une place dans le formulaire du praticien. Les observations sont déjà assez nombreuses pour être probantes. C'est un moyen qu'il ne faut pas négliger, même si le malade est dans le coma. Un fait de Körner établit que même dans des cas désespérés le permanganate peut être efficace.

Une autre application hypodermique du permanganate de potasse a été proposée par De Lacerda. Cet auteur le considère comme un des meilleurs antidotes du venin des vipères. Après avoir lié le membre au-dessus de la morsure, on pratique au niveau de chaque plaie une injection de 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 récemment préparée : puis, par des pressions convenablement exercées, on diffuse le médicament. Les sujets ainsi traités ne présenteraient aucun accident dû au venin.

L'exactitude de ces faits a été expérimentalement démontré par Couty, Kaufmann, Driout, etc. Le praticien doit encore connaître cette propriété : car il peut n'avoir pas toujours sous la main le sérum de Calmette, ou les vaccins de Phisalix et Bertrand, il peut également n'avoir à sa disposition ni chlorure de chaux, ni chlorure d'or; il trouvera dans le permanganate une ressource qui peut quelquefois être précieuse.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'emploi du permanganate de potasse comme antiseptique général (?) proposé en injections hypodermiques par Dujardin-Baumetz à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour.

Dose. — La dose et le titre de la solution sont choses importantes à très exactement fixer : on peut injecter la valeur de 10 à 50 centigrammes d'une solution dont la concentration sera de 2 à 5 p. 100 et qui, dans aucun cas, ne doit dépasser le titre le plus élevé.

Le fait de Körner dont nous parlions tout à l'heure est à ce sujet très démonstratif. Il injecta à une femme qui était dans le coma, après absorption de 50 centigrammes de morphine, 1 centimètre cube d'une solution à 4 p. 30. La malade guérit, mais tomba dans un collapsus prolongé que Körner attribue à la dose et à la concentration excessives employées pour l'injection.

Lorsqu'on se sert du permanganate, il est bon de ne donner que 2 à 3 centimètres cubes de la solution à 5 p. 100 à la fois. La piqûre peut être répétée si les symptômes ne s'amendent pas au bout de 3/4 d'heure à 1 heure.

On peut même aussi atteindre sans danger des doses supérieures à celles que nous avons fixées, la décomposition du permanganate se faisant très rapidement au contact des tissus.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats :* L'injection serait très douloureuse et serait suivie d'une sensation de brûlure intense avec œdème immédiat.

b) *Eloignés :* Noyaux d'induration persistante et sensible à la pression; avec un titre supérieur à 5 p. 100, on peut redouter des eschares, mais ces accidents sont moins redoutables que ceux auxquels peut mettre un terme l'injection de permanganate.

FORMULE

Permanganate de potasse. . . . 2 à 5 gr.
Eau distillée stérilisée . . . . . 100 gr.

2 à 10 centimètres cubes dans l'empoisonnement par l'opium, le phosphore et contre les morsures de serpents venimeux.

(Gregg, Körner, Kelemen, De Lacerda.)

G. Maurange.

VARIÉTÉS

La réforme des concours des médecins des hôpitaux.

Nous avons dit, il y a quelques mois, que la *Société médicale des hôpitaux* allait s'occuper de réformer les abus signalés de toutes parts dans le concours des hôpitaux. Dans sa séance du 26 novembre elle va entamer la discussion sur un rapport établi par M. Dreyfus-Brisac au nom d'une commission composée de MM. Dumontpallier, Huchard, Troisier, Joffroy, Dreyfus-Brisac, Danlos, Gingeot, Albert Robin, Letulle, Chauffard, Merklen, Faisans, Éd. Hirtz, Gaucher, Variot, Siredey, Marfan, Achard, Widal, Florand, de Gennes. Celle-ci s'est adjoint M. Duflocq et s'est constitué en nommant M. Dumontpallier, président et M. de Gennes, secrétaire.

Unanimes pour conserver le concours, les commissaires ne l'ont pas moins été pour penser qu'il ne fallait plus absorber à cet exercice les concurrents pendant 5 mois de l'année et que d'autre part il fallait augmenter les garanties d'équité dans l'appréciation des épreuves.

La première garantie consiste à faire fonctionner deux jurys — un pour l'admissibilité, un pour l'admission — de chacun 14 membres. Cela rendra très difficile le petit jeu actuel des combinaisons, très aisé quand, comme maintenant, 7 juges ont à donner 3 places.

La deuxième garantie se trouverait dans le secret du vote, secret gardé jusqu'à la fin des épreuves, époque où tout se dépouillera d'un coup : on évitera ainsi les « lames de fond » à l'aide desquelles nos grands maîtres savent, au dernier moment, noyer tel candidat et faire émerger tel autre. Quant au secret du vote, le rapport indique les mesures qui permettront aux consciences de rester pures au moment du dépôt des bulletins; pour qu'on ne puisse divulguer les notes avant la fin des concours, les membres du jury prendraient, à l'ouverture, l'engagement d'honneur de ne jamais faire connaître leur vote.

Le dépouillement des points se ferait, pour éliminer les opinions extrêmes en général entachées de partialité, d'après le système lyonnais. Supposons que le jury se compose de 14 juges : la majorité étant de 8, c'est la huitième note. en commençant par la plus élevée, qui constitue le point acquis au candidat : trois juges particulièrement symphatiques au candidat lui ont donné 19 ; cinq ont donné 17 ; quatre, 16 ; les deux derniers qui lui sont hostiles, 14 ; la liste des points est donc dressée de la façon suivante : 19, 19, 19, 17, 17, 17, 17, 17, 16, 16, 16, 16,

14, 14. La huitième note étant 17, 17 sera la note de l'épreuve.

Que, les points extrêmes restant les mêmes, quatre juges aient voté 17 et quatre, 19, et le tableau étant le suivant : 19, 19, 19, 17, 17, 17, 17, 16, 16, 16, 16, 14, 14, la note acquise sera 16.

Que le nombre des juges soit seulement de 13 ou même de 12, c'est la septième note qui fixe le point; qu'on suppose 13 juges votant les points suivants : 20, 19, 19, 18, 17, 17, 16, 16, 16, 14, 13, 12, 10, la note sera 16.

La commission repousse :

1° L'admissibilité définitive;

2° L'épreuve de titres avec un point donné par la *Société médicale des hôpitaux* tout entière à chacun des admissibles.

« Afin d'éviter que certains médecins des hôpitaux déclinent la mission de faire partie du jury d'admissibilité en se réservant pour le jury de nomination, la Commission, d'un vote unanime, propose de décider que ceux de nos collègues qui auraient refusé de dicter dans le premier jury seraient, *ipso facto*, exclus du second. En outre, pour des motifs similaires sur lesquels il est inutile d'insister, elle émet l'avis que le second jury soit constitué avant la publication de la liste des admissibles.

« Enfin le jury ne serait composé que de médecins. On s'explique, en effet, difficilement la présence du chirurgien, juge évidemment peu autorisé. Dira-t-on que, dans certains cas, le jury aime à le consulter sur un point douteux de sa compétence? Mais, dans ce cas, il n'est guère rationnel de demander au candidat livré à ses propres forces de trancher des questions sur lesquelles ses juges hésitent à se prononcer. »

Comme épreuves, les anciennes, sauf que le « casse-tête » de l'épreuve finale sur deux malades est remplacé : 1° par une consultation écrite (20 minutes d'examen; 1 heure de rédaction); 2° par une leçon sur un malade (1/2 heure d'examen et de préparation; 1/2 heure d'exposition).

Enfin, pour permettre aux candidats de se rendre compte de la véritable valeur des épreuves auxquelles ils assistent, la commission, par 8 voix contre 6, formule le vœu qu'après chaque leçon clinique, le diagnostic formulé par le jury soit rendu public. Immédiatement après que le candidat aurait été entendu, le Président donnerait lecture du diagnostic précis et complet, tel qu'il aura été rédigé à la suite de l'examen du malade par les juges.

Reconstitution de l'Académie de médecine. — Tous les ans, au 1er janvier, le Président de l'Académie de médecine signale au Ministre de l'Instruction publique l'insuffisance des locaux qui lui sont attribués et tous les ans le Ministre, promet à l'Académie une installation moins défectueuse. Depuis 1883 l'Académie possède rue Michelet un terrain d'une valeur approximative de 800000 francs. Et depuis l'année 1891 elle possède un capital qui, s'ajoutant à cette somme, lui permettra de contribuer aux dépenses que nécessitera son installation rue Bonaparte. On attend impatiemment depuis cette époque le projet de décret qui permettra à l'Académie de déménager. Grâce à l'intervention de M. Lannelongue ce décret va paraître. Rappelant les services que l'Académie de médecine rend à l'Etat, M. Lannelongue a demandé au gouvernement de prendre l'engagement formel de tenir ses promesses. « L'État, a-t-il dit au nom de l'Académie, m'a donné un terrain d'une valeur de 800000 francs. Ce terrain m'est absolument nécessaire; je ne puis rester dans la situation critique, desespérée même, où je me trouve. Je prie donc le Gouvernement de me dire simplement à quelle époque il rendra à l'Académie de médecine son bien, c'est-à-dire son argent ». Et le Ministre des finances a répondu :

« Aujourd'hui, pour réaliser le projet de reconstruction de l'Académie de médecine, il faut rendre disponible le terrain de le terrain de la rue Michelet dont la valeur doit, avec les capitaux apportés par l'Académie, couvrir la dépense. M. le Ministre de l'Instruction publique fait dresser, à l'heure présente, un devis des constructions qu'il serait nécessaire d'élever sur d'autres terrains qu'il nous appartiendra de choisir. Ce devis nous permettra de savoir, de prévoir la dépense que nécessitera le transport des laboratoires de chimie industrielle.

« Certainement, la somme à dépenser sera de beaucoup inférieure à la valeur du terrain qui sera rendu libre. Je puis donc dire à M. Lannelongue que c'est une question de quelques semaines, qu'à très bref délai le Gouvernement sera saisi des devis de réinstallation et qu'il sera en mesure de soumettre un projet à la Chambre. Il peut être assuré que le Gouvernement, autant que qui que ce soit, considère que l'installation actuelle de l'Académie de médecine ne peut pas durer et qu'il est nécessaire de lui assurer pour 1900 une installation plus convenable, plus digne d'elle. »

Cliniques annexes. — Voici les noms des médecins et chirurgiens des hôpitaux qui sont nommés pour trois ans, à dater du 1er décembre 1897, chargés de cours annexes de clinique prévus au décret du 20 novembre 1893.

Médecine : MM. Ferrand, Gingeot (Hôtel-Dieu); Oulmont, Gouraud (Charité); Robin, Faisans (Pitié); Rendu, Huchard, Cuffer, Barth (Necker); Letulle (Boucicaut); Chauffard (Cochin); Fernet, Troisier (Baujon); Merklen (Laënnec); Duguet, Dreyfus-Brisac, Tapret (Lariboisière); Gaucher (Saint-Antoine); Sevestre (hôpital des Enfants-Malades, service de la diphthérie).

Chirurgie : MM. Polaillon (Hôtel-Dieu); Campenon (Charité); Schwartz, Quénu (Cochin); Th. Anger (Beaujon); Reclus (Laënnec); Peyrot (Lariboisière); Monod, Blum (Saint-Antoine); Richelot (Saint-Louis).

Concours d'agrégation de médecine. — Le jury du concours d'agrégation de médecine (pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le 13 décembre prochain, est composé actuellement comme il suit :

Président, M. Bouchard; *juges titulaires*, MM. Potain, Laboulbène, Proust, Landouzy (de Paris); Arnozan (de Bordeaux); Bard (de Lyon); Combenale (de Lille); Mossé (de Toulouse).

Sont désignés comme *juges suppléants*; MM. Raymond, Hutinel, Marie et Gilbert (de Paris).

Voici les noms des candidats admis à prendre part à ce concours :

Paris. — MM. Aviragnet, Barbier, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Bruhl, Charcot, Claisse, Courtois-Suffit, Dupré, Gastou, Gouget, de Grandmaison de Bruno, Jeanselme, Legry, Lesage, Lion, Méry, Mosny, Parmentier, du Pasquier, Péron, Rénault, Rénon, Roubinovitch, Sallard, Sergent, Souques, Springer, Teissier, Thiroloix, Vaquez et Veillon.

Montpellier. — MM. Legrain, Raymond, Vedel et Vires.

Bordeaux. — MM. Cabannes, Carrière, Hobbs, Lamacq et Matton.

Lyon. — MM. Chatin, Paul Courmont, Frenkel, Lyonnet, Nicolas, Paviot, Pic et J. Roux.

Lille. — MM. Crépin, Deléarde, Papillon et Patoir.

Toulouse. — MM. Baylac et Daunic.

Quelques-uns des candidats sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

Collège de France. — Voici le programme des cours pour le premier semestre de l'année scolaire 1897-98 :

Médecine. — M. Charrin (suppléant M. le professeur d'Arsonval) : les défenses de l'organisme, les mercredis et vendredis (à partir du 8 décembre).

Histoire naturelle des corps organisés. — M. François-Franck (suppléant M. le professeur Marey) : la physiologie pathologique du cœur, les mercredis et vendredis, à 3 heures 3/4.

Embryogénie comparée. — M. Henneguy (suppléant M. le professeur Balbiani) : les travaux récents sur la constitution de la cellule et des éléments reproducteurs et sur la fécondation, les mercredis et samedis, à 2 heures.

Anatomie générale. — M. le professeur Ranvier : structure de la peau et mécanisme histologique de la cicatrisation, les mercredis et vendredis, à 3 heures.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Tuberculose chez les variolisés (p. 1141).

REVUE DES CONGRÈS. — *65e Réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne :* Résection de l'intestin. — Anévrysme traumatique de la maxillaire interne (p. 1142).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine.* — *Société anatomique :* Tuberculose du myocarde. — Calcul de l'appendice. — Ostéomyélite à streptocoques (p. 1142). — Cancer de la vésicule biliaire. — Hypertrophie du thymus. — Atrésie de la veine cave inférieure. — Cancer de l'œsophage. — Endocardite à pneumocoques. — *Société de biologie :* Sporozoaires du cancer. — Action des traumatismes sur la circulation et sur la sensibilité de la peau. — Réaction agglutinante. — Fonction martiale du foie. — Salive d'un épileptique (p. 1143). — *Société de chirurgie.* — *Société médicale des hôpitaux :* Pathogénie de l'appendicite. — Angines à bacille. — Cancer du duodénum. — Pleurésie sèche d'origine grippale. — Rachitisme. — *Société de thérapeutique :* Traitement des douleurs dans la gangrène des extrémités (p. 1144). — Traitement de la chylurie par l'ichthyol. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Paralysies faciales. — Adénite génienne. — Myxœdème post-opératoire. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Cancer secondaire du cœur. — Appendicite calculeuse. — Radiographie. — Lipome de la cuisse. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Stomatite dite diphthéroïde (p. 1145). — Dacryops. — Pneumotomie. — Bacille de Löffler (p. 1146). — Hémorrhagie tardive après une hystérectomie vaginale. — Lipome intermusculaire de la nuque. — Cure radicale de l'éventration. — Corps étranger de la vessie. — Epithélioma de l'intestin (p. 1147).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin :* Ponction lombaire (p. 1147). — *Réunion libre des chirurgiens de Berlin :* Pyloroplastie chez un enfant. — Résection de l'intestin (p. 1148). — Angleterre. *Medical Society of London :* Pyopneumothorax. — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne :* La lèpre en Bosnie. — Fracture compliquée du crâne. — De la teneur du sang en fer (p. 1149).

VARIÉTÉS. — M. Tarnier (p. 1149). — L'affaire Laporte. Etude anatomique des lésions vésicales produites par une aiguille de matelassier (p. 1150). — Conférence de la lèpre (p. 1152).

PATHOLOGIE MÉDICALE

La tuberculose chez les variolisés,

D'après M. Chauvain (1).

Il y a longtemps déjà que M. Landouzy (2) a soutenu que la variole préparait le terrain à l'infection tuberculeuse, non pas seulement comme une cause débilitante, agissant à échéance rapprochée ainsi que l'avait signalé Peter (3), mais comme maladie prédisposante, alors même que l'infection tuberculeuse ne survient qu'à échéance très éloignée. Depuis, d'autres faits se sont ajoutés à ceux de M. Landouzy. A Marseille, où la variole sévit à certains moments, M. Lop (4) a pu observer « la facilité déplorable avec laquelle les anciens varioleux contractent la tuberculose ». Enfin, M. Chauvain vient de consacrer à cette question sa thèse inaugurale, à laquelle nous empruntons les éléments de cette courte revue.

Malgré la généralisation de la pratique de la vaccination, en raison peut-être de la rareté des revaccinations, le chiffre des sujets ayant eu la variole est encore relatativement considérable, surtout parmi les individus âgés d'au moins 30 à 40 ans; en ne prenant parmi les malades des hôpitaux et de la ville que ceux qui, porteurs de cicatrices évidentes, paraissaient indubitablement avoir payé leur tribut à la variole, M. Landouzy, sur 300 malades variolisés, n'en a trouvé que 11, c'est-à-dire 3 p. 100 qui ne fussent pas tuberculeux; encore plusieurs des malades épargnés étaient-ils jeunes et, partant, susceptibles de contracter plus tard la bacillose; d'autres sujets, anciens varioleux, étaient indemnes de tuberculose, mais, artério-scléreux ou atteints d'affections cardiaques, jouissaient de ce fait d'une sorte d'immunité vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. De cette statistique résulte donc clairement que la variole semble être une cause occasionnelle importante de l'apparition de la tuberculose. C'est ce qui apparaît nettement dans certaines observations de famille; dans un cas de M. Chauvain, une femme de 46 ans, ayant eu la variole à 7 ans, meurt de tuberculose à marche assez rapide, alors qu'elle n'a aucun antécédent héréditaire et a cinq frères et sœurs non variolisés et bien portants; dans un cas de M. Landouzy, sur deux enfants (issus de parents bien portants) élevés ensemble dans les mêmes conditions d'hygiène, le fils, variolisé dans le jeune âge devient tuberculeux à 18 ans, tandis que la fille, de même âge, indemne de variole est aussi indemne de tuberculose.

L'intensité de la variole ne semble pas jouer un rôle important ni dans l'apparition ultérieure de la tuberculose, qui peut apparaître alors que la variole a été très légère, ni dans l'intensité de cette tuberculose ultérieure. La tuberculose ne survient le plus souvent que de longues années après l'infection variolique; ce n'est pas pour M. Chauvain une raison pour nier l'influence de celle-ci; « une infection ou une intoxication impose à l'individu une personnalité nouvelle réfractaire à certains virus, réceptive à d'autres »; la fièvre typhoïde ne laisse-t-elle pas à sa suite des lésions nerveuses comme la sclérose en plaques ou des lésions astérielles pouvant évoluer chroniquement (Landouzy et Siredey)? Pour lui, la variole peut donc faire lentement son œuvre et préparer peu à peu le terrain à la tuberculose. D'après les 23 observations de M. Chauvain, c'est en moyenne un peu plus d'une vingtaine d'années après la variole qu'apparaissent les premiers signes de tuberculose (22 ans 1/2). Si dans un cas la tuberculose survint 1 an, dans un autre 3 ans après l'infection variolique, M. Chauvain en trouve d'autres où elle n'est survenue que 43 et 48 ans après la variole.

La variole peut préparer le terrain à des formes diverses de tuberculose; M. Chauvain remarque qu'assez souvent la tuberculose a débuté par une pleurésie; que dans un certain nombre de faits c'est une tuberculose prédominante ou exclusive des séreuses péritonéale et pleurale se présentant dans ce cas plutôt sous les formes fibreuses et ascitiques que sous la forme caséeuse et ulcéreuse; parfois on a eu affaire à des tuberculoses articulaires ou cutanées, mais le plus souvent c'est la tuberculose pulmonaire que l'on observe; « les seules particularités de la marche de ces tuberculoses ce sont leur évolution torpide en général et la tendance à la transformation fibreuse; à ce point de vue la phthisie des anciens varioleux ressemble un peu à celle des alcooliques qui ont tendance à faire de l'emphysème et de la sclérose ».

Parfois la variole peut manifester son influence sous forme d'hérédité tuberculeuse qui se montre dès les premiers mois de la vie. M. Chauvain cite le cas d'une femme de 30 ans, variolisée dans l'enfance, et en portant des cicatrices manifestes, ne présentant, en dehors d'un certain degré de raucité de la voix, aucun signe net de tuberculose, qui entre à l'hôpital pour son enfant âgé de 4 mois, qui tousse et maigrit; chez celui-ci l'amaigrissement constant, l'apyrexie, la présence de foyers broncho-pneumoniques sans température, la micro-polyadénite font porter le diagnostic de tuberculose à forme chronique apyrétique; M. Chauvain se demande si l'on ne pourrait pas rattacher à la variole de la mère l'hérédité bacillaire constatée chez l'enfant; il cite un autre cas plus probant où la mère variolisée, ne semblant pas être elle-même bacillaire, vit mourir successivement ses deux enfants tuberculeux, sans qu'il y eût de tare dans la famille. Il faudrait évidemment des cas plus nombreux pour permettre d'affirmer qu'à défaut d'autres causes l'hérédité bacillaire peut être attribuable à une ancienne variole de la mère.

Si la variole semble avoir une action sur le développement d'une tuberculose ne devenant manifeste que de longues années plus tard, cet action est difficile à expliquer et l'on doit se borner à des hypothèses; M. Chauvain admet que, comme

1. Thèse de Paris 1897, n° 575 (H. Jouve).
2. Congrès pour l'étude de la tuberculose 1888. *Compte-rendus*, p. 388
3. Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 89.
4. Lop, *Revue de médecine*, 10 avril 1897.

M. Jacquinet (1) l'avait admis pour la syphilis, elle agit en modifiant lentement les qualités du plasma sanguin, en faisant de celui-ci un bon aliment pour le bacille tuberculeux; la syphilis, la variole imposeraient au sujet une personnalité nouvelle en le rendant terrain propice à certaines infections; cette prédisposition due aux maladies personnelles peut d'ailleurs se combiner aux influences d'hérédité et de race; de même variole et syphilis peuvent unir leurs effets pour favoriser l'éclosion tuberculeuse; en revanche, en dépit des travaux de Pierron (2), et comme l'ont prouvé Vinogradoff (3) et Helgard Tyndal (4) la vaccination n'a pas la même influence prédisposante.

Tout individu variolisé est candidat à la tuberculose, tout variolisé est suspect de tuberculose, conclut, avec M. Landouzy, M. Chauvain. Il devra donc fuir autant qu'il le pourra tout contact avec les tuberculeux, et les foyers de contagion, c'est ainsi qu'il faudra l'éloigner du séjour des villes, car, si des recherches de M. Landouzy résulte que la tuberculose est fréquente chez les anciens variolisés à Paris, elle peut, ainsi qu'il le remarque lui-même, ne pas l'être au même degré chez les habitants des campagnes.

Le variolisé devra éviter certains métiers, notamment celui d'infirmier (M. Chauvain cite un certain nombre de cas observés dans le personnel hospitalier); il doit éviter d'être domestique au service d'un tuberculeux; la nourrice variolisée ne doit pas entrer dans les familles visitées par la tuberculose; inversement, dans le choix d'une nourrice, on devra éviter une femme variolisée, ou tout au moins l'examiner attentivement au point de vue bacillaire.

M. Chauvain insiste en terminant sur la nécessité de rendre obligatoire la vaccination et les revaccinations puisque ce jour-là l'hygiène « aura, supprimant du même coup le terrain variolisé, libéré un des territoires préférés par la bacillose » (Landouzy).

1. Jacquinet, thèse de Paris 1896.
2. Académie de médecine, 4 novembre 1890.
3. Medizina, n° 6, 1891.
4. New York. med. Journal, 1891.

REVUE DES CONGRÈS

63e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE,

Tenue à Montréal les 31 août, 1er, 2 et 3 septembre 1897.

SECTION DE CHIRURGIE.

Résection de l'intestin.

M. Shepherd. — J'ai réséqué une anse intestinale d'une longueur de près de 2 mètres, chez un homme de 28 ans qui, depuis quelques mois voyant son abdomen augmenter de volume; Je fis le diagnostic de lipome rétropéritonéale. L'abdomen ouvert, je trouvai que la tumeur adhérait à l'intestin en avant et latéralement, elle provenait du mésentère; il fallut réséquer une grande partie de l'intestin qui lui adhérait. Guérison.

Anévrysme traumatique de la maxillaire interne.

M. Brown. — Un homme de 32 ans entra à l'hôpital le 12 mars 1897 pour une plaie contuse du cuir chevelu, une plaie de la joue droite faite par un instrument piquant, de la contusion du cerveau, le tout résultant d'un coup de pied de cheval. Le malade était à demi conscient. Il saignait abondamment de la joue, du nez, de l'oreille et du cuir chevelu. Côté droit de la face très enflé; œil droit complètement fermé; le gonflement se prolonge en bas jusque vers le milieu du cou. On trouva que la mâchoire inférieure était fracturée à gauche, près de la symphyse et à droite au niveau du col du condyle. Crépitation au niveau de l'os malaire. Le malade eut un peu de fièvre après une période apyrétique de plusieurs jours; puis cette fièvre tomba et le gonflement diminua un peu. Nouvelle élévation de la température le 5 avril, et le 9 on trouva de la fluctuation au niveau du cou; on incisa à cet endroit; du pus s'écoula. Le 13, hémorrhagie abondante provenant de l'incision. On l'arrêta et on bourra la plaie avec de la gaze iodoformée. Le gonflement augmenta, et le 15 on put sentir des pulsations au niveau de la joue droite; le voile du palais était très abaissé à droite et était aussi le siège de battements. Le 24, légère hémorrhagie par la bouche; le 26, hémorrhagie abondante par la bouche. On lia la carotide primitive. Le 24 mai le malade est sorti de l'hôpital, guéri.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Novembre 1897.

M. le Président annonce le décès de M. Tarnier, ancien président.

La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance des 19 et 26 Novembre 1897.

Tuberculose du myocarde.

M. Péron montre plusieurs cœurs présentant des lésions tuberculeuses, tantôt sous forme de symphyse tuberculeuse des 2 feuillets du péricarde; tantôt sous celle de véritables foyers tuberculeux dans le myocarde, d'où les bacilles peuvent faire irruption dans le sang et provoquer une phthisie aiguë. Enfin, mais chez les animaux seulement, on voit des myocardites tuberculeuses, par exemple, à la suite d'injections de tuberculine.

Calcul de l'appendice.

M. Pilliet montre un calcul de l'appendice, formé de de couches concentriques, trouvé dans la cavité appendiculaire d'un garçon de 14 ans, qui en était à sa troisième crise doulou- Histologiquement, la paroi de l'appendice est atteinte de lésions folliculaires, non ulcéreuses, réservant les glandes en tubes, comme dans tous les cas où il y a calcul ou concrétion quelconque.

Ostéomyélite à streptocoques chez un nourrisson.

M. Meslay a cultivé le streptocoque à l'état de pureté avec le pus d'un foyer ostéomyélitique de l'humérus ouvert chirurgicalement chez un enfant atteint, 8 jours auparavant, d'impétigo de la face et du cuir chevelu. MM. Balzer et Griffon ayant montré récemment que le streptocoque était l'agent pathogène de l'impétigo, il est intéressant de retrouver le même microbe dans les complications de cette affection.

Cancer primitif de la vésicule biliaire.

M. Rabé présente, au nom de **M. Rey** et en son nom, une vésicule biliaire atteinte d'un cancer épithélial primitif. La dégénérescence est totale : la cavité, en grande partie comblée par des végétations cancéreuses, est réduite à une logette, où sont réfugiés 5 à 6 calculs. Un autre calcul est enclavé dans l'embouchure du cholécyste. Par sa face supérieure, la vésicule se confondait avec le parenchyme hépatique, qu'elle avait envahi par contiguïté sur une certaine étendue; pas d'autre foyer hépatique. Par sa face inférieure, la vésicule avait contracté, au niveau de son fond, une adhérence intime avec l'angle du côlon,

et, plus profondément, avec le duodénum, immédiatement au-dessous du pylore. Il y avait non seulement adhérence étroite entre le cholécyste et le duodénum, mais ce dernier avait été stricturé, étranglé, au cours du processus de rétraction et sa lumière ne laissait passer qu'un stylet; conséquence : énorme dilatation stomacale de date ancienne et péritonite aiguë généralisée mortelle (anses intestinales violacées et agglutinées par un mince exsudat louche). La raison de cet accident terminal reste ignorée; pas traces de perforation intestinale ou de suppuration génitale.

Hypertrophie du thymus.

M. Rabé apporte un thymus volumineux prélevé à l'autopsie d'un enfant de 2 mois, mort avec une dyspnée progressive. Le petit malade ayant présenté des troubles digestifs, une otite double, on ne peut dire s'il a succombé à une infection générale, ou si le volume anormal du thymus est la seule cause de la dyspnée et de la mort.

Atrésie de la veine cave inférieure.

M. Carvasse a trouvé, chez un homme, mort à 52 ans de pneumonie grippale, une anomalie de la veine cave inférieure, qu'il croit congénitale. A partir de l'abouchement des rénales, la portion sous-jacente de la veine cave est représentée par un cône se perdant insensiblement en bas sous forme d'un cordon fibreux. Il n'y a pas trace de division en veines iliaques. L'exploration du système veineux en sens inverse, de bas en haut, montre une fémorale et une saphène droites dilatées et, au-dessus de leur confluent, un cul-de-sac fibreux. La circulation s'établit par la veine spermatique très dilatée, après communication, au niveau du scrotum, entre les veines profondes et les superficielles.

Cancer de l'œsophage faisant saillie dans l'oreillette gauche.

M. Bureau rapporte l'observation d'un homme de 50 ans, atteint de dysphagie depuis 6 mois, chez lequel survint de la gangrène pulmonaire, de l'irrégularité du pouls et 3 crises de tachycardie. A l'autopsie, on trouva un vaste cancer ulcéré du tiers moyen de l'œsophage communiquant avec une caverne gangréneuse du poumon droit, et ayant donné naissance, en avant, à une masse néoplasique du volume d'une noix, ayant envahi par continuité la paroi de l'oreillette gauche du cœur, où elle vient faire saillie entre l'origine des 4 veines pulmonaires. Les nerfs pneumogastriques étaient comprimés par la tumeur; le pneumogastrique droit, notamment, un peu au-dessous de la naissance du récurrent, s'engageait en plein tissu néoplasique, ce qui semble pouvoir donner l'explication des crises de tachycardie qu'avait présentées cet homme.

L'examen histologique de la tumeur a montré un épithélioma pavimenteux avec globes épidermiques.

Endocardite végétante à pneumocoques.

M. Bernheim apporte le cœur d'un homme jeune qui a succombé à une bronchopneumonie à pneumocoques. On a trouvé, à l'autopsie, une adhérence récente, demeurée latente, de 2 feuillets du péricarde et des végétations et ulcérations au niveau de la valvule mitrale, ainsi qu'une petite ulcération d'une valve de la tricuspide.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 Novembre 1897.

Contribution à l'étude de la structure fine des corps appelés « les sporozoaires du cancer ».

M. P. Busquet a retrouvé, dans un cancer de l'estomac du cheval, des éléments particuliers, inclus dans certaines cellules épithéliales, qui ont été considérés tour à tour comme des sporozoaires ou des produits de dégénérescence cellulaire. Il a pu constater qu'ils possèdent : 1° une *membrane enveloppe structurée* constituée par une série d'alvéoles clairs, placés bout à bout. Elle est séparée du protoplasma cellulaire par une couche continue d'une substance amorphe; 2° un *protoplasma structuré*, formé d'un réseau margaritiforme d'alvéoles clairs et sombres; 3° un *noyau* ayant une disposition structurale identique, mais à alvéoles, plus volumineux. Il est entouré d'une membrane alvéolée.

Les éléments inclus sont des éléments bien vivants, et exempts de toute dégénérescence pathologique.

Action des traumatismes sur la circulation et sur la sensibilité de la peau.

M. Bloch montre que tous les traumatismes, faibles ou forts, courts ou prolongés, par pression, friction, percussion, succion, pincement, application du chaud ou du froid sont suivis, presque immédiatement, d'une congestion paralytique des capillaires de la peau, aux points qui viennent d'être irrités et même dans les régions voisines, quand le traumatisme est énergique.

Il a constaté que la répétition des traumatismes facilite cette congestion et que l'état congestif qui suit une irritation augmente la sensibilité de la peau.

La réaction agglutinante.

M. Widal apporte une nouvelle série de faits à l'appui du fait qu'il a soutenu, à savoir que la réaction agglutinante est une réaction d'infection et non d'immunité.

Ainsi, chez les grenouilles, qui supportent sans inconvénient des quantités considérables de cultures ou de toxines typhiques, les humeurs présentent très rapidement des propriétés agglutinantes; la température à laquelle on maintient la grenouille en expérience exerce une certaine influence sur la rapidité de l'apparition des propriétés agglutinantes. Une nouvelle injection de cultures typhiques à une grenouille dont les humeurs possèdent déjà le pouvoir agglutinant augmente encore ce dernier.

Chez la tortue, qui est insensible aux toxines, le pouvoir agglutinant apparaît après une injection de cultures typhiques. Chez le crocodile, qui parmi les animaux à sang froid, jouit seul de la propriété de former des antitoxines, l'apparition des propriétés agglutinantes se fait plus tardivement que chez les autres.

Tous ces faits montrent donc que le phénomène d'agglutination est une réaction d'infection et non d'immunité.

Fonction martiale du foie.

M. Dastre rappelle que le foie passe pour exercer un pouvoir de fixation et de sélection sur le fer, et qu'on attribue l'origine du fer qu'on trouve dans cet organe à l'hématolyse, c'est-à-dire à la destruction des hématies du sang.

Pour vérifier ce point il a étudié la richesse en fer du foie des escargots, des huîtres, des écrevisses, des poulttes, etc. Il a trouvé que le foie de ces animaux contient presque autant de fer ($0^{gr}09$ pour 1 gramme de foie) que celui des animaux à sang chaud. Ceci montre donc que le fer qu'on trouve dans le foie ne provient pas, du moins en totalité, de l'hémoglobine du sang.

Pouvoir saccharifiant de la salive d'un épileptique.

M. Bourquelot remet une note de **M. Gérard** relative à un cas de sialorrhée chez un épileptique. La quantité de salive sécrétée par ce malade a varié de 600 centim. cubes à 1 litre par jour. Le liquide possédait un pouvoir saccharifiant plus grand et une proportion des matières salines plus élevée que la salive normale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 Novembre 1897.

Par suite de la mort du professeur Tarnier, la séance a été levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 Novembre 1897.

Pathogénie de l'appendicite.

MM. Dieulafoy et **Caussade** ont refait les expériences communiquées dernièrement à la Société de chirurgie par MM. Hartmann et Mignot, et comme ces derniers ils ont trouvé que les cultures du colibacille prélevées dans la partie libre du canal appendiculaire ne produisent chez des animaux inoculés que des résultats nuls ou insignifiants; et que les cultures du colibacille prélevées dans la cavité close provoquent des abcès, de la gangrène, des suppurations généralisées et la mort de l'animal.

Pour étudier la toxicité des produits élaborés en cavité close appendiculaire. MM. Dieulafoy et Caussade ont filtré les bouillons de culture et pratiqué des inoculations avec le liquide filtré, chargé de toxine et privé de bacilles. Ils ont constaté que les 3 cobayes inoculés avec le filtre du bouillon n° 1 (culture provenant du liquide de la partie libre de l'appendice) sont restés vifs et bien portants. Sur les 3 cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 2 (cultures provenant de la cavité close), deux sont morts en 5 et 6 jours après l'inoculation; ils ne sont pas morts infectés, ils sont morts intoxiqués.

En résumé, ces expériences démontrent : 1° l'exaltation de la virulence des microorganismes en cavité close appendiculaire; 2° la toxicité du produit élaborés en cavité close appendiculaire.

Les angines à bacille court en navette.

M. H. Barbier a étudié cette année, en le séparant morphologiquement et expérimentalement du bacille diphthérique court, un bacille, court lui-même, qu'on ne saurait confondre avec le bacille diphthérique.

C'est un bacille ventru, à extrémités effilées, plus court que le bacille diphthérique, plus épais que le bacille diphthérique court, prenant uniformément les matières colorantes, et plus fortement que celui-ci. Il pousse avec quelques différences, minimes il est vrai, sur sérum et dans le bouillon, mais donne surtout une culture verruqueuse, exubérante sur la gélose glycérinée, sur laquelle le bacille diphthérique pousse difficilement.

Ce bacille, toujours associé soit au bacille diphthérique, soit à des microorganismes variés, n'est pas virulent pour le cobaye dans les conditions d'expérience où le bacille diphthérique l'est. On le trouve dans la gorge et surtout dans le nez. Les angines où il se montre apparaissent en série, sans modifier en aucun sens la courbe de fréquence des angines diphthériquss contemporaines.

Au point de vue clinique, les angines qui donnent à l'examen bactériologique des bacilles en navette peuvent être membraneuses, ou présenter les caractères des angines inflammatoires simples. Dans 8 cas sur 19, M. Barbier a rencontré des angines pseudo-membraneuses : mais sur ces 9, il en est 4 dans lesquels il existait en même temps du bacille diphthérique; ces angines se sont comportées cliniquement et thérapeutiquement comme des angines diphthériques typiques.

Les angines membraneuses (4 cas sans bacilles diphthériques), se sont comportées tout autrement. Cliniquement elles présentaient un aspect douteux, et certaines ressemblaient à l'angine herpétique; dans les autres, les exsudats étaient mollasses, muco-fibrineux, non envahissants, mais le caractère le plus saillant de ceux-ci a été leur récidive ou leur persistance malgré l'emploi du sérum curateur qui semblait n'avoir aucune action sur la marche des accidents. Dans tous ces cas, l'état général est toujours resté bon, sans trace d'intoxication. Dans les 11 dernières observations, les caractères des angines ont été des plus variables : nulle dans 1 cas, rouge dans 3 cas; avec exulcération dans 1 cas, rouge avec quelques dépôts pultacés ou d'aspect fibrineux secondaires, avec état lardacé de l'amygdale dans les autres. L'examen du nez et du larynx n'a pas été plus démonstratif. Les exsudats ont résisté à l'emploi du sérum.

En somme, le bacille en navette paraît être un parasite accidentel, devant être séparé du bacille diphthérique. Et les angines dans lesquelles on le rencontre sont ou des angines diphthériques vraies à bacille de Löffler, ou des angines septiques.

Cancer colloïde du duodénum développé sur un ulcère simple.

M. Letulle rapporte l'observation d'un homme âgé de 55 ans, qui fut soigné, en 1895, pour un ulcère simple, gastrique ou duodénal. Après quelque temps passé à l'hôpital, cet homme partait très amélioré; nouvelle rechute 6 mois après, nouvelle amélioration très rapide. Cette année même, ce malade rentrait à Saint-Antoine, mais, cette fois, atteint d'un cancer du duodénum. L'autopsie ne tarda pas à confirmer le diagnostic. et établit, d'une manière indiscutable, la préexistence d'un vaste ulcère simple longtemps avant le cancer; ce dernier, constitué par un carcinome colloïde, semble bien s'être développé secondairement et non loin de la partie centrale de l'ulcère simple.

Enfin, point à signaler, chez ce malade, le canal pancréatique était unique et ne s'abouchait pas dans l'ampoule de Vater, il s'ouvrait au niveau du tubercule de Santorini, point d'abouchement ordinaire du canal accessoire.

Or, le cancer colloïde s'était précisément développé dans cette région, et avait entraîné l'oblitération totale, chronique et aseptique, du canal pancréatique. Aussi le pancréas apparaissait-il atrophié, fibroïde, transformé en un moignon de la grandeur et de la grosseur d'un pouce d'adulte.

L'examen microscopique confirma en tous points les données fournies par l'étude des parties à l'œi nu.

Pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale.

M. Morel Lavallée signale la grande fréquence, depuis 2 ans, d'une affection d'un type nouveau dont la grippe est le point de départ. C'est une pleurésie sèche bilatérale aiguë, subaiguë ou fruste.

Il ne faut donc plus désormais, regarder la pleurésie sèche bilatérale comme impliquant fatalement la tuberculose.

Ces cas de pleurésies sèches bilatérales était observés depuis 2 ans seulement, il est impossible d'établir le pronostic immédiat au point de vue de la *restitutio ad integrum* des altérations pleurales, ni même leur pronostic éloigné, quant à leur influence ultérieure sur l'intégrité et le fonctionnement de l'appareil respiratoire.

Troubles moteurs dans le rachitisme.

M. Variot présente 3 jeunes enfants, 3 frères, qui furent tous atteints de rachitisme. Les lésions osseuses qui déforment leurs squelettes sont caractéristiques, mais le point le plus important de cette triple observation est le suivant : ces 3 enfants offrent des troubles de la locomotion, troubles insolites dans le rachitisme ordinaire, et qui sont d'une interprétation très difficile. M. Variot pense qu'ils doivent être sous la dépendance de névrites périphériques,

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 Novembre 1897.

Traitement des douleurs dans la gangrène des extrémités.

M. Camescasse (Saint-Arnould) a employé avec grand succès la pommade de Bourget (pommade à l'acide salicylique

à 10 p. 100) dans les gangrènes spontanées; il a vu les douleurs s'amender très rapidement, alors que les autres anodins avaient échoué. La dose d'acide salicylique doit être de 1,50 à 2 gr. par jour; la pommade sera appliquée non pas sur la région malade (on s'exposerait à un échec complet et peut-être à des altérations fâcheuses des téguments), mais au voisinage de cette région ou même en un point éloigné : ainsi, dans un cas de gangrène du pied, la pommade ayant été appliquée sur la cuisse du côté malade, il apparut une sensibilité des téguments qui obligea à étendre la pommade en un autre endroit, sur la cuisse du côté opposé; la sédation de la douleur fut néanmoins obtenue.

Traitement de la chylurie par l'ichthyol.

M. Moncorvo (de Rio de Janeiro), dans un cas d'hémato-chylurie filarienne chez un jeune Brésilien de 21 ans, employa successivement l'arsenic, le terpinol, le benzo-naphtol, l'asaprol, etc., sans aucun résultat favorable. Il prescrivit alors l'ichthyol à la dose quotidienne de 0 gr. 50 en pilule : cette dose fut portée les jours suivants à 1 gramme et même 1 gr. 1/2. La guérison fut très rapidement obtenue et s'est maintenue depuis.

Un deuxième cas de chylurie très marquée, persistant depuis un an chez une femme de 25 ans, fut soigné également par l'ichthyol à dose de 2 grammes. L'amélioration ne se fit pas attendre, et au bout de 12 jours tous les accidents locaux et généraux avaient tout à fait disparu.

Ces deux faits de guérison rapide semblent indiquer l'ichthyol comme un agent précieux dans le traitement de la chylurie qui est restée jusqu'alors rebelle à toute thérapeutique en dehors du changement de climat.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 22 Novembre 1897.

Paralysies faciales.

M. Lépine présente un jeune homme de 16 ans qui était exposé depuis plusieurs mois à un courant d'air dans son atelier. Il s'est réveillé un matin avec une paralysie faciale droite complète. Anesthésie complète de la face, du même côté; de plus, un peu d'anesthésie de tout le côté droit du corps et surtout une anesthésie en segments de la périphérie des membres à droite. La mère a eu des crises d'hystérie.

Une deuxième malade est une femme de 22 ans. Depuis 2 ans, sans cause appréciable, a apparu une paralysie faciale droite, qui aurait débuté par la commissure labiale droite; actuellement, ce qui frappe, c'est qu'elle a la commissure tombante et renversée, ce qui ne se voit jamais dans la paralysie faciale, même complète. Dans le cas présent, l'orbiculaire des paupières est indemne. Il existe en outre de l'anesthésie à gauche, une diminution de la sensibilité faradique à droite et une tachycardie des plus accentuées; le cou est un peu gros.

Ces symptômes permettent de penser à un goître exophthalmique fruste, avec lésion bulbaire tout au moins fonctionnelle. On peut dès lors supposer, pour expliquer la paralysie de la commissure droite, la participation d'une partie du noyau de l'hypoglosse, qui pour certains anatomistes (Oppenheim) contribuerait à innerver l'orbiculaire des livres.

Adénite génienne.

M. Poncet a examiné la malade atteinte de paralysie faciale droite présentée dans la même séance par M. Lépine. Au niveau de la commissure labiale gauche, elle porte un trajet fistuleux, long de 3 centimètres, sous-muqueux, qui, en l'absence de toute lésion du maxillaire, doit être rapporté à une adénite génienne suppurée.

Myxœdème post-opératoire.

M. Sargnon présente un malade du service de M. Poncet, opéré, il y a un an, d'un goître volumineux (énucléation intra-glandulaire). L'intervention était indiquée par des troubles respiratoires marqués et gênant le travail; le larynx petit, infantile, était dévié à gauche; il y avait une parésie du voile du palais. Depuis l'intervention, la cachexie strumiprive s'est déclarée, bien que la glande thyroïde n'eût pas été complètement extirpée. Actuellement, le malade présente un état crétinoïde marqué, ainsi qu'un œdème caractéristique de la face et du corps. On va lui appliquer la médication thyroïdienne.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 24 Novembre 1897.

Cancer secondaire du cœur.

M. Mailland présente, au nom de **M. Audry**, un cancer du cœur, secondaire à un cancer de la vésicule biliaire. On a trouvé à l'autopsie 2 noyaux de la grosseur d'une noisette siégeant près de la pointe, l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure du ventricule gauche.

Aucun signe clinique n'avait permis de faire le diagnostic, le malade ayant uniquement présenté 2 ou 3 accès de palpitations très fugaces; à l'auscultation les bruits étaient sourds, mal frappés, peu perceptibles, mais il n'y avait pas d'arhythmie, ni de bruits anormaux.

Appendicite calculeuse.

M. Comte présente un appendice enlevé par M. Jaboulay à un jeune homme de 18 ans, sujet depuis 4 ans à de fréquentes crises douloureuses du côté de l'abdomen. Les parois de l'appendice étaient très épaisses, la cavité contenait un gros calcul noirâtre, ovoïde.

Radiographie.

M. Boisson (médecin militaire) présente, au nom de son collègue **M. Rioblanc** et au sien, une radiographie d'une fracture de la rotule traitée par la suture osseuse et le cerclage.

Lipome de la cuisse.

M. Jourdanet présente un lipome de la face antéro-externe de la cuisse et pesant 8 kilogs; provenant d'un malade du service de M. Vallas.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séances d'Octobre 1897.

Un cas de stomatite dite diphthéroïde.

M. Mongour présente une fillette qui fut atteinte, il y a 15 jours environ, d'une éruption rubéoliforme fébrile, sans coryza ni larmoiement. Pendant la convalescence, cette enfant présenta trois petites plaques de stomatite pseudo-membraneuses, offrant à peine la dimension d'un grain de millet et siégeant à la pointe de la langue, à la face interne de la muqueuse de la lèvre inférieure et de la lèvre supérieure. De toute évidence, cette stomatite appartenait à la forme décrite récemment par MM. Sevestre et Gastou sous le nom de stomatite diphthéroïde et que ces auteurs considèrent comme spécifique d'une infection à streptocoques. M. Mongour ensemença l'une de ces fausses membranes sur sérum gélatinisé; l'examen bactériologique, fait par M. le professeur Ferré, montra des cultures pures de bacille diphthéritique long. Une injection de 20 cent. cubes de sérum fit disparaître en 4 jours toutes traces de cette stomatite qui avait résisté aux traitements antiseptiques locaux les plus énergiques. Autre considération importante : cette fillette, quelques jours

avant l'apparition de cette stomatite, jouait avec une enfant de son âge, qui avait été atteinte récemment d'angine nettement diphthéritique.

A cette occasion, M. Mongour rappelle une communication faite à l'Académie de médecine (9 novembre 1897). Dans cette note, il déclare cliniquement impossible de séparer les stomatites dites ulcéro-membraneuses, aphteuses et diphthéroïdes; toutes se ressemblent et les symptômes sur lesquels on s'appuie pour les différencier sont essentiellement contingents. A l'heure actuelle, il est indispensable de faire, pour le diagnostic des stomatites, ce qui a été fait pour le diagnostic des angines : il faut pratiquer l'ensemencement sur sérum gélatinisé, afin d'intervenir à temps par le traitement spécifique et de prendre des mesures prophylactiques nécessaires. Quant à la forme décrite par MM. Sevestre et Gastou, sous le nom de stomatite diphthéroïde, elle n'existe pas en tant qu'entité nosologique.

Dacryops.

M. Lagrange présente des préparations microscopiques de dacryops. Ces tumeurs sont assez rares. Il n'en a été publié jusqu'à présent que 14 cas. Il s'agit d'une femme de 35 ans, lingère. Ses antécédents tant héréditaires que personnels, sont insignifiants. Sans traumatisme, sans lésion de la conjonctive, elle vit se développer une tumeur qui augmenta d'une manière très lente. C'est à cause des douleurs oculaires et orbitaires qu'elle vint consulter M. Lagrange à la Policlinique. A l'examen, la tumeur avait le volume d'une amande. La tumeur s'enfonçait dans l'orbite. Pas d'astigmatisme. Pas de troubles de la réfraction. La tumeur a été enlevée.

M. Fromaget. — Les cas de dacryops sont rares. Il en a observé un cas, publié dans la *Gaz. hebd. des sc. méd.*, en 1893. La malade guérit par l'excision de la poche.

Pneumotomie dans un cas de dilatation bronchique.

MM. Mongour et **Lafarelle.** — La malade dont nous présentons les pièces toussait depuis sa plus tendre enfance, état général assez bon jusqu'à il y a environ 3 mois. A ce moment-là l'amaigrissement, l'anorexie augmentent, la suppuration également; albumine dans les urines. Comme symptômes locaux on trouve, au niveau du poumon gauche, tous les signes d'une caverne. L'examen par les rayons X ne donne pas de résultats très nets. On porte le diagnostic de dilatation des bronches, et, comme l'état général du malade va en empirant, malgré le traitement médical, on décide de pratiquer la pneumotomie. L'examen des urines indique la présence de 7 grammes d'albumine par litre. L'opération est pratiquée le 3 novembre, par M. le Dr Dubourg.

Incision en U, à concavité supérieure, permettant de dénuder les 2e et 3e côtes que l'on résèque. Le poumon est mis à nu. Pour éviter un pneumothorax, on le suture à la plèvre pariétale, suivant une circonférence complète d'à peu près 3 centimètres de diamètre, au milieu de laquelle on incise. On ne tombe pas sur une caverne proprement dite, mais sur une dilatation bronchique de faible calibre et qui laisse écouler très peu de pus. On referme plan par plan.

Les jours suivants, le malade a de fréquentes vomiques, état général très mauvais, et il s'éteint 5 jours après dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva le poumon gauche dur, rétracté, refoulé vers la paroi thoracique latérale et postérieure. Légères adhérences pleurales. La plèvre est très épaissie. A la coupe, on constate une dilatation généralisée de toutes les bronches, ce qui lui donne l'aspect d'une véritable éponge. Aucune de ces dilatations ne dépasse 3 centimètres de diamètre. Leur surface interne est lisse, rouge, n'offre pas traces de vaisseaux.

Le poumon droit est très congestionné. Les reins offrent le type du gros rein blanc lisse. L'un des reins pèse 325 grammes, l'autre 350 grammes.

M. Antony. — J'estime que la quantité d'albumine (7 gr. par litre) que contenaient les urines de ce malade était une contre-indication à une intervention opératoire.

M. Boursier. — Ce n'est pas la quantité d'albumine qui était une contre-indication, mais la néphrite interstitielle. Dans ces cas-là, le chloroforme provoque l'urémie et le malade est enlevé en 48 heures.

M. Arnozan. — Dans les néphrites infectieuses, il y a intérêt à détruire le foyer primitif, cause de l'infection. Mais, dans une néphrite ancienne, émancipée de sa cause, il n'en est pas de même.

M. Mongour. — Dans la plupart des cas, on n'est pas fixé sur l'ancienneté des lésions. L'infection remontait à 2 mois. Si on est intervenu, c'est qu'on a supposé que le malade avait à sa disposition quelques fragments de rein. L'existence du malade ne pouvait pas se prolonger au-delà de 2 mois. Le régime lacté était impossible, et le régime mixte provoquait aussitôt de l'œdème.

Morphologie du bacille de Löffler.

MM. Ferré et **Creignon.** — Presque dès l'origine, MM. Roux et Martin distinguent dans le bacille de la diphthérie 3 formes : une forme longue, une forme courte et une troisième forme intermédiaire, et l'on reconnaît aujourd'hui, dans le langage courant du laboratoire comme de la clinique, un bacille long, un bacille court et un bacille moyen. Est-ce à dire que ce soit 3 types bien définis, irréductibles l'un à l'autre?

Un certain nombre de bactériologistes, MM. Roux et Martin notamment, maintiennent que ces différentes formes appartiennent au bacille de Löffler; d'autres, au contraire, parmi lesquels le professeur Grancher, semblent vouloir séparer du bacille de Löffler les formes moyennes et courtes.

La question est difficile à trancher, par les seuls caractères des formes, des colorations ou des cultures.

L'occasion s'étant présentée à propos des recherches faites sur le mucus pharyngien du cheval normal, où l'on peut trouver des formes variées du bacille de Löffler, d'examiner une forme très courte du bacille présentant les réactions de coloration et de culture du bacille de Löffler, nous avons voulu en étudier la morphologie.

Nous avons voulu rechercher, étant donnée cette forme très courte, si l'on pouvait passer par des cultures aux formes plus allongées et inversement de cette forme allongée à la forme courte.

Nos ensemencements nous permettent de conclure qu'il en est ainsi.

Partis d'un bacille court, nous obtenons concurremment des bacilles moyens et des bacilles courts. Ceux-ci reproduisent surtout des formes courtes, avec cependant une certaine proportion de bacilles longs et moyens, tandis que ceux-là ont reproduit des bacilles longs, sauf sur bouillon où ils ont donné du bacille court.

De plus, il faut remarquer que la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, il y a dans la même colonie association de deux de ses formes, parfois des trois, et c'est là un fait que nous avions dès longtemps observé dans les nombreux examens que nous faisons pour les diagnostiquer au service antidiphthérique de la Ville.

Nous ne nous sommes pas contentés de rechercher si le bacille court primitif prenait par une série de cultures successives les formes moyenne ou longue. Nous avons essayé de reproduire avec la forme longue les formes moyenne et courte. En ensemençant à deux reprises différentes du bouillon peptonisé avec la forme longue, nous avons obtenu la première fois du bacille court semblable au bacille qui a été le point de départ de nos recherches, et la deuxième fois du bacille court identique au précédent mêlé à des bacilles moyens.

Tous ces faits tendent à démontrer qu'un même bacille de Löffler peut prendre les différentes formes que MM. Martin et Roux lui avaient assignées. Il est infiniment probable que le bacille de Löffler doit acquérir sous l'influence de circonstances particulières mais encore inconnues, des formes qu'il conserve d'une manière plus ou moins constante. Il arrive du reste, lorsqu'on pratique de nombreux examens bactériologiques de la diphthérie, de constater à certaines périodes dans les cultures l'évolution des bacilles longs et grêles; plus rarement, il est vrai, et dans d'autres périodes on trouve des bacilles longs et épais en forme d'ovoïde très allongé, ou bien des bacilles moyens ou courts possédant la même forme générale. Souvent

même on trouve dans une même colonie un mélange de ces différentes formes.

Si donc, si l'on veut assurer son diagnostic par l'examen bactériologique, on devra conclure que l'on a affaire à un cas de diphthérie à bacille de Löffler quand on aura obtenu sur sérum gélatinisé une quelconque de ces trois formes.

M. Antony. — La question intéressante serait de connaître la virulence.

M. Mongour. — La clinique vient à l'appui des idées émises par MM. Ferré et Creignon. Le pronostic ne peut être basé sur le diagnostic de bacilles longs, courts et moyens. L'article de Grancher donnerait des conséquences regrettables.

Hémorrhagie tardive à la suite d'une hystérectomie pour épithélioma du col.

M. Fraikin. — Cette femme avait eu surtout des hémorrhagies et des douleurs. Au toucher on sentait un col bourgeonnant en chou-fleur. L'utérus était très mobile, il n'y avait aucune propagation de voisinage. Hystérectomie vaginale. La descente du fond utérin, assez gros, a été facilitée par l'incision médiane de la paroi utérine antérieure, selon la méthode de Doyen. Pinces à demeure. La malade avait eu de bonnes suites opératoires, elle allait se lever lorsque le quinzième jour après l'opération elle eut une hémorrhagie très grave amenant la petitesse du pouls, la pâleur de la face, le refroidissement. On ne fut pas obligé de recourir au tamponnement, un caillot vaginal ayant assuré l'hémostase.

L'examen histologique a démontré que l'épithélioma était limité au col. Le muscle utérin, à partir de l'isthme était indemne. Vers le fond de l'utérus on a trouvé une partie de la muqueuse proliférante, végétante, qui était le siège d'infiltration épithéliomateuse.

Cette pièce m'a paru intéressante à présenter à cause du procédé opératoire, de l'examen histologique et surtout de cette hémorrhagie grave survenue si tardivement.

M. Boursier. — J'insiste sur cette hémorrhagie tardive. L'an dernier, j'en ai observé un autre cas, onze jours après l'hystérectomie. Mais ces faits sont exceptionnels. Ces hémorrhagies sont dues à la chute tardive des eschares. Ne pourrait-on pas incriminer les pansements antiseptiques?

Lipome intermusculaire de la nuque.

M. Fraikin. — Cette pièce, un lipome banal, est intéressante à cause de son siège. Il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une orange, située dans la région droite de la nuque. Elle était assez peu mobile, les bords paraissaient peu nets : on porta le diagnostic de lipome diffus sous-cutané. Pendant l'extirpation, faite par M. Boursier, on reconnut qu'on avait affaire à un lipome bien encapsulé, situé entre la couche superficielle et la couche profonde des muscles de la nuque. Pas d'autres lipomes à la surface du corps. Les lipomes sous-cutanés sont très fréquents; par contre, les lipomes intermusculaires sont plus rares, et c'est à ce point de vue que je vous ai présenté cette pièce.

Cure radicale de l'éventration.

M. Binaud présente un malade opéré pour une éventration suivant le procédé de M. Demons, décrit dans la thèse de Delguel. Le Dr Breffeil avait pratiqué chez ce malade une kélotomie pour hernie étranglée droite. Le malade guérit fort bien de cette première opération, mais il dut porter un bandage qui se brisa quelque temps après. C'est alors que se développa à gauche du muscle grand droit de l'abdomen une tumeur sonore, réductible; le malade fut atteint de diarrhée.

L'opération qui vient d'être pratiquée chez ce malade pour cette éventration a donné des résultats excellents.

Corps étranger de la vessie.

MM. Verdelet et Lafarelle présentent des fragments de haricot enlevés de la vessie d'un malade du service de M. Dubourg. Ce jeune homme s'était introduit ce corps étranger dans un but de masturbation et depuis lors présentait tous les symptômes d'un calcul. En plus des fragments d'haricots, il y avait des dépôts phosphatiques en assez grande quantité.

Epithélioma de l'intestin.

MM. Laubie et J. Carles présentent une pièce anatomique provenant d'une malade opérée par M. le professeur Lanelongue. Il s'agit d'une malade de 25 ans, sans antécédents pathologiques, qui présentait une tumeur de l'abdomen ayant débuté un an auparavant. La présence de la tumeur mobile dans le sens transversal et dans le sens vertical, au-dessous de l'ombilic fut le seul symptôme. Malgré l'absence de phénomènes digestifs, la malade n'ayant présenté ni melæna, ni signes d'obstruction intestinale, M. le professeur Lanelongue porta le diagnostic de tumeur intestinale. La laparotomie pratiquée le 22 octobre confirma ce diagnostic. M. le professeur Lanelongue fit une double entérorrhaphie après section de 2 anses intestinales englobées par la tumeur.

Une première section porta sur l'intestin grêle et le tronçon enlevé mesurait 25 centimètres environ; une deuxième portant sur le côlon transverse mesurait 12 centimètres. Les suites opératoires furent parfaites jusqu'au 2 novembre. A cette date une légère élévation de température appela l'attention, un peu de rougeur se montrait au bas de l'incision. On fit sauter deux points de suture et, par cette voie, une quantité notable de matières stercorales fit issue au dehors. Malgré cette complication due au sphacèle d'une portion du gros intestin, car les matières sortaient digérées, l'état de la malade reste assez satisfaisant et permet d'espérer une guérison opératoire. Cette intervention est intéressante a cause du jeune âge de la malade, de l'absence de signes fonctionnels et aussi par la production de la fistule stercorale sans phénomènes péritonéaux. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 15 Novembre 1897.

Valeur clinique de la ponction lombaire.

M. Krönig a observé, comme MM. Fürbringer et Lichtheim, un cas de mort consécutive à la ponction lombaire. Chez un malade, notamment, auquel il a fait la ponction lombaire pour une hémorrhagie méningée, la mort est survenue quelques heures après. L'autopsie permit de constater que l'hémorrhagie provenait de la rupture d'un anévrysme. On ne peut donc pas considérer la ponction lombaire comme une opération complètement sans danger, et il ne faut la pratiquer qu'en prenant les plus grandes précautions.

On avait admis avec Quincke que toute pression qui dépasse 150 millimètres doit être regardée comme pathologique.

Or en faisant la ponction lombaire chez 11 sujets dont le système nerveux central n'était le siège d'aucune lésion, M. Krönig a constaté que chez une personne couchée sur le côté la pression minima était de 125 millimètres, tandis que dans la station assise cette pression atteignait 410 millimètres.

Lorsque le cerveau a été soumis à une pression trop élevée, mais seulement pendant un laps de temps très court, on peut par la ponction abaisser cette pression jusqu'à la normale de 125 millimètres.

Mais il n'en est pas de même chez les malades atteints d'affections cérébrales chroniques : le cerveau a acquis dans ces cas, en effet, une certaine tolérance pour les pressions élevées et on ne saurait sans danger revenir à la pression normale. Ainsi, chez un sujet atteint d'une tumeur du lobe temporal et chez lequel la pression, qui était de 420 millimètres, tomba lentement

pendant la ponction à 180 millimètres, les maux de tête s'aggravèrent et au bout de 12 jours le malade succomba. Il semble donc que dans les cas de tumeurs ayant déterminé depuis longtemps déjà une trop haute pression, on ne doit pas ramener celle-ci à la normale sous peine d'accidents; il ne faut laisser s'écouler à la fois que 100 à 150 centimètres de liquide et renouveler au besoin les ponctions.

M. Oppenheim présente un jeune homme de 22 ans qui, depuis sa cinquième année, était atteint d'une otite purulente bilatérale plus prononcée à droite. Au mois de décembre 1895, ce malade recommença à se plaindre de maux de tête et de vomissements qui, d'abord intermittents, devinrent par la suite continus; survint ensuite de la diplopie, de l'incertitude de la marche, puis de la tuméfaction des deux papilles, une amaurose complète de l'œil droit, une diminution notable de l'acuité visuelle de l'œil gauche, une paralysie du nerf moteur oculaire externe du côté gauche, du nystagmus, etc.

En présence de ces symptômes on pouvait penser soit à une tumeur du cervelet, soit à une hydrocéphalie acquise ou encore à une méningite séreuse. La ponction lombaire donna issue à 66 grammes d'un liquide limpide, qui sortit de la canule sous la forme d'un jet énergique, ce qui prouva que le liquide était soumis à une haute pression. A la suite de cette intervention, les maux de tête commencèrent d'abord par s'aggraver, puis ils disparurent et avec eux tous les autres accidents; seule l'amaurose de l'œil droit persista, tandis que l'acuité visuelle de l'œil gauche augmentait notablement. Depuis un an et demi ce malade a repris ses occupations.

En présence de ce résultat on ne peut plus admettre que ce sujet ait été atteint d'une tumeur cérébrale; c'est donc à une méningite séreuse qu'on a eu affaire.

M. Goldscheider rapporte l'observation d'un malade âgé de 38 ans, qui était entré dans son service avec les symptômes d'une méningite séreuse. On fit la ponction lombaire et on évacua 60 centimètres cubes d'un liquide limpide; aussitôt les maux de tête se dissipèrent, ainsi que les autres phénomènes morbides, et le malade quitta l'hôpital guéri.

Dans deux autres cas où il s'agissait de tumeurs de la partie postérieure du cerveau, la ponction lombaire amena une amélioration de tous les symptômes. Ce résultat s'explique puisqu'on remédie ainsi à l'hydrocéphalie due à la compression qu'exercent les tumeurs sur les vaisseaux de la région.

M. Fürbringer a pratiqué la ponction lombaire dans un but diagnostique chez 71 malades pour lesquels on avait admis l'existence d'une méningite tuberculeuse : chez 50 d'entre eux il a constaté la présence du bacille de Koch, et chez les autres le résultat a été négatif.

M. Stadelmann a soutenu, dans une précédente séance, que si le liquide évacué par la ponction était limpide, il ne pouvait s'agir ni d'une fracture du crâne, ni d'une hémorrhagie ayant fait irruption dans le ventricule. Cela n'est pas exact. Chez 3 malades chez lesquels le liquide évacué était limpide, l'autopsie a révélé l'existence d'une grave hémorrhagie cérébrale ayant rompu les parois ventriculaires. Contrairement à ce qu'avait dit M. Stadelmann, la limpidité du liquide peut donc coexister avec une hémorrhagie cérébrale.

D'une façon générale, M. Fürbringer estime que la ponction lombaire peut rendre quelques services non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi au point de vue thérapeutique.

M. von Leyden déclare que la ponction lombaire n'a donné aucun résultat chez les malades de son service atteints de méningite spinale ou cérébrospinale. Il en a été de même chez les chlorotiques, pour lesquelles ce traitement a été préconisé dans le but de remédier à certains symptômes. Pour ce qui concerne la méningite séreuse, il a vu, pour sa part, la ponction lombaire, répétée plusieurs fois, amener la guérison dans quelques cas.

Au point de vue du traitement de l'hydrocéphalie, les résultats sont assez encourageants. Chez un enfant hydrocéphale âgé de 3 à 4 ans, on a fait pratiquer, dans l'espace de 3 mois, 6 ponctions lombaires qui ont fourni en tout 189 grammes de liquide. L'état de cet enfant s'est notablement amélioré depuis lors. Il marche bien, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération. M. Leyden croit que dans ces cas la pression intracrânienne est trop élevée et qu'en diminuant de temps en temps cette pression par une ponction on favorise le développement du cerveau.

M. A. Fränkel a observé plusieurs cas de méningite suppurée, où le liquide fourni par la ponction était limpide; l'absence de globules de pus est due alors à l'existence d'adhérences qui empêchent le pus de se mélanger au reste du liquide céphalo-rachidien.

M. Cassel a pratiqué la ponction lombaire chez plusieurs enfants atteints d'hydrocéphalie et de méningite tuberculeuse; tous ont succombé.

M. Kayser relate l'observation d'un soldat atteint d'une méningite grave, qui fut guéri à la suite de deux ponctions lombaires.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 9 Novembre 1897.

Pyloroplastie chez un enfant.

M. Sonnenburg a rapporté l'observation d'un garçon de 5 ans qui, à la suite d'une scarlatine, a été pris d'un catarrhre de l'estomac qui à un moment, se compliqua de phénomènes de rétrécissement du pylore. Les lavages quoditiens de l'estomac n'ayant donné aucun résultat et l'enfant dépérissant de plus en plus, M. Sonnenburg fit la laparotomie et trouva un estomac tellement distendu qu'il occupait presque toute la cavité abdominale. Au niveau du pylore les parois de l'estomac mesuraient 6 à 8 centimètres d'épaisseur, si bien que l'orifice pylorique ne laissait passer qu'une petite sonde. Il n'y avait pas trace de cicatrice. Dans ces conditions on se contenta de faire la pyloroplastie.

L'opération réussit très bien et actuellement, deux mois après l'opération, l'enfant se porte aussi bien que possible et a gagné 10 livres. Les dimensions de l'estomac ont notablement diminué.

Résection de l'intestin.

M. König a communiqué plusieurs observations de résection avec suture de l'intestin.

Le premier cas qu'il a communiqué est celui d'une femme de 50 ans qui depuis trois ans souffrait de douleurs abdominales survenant par accès et semblables à celles qu'on observe dans les rétrécissements tuberculeux de l'intestin. Dans le ventre on sentait une tumeur irrégulière.

L'opération ayant été décidée, on trouva, après l'ouverture de l'abdomen, une anse intestinale rétrécie et au-dessus une anse dilatée et qui semblait remplie de cailloux. M. König réséqua alors 20 centimètres d'intestin et réunit les deux bouts par une suture. La malade guérit.

Sur la partie rétrécie de l'intestin on trouva une cicatrice, mais sans tubercules. La partie dilatée était remplie de pépins et de noyaux de fruits obstruant presque complètement la lumière de l'instestin. Dans cette partie encore la muqueuse était couverte de polypes que M. König considère comme secondaires à l'irritation produite par le corps étranger.

Le second cas se rapporte à une femme de 30 ans ayant déjà été laparotomisée pour une cholécystite calculeuse. Les coliques, ayant tous les caractères de coliques hépatiques, étant revenues trois ans après l'opération, M. König fit une nouvelle laparotomie, constata que la vésicule ne renfermait pas de calculs et trouva un gros paquet ganglionnaire comprimant le gros intestin. L'ablation de la tumeur n'a été possible qu'après la résection d'une partie du gros intestin. La malade guérit.

Dans le troisième cas il s'agit d'une femme à laquelle on a fait la cholécystotomie. Pendant plusieurs mois il sortit par sa plaie des calculs, puis un jour il se forma une fistule stercorale qui d'après l'aspect des matières devait siéger sur le gros intestin. M. König fit la laparotomie, disséqua la fistule jusqu'à la colonne vertébrale, libéra le gros intestin, où se trouvait une perforation des dimensions d'un petit pois, amena l'intestin au dehors, en fixa et sutura la perte de substance. La cicatrisation se fit dans d'excellentes conditions et la malade paraissait guérie, lorsque la fistule se rouvrit de nouveau livrant passage à des calculs.

ANGLETERRE

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 22 novembre 1897.

Pyopneumothorax.

M. Samuel West a rapporté l'observation d'un homme de 34 ans ordinairement bien portant qui, en novembre 1896 fut pris brusquement, au milieu de son travail d'un point de côté violent et de toux. Il fut obligé de s'aliter et un médecin appelé auprès de lui diagnostiqua une pleuro-pneumonie. Il ne put reprendre ses occupations qu'au bout de plusieurs semaines, mais peu de temps après il fut pris d'une dyspnée tellement violente qu'il perdit connaissance. Ces attaques de dyspnée, mais sans perte de connaissance se renouvellent encore à plusieurs reprises. Le malade présentait en outre de la toux et une expectoration abondante. Il entra dans un hôpital où il resta cinq semaines et où on lui avait fait une ponction de la plèvre, qui a amené un liquide clair.

Lorsque le malade, très affaibli, entra dans le service de M. West, il présentait tous les signes d'un pneumothorax gauche. Une ponction exploratrice ayant amené du pus et le malade allant de mal en pis, on se décida à faire l'opération de l'empyème en incisant simplement le 6e espace intercostal gauche. Il sortit près de 4 pintes de liquide purulent, et l'exploration avec la sonde, faite immédiatement après l'évacuation du pus, montra que le poumon n'était partout distant de la cage thoracique que de 1 pouce environ. Drainage de la plaie et pansement.

Les suites opératoires furent assez simples. La sécrétion d'abord très abondante diminua peu à peu; le drain fut progressivement raccourci et en octobre le malade a pu quitter l'hôpital dans un état de santé très satisfaisant.

D'après M. West il faudrait élargir les indications de l'intervention dans le pneumothorax. Suivant lui, les conditions de l'intervention dans ces cas doivent être envisagées séparément au début et au cours du pneumothorax. Si les symptômes du début sont très accusés, il ne faut pas hésiter à faire la ponction de la plèvre pour donner issue à l'air qui comprime le poumon et déplace les viscères, et si les accidents se reproduisent, une seconde et une troisième ponction sont parfaitement indiquées. Enfin si les accidents reviennent malgré les ponctions répétées à des intervalles plus ou moins éloignés, il est indiqué d'ouvrir largement la plèvre par l'incision d'un espace intercostal.

De même, si le pneumothorax se transforme en hydro-pneumothorax, il faut, d'après M. West, faire la ponction pour évacuer le liquide, et si après une ou plusieurs ponctions la guérison ne survient pas l'indication formelle est d'inciser la plèvre à travers un espace intercostal. Enfin dans le pyo-pneumothorax, si la guérison ne survient pas après une ponction, il est indiqué d'ouvrir la plèvre et de drainer la collection, car il n'est guère permis de compter sur la résorption spontanée de l'épanchement purulent.

M. de Haviland Hall est moins interventionniste que M. West. Il admet l'utilité de l'intervention active dans les cas où le poumon était sain avec la production du pneumothorax, mais il rejette la thoracotomie dans les cas où le poumon est malade et criblé de cavernes. Il cite à l'appui le cas d'un malade d'Andrew Clark, qui portait depuis de longues années un pyopneumothorax tellement typique qu'il servait aux étudiants à apprendre les signes stéthoscopiques de cette affection. Un jour, ce malade a été opéré par un chirurgien qui remplaçait Andrew Clark, et il ne tarda pas à succomber.

M. Marmaduke Sheild est intervenu dans un cas de pyopneumothorax avec gangrène du poumon. Il était presque moribond au moment de l'intervention, mais il se rétablit rapidement après l'opération et finit par guérir.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 19 Novembre 1897.

La lèpre en Bosnie.

M. Neumann a fait une communication sur les cas de lèpre qu'il a observés en Bosnie et en Herzégovine. Il existe dans ces pays 1 lépreux pour 11 614 habitants, c'est-à-dire 5 fois moins qu'en Norvège et 30 fois moins qu'en Islande.

En Bosnie, c'est chez les mahométans qu'on trouve le plus de lépreux, puis viennent les orthodoxes et enfin les catholiques. Sur les 8 000 juifs bosniens, il n'y a pas un seul cas de lèpre, ce qui est à remarquer, car les juifs de Bosnie descendent presque tous d'Espagnols ayant immigré au XVIe siècle; ce fait est en opposition absolue avec l'assertion de Zambaco, qui, à Constantinople, a rencontré la lèpre presque exclusivement chez les juifs espagnols.

Pour ce qui est de l'âge des malades, on ne trouve en Bosnie aucun lépreux au-dessous de 6 ans ni au-dessus de 70 ans. C'est de 16 à 30 ans que la maladie est la plus fréquente.

La lèpre s'observe surtout chez les paysans, les domestiques, les ouvriers et les bergers. Elle frappe presque toujours les sujets très pauvres, manquant de nourriture et de vêtements, et vivant dans de déplorables conditions hygiéniques.

Les foyers lépreux les plus intenses sont situés au voisinage de la frontière de la Serbie et du Monténégro; par contre, aux environs de la frontière autrichienne ou mieux des frontières dalmate et croate, on n'a pas encore constaté un seul cas de lèpre.

Fracture compliquée du crâne.

M. Habart a présenté un soldat qui fut atteint d'une fracture compliquée du crâne à la suite d'un coup de pied de cheval. Après désinfection de la plaie, M. Habart fit la trépanation, retira 8 esquilles osseuses et trouva un hématome de la dure-mère, qui fut évacué par ponction. L'opéré présenta plus tard les symptômes d'une lésion cérébelleuse avec glycosurie, mais il guérit complètement. La perte de substance du crâne fut comblée par une plaque de celluloïd. Actuellement le malade est guéri, mais il offre encore un peu de titubation dans la marche.

De la teneur du sang en fer.

M. Jellinek a fait une série de recherches hématologiques qui lui ont montré qu'il n'y avait pas de rapport direct entre le pouvoir colorant du sang et la quantité de fer qu'il contient. Dans certains cas d'anémie, ce pouvoir est faible par rapport à la teneur du sang en fer, tandis que dans d'autres cas, particulièrement dans le purpura hemorrhagica, il est relativement élevé par rapport à la quantité de fer contenue dans le milieu sanguin.

VARIÉTÉS

M. Tarnier.

Le corps médical vient de perdre un des hommes qui l'honoraient le plus, aussi bien par les services qu'a rendus son enseignement et par la juste notoriété que lui avaient acquise une série de travaux scientifiques des plus remarquables que par la dignité de sa vie et l'honnêteté de son caractère.

M. Tarnier a été, durant de longues années, le chef incontesté de l'école obstétricale française. Tous les accoucheurs contemporains ont été ses élèves; tous savent rendre justice aux progrès qu'il a réalisés.

Né le 29 avril 1828, interne des hôpitaux en 1852, il soutenait en 1857 une thèse sur *la fièvre puerpérale observée à la Maternité*, et pendant 40 ans il ne cessa de lutter pour faire disparaître cette maladie, pour améliorer les conditions hygiéniques des femmes en couches, pour appliquer systématiquement l'antisepsie à l'obstétrique. Son dernier livre : *De l'asepsie et de l'antiseptie en obstétrique*, paru en 1894, résume à ce point de vue les règles qu'il a tracées pour assurer dans les maternités la sécurité la plus absolue.

Agrégé en 1860, chirurgien des hôpitaux en 1865 et membre de l'Académie de médecine en 1872, il ne fut nommé professeur qu'en 1884; ses titres cependant étaient des plus éminents. En 1865 il publiait un important mémoire sur l'*Hygiène des hôpitaux de femmes en couches* et un *Atlas d'accouchements* (en collaboration avec Lenoir et M. Sée); en 1866 un livre intitulé : *L'hygiène des maternités*; en 1878 (en collaboration avec Chantreuil, puis avec Budin), un *Traité de l'art des accouchements*, en 1882 *la Physiologie et l'hygiène de la première enfance*. Entre temps il étudiait le *Traitement de l'albuminurie de la grossesse et de l'éclampsie;* il inventait un nouveau *forceps* et remplaçait le *céphalotribe* par le *basiotribe*. Il sauvait les enfants nés avant terme ou trop débiles en imaginant *la couveuse*. Mais l'organisation si défectueuse de notre enseignement officiel ne permettait pas de donner un nouveau titre et une chaire magistrale à celui dont l'enseignement était si fécond en résultats utiles. Tarnier s'en consolait aisément. La sérénité de son caractère si bienveillant lui faisait envisager sans regrets les retards apportés à la consécration des services qu'il rendait à son pays.

On a déjà dit et il convient de répéter que la clinique de la rue d'Assas, qui s'appellera désormais *Clinique Tarnier*, a été, depuis 1889, une école où se sont formés tous ceux qui aujourd'hui contribuent avec tant de succès à maintenir, en France, la suprématie de l'enseignement obstétrical, que c'est à Tarnier que l'on doit les plus grands progrès accomplis, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, dans cette branche de l'art de guérir. Mais ce qu'il convient d'ajouter, pour faire comprendre tous les regrets que laisse après lui ce maître vénéré, c'est l'influence qu'il exerçait aussi bien en dehors de l'enceinte de la Faculté qu'au milieu de ses élèves. Son dévouement absolu, son désintéressement allié à la plus généreuse bienfaisance, son impeccable probité, son affectueuse bonté lui avaient concilié l'affection et le respect de tous ceux qui l'ont connu et contribuaient à rehausser aux yeux de tous la profession médicale dont il a été l'un des maîtres les plus dignes.

L. L.

L'affaire Laporte.

Nos lecteurs trouveront certainement un vif intérêt à la lecture du travail expérimental ci-dessous, que viennent de publier les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* sous la signature de M. le professeur Pinard, et de MM. Albarran et Varnier. C'est un véritable document qui, ce nous semble, réduit à néant la charge qui fit condamner en première instance notre confrère Laporte.

N. D. L. R.

Caractères objectifs des lésions vésicales produites par une aiguille de matelassier de 21 centimètres 1/2 de long sur 5 millimètres de large,

Par MM. A. Pinard, J. Albarran et H. Varnier.

Dans le but de déterminer les caractères objectifs des lésions vésicales produites par une aiguille de matelassier, semblable à celle avec laquelle le Dr Laporte est accusé d'avoir fait, par piqûre, à la vessie de la femme Fresquet « 2 perforations circulaires de 2 centimètres », nous avons expérimenté, au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences, sur des chiens et des chiennes de fort taille.

A ces expériences assistaient le préparateur de M. Dastre, le Dr Lapique, tes Drs Wallich, Paquy et Fieux.

Les pièces fraîches ont été soumises à l'examen du professeur Dastre.

Voici, très brièvement, le compte rendu de ces expériences. En le publiant nous n'avons d'autre but que de donner, à ceux qui veulent être éclairés, l'envie de voir de leurs yeux ce que nous avons vu nous-mêmes. Aucune description ne saurait remplacer cette leçon de choses.

N° 1. 26 octobre 1897. — Chien de 24 kilogs.

L'animal étant chloroformé, étendu sur le dos, longue incision abdominale médiane allant d'un travers de main au-dessus de l'ombilic au pubis (la verge déviée à gauche).

La vessie, naturellement distendue, du volume des deux poings, est amenée aisément hors du ventre, maintenue et fixée par les mains d'un aide. On la transperce d'outre en outre, à son équateur, par un coup droit d'aiguille de matelassier (1) aussitôt retirée. Le jet d'urine qui jaillit par les deux orifices de ponction, et qui a le volume du manche de l'aiguille, diminue presque instantanément de longueur et de calibre, devient filiforme; au bout de quelques instants l'urine ne s'écoule plus qu'en bavant, puis tout écoulement s'arrête. La vessie reste distendue.

En examinant la face péritonéale de la vessie on ne retrouve plus trace de la ponction.

La même expérience de double perforation par coup lancé est répétée en 5 autres endroits. Même résultat.

Le chien est alors sacrifié. La vessie est sectionnée transversalement au niveau de son col, puis retournée comme un gant. Il n'y a pas trace de *perforation;* on ne peut trouver dans la paroi le moindre *trou*. Les ponctions ne se reconnaissent qu'à une petite tache ecchymotique de la muqueuse ayant 2 *millimètres dans son diamètre maximum* et dont l'aspect est celui d'une piqûre de sangsue. La muqueuse présente en ce point une excoriation à peine visible.

La pièce a été laissée sous cloche pendant 3 jours, jusqu'à ce que la putréfaction fût avancée. Les caractères objectifs des lésions n'ont pas varié.

N° 2. 26 octobre 1897. — Chien de 34 kilogs.

Même dispositif que précédemment.

Vessie naturellement distendue ayant le volume d'une tête de fœtus à terme.

On la transperce une première fois d'outre en outre, d'avant en arrière; avant de retirer l'aiguille on lui imprime un mouvement de giration très étendu, « comme pour creuser un trou dans le sable ».

On la transperce une seconde fois d'un côté à l'autre; avant de retirer l'aiguille on lui imprime des mouvements de scie.

On la ponctionne enfin en croix, au sommet, à l'aide d'une lame de bistouri de 7 millimètres.

L'animal étant sacrifié, la vessie extraite est retournée comme ci-dessus : on constate qu'en aucun point on ne ne voit de *perforation* de la paroi.

Les ponctions d'aiguille ne se reconnaissent qu'à l'ecchymose

1. L'aiguille de matelassier de 21 centim. 1/2 est un modèle courant qu'on peut se procurer chez tous les quincailliers. L'un de nous a eu en main celle dont s'est servi le Dr Laporte; elle est identique à celles dont nous avons usé pour nos expériences.

et à la petite déchirure muqueuse qui en occupe le centre et mesure 3 *millimètres* dans son diamètre maximum.

La plaie cruciale du fond, qui n'est pas béante non plus, se reconnaît seulement à une plaie muqueuse de 5 *millimètres* de long.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 3. 26 octobre 1897. — Chien de 40 kilogs.

Vessie vide.

Trois ponctions sont faites.

Une par coup lancé.

Une par mouvement de giration en fixant la pointe.

Une par mouvement de bascule en fixant le manche.

Même résultat que dans la précédente expérience.

La vessie, fixée sur un robinet donnant une pression de deux atmosphères, tient l'eau.

N° 4. 27 octobre 1897. — Chien de 39 kilogs.

La vessie, artificiellement distendue (volume du poing), est perforée.

1° De dehors en dedans avec la *pointe du perforateur* cylindro-conique annexé au manche du forceps de Levret et dont le diamètre maximum est de *7 millimètres*.

2° D'outre en outre, aller et retour, avec *le manche* de ce perforateur qui mesure *2 centimètres de large sur 6 millimètres d'épaisseur*.

L'animal étant sacrifié et la vessie préparée comme il est dit ci-dessus, on ne trouve comme traces de ces traumatismes :

1° Pour le perforateur, qu'une déchirure ecchymotique de la muqueuse de *4 millimètres* de diamètre maximum.

2° Pour le manche, que 2 déchirures ecchymotiques de la muqueuse ayant l'une *8 millimètres* et l'autre *9 millimètres*.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 5. 27 octobre 1897. — Chienne de 28 kilogs.

On fait, par le vagin, sous le contrôle de l'œil et du doigt (la vessie étant d'abord exposée par laparotomie), deux perforations brutales, toutes deux vagino-vésicales et vésico-péritonéales.

L'une est faite par un simple coup lancé.

L'autre avec l'aiguille qui, après avoir traversé la vessie, est fixée de la pointe et animée de mouvements de giration, de scie et de bascule.

L'animal ayant été sacrifié on enlève avec précaution, par dissection soigneuse, « l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité vaginale et l'extrémité du rectum ».

Le tout est préparé avec le plus grand soin. C'est M. Albarran qui opère.

On voit alors :

A 1 centimètre en arrière et à gauche de l'uretère gauche une ecchymose muqueuse ovalaire ayant *3 millimètres* dans son plus grand diamètre; c'est tout; il n'y a pas de perforation visible, de trou dans la paroi.

En arrière et à un demi-centimètre de cette ecchymose punctiforme, se trouve une excoriation de la muqueuse sans perforation visible de la couche musculaire. La déchirure de la muqueuse est quadrangulaire; son diamètre maximum est de *3 millimètres*.

En arrière de l'uretère gauche et à 2 centimètres 1/2 de cet orifice, ecchymose portant à son centre une déchirure muqueuse irrégulière de *2 millimètres*.

Au sommet de la vessie, près de l'insertion de l'ouraque, petite ecchymose de *2 millimètres* ayant à son centre un point plus rouge qui marque l'endroit où la muqueuse a été déchirée.

Nulle part, même en étirant la paroi, on n'aperçoit de trou perforant toutes les couches de la vessie.

Dans le vagin on retrouve les points d'entrée de l'aiguille : 2 déchirures de la muqueuse dont la plus grande mesure *3 millimètres sur 5*, c'est-à-dire juste les dimensions de la partie renflée de l'aiguille. Pas de perforation visible.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 6. 27 octobre 1897. — Chienne de 38 kilogs en lactation.

La vessie, mise à découvert par laparotomie médiane, a le volume d'une orange.

Elle est perforée brutalement et d'outre en outre à l'aide d'une aiguille introduite par le vagin; puis l'aiguille, agissant comme un levier est manœuvrée dans le sens du plat et des bords afin de dilacérer les parties au maximum.

Pas une goutte d'urine ne s'écoule par l'orifice péritonéal situé à la face postérieure, à mi-chemin du col et du sommet; il se fait seulement sous le péritoine une boule d'œdème de la grosseur d'une noisette.

La vessie est remise en place. On enlève une rondelle sur une anse d'intestin grêle, afin de permettre l'écoulement des matières fécales dans le péritoine et on referme le ventre.

Nous espérions que la péritonite tuerait cette chienne dans les 48 heures. Le 8 novembre elle vivait encore. Elle fut alors sacrifiée et son autopsie faite le 9.

Il y avait de la péritonite suppurée juxta-vésicale, enkystée dans la fosse iliaque droite, au voisinage immédiat de l'anse intestinale perforée. Le foyer de péritonite enkystée et la face latérale droite de la vessie étaient unis par des adhérences solides qu'il fallut détruire avec des ciseaux. Lorsque la vessie, qui était vide, fut libérée, on l'injecta par l'urèthre jusqu'à lui donner le volume d'une orange. Pas une goutte de liquide ne s'écoula dans le péritoine. La vessie était absolument étanche.

Les organes ayant été enlevés comme précédemment, il fut impossible de retrouver dans le vagin et sur la muqueuse vésicale la *moindre trace* des perforations produites le 27 octobre.

N° 7. 10 novembre 1897. Chienne de 12 kilogs.

La vessie, ayant le volume d'une poire de moyenne grosseur, est traversée d'outre en outre par le *perforateur, le manche et la cuillère* (*5 centim. de diamètre maximum*) *du forceps de Levret*.

Cet énorme traumatisme produit dans la paroi vésicale deux perforations circulaires sur la vessie non distendue; *l'une et l'autre ont 5 millim. de diamètre*. A leur niveau la muqueuse présente une déchirure ecchymotique à bords mâchés, ovalaire, dont le diamètre maximum est pour l'une des perforations 14 millimètres et pour l'autre 18 millimètres. Tous les médecins savent depuis longtemps que, pour introduire l'index dans une vessie, il faut faire une *incision* de 4 centimètres environ.

Ces expériences ont été répétées, en public, le vendredi 12 novembre 1897, à l'amphithéâtre de la clinique Baudelocque.

RÉFLEXIONS

Les expériences que nous venons de rapporter ont été faites sur le chien parce que la vessie de cet animal ressemble beaucoup à celle de l'homme. Mais nous devions nous demander si malgré cette ressemblance les résultats obtenus sont analogues à ceux qu'on observait dans une vessie humaine. Trois ordres de considérations, **physiologiques**, **cliniques** et **opératoires**, démontrent que nos expériences sur les chiens déterminent des lésions analogues à celles qu'on provoquerait, par des moyens semblables, sur l'homme ou la femme vivants.

1° Au point de vue **physiologique**, nous ferons observer que si les lésions déterminées par la perforation de la vessie sont si peu apparentes, cela est dû à l'épaisseur de la couche musculaire du réservoir de l'urine. Lorsque l'instrument vulnérant est retiré, la tonicité et la contraction de la couche musculaire rapprochent les bords de la solution de continuité. Examinant la vessie par le dehors on ne voit plus d'orifice; ce n'est que du côté de la muqueuse, lorsqu'on regarde la vessie par sa surface interne, qu'on voit une déchirure de la membrane muqueuse, sans orifice, traversant de part en part les parois de la vessie. Cette action de la couche musculaire est tellement évidente que si, après l'expérience, on prend la vessie avec les mains en l'étalant avec force, on ne peut voir, même à contre-jour, l'orifice produit par l'instrument vulnérant.

Nous avons dit que la vessie du chien est analogue à celle de l'homme; mais, à notre point de vue, il existe une différence importante, puisque la couche musculaire de la vessie du chien est *moins épaisse* que celle de la vessie humaine. On peut en déduire, *a priori*, que les lésions traumatiques déterminées par piqûre seront moins apparentes encore chez l'homme que chez le chien.

2° Au point de vue clinique il est de connaissance vulgaire que les plaies accidentelles de la vessie, déterminées par instruments piquants, ne s'accompagnent pas souvent d'infiltration d'urine et que, en tous cas, l'orifice de la plaie vésicale paraît plus petit que le diamètre de l'instrument qui l'a produit. Nous citerons un exemple bien connu de tous les praticiens. Lorsqu'il existe de la rétention d'urine et que le cathétérisme est impossible, on pratique couramment la ponction de la vessie avec un trocart, opération qui est souvent répétée à plusieurs reprises chez le même malade. Or, cette ponction est inoffensive; le trocart retiré, il ne s'écoule pas d'urine par la plaie vésicale parce que la couche musculaire, en se contractant, ferme l'orifice. Pourtant, on se sert de trocarts qui souvent déterminent une piqûre plus large que celle que peut produire une aiguille de matelassier.

L'exemple que nous venons de donner est d'autant plus démonstratif que ces ponctions sont presque toujours pratiquées dans les vessies distendues, en partie sclérosées, et peu contractiles des vieux prostatiques.

L'observation clinique démontre donc que dans les plaies par instruments piquants, la vessie de l'homme se comporte comme la vessie du chien.

3° Nous avons parlé d'observations opératoires qui viennent corroborer notre assertion. Tous ceux qui ont pratiqué la taille hypogastrique savent que si l'on ponctionne la vessie avec un bistouri, lorsqu'on retire l'instrument il s'écoule une très faible quantité du liquide contenu dans la vessie et l'on ne voit pas la plaie qu'on vient de faire. Pour qu'il soit possible, chez l'homme vivant, d'introduire l'index dans l'intérieur de la vessie, il est indispensable, après avoir ponctionné avec le bistouri, de couper dans l'étendue de trois à quatre centimètres. Même avec cette longue plaie, il faut introduire de suite le doigt parce que, à mesure que la vessie se vide, les bords de l'orifice se rapprochent. C'est ainsi que les choses se passent lorsque la vessie est pleine. Si la vessie est vide, tous les chirurgiens savent que, pour la bien ouvrir, il faut tendre la paroi avec des pinces et faire une longue incision.

Nous aurions pu étayer notre démonstration d'expériences pratiquées sur le cadavre en prouvant qu'un instrument piquant ne peut, en aucun cas, produire un orifice plus large que son diamètre; mais les conditions des expériences faites sur le cadavre sont trop différentes de celles de la vessie vivante pour que nous invoquions de pareils arguments.

Nous venons de démontrer que les résultats de nos expériences sur les chiens sont applicables à l'homme. Nos observations sur l'homme vivant et nos expériences prouvent que, dans les conditions les plus variées, la vessie étant pleine ou vide, fixée ou libre, une aiguille de matelassier, manœuvrée de quelque manière que ce soit, ne peut produire une perforation assez large pour qu'on puisse voir le jour au travers de la paroi vésicale étalée.

4° Il reste à nous demander si, lorsqu'on détermine des perforations avec un instrument piquant septique, les lésions infectieuses modifient l'aspect de la perforation vésicale. Par l'expérience n° 6 nous avons vu que chez une chienne, après avoir produit une double perforation vésicale et déterminé une péritonite, l'autopsie, pratiquée plusieurs jours après, démontra que les lésions de la paroi vésicale étaient à peine visibles. *En serait-il de même chez l'homme? Oui, l'observation clinique le démontre.* C'est ainsi que lorsque la ponction de la vessie détermine des accidents infectieux, parce que le trocart n'était pas aseptique, ou parce que la vessie était infectée, on observe soit une péritonite, soit un abcès péri-vésical, mais on n'observe pas de perforation large de la vessie.

Celle-ci ne pourrait se voir que si un abcès péri-vésical, développé en plusieurs jours, venait secondairement s'ouvrir dans la vessie.

CONCLUSIONS

A la question ainsi posée : « Est-il possible, avec une aiguille de matelassier de 21 centimètres et demi de long introduite par le vagin ou l'utérus, de déterminer des perforations vésicales qui, la femme ayant vécu trois jours, présentent à l'autopsie les caractères suivants : linéaires, quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est relâchée, mesurant deux centimètres de longueur? » nous répondons : « *La physiologie, la clinique, les opérations pratiquées sur l'homme ainsi que l'expérimentation sur les chiens démontrent que cela n'est pas possible.* »

Conférence internationale de la lèpre

Berlin, 11-16 Octobre 1897.

Résumés généraux.

Au moment où prennent fin les travaux de la Conférence de la lèpre, les secrétaires ont l'honneur de donner un résumé succinct des résultats des délibérations. Ils estiment que ce résumé sera surtout utile aux délégués officiels.

Tout naturellement la discussion a porté principalement sur l'agent pathogène de la lèpre. Cet agent est le *bacillus lepræ* qu'ont fait connaître au monde entier, depuis près de 25 ans, la découverte de Hansen et les travaux de Neisser.

On n'est pas fixé jusqu'à présent sur le mode de développement du bacille, pas plus que sur son mode de pénétration dans l'organisme humain; mais les travaux de la Conférence donnent déjà des indications sur les modes de propagation du bacille dans ce même organisme.

Tous les membres de la Conférence sont d'accord sur ce fait, que l'homme seul est porteur du bacille.

D'intéressantes observations ont été communiquées sur la grande quantité de bacilles éliminés par la peau et les muqueuses nasales et buccales. Il serait à désirer que de nouvelles recherches fussent faites dans cette direction, dans les pays où l'on rencontre beaucoup de cas de lèpre.

En dehors de ces questions purement scientifiques, les secrétaires relèvent ce fait d'importance pratique, que la lèpre doit être regardée comme une maladie contagieuse. Tout lépreux constitue un danger pour son entourage, danger qui augmente avec la durée et l'intimité de ses rapports avec ce même entourage, sans préjudice des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vit. Il en résulte que c'est principalement dans la population pauvre et misérable que le lépreux constitue un danger permanent pour sa famille et ses compagnons de travail. Toutefois on ne saurait nier que des cas de transmission à des personnes vivant dans les meilleures conditions d'hygiène s'observent de plus en plus fréquemment.

La théorie de la transmission héréditaire de la lèpre perd chaque jour du terrain en faveur de la théorie contagionniste.

Quant à la thérapeutique de la lèpre, elle n'a donné, jusqu'à ce jour, que des résultats palliatifs; la sérothérapie elle-même n'a pas changé cet état des choses.

En raison de l'incurabilité de la lèpre, des dommages individuels et sociaux causés par elle, ainsi que des résultats obtenus en Norvège grâce aux mesures légales d'isolement, la Conférence, se basant sur le principe de la contagiosité de la lèpre, a adopté, comme conclusions définitives, les propositions suivantes de Hansen, amendées par Besnier :

1° Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie;

2° La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins;

3° Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

Les secrétaires de la Conférence :
Phin. S. Abraham (de Londres); Ed. Arning (de Hambourg); A. von Bergmann (de Riga); E. Dubois-Havenith (de Bruxelles); J.-J. Kinyoun (de Washington); G. Thibierge (de Paris); Ed. Ehlers (de Copenhague), secrétaire général.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — Contribution à l'étude de la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale (p. 1153).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval (p. 1158).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de Faculté de Paris* : Du traitement du trichiasis et du distichiasis. — Traitement des fractures de jambe par la méthode d'Helferich. — La mensuration du strabisme. — Carie sèche. — Tumeurs fibro-téndineuses à myéloplaxes. — *Thèse de la Faculté de Lyon* : La cachexie palustre chronique spléno-hépato mégalique (p. 1160).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine* : Rôle des capsules surrénales dans les infections expérimentales. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — Traitement chirurgical du lupus. — Corps amœboïdes du sang dans la vaccine et la variole. — Influence du milieu sur les membres du groupe coli-bacille (p. 1161). — Signes précoces et peu connus du tabès. — Alcaptonurie. — Présence d'un ferment coagulant de lait. — Présence du ferment amylolytique et de son zymogène dans les glandes salivaires. — Nécrose de l'épithélium de l'intestin dans un cas de diabète. — Tétanos puerpéral avec bacilles de Nicolaier. — Action de l'aconitine sur le cœur. — Pathogénie de la tuberculose miliaire. — *Chirurgie* : Lésions viscérales dans les grandes brûlures. — Du sarcome de la langue (p. 1162).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque (p. 1162). — Pilocarpine (p. 1163).

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Contribution à l'étude de la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale,

Par M. le Dr Marandon de Montyel,

Médecin en chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Dans toute erreur, affirme-t-on, il y a une part de vérité. Ce dicton m'est revenu à l'esprit en lisant le passage consacré aux pseudo-paralysies générales par M. le Dr Arnaud dans son excellent et consciencieux rapport au Congrès de Toulouse. Sur cette question, la vérité, en effet, n'est complète nulle part et partielle partout, car si on examine les faits avec impartialité et si on les rapproche des doctrines émises, on s'aperçoit vite que ceux-là ne sont en accord parfait avec aucune de celles-ci.

Deux opinions en apparence diamétralement opposées se sont produites. D'après la plus récente, propagée surtout par Ball et ses élèves, et parmi ces derniers en particulier M. Régis, il y a des paralytiques généraux, qui ne sont pas des paralytiques généraux, qui ne le sont qu'en apparence; ils ont le masque de la maladie mais pas celle-ci, à preuve qu'ils guérissent et que s'ils rechutent, c'est pour guérir encore sans jamais verser dans la démence paralytique ni finir par le marasme paralytique. Et ces aliénistes sont d'avis de constituer avec ces cas une entité morbide, absolument indépendante de la paralysie générale et de la désigner sous le nom de pseudo-paralysie générale.

L'autre opinion qui compte parmi ses partisans les deux plus grands cliniciens de notre époque en matière d'aliénation mentale, Baillarger et M. Magnan, soutient que ces prétendus pseudo-paralytiques généraux sont au fond de vrais paralytiques les uns en rémission, quelques-uns même guéris, et que rien ni dans les antécédents, ni dans le début de la maladie, ni dans les symptômes, ni dans la marche même, ni dans le pronostic, ni dans l'anatomie pathologique ne justifie la création de l'entité morbide prorogée. C'est celle brillamment défendue par M. Vallon dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine.

Laissant de côté, pour le moment, toute question doctrinale et théorique, examinons d'abord les faits; eux seuls permettront de se prononcer entre ces deux affirmations si contraires. Que nous apprennent-ils? Qu'au point de vue clinique, le seul qui nous intéresse, il y a incontestablement deux paralysies générales : une paralysie générale *progressive* et une paralysie générale *régressive*. Sur ce point, pour qui veut observer avec impartialité, le doute n'est pas possible. Deux malades entrent dans le service avec au complet l'un et l'autre tous les signes physiques et psychiques de la paralysie générale; ils sont placés dans le même milieu, soumis au même régime, traités de la même façon par l'action générale et l'hygiène particulière de la maison; chez l'un, la maladie suivra une marche plus ou moins rapidement progressive, entrecoupée ou non d'arrêts ou même de reculs connus sous le nom de rémission, mais en fin de compte, pour aboutir assez rapidement encore si le sujet n'est pas emporté par une congestion cérébrale ou une affection intercurrente, au marasme paralytique et à la mort. Chez l'autre ce sera tout l'opposé : au lieu d'avancer, le mal reculera; chaque jour apportera non une aggravation mais une amélioration, si bien que tandis que, le premier marche, s'il ne court pas à sa perte, lui revient petit à petit à l'état normal; il revient même plus vite en arrière que son collègue ne va en avant, car il sort complètement guéri bien longtemps avant que celui-ci n'ait succombé. Tels deux compagnons de route qui, arrivés en un point, se sépareraient l'un pour continuer à petits pas son chemin, l'autre pour revenir en courant au point de départ. Et cela, je le répète, *en dehors de tout traitement actif*, sous la seule influence du milieu et *de l'évolution naturelle du mal*.

Plus loin nous chercherons une explication à ce fait; bornons-nous pour l'instant à le constater, et à mettre en relief sa haute portée clinique : la mort certaine d'un côté, la guérison complète assurée de l'autre. Insistons sur ce dernier détail dont l'importance en l'espèce est capitale : oui, la guérison est complète, et il ne s'agit pas d'une simple rémission. Le sujet revient tel qu'avant, comme après une crise de manie ou un accès de lypémanie. M. Pierret a prétendu que c'était là des pseudo-diagnostics. Le savant professeur de Lyon a sans doute beaucoup d'esprit et il a fait là un joli mot dont la fortune a été grande, mais il s'est trompé comme clinicien. Si le malade ne guérit pas complètement, s'il est seulement en rémission, il n'appartient pas au groupe dont nous nous occupons, mais à l'autre, puis après cette halte plus ou moins prolongée, la maladie reprendra sa marche. Les sujets appartenant au groupe de *la paralysie générale régressive guérissent complètement* par une disparition encore rapide de tous les symptômes paralytiques tant physiques que mentaux. J'en ai pour ma part, surtout parmi les alcooliques, observé un très grand nombre.

Mais ce paralytique guéri, que devient-il? Chose indispensable à constater pour rassembler tous les éléments du problème. Trois cas se présentent. Dans le premier, encore assez fréquent, la guérison se maintient et le malade, définitivement rétabli, ne rechute plus. Dans le second, la rechute se produit, une, deux ou plusieurs fois et

chaque fois le sujet a la chance de guérir. Enfin dans le troisième, dès la seconde rechute ou bien après 3 ou 4, parfois plus, le malade non seulement ne guérit plus mais est bel et bien un paralytique avéré dont la paralysie générale de *régressive* est devenue *progressive*.

Tels sont en toute sincérité les faits qu'une expérience déjà longue m'a permis d'observer avec la plus entière bonne foi et la plus scrupuleuse attention. Ils donnent raison et tort à tout le monde. Ils donnent tort à l'école de Ball, qui érige la paralysie générale régressive en entité morbide et la déclare complètement indépendante de la progressive. Cette dernière étant, dans des cas encore assez nombreux, l'aboutissant de la première, il est impossible de ne pas considérer l'une et l'autre comme des formes très diverses, c'est vrai, mais de la même maladie. Aussi cette transformation possible de la pseudo-paralysie générale en paralysie générale avérée est-elle niée avec énergie par les partisans de l'entité morbide. Ils comprennent fort bien qu'elle ruine de fond en comble leur doctrine et ils la répudient.

L'alcool, le saturnisme, la syphilis, affirme M. Régis, n'ont en réalité qu'une action des plus secondaires sur le développement de la paralysie générale véritable. Et ailleurs : la paralysie générale saturnine n'existe pas, déclare-t-il ; l'encéphalopathie saturnine peut, dans certains cas, il est vrai, emprunter le masque de la paralysie générale, mais il faut bien se garder de la confondre avec cette affection, car les symptômes de la paralysie générale qui surviennent dans ces cas ne sont que les manifestations le plus souvent passagères de l'intoxication plombique au même titre que tous les autres symptômes de l'intoxication. Egalement M. Lacaille et M. Blache refusent à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale. Et aussi M. Parelle qui, avec Ball, assure que le plomb ne produit jamais une vraie paralysie générale, mais toujours une pseudo-paralysie générale, c'est-à-dire un état qui emprunte simplement le masque de la démence paralytique sans jamais être elle et, ajoutent-ils, malgré quelques analogies, il existe de nombreuses différences dans la physionomie des deux affections.

Ces aliénistes nient l'évidence. Qui observe avec impartialité et attention, constatera que toutes les causes susceptibles de produire la pseudo-paralysie générale sont également capables d'engendrer la paralysie générale avérée, tantôt d'emblée, tantôt après une ou plusieurs attaques de paralysie générale régressive. Nous rechercherons dans un instant quelles sont ces causes ; pour l'heure, bornons-nous cette fois encore à établir le fait clinique. Pour ma part, parmi les nombreux malades que j'ai pu suivre, j'en ai vu un trop grand nombre verser dans la paralysie générale avérée pour avoir à cet égard le moindre doute. C'est surtout en matière d'alcoolisme qu'il m'a été donné d'observer des faits de cette nature. Ainsi que je le décris dans un autre travail (*Revue de médecine*), beaucoup de buveurs adressés dans nos services donnent lieu à quatre espèces de certificats; les premiers portent : alcoolisme aigu en voie de guérison; les seconds : alcoolisme chronique avec accès subaigu en voie de guérison : les troisièmes : alcoolisme paralytique ou pseudo-paralysie générale alcoolique; enfin les quatrièmes : paralysie générale progressive d'origine alcoolique.

Ces faits ne sont pas niables, et on peut dire de toutes les causes engendrant la paralysie générale régressive ce que nous disons de l'alcoolisme. Aussi, au lieu de s'inscrire en faux, comme les auteurs que nous venons de citer, M. Meyer, s'inclinant devant l'évidence, a jugé plus sage et plus scientifique de trouver une explication plausible à ces cas plus qu'embarrassants et alors il a invoqué la coïncidence et l'existence chez le même sujet de deux affections différentes relevant de causes également différentes. Ce sont, dit-il, deux maladies survenues chez le même individu ; elles ne se compliquent pas ; elles sont indépendantes l'une de l'autre et marchent pour ainsi dire parallèlement entre elles, mais dans un ordre inverse ; l'une, la pseudo-paralysie générale, tendant à la guérison, l'autre la paralysie générale ordinaire, terrible, suivant sa marche lente, mais sûre et fatale.

A ce propos, M. Vallon demande à M. Meyer comment il peut affirmer qu'une paralysie générale se développant chez un homme en puissance de plomb n'a rien à voir avec cette intoxication, et en est tout à fait indépendante. Il trouve, non sans fondement, que M. Meyer émet là une simple hypothèse qu'il n'appuie en somme sur aucun fait probant et commet une pétition de principe.

Mais contre l'interprétation de M. Meyer s'élèvent tout d'abord la masse énorme des faits observés. Si ceux-ci étaient absolument rares, exceptionnels, on comprendrait encore la possibilité d'une coïncidence, mais ils sont vraiment trop nombreux pour permettre une semblable interprétation. Ensuite, une chose qui prouve bien la relation étroite des deux maladies et leur subordination, c'est que dans les cas où les sujets aboutissent à la vraie paralysie générale, on constate toujours la continuité de la même cause et souvent son aggravation ; le pseudo-paralytique alcoolique ou saturnin qui finit par devenir paralytique général avéré est un buveur ou un peintre qui, en dépit des avertissements reçus ont continué à boire et à peindre. Enfin, argument péremptoire, et qu'avec grande raison M. Magnan invoqua au Congrès de Lyon pour établir l'existence d'une vraie paralysie générale alcoolique ; les causes qui produisent d'ordinaire la paralysie générale régressive ont la propriété de développer dans les divers organes de l'économie les lésions qui, siégeant au cerveau, donnent naissance à la paralysie générale progressive. Ne serait-ce pas extraordinaire que seul celui-ci, pourtant le plus fragile de tous, fût à l'abri de ces lésions ?

Tout donc concourt à établir que les faits par nous observés sont exacts et que la transformation de la pseudo-paralysie générale, après une ou plusieurs attaques de celle-ci, en paralysie générale avérée n'est pas absolument rare. Notre observation condamne en conséquence absolument la doctrine qui érige celle-là en entité morbide indépendante de celle-ci. Mais en conclurons-nous qu'il ne faut pas accorder une place à part à la paralysie générale régressive et que les prétendus cas rapportés ne sont que des cas observés d'une façon incomplète, non suivis, des pseudo-diagnostics selon l'expression cruelle du professeur Pierret ! Sur ce point, notre expérience donne tort aux adversaires de Ball, comme elle vient de donner tort à ses partisans. Elle nous oblige à nier sans doute la paralysie générale régressive en tant qu'affection *sui generis*, indépendante de la progressive, mais non à nier son existence propre. Certes, si la pseudo-paralysie générale n'est pas une entité morbide, elle n'en existe pas moins en tant qu'espèce ou variété, très différente de la progression. Elles sont, si on veut, deux branches d'un même tronc, mais deux branches très distinctes.

C'est par l'évolution tout d'abord que ces deux paralysies générales se différencient nettement l'une de l'autre; leur évolution diffère, en effet, du début à la terminaison. Dans la pseudo-paralysie générale, le début est brusque et rapidement les troubles physiques et

psychiques atteignent leur maximum. Arrivés vite à leur apogée, ceux-ci vont retrocéder jusqu'à complète disparition, sans laisser nulle trace de leur passage. A la paralysie générale avérée, il est vrai d'appliquer au contraire le mot de Tissot sur la malignité : c'est un chien qui mord sans aboyer. Elle n'éclate pas, elle s'insinue, elle ne marche pas, elle se glisse. Son invasion est si lente et si insidieuse que le plus souvent elle passe inaperçue et qu'il est bien difficile de savoir au juste l'heure où le mal a réellement commencé. Quand on s'aperçoit de sa présence, il est trop tard pour le chasser, car déjà il s'est solidement installé. Et alors, il continue ses ravages, détruisant progressivement la couche corticale. Lorsqu'il s'arrête, donnant lieu aux rémissions, il semble que c'est pour se retremper, car, un peu plus tôt ou un peu plus tard, il recommence son œuvre de destruction qui ne finit qu'avec la mort; jamais il n'abandonne complètement sa proie; même quand la rémission est la plus complète, sa victime reste un amoindri. Certes l'évolution ne suffit pas à constituer une espèce morbide, mais quand elle est aussi radicalement différente elle suffit à créer une espèce distincte.

D'ailleurs, les adversaires des pseudo-paralysies générales ont bien compris toute l'importance de ce fait et ils s'efforcent d'établir qu'on l'a exagéré et que les différences sont loin d'être celles qu'on prétend. A Rouillard, qui a avancé que le début est brusque dans la pseudo-paralysie générale, chose qui n'arrive jamais dans la vraie paralysie générale, opinion que partage M. Arnaud dans son rapport au Congrès de Toulouse quand il écrit si les symptômes sont apparus avec toute leur intensité, ce sera déjà une sérieuse présomption contre la paralysie générale, dont le début est toujours insidieux et lointain, M. Vallon répond : il faut vraiment avoir vu bien peu de paralytiques généraux pour avancer une pareille opinion, la paralysie générale ne débute-t-elle pas fréquemment par un ictus apoplectiforme ou epileptiforme, c'est-à-dire subitement? sa première manifestation n'est-elle pas quelquefois un accès maniaque éclatant brusquement. Mon distingué collègue de Villejuif se trompe et je me range à l'avis de M. Rouillard et de M. Arnaud. M. Vallon prend pour un symptôme initial le coup de tonnerre inattendu ou l'averse subite qui brutalement dénonce l'orage, mais celui-ci s'est formé lentement et s'est amoncelé inaperçu. C'est précisément parce que le début de la maladie est insidieux qu'elle semble apparaître seulement à ce moment, mais qu'on enquête sur le passé et on apprendra que les nuages petit à petit s'étaient amassés.

Je ne saurais davantage partager l'opinion de M. Vallon qui assimile la guérison dans la pseudo-paralysie générale aux rémissions de la paralysie générale avérée. Dans celle-ci, le retour complet à la raison est impossible puisqu'il y a atteinte organique de la cellule cérébrale intellectuelle; le paralytique en rémission restera toujours différent plus ou moins de son passé; dans celle-là, au contraire, je l'ai déjà dit plus haut, la guérison est radicale. Et le fait qui imprime surtout un cachet tout particulier à ces cas, c'est la possibilité de ce retour complet à la raison non pas une fois, mais huit, dix et douze fois après autant d'attaques de pseudo-paralysie générale: malades qui constituent le second des trois groupes dont il a été question plus haut, le groupe de ceux qui, même après de très nombreuses rechutes ne versent jamais dans la vraie paralysie générale. Ces cas prouvent bien qu'il y a là quelque chose de spécial, ne permettent pas de confondre absolument ensemble les deux maladies.

Or, ils sont incontestables. M. Régis, M. Lacaille, M. Blache en ont rapporté de très authentiques. J'en ai observé pour ma part un certain nombre et hier encore je rencontrais place de la République un de mes anciens malades sorti guéri depuis quatre mois d'une *huitième* atteinte de pseudo-paralysie générale. Cette fois tous nous l'avons cru versé définitivement dans la paralysie générale avérée et ce diagnostic fut affirmé à la Préfecture de Police, à Sainte Anne et à Ville-Evrard. Or il a *complètement guéri cette huitième fois* encore et depuis quatre mois il se maintient très bien, car j'ai longtemps causé avec lui, profitant de cette rencontre pour vérifier son état mental et me mettre au courant de sa vie et de ses affaires depuis sa sortie. Tout est normal chez lui, absolument normal. Comment ne pas accorder une place à part aux cas de ce genre?

Mais il y a un autre élément, élément étiologique celui-là, qui achève de donner aux pseudo-paralysies générales une physionomie propre; *elles sont toujours d'origine toxique ou infectieuse*. Jusqu'ici, je suis encore à en trouver une indépendante de l'intoxication ou de l'infection. Cet élément causal a sa valeur, car il montre bien que la paralysie générale régressive n'est pas une forme banale, se produisant indifféremment, mais qu'elle a des conditions spéciales d'existence, son étiologie particulière. Hésitera-t-on après cela à reconnaître une existence propre à un mal qui a ses causes déterminées et une évolution à lui? Arguera-t-on que parfois celles-ci engendrent d'emblée une vraie paralysie générale? Je ne nie pas le fait, mais s'il prouve péremptoirement que la paralysie générale régressive n'est pas une entité morbide, il ne prouve nullement que celle-ci n'existe pas comme variété distincte, utile à connaître et à étudier à part.

Dans tous les cas, si on nie cette utilité au point de vue scientifique et doctrinal, on ne saurait la nier au point de vue pratique. Il importe hautement au médecin pour son pronostic, rassurer et conseiller les familles, de distinguer les deux maladies; faute de quoi, il est exposé à faire prendre des mesures irréparables et à compromettre gravement l'avenir de ses clients. Il y a loin, en effet, d'une paralysie générale, progressive, affection incurable et rapidement mortelle, à une paralysie générale régressive, affection rapidement curable. C'est là un gros problème pratique et s'il est vrai que la distinction des deux maladies doit laisser le savant indifférent, il n'en est certes pas de même du praticien. Celui-ci au contraire ne saurait trop scruter ce diagnostic différentiel afin de s'éviter les plus cruelles méprises et j'espérais que le Congrès de Toulouse, qui avait inscrit en tête de son programme le diagnostic de la paralysie générale l'aiderait dans sa tâche. Il n'en a rien été; seul, M. Arnaud a traité le sujet dans son consciencieux rapport; les congressistes toulousains avaient trop hâte d'arriver à la seconde question du programme, qui allait leur permettre de chanter les louanges de l'organisation médicale actuelle des asiles si funeste cependant aux aliénés, pour s'arrêter à cette vétille. Essayons donc avec M. Arnaud de débrouiller ce diagnostic différentiel si épineux et pourtant si utile dans la pratique.

Je le déclare tout de suite, nous n'y réussissons pas avec certitude. Malheureusement dans l'état actuel de nos connaissances, il est un seul moyen sûr de distinguer la pseudo-paralysie générale de la vraie et ce moyen est l'évolution du mal, ce qui revient à dire que c'est seulement après la guérison, quand le malade n'a plus besoin du médecin, que celui-ci sait le mal de son client. Cela

paraît grotesque et cependant on trouve ce moyen de diagnostic différentiel consigné partout. Le praticien répondrait donc aux questions anxieuses qui lui sont posées : patientez, quand le malade sera mort ou guéri, je vous dirai ce qu'il avait. Il convient, je crois, de chercher autre chose.

M. Arnaud est très pessimiste : si les causes qui produisent les pseudo-paralysies générales, écrit-il, peuvent aussi donner naissance à la paralysie générale légitime, soit secondairement, soit primitivement, ainsi que beaucoup l'admettent aujourd'hui, la difficulté devient insurmontable, ni les symptômes, ni la notion de cause ne pouvant servir à étayer le diagnostic, l'évolution étant elle-même un élément très incertain, la question ainsi posée est réellement insoluble avant l'autopsie.

Il est certain que la possibilité pour les mêmes causes, et le fait de par mon expérience personnelle est certain, d'engendrer soit la paralysie générale régressive, soit la progressive, secondairement ou primitivement, complique beaucoup le problème. Ni la connaissance certaine de ces causes, ni un ou plusieurs accès antérieurs n'apportent dans ces conditions la certitude. Cependant cet autre fait, également démontré pour moi, de l'origine toujours toxique ou infectieuse de la pseudo-paralysie générale permet d'éliminer d'emblée celle-ci dans les cas où il n'y a possibilité d'invoquer ni intoxication ni infection. Le diagnostic différentiel ne sera donc à poser que quand l'un de ces deux éléments sera en jeu, la paralysie générale étant nécessairement la vraie en leur absence. Sur quoi l'établir ?

En aucune façon, les signes qui trahissent l'intoxication ou l'infection n'y aideront. En effet, quand M. Regis dit : la première chose qui frappe lorsqu'on compare entre eux un malade atteint de pseudo-paralysie générale saturnine et un vrai paralytique général, c'est que le premier, en dehors des symptômes ordinaires de la méningo-encéphalite qui leur sont communs, présente les signes particuliers de l'intoxication saturnine, M. Vallon, lui, répond avec raison que cette proposition est évidemment inattaquable, puisqu'on a affaire à des saturnins, ils doivent donc présenter des signes de l'intoxication par le plomb, autrement ils ne seraient pas des saturnins, mais cela ne prouve pas s'ils ont en même temps les symptômes ordinaires de la méningo-encéphalite qu'ils ne puissent pas également être atteints de celle-ci. Même réponse est à faire à M. Fournier quand il invoque en faveur de la pseudo-paralysie générale syphilitique l'épilepsie jacksonienne, les paralysies dans le domaine des nerfs crâniens partiels, dissociées, transitoires et récidivantes, la monoplégie ou l'hémiplégie complète, l'aphasie précoce, et à M. Arnaud quand il signale à l'appui du diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie générale alcoolique la face couperosée, les troubles gastro-intestinaux (inappétences, pituites, vomissements), l'athérome artériel, les troubles de la sensibilité et en outre les troubles psychiques spéciaux : terreurs, cauchemars, hallucinations pénibles, multiples, mobiles (zoopsie, flammes, éclairs), ensemble symptomatique qui, conclut-il, caractérise nettement l'alcoolisme chronique et est étranger à la paralysie générale. Tous ces signes prouvent péremptoirement sans doute que le sujet est un syphilitique ou un alcoolique, mais nullement lequel des deux effets possible de ces causes, la paralysie générale régressive ou la progressixe est résulté de l'infection ou de l'intoxication.

La symptomatologie y aidera un peu plus, mais pas encore beaucoup, car *il n'est pas un seul symptôme qui ne soit commun avec deux maladies*, les seules différences signalées portent sur la fréquence et le dégré d'intensité. L'élément fréquence est tout d'abord de nulle valeur pour un diagnostic différentiel, car il y a toujours la chance d'avoir précisément affaire à un des cas rares où le symptôme se montre. Quant au degré d'intensité, c'est là une question de nuances bien difficiles à apprécier et variables selon les appréciateurs et même, selon leurs dispositions du moment. Prenons par exemple deux des symptômes les plus caractéristiques de la paralysie générale : l'embarras de la parole et l'inégalité pupillaire. Le tremblement de la parole de la pseudo-paralysie générale saturnine, nous apprend M. Blache, est tellement accentué au début que l'on a grand' peine à comprendre les malades; c'est un bredouillement inintelligible. Dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, la parole présente une trémulation excessive, nous dit M. Barber, bien plus accentuée que dans la paralysie générale, elle reste empâtée et gênée dans son ensemble et ne ne présente pas comme dans celle-ci cette hésitation et ce tremblement qui précèdent l'émission du son. Et d'après M. Arnaud dans la pseudo-paralysie générale syphilitique, la parole n'est pas hésitante, tremulante, comme dans la vraie; elle est difficile, empâtée, comme dans le ramollissement ou l'hémorrhagie, il semble que le malade ait la bouche pleine de bouillie, de plus cet embarras est variable, intermittent. Croit-on sincèrement que trois observateurs examinant séparément le même sujet se trouveraient d'accord sur ces nuances ?

Si nous passons à l'inégalité pupillaire, que voyons-nous. Dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, pour M. Blache et Lacaille, elle serait plus fréquente et plus tenace, tandis que pour M. Régis dans la saturnine elle fait parfois défaut et que Rouillard affirme qu'elles sont presque toujours égales : qu'on se risque après cela à baser sur ce signe un diagnostic différentiel.

Mais si, pris isolément, chaque symptôme ne permet pas, par sa seule fréquence et ses seules nuances de formuler un diagnostic, peut-être leur ensemble, composé de toutes ces nuances, est-il plus démonstratif et plus caractéristique ? quelquefois oui, répondrai-je, mais rarement, car il est exceptionnel que chaque symptôme revête ainsi une physionomie spéciale. Pour ma part, j'ai essayé longtemps et sur beaucoup de malades à l'aide de tableaux comparatifs de distinguer d'emblée, rien que par les signes physiques et psychiques, la paralysie générale progressive de la régressive, et je me suis si souvent trompé que j'ai dû m'avouer que ce diagnostic différentiel était au-dessus de ma capacité.

Cependant il est deux éléments qui apportent, sinon la certitude, du moins de grandes probabilités. Le premier et le plus important est le mode du début; malheureusement le médecin ne l'observe pas directement et n'en est instruit que par les renseignements de la famille et de l'entourage qui, très souvent et avec la meilleure foi du monde sont erronés. Je ne reviendrai pas sur ce point que j'ai examiné plus haut. A mon avis, répéterai-je seulement, la paralysie générale régressive est à début brusque et à symptomatologie atteignant d'emblée son maximum, tandis que la progressive est, comme le dit M. Arnaud, à début lent et insidieux.

Un autre signe plus contestable mais auquel, avec M. Régis, j'attache une grande importance, vient non de l'état physique et intellectuel, mais de l'état moral, et cela plus particulièrement dans la pseudo-paralysie générale alcoolique et saturnine. Le pseudo-alcoolique est égoïste; s'il ne perd pas la sensibilité morale, comme l'indique M. Arnaud, s'il est capable de brefs retours sur lui-même, c'est pour s'attrister et s'apitoyer sur son

propre sort, en aucune façon sur celle de sa famille; en outre, il est méchant et a mauvais caractère, particularité sur laquelle insiste à juste titre M. Mairet et que signale aussi en la soulignant M. Schule, preuve que ce malade est le même dans tous les pays. Également M. Régis oppose la défiance, la grossièreté, l'égoïsme du saturnin à la bienveillance et à l'optimisme du paralytique avéré.

Je sais que cette bienveillance du paralytique général est niée par beaucoup et en particulier par M. Vallon et M. Christian. Ceux qui refusent cette qualité à ce malade en arguant de ses emportements et de ses actes de violence vis-à-vis de son entourage, me paraissent confondre deux états moraux fort différents : l'irritabilité et la méchanceté. Tout en étant très bon, très bienveillant, très altruiste, le paralytique général est peut-être de tous les aliénés le plus insupportable pour ses camarades et celui qui leur donne le plus de coups, parce qu'il est en même temps le plus irritable et le plus emporté. Mais chez lui ces dispositions malveillantes ne durent pas et le même malade qui vient, ainsi que je l'ai vu, de crever d'un coup de poing l'œil de son voisin parce qu'il se moquait de son assurance de pouvoir, plus puissant qu'Hercule, déflorer 500 vierges dans une nuit, s'empressera de mettre un milliard à la disposition de sa victime pour en acheter un autre. Le pseudo-paralytique général pourra bien crever l'œil de son camarade mais pour sûr il ne lui offrira pas un centime pour réparer le mal; il trouvera au contraire que c'est bien fait.

Cependant le diagnostic différentiel de la paralysie générale régressive et de la paralysie générale progressive, reste, je le reconnais, très incertain en dépit de ces deux éléments d'appréciation tirés du début et de l'état moral et c'est vraiment regrettable que le congrès de Toulouse ne nous ait apporté sur ce point aucun éclaircissement. Mais quelles que soient ces difficultés, il convient de placer et d'étudier à part la pseudo-paralysie générale qui offre ces deux caractères propres *d'être toujours d'origine toxique ou infectieuse et, après avoir débuté brusquement, d'atteindre d'emblée son apogée pour rétrocéder ensuite jusqu'à guérison complète.* Ces deux caractères donnent au mal une physionomie et des allures trop spéciales pour ne pas voir en celui-ci, sinon une entité morbide, du moins une espèce bien distincte de paralysie générale, l'espèce régressive.

Et maintenant quelques mots de pathogénie. Tout d'abord comment comprendre et expliquer ce fait d'une paralysie générale régressive en opposition avec une progressive ? Ensuite comment comprendre et expliquer que celle-là soit toujours et dans tous les cas d'origine toxique et infectieuse tandis que celle-ci relève non seulement de causes très différentes, comme le traumatisme et l'usure lente de la couche corticale intellectuelle, mais encore des mêmes intoxications et des mêmes infections qui engendrent la première ?

Depuis fort longtemps, je suis surpris du rôle insignifiant que les auteurs attribuent aux troubles circulatoires dans la genèse des symptômes de la paralysie générale ou plutôt de leur persistance à laisser ces troubles à l'écart, à ne pas s'en préoccuper pour ainsi dire comme s'ils ne prenaient aucune part à la maladie. Mais ils prennent au contraire aux deux premières périodes une part prépondérante et, sauf la démence, il est vrai de dire que tous les symptômes de la paralysie générale à ces deux phases sont sous leur dépendance. Si ces symptômes étaient liés à l'hyperplasie du tissu conjonctif et à la dégénérescence atrophique de la cellule centrale intellectuelle, lésions irréductibles, le mal serait immuable, il s'arrêterait peut-être mais il ne rétrocéderait jamais. Or dans la paralysie générale la plus avérée, dans celle même à marche aiguë, la variabilité des troubles est la règle, leur atténuation momentanée un fait constant. Dans les rémissions très accusées, tous les symptômes disparaissent même, seul l'affaiblissement intellectuel persiste à un degré plus ou moins marqué, preuve péremptoire qu'il est le seul déterminé par la lésion organique et que tous les autres qui se sont éclipsés étaient dus à des troubles circulatoires. Je me borne ici à résumer brièvement ces choses que je me propose de traiter dans un mémoire spécial avec tous les développements qu'elles comportent.

Je suis en conséquence d'accord avec M. Vallon, quand il soutient que les pseudo-paralysies générales sont simplement des paralysies générales ne dépassant pas la première phase de la maladie, la phase d'hyperhémie. Ce sont, dirai-je, des paralysies générales avortées. Je dirai aussi avec lui que ce qu'on a pris pour une entité morbide particulière n'est qu'une phase de la maladie. Mais là s'arrêtent nos communes opinions et je ne saurais le suivre quand il ajoute : on se trouve en présence d'un de ces exemples plus communs qu'on ne le croit généralement de paralysie générale en rémission. Ce n'est pas de la rémission qu'on constate dans ces cas mais bel et bien une guérison radicale, une guérison complète et il arrivera, ainsi que je l'ai dit, que certains sujets, par la persistance de la cause toxique ou infectieuse, rechuteront un nombre considérable de fois, 8, 10 et 12 fois, sans jamais dépasser cette phase hyperhémique, sans jamais faire de l'hyperplasie, de la névroglie, recouvrant après chaque rechute toute leur raison. Ne sont-ce pas là, je le demande, une fois encore des cas bien singuliers et à physionomie bien propre.

M. Vallon est trop bon observateur pour n'avoir pas constaté non toujours de simples rémissions, mais parfois aussi des guérisons complètes. Aussi ne les nie-t-il pas d'une façon absolue, il les dit seulement rares et il ajoute : mais dans la première période de la paralysie générale, quand le processus pathologique n'en est encore qu'à la phase congestive, on peut observer exceptionnellement des guérisons, alors que la maladie n'a rien à voir ni avec le saturnisme, ni avec l'alcoolisme; les faits désignés sous les noms de pseudo-paralysie générale, conclut-il, ne sont donc que des cas de rémission ou de guérison de paralysie générale vraie.

Mon observation ne confirme pas celle de mon éminent collègue de Villejuif, car je n'ai jamais vu la paralysie générale rétrocéder complètement jusqu'à guérison radicale en dehors de l'intoxication et de l'infection, je n'ai jamais vu surtout en dehors de celles-ci des sujets rechuter huit et dix fois pour chaque fois recouvrer toute leur raison. Certes j'ai observé de nombreux paralytiques qui, ni intoxiqués ni infectés, avaient des rémissions très accusées, si accusées même, qu'à un examen superficiel on les aurait cru guéris; en réalité le feu couvait sous la cendre et les plus favorisés étaient encore des amoindris. Mon expérience personnelle m'oblige donc à déclarer que seules certaines intoxications et certaines infections ont la propriété singulière de déterminer des paralysies générales qui ne dépassent pas la période d'hyperhémie et rétrocèdent complètement. Voilà pourquoi, considérant et cette étiologie spéciale et cette évolution propre qu'on ne retrouve jamais en dehors de celle-ci, je suis d'avis, non d'ériger la pseudo-paralysie générale en entité morbide, puisqu'elle aboutit parfois après une ou deux rechutes à la paralysie générale vraie et que cette dernière est parfois aussi engendrée d'emblée par les mêmes causes qui la déterminent, mais de voir en elle une espèce

très distincte et de lui accorder une place à part dans le cadre nosologique ainsi que le demandait Baillarger.

Ainsi la rétrocession de tous les symptômes jusqu'à complète guérison dans la pseudo-paralysie générale s'explique par ce fait que le mal reste lié tout le temps à de simples troubles circulatoires et que, ni le tissu conjonctif interstitiel, ni la cellule cérébrale corticale n'y participent. Mais comment comprendre que seules certaines intoxications et certaines infections soient susceptibles d'engendrer ces paralysies générales régressives? Pourquoi les mêmes causes déterminent chez les uns celle-ci et chez les autres la vraie paralysie générale, la progressive? Pourquoi enfin des sujets rechuteront-ils un nombre considérable de fois, sans jamais verser dans cette dernière, tandis que certains, après une ou plusieurs rechutes, deviendront des paralytiques avérés.

Il est bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de répondre avec certitude à ces trois questions. Un homme subit un grave traumatisme crânien, s'il devient paralytique général, il aura une paralysie générale vraie, jamais une pseudo; de même si le mal est dû au surmenage cérébral. Est-il un buveur ou un peintre atteint de saturnisme, relève-t-il d'une grippe infectieuse ou a-t-il la pellagre, il est exposé à avoir ou l'une ou l'autre de ces deux variétés. Encore une fois pourquoi?

Avec l'infection, on pourrait invoquer la rapide action de la cause et son peu de durée, mais il n'en est plus de même avec les intoxications par l'alcool et le plomb, car alors la pseudo-paralysie générale est le plus souvent l'apanage des buveurs endurcis et des saturnins longtemps imprégnés. Aussi y a-t-il incontestablement, je crois, un élément personnel qui intervient et qui seul explique pourquoi de deux sujets : l'un deviendra un paralytique vrai sous l'influence des mêmes causes qui font de l'autre un pseudo-paralytique; pourquoi, de deux pseudo, celui-ci versera dans la paralysie avérée après une ou plusieurs rechutes, tandis que celui-là guérira toujours, même après dix et douze atteintes. Je ne nie pas à l'intensité de l'infection, à la quantité du toxique ni à la durée d'action des deux une part dans la genèse de ces variétés cliniques, mais je pense que celles-ci relèvent plus encore de cet élément personnel que de toute autre chose. Quant à expliquer pourquoi seules certaines intoxications et certaines infections ont la propriété exclusive de déterminer, chez quelques sujets, la paralysie générale régressive, de telle sorte que celle-ci constatée, on est certain d'une cause toxique ou infectieuse, j'aime mieux avouer mon ignorance et me borner pour le moment à enregistrer le fait dont la haute portée pratique est incontestable.

Un dernier mot et je conclus. Pour demander de placer à part la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale, je me suis basé non seulement sur son étiologie toute spéciale, mais surtout sur ce que jamais elle ne dépassait la période d'hyperhémie et toujours rétrocédait jusqu'à guérison complète. Je ne voudrais pas en laisser conclure que je suis acquis au dogme de l'incurabilité des paralysies générales ni toxiques ni infectieuses. Je suis acquis à leur incurabilité si elles sont abandonnées à elles-mêmes, et *c'est en cela précisément qu'elles diffèrent des régressives qui guérissent, elles, par leur évolution naturelle;* je suis acquis aussi à leur incurabilité au moment où nous sommes appelés à les soigner dans nos services, car alors le tissu conjonctif et la cellule corticale ont été touchés et, si nous pouvons arrêter le mal, nous ne sommes pas en mesure de restaurer ce qui a été détruit. Mais là s'arrête mon acquiescement. Le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale progressive provient uniquement, à mon avis, du retard apporté au traitement, retard dû précisément au début lent et insidieux sur lequel nous avons insisté plus haut, qui masque les premiers ravages et fait que, quand l'attention est attirée sur le mal et le diagnostic porté, des ruines irréparables ont été amoncelées. Croit-on qu'on guérirait beaucoup de pneumonies, si on devait arriver à la période d'hépatisation pour s'apercevoir que le sujet est malade, ou beaucoup de croup à la période d'obstruction des voies respiratoires? Le jour où nous saurons dépister la paralysie générale progressive à son aurore, avant qu'elle ait dépassé la période d'hyperhémie et lui appliquer un traitement rigoureux, ce jour-là, le dogme de l'incurabilité de ce mal aura vécu, car les guérisons complètes obtenues seront nombreuses. Mais, même alors la pseudo-paralysie générale ne perdra pas de ce chef la place que nous réclamons pour elle, car c'est par une action thérapeutique que nous empêcherons les paralysies générales ni toxiques ni infectieuses de dépasser la période d'hyperhémie et les guérisons complètes que nous obtiendrons, seront toutes dues à notre médication, tandis que celle-ci, par elle-même, par son évolution naturelle, ne dépasse pas cette période et guérit toute seule.

Je conclurai donc en disant qu'il faut ranger à part, sous la dénomination de paralysies générales régressives ou pseudo-paralysies générales, les paralysies générales, d'origine toujours toxique ou infectieuse qui, débutant brusquement, atteignent rapidement leur apogée pour rétrocéder. *par suite d'une évolution naturelle du mal*, jusqu'à complète guérison, et cela parfois jusqu'à huit, dix, douze fois et plus encore chez le même sujet. Toutefois, comme après une ou plusieurs atteintes de pseudo-paralysie générale, celle-ci peut aboutir à la paralysie générale avérée et comme les causes qui engendrent la première sont susceptibles dans certains cas d'engendrer d'emblée la seconde, il en résulte que la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale ne saurait être considérée comme une entité morbide, mais comme une variété clinique très distincte qu'il convient d'isoler tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur le traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval,

Par le Dr J.-L. Faure,
Chirurgien des hôpitaux.

La morphine ne suffit pas toujours à calmer les douleurs qui accompagnent certains néoplasmes et en particulier les cancers de l'utérus qui ont envahi les troncs nerveux voisins et se propagent parfois par les voies lymphatiques jusqu'aux plexus sacrés. Il est des malades, et celle qui fait le sujet de mon observation en est un exemple, que rien ne peut soulager et qui meurent lentement, dans des conditions vraiment effroyables. J'estime que, pour ces malades, il est permis de tout entreprendre et que toute opération qui aura des chances sérieuses d'atténuer leurs souffrances sera légitime et humaine.

Pour ma part je n'ai pas hésité, dans un cas vraiment

douloureux, à aller réséquer les racines postérieures des nerfs de la queue de cheval, et je m'en félicite, car la malade en a été sensiblement soulagée.

L'extrême rareté des observations analogues me fait un devoir de publier la mienne.

Depuis le premier cas de résection des racines postérieures publié par Abbe le 31 décembre 1888, Bennet, Horsley, Chipault et Demoulin (1) ont seuls pratiqué des opérations analogues. Les sept observations citées par Chipault et Demoulin sont d'ailleurs toutes relatives à des névralgies, et il est possible que mon opération soit la première qui ait été entreprises pour remédier aux douleurs du cancer.

Voici cette observation :

Mme Per... Pauline, 53 ans, couturière. Cette malade souffrait, depuis environ un an, d'un cancer de l'utérus, pour lequel je lui ai fait le 16 avril 1897 une hystérectomie vaginale. L'utérus présentait, en même temps qu'un cancer du col, un fibrome assez volumineux qui a été enlevé sans difficultés. Les suites de l'opération ont été des plus simples, mais après quelques jours de répit, le néoplasme a poursuivi son évolution et la malade a continué à souffrir d'une façon excessive. La morphine est bientôt devenue impuissante à calmer ses douleurs et, malgré des piqûres répétées la malade passe ses journées et ses nuits à s'agiter dans son lit en poussant des gémissements.

Bref, sa situation est lamentable.

Malgré tout, l'état général décline peu et la malade paraît résister d'une façon remarquable à l'évolution de son cancer.

Devant ces souffrances intolérables et qui ne font que s'accroître, sans que rien puisse les soulager, je me décide à pratiquer la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval à leur sortie de la moelle. J'espère ainsi amener la cessation des douleurs dans toute la zone (membres inférieurs, fesses, petit bassin, etc.), à laquelle se distribuent ces nerfs.

L'opération est pratiquée le 2 septembre 1897. Anesthésie à l'éther.

La malade est presque complètement couchée sur le ventre, avec un billot sous le corps, de façon à bien faire saillir la région vertébrale.

Incision médiane sur la ligne des apophyses épineuses, depuis la 9e dorsale jusque vers la troisième lombaire. Les muscles des gouttières vertébrales sont séparés des lames sous-jacentes et réclinés de chaque côté au moyen d'écarteurs.

Les apophyses épineuses sont sectionnées avec une pince gouge et les lames vertébrales sont enlevées morceau par morceau, au moyen de la pince spéciale de Chipault. Cette ouverture du canal rachidien, sur une longueur de 12 centimètres environ, se fait très rapidement, sans aucune difficulté, presque sans hémorrhagie. On aperçoit alors les nerfs de la queue de cheval, avec leurs racines et, au milieu de ces racines, le sac dure-mérien, d'où émergent les plus inférieurs.

La dure-mère est ouverte, à partir de son extrémité inférieure, exactement sur la ligne médiane, sur une longueur de 10 centimètres environ. Les lèvres de la plaie dure-mérienne sont saisies avec des pinces et écartées. Un peu de liquide céphalo-rachidien s'écoule, sans d'ailleurs gêner en rien l'opération. On aperçoit alors le renflement lombaire de la moelle, avec les racines qui émergent des sillons postérieurs jusqu'au niveau du cône terminal. Rien n'est plus simple que de sectionner les racines avec de petits ciseaux, au ras de la moelle. Cette section est faite, de chaque côté, sur une hauteur de 10 centimètres environ, jusqu'à la partie supérieure du renflement lombaire, de façon à intéresser autant que possible les racines de tous les nerfs qui vont former le plexus lombaire et le plexus sacré.

Après avoir sectionné les racines tout près de leur point d'implantation dans la moelle, j'en excise une certaine longueur du côté du bout inférieur, de façon à éviter plus sûrement une régénération possible. Il est facile de voir les racines antérieures qui naissent des sillons antérieurs, à quelques millimètres en avant des sillons postérieurs, et restent intactes.

Des veinules qui rampent le long de la moelle et qui ont été intéressées au cours de l'opération donnent quelques gouttes de sang qui se mélangent au liquide céphalo-rachidien.

La dure-mère est alors suturée sur la ligne médiane par un surjet au catgut. L'hémostase est nulle.

Les deux lèvres de la plaie cutanée sont réunies l'une à l'autre par des crins de Florence qui prennent en même temps les masses musculaires sous-jacentes.

L'opération, qui n'a présenté aucune difficulté, a duré environ 40 minutes.

Le soir de l'opération, la malade se plaint de douleurs extrêmement vives, sans qu'il soit possible d'en déterminer le siège. Elle se borne à crier sans répondre aux questions précises qu'on lui pose. Morphine.

3 septembre. Les douleurs sont moins vives. La malade ne peut uriner. La sensibilité est abolie dans la région inférieure de tronc et dans les membres inférieurs. Une piqûre d'épingle n'est pas perçue.

La motilité persiste. La malade, qui laisse d'ordinaire ses jambes étendues, fait, lorsqu'on le lui demande, des mouvements de flexion des pieds et des genoux. Mais ces mouvements sont brusques, saccadés, mal réglés, assez semblables aux mouvements des ataxiques.

Il y a, en outre, des trépidations et des soubresauts du tronc et des membres inférieurs, phénomènes qu'il faut peut-être attribuer à l'irritation des racines antérieures par quelque légère hémorrhagie intra-durale.

Pendant les trois ou quatre jours qui suivent, l'état général reste le même; il n'y a aucune fièvre. Mais les douleurs diminuent. La malade ne se plaint plus que de loin en loin; la rétention d'urine persiste, les trépidations et les soubresauts continuent, mais avec moins d'intensité.

Le 8 septembre. Les douleurs sont très améliorées. La malade elle-même dit qu'elle souffre beaucoup moins. Mais il y a quelques phénomènes d'oppression, des vomissements.

Le 9. Pour la première fois, la malade urine seule. Les trépidations des jambes diminuent de plus en plus.

Le 11. Les fils sont enlevés. La plaie est réunie.

Le 15. La malade souffre de moins en moins; mais elle se plaint encore d'oppression et vomit tout ce qu'elle prend.

Le 20. La malade ne souffre presque plus, mais les mouvements des jambes se font avec beaucoup de difficulté. Il y a une véritable parésie des membres inférieurs.

1er octobre. Peu de changement. La malade qui ne se plaint plus que fort peu, s'affaiblit et se cachectise peu à peu. Elle a de l'incontinence urinaire. Il semble que quelques douleurs reviennent dans les cuisses et les jambes.

10 octobre. La malade s'affaiblit de plus en plus; l'état local reste le même, mais la cachexie s'accentue. La malade, somnolente, reste à peu près insensible à ce qui se passe autour d'elle. Elle achève de mourir le 15 octobre.

Par suite d'opposition de la famille, l'autopsie n'a pu être faite.

Il est très regrettable qu'on n'ait pu faire l'autopsie qui aurait donné des renseignements exacts sur le nombre des racines réséquées, l'état des organes dans l'intérieur de la dure-mère, la situation des racines antérieures, enfin et surtout l'état de la moelle au-dessus des points d'émergence des racines sectionnées. Il eût sans aucun doute été fort intéressant de voir s'il y avait du côté des cellules des cornes postérieures et des fibres des cordons correspondants des lésions de dégénérescence.

Malgré cette lacune, cette observation n'en est pas moins fort intéressante.

Sans doute ce n'est pas là une chirurgie très brillante. La chirurgie des cancéreux l'est rarement. Mais l'opération a atteint le seul but que je me proposais.

Elle a soulagé dans une large mesure une malade qui depuis plusieurs mois passait ses jours et ses nuits à gémir et se tordait sur son lit. Je n'avais pas d'autres prétentions. J'ai donc lieu d'être satisfait de cette intervention et, pour ma part, je n'hésiterai pas un instant à la pratiquer de nouveau dans des conditions analogues.

1. Chipault et Demoulin, Travaux de neurologie chirurgicale, 1895, p. 235.

J'estime en effet que, dans les névralgies incurables des cancéreux devenus réfractaires à la morphine et aux analgésiques, on pourra de temps en temps y avoir recours. Il ne s'agit ici que de rendre moins cruelle la fin d'une existence condamnée, et, pour y parvenir, tous les moyens sont bons.

REVUE DES THÈSES

Thèse de la Faculté de Paris.

M. Ménachem. *Contribution à l'étude du traitement du trichiasis et du distichiasis.* N° 136.

M. Franchet. *Du traitement des fractures de jambe en général et en particulier par la méthode d'Helferich.* N° 134.

M. Dreyer-Dufer. *La mensuration du strabisme.* N° 135.

M. Rusovici. *Contribution à l'étude de la carie sèche.* N° 146.

M. Bonjour. *Contribution à l'étude des tumeurs fibro-tendineuses à myéloplaxes.* N° 144.

M. Menachem examine dans son travail les principaux modes de traitement proposés pour le trichiasis. Il range ces opérations, pour en faciliter la description, sous quatre chefs différents, suivant que les chirurgiens se proposent de redresser directement les cils, de les détruire, de transplanter le sol ciliaire ou enfin de redresser le bord palpébral en s'adressant à tous les éléments constitutifs de la paupière. De tous ces procédés, les plus simples étaient aussi les moins fidèles.

Le traitement rationnel du trichiasis doit reposer sur une connaissance complète de sa pathogénie et ce n'est qu'en s'adressant à tous les facteurs de l'affection que le praticien peut espérer un résultat durable. Les procédés qui, par des moyens divers, n'intéressent que la peau et l'orbiculaire sont de beaucoup inférieurs à ceux qui touchent à la fois à la peau, au muscle, au tarse et à la conjonctives, et, parmi ces dernières méthodes, la préférence doit aller au procédé de M. Panas.

On peut cliniquement diviser les fractures obliques du tibia en deux catégories : *a*) les unes, avec peu de déplacement et une réduction facile sans chloroforme, se consolident comme les fractures ordinaires bien qu'après un temps souvent plus long ; *b*) les autres, avec un déplacement notable, ne peuvent être réduites que sous le chloroforme, exigent un traitement très long et présentent fréquemment soit des retards de consolidation, soit des pseudarthroses. Les traitements nombreux qui ont été successivement proposés dans les cas de retard de consolidation sont une des preuves de la difficulté d'obtenir une consolidation solide et rapide. A l'heure actuelle l'appareil à extension continue de M. Hennequin est l'appareil de choix dans les cas où existe un grand déplacement, mais la méthode d'Helferich peut lui être très avantageusement associée pour hâter la consolidation, et c'est l'étude de cette méthode qui fait l'objet de la thèse de M. Franchet.

Cette méthode est simple, non douloureuse, ne provoquant jamais d'accident, facile à réaliser dans n'importe quel milieu, et peut très bien s'associer aux autres traitements de fractures de jambe, par exemple à la suture osseuse. Helferich a obtenu de bons résultats en associant les deux méthodes.

M. Dreyer-Dufer attache une grande importance à la mensuration exacte du strabisme, de façon à pouvoir graduer l'intervention.

La mensuration permet d'étudier l'effet des divers procédés, de les comparer ensemble et d'en déduire, faits à l'appui, celui auquel il faut s'adresser pour avoir le résultat le meilleur : Avant l'opération, voilà son rôle! Dans les quelques jours qui suivront celle-ci, elle donnera toutes les indications nécessaires pour le plus ou moins de fréquence des instillations du mydriatique et elle montrera la rapidité avec laquelle on enlèvera les fils qui attachent le muscle avancé près de la cornée. Plus tard enfin, grâce à cette mensuration, on pourra doser exactement les exercices stéréoscopiques nécessaires.

Pour M. Rusovici, la carie sèche est bien une affection de nature tuberculeuse. Dans les antécédents des malades atteints de carie sèche, on trouve un certain nombre de fois et on trouverait vraisemblablement plus souvent, si on les recherchait spécialement, des stigmates d'arthritisme.

Il semble problable à l'auteur que le terrain arthritique peut imprimer à l'infection tuberculeuse une allure spéciale ; comme la tuberculose pulmonaire, la tuberculose articulaire, évoluerait d'une façon particulière chez les arthritiques. Cette évolution spéciale serait caractérisé par une tendance à la production du tissu fibreux, à la sclérose ; par une évolution plus lente des lésions, par un pronostic moins sombre, dans l'articulation de l'épaule comme dans le parenchyme pulmonaire.

La série des observations publiées sur ce sujet et l'examen détaillé des tumeurs qui forment la base du travail de M. Bonjour lui permettent de conclure que le myélome des gaines tendineuses est une tumeur rare (1 p. 400 environ de la totalité des tumeurs).

Il atteint les deux sexes à peu près dans la même proportion.

Sa croissance est lente, il n'occasionne pas de douleurs et n'atteint jamais un volume bien considérable. Mais la gêne qu'il apporte aux fonctions du membre sur lequel il siège suffit le plus souvent pour décider les malades à réclamer sans trop tarder les secours de l'art.

Le myélome occupe le plus souvent la face palmaire des doigts. Il est enveloppé dans une gangue fibreuse épaisse qui, envoyant des prolongements dans la masse néoplasique, la cloisonne, la subdivise en lobules très distincts dans chacun desquels on retrouve les éléments caractéristiques de la tumeur.

Il présente microscopiquement à la coupe trois sortes d'éléments : des cellules myéloïdes, des myéloplaxes et des cellules fusiformes.

Le diagnostic différentiel du myélome des gaines tendineuses est souvent délicat : les variétés de consistance qu'il présente peuvent le faire confondre avec les kystes synoviaux, avec certains fibromes et aussi avec certains lipomes, et ce ne sera guère que sur l'examen de la tumeur après ablation que l'on pourra affirmer le diagnostic.

Les taches de teinte *chamois*, variées de gris et de rougeâtre, que présente la surface de section peuvent être considérées comme presque suffisantes pour le faire connaître à l'œil nu.

Quant au diagnostic microscopique, il ne présente pas de difficultés, mais il faut avoir soin de ne laisser passer aucun point des préparations sans l'examiner.

Pour peu que l'on procède ainsi on est certain de rencontrer des points typiques, présentant les éléments myélomateux, même dans des néoplasmes dont presque toute la masse a subi la dégénérescence graisseuse. Le pronostic est tout à fait bénin.

Le traitement est purement chirurgical.

Il faut enlever avec le plus grand soin tout le tissu néoplasique, faute de quoi l'on serait exposé à voir la tumeur récidiver. Ces récidives ne présentent point de malignité.

Thèse de la Faculté de Lyon.

M. Georgieff (Vélitchko). *La cachexie palustre chronique spléno-hépatomégalique* (forme clinique de l'impaludisme chronique). N° 105.

La cachexie palustre, modalité clinique de l'impaludisme chronique, présente, d'après les recherches anatomo-pathologiques et cliniques de MM. Kelsch et Kiener, deux périodes bien distinctes. La première est caractérisée par une congestion phlegmatique de la rate et du foie, sans lésions notables du côté du parenchyme organique, elle est désignée par M. Georgieff sous le nom de spléno-hépatomégalie palustre ; la seconde par une destruction définitive de ces viscères, avec lésions irrémédiables de

l'élément glandulaire et interstitiel désignée par lui sous le nom de cachexie palustre chronique spléno-hépatomégalique.

Cette maladie se manifeste dans tous les pays où l'impaludisme règne d'une manière endémique. Elle n'épargne aucun âge de la vie et paraît avoir une prédilection marquée pour l'âge adulte. Elle a une durée de plusieurs années, 5, 10, 15, 20, parfois davantage et procède par poussées paroxystiques qui se manifestent habituellemeut pendant l'été, c'est-à-dire pendant les époques de réinfection. Le plus souvent il s'agit de sujets d'une forte constitution. En dehors des rechutes, rien ne révèle leur état pathologique si ce n'est l'hypertrophie énorme de la rate dépassant parfois 2 kilogrammes, l'hypertrophie du foie et une douleur sourde, d'un caractère vague, qui ne se propage pas, et qui reste localisée dans les régions splénique et hépatique. L'engorgement viscéral est produit à la longue pendant les accès fébriles, quand il se produit une réaction organique par le fait de la présence de l'hématozoaire de Laveran. Ordinairement les sujets restent bien portants pendant l'hiver, tant qu'ils vivent dans de bonnes conditions hygiéniques, tant qu'ils se tiennent éloignés du sol; ils tombent rapidement anémiques et perdent leurs forces au printemps, l'été ou l'automne, quand ils se trouvent plus directement avec la terre. La rechute s'effectue pendant la saison chaude. Les individus s'affaiblissent graduellement pendant 2 ou 3 semaines, perdent l'appétit et les forces et tombent dans un état cachectique manifeste. L'apathie, la somnolence, la courbature, la céphalalgie envahissent les malades; l'œdème des jambes et de la face, parfois l'anasarque, l'ascite apparaissent; la polycholie, l'ictère, l'hémoglobinurie ne sont pas rares. Pendant l'accès paroxystique, l'anémie est extrême, On trouve un souffle de diable sur la jugulaire externe, un bruit de souffle anémique à la base du cœur ou à la pointe, un pouls petit et misérable; quelquefois des palpitations cardiaques ou bien de la tachycardie au moment des efforts. La fièvre ne revêt aucun type régulier; rarement elle est quarte, le plus souvent elle est continue, légère, parfois elle est continue, plus élevée, subintrante et même grave, se terminant par un accès pernicieux.

Au point de vue anatomo-pathologique, la cachexie palustre chronique spléno-hépatomégalique est caractérisée par une hypertrophie des organes abdominaux, surtout la rate et le foie, et un dépôt de pigment ferrugineux dans tous les organes, même dans les méninges, la muqueuse stomacale et intestinale, la peau, etc. M. Georgieff explique la surcharge pigmentaire ferrugineuse par l'affaiblissement des hématies attaquées par le parasite et leur incapacité à retenir l'hémoglobine au moment de l'échange plastique et gazeux avec les cellules organiques. L'hémoglobine passe alors d'un élément organique à un autre, se précipite ensuite dans le protoplasma et subit des transformations chimiques variables qui changent sa nature. Elle passe à l'état de pigment ocre, composition instable paraissant un dérivé très prochain de l'hémoglobine, plus prochain même que la bilirubine (Kelsch et Kiener). Plus tard, le pigment ocre va changer de caractère, il se transformera en pigment ferrugineux. Si l'hémoglobine est déposée dans des cellules éliminatrices comme le sont les cellules hépatiques et rénales, elle peut être éliminée au moment de l'échange pendant les accès paroxystiques sous forme d'une forte sécrétion biliaire, de polycholie, ou bien sous forme d'hémoglobinurie. L'ictère s'explique par la rétention biliaire et par sa résorption sur place.

L'hypertrophie énorme de la rate paraît résulter d'une insuffisance fonctionnelle du foie par le fait d'une surcharge de travail physiologique. Cet organe ne peut pas contribuer au rejet de tous les détritus globulaires. Une forte partie de la destruction hématique qui doit passer par la veine splénique et le foie, faute de fonctionnement suffisant, reste dans la rate. La rate, se laisse dilater et augmenter de plus en plus à chaque rechute palustre et arrive à des dimensions parfois incroyables.

Dans les premières périodes de cette cachexie palustre, l'aspect cachectique n'est pas bien marqué. Il apparaît au moment des réinfections, des poussées paroxystiques et disparaît pendant les rémissions. A la longue, quand la rechute s'est refaite plusieurs fois, la cachexie est manifeste, l'anémie est caractéristique. Une teinte terreuse ou cireuse couvre les téguments, les muqueuses sont décolorées, les forces diminuent, la cholémie suit sa marche progressive et rapide, et une dernière rechute suivie d'un accès pernicieux ou l'insuffisance fonctionnelle de l'appareil spléno-hépatique met fin à la scène pathologique. Parfois une complication quelconque ou une maladie intercurrente achève l'existence.

Le traitement, tout à fait puissant dans la première période, c'est-à-dire dans la spléno-hépatomégalie palustre, devient absolument inefficace dans les dernières phases de l'évolution du processus morbide, c'est-à-dire dans la cachexie palustre chronique spléno-hépatomégalique.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Rôle des capsules surrénales dans les infections expérimentales, par R. Wybauw (*Annales de la Société royale des sciences médicales de Bruxelles*, 1897, t. VI, p. 115). — Les capsules surrénales, plus que tout autre organe, sont sensibles à l'action de certaines toxines, spécialement de la toxine diphthérique. Les altérations qu'elles subissent sont surtout accusées vers le zone médullaire, à son union avec le zone réticulaire, c'est-à-dire dans la région la plus riche en capillaires et la plus exposée à recevoir le poison. Ces altérations consistent dans la dégénérescence trouble avec régression des noyaux. La rôle des capsules surrénales paraît consister à détruire chimiquement les produits nuisibles élaborés par l'organisme malade.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, par V. Péchère (*Annales de la Société royale des sciences médicales de Bruxelles*, 1897, t. VI, p. 171). — Ce travail est une étude d'ensemble du phénomène de l'agglutination et de ses applications au diagnostic de la fièvre typhoïde et au diagnostic du bacille d'Eberth. Il résume et confirme les nombreuses recherches faites antérieurement sur ce sujet et contient l'exposé d'un certain nombre de faits personnels : séro-diagnostic, mensuration du pouvoir agglutinant, différences de l'agglutination pour le bacille typhique et le coli-bacille.

Traitement chirurgical du lupus, par A. Delcourt (*Annales de la Société royale des sciences médicales de Bruxelles*, 1897, t. VI, p. 351). — L'extirpation suivie de greffes dermo-épidermiques de Thiersch est le meilleur procédé du traitement du lupus; elle diminue la durée du traitement, met à l'abri des récidives, donne une cicatrice remarquable et n'expose pas à la généralisation tuberculeuse post-opératoire. La réussite de l'opération dépend de l'observation des principes suivants : désinfecter la plaie après excision totale; désinfecter la partie du corps où l'on prend la greffe; employer les antiseptiques au cours de l'opération et dans les pansements consécutifs; étancher soigneusement le sang; recouvrir la plaie à greffe aussi complètement que possible avec des lambeaux dermo-épidermiques; bien immobiliser le membre opéré et faire une compression modérée.

Corps amœboïdes du sang dans la vaccine et la variole, par Walter Reed (*Journal of experiment. medicine*, New-York, sept. 1897, p. 515). — L'auteur a retrouvé les corps granuleux amœboïdes décrits par L. Pfeiffer dans le sang des enfants et des veaux vaccinés et dans le sang des varioleux pendant la période fébrile. Il les a vus aussi paraître dans le sang du singe pendant la période active de la vaccine et disparaître pendant le déclin de l'inflammation locale. Mais il a rencontré des corpuscules semblables, d'une façon occasionnelle, dans le sang normal chez des enfants et des singes.

Influence du milieu sur les membres du groupe coli-bacille, par A. Ward Peckham (*Journal of experiment. medicine*, New-York, septembre 1897, p. 549). — Des recherches consignées dans ce long mémoire, l'auteur conclut que le groupe du coli-bacille comprend un grand nombre de membres, parmi lesquels se rangent le bacille typhique et les types intermédiaires entre ce dernier et le coli-bacille typique. Quand on

cultive ces divers types du groupe dans des circonstances favorables à la fois au développement de la fonction fermentative et de la fonction protéolytique (formation d'indol), c'est la fermentation qui précède le protéolyse. Quand on favorise le développement d'une fonction aux dépens de l'autre, il en résulte un accrissement de vigueur apparent, mais temporaire. La propriété de produire de l'indol peut être acquise dans certaines conditions, par les divers types du groupe et en particulier par le bacille typhique.

Les coli-bacilles peuvent acquérir des propriétés virulentes. Ils peuvent se rencontrer dans la rate des typhiques. L'étude de l'agglutination a été faite aussi dans ce travail, mais les irrégularités constatées dans les résultats tiennent peut-être, au dire de l'auteur, aux imperfections du procédé résultant de l'emploi du sang désséché et de la difficulté de faire des dilutions de valeur constante.

Signes précoces et peu connus du tabès, par M. Bechtereff (*Revue de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale*, 1897, n° 9). — Parmi les symptômes précoces du tabès, M. Bechtereff a remarqué l'exagération des réflexes abdominal et épigastrique coïncidant dès le début de l'ataxie locomotrice avec l'abolition des réflexes tendineux du genou et du cou-de-pied. L'auteur n'a pas observé le signe du cubital à la période initiale du tabès. Au contraire, il a pu constater plus souvent dans ces conditions l'absence de douleur à la pression des nerfs poplité et péronier. L'analgésie à la pression même forte des muscles du mollet et du bras est également, d'après M. Bechtereff, un phénomène du début de l'ataxie locomotrice.

Alcaptonurie (Ein Fall von Alkaptonurie), par Hirsch (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 40). — Le cas d'alcaptonurie observé par l'auteur chez une fille de 17 ans a présenté les particularités suivantes :

1° L'alcaptonurie s'est manifestée au cours d'une gastro-entérite aiguë.

2° Elle n'a duré que 3 jours.

3° La coloration noire était manifeste malgré la très faible acidité de l'urine et disparaissait quand on ajoutait au liquide une solution alcaline.

Présence d'un ferment coagulant de lait (pexine) dans la muqueuse gastrique des vertébrés, par J. W. Warren (*Journal of experiment. medicine*, New-York, septembre 1897, p. 475). — L'auteur propose d'employer le mot *pexine* (Pagès) pour désigner le ferment coagulant du lait, au lieu du mot allemand « Labferment », et l'expression de *pexinogène* au lieu du terme barbare de labzymogène. En préparant des extraits de muqueuse gastrique avec de l'eau chloroformée, il n'a constaté la présence de la pexine que chez un bœuf et un veau. Mais le pexinogène existait chez plusieurs autres vertébrés.

Présence du ferment amylolytique et de son zymogène dans les glandes salivaires, par C. W. Latimer et J. W. Warren (*Journal of experiment. medicine*, New-York, sept. 1897, p. 465). — Recherches expérimentales faites au moyen d'extraits de glandes salivaires préparées avec l'eau chloroformée et le fluorure de sodium à 1 p. 100. Elles démontrent l'existence du ferment amylolytique (ptyaline) et de son zymogène (ptyalinogène) dans les glandes salivaires du chien, du chat et du mouton.

Nécrose de l'épithélium de l'intestin dans un cas de diabète (Ueber das Vorkommen von Drüsenepithelnekrosen im Darm bei Diabetes mellitus), par Ludwig (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1897, n° 43, p. 1105). — Chez une femme de 36 ans ayant succombé au coma diabétique, l'auteur trouva dans la partie supérieure de l'iléon et dans le gros intestin des plaques disséminés de nécrose superficielle.

L'examen microscopique montra qu'au niveau des parties nécrosées, l'épithélium cylindrique des glandes en tubes était privé de noyaux ou nécrosé et que la lumière des tubes glandulaires était remplie de détritus et de microcoques. Sur un certain nombre de glandes de Lieberkuhn le revêtement épithélial avait complètement disparu. Le tissu conjonctif sous- et périglandulaire présentait une infiltration de cellules qui pénétraient entre les fibres de la couche musculaires, restées intactes.

D'après l'auteur cette nécrose était d'origine toxique analogue à celle de l'épithélium rénal, décrite par Ebstein chez les diabétiques.

Tétanos puerpéral avec bacilles de Nicolaier (Beiträge zum Tetanus puerperalis), par Rubeska (*Arch. f. Gynäkol.*, 1897, vol. LIV, p. 1). — L'auteur rapporte cinq cas de tétanos puerpéral où l'examen bactériologique de l'utérus et de son contenu, de même que les inoculations à des animaux ont montré la présence des bacilles de Nicolaier. Un sixième cas de tétanos a été observé par l'auteur à l'époque où l'on ne connaissait pas encore le bacille de Nicolaier.

Toutes ces maladies ont succombé, bien que deux aient été traitées par les injections de sérum antitétanique de Nicolaier et qu'à l'issue on ait pratiqué l'extirpation vaginale de l'utérus.

Trois de ces femmes ont été accouchées à la clinique par le même assistant. Chez les 6, le tétanos s'était déclaré du 6e au 19e jour après l'accouchement.

Sur 20 cas de tétanos puerpéral que l'auteur a réunis dans son travail, 19 se sont terminés par la mort.

Action de l'aconitine sur le cœur, par S. A. Matthews (*Journal of experiment. medicine*, septembre 1897, p. 593). — De ses expériences sur le chien, l'auteur conclut que l'aconitine produit : 1° une stimulation du mécanisme inhibitoire, spécialement des centres bulbaires ; 2° une augmentation de l'irritabilité musculaire de l'oreillette et du ventricule. Le premier de ces effets est le seul visible dans l'usage thérapeutique de ce médicament. L'aconitine peut donc être considérée comme indiquée lorsqu'on veut stimuler le centre inhibitoire sans exciter le muscle cardiaque.

Pathogénie de la tuberculose miliaire (Ueber die Entstehung der Miliartuberculose), par Wild (*Virchow's Arch.*, 1897, vol., CXLIX, p. 65). — Dans ce travail, l'auteur cherche à montrer que la théorie de Weigert qui attribue la pathogénie de la tuberculose miliaire aiguë à l'irrigation d'un grand nombre de bacilles dans le sang, n'est applicable qu'à des cas tout à fait exceptionnels. Dans l'énorme majorité des cas, les foyers primitifs ne renferment que très peu de bacilles ; en second lieu les communications entre ces foyers et le système vasculaire sont ordinairement imperceptibles. Il faut donc admettre que la pénétration d'un petit nombre de bacilles sans le sang suffit déjà à provoquer la tuberculose miliaire aiguë si la disposition de l'individu est modifiée dans un sens qui permet la prolifération des bacilles dans le sang. La pénétration d'un petit nombre de bacilles peut s'effectuer aussi sans qu'il existe une communication directe avec le système vasculaire.

CHIRURGIE

Lésions viscérales dans les grandes brûlures, par Ch. R. Bardeau (*Journal of experiment. medicine*, septembre 1897, p. 501). — Etude de 5 cas de grandes brûlures, terminés par la mort. L'auteur adopte la théorie de la mort par intoxication et insiste sur les lésions de l'appareil lymphatique, qu'il compare à celles de l'intoxication diphthérique.

Du sarcome de la langue, par G. Marion (*Rev. de chir.*, 1897, nos 7 et 8). — L'étude de l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le sarcome de la langue existe ; il ne faut pas confondre avec lui le lymphosarcome (lymphadénome, comme on l'a fait jusqu'à présent.

2° C'est une variété rare de tumeurs ; il n'en existe que vingt-quatre observations.

3° L'étiologie en est obscure. Il apparaît à tout âge, aussi souvent chez l'homme que chez la femme.

4° Au point de vue histologique il s'agit de sarcomes à cellules rondes où à cellules fusiformes, quelquefois les deux variétés de cellules sont mélangées.

5° Il se présente tantôt sous forme interstitielle, tantôt sous forme pédiculée.

6° Forme et consistance variables. Hémorrhagies et douleurs rares. Troubles dus au siège et au volume de la tumeur.

7° L'engorgement ganglionnaire n'est pas exceptionnel; il est dû soit à l'inflammation, soit à la généralisation.

6° La marche est très rapide.

7° Le pronostic est relativement favorable; dans la moitié des cas il y a guérison.

10° Le diagnostic est possible dans presque tous les cas de sarcomes pédiculés et dans un certain nombre de cas de sarcomes interstitiels; dans les autres on peut soupçonner la nature de la tumeur.

11° Interventions partielles récidive; nouvelle intervention partielle.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque,

D'après M. le Dr G. Vaissier.

Le traitement des ulcères variqueux de la jambe est une question toujours actuelle. Car, d'une manière générale, les malades qui en sont atteints appartiennent à une classe peu aisée et réclament du praticien plutôt des indications pour un pansement qu'ils pourront faire eux-mêmes, qu'une intervention active de sa part, qui aurait pourtant pour résultat, le plus souvent, de mettre rapidement un terme à une affection particulièrement rebelle. La solution du problème réside donc dans l'application par le malade lui-même d'une médication simple, d'une exécution facile, d'un prix peu élevé, capable d'amener la cicatrisation dans le minimum de temps et, si possible, sans interruption du travail. C'est là, on le voit, un ensemble de conditions qu'il est peu facile de réaliser d'une façon pratique.

Parmi les anciens et innombrables traitements employés contre l'ulcère, il en est un qui, après avoir joui d'une certaine faveur, était tombé complètement dans l'oubli, depuis l'avènement de l'ère antiseptique. Ce traitement était basé sur l'application de la liqueur de Labarraque qui n'est autre qu'une solution d'hypochlorite double de soude et de chaux. M. Vaissier, ayant vu les résultats favorables que l'on en obtenait dans les services de M. Duplay et de M. A. Robin, a tenté de le réhabiliter dans une thèse récente (1) et y a, en partie, réussi. Nous disons : en partie; car si la liqueur de Labarraque est par son prix accessible à toutes les bourses, si son application est peu compliquée et ne nécessite pas des précautions irréalisables par le malade lui-même, il n'amène la cicatrisation rapide que sous la condition d'un repos plus ou moins prolongé, et offre l'inconvénient de devoir être renouvelé tous les jours. Néanmoins il faut reconnaître que parmi les traitements, que nous appellerions volontiers *ambulatoires*, des ulcères de jambe, c'est celui qui conduit le plus aisément à la guérison. Pour cette raison il doit être décrit avec quelque détail.

On commence par faire un lavage abondant de l'ulcère et des parties environnantes avec une solution antiseptique faible : le sublimé à 0,50 p. 1000, par exemple. Puis, s'il existe au pourtour de la perte de substance, de l'irritation cutanée ou de l'eczéma, on badigeonne la région avec de la teinture de benjoin ou on la recouvre de baume du commandeur. Des compresses imbibées de liqueur de Labarraque pure ou étendue d'eau sont ensuite appliquées directement sur l'ulcère, et ces compresses sont elles-mêmes entourées d'une toile imperméable, taffetas, gomme ou baudruche. On fixe le tout au moyen d'une bande de gaze, avec ou sans interposition du manchon d'ouate ordinaire. Le pansement est renouvelé chaque jour.

Sous l'action de ce traitement les douleurs disparaissent rapidement, la plaie se déterge et se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature. La guérison peut être obtenue en un mois, si le repos au lit est rigoureusement gardé; elle peut se faire attendre davantage si les malades continuent à marcher. En tous cas, il amène une amélioration très considérable de l'état local.

Lorsque la perte de substance est très étendue, la liqueur de Labarraque ne peut guérir à elle seule : on doit avoir recours dans ce cas rebelles aux moyens héroïques : raclage, greffes de Thiersch, pansements aseptiques. Mais dans les petits et moyens ulcères les résultats sont excellents ainsi qu'en témoignent les 28 observations réunies par M. Vaissier.

G. M.

1. G. Vaissier, Traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque (thèse de Paris, 1897, n° 549).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Pilocarpine.

Définition. — *La pilocarpine* est l'un des alcaloïdes retiré des feuilles de *jaborandi* (*pilocarpus pinnatifolius*).

Solubilité. — Cet alcaloïde est soluble dans l'eau et dans les huiles grasses et fixes. On emploie de préférence les sels cristallisables qu'il forme avec les acides : *chlorhydrate* et *nitrate* de pilocarpine. Ces sels sont très solubles dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — La pilocarpine est un sialagogue et un sudorifique énergiques. A ce titre elle a été employée avec succès dans les hydropisies, les œdèmes périphériques, les accidents urémiques. Cette action se manifeste avec une grande rapidité après l'injection et en fait un médicament d'une assez grande précision.

Deux faits caractérisent l'action de la pilocarpine : la perte de liquide et l'élimination de l'urée. La perte de liquide est le résultat des sécrétions abondamment provoquées des glandes de la peau, des glandes salivaires, des glandes de la muqueuse rhinotrachéobronchique, de la glande lacrymale, du pancréas. La quantité de salive excrétée est de 500 centimètres cubes en moyenne et peut s'élever jusqu'à 1 000 et même 1 200 centimètres cubes. Celle de la sueur atteint et quelquefois dépasse 500 grammes. L'élimination de l'urée n'est pas seulement en rapport avec la quantité de ces liquides qui, normalement, en contiennent, mais encore avec un accroissement de la proportion d'urée qui est, au moins pour la sueur, quintuple de la normale.

Les anciens cliniciens évaluaient à un quart de rein l'équivalent d'élimination de la peau. Des analyses ont permis de préciser ce qu'on pouvait attendre de la mise en action de cet émonctoire : un centigramme de pilocarpine fait éliminer en deux heures par la sueur 1 gramme à 1 gr. 50 d'urée, par la salive, une proportion un peu plus forte qu'à l'état normal.

On reste frappé de la disproportion qui existe entre le soulagement obtenu chez quelques malades et le chiffre relativement faible d'urée éliminée. Sans aborder le fond de la question, rappelons que les variations du taux de l'urée, qui seules nous frappent, ne sont pas le phénomène capital de l'urémie : il y a lieu de tenir compte de l'élimination incomplète d'un grand nombre de produits infiniment plus toxiques pour notre organisme que l'urée et dont nous ne pouvons, pour le moment, apprécier l'importance. La sueur est une de ces voies d'élimination, ainsi qu'il résulte d'expériences récentes qui en ont montré l'extrême toxicité. La pilocarpine, en activant la sécrétion sudorale, dont en même temps elle relève vraisemblablement le coefficient toxique, permet, par la voie cutanée, l'élimination de ces produits, habituellement excrétés par l'appareil rénal devenu insuffisant du fait des altérations de son parenchyme.

Ces données servent à interpréter les services que rend la pilocarpine nans le traitement des accidents urémiques. En fait, c'est surtout dans la néphrite aiguë congestive avec albuminurie, œdèmes périphériques, et dans l'éclampsie *post partum* qu'elle donne les résultats les meilleurs et les plus constants. Les crises urémiques des cardiaques, des cardio-scléreux, des cirrhotiques sont très passagèrement influencées : il peut être même dangereux de l'administrer lorsqu'il y a des lésions orificielles graves,

car elle peut à elle seule amener de l'arhythmie et une hypotension plus ou moins durables.

La perte de liquide peut amener la résorption partielle des hydropisies des séreuses. L'ascite, l'hydrothorax, peut-être même la pleurésie auraient été traités avec avantage par la pilocarpine : mais ces résultats favorables, ne concernent qu'un petit nombre de cas heureux et ne peuvent devenir le point de départ d'une thérapeutique systématique. Seules les hydropisies d'origine rénale (gros rein blanc de Bright) seraient habituellement améliorés, cette amélioration étant même capable de s'étendre à l'albuminurie.

L'activité de la sécrétion des glandes de la muqueuse respiratoire provoquée par l'injection de pilocarpine l'a fait prescrire dans la *diphthérie* (Benesch) et la *pneumonie* (Poulet) (de Plancher-les-Mines). Nous n'insistons pas sur la question de la diphthérie que résout le sérum. Les résultats dans la pneumonie méritent d'être signalés. Sur 108 malades traités par la pilocarpine à hautes doses (jusqu'à cinq centigrammes par jour), Poulet n'a eu que 4 décès.

Cette action particulièrement favorable de la pilocarpine dans les pneumonies ne serait pas due seulement à une dérivation cutanée ou à l'élimination par la sueur d'un certain nombre de produits toxiques nuisibles, mais surtout à la fluidification des sécrétions intra-alvéolaires, qui s'opposerait à l'hépatisation, faciliteraient l'expectoration et donnerait à la maladie une allure catarrhale. Tout en tenant compte de la valeur de cette médication, il faudrait néanmoins ainsi que le fait remarquer M. Ferrand, se garder de suivre M. Poulet dans les doses excessives qu'il a préconisées (cinq centigrammes 2 à 3 jours de suite) et s'en tenir à 1 ou 2 centigrammes en 4 piqûres, quantité très suffisante pour obtenir les effets attendus. Au delà de 2 centigrammes, on s'exposerait spécialement dans la pneumonie grippale, a des accidents de collapsus cardiaque irrémédiable.

Dans le même ordre d'idée on a proposé la pilocarpine dans le traitement des fièvres éruptives (scarlatine, rougeole), et de leurs complications, les enfants ayant une tolérance remarquable pour cet alcaloïde. Il ne semble pas qu'on ait ainsi obtenu des résultats bien démonstratifs.

Dans les angines infectieuses, la pilocarpine, en raison de son action sur les glandes du pharynx, pourrait avoir un rôle éliminateur utilisable.

Un autre effet de la pilocarpine est d'abaisser la tension intraoculaire et de solliciter la contraction pupillaire. Ainsi l'a-t-on employée contre le glaucome, les choroïdites, la rétinite spécialement d'origine albuminurique, non seulement en instillations mais aussi en injections sous-cutanées : les résultats ont été quelquefois favorables.

Cette même médication a été entreprise dans le but de déterminer une hypotension intra-labyrinthique. Politzer, Labit auraient ainsi obtenu la disparition des vertiges *ab aure*, l'amélioration de l'ouïe. Ces faits ont été depuis confirmés par d'autres auteurs, en particulier par Lawrence, qui traite ainsi systématiquement la surdité due à une lésion chronique des osselets, ou à une paralysie acoustique d'origine syphilitique, ou même à l'otite scléreuse. Les résultats auraient été des plus encourageants, à condition que les doses soient très faibles au début (1 à 2 milligrammes) et progressivement augmentées, et que le traitement soit poursuivi pendant un temps sufisammenprolongé.

Dans un grand nombre d'affections cutanées, le pouvoir excito-sécrétoire de la pilocarpine, trouve des applications quelquefois heureuses. C'est ainsi qu'on a été amené à la prescrire dans le vitiligo, le psoriasis, le prurigo rebelle des enfants l'éléphantiasis des Arabes, etc. Les dermatologistes (Besnier, Brocq, etc.), y ont fréquemment recours, et dans quelques cas, avec succès, aussi bien *per os* que par la voie sous-cutanée. Il est bon que le praticien connaisse cette action thérapeutique de la pilocarpine, enfin de l'utiliser dans nombre de ces maladies contre lesquelles il est si insuffisamment armé.

L'action de la pilocarpine sur la sécrétion pancréatique, qu'elle augmente dans de considérables proportions et directement sur la tunique musculaire de l'intestin, dont elle excite le péristaltisme, pourrait la faire employer dans le traitement de la constipation : mais dans ce cas faudrait-il employer de faibles doses.

La sudation, la salivation, la contraction pupillaire causées par l'injection de pilocarpine font prévoir l'antagonisme qui existe entre cet alcaloïde et l'atropine. Cet antagonisme est en effet *direct*, excepté peut-être au point de vue cardiaque et comporte comme déduction pratique l'application de cette propriété au traitement de l'empoisonnement par l'une de ces substances. On admet expérimentalement qu'un centigramme de pilocarpine neutralise les effets d'un milligramme d'atropine et réciproquement. En réalité, il n'y a pas à compter d'une façon aussi absolue sur l'action de la pilocarpine dans l'empoisonnement par l'atropine : car on ne peut espérer enrayer par la pilocarpine les effets de la section physiologique des nerfs vagues réalisés par l'atropine. Inversement, il serait plus juste de dire que l'atropine pourrait prévenir le collapsus cardiaque causé par la pilocarpine. De tout ceci le praticien doit retenir que la pilocarpine peut atténuer les phénomènes pénibles d'intoxication légère (sécheresse de la bouche, etc.) provoqués par une dose thérapeutique d'atropine chez des sujets très sensibles et devenir un utile adjuvant aux moyens habituellement employés (morphine) pour combattre un empoisonnement par l'alcaloïde de la belladone.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 3 à 10 ans, 1 milligramme par injection, 3 milligrammes par 24 heures; de 10 à 15 ans jusqu'à 8 milligrammes. Chez l'adulte : 5 milligrammes par injection jusqu'à 2 centigrammes en 24 heures.

Ces doses sont les mêmes qu'il s'agisse de l'alcaloïde lui-même ou de ses sels cristallisables. En règle générale, ceux-là doivent être seuls employés.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats.* — Douleur nulle. L'injection est très bien tolérée par les tissus.

b) *Eloignés.* — Moins de 3 minutes après la piqûre, la salivation et la sudation commencent. La face se congestionne, la peau du sujet devient moite, prend un aspect luisant caractéristique et de grosses gouttes de sueur, particulièrement visibles à la tête, ruissellent sur tout le corps. En outre, il se produit une augmentation considérable des mouvements péristaltiques de l'intestin, appréciable à la main. Fréquemment la scène se termine par un flux diarrhéique qui n'est pas l'un des moindres éléments du soulagement apportés aux malades. Le pouls se ralentit après une courte période d'accélération, la température suit une marche parallèle. Le summum de l'action de la pilocarpine est atteint vers la fin du premier quart d'heure et se maintient une heure et plus. Généralement l'effet est épuisé au bout de deux heures.

FORMULES

Pilocarpine. . . . . o gr. 05
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
1 à 4 centimètres cubes.

Pilocarpine. . . . . o gr. 05
Huile d'olives stérilisée. . . . . . . 10 c.c.
1 à 4 centimètres cubes.

Ces deux formules se retrouvent, avec quelques variantes, dans la plupart des auteurs, mais les suivantes doivent leur être préférées :

Chlorhydrate de pilocarpine. . . . . o gr. 10
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
1/2 à 2 centimètres cubes contre l'urémie, etc.
(Bourneville et Bricon, Poulet.)

Chlorhydrate de pilocarpine. . . . . o gr. 05
Eau stérilisée. . . . . 4 gr.
1 centimètre cube dans l'éclampsie puerpérale.
(Strisovère, Crédé, etc.)

Nitrate de pilocarpine. . . . . o gr. 05
Eau stérilisée . . . . 10 gr.
1 à 4 centimètres cubes. Mêmes indications.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore (p. 1165).

REVUE DES CONGRÈS. — *63e Réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne* : Appendicite (p. 1166). — Scoliose. — Hernie ventrale et ombilicale. — Invagination intestinale (p. 1167). — Calculs de l'uretère. — Cancer du rectum. — Hémiplégie croisée (p. 1168). — Tumeur maligne de la peau. — Calculs biliaires (p. 1169).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine :* Extraction de projectiles ayant pénétré dans l'intérieur du crâne. — Tuberculose des animaux à sang froid, — *Académie des sciences :* Bactérie pathogène pour le phylloxéra. — *Société anatomique :* Appendicite aiguë perforante (p. 1170). — Cancer de la rate. — Microbe voisin du pneumocoque. — Cancer du cœur. — Péritonite tuberculeuse. — *Société de biologie :* Venin de frelon (p. 1171). — Paralysie faciale. — Injection d'eau de mer. — Urine des éclamptiques. — L'élimination du soufre et de la magnésie. — *Société de chirurgie :* Abcès sous-phréniques — Cholédochotomie (p. 1172). — *Société médicale des hôpitaux :* Pleurésie putride. — Percussion amphorique (p. 1173). — *Société nationale de médecine de Lyon* : Kyste hydatique aréolaire du foie. — Anémie pernicieuse. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Tuberculose strepto-bacillaire. — Dilatation digitale pour sténose pylorique (p. 1174).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine interne de Berlin* : Respiration striduleuse chez les nouveau-nés. — Syringomyélie au début (p. 1174). — Antisepsie intestinale. — *Société de biologie de Hambourg :* Endocardite gonorrhéique. — Angleterre. *Clinical Society of London :* Gibbosité pottique. — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne* : Méningocèles (p. 1175). — Suppuration post-typhique. — *Club médical de Vienne :* Syphilis cérébrale. — Névrose traumatique. — Belgique. *Académie royale de médecine de Belgique :* La chromatolyse (p. 1176).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore

(Résultats éloignés).

Lecture faite à l'*Académie de médecine*

Par M. Tuffier,

Agrégé, chirurgien de la Pitié.

Le nombre de mes gastro-entérostomies s'élève actuellement au chiffre de 22. J'ai pratiqué cette opération 10 fois pour cancer de l'estomac, 3 fois pour un ulcère donnant lieu à des hématémèses, une fois pour ectasie gastrique, *8 fois pour sténose pylorique non cancéreuse* compliquée dans un cas d'estomac biloculaire. Les 8 derniers faits forment un groupe bien net, ce sont les seuls sur lesquels je désire appeler votre attention. Je crois ces sténoses et leurs complications particulièrement justiciables de la gastro-entérostomie.

Ce qui donne un intérêt tout particulier aux cas que je vous présente, c'est que tous les malades (sauf 2) qui en font l'objet ont été *suivis et traités* pendant des mois et des années par un de nos maîtres des hôpitaux dont la compétence en matière de pathologie gastrique est absolument indiscutée. C'est l'échec bien avéré de toute thérapeutique médicale qui l'a conduit à me les adresser en désespoir de cause. Chez tous le diagnostic de sténose pylorique ou sous-pylorique avait été porté. Un seul de mes malades a succombé à une hémorrhagie intestinale au 8e jour, son histoire est publiée (*Revue de chirurgie*, 1896), et, en ce qui concerne les malades confiés à mes soins par M. Hayem j'ai été assez heureux de n'en perdre aucun. Ils ont été suivis de 3 mois à 4 ans après leur guérison opératoire et tous ont gardé une santé parfaite qui ne s'est pas démentie. C'est le second point sur lequel j'attire votre attention.

Le *manuel opératoire* auquel je me suis arrêté dans ces opérations est la *gastro-entérostomie postérieure* trans-mésocolique pratiquée au point le plus déclive de l'estomac. J'ai renoncé aux procédés antérieurs simples ou modifiés ; qui dans un cas m'ont donné une coudure à laquelle j'ai dû remédier par une seconde laparotomie. Ils offrent moins de sécurité sans être d'une exécution plus facile que la gastro-entérostomie postérieure. Je ne me suis jamais servi des boutons anastomosiques, ni des méthodes d'écrasement. Une *bonne suture* me paraît le plus simple et le meilleur agent d'anastomose. Quelques précautions suffisent pour garantir le péritoine tout en ouvrant délibérément l'intestin. La gastro-entérostomie en Y de Roux de Lausanne est séduisante ; elle ne m'a pas parue indispensable au bon fonctionnement de la néostomie. Sa durée est plus longue que la durée du procédé que j'emploie. Je suis arrivé à pratiquer l'opération entière, fermeture de l'abdomen comprise, en moins de 30 minutes. Cette rapidité me paraît suffisante pour garantir les opérés contre les accidents de dépression post-opératoire si redoutables chez ces malades qui nous arrivent généralement en état de cachexie avancée.

Si je suis partisan de la gastro-entérostomie postérieure, je ne proscris nullement la gastro-entérostomie antérieure à laquelle j'ai dû recourir deux fois. Dans un cas où les parois de l'estomac étaient extrêmement épaisses, je ne pus arriver à renverser l'organe pour aborder sa face postérieure, je dus me contenter de suturer le jéjunum à la face antérieure, et, pour éviter la coudure possible, je mis, comme cela a déjà été conseillé, 2 points de suture à distance entre l'estomac et l'intestin, faisant ainsi décrire à l'intestin une courbe à grand rayon. Je n'insisterai pas sur la recherche du jéjunum, elle est extrêmement facile. Deux faits sont plus importants : la nécessité de faire une bouche de dimension suffisante, l'indication de faire cette bouche dans un point bien déclive. Chez la malade qui avait l'estomac en bissac, je fis une première anastomose sur le lobe prépylorique ; cette bouche fut insuffisante, la malade continua à souffrir et à vomir. Une seconde anastomose, pratiquée cette fois-ci sur le lobe gauche, assura le bon fonctionnement de l'estomac et la guérison de la malade.

L'*indication opératoire* dans tous ces cas a été la même : signes de sténose pylorique extrinsèques ou intrinsèques, dont les principaux sont les vomissements, les douleurs, la dilatation gastrique et la constatation, le matin à jeun, *de liquides résiduels dans l'estomac*. C'est, en un mot, la *rétention alimentaire stomacale* rebelle à toute thérapeutique judicieuse, et amenant le malade à l'amaigrissement rapide et à la cachexie. Dans un cas ce résidu stomacal s'accompagnait d'une gastrosuccorrhée de 1 litre 1/2 de liquide le matin et à jeun. Il n'appartient pas à un chirurgien de discuter la valeur du chimisme stomacal au point de vue du diagnostic, mais je dois dire que le diagnostic de sténose a été reconnu exact pendant le cours de l'opération chez tous les malades qui m'ont été adressés par M. Hayem.

Dans les cas d'ectasie gastrique qui relève d'une *sténose*

non cancéreuse, la gastro-entérostomie est une méthode excellente, mais *toutes les dilatations stomacales anciennes sont loin d'être justiciables de cette opération*. La sténose plus ou moins complète à marche variable serait l'indication la plus formelle à la création d'une nouvelle voie de circulation. Les grandes dilatations indépendantes de la sténose ne semblent pas bénéficier au même degré de l'intervention chirurgicale : ainsi j'ai opéré sans succès une de ces ectasies invétérées et rebelles qui s'accompagnait de ptoses et d'un état neurasthénique très marqué. Pendant les premiers mois l'amélioration fut manifeste, comme cela est la règle pour toutes les opérations pratiquées chez ces malades; mais à longue échéance le succès ne s'est pas maintenu. D'ailleurs les grandes dilatations de l'estomac sont loin d'être la règle absolue dans toutes les sténoses pyloriques, puisqu'elles n'étaient réellement marquées que chez 3 de mes 8 opérés.

Pendant la laparotomie j'ai été, comme tous les chirurgiens habitués au traitement des affections de l'estomac, frappé de l'impossibilité de faire le diagnostic entre un néoplasme stomacal et une simple induration inflammatoire. Dans tous les cas j'ai trouvé des adhérences, des brides partant de la vésicule biliaire ou de son voisinage pour s'étaler à la face antérieure de la région pylorique; dans les parois de l'estomac j'ai constaté des épaississements, des plaques indurées plus ou moins étendues siégeant soit au pylore ou dans son voisinage, soit sur la petite courbure. Si, dans certains cas, le diagnostic de cicatrice d'ulcère, de périhépatite, de périgastrite était facile, il en était d'autres où la nature de ce tissu néoformé ne pouvait être précisée; j'ai vu des anatomo-pathologistes, qui assistaient à mes opérations, rester dans le doute comme moi-même : ni la vascularisation extrême de la région, ni la présence d'une adénopathie concomitante ne peuvent servir à distinguer un ulcère d'un cancer. Même la pièce en main, le diagnostic de la nature du mal peut être impossible et il est parfois aussi difficile sur des coupes microscopiques nombreuses de distinguer certaines gastrites dites hypertrophiques, certaines limites, des lésions cancéreuses, auxquelles elles peuvent même être associées.

Ce diagnostic aurait pourtant, à mon avis, une importance capitale non pas seulement pour établir un pronostic, mais pour choisir le mode d'intervention. La gastro-entérostomie est merveilleuse quand on est en présence d'un tissu de cicatrice, mais s'il s'agit d'une lésion néoplasique, elle doit céder le pas à une intervention plus radicale. Dans une opération qui date de 4 mois et dont j'ai montré le résultat (*Société de chirurgie*, 7 octobre), j'ai pratiqué l'ablation de l'estomac pour une tumeur simulant un ulcère occupant toute la petite courbure. La résection stomacale est l'opération de choix quand les malades nous sont envoyés avant la période de généralisation et d'extrême cachexie, je vous ai montré un de ces opérés de large résection stomacale 9 mois après l'opération.

Quant aux résultats *opératoires*, ils ont été très satisfaisants. Mes malades ont guéri dans les délais normaux. Les cicatrices abdominales sont petites et ne provoquent aucune gêne. Pour juger de la valeur des *résultats thérapeutiques*, je me base sur l'état des fonctions de l'estomac après l'opération, et sur l'état général des malades. Au point de vue scientifique l'analyse du suc gastrique faite avant et après l'opération doit entrer en ligne de compte, elle donne des résultats intéressants. Mais j'ai vu, chez tous mes malades, *l'état douloureux* qui depuis plusieurs années rendait tout travail impossible complètement disparaître. *Les vomissements* ont cessé instantanément, les malades qui ne supportaient très difficilement que le lait, peuvent après l'opération suivre *le régime habituel* des hôpitaux. Ce résultat peut n'être pas immédiat; et pendant une à deux semaines les opérés ont quelques pesanteurs gastriques, mais le résultat définitif est parfait. Ils reprennent leur embonpoint normal et travaillent sans aucun accident douloureux. Mon premier opéré que je viens de revoir, 4 ans après son opération, est passé de 49 à 74 kilogs, il mène une vie très fatigante, montant à cheval pendant 6 à 8 heures par jour. Un de mes premiers malades qui ne pouvait plus absorber sans vomir la moindre goutte de vin, ne se décida à une intervention que sur la promesse qu'il pourrait probablement dans la suite boire comme tout le monde. Après l'opération il se livra avec tant d'avidité à sa passion favorite qu'il fut mis à la porte de l'hôpital pour avoir introduit en fraude des liqueurs alcooliques.

Il semble donc que dans ces sténoses toute la maladie réside bien dans la *rétention stomacale* : dès qu'elle a cessé, les troubles s'évanouissent et la guérison ainsi obtenue se maintient. Je crois que la gastro-entérostomie dans les rétentions stomacales, qu'elles qu'en soient les origines, est une opération très recommandable et par sa bénignité et par ses résultats thérapeutiques.

REVUE DES CONGRÈS

63e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE,

Tenue à Montréal les 31 août, 1er, 2 et 3 Septembre 1897.

SECTION DE CHIRURGIE

Appendicite.

M. Armstrong. — Mon rapport est basé sur 517 observations provenant des principaux hôpitaux de Montréal. L'appendicite est surtout fréquente entre 20 et 30 ans, et est 2 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Tout ce qui peut contribuer à léser l'épithélium de la muqueuse de l'appendice, ouvrant ainsi la porte aux germes infectieux, a une grande influence dans la production de l'appendicite. Un ulcère stercoral peut se former; sa guérison amène une rétraction qui peut empêcher la sortie du contenu de l'appendice, devenant ainsi une cause de danger pour le sujet. Sur l'ensemble des cas publiés, la mortalité a été de 12,8 p. 100. De 1853 à 1890, époque à laquelle on n'opérait pas les appendicites, la mortalité était de 23,8 p. 100. Sur les 517 cas signalés plus haut, on en a opéré 389 et on en a traité 128 sans les opérer. Ces 128 malades ont donné une mortalité de 3,12. Sur les 319 cas opérés, 81 l'ont été dans l'intervalle des crises et aucun n'est mort. Sur les 305 opérés pendant la période aiguë de l'affection, il y a eu 63 morts. Il importe donc d'opérer de bonne heure avant que se soit formée la péritonite septique. Les attaques les plus formidables sont toujours précédées d'attaques plus bénignes au cours desquelles l'opération est possible, La détermination de l'époque à laquelle il faut opérer est très importante; il y a 2 groupes de cas : les uns sont bénins et pour eux il n'y a pas de discussion; pour les autres le jugement et l'expérience du chirurgien sont fort utiles. L'opération dans l'intervalle des crises n'est pas dangereuse. Dans les attaques aiguës on ne peut se fier aux symptômes; il faut les observer avec soin. Je conseille l'opération au bout de 24 ou 36 heures, s'il n'y a aucune amélioration. Dans les cas de péritonite septique généralisée qui s'accompagnent de parésie des parois intestinales, je sors complètement l'intestin de

la cavité abdominale, avant d'y rentrer une seule anse. Pour drainer ces opérés, j'emploie 3 tubes, un que je place dans le bassin et deux autres dans les lombes. A la période d'abcès, la plupart des chirurgiens s'opposent à ce qu'on rompe les adhérences et à ce qu'on résèque l'appendice; on peut discuter cette manière de voir. J'ai eu de meilleurs résultats en en enlevant l'abcès aussi complètement que possible; si on n'agit pas ainsi, un abcès secondaire peut se former et emporter le malade. L'ablation complète du pus avec rupture des adhérences diminue les chances d'infection par les veines mésentériques et le foie. Dans ces cas il faut entourer l'abcès bien complètement avec de la gaze, des éponges, etc.

M. Cousins. — Il faut choisir avec grand soin le moment de l'intervention. Si les symptômes sont peu marqués ou sont en voie de rétrocession, il ne faut pas opérer. Dans ces cas, la douleur est moins vive, la température s'abaisse, la distension abdominale disparaît. Si les symptômes augmentent et deviennent très graves, il faut opérer. L'opération est absolument indiquée quand le pouls est rapide, la face anxieuse, la distension abdominale considérable, quand il y a de l'induration ou de la fluctuation. A mon avis l'induration n'indique pas la situation de l'appendice. Les cas foudroyants présentent d'ordinaire tous les symptômes de la péritonite généralisée, mais la maladie est généralement localisée au cæcum. Quand j'opère, je préfère l'incision oblique qui arrive plus près du siège du mal et qui permet d'explorer mieux la cavité abdominale. Je me sers d'une lampe électrique pour examiner l'abcès; je n'emploie jamais de rétracteurs métalliques, je préfère passer deux fils dans chaque lèvre de l'incision.

Quand je suis arrivé sur l'abcès, je fais écouler tout le pus qui sort facilement, puis j'essuie la cavité. Je ne fais jamais de lavages. J'enveloppe l'intestin avec des éponges et je le refoule. Je n'emploie des drains que quand c'est absolument nécessaire.

M. Jordan. — L'appendicite vraie est une maladie qui est limitée à l'appendice; il y en a 2 sortes : 1) les cas simples qui se terminent bien; 2) ceux dans lesquels l'appendice est lentement distendu par un liquide irritant contenant des microbes; ce liquide gagne la cavité péritonéale et là devient le point de départ des autres symptômes de la maladie. On a attaché trop d'importance au point de Mc. Burney.

M. Hickinson. — On ne doit jamais opérer pour faire le diagnostic. L'appendicite est une affection aussi médicale que chirurgicale. J'opère le moins possible et je peux citer au moins 27 cas dans lesquels j'ai été contre l'opération et qui n'en ont pas moins guéri. Je n'opère pas plus d'un cas sur 10. On affirme à tort que l'opération ne présente aucun danger.

Scoliose.

M. Roth. — Du 27 juin 1885 au 24 novembre 1892, j'ai soigné 1 000 sujets atteints de scoliose, uniquement par des exercices et en leur imprimant une certaine attitude, sans le secours d'aucun support mécanique. Sur les 1 000 cas, 122 appartenaient au sexe masculin et 878 au sexe féminin. En moyenne c'est vers l'âge de 12 ans qu'avait débuté la maladie et c'est vers l'âge de 15 ans qu'ils m'ont été amenés. Chez 877 d'entre eux (89,7 p. 100) la courbure latérale du rachis commença à se produire entre 5 et 17 ans et chez 594, c'est-à-dire chez plus de la moitié, la maladie commença entre 10 et 15 ans. Dans 231 cas on ne put trouver la cause de la déviation, qui dans 297 était héréditaire; 203 étaient dues à une croissance trop rapide; 176 étaient survenues chez des sujets faibles; 59 étaient consécutives à une maladie fébrile aiguë; 41 à une affection pulmonaire; 27 se trouvaient chez des sujets nés sous les tropiques; 24 avaient une origine nerveuse; 14 provenaient du surmenage; 11 avaient pour cause la naissance avant terme; 10 furent mises sur le compte d'affections des yeux; 2 sujets étaient jumeaux, 5 étaient enfants de parents âgés; 11 déviations furent attribuées à diverses causes (gigantisme, rachitisme, etc.). Ces 1000 cas se répartissaient de la manière suivante :

a) Totalité de la convexité à gauche : 523 ou 52,3 p. 100

b) Convexité dorsale à droite et lombaire à gauche : 329 ou 32,9 p. 100.

c) Totalité de la convexité à droite : 72 ou 7,2 p. 100.

d) Convexité dorsale à gauche et lombaire à droite : 45 ou 4,5 p. 100.

e) Triple courbure, la supérieure et l'inférieure ayant leur convexité à gauche et celle du milieu étant convexe à droite : 28 ou 2,8 p. 100.

f) Triple courbure, la supérieure et l'inférieure ayant leur convexité à droite et celle du milieu étant convexe à gauche : 3 ou 0,3 p. 100.

S'il y a de la déformation osseuse des vertèbres et des côtes, la lésion est incurable. Sur les 523 cas de difformité du type (*a*), 117 n'avaient qu'une déformation modérée des vertèbres lombaires et 76 avaient un peu de déformation des côtes gauches en arrière et une déformation osseuse modérée des vertèbres lombaires. Des 329 cas du type (*b*), 67 avaient une déformation modérée des côtes droites en arrière et des vertèbres lombaires. Sur les 72 cas du type (*c*), 14 avaient une déformation osseuse modérée des côtes droites en arrière et des vertèbres lombaires. Sur les 45 cas du type (*d*), 10 avaient une déformation osseuse modérée des vertèbres lombaires. Les 28 cas du type (*e*) et les 3 cas du type (*f*) avaient plus ou moins de déformations osseuse des côtes en arrière et des vertèbres lombaires. Sur l'ensemble 79 cas seulement n'avaient aucune déformation osseuse bien définie, 476 avaient des douleurs dans le dos; 565 avaient les pieds plats plus ou moins accentués. Beaucoup de ces malades avaient porté des supports et des appareils pendant des années. Mon traitement a une durée moyenne de 5 mois; mais pour beaucoup il a été plus court. Les déformations osseuses n'étant pas susceptibles d'une guérison vraie, complète, j'ai eu 869 grandes améliorations et 75 améliorations. Sur mes 56 insuccès, j'ai eu 47 cas qui ont été d'abord très améliorés, mais sur lesquels s'est produite une récidive.

Hernie ventrale et ombilicale chez le même malade.

M. Garrow. — Les cas de hernies ombilicale et épigastrique ayant 2 sacs séparés, mais ayant leurs autres enveloppes communes sont rares. J'en ai observé un exemple chez une femme de 45 ans qui entra à l'hôpital le 10 décembre 1896. Elle avait eu 3 enfants; quelques mois après son dernier accouchement, une petite tumeur apparut à 2 centim. 1/2 au-dessus de l'ombilic; cette tumeur augmenta de volume lentement; puis crût très rapidement pendant ces trois dernières années. La malade n'avait eu pendant longtemps que quelques coliques; mais depuis un an elle avait des troubles de digestion permanents; les douleurs avaient augmenté. Les bandages ne servirent à rien. La tumeur est volumineuse, irrégulièrement hémisphérique, mobile, molle, tendu et élastique; elle est irréductible; on trouve en certains points de la matité, dans d'autres de la sonorité. Le nombril occupe la partie inférieure gauche de la tumeur; la peau à ce niveau est un peu ulcéré. On fit le diagnostic de hernie ombilicale; on opéra le 14 décembre. L'incision fut elliptique et correspondit à la partie la plus proéminente de la tumeur. On eut beaucoup de peine à libérer la masse de la tumeur; on finit par voir qu'elle se composait de 2 sacs; dans les deux hernies, le péritoine adhérait à l'anneau; on fit une double cure radicale. La malade guérit.

Invagination de l'appendice vermiforme et du cæcum.

M. Mac Graw. — Un garçon de 7 ans eut une attaque de choléra suivie seulement d'une guérison partielle; pendant quelques semaines il eut des attaques de diarrhée avec des paroxysmes douloureux. Pas de fièvre; quelquefois ces attaques étaient séparées par des intervalles de bonne santé apparente. Quelquefois il y eut un peu de sang dans les selles. Les crises douloureuses augmentèrent de fréquence. On ne sentait de tumeur ni dans la fosse iliaque, ni dans le rectum; le malade rapportait sa douleur au creux épigastrique. Pas de tympanisme; appétit conservé. La fièvre s'alluma la veille du jour de l'opération. Dès qu'on eut ouvert la cavité abdominale, le côlon transverse se présenta, très rouge, très enflammé et recouvert de lymphe. Le côlon ascendant avait un méso d'une telle longueur, qu'on put aisément l'amener avec le cæcum dans l'inci-

sion faite au-dessus de l'ombilic. Le cæcum et l'appendice étaient invaginés et formaient une tumeur dans l'intestin, ayant le volume d'une noix et pouvant être perçue à travers les parois du colon. Pas d'invagination de l'iléon. J'ai réséqué toute la partie malade, puis j'ai suturé au catgut la muqueuse et la séreuse séparément. Guérison complète.

Calculs de l'uretère.

M. Loyd. — J'ai été frappé il y a déjà longtemps du nombre de malades qui, présentant tous les symptômes d'un calcul du rein, n'en montrèrent cependant aucune trace à l'opération. J'ai vu un homme offrant tous les symptômes typiques d'un calcul rénal pendant 3 ans 1/2. On fit une opération et on ne trouva pas de calcul. 45 jours après le malade fut pris d'une douleur aiguë qui dura quelques secondes, puis disparut. Au bout de 5 ou 6 heures il rendit un calcul. Maintenant j'examine d'abord la vessie pour m'assurer qu'elle ne contient aucun calcul; j'examine l'urine au microscope pour voir si je n'y trouve aucune trace de sang. Puis il y a des signes d'urotoxémie : le sujet paraît très malade, la peau est humide, le pouls est rapide (160 à 180), la température est au-dessous de la normale. Il y a une distension abdominale causée par la parésie des intestins. La névralgie lombaire avec un point douloureux localisé indique la position du calcul dans l'uretère. La plupart des calculs ainsi enclavés occupent les 8 ou 9 derniers centimètres de l'uretère. Quand le calcul se trouve près de la vessie le mieux est de faire une taille hypogastrique et de retirer le calcul par la vessie.

Traitement opératoire du cancer de la partie supérieure du rectum.

M. Bell. — Il n'y a que 12 ans que, grâce à l'opération de Kraske, on peut opérer les cancers des parties moyenne et supérieure du rectum. Pour Sutton, sur 100 cas de cancer de l'intestin, 75 fois c'est le rectum qui est pris. On peut obtenir des guérisons si on intervient suffisamment tôt pour enlever le cancer et les ganglions infectés, car les ganglions sont toujours pris. Souvent, au début, les symptômes manquent et on peut encore méconnaître cette affection à une période avancée de son évolution. Trop souvent on ne fait un examen du rectum que quand apparaissent les symptômes d'auto-intoxication, avec écoulements sanieux. Les cas opérables sont : 1° ceux dans lesquels on a chance d'enlever la masse totale et d'obtenir une guérison définitive; 2° ceux dans lesquels, bien qu'on puisse enlever la masse, les chances de récidive sont grandes. Enfin, dans une autre catégorie il faut placer ceux dans lesquels on ne peut enlever la masse cancéreuse et pour lesquels il faut faire la colotomie inguinale. Les 3 voies que peut suivre le chirurgien sont : la voie abdominale, la voie sacrée et, chez la femme, la voie vaginale. La 2° est celle qu'on choisit d'ordinaire. La ligne des 3es trous sacrés marque la limite supérieure de l'incision. On met à nu le rectum par une des méthodes ostéoplastiques. J'adopte d'ordinaire l'incision de Heinecke. Je considère qu'une colotomie préliminaire est nécessaire; elle permet à l'opérateur de se rendre compte du degré d'envahissement des ganglions; elle permet aussi de vider et de nettoyer l'intestin; enfin si un anus artificiel doit exister d'une façon permanente, l'iliaque est préférable au sacré.

Pour réussir il faut avoir un champ opératoire absolument propre; il faut obtenir une descente facile du bout proximal de l'intestin sans tiraillement; il faut suturer avec soin. S'il n'y a pas de tiraillement, on n'a pas à craindre la gangrène. Si on coupe avec soin le mésorectum et le mésocôlon à quelque distance de la paroi intestinale, on peut aisément attirer en bas le rectum sans craindre la gangrène. Après avoir suturé les extrémités sectionnées à travers toutes leurs tuniques, j'invagine le bout proximal dans le bout distal et j'applique un rang de sutures à travers les tuniques séreuses et musculaire. On ne peut se dispenser d'ouvrir le péritoine; quand on opère sur les parties supérieures du rectum, mais cela n'offre aucun danger si on ferme ensuite cette ouverture par un rang de sutures et si on panse et draine proprement la plaie. Quant à la question de savoir quand la plaie de la colotomie doit être fermée, elle dépend du degré de restauration qu'on a pu obtenir dans la continuité de l'intestin et des chances de récidive. Cette opération n'est pas sans danger, car elle s'accompagne toujours de shock et d'hémorrhagie considérable. Cependant la mortalité ne dépasse pas 20 p. 100 et 10 à 12 p. 100 des opérés restent pendant 4 ans sans avoir de récidive.

M. Ball. — Je ne fais pas d'opération ostéoplastique, j'enlève la totalité du segment inférieur du sacrum. Il ne faut pas recourir à la voie périnéale, à moins que l'anus ne soit pris.

M. Keen. — L'opération de Kraske améliore beaucoup les malades, même quand les ganglions sont largement envahis. Je ne crois pas que la méthode ostéoplastique soit nécessaire; j'enlève le coccyx et la portion voisine du rectum. Je crois qu'il est utile de faire une colotomie préliminaire qui sera du reste temporaire ou permanente. Mais ne faut pas faire les deux opérations dans la même séance; il faut attendre 2 ou 3 semaines pour faire la seconde opération. La colotomie est encore très nécessaire dans les cas où on ne peut amener au contact les deux bouts de l'intestin et dans ceux où il faut réséquer tout le bout inférieur.

SECTION DE MÉDECINE

Hémiplégie croisée.

M. Graham. — Un enfant de 10 ans était tombé, à l'âge de 18 mois, s'enfonçant dans la bouche le bout mince et irrégulier d'une branche de sapin qui pénétra dans le voile du palais. Dans la chute, la branche fut brisée au niveau des dents de l'enfant, elle était si bien enfoncée dans les tissus qu'on eut de la peine à l'en retirer; il y eut une hémorrhagie abondante. Vers 11 heures du soir l'enfant vomit un caillot et immédiatement après eut des convulsions qui durèrent 2 heures. Le lendemain 2e attaque de convulsions, mais d'une durée moindre : 3e attaque pendant la 3e nuit et 4e attaque le jour suivant. Cette dernière fut suivie de douleurs qui durèrent jusqu'au lendemain matin; on vit alors qu'il y avait une paralysie du bras et de la jambe du côté droit, avec une paralysie faciale gauche. L'œil gauche était un peu tourné en dedans et la pupille était contractée. L'enfant avalait les liquides avec difficulté, on ne lui donna pas d'aliments solides. Il vomit de temps en temps pendant 2 semaines et resta au lit pendant 7 mois. Puis il recouvra ses forces; mais il eut des convulsions, au début plusieurs par jour, puis elles diminuèrent : elles ont duré pendant 7 et 8 heures. Mais dans ces derniers temps leur durée n'était que de 10 à 15 minutes et quelquefois 5 minutes seulement. Depuis 5 ans elles surviennent la nuit et deviennent plus fréquentes à la fin de chaque année. La constipation semble les provoquer.

L'intelligence paraît intacte, mais moins vive que celle des autres enfants. Le côté paralysé est toujours plus froid que l'autre et la main droite, qui est en état de contracture pendant le jour, devient flasque pendant la nuit. En 1892 le côté droit de la poitrine avait 4 cm. de moins que le gauche; la circonférence de la cuisse, de la jambe, du bras, de l'avant-bras était plus petite à droite d'à peu près 2 centimètres. La figure était un peu entraînée vers la gauche. Aucun mouvement dans les muscles de l'avant-bras, si ce n'est un léger mouvement augmentant la flexion des doigts déjà bien fléchis, et que le malade ne pouvait étendre. Mouvements du bras en partie possibles. Au niveau du membre inférieur tous les mouvements paraissent possibles, mais le pied ne peut se fléchir qu'à moitié. Le malade boitait, ce qui paraissait dû en partie à une perte du mouvement de l'articulation de la cheville et en partie à un affaiblissement général des muscles de cette articulation. Réflexe patellaire moins marqué à droite qu'à gauche. L'état actuel ne diffère guère de ce qu'il était il y a 5 ans que par l'absence de strabisme.

M. Mackenzie. — Cette paralysie ne s'étant développée qu'au bout de 3 jours, elle est due à un processus inflammatoire.

M. Angell. — J'ai vu une tumeur de la protubérance donner des symptômes semblables, sans réaction de dégénérescence dans les muscles. Je crois que, dans le cas de M. Graham,

la paralysie est due à une hémorrhagie qui s'est faite hors de la protubérance, car une hémorrhagie intra-protubérantielle aurait permis de constater la réaction de dégénérescence.

Sur une forme de pigmentation pathologique précédant une tumeur maligne de la peau.

M. Galloway. — Dans la *Lancet* du 24 juillet 1897 un auteur rappporte l'observation d'un jeune homme de 27 ans qui avait, depuis sa naissance, une verrue noire sur le bras droit. Elle fut à diverses reprises le siège de traumatismes; les lésions guérirent à plusieurs reprises. Finalement, après une contusion, la tumeur s'enflamma et divers satellites apparurent. On opéra à plusieurs reprises, enlevant des lambeaux de peau et les ganglions axillaires; mais bientôt toute la peau du tronc fut parsemée de petites tumeurs mélaniques. Pour ma part j'ai vu un homme de 61 ans en avril 1897. Il avait sur la plante du pied droit une plaie qui ne guérissait pas. Ce malade raconte que 5 ans auparavant des ampoules se formaient fréquemment à l'endroit qui est occupé maintenant par la plaie. Une marche peu considérable suffisait à amener la formation de l'ampoule, qui réapparaissait toujours à la même place, sur la plante du pied droit, entre la première et la deuxième articulation métatarso-phalangienne. Pendant longtemps l'ampoule guérit facilement en un ou deux jours. Ces ampoules successives étaient toujours entourées d'une bordure noire, très étroite au début. Depuis 9 mois ces ampoules guérissaient moins facilement et une petite ulcération superficielle se forma, laquelle d'abord guérit sous l'influence du repos. L'ulcère était irrégulier; à son niveau l'épithélium ne paraissait pas complètement détruit; le bord de l'ulcère s'étendait dans le premier et un peu dans le deuxième espace intercostal. L'épithélium du bord de l'ulcération était un peu épaissi et était ramolli surtout entre les doigts. L'ulcère était entouré d'un halo érythémateux; mais, fait bien plus intéressant, tout autour existait une bordure pigmentée d'un brun noir, plus foncée en certains points, mais très foncée dans les espaces interdigitaux. Il n'y avait aucun gonflement. Pas de pigmentation ailleurs; pas d'adénites. Pendant les 3 semaines que je surveillai le malade il n'y eut aucune tendance à la guérison. Aussi fit-on l'amputation de la partie antérieure du pied, au niveau des articulations tarso-métatarsiennes. Depuis cette époque le malade va bien et on n'a vu réapparaître nulle part de pigmentation. L'examen de l'ulcération montra qu'elle était très superficielle. Le pigment, qui est d'un brun foncé, s'étalait sur une surface beaucoup plus considérable que pouvait le faire supposer l'examen à l'œil nu. Il se présentait sous la forme de petits granules réunis en groupes souvent voisins du sommet des papilles. A mesure qu'on s'approchait de la région centrale de la lésion, on se rendait compte que ce pigment occupait les cellules cylindriques les plus profondes de l'épithélium, rappelant la distribution du pigment chez les nègres. Il était difficile de dire si tout le pigment était intracellulaire. Le pigment augmentant vers le centre de la lésion, on pouvait le suivre dans la couche de Malpighi et dans la couche cornée. Dans cette dernière il était manifestement intra- et extra-cellulaire.

Ici où le pigment commençait à apparaître, les cellules des papilles paraissaient normales; mais à mesure que le pigment devenait plus abondant on voyait des cellules de nouvelle formation rappelant celles des exsudats inflammatoires chroniques; parmi ces cellules quelques-unes paraissaient être des leucocytes; les autres étaient plus volumineuses, rondes ou polygonales et contenaient d'ordinaire un noyau. Ces cellules étaient souvent disposées en groupes ou en lignes le long des papilles ou autour des vaisseaux sanguins. Les *mastzellen* étaient peu nombreuses, et irrégulièrement distribuées; on les trouvait et dans les papilles et au bord des groupes des nouvelles cellules. Ces nouvelles cellules ne rappelaient en rien l'arrangement qu'on observe dans le sarcome et ne paraissaient avoir d'autre signification que celle d'un processus inflammatoire. Sur les limites de la région occupée par le pigment, les cellules profondes de l'épithélium commençaient à être envahies par le pigment, qui s'élevait ensuite peu à peu dans ces couches. Le stratum granulosum était absolument normal. Dans les parties riches en pigment le tissu en palissade était le siège de modifications importantes; les cellules de cette couche avaient perdu leur apparence régulière, elles devenaient rondes et paraissaient être en train de proliférer. Les cellules des couches plus superficicielles étaient très allongées, à cause de l'allongement subi par les papilles. La séparation de l'épiderma et du derme devenait mal définie.

Les relations de cette forme de mélanodermie avec ce que Hutchinson a appelé le *panaris mélanique* sont très nettes. Le panaris mélaniqne consiste en une pigmentation qui très souvent précède l'apparition d'une tumeur maligne des doigts ou des orteils et qui se montre d'ordinaire sur la face dorsale ou la face latérale des doigts; elle peut persister seule pendant un certain temps: Beaucoup d'auteurs pensent que le panaris mélanique est précédé par quelque lésion de l'ongle. L'observation précédente paraît être en faveur de l'opinion d'après laquelle le traumatisme d'une région pigmentée est un facteur puissant dans la production d'une nouvelle pigmentation et la transformation en tumeur maligne. C'est au moins ce qui paraît se produire pour les verrues pigmentées et les nævi. Le seul traitement à opposer à ces lésions est l'amputation.

M. Coley. — J'ai soigné un homme de 37 ans, ayant dans sa famille des antécédents cancéreux, 3 de ses oncles paternels étant morts de cancer. 7 ans auparavant il s'était contusionné le pouce gauche; le 7 décembre 1892 ce pouce fut le siège d'un nouveau traumatisme; aussitôt il devint douloureux et inflammé; on l'incisa, plus tard on gratta l'os. Au bout de 5 mois, on observa de la décoloration au niveau de l'ongle. Soupçonnant un cancer, on fit un examen microscopique; on vit qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique à cellules rondes. On amputa le pouce; mais quelques mois après une petite tumeur apparut juste sous la peau du poignet gauche; d'autres tumeurs semblables se montrèrent en différents points du corps. On traita le malade pendant plusieurs mois par un mélange de toxines d'érysipèle et de bacillus prodigiosus : tout d'abord il y eut un arrêt dans l'évolution des tumeurs déjà existantes et il n'en parut pas de nouvelles. Peu de mois après beaucoup de nouvelles tumeurs se montrèrent; puis il y eut des métastases vers les organes internes et le malade mourut.

Calculs biliaires.

M. Hunter. — La lithiase biliaire est très fréquente et atteint environ 7 p. 100 de la population. La bile est un liquide qui tient en suspension des principes fournis par la cellule hépatique. Le long des canaux, elle s'augmente d'une sécrétion nouvelle, longtemps considérée comme étant de la mucine et qui est en réalité une nucléo-albumine. La cholestérine est maintenue en solution par les sels biliaires. La nucléo-albumine est sécrétée d'une façon continne dans la vésicule, mais cette sécrétion est surtout active 4 ou 5 heures après les repas. Pendant la digestion l'orifice du canal cholédoque est fermé et la bile s'accumule dans la vésicule. En général les calculs se composent d'un centre de bilirubine et de calcium entouré de cholestérine. La cholestérine des calculs est sécrétée par la cellule hépatique ou encore est un produit de dégénérescence des cellules épithéliales des muqueuses. Dans la bile il n'y en a qu'une petite quantité, tandis qu'on la trouve abondamment dans les crachats des phthisiques. Les muqueuses enflammées des conduits biliaires sont la grande source de la cholestérine des calculs. La bilirubine et le calcium existent dans la bile à l'état libre sans ne combiner l'un avec l'autre à l'état normal. L'albumine les précipite en une masse insoluble de bilirubine et de calcium. Quand les conduits biliaires sont enflammés ils contiennent l'albumine nécessaire à cette précipitation. Le catarrhe peut être causé par la stagnation de la bile que favorisent beaucoup de conditions : la grossesse, la taille trop serrée, la constipation, des habitudes de paresse, etc. Cette stagnation ne suffit pas pour amener l'inflammation si la bile est aseptique, mais il faut savoir que très fréquemment elle est infectée par des colibacilles qui viennent de l'intestin. Souvent aussi on a trouvé dans la vésicule enflammée le bacille d'Eberth. La principale indication est donc d'accélérer le cours de la bile; dans ce sens agissent : 1° l'alimentation; 2° la présence des sels biliaires; 3° la seule substance médicamenteuse qui éclaircit la bile et augmente sa quantité est le salicylate de soude. Il faut le prescrire concurremment avec les sels de Carlsbad et l'eau de Vichy

Aucune substance, autre que l'huile d'olive, n'est capable de dissoudre les calculs et cependant cette substance prise par la bouche n'a jamais atteint ce résultat dans l'organisme.

M. Osler. — Le bacille typhique peut exister dans l'organisme, sans provoquer la fièvre typhoïde, se comportant en cela comme le pneumocoque. Dans un cas j'ai trouvé le bacille d'Eberth en culture pure, au cours d'une cholécystite, sans qu'il existât aucun antécédent de fièvre typhoïde. Orth dit que dans la lithiase biliaire il y a une infection aiguë se traduisant par de l'hypertrophie de la rate, de l'albumine dans l'urine, etc. Quelquefois on ne trouve pas de calcul, comme cela est arrivé chez un malade opéré par Mayo Robson.

M. Graham. — Il est nécessaire pour le chirurgien de faire de bonne heure le diagnostic de la lithiase biliaire. On dit généralement que les calculs s'accroissent très lentement : mais Naunyn admet que les calculs ordinaires de la variété molle peuvent se former en quelques jours et même en quelques heures. Les symptômes peuvent manquer complètement ou consister en céphalée, attaques bilieuses, oppression après les repas, dans beaucoup de ces cas on trouve de la matière colorante de la bile dans l'urine. Finalement il peut se produire une contraction et une atrophie de la vésicule biliaire. Quand la cholécystite devient infectieuse et qu'il y a envahissement de microorganismes, les symptômes les plus graves surviennent. C'est ainsi que j'ai vu un homme paraissant jouir d'une bonne santé qui, pendant qu'il marchait, fut pris d'une douleur dans l'hypochondre droit, accompagnée d'une sensibilité de toute la région hépatique et d'une tension du muscle droit. Il y eut des accès de fièvre irréguliers, des frissons et la mort survint au bout de 6 semaines. A l'autopsie on trouva la vésicule biliaire remplie de calculs, sa muqueuse était ulcérée et il y avait des abcès dans le foie et les reins. Dans certains cas de cholécystite, c'est le bacille d'Eberth qui joue le rôle d'agent infectieux. La distension de la vésicule varie beaucoup; elle peut être très grande quand le canal cystique est oblitéré.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 Décembre 1897.

Extraction de deux projectiles ayant pénétré dans l'intérieur du crâne.

M. Péan communique deux cas d'extraction de projectiles ayant pénétré dans l'intérieur du crâne. L'un concerne un jeune homme de 22 ans qui, en août 1896, se tira un coup de revolver dans l'oreille droite. La balle alla se loger dans l'oreille interne, sous la dure-mère, à une profondeur de 6 centimètres, suivant une ligne prolongeant l'articulation temporo-maxillaire.

L'autre a trait à un jeune homme de 26 ans qui, en février dernier, se tira un coup de revolver dans la région temporale droite. La balle alla se loger dans le cerveau à une profondeur de 7 centimètres.

Chez l'un et chez l'autre, soit au Val-de-Grâce, soit à l'hôpital Bichat, des explorations avaient été pratiquées pour retrouver la balle au moment même de la tentative de suicide, mais elles n'avaient donné aucun résultat. Plus tard, quand il est survenu chez les deux blessés des accidents graves et douloureux, M. Péan fit prendre une épreuve radiographique de l'un et de l'autre par M. Mergier. Après avoir reconnu de la sorte le siège exact des deux balles il parvint à les extraire sans produire de désordres inutiles. Les deux opérés sont actuellement guéris.

M. Péan insiste sur la précision et la simplicité du procédé qu'a imaginé M. Mergier pour déterminer le lieu d'enkystement des projectiles ayant pénétré soit dans le cerveau, soit dans son enveloppe osseuse.

Tuberculose des animaux à sang froid.

M. Dubard (Dijon) a constaté que la tuberculose humaine morte ou vivante provoque en injection intra-péritonéale chez les poissons, les serpents, les lézards etc., une forte réaction phagocytaire, un épanchement ascitique, des fausses membranes entre les viscères et la production des granulations tuberculeuses typiques. Ces bacilles vivants subissent une série de transformations morphologiques tout en conservant la propriété de se développer sur d'autres milieux. En injection sous-cutanée ou intra-péritonéale, ces bacilles transformés provoquent chez le cobaye une tuberculose très atténuée ou strictement locale.

M. Gilles de la Tourette communique la suite des résultats qu'il a obtenus dans le traitement du tabès par l'élongation de la moelle.

M. Kraus lit une note sur le traitement, par un appareil prothétique, de la voix dite eunuchoïde.

M. Hennecart (de Charleville) présente en son nom et en celui de **M. Pillot**, une observation, où les rayons Rœntgen permirent de reconnaître une aiguille dans l'annulaire droit, alors que la malade, âgée de 51 ans, ne se souvient d'aucune piqûre. Cette dame souffrait depuis plus d'un an. L'aiguille fut enlevée très facilement en une simple incision, après piqûre à la cocaïne. Elle était située entre le périoste et le tendon fléchisseur.

Élection.

M. Pouchet est élu membre de l'Académie par 64 voix sur 79 votants.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 Novembre 1897.

Sur une bactérie pathogène pour le phylloxéra.

M. L. Dubois. — Cet élément microbien a été rencontré dans un mélange de terre et de fumier, laissé en sac depuis plusieurs années, à une profondeur d'environ 0 m. 50. Il détermine, chez certains hémiptères, une véritable infection ayant probablement la voie buccale pour porte d'entrée. Les corps des insectes qui ont succombé renferment le microorganisme, qu'il est parfois possible de retrouver à l'examen microscopique et à la culture. Enfin, dans certains sols, il paraît susceptible de conserver sa virulence pendant un très long temps. Il se présente sous deux formes : filaments longs de 4 à 7 μ, grêles, ondulés, mesurant de 0 μ, 2 à 0 μ, 4 de large, ou coccus de 0 μ, 2 à 0 μ, 3, peu mobiles, à zone annulaire nettement différenciée par une teinte plus sombre, entourant une partie centrale plus claire, mais ne présentant jamais de vacuole. Il ne semble pas que ces coccies soient des spores, car, dans certaines cultures, ils constituent la presque totalité des éléments. Ces éléments microbiens ne sont que peu ou pas colorables par les méthodes usuelles. Cette bactérie est anaérobie, du moins avec les milieux de culture habituels. Elle ne se développe bien qu'en l'absence d'oxygène, mais la culture n'est jamais luxuriante. Les limites de température les plus propices à sa végétabilité oscillent entre 20° et 30°. Les expériences ont été faites avec le phylloxéra, dont il est actuellement très facile de se procurer des échantillons. La virulence de l'élément microbien paraît varier suivant la constitution chimique du sol et les influences atmosphériques.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 Décembre 1897.

Appendicite aiguë perforante.

MM. Letulle et **Weinberg**, au cours de leurs recherches sur les lésions de l'appendicite, ont recueilli 10 observations de perforation aiguë de l'appendice.

Dans aucun de ces cas, il ne s'agissait de folliculite aiguë perforante.

Les altérations sont toujours le résultat d'un processus de nécrose de coagulation, atteignant la totalité des parois, sur un point plus ou moins circonscrit.

Les préparations microscopiques montrent la destruction, totale et simultanée, de la muqueuse et de la zone folliculaire

sous-muqueuse. L'évolution des lésions se fait toujours de la cavité intestinale vers le péritoine, c'est-à-dire de dedans en dehors.

La participation des deux couches musculaires, de la couche sous-séreuse et, enfin, du péritoine, est diffuse et irrégulière, nullement proportionnée à l'étendue ni à la forme de la nécrose de la muqueuse et de ses annexes.

Le rôle du système vasculaire sanguin de l'appendice dans le procédé de mortification en question est absolument nul; les vaisseaux et les nerfs, aussi bien que tous les autres éléments de l'organe, subissent, sans la régler en aucune sorte, et le plus souvent sans la retarder, l'invasion de la nécrose coagulante. On trouve même de nombreux vaisseaux, reconnaissables, avec leurs hématies encore colorables, enclavés au milieu des placards fibrinoïdes, représentant ce qui reste de la muqueuse et des follicules.

La nécrose, qui frappe ainsi, d'une manière suraiguë, les parties, est tantôt momifiante, en ce qu'elle conserve aux squelettes des cellules et des fibres élémentaires, quelles qu'elles soient, leur forme relative et leur volume, tantôt fibrinoïde, car elle les transforme en blocs massifs ou en filaments accessibles aux réactions colorantes de la fibrine.

L'intensité des phénomènes aigus mortifiants est telle que, dans la grande majorité des cas, aucune réaction hyperleucocytique n'a eu le temps de se produire autour des parties nécrosées.

Tous les caractères qui précèdent différencient, d'une manière absolue, l'appendicite perforante aiguë des lésions de la folliculite perforante.

La topographie des désordres nécrobiotiques offre aussi quelque intérêt. La nécrose de la muqueuse et de ses annexes peut, en effet, être étendue à toute la hauteur de l'appendice. Dans ce cas, une ou plusieurs perforations peuvent se produire, à différentes hauteurs; chaque perforation peut, de même, avoir des dimensions très variables, depuis l'aspect punctiforme, avec intégrité réelle ou apparente du péritoine appendiculaire, jusqu'aux larges brèches ayant donné accès aux plus volumineux coprolithes. D'ordinaire, cependant, les plus grands placards nécrosiques sont plutôt rapprochés de l'extrémité libre.

Si la nécrose de toutes les couches affecte une disposition annulaire, sur un point quelconque de la hauteur de l'organe, une amputation spontanée, complète ou incomplète, en résulte nécessairement; et, dans ces conditions, le bout inférieur de l'appendice, amputé, peut contenir des lambeaux véritablement gangréneux. Le sphacèle des parties n'est alors que secondaire et contingent.

La préexistence de lésions chroniques était constante dans nos cas d'appendicite perforante aiguë.

Cancer de la rate secondaire à un cancer de l'estomac.

MM. Fernand Bezançon et **Bertherand** présentent une volumineuse tumeur de la rate, du poids de 1 500 grammes, qui a tous les caractères macroscopiques et histologiques d'un épithélioma. Il s'agit d'un épithélioma secondaire à une tumeur, du volume d'une noisette, développée à la surface de l'estomac. Comme dans certaines formes de cancers secondaires du foie, la tumeur primitive n'a qu'une faible importance et est complètement masquée par la tumeur secondaire qui, à un examen superficiel, pourrait passer pour une tumeur primitive.

Pneumopathie à microbe voisin du pneumocoque.

MM. Fernand Bezançon et **Ravaut** montrent des coupes provenant du poumon d'un homme mort d'une bronchopneumonie dans le service de M. Thibierge. Les lésions constatées diffèrent de celles que l'on observe dans les bronchopneumonies classiques. Le poumon présente plusieurs gros blocs durs de la grosseur d'une mandarine, formés au centre d'une zone hémorrhagique d'un rouge vineux et entourés par une zone friable à la section de laquelle s'écoule un liquide puriforme. L'écoulement de ce liquide donne naissance à de petites cavernules à parois déchiquetées et anfractueuses, de sorte que le parenchyme, à ce niveau, prend l'aspect aréolaire. Sur d'autres points, les blocs sont durs, secs, de couleur blanchâtre; il y a un véritable aspect de pneumonie caséeuse. Sous la plèvre, se dessinent de gros tractus blanchâtres, dus à des lésions de lymphangite sous-pleurale. Le tissu conjonctif du poumon est fortement touché par le processus et les espaces périlobulaires sont le siège d'une infiltration intense qui peut aller jusqu'à la suppuration; il y a, en un mot, dans ce poumon, une prédominance de lésions hémorrhagiques, nécrotiques et surtout des altérations du tissu conjonctif, qui donnent à ces lésions une allure toute spéciale. Les altérations du tissu conjonctif, la lymphangite sous-pleurale rapprochent les lésions observées de celles que l'on voit dans certains cas de pneumonie disséquante.

L'agent pathogène, cause de ces lésions est un micro-organisme spécial; ce microbe, étudié par l'un de nous, en collaboration avec M. Griffon, voisin du pneumocoque par certains caractères, en diffère cependant par son action pathogène et ses réactions biologiques.

Cancer secondaire du cœur.

M. Rabé montre un cœur qui présente un noyau cancéreux, secondaire à un néoplasme de l'estomac. Le foyer métastatique s'est développé dans la paroi du ventricule droit, au niveau de l'insertion de la tricuspide. Sur des coupes verticales de cette paroi, le néoplasme atteint 2 centimètres de hauteur; il s'étend, dans le sens horizontal, sur une longueur de 6 à 7 centimètres, directement sous-épicardique et intra-pariétal, mais sans atteindre jamais l'endocarde. La face externe du cœur est sillonnée de fines travées blanchâtres, qui représentent les lymphatiques injectés par les cellules cancéreuses.

La face externe de l'aorte, près de son origine, est enlacée par des guirlandes de lymphangite cancéreuse.

Il y avait de l'hydropéricarde (un litre) et, du côté gauche, un épanchement pleurétique citrin, occupant le tiers inférieur de la cavité.

Le cancer primitif avait envahi l'estomac dans toute son étendue; le pancréas, tous les ganglions du mésentère ont subi l'infiltration cancéreuse; toute la chaîne lymphatique périaortique, au niveau du thorax, est prise.

Péritonite tuberculeuse chez un enfant d'un an.

M. Constensoux montre les trompes utérines d'un enfant d'un an, lesquelles sont atteintes de caséification tuberculeuse, lésion qui a été le point de départ d'une généralisation à tout le péritoine du processus tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 Décembre 1897.

Antagonisme entre le venin de frelon et le venin de vipère.

M. Phisalix a fait une série d'expériences avec le venin de frelon en nature et avec le liquide résultant de la macération de frelons dans la glycérine pure.

L'action de ce liquide est identique à celle du venin en nature et provoque en injection sous-cutanée, chez le cobaye, de l'œdème avec modification ultérieure des tissus, et un abaissement de la température. Si l'on chauffe préalablement le venin à 80°, son injection provoque seulement de l'œdème, mais sans mortification des tissus ni abaissement de la température.

Les animaux inoculés avec le venin de frelon en nature ou avec l'extrait glycériné, se trouvent immunisés contre le venin de vipère.

La nature de la substance immunisante n'a pu encore être déterminée. M. Phisalix a pu seulement établir : 1° que la macération glycérinée conserve ses propriétés immunisantes après le chauffage; 2° qu'elle perd un peu de ses propriétés après filtration; 3° que le précipité qui se forme après l'addition d'alcool est inactif, tandis que l'extrait alcoolique agit d'une façon énergique et cède ses propriétés immunisantes au chloroforme.

On peut donc dire que la substance immunisante n'est pas une substance albuminoïde ni un alcaloïde.

Paralysie faciale périphérique avec autopsie.

MM. Déjerine et **Théoari** ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme de 80 ans ayant succombé à la cachexie cancéreuse et qui avait présenté, peu de temps avant sa mort, un zona du plexus cervical superficiel et, après la guérison de celui-ci, une paralysie faciale périphérique.

L'examen du nerf facial a montré que dans le trajet intrapétreux il n'existait pas de compression du nerf; que les branches périphériques étaient atteintes de névrite parenchymateuse, surtout accusée au niveau du facial inférieur; que le tronc présentait des lésions minimes et le noyau la réaction de Nissl.

D'après M. Déjerine il s'agissait là d'une névrite infectieuse.

Injection d'eau de mer.

M. Hallion a constaté que l'eau de mer diluée de façon à présenter la même isotonie que le sérum, est mieux supportée en injection intra-veineuse que le sérum artificiel ordinairement employé. A un chien pesant 6 500 grammes, il a pu injecter dans l'espace de 12 heures la quantité énorme de 6 777 centim. cubes d'eau de mer diluée. L'animal n'a présenté que quelques vomissements et un abaissement de 3°, lorsqu'au bout de 12 heures il a été détaché de la planche; 2 heures après la température est redevenue normale et l'animal ne paraissait se ressentir en aucune façon de l'injection.

De la présence dans l'urine de femmes éclamptiques d'une albumine offrant une réaction spéciale.

MM. P. Bar, A. Menu et **R. Mercier** qui ont fait l'examen méthodique des urines de 3 femmes éclamptiques, à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Chez des femmes ayant des accès éclamptiques ou chez des albuminuriques en imminence d'accès on peut observer à ce moment des urines contenant beaucoup d'albumine; mais celle-ci est soluble en totalité ou en majeure partie en présence de très faible quantité d'acide acétique.

2° Par ce caractère, cette albumine se distingue d'autres albumines qu'on trouve chez les albuminuriques et notamment de la sérine, elle se trouve rapprochée de celle signalée par M. Patein (Académie des sciences, 1895).

3° Chez les femmes que nous avons observées, nous avons pu constater qu'au moment des accès ou à la période prémonitoire de ceux-ci l'urine contenait exclusivement, ou presque, de cette albumine particulière. Peu à peu la proportion dans laquelle elle se trouvait diminuait et finalement elle disparaissait totalement ou à peu près.

L'élimination du soufre et de la magnésie.

M. Yvon a recherché dans quelles conditions s'éliminaient par l'urine la magnésie et le soufre absorbés, soit en nature (soufre lavé), soit à l'état de sulfate soluble (magnésie ou soude).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Le soufre ingéré à l'état de sulfate de magnésie s'élimine en partie par l'urine ; l'élimination se fait rapidement et n'est plus appréciable le lendemain de l'absorption. Par rapport à la quantité absorbée, la proportion éliminée est de 24/100 pour le soufre et de 44/100 pour la magnésie.

Lorsque le soufre est absorbé en nature, il s'élimine en partie par l'urine à l'état de sulfates solubles, l'élimination est plus lente que dans le cas précédent et se prolonge au moins 24 heures. La proportion retrouvée dans l'urine atteint 29/100 de la quantité ingérée.

La magnésie s'élimine en partie à l'état de sels solubles, l'élimination se prolonge plusieurs jours et atteint 85/100 de la quantité absorbée.

Le soufre et la magnésie administrés en nature et à l'état insoluble s'éliminent donc plus lentement, mais en proportion plus considérable que si on les ingère simultanément sous forme de sulfate de magnésie soluble.

L'ingestion du soufre à l'état de sulfates solubles (magnésie ou soude) accroît la proportion du soufre acide contenu dans l'urine.

Le rapport du soufre acide au soufre total, qui est normalement de 82/100 en moyenne, s'élève de 2,50/100 après l'ingestion du sulfate de magnésie et de 2/100 après celle du sulfate de soude.

La quantité de soufre acide éliminée est plus élevée après l'ingestion du sulfate de soude, qu'après celle du sulfate de magnésie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er Décembre 1897.

Abcès sous-phréniques.

M. Picqué. — Sous le nom d'abcès sous-phréniques, on a rangé, en donnant ainsi une beaucoup plus grande extension au mot, une série de collections abdominales n'ayant aucun rapport avec ce que Leyden avait décrit en 1879 sous le nom de pyo-pneumothorax sous-phrénique. Mais il faut remarquer que ces collections abdominales peuvent très bien pousser vers le thorax et se terminer par vomique. J'en ai observé deux cas. Le premier, chez un médecin que je soignais avec le professeur Berger et qui fut pris subitement d'accidents abdominaux graves. L'examen nous conduisit à inciser au niveau de la vésicule biliaire. Il y avait une collection énorme, contenant un calcul biliaire et formée d'un litre et demi de pus et de gaz. Devant le volume de la collection, il était permis de songer à l'existence d'une poche s'étendant très loin, entre le foie et le diaphragme; et en effet, quelques jours après, le malade eut une vomique. — Il y a quelques jours, entrait dans mon service à Dubois un enfant de 16 ans, présentant des phénomènes aigus qui simulaient une appendicite. Cependant la plaque d'induration était beaucoup plus haut que le siège habituel de l'appendice, puisqu'elle siégeait au niveau de l'ombilic. L'ouverture de l'abcès montra une cavité remplie de pus et de gaz, remontant vers le foie et dont le pus s'écoulait plus abondant en exerçant une pression au niveau des fausses côtes. Il s'agit là d'une deuxième variété de collection abdominale pouvant être rattachée aux abcès sous-phréniques. Je voudrais en terminant insister à propos de ces deux cas sur la fréquence de la vomique et la rapidité de production de l'abcès.

M. Jalaguier. — J'ai opéré, il y a quelque temps, un enfant atteint d'abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite. Comme il existait des phénomènes pleurétiques avec souffle et bien que deux ponctions exploratrices fussent restées sans résultat, en présence d'une fluctuation manifeste, perceptible en arrière, je fis une large incision thoracique et je ne tombai sur la collection purulente qu'après avoir traversé le diaphragme. Le foyer descendait en arrière du côlon jusque dans la fosse iliaque. Guérison en six mois. Cette observation montre la difficulté et parfois l'impossibilité de faire le diagnostic entre l'abcès sous-phrénique et la pleurésie enkystée.

Cholédochotomie sans suture.

M. Quénu. — Je désire exposer les résultats d'un travail fait avec mon interne M. Claisse et basé sur l'analyse de 95 cas, dont 6 sont personnels; dans ces six cas, trois ont déjà été publiés. Dans les trois premiers cas, j'ai suivi le procédé classique, avec suture du cholédoque et drainage. Dans un cas la suture fut impossible, la plaie étant trop profonde; je plaçai seulement une mèche iodoformée et la malade guérit très bien. Dans ma 1re observation, la malade eut des vomissements biliaires pendant le premier et second jour, ce qui indiquait bien la perméabilité du cholédoque. Puis elle fut prise de cholémie avec fièvre, délire, et à l'autopsie on peut nettement constater une coagulation sanguine dans les voies biliaires et c'était cette occlusion mécanique du cholédoque et des voies biliaires qui avait amené la mort par cholémie.

La seconde observation a trait à la malade citée un peu plus haut et guérie sans suture. Dans la troisième observation, il

s'agissait de calculs multiples et, comme quelques jours après apparurent des accidents de cholémie, je fis une deuxième ouverture. A l'autopsie, il fut trouvé un grand nombre de calculs injectant pour ainsi dire les voies biliaires jusque dans l'intérieur du foie, et, à propos de ce cas, j'avais émis l'avis de laisser sur le cholédoque un fil de soie non coupé pour servir de fil conducteur et permettre de faire sauter les sutures du cholédoque. En effet, dans les cas où on est obligé d'intervenir une seconde fois, la bile a tout coloré en vert et on ne voit plus rien. Me basant sur ce qui a été fait dans un certain nombre de cas par des chirurgiens étrangers, me rappelant mes cas personnels et en particulier le cas de guérison, bien que les sutures aient été impossibles, je viens aujourd'hui proposer de ne pas suturer le cholédoque, d'abandonner la suture de propos délibéré et c'est là pour moi l'opération de choix. Dans mes trois dernières observations, voici ce qui s'est passé :

Dans la première observation, cholédochotomie chez une femme de 35 ans, avec suture, on fut obligé, à la suite d'accidents de cholémie survenant au 3e jour, de faire sauter la suture et la malade guérit. Dans la seconde observation, il s'agit d'un femme où l'on fut également obligé d'intervenir secondairement. L'opération faite le 18 mai 1897 avait permis d'extraire un gros calcul et quelques petits calculs; la suture du cholédoque fut faite sur deux plans, et ensuite l'incision de la vésicule laissa sortir 20 calculs. La suture du cholédoque avait été faite en escomptant la fistule de la vésicule, mais la dérivation par la vésicule fut insuffisante et au 13e jour apparurent des accidents biliaires qui obligèrent de désunir la plaie du cholédoque et même de placer dans l'intérieur même du canal un drain qui seul permettait un drainage suffisant. L'incision seule du cholédoque était insuffisante pour permettre l'écoulement de la bile, il fallait le drain pour écarter les lèvres de la plaie. L'amélioration fut immédiate, mais la guérison assez longue.

Aussi, dans ma 3e opération, qui remonte au 30 juillet, de propos délibéré, je laissai la plaie du cholédoque sans suture. Guérison complète sans fistule après 1 mois.

Les malades opérés pour lithiase biliaire sont intoxiqués par la bile. Les manœuvres opératoires amènent fatalement une réaction du côté du cholédoque. Dans la plupart des cas, le lendemain et le surlendemain, les malades vont mieux; ce n'est que le 3e ou le 4e jour que le tableau change, les urines sont rares, l'ictère s'accentue et les accidents deviennent menaçants, à moins qu'on n'ait la chance de voir survenir une fistule biliaire. L'objection qu'on peut faire à la non-suture, c'est qu'on permet ainsi à la bile de couler dans le péritoine et que l'on ne sait jamais si elle est septique ou non. Il est facile de se mettre à l'abri des complications en créant, grâce aux lambeaux de péritoine, à toutes les lamelles conjonctives qu'on peut rencontrer, une sorte d'entonnoir dont le sommet est au cholédoque, l'ouverture à la peau et qui conduit la bile à l'extérieur. La fistule biliaire momentanée est le meilleur traitement de l'angiocholite calculeuse.

En consultant les statistiques et en les interprétant, on voit que le drainage sans suture contitue une pratique bonne contre les complications.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 Décembre 1897.

Pleurésie putride avec pneumothorax.

MM. Widal et Nobécourt rapportent l'observation d'un homme de 40 ans, entré à l'hôpital pour un point de côté extrêmement douloureux et pour une dyspnée intense survenue depuis 10 jours sans cause aucune. On constata des signes de pyopneumothorax et, le soir même de l'entrée, on fit d'urgence la ponction qui donna un liquide extrêmement fétide. Le lendemain, en présence de cette constatation et de la gravité de l'état général, on se décida à pratiquer l'empyème, mais le malade mourut dans la journée, avant que l'opération ait pu être pratiquée.

A l'autopsie, en aucun point du poumon, on ne put constater de foyer de gangrène, de pneumonie, de bronchopneumonie, ou de tuberculose. Les plèvres, débarrassées des fausses membranes qui les recouvraient furent examinées avec la plus scrupuleuse attention. En aucun point de leur surface on ne trouve trace de gangrène ou de perforation. L'examen attentif des organes ne put renseigner sur le point de départ de l'infection.

Une particularité clinique intéressante à signaler est la suivante : le lendemain de la ponction, autour du point où l'aiguille de l'aspirateur avait pénétré, depuis la fosse épineuse jusqu'à la région lombaire, s'était développée une large plaque de tuméfaction d'un rouge vif, donnant à la main sur toute son étendue une crépitation gazeuse des plus manifestes.

Les recherches bactériologiques faites avec le liquide ponctionné nous ont fourni les résultats suivants :

Une goutte de liquide, étalée sur lamelle et examinée au microscope immédiatement après la ponction, fourmillait de germes, microcoques et bacilles de dimensions les plus variées. C'est avec grand'peine cependant qu'on a obtenu en milieux aérobies des colonies de streptocoques et de staphylocoques; par contre, en milieux anaérobies en même temps que ces microbes, on a abtenu des bacilles que l'on n'est pas parvenus à isoler à l'état de pureté.

Sur lamelles faites avec le liquide épanché, on a vu un long bacille ne retenant pas le Gram, que M. Netter a trouvé dans tous les cas de pleurésie putride observés par lui. On n'est pas parvenu à isoler ce bacille.

En inoculant directement le liquide pleural au cobaye, on a obtenu la formation d'abcès gazeux et gangréneux et on a pu isoler sur l'animal un *proteus vulgaris* dont les cultures dégageaient une odeur fétide. Ce germe a été plusieurs fois isolé du liquide des pleurésies putrides.

Le sérum du malade recueilli le jour de la mort ne possédait pas de propriété agglutinative particulière vis-à-vis du proteus isolé.

Ce cas terminé par la mort apporte au moins son enseignement au point de vue de la pratique. L'absence de toute lésion gangréneuse de la plèvre et du poumon, constatée à l'autopsie, donnait la conviction qu'une pleurotomie antiseptique faite peu de temps avant l'entrée de cet homme à l'hôpital, l'aurait rendu à la santé, en le débarrassant du liquide putride qui l'avait intoxiqué.

Le son de percussion amphorique.

M. L. Galliard. — Le son de percussion amphorique est facile à mettre en évidence au niveau de l'estomac modérément distendu par les gaz.

Dans les régions sous-claviculaires, on peut l'obtenir à l'aide d'une percussion forte au niveau des cavernes qui, sous une percussion faible, ne donnent que de la matité. La genèse est à peu près la même que celle du bruit de pot fêlé qui se distingue par une accentuation du timbre métallique. Il constitue, comme le bruit de pot fêlé, son mat à timbre spécial, un son de matité pervertie.

Beaucoup plus rarement, on le considère comme un son de tympanisme perverti, comme un son tympanique à timbre spécial, au niveau des cavernes très spacieuses à parois minces simulant le pneumothorax et dans le pneumothorax lui-même.

La région sous-claviculaire le fournit parfois encore chez les pleurétiques et chez les pneumoniques du côté de la lésion, surtout à gauche.

Je l'ai constaté dans la zone inféro-dorsale à gauche, chez une femme atteinte de pneumothorax partiel sans liquide.

Il mérite surtout d'être étudié à la base du thorax, au niveau des collections liquides. Si on le confondait là, comme la chose est arrivée dans certains cas, avec le tympanisme, on risquerait de refuser aux malades une thoracentèse urgente.

Je l'ai constaté dans la zone inféro-dorsale, à gauche, au niveau même de la masse liquide (non pas à la limite supérieure de cette masse) chez un homme atteint d'hydropneumothorax. En ce point, il était suscité vraisemblablement, de même que le son métallique ou hydroaérique signalé chez un autre malade, par une propagation des vibrations à l'estomac distendu par les gaz.

Il peut exister chez les pleurétiques, à droite aussi bien qu'à gauche, dans la région inféro-dorsale.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 29 Novembre 1897.

Kyste hydatique aréolaire du foie.

M. Sargnon présente des pièces provenant d'un malade du service de M. Poncet, ayant habité pendant 9 ans les pays chauds et souffrant depuis 5 ans de crises hépatiques, sans ictère. Le ventre était gros à droite, on sentait une masse rénitente du côté du foie, donnant un frémissement hydatique net.

Une laparotomie latérale conduisit sur une masse fluctuante que l'on prit pour la vésicule distendue, et qui était entourée de petits noyaux d'aspect cancéreux. On referma l'abdomen, pensant avoir affaire à un cancer du foie. Quelques jours après, le malade ayant succombé à une péritonite, on trouva à l'autopsie le foie parsemé de petits kystes ressemblant à des noyaux cancéreux. Ces kystes étaient disséminés sur la face antérieure. Il y avait encore deux grosses poches à la partie postérieure du lobe droit. Les autres viscères étaient sains.

L'autopsie montrait d'une manière évidente l'impossibilité d'un traitement efficace en présence de lésions aussi disséminées.

Anémie pernicieuse.

M. Bret rapporte l'observation d'un malade du service de M. Bondet, qui, à la suite d'un choc très violent sur la région précordiale, vit se développer tous les signes d'une anémie grave. Travaillant dans une usine, il fut frappé par une manivelle actionnant un treuil qui s'était déclanchée. Il perdit connaissance, puis s'affaiblit rapidement. Quatre mois après, il entrait à l'hôpital, porteur d'une large ecchymose sur le côté gauche du thorax. La peau et les muqueuses étaient décolorées, il y avait un souffle systolique dans la région précordiale, avec bruit continu dans les jugulaires et souffle occulaire. Il y avait des troubles gastro-intestinaux, un peu d'œdème des membres inférieurs, une dyspnée extrême, et des hémorrhagies assez fréquentes (épistaxis, hémorrhagies rétiniennes, etc.).

Le sang était très pâle, il y avait 560 000 globules par millimètre cube, la valeur globulaire était augmentée.

Le malade succomba un mois et demi après son entrée. A l'autopsie, tous les viscères furent scrupuleusement examinés, et l'on ne trouva aucune trace de néoplasme.

Le cœur était démesurément élargi; le myocarde était profondément atteint. Les lésions étaient caractérisées surtout par la diminution du nombre des cylindres contractiles de la fibre cardiaque, par la présence de vacuoles et la déformation des noyaux.

Le foie présentait des lésions nettes d'angiocholite et de périangiocholite. On peut supposer que ces dernières lésions avaient comme point de départ une action irritative du tube digestif, et ne se rattachaient qu'indirectement au mécanisme de l'anémie pernicieuse.

Quant au développement de l'anémie grave consécutivement à un traumatisme, il rapproche ce cas de celui signalé en 1896 par James Herrick, de Chicago (*Journal of american Association*).

M. Lépine trouve l'observation de M. Bret intéressante au double point de vue de l'influence possible des traumatismes sur le cœur, en faveur de laquelle plaideraient les importantes lésions du myocarde, et du rôle du système nerveux dans le développement des anémies graves. Il pense que ce rôle du système nerveux a été très exagéré par les auteurs américains, et qu'il existe, du reste, plusieurs variétés d'anémies graves, de nature très différentes, et que la nosologie actuelle a le tort de confondre.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 1er Décembre 1897.

Tuberculose strepto-bacillaire.

MM. Paul Courmont et Tixier ont observé un malade du service de MM. Pollosson, atteint d'une arthrite hémorrhagique indolore du coude. Il n'y avait pas de lésions osseuses, mais une suppuration intra-articulaire s'établit spontanément. On fit l'amputation du bras, et le malade succomba quelque temps après dans la cachexie, avec des troubles pulmonaires intenses.

La synoviale malade présentait des tubercules typiques à cellules géantes, mais ni dans ces tubercules, ni dans le liquide articulaire, on ne put trouver de bacilles de Koch.

Par contre, l'inoculation du liquide à des cobayes donna à ceux-ci une tuberculose à marche rapide, réinoculable en série, sans qu'il ait été possible de retrouver le bacille de Koch dans les lésions animales.

On put isoler un strepto-bacille spécial, se cultivant dans la plupart des milieux, entre + 12° et + 37°, poussant à peine dans le vide.

Les lésions produites chez l'animal soit avec les lésions humaines, soit avec les cultures, sont : envahissement ganglionnaire, parfois suppuration locale, souvent lésions hémorrhagiques des séreuses.

Il s'agit donc d'une tuberculose humaine vraie, due à un autre agent que le bacille de Koch.

Les recherches analogues ont presque toujours porté sur des tubercules ou des bacilles d'origine animale. Ce fait est le premier de tuberculose strepto-bacillaire d'origine humaine avec isolement, culture et inoculation du microbe pathogène.

Dilatation digitale pour sténose pylorique.

M. Voron présente un malade du service de M. Jaboulay chez laquelle existait une sténose pylorique. Après laparotomie, M. Jaboulay pratiqua la dilatation digitale en refoulant devant lui la paroi stomacale. Il y a eu depuis une amélioration très notable qui s'est maintenue.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 22 Novembre 1897.

Respiration striduleuse chez les nouveau-nés

M. Herzfeld a présenté un enfant de 5 mois, chez lequel il existe à chaque inspiration un bruit striduleux accompagné d'une dépression marquée au-dessus du sternum. Cet enfant n'a pas d'antécédents héréditaires et ne présente aucun signe de rachitisme ni de tétanie, ni d'adénopathie trachéo-bronchique.

A l'examen laryngoscopique on a pu voir que les bords de l'épiglotte ne sont nullement recourbés en dedans, non plus que les replis aryténo-épiglottiques, et que les cordes vocales inférieures fonctionnent normalement. Il faut donc admettre l'existence d'une lésion nerveuse centrale.

Le pronostic de cette affection est bénin : chez la plupart des enfants qui en ont été atteints, elle a disparu spontanément au bout de quelques mois; ceux qui sont morts ont succombé à des affections intercurrentes.

Syringomyélie au début.

M. Brasch communique l'observation d'une jeune fille atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite à la suite; elle succomba au bout de 3 mois 1/2 après avoir présenté des symptômes de neuro-myosite.

A l'autopsie, on trouva au niveau de la partie inférieure de la moelle dorsale un renflement fusiforme, creusé d'une cavité était revêtue d'endothélium et que la substance blanche qui l'entourait était le siège d'une gliose diffuse. Le canal central de la moelle sacrée était également dilaté et la substance médullaire était aussi gliomateuse.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une dilatation primitive du canal central. Ce cas de syringomyélie ou d'hydromyélie à la période de début est intéressant parce que, contrairement à ce qui s'observe d'habitude, c'est la partie inférieure de la moelle qui était le siège des altérations les plus prononcées.

Désinfection de l'intestin par les préparations formalinées.

M. M. Löwenthal a fait une série d'expériences relatives à la désinfection de l'intestin par le formaldéhyde. Il s'est servi de l'amyloforme, préparation composée de formol et d'amidon, et qui ne se décompose que dans l'intestin, où elle dégage de l'aldéhyde formique à mesure que se produit la transformation de l'amidon en sucre. En examinant les urines, on a pu y constater la présence de formol ainsi qu'une diminution notable des acides sulfo-conjugués, dont le taux indique, comme on le sait, le degré de putréfaction intestinale. Il s'ensuit donc que l'amyloforme est un bon désinfectant de l'intestin, dont on peut contrôler l'action en faisant l'analyse de l'urine.

M. Strauss a administré du stériforme à trois malades dont deux recevaient une alimentation mixte, tandis que le troisième, qui était diabétique, était soumis au régime carné exclusif. Chez les deux premiers, l'effet du stériforme a été nul, tandis que chez le troisième le médicament a amené une diminution considérable de l'acide sulfovinique contenu dans l'urine.

SOCIETÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 12 octobre 1897.

Endocardite ulcéreuse d'origine gonorrhéique.

M. Lenhartz rapporte plusieurs cas d'endocardite ulcéreuse d'origine gonorrhéique, dont un particulièrement intéressant.

Il s'agit d'une fille âgée de 19 ans entrée à l'hôpital avec des pertes blanches et un souffle diastolique au niveau de l'artère pulmonaire. L'ensemble de symptômes tels que fièvre irrégulière, frissons, abattement fit diagnostiquer une endocardite ulcéreuse à laquelle la malade finit par succomber après de l'ascite et de l'anasarque.

A l'autopsie on trouva les valvules de l'artère pulmonaire recouvertes devégétations en forme de crêtes de coq, dont quelques-unes avaient subi la transformation puriforme. L'examen microscopique de ce pus montra la présence de nombreux diplocoques intra-cellulaires. L'ensemencement du pus montra que les diplocoques étaient des gonocoques. Le pus ne renfermait pas d'autres microorganismes.

Pour assurer encore davantage le diagnostic bactériologique, M. Lenhartz injecta dans l'urèthre d'un cachectique dont la mort était attendue d'un jour à l'autre une petite quantité de pus sur les valvules. Quatre jours après cette injection le malade avait une uréthrite gonococcique des plus caractérisques.

Pendant la vie de la malade, l'examen microscopique du sang avait donné des résultats négatifs. Le sang pris dans le cœur au moment de la vie ne contenait pas non plus de gonocoques.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 26 Novembre 1897.

Traitement de la gibbosité pottique
(Suite de la discussion).

M. Watson Cheyne constate que les craintes relatives aux accidents pouvant survenir immédiatement après le redressements ne sont pas justifiées et qu'en tous les cas ces accidents sont plus rares qu'on n'aurait pu le croire : sur 39 cas opérés ils n'ont été observés que 3 fois.

Quant aux résultats définitifs du redressement forcé, il ne peut être question de guérison que dans deux conditions : 1° la disposition ou l'encapsulement du foyer tuberculeux; 2° la formation d'une ankylose osseuse. Or la caverne qui se forme après le redressement, se remplit probablement de sang, de fragments osseux, de matière caséeuse, substances qui se prêtent mal à la formation d'un tissu osseux, et ce dernier se formerait-il que sa vascularisation sera défectueuse.

D'un autre côté il est douteux qu'un pont osseux puisse combler même en partie la caverne en passant sur les deux vertèbres voisines, d'autant que nombre de chirurgiens mettent même en doute l'existence d'une néoformation du tissu osseux dans la tuberculose des os. Pour remédier à cet état M. Calot a proposé d'obtenir la soudure des apophyses épineuses par la laminectomie. M. Watson Cheyne trouve cette proposition rationnelle, mais ne pense pas qu'elle donne des résultats appréciables.

M. Barwell relève deux faits : d'abord l'innocuité de l'intervention, qui donne une mortalité de 1 p. 100 environ, laquelle mortalité existe aussi chez les pottiques non redressés. En second lieu il ne trouve pas que les pièces anatomiques qu'on invoque contre le redressement constituent un argument sérieux, puisque tout porte à croire que chez le vivant la colonne vertébrale redressée se trouve dans d'autres conditions de statique que sur le cadavre.

M. Noble Smith cite deux cas anciens, l'un de redressement brusque à la suite d'une fracture de la gibbosité ankylosée, l'autre de redressement graduel, qui ont succombé à la tuberculose généralisée. Dans un troisième cas de redressement progressif par l'extension et la contre-extension, le malade succomba également à la tuberculose. A l'autopsie on trouva la caverne qui s'était formée entre les deux corps vertébraux remplie d'un tissu osseux tellement friable qu'il disparut pendant la préparation de la pièce. En terminant M. Noble Smith se déclare partisan du redressement progressif.

M. Jackson Clarke a eu recours à la méthode de Calot dans un cas où, malgré l'arrêt du processus, la gibbosité, qui occupait la sixième vertèbre dorsale, continuait à s'accroître. L'opération fut facile et ne donna aucun accident.

M. W. G. Spencer trouve qu'il n'y a pas de raison pour que le redressement forcé, du moins au début du mal de Pott, ne permette pas à ces malades de guérir avec une colonne vertébrale droite. Au contraire tout porte à croire que l'ossification ou l'ankylose doit se faire aussi bien chez les redressés que chez les non-redressés. Il pense aussi qu'après le redressement la caverne osseuse doit diminuer par le rapprochement du ligament antérieur qui, avant, devait être tendu comme sur un arc.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 26 Novembre 1897.

Du traitement opératoire des méningocèles.

M. Weinlechner a communiqué l'observation d'une fillette de 14 ans qui, trois années auparavant, avait été atteinte, à la suite d'un traumatisme, d'une tumeur pulsatile de l'os pariétal. Il s'agissait évidemment d'une méningocèle, dont l'extirpation eut lieu sans difficulté. La perte de substance des os du crâne ne fut comblée qu'un mois après, d'après la méthode de Müller et Kœnig; la réunion des lambeaux cutanéo-osseux eut lieu par première intention.

Depuis l'opération, cette petite malade présente quelques accidents hystériques : hypo-esthésie à droite, parésie faciale gauche, hallucinations visuelles et auditives, ovarialgie à gauche, etc.

M. A. Fränkel rappelle un cas de Kœnig, dans lequel

les troubles psychiques résultant d'une perte de substance du crâne furent considérablement améliorés par la restauration de la voûte crânienne.

Suppuration post-typhique.

M. Löw a rapporté le cas d'un sujet qui, un an après une fièvre typhoïde dont il paraissait complètement guéri, fut atteint à la cuisse droite d'un abcès dans le pus duquel on trouva le bacille d'Eberth en culture pure. Le diagnostic d'ostéomyélite typhique fut également confirmé par la séroréaction.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 24 Novembre 1897.

Lésions nerveuses unilatérales d'origine probablement syphilitique.

M. Schnabl a présenté une fille de 27 ans qui fut atteinte, au mois d'octobre dernier, d'amblyopie progressive, de paresthésies et d'une faiblesse du membre inférieur gauche.

L'examen de la vision démontra que l'œil gauche ne percevait presque plus la lumière et qu'il y avait une lacune dans la moitié temporale du champ visuel; il existait en outre une immobilité de la pupille gauche.

La sensibilité était exagérée sur la moitié gauche du corps, diminuée sur la moitié droite.

On rapporta tous ces accidents à l'existence de petites gommes siégeant dans la moelle et dans le nerf optique et on soumit la malade à un traitement consistant en injections souscutanées de 0 gr. 01 de sublimé tous les 2 jours. A la suite de cette médication, l'hypoesthésie droite fit place à de l'hyperesthésie, l'amblyopie s'améliora et les pupilles redevinrent contractiles.

Névrose traumatique.

M. Schnabl a montré un homme de 38 ans qui, il y a 2 ans, après avoir levé un pesant fardeau, fut pris de douleurs dans la région sacrée et dans les membres inférieurs en même temps que de convulsions cloniques qui cessaient durant le sommeil. Ces convulsions occupaient surtout les sterno-cléido-mastoïdiens, les muscles de la nuque et ceux de l'abdomen. Les réflexes étaient exagérés.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 Novembre 1897.

Le phénomène de chromatolyse.

M. van Gehuchten (de Louvain). — La disparition plus ou moins complète des éléments chromatophiles existant normalement dans un grand nombre de cellules nerveuses constitue le phénomène de *chromatolyse*.

La chromatolyse s'observe tout d'abord dans les cas de *section* expérimentale d'un nerf moteur. Cette chromatolyse n'entraîne pas nécessairement la disparition de la cellule nerveuse, comme Forel, Nissl et Lugaro semblent disposés à l'admettre. Elle envahit le corps cellulaire de tous les neurones lésés avec une intensité égale, de telle sorte que, vis-à-vis de ce traumatisme, les cellules ne présentent pas une résistance variable. Mais ce en quoi ces cellules varient, c'est dans la rapidité plus ou moins grande avec laquelle elles reviennent à l'état normal.

La chromatolyse d'une cellule motrice se rencontre encore dans les cas de *ligature* expérimentale et même dans ceux de simple *compression* du nerf périphérique.

Les mêmes modifications cellulaires s'observent chez l'homme dans les cas de section et de compression d'un nerf moteur, ainsi que cela résulte des recherches de Sano et de Van Gehuchten et de De Buck.

Tout traumatisme pathologique ou expérimental porté sur l'axe d'un neurone moteur est donc suivi du phénomène de chromatolyse.

L'intensité de cette chromatolyse est en rapport immédiat avec l'intensi.é du traumatisme. Elle varie suivant qu'on l'observe à la suite de la section, de la ligature ou de la simple compression du nerf.

La durée de la chromatolyse semble aussi être en rapport avec la durée du traumatisme. Cette remarque a son importance. Flatau et Sano ont constaté la chromatolyse dans la moelle d'amputés, 3, 5 et 7 mois après l'opération. Cette longue durée de la chromatolyse ne peut pas être due uniquement à la section des nerfs, mais une cause inconnue a dû intervenir pour prolonger à ce point l'état de chromatolyse. Ces mêmes auteurs ont observé la chromatolyse dans la moelle d'amputés, l'un 2 jours et l'autre 6 heures à peine après l'amputation. Cette chromatolyse précoce ne peut pas être attribuée non plus à la *section* du nerf faite au moment de l'amputation, ainsi que le prouvent surabondamment les résultats des recherches expérimentales. D'ailleurs, il est bon de rappeler que Déjerine a vu la chromatolyse dans la moelle d'une femme morte de pneumonie sans avoir présenté aucun trouble de motilité.

De tous ces faits, il faut conclure que si la lésion expérimentale ou pathologique d'un nerf moteur entraîne inévitablement la chromatolyse dans les cellules d'origine, on ne peut pas, quand on observe des cellules en chromatolyse dans le névraxe de l'homme, attribuer ce fait à une lésion du nerf périphérique correspondant, même si ce nerf périphérique est lésé. Pour que cette conclusion soit permise, il faut pouvoir exclure toute autre cause de chromatolyse et prouver que les cellules altérées se réduisent aux cellules d'origine des seules fibres lésées.

La cellule d'origine d'un neurone sensible se comporte, à la suite de la lésion de son prolongement périphérique, comme les cellules d'origine des fibres motrices, avec cette différence profonde cependant, à savoir que la cellule d'un neurone moteur revient insensiblement à l'état normal tandis que la cellule du neurone sensible dégénère et disparaît.

Cette différence dans le mode de réaction de ces deux neurones périphériques réside dans la nature du prolongement qui a été sectionné. Pour le neurone moteur, on a sectionné le prolongement *cellulifuge*. Cette section lèse le neurone dans son intégrité anatomique, mais laisse sa cellule d'origine conserver toutes ses connexions préexistantes. Pour le neurone sensible, on a sectionné le prolongement *cellulipète*, et par le fait même on a non seulement lésé ce neurone dans son unité anatomique, mais on l'a privé en outre de ses connexions avec le dehors, on l'a rendu complètement inactif. Or, les excitations qui arrivent constamment à une cellule nerveuse sont indispensables à sa conservation anatomique, parce que ces excitations exercent sur la cellule correspondante une véritable action trophique.

Cette suppression de l'action trophique exercée par les excitations du dehors est, pour le neurone sensible, la cause principale de la chromatolyse. Ce qui le prouve, c'est que la section du nerf pneumogastrique n'entraîne pas seulement la chromatolyse dans les cellules du ganglion plexiforme, mais encore dans les cellules du noyau dorsal du pneumogastrique dans le bulbe.

Ce qui le prouve encore, c'est que la section du prolongement central des cellules des ganglions cérébro-spinaux n'est pas suivie de chromatolyse, ainsi que cela résulte des recherches de Lugaro et de celles de Van Gehuchten et Nelis.

Ce dernier fait expérimental est important à signaler; il concorde absolument avec les observations pathologiques faites sur le névraxe des tabétiques. Ici il y a indubitablement lésion des fibres des racines postérieures dans leur trajet intramédullaire ou extramédullaire. Cette lésion peut persister longtemps, et cependant les cellules des ganglions spinaux ont toujours été trouvées intactes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Zona céphalique (p. 1177).
REVUE GÉNÉRALE. — La réaction de débilité dans les états cachectiques (p. 1179).
PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — La pharyngotomie sous-hyoïdienne (p. 1181).
REVUE DES THÈSES. — *Thèses de Faculté de Paris* : Diabète lévulosurique et syndrome clinique. — Congestion pulmonaire à forme pneumonique et pneumonie abortive. — Dilatation de l'estomac chez les nourrissons. — Séroréaction chez des anciens malades guéris de la fièvre typhoïde. — Accidents asystoliques localisés dans le lobe inférieur du poumon gauche. — Infection d'origine naso-pharyngée. — Goutte chez les saturnins. — Tuberculose rénale (p. 1184).
REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie* : Radiographie intra-crânienne. — Fonctions des canaux semicirculaires. — *Médecine* : Des troubles intestinaux après les laparotomies antiseptiques et les laparotomies aseptiques. — Mécanisme de l'occlusion de la vessie. — Suppuration post-typhique d'un kyste dermoïde de l'ovaire. — *Chirurgie* : Taille hypogastrique dans les rétrécissements imperméables de l'urèthre et les fistules vésicales (p. 1185).
MÉDECINE PRATIQUE. — De la valeur préventive du sérum antidiphthérique. — Acide phénique (p. 1186).
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — L'affaire Laporte (p. 1187).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Zona céphalique,

Par MM.
Ch. Achard, Agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.
J. Castaigne, Interne des hôpitaux.

On s'accordait généralement, il y a quelques années, à placer le point de départ du zona dans une lésion des nerfs périphériques ou des ganglions spinaux. En 1896, M. Brissaud (1) émit l'opinion que cette origine devait être cherchée, le plus souvent, dans la moelle elle-même, et, pour appuyer cette théorie nouvelle, il se fondait surtout sur la topographie de l'éruption qui, comparée à celle des troubles sensitifs dans les affections du système nerveux, répond mieux à une origine centrale qu'à une origine périphérique. A la même époque, l'un de nous fit également connaître plusieurs faits en harmonie avec cette conception (2).

C'est surtout pour le zona du tronc que cette démonstration a été faite. C'est au tronc, en effet, que le zona siège le plus ordinairement. Mais celui de l'extrémité céphalique ne devait pas faire exception. M. Brissaud a publié plusieurs faits dans lesquels l'association de troubles paralytiques à un zona occupant le domaine du trijumeau indiquait la participation des centres nerveux (3).

Le cas suivant nous paraît aussi prêter un appui à cette théorie pathogénique.

Del... (Joseph), âgé de 51 ans, homme de peine, entré le 22 mai 1897 à l'hôpital Tenon, salle Lorain, n° 17.

1. E. Brissaud, Le zona du tronc et sa topographie (*Bull. médical*, 8 janvier 1896, p. 27); — La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona (*ibid.*, 28 janvier, p. 87).

2. Ch. Achard, Sur la topographie du zona (*Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 28 février 1896, p. 240, et *Gaz. hebdomad.*, 5 mars 1896, p. 217); — Syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne et anesthésie dissociée en bande zostéroïde sur le tronc; remarques sur l'origine spinale du zona (*Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 10 avril 1896, p. 349, et *Gaz. hebdomad.*, 16 avril 1896, p. 361). — Voir aussi la thèse de Dongradi : Considérations sur la topographie du zona (th. de Paris, juillet 1896, n° 519).

3. Brissaud, Du zona ophthalmique avec hémiplégie croisée (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1866, p. 209).

Deux jours avant son entrée, cet homme fut pris d'une violente céphalée siégeant du côté gauche; la douleur était beaucoup plus frontale qu'occipitale; elle était continue mais s'exaspérait par instants sous forme de crises très violentes. Le lendemain, 21 mai, il remarqua que le côté gauche de la face était enflé et un peu rouge; il craignit un érysipèle et c'est pour cela qu'il vint à l'hôpital.

A son entrée, il présente un faciès qui rappelle celui de l'érysipèle, avec l'œdème bilatéral des paupières supérieures. Mais, en y regardant de plus près, on voit que, si la paupière droite est tuméfiée, c'est un effet de l'œdème collatéral, et que les phénomènes inflammatoires sont limités en réalité sur le côté gauche, s'arrêtant exactement à la ligne médiane. Ces phénomènes consistent en un œdème très marqué, rosé, très douloureux à la pression, occupant toute la moitié gauche de la face, du menton au front et s'étendant encore sur la partie frontale du cuir chevelu. Sur la zone érythémateuse se trouvent de place en place de petites vésicules à différents stades : quelques-unes sont absolument typiques, d'autres sont déjà sèches et ont tendance à former des croûtes; d'autres enfin reposent sur une base ecchymotique et tendent à devenir hémorrhagiques. Ces vésicules sont réunies par groupes, séparés entre eux par des espaces de peau œdémateux et ecchymotiques. La topographie de ces groupes de vésicules est la suivante :

1° *Sur la région frontale du cuir chevelu*, on trouve deux ou trois groupes composés chacun de 5 à 6 vésicules. Ils siègent sur le territoire du rameau frontal de la branche ophthalmique du trijumeau. Mais il existe, en outre, un groupe de 3 vésicules situé presque sur la ligne médiane, un peu à gauche et en arrière du lambda : ce groupe n'est pas sur le trajet d'une branche du trijumeau.

2° *Sur le front, la tempe et les paupières*, on voit de nombreux groupes : *a*) trois, composés chacun de 5 à 6 vésicules siègent au-dessus du sourcil; *b*) quatre, beaucoup plus petits, comprenant 2 à 3 vésicules, se trouvent dans l'espace compris entre l'oreille et l'œil; l'un d'eux est immédiatement au-dessus de l'attache de l'oreille; *c*) deux petits groupes de 2 vésicules chacun occupent la paupière supérieure; *d*) enfin, une petite vésicule isolée siège sur la paupière inférieure.

3° *Sur la joue et le nez* se remarquent 3 groupes : l'un, de 3 vésicules, est presque médian, à la partie moyenne du nez; le second, le plus volumineux, comprenant 6 grosses vésicules, répond au point d'émergence du nerf maxillaire supérieur; le troisième, composé de 3 ou 4 vésicules, est un peu à gauche du raphé de la lèvre supérieure.

4° *Sur la mâchoire inférieure* il n'existe qu'un seul petit groupe de 2 vésicules, à peu près à l'émergence du nerf maxillaire inférieur.

Les muqueuses sont atteintes aussi par l'éruption.

1° La *conjonctive* gauche est très rouge, et au niveau du limbe scléro-cornéen, se voient 3 petites vésicules isolées. La cornée est intacte.

2° Le *pituitaire* présente au niveau de la partie cartilagineuse du nez 3 vésicules.

3° La *muqueuse buccale* est parsemée de nombreuses vésicules qui s'étendent jusqu'au *pharynx*. Elle sont disposées de la façon suivante :

a) La joue présente un groupe près de l'embouchure du canal de Sténon.

b) La langue porte sur son bord gauche 2 ou 3 vésicules.

c) Le voile du palais offre 12 à 15 vésicules isolées, qui ne dépassent pas la ligne médiane, sauf sur la luette qu'elles entourent complètement. Des vésicules existent aussi sur les piliers antérieur et postérieur et sur l'amygdale où elles se réunissent en un groupe formant une exulcération.

d) Enfin, en abaissant fortement la base de la langue, on aperçoit des vésicules isolées, au nombre de 7 ou 8, sur le côté gauche du pharynx buccal. Ces vésicules sont séparées par des intervalles de muqueuse à peine érythémateuse. Elles n'ont pas toutes le même aspect : les unes sont typiques, d'autres sont exulcérées, d'autres sont simplement à l'état de macules.

Les phénomènes douloureux sont peu accusés; ils se réduisent à de la céphalée et de la photophobie. Les élancements douloureux du début ont complètement cessé. Il n'y a pas de dysphagie, et d'ailleurs l'éruption de la muqueuse bucco-pharyngée ne s'est accompagnée d'aucune douleur locale et avait passé inaperçue du malade. On remarque une *inégalité pupillaire* très accusée. La pupille gauche est plus large que la droite et elle réagit à peine à la lumière et à l'accommodation. Il y a un peu de tuméfaction des ganglions de l'angle de la mâchoire du côté gauche.

La température est de 38°8. Pas d'albuminurie.

Le malade n'a jamais eu d'accidents semblables. On relève dans ses *antécédents* une fièvre typhoïde à 15 ans et une pneumonie à 32 ans. Pas de syphilis. Il est sujet aux migraines depuis 5 ou 6 ans. Il est très artério-scléreux : l'auscultation du cœur fait entendre un retentissement clangoreux du 2e bruit. Il n'a ni frère ni sœur. Son père est mort à 72 ans, sa mère à 45 ans, tous deux hémiplégiques.

Les jours suivants, la température s'éleva à 39°2 le lendemain, puis s'abaissa pour tomber à 37°4 le 25. Une épistaxis peu abondante mais répétée eut lieu par la narine gauche.

L'éruption cutanée évolua très simplement : les vésicules se recouvrirent de croûtes qui tombèrent et laissèrent après elles des cicatrices caractéristiques. Sur les muqueuses, les petites exulcérations se cicatrisèrent promptement; cependant le chémosis conjonctival persista quelque temps, ainsi que le photophobie.

Les douleurs, qui avaient disparu complètement, reparurent à partir du 28 mai avec une ténacité particulière : elles avaient le caractère de la névralgie du trijumeau avec exaspération sous forme de crises violentes.

L'inégalité pupillaire, due à la dilatation paralytique de la pupille gauche, a persisté pendant tout ce temps. Elle existait encore très nettement, peut-être un peu amoindrie seulement, lorsque le malade a quitté l'hôpital, le 4 juillet. Les douleurs de la face subsistaient également.

Cette observation fournit un exemple de zona occupant non seulement le territoire de la branche ophthalmique, mais celui des deux autres branches principales du trijumeau. Il s'est développé sans cause appréciable, chez un homme d'un certain âge, sujet aux migraines : ce sont là des circonstances habituellement rencontrées dans l'histoire du zona dit ophthalmique. Il en est de même du peu d'intensité des phénomènes généraux, de l'aspect érysipélateux du début, qui est dû au fond érythémateux sur lequel se développent consécutivement les vésicules. Il est à noter que, malgré la participation du nerf nasal externe qui entraînerait fréquemment, selon les auteurs, la kératite et les redoutables complications oculaires de ce zona, la cornée est restée indemne. Mais deux particularités plus intéressantes méritent d'être relevées : ce sont la *topographie de l'éruption sur les muqueuses* et la *dilatation paralytique de la pupille*.

Toutes les muqueuses innervées par le trijumeau sont intéressées par l'éruption : conjonctive, pituitaire, muqueuse bucco-pharyngée. En outre, les vésicules s'étendent à l'amygdale et à la face postérieure du pharynx, débordant ainsi sur les territoires d'innervation du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique. L'éruption occupé donc le domaine de plusieurs nerfs crâniens, dont le trajet est fort différent, mais dont les origines nucléaires sont assez voisines pour pouvoir être affectées facilement par une même altération.

Aussi l'interprétation pathogénique qui se fonde sur cette considération pour admettre l'origine centrale du zona du tronc convient-elle également bien ici.

Mais il est certain que tous les zonas céphaliques ne réalisent pas cette topographie favorable à la thèse que nous défendons, car le plus souvent le zona bucco-pharyngien est moins étendu et reste cantonné à une portion du domaine du seul trijumeau. C'est pourquoi, dans un travail récent, MM. Lermoyez et Barozzi (1), s'efforçant de séparer cliniquement les diverses formes d'herpès de la gorge, ont invoqué, entre autres arguments, la distribution de l'éruption comme un caractère propre à différencier le zona pharyngé de l'angine herpétique, le zona pharyngé, presque toujours unilatéral, se limitant à la muqueuse palatine, tandis que l'angine herpétique, habituellement bilatérale, occupe non seulement le voile du palais, mais la région amygdalienne et la paroi postérieure du pharynx, c'est-à-dire empiète sur les territoires contigus des 5e, 9e et 10e paires. Il ne nous semble pas que la seule considération de la topographie des vésicules suffise à trancher la question, puisque, dans le cas typique de zona céphalique que nous venons de rapporter, l'éruption envahissait les régions affectées d'ordinaire par l'angine herpétique. Mais, cette réserve faite, il nous paraît bien, comme à MM. Lermoyez et Barozzi, qu'il importe de ne pas confondre ces deux états morbides, qui présentent, en effet, une symptomatologie assez différente. Dans notre cas, comme c'est, d'ailleurs, la règle, le début, marqué seulement par une fièvre légère, l'absence de douleur de gorge, le siège nettement unilatéral, l'évolution subaiguë, ne permettaient aucune confusion avec l'angine herpétique, qui débute brutalement par une fièvre vive, donne lieu à une vive douleur et prend une allure franchement aiguë.

La seconde particularité sur laquelle nous désirons insister, et qui consiste dans la dilatation paralytique de la pupille, est signalée dans un certain nombre d'observations de zona ophthalmique. Toutefois elle n'a pas beaucoup attiré l'attention, bien qu'elle ne soit peut-être pas très rare. Nous en avons observé deux autres exemples.

Dans l'un il s'agit d'un homme âgé de 69 ans qui, pendant la convalescence d'une pneumonie, eut du côté droit plusieurs groupes de vésicules zostériformes siégeant au niveau de l'angle externe de l'œil, de la racine du nez et de l'émergence du nerf maxillaire supérieur. Quoiqu'on n'eût jamais constaté de vésicules sur la cornée, le malade présenta dès les premiers jours de la mydriase du côté droit, et cette dilatation de la pupille, n'entraînant d'ailleurs aucun trouble oculaire, fut constatée encore un an après la cicatrisation complète du zona.

L'autre est relatif à une jeune femme qui, à la suite d'une couche, eut un zona ophthalmique du côté gauche sans complications inflammatoires de l'œil. Après la guérison du zona, il subsista une légère anesthésie de la paupière supérieure et de la région sourcilière, un très léger ptosis et enfin une dilatation paralytique de la pupille assez prononcée. Cette dilatation pupillaire ne s'était pas modifiée deux ans après le zona et causait une gêne fonctionnelle assez grande.

Cette mydriase paralytique est intéressante, parce qu'elle représente un degré très simple des paralysies oculo-motrices qu'on observe dans certains cas de zona ophthalmique. Ces paralysies, regardées généralement comme transitoires, peuvent cependant être tenaces comme dans les cas que nous venons de citer, en sorte que leur connaissance n'est pas négligeable pour le pronostic. Les paralysies de la 3e paire, complètes ou incomplètes, ne sont pas les seules qu'on puisse observer. On voit aussi quelquefois la paralysie de la 6e paire et celle de la 7e. Cette dernière, qui survient ordinairement après

1. M. Lermoyez et Barozzi, A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien ; le démembrement de l'herpès du pharynx (*Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 12 février 1897, p. 243).

l'herpès, mais qui peut exceptionnellement le précéder (1), a fait l'objet de plusieurs travaux dans ces dernières années (2).

Toutes ces paralysies ont un grand intérêt pour la théorie pathogénique que nous soutenons, car elles paraissent bien montrer que la lésion du seul trijumeau n'est pas tout dans le zona et que les altérations sont nées ailleurs que sur le trajet de ce nerf. Elles indiquent plutôt, dans la plupart des cas, une origine bulbaire. Il en est de même, enfin, des faits, particulièrement intéressants, qu'a rapportés M. Brissaud et dans lesquels le zona s'est accompagné d'une hémiplégie croisée. On ne peut guère concevoir autrement que par une lésion bulbo-protubérantielle le mécanisme d'un tel complexus symptomatique, et, en somme, tous ces troubles paralytiques, depuis la simple mydriase jusqu'à l'hémiplégie, forment un faisceau de faits qui plaident pour l'origine centrale, intra-crânienne, du zona céphalique.

REVUE GÉNÉRALE

La réaction de débilité dans les états cachectiques,

Par le Dr J. Girard (3).

Dans les grandes affections chroniques, de quelque nature qu'elles soient, apparaissent, à une période plus ou moins avancée de leur évolution, des localisations musculaires qui font partie intégrale de ce que l'on nomme l'état cachectique. Ces amyotrophies cachectiques se traduisent en effet par un certain nombre de phénomènes objectifs permettant du vivant même du malade de pressentir l'état général du système musculaire et, par là même, la plus ou moins grande débilité de l'organisme, et d'en tirer des déductions pronostiques. Ce sont ces phénomènes qu'à la suite de notre maître M. Klippel nous appellerons la réaction de débilité ou de cachexie des muscles; elle consiste en ceci : hyperexcitabilité du muscle, générale, intense, facile à produire, indépendante de toute affection; diminution de l'excitabilité faradique et galvanique; enfin légère excitation des réflexes (4).

I. *Aperçu historique.* — Ce fut en Angleterre, que Graves et Stokes signalèrent, les premiers, le phénomène du myœdème en clinique. Plus tard, Lawson-Tait et Waburton-Beybie revinrent sur ce fait. Ces auteurs virent dans ce phénomène local un signe adjuvant dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire latente. En France, Beau et Gubler l'avaient également observé.

Plus tard, M. Carré (5) étudia le myœdème persistant après la mort, et en fit ressortir l'importance au point de vue médico-légal. D. Labbé (6), inspiré par M. Labadie-Lagrave constate le phénomène au cours de la tuberculose pulmonaire, de la pleurésie, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde; il en fait une conséquence de la fatigue musculaire Enfin, le recherchant sur les cadavres, il conclut, vu le grand nombre de résultats négatifs, à l'importance discutable du myœdème en médecine légale.

La constatation par les auteurs précédents de la contraction idio-musculaire était faite au niveau même des lésions présumées du poumon et son maximum de netteté se montrait, au niveau du maximum des lésions. Il faut arriver à la thèse de M. Klippel pour trouver la constatation de la contraction idio-musculaire généralisée, recherchée méthodiquement chez les cachectiques de divers ordres, et cet auteur fait remarquer que l'hyperexcitabilité mécanique des muscles est le plus souvent associée à l'exgération des réflexes et à la diminution de l'excitabilité électrique : c'est à cette triade symptomatique qu'il donne le nom de réaction de débilité.

II. *Le myœdème. Sa physiologie.* — On dit qu'il y a myœdème, lorsqu'au niveau du muscle en expérience, la percussion brusque fait apparaître un ou plusieurs nodules saillants sous la peau, nodules passagers persistant plusieurs secondes. Parfois il ne se produit pas d'intumescence bien nette et la percussion amène seulement la production d'un tremblement contractile du muscle à ondulations visibles, plus ou moins rapides.

Cette contraction idio-musculaire, n'existe pas au niveau du muscle normal. Elle est l'expression d'une fatigue de ce dernier, le rendant, pour ainsi dire, hyperexcitable.

Il s'agit là, non d'un phénomène réflexe, mais d'irritabilité directe de la fibre musculaire : l'onde musculaire qui, sur le muscle normal, marche avec une vitesse de un mètre par seconde (Aeby) ne se propage plus ou se propage faiblement, aboutissant dans le premier cas à la production d'un nodule musculaire, dans le second, à celle d'ondulations plus ou moins marquées.

Aussi toutes les causes inflammatoires ou irritantes, se produisant au voisinage d'un muscle, pourront-elles en produisant sa débilitation, sa « fatigue », donner lieu chez lui à la réaction du myœdème.

Ainsi s'explique la constatation de ce phénomène faite d'abord au niveau de lésions inflammatoires du poumon ou de la plèvre. D'après les auteurs cités plus haut, c'est au niveau du foyer maximum des lésions qu'il faut rechercher la contraction idio-musculaire; alors même qu'elle existe au voisinage de ces foyers inflammatoires, c'est toujours à leur niveau même que la réaction musculaire atteint son maximum d'intensité. Labbé l'a montré pour la pneumonie franche aiguë.

Le myœdème généralisé a une tout autre signification : il est alors l'expression d'une « fatigue » musculaire non plus dépendante d'une lésion locale sous-jacente ou voisine, mais s'étendant au système musculaire tout entier et relevant par conséquent d'une perturbation profonde de l'organisme.

Pour le rechercher, frappons un ou plusieurs coups secs avec l'index ou deux ou trois doigts sur la masse des muscles de l'avant-bras d'un cachectique tuberculeux : on voit alors se produire au point percuté soit les nodules musculaires, soit les ondulations vermiformes précédemment signalés : mais dans la grande majorité des cas on voit également se produire des mouvements réflexes de flexion d'un ou plusieurs doigts, suivant le point percuté. Pour nous, ce phénomène est tout à fait distinct du myœdème lui-même : il est réflexe et, à ce point de vue, a beaucoup d'analogie avec l'exagération des réflexes tendineux qui est la règle chez les cachectiques.

Egalement aux membres supérieurs nous trouvons un autre point d'élection pour la recherche de la contraction idio-musculaire : c'est la masse du biceps ou encore du

1. H. Eichhorst, *Centralbl. f. innere Medicin*, mai 1897, n° 18, p. 425.
2. G. Rabbe, Contr. à l'étude de la paralysie faciale dans le zona (th. de Paris, juin 1896, n° 330). — W. Ebstein, *Virchow's Archiv*, 1895, Bd. 139, p. 505.
3. Girard, thèse de Paris, 1896-1897, n° 584 (Jouve).
4. Klippel, thèse de Paris, 1889.
5. *Gazette hebdomadaire*, 1868.
6. Thèse de Paris, 1881.

triceps brachial : au niveau du biceps on peut encore la rechercher en pinçant et en attirant en avant, puis lâchant brusquement le faisceau musculaire.

Aux membres inférieurs les lieux d'élection sont tout d'abord, à la cuisse, la partie moyenne et antérieure ou la partie antéro-externe, points correspondants aux divers faisceaux du quadriceps fémoral ; on observe alors assez souvent une légère projection en avant de la jambe comme dans le cas où on recherche le réflexe patellaire. A la jambe, c'est au niveau des péroniers latéraux que la réaction musculaire apparaît le plus souvent avec toute sa netteté, fréquemment associée à des mouvements d'extension des orteils.

On peut dans certains cas observer concurremment aux phénomènes précédents, soit des contractions des muscles plus ou moins éloignés du point traumatisé ou même n'appartenant pas au même segment du membre, soit encore un tremblement généralisé de tout ce membre.

III. *La réaction de débilité, exagération des réflexes, diminution de l'excitabilité électrique.* — L'exagération des réflexes est très fréquente aux cours des états cachectiques. Elle porte sur les divers réflexes tendineux (tendon du triceps brachial, tendons extenseurs des doigts, etc.) ; mais c'est surtout au niveau du tendon rotulien que sa recherche facile est faite généralement.

Chez les vieillards athéromateux. les réflexes sont fréquemment exagérés avec ou sans production du phénomène du pied (de Gennes) fait dont il faudra tenir compte dans l'appréciation des résultats obtenus.

Cependant, chez des malades cachectiques, on trouve parfois les réflexes normaux ou même abolis : mais l'abolition des réflexes peut, bien que rarement, s'observer chez certains individus sains ou bien encore, pour expliquer ces exceptions, on peut admettre l'intégrité relative des filets nerveux ou encore des lésions des centres ; on sait, en effet, la fréquence des lésions médullaires dans les grandes cachexies.

Quoiqu'il en soit, les réflexes sont en général exagérés et cela à un degré variable. Il nous faut maintenant exposer le troisième phénomène de la réaction de débilité : la diminution de la résistance aux courants électriques, notamment de l'excitabilité faradique.

La recherche de cette réaction se fera de préférence au moyen du chariot de Dubois-Raymond, mais à son défaut on pourra utiliser l'appareil à courants continus de Chardin ou de Gaiffe : on vérifiera avec soin le trajet du muscle sur lequel on opère en ayant la précaution de choisir un muscle superficiel de trajet facile à suivre, tels le biceps brachial, les péroniers latéraux, etc. On commencera par le courant le plus faible et on augmentera progressivement ; lorsqu'on changera l'intensité du courant, il sera utile d'interrompre pendant un certain temps la durée de l'examen : en effet, on peut voir dans quelques observations que chez certains malades avec lesquels le courant faible de l'appareil Chardin ne donnait pas de réaction, ce même courant produisait des contractions si l'on excitait préalablement les muscles au moyen du courant fort.

Quant à l'excitabilité galvanique, elle est en général diminuée : cependant, il est des exceptions assez nombreuses. Du reste le fait est difficile à rechercher, car il faut avoir à sa disposition une installation électrique assez complexe.

IV. *Valeur séméiologique et pronostique.* — La réaction de débilité n'est qu'un symptôme clinique, indice d'un état cachectique assez avancé. Aussi, faire son histoire étiologique, serait passer en revue toutes les affections amenant, d'une façon plus ou moins directe, cet état cachectique. Parmi ces affections, il faut placer en première ligne la tuberculose pulmonaire. Il s'agit alors, le plus souvent, de malades arrivés à la période cavitaire, très amaigris, en proie aux sueurs, à l'anorexie, à la diarrhée et à la fièvre hectique. Aussi, est-ce dans les formes chronique, à évolution lente et progressive que la recherche de la réaction de débilité montre surtout la présence des trois phénomènes que nous avons exposés ; le myœdème est alors très net.

Mais chez les tuberculeux latents, présentant souvent une apyrexie presque absolue, alors même que l'amyotrophie est peu accusée, la recherche de la réaction de débilité est intéressante et peut même faciliter le diagnostic. Dans ce dernier cas, les nodules sous-cutanés peuvent ne pas se produire : c'est alors qu'il faut attacher une grande importance aux légères ondulations et aux contractions tendineuses que l'on observe dans ces conditions.

La recherche de l'excitabilité électrique n'est pas toujours aisée, soit que l'on manque d'appareil producteur de la source électrique, soit plutôt que l'appréciation des réactions que donne l'examen paraisse difficile à formuler. Dans ce cas, la présence d'hyperexcitabilité musculaire généralisée surtout lorsqu'à ce symptôme se joint l'exagération, même légère, des réflexes, suffit, à notre avis, à affirmer l'existence de la réaction de débilité.

A la période cachectique des divers néoplasmes (cancer de l'estomac, du foie, de l'utérus, etc.), la réaction précédente apparaît nettement et peut par sa constatation rendre des services, notamment lorsqu'il s'agit de cancers latents. Nous avons constaté la réaction de débilité au cours de deux cirrhoses hépatiques.

Nul doute que le phénomène n'existe dans la cachexie de la maladie d'Addison, dans la cachexie terminale des individus atteints de rétrécissements de l'œsophage, du rectum, en un mot dans tous les états pathologiques chroniques, pour peu que le malade survive assez à sa lésion pour atteindre un état de cachexie marquée. Mais l'absence d'observation, où la recherche de la réaction de débilité ait été indiqué, nous contraint à ne formuler à ce sujet qu'une hypothèse.

M. Labbé a signalé le myœdème généralisé au cours de la fièvre typhoïde.

M. Klippel l'a montré dans la cachexie de l'impaludisme, et la cachexie sénile.

Nous passons volontairement sous silence les cas (lésions tuberculoses, foyers pneumoniques, pleurésies) dans lesquels le myœdème localisé au voisinage des lésions a été constaté : ce phénomène n'a alors qu'une valeur relative, dont cependant nous ne contestons pas l'utilité dans certaines occurrences.

Le pronostic pourra également être influencé par la constatation ou la non constatation de la réaction de débilité. S'il s'agit d'un tuberculeux, fait le plus fréquent : dans le premier cas, ce sera un facteur de gravité de l'état du malade ; dans le second, on pourra espérer, surtout si l'examen de l'état du système digestif est favorable, que le malade est en état de résister pendant un temps plus ou moins considérable, à l'infection. On pourra aussi déduire une durée approximative de la survie du malade, dans les autres cachexies, notamment celle des divers néoplasmes.

V. *Relations existant entre les lésions musculaires et nerveuses des amyotrophies cachectiques et la réaction de débilité.* — Outre les lésions causales de l'affection à laquelle a succombé le malade, on constate presque toujours à

l'autopsie, des lésions des muscles et des ramuscules nerveux périphériques qui peuvent parfois être déjà pressenties à l'examen à l'œil nu. Les muscles sont de consistance faible, très décolorés et de coloration gris jaunâtre. Les petits troncs nerveux rampant au voisinage de ces groupes musculaires peuvent présenter une coloration terne. M. Klippel a décrit les lésions histologiques que l'on peut alors constater. Des nombreuses observations de cachectiques suivies d'examen systématique des muscles et nerfs que renferme le travail de cet auteur, on peut déduire que les altérations de ces éléments sont pour ainsi dire la règle. L'examen histologique des muscles à l'état frais par dissociation, à laquelle on peut joindre accessoirement la méthode des coupes, montre en général des altérations de la fibre musculaire elle-même; l'atrophie simple est rare; elle est en général associée à des lésions plus ou moins intenses de la substance contractile; la striation est moins nette, il existe de la dégénérescence soit granuleuse soit granulo-pigmentaire. La multiplication des noyaux est le plus souvent très manifeste.

Les nerfs après séjour dans l'acide osmique à 1 p. 100 et dissociation montrent le plus souvent en certains points des altérations essentiellement parenchymateuses; la myéline est disposée soit en boules, soit en blocs fragmentés irréguliers.

En général, la moelle ne présente pas de lésions : quand ces dernières existent, elles ne paraissent pas en rapport avec l'étendue des lésions précédemment signalées. Quand on en trouve, c'est spécialement dans les cornes antérieures que la coloration au carmin décèle dans les grandes cellules pyramidales une pigmentation, un noyau peu net, un aspect trouble, granuleux ou vacuolaire du protoplasma.

Dans ces sortes d'examens, il faut en ce qui concerne les filets nerveux tenir compte de la présence ou de l'absence d'œdème dans le tissu cellulaire, œdème assez fréquent aux membres inférieurs des cachectiques. Dans ce cas en effet on trouve (Klippel) des altérations des fibres nerveuses englobées dans l'œdème et jouant vis-à-vis de ce dernier un rôle important.

Quels rapports réciproques existent entre la dégénérescence des éléments musculaires et nerveux que nous venons de signaler et les symptômes cliniques constituant la réaction de débilité?

Nous avons vu qu'il faut, pour expliquer le myœdème, invoquer une difficulté de la transmission des ondes vibratoires musculaires. Il est facile, en face des altérations précédentes de la fibre musculaire, d'expliquer ce phénomène par le défaut de synergie entre les diverses fibres d'un même faisceau. C'est également à la dégénérescence de ces fibres qu'il faut rapporter la diminution de l'excitabilité faradique ou galvanique. L'absence de réaction de la dégénérescence est peut-être due à l'extrême variabilité qui existe dans la répartition des lésions dans un même faisceau musculaire; en effet, l'on trouve souvent quelques fibres dégénérées, les autres fibres paraissant saines.

L'exagération des réflexes peut être mise dans certains cas sur le compte du processus irritatif qui se passe au sein des fibres musculaires et par conséquent au niveau même des extrémités nerveuses. Dans le cas où l'abolition s'observe, il y a lieu d'incriminer soit une dégénérescence étendue des filets nerveux, soit des lésions des cornes antérieures de la moelle.

M. Klippel a agité la question de savoir quelle part revenait aux nerfs dans la production des lésions musculaires. Il conclut que dans quelques cas les altérations des nerfs périphériques rendent bien compte des lésions musculaires; il est probable que dans beaucoup de cas le processus irritatif atteint directement les muscles sans que les lésions de ces derniers soient forcément secondaires aux lésions nerveuses.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

La pharyngotomie sous-hyoïdienne

(*Technique opératoire, Indications cliniques*),

D'après le Dr René Lacour.

La pharyngotomie sous-hyoïdienne est une opération née en France, décrite pour la première fois par Malgaigne, dans son *Manuel de médecine opératoire* (Paris, 1835), mais qui a été surtout étudiée et pratiquée à l'étranger et n'a pas encore fait dans notre pays l'objet d'un mémoire fondamental. Tous les chirurgiens étrangers qui l'ont pratiquée sont unanimement d'accord pour convenir du jour énorme que donne cette opération, de sa facilité d'exécution, de sa bénignité. Tous s'étonnent qu'elle ne soit pas pratiquée plus souvent, et estiment qu'elle mérite d'occuper une place plus honorable dans l'arsenal chirurgical.

C'est un médecin français, Prat, qui pratiqua le premier cette opération sur le vivant en janvier 1859; Langenbeck fit la seconde opération en juillet 1862. Les deux malades moururent. C'est à Follin qu'est dû le premier succès durable. Depuis, lors cette opération a été pratiquée par de nombreux chirurgiens et a fait le sujet de quatre mémoires importants dus à Langenbeck, 1870; à Axel Iversen (de Copenhague), 1886; à Aplavin (de Kasan), 1890; enfin à Rosenbaum (de Berlin), 1895. Le premier a paru dans la *Berliner klinische Wochenschrift;* les trois derniers dans les *Archives de Langenbeck*.

La région dans laquelle on exécute une pharyngotomie sous-hyoïdienne est limitée en haut par l'os hyoïde (bord inférieur du corps et des grandes cornes); en bas par le bord supérieur du cartilage thyroïde échancré sur la ligne médiane; de chaque côté par le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Quand la tête est étendue et qu'un billot est placé sous les épaules, cette région à la forme d'un quadrilatère dont la hauteur varie suivant les sujets de 2 centimètres à 3 centimètres et même 3 cm. 1/2. En général on trouve 2 cm. 1/2. L'os hyoïde et le cartilage thyroïde sont faciles à sentir quand la région n'est ni déformée ni infiltrée.

On trouve successivement : la peau, le peaucier, la couche musculo-aponévrotique et au-dessous d'elle la membrane thyro-hyoïdienne. Derrière la membrane thyro-hyoïdienne, une couche de tissu cellulaire sur laquelle s'applique la face antérieure de l'épiglotte. Il est un nerf dont les rapports doivent être parfaitement connus de tout opérateur qui veut pratiquer une pharyngotomie sous-hyoïdienne : c'est le *nerf laryngé supérieur* et surtout sa *branche interne*. Le nerf perfore la membrane thyro-hyoïdienne à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs de la membrane et à 8 millimètres à peu près en dedans de la grande corne du cartilage thyroïde. Il y a un minimum de 6 centimètres entre le point de pénétration dans la membrane du nerf droit et celui du nerf

gauche. Une pharyngotomie sous-hyoïdienne même très largement faite ne peut blesser ce nerf si on a soin de raser l'os hyoïde; on peut ainsi inciser très loin latéralement toute la membrane thyro-hyoïdienne, y compris les ligaments thyro-hyoïdiens latéraux.

Comme vaisseaux, on trouve dans la région l'artère laryngée supérieure, branche de la thyroïdienne, et les deux veines qui l'accompagnent. Quelquefois il y a sur la ligne médiane une veine jugulaire antérieure. L'artère linguale et le nerf hypoglosse, tous deux placés au-dessus de l'os hyoïde, sont en dehors de la région. Le paquet vasculo-nerveux du cou sera, pour plus de sûreté, protégé par des écarteurs, il n'y a pas d'exemple qu'il ait été blessé au cours d'une pharyngotomie sous-hyoïdienne. De tout cela, il résulte qu'on a peu de sang pendant l'opération; il sera nécessaire seulement de pincer ou de lier quelques vaisseaux cutanés et quelques vaisseaux de la muqueuse pharyngée.

Il est bon de faire toujours, avant la pharyngotomie sous-hyoïdienne, une trachéotomie préliminaire. Quand le malade est habitué à sa canule, c'est-à-dire au plus tôt au bout de 2 à 3 jours, on procède à la pharyngotomie. Le sujet est couché sur le dos, le cou en pleine lumière; une alèze roulée est glissée sous les épaules. Un aide, placé à la tête du lit, tient la tête du malade entre ses mains, l'empêche de basculer de côté, et la maintient en même temps dans un état d'extension convenable.

A la canule trachéale ordinaire on substitue la canule de Trendelenburg ou une canule-éponge; dès lors le chloroforme est administré au moyen d'un tube de caoutchouc terminé par un entonnoir; le chloroformisateur se trouve à un mètre au moins du cou du malade, de façon à ne pas gêner l'opérateur et son aide. Le chirurgien se place à la droite du sujet, l'aide en face de lui. Avec l'ongle de l'index gauche, le chirurgien sent l'os hyoïde, et le long de son bord inférieur fait une incision de 8 centimètres. Il coupe successivement la peau, le peaucier, et les trois muscles qui vont s'insérer à l'os hyoïde; il est bon de laisser adhérer à l'os un bout musculaire suffisant pour pouvoir faire les sutures. Si la glande sous-maxillaire descend dans la région, on la repoussera en haut avec un écarteur de Farabœuf. Quand on est arrivé sur la membrane thyro-hyoïdienne, il faut, avant de l'inciser, aller à la recherche du nerf de chaque côté (branche interne du nerf laryngé supérieur). Pour cela on soulève avec une pince le muscle thyro-hyoïdien, et au-dessous de lui on trouve en général facilement le nerf. Quand il est bien découvert, on le charge dans un crochet mousse, qui le récline en dehors en même temps que les vaisseaux. Puis on incise la membrane thyro-hyoïdienne derrière la face postérieure de l'os hyoïde; on laisse au lambeau supérieur une longueur juste suffisante pour pouvoir être suturé. Quand la membrane est complètement sectionnée (ce qu'on peut faire sans crainte de léser le nerf, et en voyant parfaitement ce qu'on coupe), on tombe sur le paquet graisseux préépiglottique. Si l'on craint de s'égarer dans cette couche souvent épaisse, et de blesser l'épiglotte, on peut introduire l'index gauche derrière la base de la langue, en avant de l'épiglotte, et sectionner sur lui le repli glosso-épiglottique médian. Pour des raisons d'asepsie il est préférable que ce soit un aide qui introduise son doigt dans le pharynx, plutôt que le chirurgien. Dès que la muqueuse pharyngée est ouverte sur la ligne médiane, on introduit par la boutonnière l'une des branches d'une paire de ciseaux mousses, et l'on agrandit l'incision de chaque côté de façon à ouvrir le pharynx sur une largeur d'environ 8 centimètres. Dès lors les deux lèvres de la plaie s'écartent grandement l'une de l'autre; on a eu soin préablement de passer un ou deux fils dans le lambeau supérieur de la muqueuse, de façon à le retrouver facilement quand le moment sera venu de le suturer. On lie les quelques vaisseaux que l'incision a pu ouvrir, et dès lors la pharyngotomie sous-hyoïdienne, en tant qu'opération préliminaire, est terminée.

Reste à faire l'opération complémentaire. La conduite du chirurgien, parfaitement réglée jusqu'ici, doit maintenant s'inspirer des circonstances de chaque cas particulier. Quand on aura enlevé le corps étranger ou la tumeur, dont l'ablation a constitué l'indication de la pharyngotomie, il faudra procéder à la fermeture de la plaie sous-hyoïdienne. On fera plusieurs plans de suture, pour les différentes couches: muqueuse, membraneuse, musculo-cutanée. La suture de la muqueuse se fera de préférence au catgut, à points séparés. Dans les cas tout à fait simples, comme par exemple l'ablation d'un corps étranger, on pourra fermer la plaie complètement, sans mettre de drain. Mais il faut avoir soin dans ces cas de faire une hémostase parfaite; la sonde œsophagienne sera placée à demeure comme dans les cas complexes. On ne la retirera que lorsqu'on supposera la plaie complètement cicatrisée; au contraire la canule trachéale peut être retirée plus tôt.

La pharyngotomie sous-hyoïdienne comporte un certain nombre d'indications. Elle peut trouver son application dans les corps étrangers du pharynx et du larynx, dans les tumeurs bénignes du pharynx et du larynx, dans les tumeurs malignes.

Pour qu'un corps étranger du pharynx soit justiciable d'une pharyngotomie sous-hyoïdienne, deux conditions sont nécessaires: α) il faut qu'il ne puisse être enlevé par les voies naturelles, et β) qu'il soit situé en un point d'où la pharyngotomie sous-hyoïdienne puisse l'extraire. Or le champ opératoire ouvert par l'incision sous-hyoïdienne va jusqu'à l'extrémité supérieure de l'œsophage. Il sera donc nécessaire de s'assurer préalablement par la sonde œsophagienne, par le toucher digital ou par l'examen laryngoscopique que le corps du délit est bien situé dans l'extrémité inférieure du pharynx. En somme, il est assez rare qu'on soit obligé de pratiquer la pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un corps étranger. Parmi les 40 observations recueillies par le Dr Lacour dans la littérature médicale, il n'en est que deux où il s'agissait d'un corps étranger: ce sont les observations de Leffert et de Kocher. Cette rareté s'explique facilement: en effet le corps étranger ou bien est enlevable par les voies naturelles, ou bien descend jusque dans l'œsophage, et c'est alors à l'œsophogotomie externe qu'il faut recourir.

Dans le cas de corps étranger ne doit-on pas préférer une pharyngotomie latérale à l'incision sous-hyoïdienne? Dès 1887 M. A. Broca tranchait la question en faveur de cette dernière. « Il semble que, à traumatisme égal, la pharyngotomie sous-hyoïdienne soit moins difficile à pratiquer, la région où on opère étant peu vasculaire; elle donne tout autant, et même plus de jour; elle permet mieux que l'autre d'explorer le pharynx. La pharyngotomie sous-hyoïdienne paraît donc préférable, pour l'extraction des corps étrangers, à la pharyngotomie latérale. »

Etant donné que l'indication de la pharyngotomie sous-hyoïdienne est nettement posée, quand faut-il opérer? Le plus tôt possible, sans attendre que des accidents se produisent. On commence par faire la trachéo-

tomie préalable qui met à l'abri d'incidents, d'alertes dus au spasme réflexe de la glotte ou à l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. Deux ou trois jours après on fait la pharyngotomie sous-hyoïdienne, à moins qu'il n'y ait urgence absolue à la pratiquer de suite.

Au sujet des corps étrangers du larynx nous ne pouvons que répéter ce qui a été dit dans le paragraphe précédent à propos des corps étrangers du pharynx.

Les tumeurs bénignes du larynx constituent souvent l'indication de la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Aux deux conditions énumérées à propos des corps étrangers, s'en ajoute maintenant une troisième : c'est que l'ablation de la tumeur peut donner lieu à une hémorrhagie souvent difficile à arrêter par les voies naturelles, mais dont on se rendra maître très facilement par la pharyngotomie sous-hyoïdienne.

Les tumeurs malignes du pharynx et du larynx constituent dans un grand nombre de cas l'indication de la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Par cette voie on a pu enlever des cancers de l'épiglotte (Perrin, Angelesco, Schulten, Rosenbaum, Burow, Monod, Sebileau, Stœrk); un sarcome du cartilage aryténoïde gauche (Albert); des cancers du pharynx (Axel Iversen, Studsgaard, Rosenbach, Kuster, Woods).

Parmi ces tumeurs malignes, il faut distinguer deux ordres de faits :

a) Les cas où la lésion est très étendue et nécessite ou une pharyngectomie comprenant les 2/3 inférieurs du pharynx, ou une laryngectomie totale. De tels cas sortent de notre sujet, car ici l'opération complémentaire prend une importance telle qu'elle domine et relègue au second plan l'opération préliminaire qu'est la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Le plus souvent les chirurgiens se sont adressés jusqu'ici à un procédé de pharyngotomie latérale ; rappelons toutefois que Axel Iversen et Kuster estiment que la pharyngotomie latérale donne moins de jour qu'une incision sous-hyoïdienne à laquelle on ajoute une incision verticale descendant le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

b) Les cas où la lésion est limitée. Ils sont pour nous beaucoup plus intéressants, et ils constituent à vrai dire une des meilleures indications de la pharyngotomie sous-hyoïdienne.

Les résultats immédiats et définitifs ne sont pas mauvais. Le cas qui se présente le plus souvent, c'est l'ablation de l'épiglotte cancéreuse.

Les cas de guérison définitive, sans récidive, ne sont pas exceptionnels, et même au point de vue fonctionnel le résultat est excellent, car depuis longtemps l'on sait que l'épiglotte n'est pas indispensable pour la déglutition. Tout récemment Rosenbaum a repris la question, et, par des preuves empruntées à la physiologie, à l'anatomie comparée et à l'observation clinique, a montré que l'épiglotte est un organe d'importance très minime au point de vue de la déglutition.

REVUE DES THÈSES

Thèse de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Sekeyan. *Contribution à l'étude du diabète lévulosurique et du syndrome clinique.* N° 36. (H. Jouve.)

M. Magaud (M.). *Des rapports de la congestion pulmonaire à forme pneumonique et de la pneumonie abortive.* N° 49. (H. Jouve.)

M. Rousseau (Georges). *De la dilatation de l'estomac chez les nourrissons.* N° 52. (G. Steinheil.)

M. Renard (Emile). *De la séroréaction chez des anciens malades guéris de la fièvre typhoïde.* N° 9. (H. Jouve.)

M. Goalard (J.). *Contribution à l'étude des accidents asystoliques localisés dans le lobe inférieur du poumon gauche.* N° 4. (H. Jouve.)

M. Letainturier de la Chapelle (F.). *Infection d'origine naso-pharyngée (néphrite et endocardite).* N° 11 (H. Jouve.)

M. Chevallier. *Contribution à l'étude de la goutte chez les saturnins.* N° 17 (H. Jouve.)

Parmi les variétés de diabète sucré (glycosurie, pentosurie, lactosurie, etc.) il existe une variété de diabète se traduisant par la lévulosurie qu'étudie M. Sekeyan. Ce diabète peut affecter plusieurs formes et simuler diverses maladies plus ou moins disparates.

Une de ces formes constitue le syndrome lévulosurique caractérisé par une prédominance des idées de déchéance et tendance au suicide, par une insomnie rebelle, par une impuissance permanente, par la présence de fructose lévogyre dans l'urine, et enfin par la réduction peu ou très intense de la liqueur cupropotassique et des réactifs de Selivanoff et Nylander. Le diagnostic, assez difficile, est possible grâce aux divers réactifs signalés.

C'est une maladie relativement bénigne si elle est reconnue et traitée de suite, rarement maligne.

Le traitement consiste en un régime antidiabétique secondé par l'arsenic et les alcalins, et si besoin par l'hydrothérapie appropriée.

Pour M. Dreyfus-Brisac et son élève M. Magaud, la congestion pulmonaire à forme pneumonique est une congestion pulmonaire vulgaire sur laquelle s'est greffée une infection pneumococcique. Elle sert de transition entre la congestion pulmonaire vulgaire et la pneumonie vraie. La congestion pulmonaire à forme pneumonique et la pneumonie abortive sont une seule et même maladie, toutes les deux représentant des stades différents d'un même état morbide. L'étiologie est la même dans les deux cas. Elles existent à la même époque, et dans tous les deux l'examen bactériologique a constaté le pneumocoque. Les symptômes et l'anatomie pathologique viennent confirmer cette idée et il est bien difficile d'établir un diagnostic entre la congestion pulmonaire à forme pneumonique et la pneumonie abortive, le traitement étant d'ailleurs le même dans les deux cas.

D'après M. Rousseau, élève de Comby, la dilatation de l'estomac chez les nourrissons, inconnue il y a 20 ans, est extrêmement fréquente.

La cause exclusive en est l'alimentation vicieuse, c'est-à-dire tout aliment autre que le lait de la femme, donné à l'enfant avant l'âge de 1 an, ou bien l'allaitement féminin mal réglé. Le plus sûr moyen d'obtenir la dilatation de l'estomac est d'alimenter prématurément les enfants avec des bouillies, panades et autres aliments étrangers au lait. On l'obtient aussi très fréquemment par l'allaitement artificiel avec les biberons, surtout ceux munis d'un long tube.

Les signes physiques sont constitués par un développement exagéré du ventre, par du tympanisme et un bruit de clapotage.

Les troubles fonctionnels se traduisent tantôt du côté de l'appareil digestif (dyspepsie et gastro-entérite), tantôt du côté du système nerveux (convulsions, insomnies), tantôt du côté de la peau (gourmes, urticaire, impétigo, etc.).

Il est très facile de mesurer la dilatation de l'estomac au moment de l'autopsie, en le remplissant d'eau.

Les estomacs dilatés conservent leur contenu pendant un temps très long ; le lait et les autres aliments s'y putréfient et deviennent des agents toxiques.

Le pronostic est sérieux, parce que la dilatation peut persister dans la seconde enfance, et peut même s'étendre jusqu'à l'âge adulte.

Le rachitisme est le compagnon habituel de la dilatation de l'estomac, il en est le résultat.

La prophylaxie se réduit à conseiller l'allaitement féminin,

et surtout l'allaitement maternel. Cet allaitement féminin doit être exclusif, il doit être réglé, il doit se prolonger au moins jusqu'à 1 an.

Dans les cas très rares où il est impossible, et où l'on devra avoir recours à l'allaitement artificiel, on ne devra se servir que d'instruments rigoureusement propres, et ne donner que du lait de bonne qualité, aussi stérilisé que possible.

La dilatation de l'estomac une fois établie, on la traitera par le régime; c'est-à-dire le lait donné d'une façon conforme aux principes d'une alimentation hygiénique.

Le lavage de l'estomac chez les nourrissons mérite d'entrer dans la pratique courante à cause de sa facilité étonnante, de son innocuité, des services qu'il est appelé à rendre.

Il n'est pas rare de trouver des sujets guéris depuis plusieurs années de la fièvre typhoïde dont le sang conserve encore la propriété d'agglutiner le bacille d'Eberth.

Dans les observations réunies par M. Renard, le sérum sanguin conserve son pouvoir agglutinatif 23, 24, 26 et 27 et 30 ans après la guérison de la fièvre typhoïde. Pour cet auteur il est très difficile de comparer les résultats obtenus avec le sérum des différents sujets, étant donné qu'ils ne se trouvent presque jamais dans les mêmes conditions par l'âge, l'époque et le degré de gravité de la fièvre typhoïde.

La conservation du pouvoir agglutinatif du sang des sujets atteints de fièvre typhoïde ne paraît pas être en rapport avec la gravité de la maladie ni même avec les récidives.

A côté des manifestations asystoliques d'origine cardiaque, il existe d'autres variétés, M. Goalard étudie celle qui relève de la prédominance des manifestations pulmonaires dans le lobe inférieur du poumon gauche. Pour lui, le clinicien doit porter la plus grande attention à constater l'état de la circulation pulmonaire à ce niveau; car c'est là qu'il trouvera le point de départ et les premiers indices des accidents qui peuvent survenir au cours des maladies du cœur, des poumons, des reins; c'est encore là qu'il constatera les derniers troubles causés par l'asystolie et pourra voir à quel degré d'amélioration en est arrivé le malade.

Dans la période d'hyposystolie, on donnera des dérivatifs intestinaux, cutanés, et on cherchera à diminuer la masse du sang. On viendra au secours du cœur en empêchant les accidents asystoliques généraux que les accidents pulmonaires auront fait prévoir.

Après la crise asystolique, on ne permettra au malade de reprendre sa vie ordinaire que quand tout phénomène anormal aura cessé à ce niveau. Encore sera-t-il prudent de le prévenir de la facilité des rechutes; le lobe inférieur gauche est le « point faible » de son appareil respiratoire au double point de vue physiologique et pathologique.

Jusqu'à présent, on a signalé, comme complications des végétations adénoïdes, des complications d'ordres différents : 1° mécaniques; 2° réflexes; 3° infectieux, par propagation aux muqueuses voisines (otite, sinusite, conjonctivite, bronchite). Pour M. Gallois et son élève M. Letainturier, il y a lieu d'ajouter les complications d'infection générale, en particulier les infections du cœur et du rein. Il leur semble que, dans certains cas, les altérations naso-pharyngiennes ont été la cause suffisante des endocardites et des néphrites, parce que nous n'avons pu retrouver aucune autre cause ayant pu déterminer ces affections. Même dans les cas où l'on observerait une cause prédisposante ayant occasionné les endocardites et les néphrites en question, la part des végétations adénoïdes dans la genèse de ces accidents n'est peut-être pas négligeable. C'est ainsi que dans la scarlatine, le mauvais état des voies aériennes supérieures semble être une cause adjuvante très importante dans l'apparition des néphrites et des endocardites.

Il est, par suite, d'après M. Letainturier, très important de pratiquer la désinfection naso-pharyngienne chez tous les sujets que l'on suppose atteints d'affections naso-pharyngées, ce qui ne dispenserait pas de l'intervention chirurgicale, si les spécialistes la jugent nécessaire. Chez tout enfant atteint de néphrite ou d'endocardite ou d'une autre infection, il faut vérifier l'état du nasopharynx.

L'intoxication saturnine chronique amène dans certains cas la production de la goutte. Elle peut être associée à d'autres facteurs, hérédité ou hygiène spéciale; mais d'autres fois elle entre seule en ligne de compte. D'après M. Chevallier, le saturnisme conduit à la goutte en créant un état diathésique nouveau, caractérisé par le ralentissement des mutations nutritives, comme le montre l'analyse des urines. C'est un état diathésique analogue qu'on retrouve à l'origine de la goutte vulgaire. Le processus pathogénique de la goutte est donc le même dans les 2 cas.

La goutte des saturnins, d'ailleurs, au point de vue clinique et anatomique, ne diffère pas sensiblement de la goutte vulgaire. Les caractères distinctifs qu'on lui a attribués n'en sont pas en réalité, car ils résultent de l'action débilitante du plomb, et se retrouvent chez les goutteux vulgaires soumis à une cause débilitante, quelle qu'elle soit.

Année 1896-97.

M. Percheron (Alfred). *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.* (H. Jouve.)

M. A. Percheron, dans l'excellent travail qu'il consacre à l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale, d'après les observations du service de M. Tuffier, conclut qu'il existe une tuberculose primitive du rein et une tuberculose secondaire, altérant l'état général, et pouvant toutes deux nécessiter l'intervention chirurgicale.

Le bacille peut envahir un seul rein et s'y localiser assez longtemps sans que les lésions destructives soient caractérisées par un autre symptôme qu'une vomique rénale.

Après avoir passé en revue avec soin l'anatomie pathologique du rein et des organes voisins, l'auteur consacre un chapitre important à l'étude des formes cliniques conduisant à l'intervention. Les symptômes observés dans la tuberculose rénale, hématurie, douleurs, pyurie, dont chacun peut se manifester plus particulièrement ou exister seul, ont permis d'établir l'existence d'une forme hématurique, d'une façon douloureuse et d'une forme pyélo-néphrite.

Les accidents provoqués par la tuberculose rénale, leur répétition, leur intensité croissante, rebelles à toute thérapeutique médicale longtemps poursuivie, altèrent l'état général du malade, diminuent sa résistance physiologique et deviennent des indications à l'intervention chirurgical. Le diagnostic de tuberculose rénale étant bien établi, toute intervention précoce étant écartée, deux moyens sont à la disposition du chirurgien : la néphrotomie et la néphrectomie soit primitive, soit secondaire. La néphrotomie est une opération palliative, qu'on doit employer si les accidents croissants exigent une intervention immédiate ou bien s'il y a doute sur l'intégrité de l'autre rein.

Elle est de règle lorsqu'il y a de vastes abcès périnéphrétiques. L'état du malade se relève. Elle permet d'intervenir lorsqu'une opération plus radicale n'est pas possible; elle donne peu de cas de guérison certaine, le plus grand nombre des opérés conservant une fistule urinaire ou mixte.

La néphrectomie primitive est la méthode de choix dans la tuberculose rénale à forme hématurique. Elle est indiquée dans les cas d'une tuberculose rénale unilatérale, sans lésions vésicales ou très légères dont l'état général est encore satisfaisant. La néphrectomie secondaire devra être précoce, après une néphrectomie préliminaire qui aura relevé l'état général du malade et qu'on se trouvera en présence d'une fistule intarissable.

La néphrectomie permet aux malades dont le deuxième rein est sain de vivre de la vie commune sans accidents pathologiques, la fistule persistant rarement et pouvant être supprimée par une uretérectomie.

M. A. Percheron en arrive à l'étude des résultats immédiats et éloignés. Sur les 13 observations qu'il cite, comportant 15 opérations, il compte 8 néphrectomies avec 8 guérisons : 5 néphrectomies primitives, 2 secondaires et 1 partielle; et 7 néphrotomies dont 5 guérisons. Ces résultats sont donc probants, puisque 3 opérés par néphrectomie primitive restent guéris depuis 6 ans 1/2, 5 ans 1/2 et 4 ans 1/2, justifiant ainsi l'intervention chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Radiographie intra-crânienne (Applicazione dei raggi X alla diagnosi di sede dei corpi estranei della testa e dei tumori intracranici), par G. Obici et P. Bollici (*Rivista di Pathologia nervosa e mentale*, 1897, vol. II, fasc. 10, p. 433). — Le point le plus intéressant du travail est relatif à la radiographie d'une tumeur intracrânienne. Il s'agissait d'un cas type, et l'on se proposait de confirmer le diagnostic par la radiographie, lorsque le malade vint subitement à mourir; on fit sur le cadavre ce que l'on se proposait d'entreprendre sur le vivant, et 2 radiographies (plan transversal, plan latéral) renseignèrent exactement sur le siège et les dimensions de la tumeur, parfaitement distinctes sur les épreuves (annexées au mémoire); l'autopsie de la tête fit voir une tumeur (sarcome) de grandes dimensions (poing), qui avait envahi tout le lobe temporal droit et était constituée par un tissu dur et compact.

Ce seul fait ne pouvait autoriser les auteurs à affirmer la possibilité d'obtenir par la radiographie la confirmation de l'existence des tumeurs soupçonnées. Aussi ont-ils entrepris une série d'expériences sur le cadavre et sur les animaux; ces expériences ont démontré que des accidents intracrâniens divers (tumeurs, abcès), même de dimensions assez faibles, sont décelables par la radiographie. La radiographie pourrait donc rendre service en rendant inutile, dans certains cas, la craniectomie exploratrice, et, dans d'autres, en renseignant exactement sur le siège de la tumeur.

Fonctions des canaux semicirculaires (Sulle funzioni dei canali semicircolari), par Lugaro (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1897, octobre, vol. II, fac. 10, p. 440). — La conclusion de ce travail est que les canaux semicirculaires ne sont pas en rapport avec le sens de l'espace; les faits d'anatomie histologique portent à faire considérer les canaux semicirculaires comme un appareil d'audition qui provoque par voie des mouvements des yeux, de la tête et du tronc destinés à tendre l'attention sensorielle vers l'origine des sons; indirectement, en provoquant ces mouvements et les contractions musculaires qui leur correspondent, ils donnent la représentation des attitudes à prendre pour écouter le son provenant d'une direction donnée, et fournissent ainsi la représentation de la direction des sons.

CHIRURGIE

Des troubles intestinaux après les laparotomies antiseptiques et les laparotomies aseptiques (Ueber das Auftreten peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien), par Uhlmann (*Arch. f. Gynäkol.*, vol. LIV, p. 384). — Pour voir l'influence qu'exercent l'antisepsie et l'asepsie sur l'apparition des troubles intestinaux après la laparotomie, l'auteur a étudié à ce point de vue 807 laparotomies pratiquées à la clinique de Zweifel de 1890 à 1896. Sur ce nombre 246 qui ont été faites de 1890 à 1892 ont été pratiquées antiseptiquement; dans toutes les autres l'opération avait été faite aseptiquement soit au moyen de l'asepsie sèche (compresses sèches pour envelopper les intestins) ou de l'asepsie humide (compresses trempées dans la solution de Tavel).

En comparant la série des laparotomies antiseptiques et celle des laparotomies aseptiques l'auteur a tout d'abord trouvé que grâce à l'asepsie la mortalité est tombée de 2,44 p. 100 à 0,71 p. 100. Dans les deux séries on a constaté que la première selle est survenue généralement trois jours après l'opération. Enfin les troubles intestinaux attribuables à la formation des adhérences péritonéales étaient, à peu de chose près, aussi fréquentes après les laparotomies antiseptiques qu'après les laparotomies aseptiques.

Mécanisme de l'occlusion de la vessie (Ueber den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung), par Rehfisch (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CL, p. 111). — En se rapportant à de nombreuses expériences qu'il a faites, l'auteur soutient que l'occlusion de la vessie est assurée par le sphincter interne qui s'étend de la vessie à la partie initiale de l'urèthre. Cette action du sphincter interne peut, dans certaines conditions, être renforcée par celle du sphincter externe et du compresseur de l'urèthre.

L'occlusion de la vessie par le sphincter doit être considérée comme un phénomène relevant du tonus réflexe entretenu par l'irritation que les parois vésicales distendues par l'urine exercent sur les nerfs sensibles de la vessie.

Suppuration post-typhique d'un kyste dermoïde de l'ovaire (Kasuistischer Beitrag zur postyphösen Eiterung in Ovarialcysten), par Pitha (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1897, n° 37, p. 1109). — Il s'agit d'une fille de 23 ans qui, au 5e septénaire de sa fièvre typhoïde s'aperçut de la formation d'une tumeur dans sa région hypogastrique gauche. Cette tumeur continuant d'augmenter, elle entre à la clinique où l'examen permit de faire le diagnostic de kyste de l'ovaire faisant saillie dans le vagin. Une ponction exploratrice au-dessus du ligament de Poupart, faite sous le choroforme montra l'existence du pus. Le kyste fut alors incisé par le vagin et il sortit environ 3 litres de pus dans lequel l'examen microscopique montra l'absence de tout microbe. L'exploration de la poche ayant montré qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde multiloculaire dont l'extirpation par le vagin serait difficile, on fit séance tenante la laparotomie et l'extirpation de la tumeur.

L'ensemencement du pus contenu dans le kyste montra la présence des bacilles typhiques. Le sérum de la malade était encore agglutinant.

D'après l'auteur il s'agit là d'un cas de suppuration post-typhique à bacilles d'Eberth d'un ancien kyste de l'ovaire.

Taille hypogastrique dans les rétrécissements imperméables de l'urèthre et les fistules vésicales (Die Sectio alta als Heilverfahren bei impermeablen Stricturen, etc.), par Fabrikant (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LV, p. 789). — L'auteur a réuni dans son travail un grand nombre d'observations de rétrécissements infranchissables de l'urèthre et de fistules vésicales, traités par la taille hypogastrique. De leur étude il tire les conclusions suivantes :

1° Le cathétérisme rétrograde est indiqué dans les rétrécissements imperméables ou traumatiques de l'urèthre chaque fois que la taille périnéale ne permet pas de retrouver le bout uréthral postérieur.

2° Le cathétérisme rétrograde est une opération facile quand on le pratique à travers l'incision sus-pubienne de la vessie. Si on veut le pratiquer à travers l'orifice de ponction sus-pubienne de la vessie, on peut échouer par le fait des modifications survenues dans les rapports anatomiques des parties sous l'influence de l'inflammation.

3° Dans les rétrécissements imperméables d'origine gonorrhéique, sans brides cicatricielles du périnée, on peut, après la taille hypogastrique, essayer le cathétérisme rétrograde sans avoir en même temps recours à l'uréthrotomie externe.

4° Dans les cas où la transformation cicatricielle du périnée est telle qu'on ne peut passer avec la sonde conduite d'arrière en avant, il est indiqué d'introduire une seconde sonde par l'orifice uréthral externe et d'inciser à travers le périnée le tissu qui sépare les becs des deux sondes.

5° Une fois que la sonde est conduite d'arrière en avant on peut la laisser à demeure; si elle n'est pas supportée, il faut la retirer et procéder à la dilatation progressive et systématique de l'urèthre.

6° Dans les fistules urinaires rebelles, la taille hypogastrique, en dérivant le cours de l'urine, amène la dessication de la fistule et sa guérison rapide. La taille périnéale ne donne pas le même résultat.

MÉDECINE PRATIQUE

De la valeur préventive du sérum antidiphthérique,

D'après M. le Dr A. Weil.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur l'action curatrice du sérum de Roux. Là où les avis continuent à être très partagés, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer la valeur prophylactique de l'injection préventive. C'est cette question que vient d'étudier tout spécialement M. le Dr A. Weil dans un intéressant travail (1) entrepris sous l'inspiration de son maître M. Variot.

D'après ces auteurs, l'injection de sérum à titre préventif ne garantirait qu'une immunité éphémère. Ils ont réuni un certain nombre d'observations où, moins de 8 et 15 jours après l'injection, la diphthérie est apparue. Mais on serait autorisé, malgré cela, à y avoir recours si, dans quelques cas, il n'en résultait des inconvénients graves, parfois des accidents durables et même mortels. Si les exanthèmes (urticaire, etc.), peuvent être regardés comme négligeables, il n'en est pas de même de la dépression souvent extrême du système nerveux, de la phosphaturie, de l'urobilinurie (Le Gendre), de l'albuminurie, des troubles cardiaques, fréquemment observés à la suite de l'injection.

Le sérum est en outre absolument contre-indiqué — et cela est le corollaire de ce qui précède — dans les cas d'affections organiques, même latentes, telles la tuberculose, les maladies du cœur et des reins. Malheureusement on ne s'aperçoit le plus ordinairement de ces contre-indications qu'après l'injection et par les résultats défavorables qui en sont la conséquence. Il nous est donc interdit de faire un emploi inconsidéré d'une antitoxine dont nous ne connaissons ni le mode d'action, ni la composition et dont au surplus le pouvoir préventif ne paraît pas démontré.

Il existe toutefois des cas où cette réserve n'est plus de mise ; c'est dans les cas d'épidémies graves, à marche foudroyante éclatant dans des centres où la densité de la population peut faire prévoir une extension rapide du fléau. Cette immunisation, toute éphémère qu'elle soit, peut contribuer pour une part à modifier l'évolution de l'infection diphthérique et même à préserver les sujets les plus exposés. Il va sans dire qu'à la campagne, l'utilité de cette immunisation sera moins fréquente et dépendra de chaque cas particulier. En règle générale, toute injection faite à titre préventif entraîne comme conséquence obligatoire la surveillance constante des vaccinés : ce n'est qu'à ce prix qu'on sera en mesure de parer en temps utile aux accidents qui pourraient survenir.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Acide phénique.

Définition. Solubilité. — L'*acide phénique*, qui devrait être nommé exclusivement *phénol absolu*, est un des médicaments dont on a le plus abusé en hypodermie. Il est soluble dans 16 parties d'eau, et en toutes proportions dans l'alcool, la glycérine, les huiles grasses.

Propriétés thérapeutiques. — Le phénol est un antiseptique et mieux un antiputride. Localement il est capable d'agir sur certaines infections : tels l'érisypèle, l'anthrax. Mais cette action antiseptique et antiputride demeure nulle au point de vue général, et en tous cas elle est limitée par le pouvoir toxique du produit. En d'autres termes, la dose nécessaire pour combattre la septicémie est supérieure à celle que tolère l'économie. Cette simple constatation de fait doit écarter de la pratique courante toute tentative de cet ordre.

C'est ainsi que dans les septicémies le phénol est *dangereux;* car il peut avoir pour effet d'amener le collapsus et de compromettre l'élimination des toxines par l'émonctoire rénal. Dans la tuberculose, son action peut être des plus funestes : à doses peu élevées, il accélère la dénutrition ; à doses plus fortes, il est susceptible d'entraîner des poussées congestives du côté du poumon, et même de la pneumonie. Nous nous expliquerons dans un instant sur ce que nous appelons doses peu élevées et doses plus fortes.

Dans la fièvre typhoïde, le phénol a été employé à titre d'antipyrétique par la voie gastrique ou par la voie rectale, et on ne compte plus les accidents nombreux qui ont résulté de cette médication. Lorsqu'elle ne tue pas les malades (mort subite) elle les plonge dans l'adynamie, avec frissons, sueurs profuses, nausées, tendance au collapsus et à la congestion pulmonaire, sans compter qu'elle peut avoir pour conséquence l'albuminurie, l'anémie, le ralentissement de la réparation. Aussi est-elle justement abandonnée. Elle mérite la même réprobation par la voie hypodermique. Nous devons à la vérité de dire cependant que l'injection est en général moins mal tolérée que l'ingestion.

Au total, le phénol est un détestable médicament hypodermique, et on ne conçoit pas la vogue injustifiée dont il a joui auprès de certains esprits. Si nous devions donner ici la liste des maladies contre lesquelles il aurait fait merveille, plusieurs colonnes de ce journal n'y suffiraient point. Nous donnerons une idée de ses innombrables applications en disant qu'il se serait montré aussi efficace dans les affections de l'appareil génital (dysménorrhée) que dans le tétanos, le cancer, le rhumatisme articulaire, l'amygdalite. En réalité, dans tous les cas où l'action caustique (par coagulation de l'albumine) de l'acide phénique n'est pas utilisée — comme par exemple dans le procédé de Roux (de Lausanne) qui guérit les hémorrhoïdes par l'injection interstitielle de glycérine phéniquée; — dans tous les cas où l'on ne vise pas à circonscrire un foyer d'infection locale, soit par l'effet direct microbicide du phénol, soit par la stimulation provoquée sur place, d'une phagocytose plus énergique — comme par exemple dans le traitement de l'anthrax ou des plaques érisypélateuses au début, à la périphérie desquels on pratique des piqûres : — on ne peut compter ni sur les propriétés antiseptiques, ni sur les propriétés antiputrides, ni sur les propriétés antipyrétiques de l'acide phénique, et en plus on s'expose à des accidents d'importance variable suivant les sujets, leur âge et leur sexe ; les femmes et surtout les enfants sont particulièrement sensibles à l'intoxication phéniquée.

Le phénol a cependant une propriété qui mérite de ne pas passer inaperçue en matière d'hypodermie. Il est analgésique, et, comme nous l'avons dit, antiputride. A ce double titre, il peut être introduit avec profit dans les formules des divers sérums usités en thérapeutique, à condition que la proportion ne dépasse pas 1 p. 100.

C'est, on le voit, limiter singulièrement les indications d'un médicament qui, nous le répétons, a joué dans le public et parmi les médecins, d'une faveur absolument injustifiée.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* l'acide phénique est absolument contre-indiqué. *Chez l'adulte :* 10 centigrammes par injection, jusqu'à 1 gramme en 24 heures et en plusieurs piqûres.

Nous estimons que 10 centigrammes constituent une dose faible et sans danger : 1 gramme est une dose assez forte pour entraîner dans quelques cas rares des accidents qui deviennent fréquents au-dessus d'un gramme.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats :* La douleur peu marquée disparaît généralement presque tout de suite après la piqûre, à condition bien entendu que le titre ne soit pas supérieur à 1 p. 100. Le phénol en solution huileuse est absolument indolore (Roussel).

b) *Eloignés :* Pas d'indurations consécutives, pas d'accidents locaux. Même avec une dose de 50 centigrammes, on peut observer de la coloration en noir des urines, un abaissement de la température avec dépression du pouls. A un degré plus accusé, on peut avoir de la cyanose, de la perte de l'excitabilité réflexe, de la tendance au collapsus.

FORMULES

Nous n'avons pas l'intention de donner ici la nomenclature des innombrables formules qui ont été proposées par des au-

1. A. Weil, Valeur préventive du sérum antidiphthéritique (th. de Paris, 1897, n° 51).

teurs souvent éminents. A notre avis, elles doivent être ramenées à deux types très tranchés : 1° celles où l'acide phénique est destiné à agir sur l'économie tout entière (?), ou mieux figure, à titre accessoire, comme analgésique; 2° celles où l'acide phénique doit exercer une action locale.

Dans le premier cas, les solutions seront à 1 p. 100; dans le second, elles pourront atteindre jusqu'à 50 p. 100. A la première catégorie appartiendra la formule type suivante :

Phénol absolu	1 gr.
Eau stérilisée ou mieux : Huile d'olive stérilisée à 120°	100 c. cubes.

1 à 10 centimètres cubes.

A la deuxième, cette autre :

Phénol absolu	5, 10, 25 ou 50 gr.
Glycérine / Eau stérilisée	ãã 50 centim. cubes.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Résumé des arguments produits en faveur du Dr Laporte.

Dans quelques semaines va revenir devant la chambre des appels correctionnels l'affaire qui préoccupe à si juste titre le corps médical. Le Dr Laporte sortira de cette nouvelle épreuve réconforté par l'appui que lui auront prêté tous ses confrères, rehaussé dans l'estime publique par la notoriété que lui auront value l'approbation donnée par les accoucheurs les plus autorisés à sa conduite professionnelle, et réhabilité par la justice de son pays.

Les documents que nous avons successivement publiés ne laissent aucun doute à cet égard. Ils justifient tout ce que nous avions écrit dès le premier jour où nous avons eu connaissance de ce triste procès.

« Le Dr Laporte, disions-nous le 5 octobre 1897, n'a eu aucune intention criminelle; il n'a commis aucune faute professionnelle ni au point de vue du diagnostic ni au point de vue des indications thérapeutiques. S'il a été maladroit — ce que j'ignore — les conditions dans lesquelles il était tenu d'opérer atténuent singulièrement sa responsabilité. » Et, quelques jours avant la comparution de notre confrère devant la 9e chambre, sans savoir que M. Pinard prendrait en mains sa défense, nous demandions que le tribunal fît appeler « ceux de nos maîtres en obstétrique qui sont assez éclairés pour pouvoir juger dans quelles conditions a opéré le Dr Laporte et assez impartiaux pour l'innocenter si, comme nous le croyons, il a agi de bonne foi et sans imprudence ou ignorance incompatibles avec l'exercice consciencieux de l'art ».

On sait en quels termes M. Pinard a déposé devant le tribunal et cherché à démontrer l'innocence absolue de son malheureux confrère.

Depuis son intervention, les arguments qu'il a développés et les expériences qu'il a instituées ne peuvent plus laisser aucun doute sur l'erreur des experts et la nécessité de reviser le procès que cette erreur a rendu possible.

Après une discussion aussi précise qu'irréfutable des conclusions de l'expertise, M. Varnier a prouvé que l'autopsie avait été faite maladroitement, avec inobservance des règles qui doivent présider à une semblable opération ; que dès lors le procès-verbal d'autopsie était frappé de nullité. Les conclusions du rapport signé par MM. Maygrier et Socquet prouvaient d'ailleurs à qui sait lire entre les lignes que les conclusions sommaires du premier rapport signé par M. Socquet avaient été au moins imprudentes. Depuis, M. Ribemont Dessaignes a démontré qu'il était absurde d'accuser d'inobservation des règles de l'art un médecin qui, au contraire, avait agi conformément aux règles précises enseignées par ses maîtres. Enfin les expériences de MM. Pinard, Varnier et Albarran ont apporté une preuve anatomique et physiologique indiscutable aux arguments déjà émis à l'encontre des conclusions de l'expertise.

La question est donc jugée aux points de vue scientifique et pratique. Tous les maîtres en obstétrique ont envoyé leur adhésion à M. Pinard et le dossier qui sera soumis à la Cour éclairera à ce point de vue toutes les obscurités qu'a pu laisser dans l'esprit des premiers juges l'inconscience de ceux qui avaient conclu à la culpabilité du Dr Laporte.

Mais si la question de fait ne paraît susceptible que d'une solution, il n'en est pas de même de la question de jurisprudence qui, elle aussi, nous intéresse.

Nous espérons donc que, dans le jugement qui sera rendu par la Cour d'appel, seront relevés et condamnés, comme il doivent l'être, certains *attendus* du jugement de première instance.

Il importe, en effet, que l'on fixe de nouveau, et avec la netteté qui ressort des conclusions si justement célèbres du procureur général Dupin, les conditions dans lesquelles un médecin peut être accusé d'homicide par imprudence et condamné pour une faute exclusivement professionnelle.

Or, nous l'avons déjà dit (et ne nous le répétons que pour répondre à certains articles qui ont compromis la cause qu'ils prétendaient défendre), la jurisprudence d'accord avec le bon sens reconnaît que, si la responsabilité du médecin existe pour toutes les fautes *lourdes*, elle n'existe pas pour les erreurs commises dans l'exercice consciencieux de la profession médicale.

Cet exercice consciencieux exige, il est vrai, un certain degré d'attention et d'instruction. Mais il n'y a faute grave et, par conséquent, responsabilité, que dans les cas où les faits reprochés au médecin se compliquent de négligence, de légèreté et d'ignorance des choses que tout médecin doit nécessairement savoir. Un médecin peut donc être poursuivi pour avoir transmis la syphilis par un instrument malpropre, pour avoir prescrit un médicament toxique à une dose nécessairement et fatalement mortelle, pour avoir opéré en état d'ivresse, voire même pour avoir omis de lier une artère ou de retirer une pince à forcipressure avant d'avoir suturé une vaste incision abdominale. Dans tous ces cas il peut être condamné et cependant, pour qu'il le soit et alors même qu'il y a eu de sa part ignorance incontestable, négligence, impéritie ou imprudence, il faut toujours qu'une expertise sérieuse, faite par des hommes compétents, éclaire le juge et précède l'arrestation de l'inculpé. C'est ce qu'avaient admis jusqu'à ce jour non seulement les médecins légistes mais encore tous les jurisconsultes.

Or, dans l'affaire Laporte, le jugement ne se borne pas à viser les conclusions erronées d'un rapport d'expertise. Il accepte comme vraies les dépositions intéressées de témoins incompétents et, contrairement au bon sens ou à la vérité, accuse le Dr Laporte d'avoir fait plusieurs applications de forceps *sans guider l'instrument avec la main*, d'avoir donné à la parturiente *une position vicieuse*, de ne pas avoir *aseptisé* ses instruments, *de n'avoir encore*

pratiqué que deux accouchements en dehors de ses études gynécologiques et de n'avoir jamais fait de craniotomie (!)

Les documents que nous avons publiés montrent le cas qu'il faut tenir de ses allégations.

De nombreux jugements ont suffisamment défini le rôle du juge et celui des conseils médicaux qui doivent l'éclairer pour qu'il nous semble nécessaire d'insister à cet égard. Dans l'affaire qui a motivé les conclusions au procureur général Dupin il s'agissait d'une erreur professionnelle sérieuse. Un médecin pratiquant une saignée avait lésé l'artère brachiale. C'était une faute autrement grave que celle dont a été accusé le Dr Laporte. Or, le procureur général Dupin a été formel à cet égard : « *Le simple fait d'avoir ouvert l'artère brachiale n'entraînerait pas la responsabilité* », a-t-il dit. Il n'y aurait pas non plus à examiner avec les premiers juges s'il fallait employer tel ou tel mode de compression ; s'il n'y avait eu que de pareils motifs le jugement devrait être cassé... » De même, dans un arrêt non moins célèbre, la cour de Besançon avait dit que les tribunaux « ne peuvent apprécier l'opportunité ou l'exactitude plus ou moins parfaite d'une opération chirurgicale, la valeur d'un procédé comparée au résultat d'un autre procédé parce qu'ils ne sauraient jamais être convertis en conseils médicaux supérieurs distribuant le blâme avec la peine et indiquant la route qu'il faut suivre. »

Ces paroles répondent suffisamment aux « *attendus* » qui ont condamné le Dr Laporte pour qu'il nous soit permis d'espérer que la Cour d'appel rétablira à cet égard le doctrine qui doit prévaloir.

Mais il y a plus. Une loi récente vient de réformer, comme nous l'espérions, le Code d'instruction criminelle et de donner au prévenu la garantie d'un avocat-conseil. Espérons qu'une autre loi que nous avons souvent réclamée n'admettra comme experts devant les tribunaux que des médecins éclairés, expérimentés, ne pouvant, comme on l'a vu trop souvent dans ces dernières années, être condamnés par leurs confrères. Espérons aussi qu'une union plus intime entre tous les médecins ne laissera plus désormais abandonnés, comme l'a été le Dr Laporte dans les premiers jours de sa détention, ceux de nos confrères qui n'ont en rien manqué aux règles professionnelles.

Nous ne tarderons pas, nous l'espérons du moins, à faire accepter par l'Association générale des médecins de France des mesures qui, plus efficaces que ne le serait l'institution d'un *Ordre de médecins*, contribueront à donner à tous ses membres l'appui matériel et moral que leur promet l'article 6 de ses statuts.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Souscription Dr Laporte.

5e liste

Dr Boyer (la Magistère)	5
Dr P. Drapier (Rethel)	5
Dr Lefèvre	5
Dr Moret	5

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Thèses présentées et soutenues pendant l'année scolaire 1897-1898.

1. — Gerest (Jérôme-Maurice) ; Applications de la théorie des neuromes à l'étude des affections nerveuses systématiques ; essai de classification rationnelle (302 pages).

2. — Tixier (Louis) : Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale. Du shock abdominal. Etude clinique et expérimentale (351 p.).

3. — Roche (Félix) : Quelques localisations rares de l'échinocoque ; appareil digestif, système nerveux, séreuses, appareil circulatoire, voie urinaires (125 pages).

4. — Briau (Eugène) : Recherches anatomiques et physiologiques sur l'innervation du corps thyroïde (67 pages).

5. — Beuf (Antoine) : Des troubles fonctionnels consécutifs à l'amputation totale de la langue ; résultats de la prothèse linguale (75 pages).

6. — Pernot (Paul) : Traitement de la pyonéphrose tuberculeuse par les ouvertures et les drainages multiples (néphrotomie multiloculaire) (64 pages).

7. — Cousin (Joseph) : De l'emploi de la radiographie dans les lésions traumatiques du poignet (59 pages).

8. — Daireaux (Emmanuel) : De l'abcès rétro-lingual (52 pages).

9. — Tête (J.-Urbain) : Du double souffle intermtitent crural en dehors de l'insuffisance aortique et particulièrement dans l'athérome artériel (35 pages).

10. — Peltier (Charles-Emile) : Contribution à l'étude clinique de la méningite spinale syphilitique (64 pages).

11. — Charsin (Daniel) : Des opérations économiques sur le testicule tuberculeux (56 pages).

12. — Long (Célestin) : De l'actinomycose cervico-faciale à forme chronique (72 pages).

13. — Chirat (Lucien) : De l'évacuation de l'utérus par le curetage digital (63 pages).

14. — Jodry (Emile-Eugène) : Contribution à l'étude du diabète traumatique (80 pages).

15. — Fischer (Georges) : Contribution à l'étude de la péricardite brightique (123 pages).

16. — Gaudin (Joseph) : Considérations sur l'anatomie pathologique et l'étiologie de l'anémie pernicieuse chronique (71 pages).

Nombre de lits dans les hospices civils de Lyon. — Ils sont au nombre de 5096 ainsi répartis : Hôtel-Dieu, 1065 ; hôpital de la Croix-Rousse, 451 ; hospice de la Charité, 1700 ; hospice du Perron, 419 ; hospice de l'Antiquaille, 1099 ; asile Sainte-Eugénie, 207 ; hospice des Vieillards de la Guillotière, 155.

Ce qu'on peut trouver dans un vagin. — Chez une vieille fille âgée de 60 ans, d'un esprit plus que borné et atteinte d'un écoulement tellement fétide qu'il incommodait son voisinage et faisait soupçonner l'existence d'un néoplasme, M. E. Monod a trouvé un gros bouchon en liège, un dé à coudre, un long fragment de chiffon, un étui à aiguille en bois sans couvercle, et un fragment de lacet de bottine. (*Annales de policlinique de Bordeaux.*)

Un préservatif de la tuberculose. — Un observateur américain regarde comme indiscutable le fait suivant qui résulte, dit-il, de recherches prolongées, c'est que jamais un sujet privé d'un bras ou d'une jambe ne devient phtisique. De ce fait il déduit aussitôt en esprit logique qu'aux nombreux remèdes préconisés contre la phthisie il y a lieu d'adjoindre l'amputation d'un membre comme excellent moyen préventif. Et il livre gratuitement cette précieuse idée aux réflexions du monde médical.

Le malheur est qu'il n'en a pas la primeur. Déjà, dans le *Malade imaginaire*, Toinette déguisée en médecin dit à Argan :

— Voilà un bras que je me ferais couper tout à l'heure si j'étais que de vous.

— Et pourquoi ?

— Ne voyez-vous pas qu'il tire à lui toute la nourriture et qu'il empêche ce côté-là de profiter ? (*Lyon Médical*).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — De la fièvre thyroïdienne dans les opérations de goître (p. 1189).
REVUE DES CONGRÈS. — *63e Réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne :* Arthrite déformante. — Occlusion intestinale. — Régime des diabétiques (p. 1191).
SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine.* — *Société de biologie :* Venin de vipère. — Sérum de Marmorek. — *Société de chirurgie :* Abcès sous-phréniques (p. 1192). — Hystérectomie abdominale. — Ablation d'une tumeur du foie. — Ulcère de l'estomac. — *Société médicale des hôpitaux :* Ponction du pneumothorax (p. 1193). — Pleurésie putride. — Contagion de fièvre typhoïde. — Névrites alcooliques. — La ménopause et le rein. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie :* Ulcérations papillomateuses de la jambe (p. 1194). — Ichtyose congénitale. — Syphilis héréditaire. — Mélanodermie et érythrodermie. — Acrodermatites continues. — Folliculites séborréiques. — Crevasses (p. 1195). — Dactylites suppuratives. — Lésions pilo-sébacées en placards. — *Société de thérapeutique :* Traitement de la scrofule (p. 1196). — Idiosyncrasie pour le calomel. — *Société nationale de médecine de Lyon :* Pathogénie de la fièvre thyroïdienne. — Appendicite et grossesse. — *Société des sciences médicales de Lyon :* Etiologie de l'actinomycose (p. 1197).
SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine berlinoise :* Infection staphylococcique chronique. — Obésité et diabète (p. 1197). — Hématémèse dans la cirrhose du foie. — Angleterre. *Pathological Society of London :* Ligature des uretères. — Rétrécissement aortique. — *Birmingham and Midland counties Branch of the British medical Association :* Appendicite et pyléphlébite. — Occlusion intestinale (p. 1198). — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne :* Fractures du crâne chez l'enfant. — Belgique. *Cercle médical de Bruxelles :* Luxations rares. — Hernies vésicales. — Ulcères de la jambe. — Anévrysmes veineux. — Surdité (p. 1199). — *Société médico-chirurgicale du Brabant :* Corps étranger dans l'œil. — Alimentation des enfants. — Favus de la région du flanc. — Atonie vésicale (p. 1200).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet.

De la fièvre thyroïdienne dans les opérations de goître,

Fièvre thyroïdienne expérimentale (1),

Par L. Bérard,
Chef de clinique chirurgicale.

Après les opérations portant sur le corps thyroïde dans les cas de goître charnu (hypertrophie ou adénome), il est presque de règle de noter une élévation de température pendant les 8 ou 10 jours qui suivent l'intervention. Ce phénomène, constaté depuis longtemps par MM. Poncet et Jaboulay chez leurs opérés, avait été signalé dans divers travaux de leurs élèves Orcel, Gérard (2), Jenny (3), à propos de la thyroïdectomie partielle, de la strumectomie et de l'exothyropexie. A notre tour, dans notre thèse (4), nous avions étudié de près les conditions d'apparition et l'évolution clinique de cette hyperthermie, que nous avions observée dans les proportions de 6 cas sur 10 après la thyroïdectomie partielle, de 8 cas sur 10 après la strumectomie, et de 7 cas sur 10 après l'exothyropexie.

1. Communication faite à la *Société de médecine de Lyon*, le 6 décembre.
2. Gérard, De la thyroïdectesis ou exothyropexie (thèse de Lyon, 1893).
3. Jenay, Atrophie des portions de goitre laissées en place après les opérations partielles (thèse de Lyon, 1893).
4. L. Bérard, *Thérapeutique chirurgicale des goitres*, Masson, Paris, 1897.

Les caractères généraux de la fièvre thyroïdienne sont les suivants :

Le soir même, ou en général le lendemain de l'opération, la température s'élève brusquement à 39°, 39°5 et même 40° (40°2 dans une observation récente de M. Poncet), pour osciller ensuite entre 38°, 39° et 39°5 avec des rémissions matinales non constantes jusqu'au 8e 10e ou 11e jour où elle retombe à la normale. Seule, l'élévation rapide dès le 2e jour au-dessus de 39° est assez habituelle; quant aux oscillations de la courbe thermique pendant la période de fièvre, elles n'ont rien de cyclique et la défervescence peut se faire en chute brusque ou en lysis.

Ce qui frappe pourtant à l'examen de tels malades, c'est le désaccord entre cette hyperthermie considérable et le maintien d'un état général relativement bon. Souvent le pouls et la respiration s'accélèrent dans des proportions notables; mais d'ordinaire, avec 40° au thermomètre, le pouls ne s'élève pas au delà de 100 à 110, jamais au delà de 130; la respiration dépasse rarement 26 à 30 à la minute.

En même temps, l'opéré accuse des bouffées de chaleur, des sueurs abondantes, parfois des tremblements et une surexcitation considérables; les téguments peuvent présenter une vasodilatation par plaques; mais ces accidents ne donnent pas à l'observateur l'impression d'une infection grave; la langue se maintient humide et rosée; les fonctions digestives indemnes, sauf à la période de déclin où la diarrhée n'est pas rare; les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés, et l'auscultation du poumon ne fournit que des résultats négatifs.

Il ne saurait être question d'ailleurs, chez ces malades, de phénomènes d'infection opératoire, car si l'on découvre la plaie au bout de 2 ou 3 jours, on trouve les pièces profondes du pansement autour des drains imbibées d'une sérosité claire, sans odeur; les téguments au voisinage des sutures ne sont ni enflammés, ni chauds, ni œdématiés.

Il ne s'agit pas non plus d'une sorte de myxœdème aigu, dû à une suppression brusque d'une portion de la glande thyroïde et de la sécrétion qu'elle fournissait; le myxœdème aigu ne survient jamais d'une façon aussi immédiate quand on l'observé après les opérations partielles ainsi que l'ont signalé MM. Reverdin, Girard, Zézas, Sulzer, Sonnenbourg (1895); de plus s'il est caractérisé parfois par des phénomènes de tétanie et de surexcitation, le plus souvent, il est constitué par de l'hypothermie, de la pâleur, de la torpeur, signes exactement opposés de ceux qui accompagnent la fièvre thyroïdienne. Nous serions même enclins à ranger dans cette dernière la plupart de ces prétendus cas de myxœdème aigu, passager, où il y avait de l'élévation thermique et qui guérissaient souvent avant la cicatrisation complète de la plaie opératoire sans qu'on eût administré aux malades aucun traitement thyroïdien (Reverdin-Girard).

Pourtant, il est hors de doute que le myxœdème aigu existe après les opérations même partielles et ayant respecté des portions de la glande suffisantes pour fournir ultérieurement aux besoins de l'économie. Il s'agit alors d'une inhibition plus ou moins prolongée des nerfs sécréteurs (grand sympathique) par le traumatisme opératoire lui-même.

Dans la production de cette fièvre, la quantité de tissu

thyroïdien enlevé importe beaucoup moins que l'étendue des dilacérations; d'habitude même l'hyperthermie est plus constante, plus élevée et plus durable après une énucléation massive ou intraglandulaire, après l'exothyropexie d'un goître charnu qui nécessitent des manipulations prolongées de la glande, qu'après une thyroïdectomie extracapsulaire même de tout un lobe si l'on a pratiqué des ligatures préalables des vaisseaux et excisé rapidement la tumeur sans ouvrir la capsule propre. Nous avons pu faire cette comparaison sur les deux dernières malades opérées par M. Poncet; toutes deux avaient des goîtres parenchymateux, mais, chez l'une, il s'agissait de nodules charnus multiples infiltrant les deux lobes, que l'on extirpa par l'énuclation massive, avec suture hémostatique du tissu sain formant la coque; chez l'autre, c'était une hypertrophie du lobe médian englobant presque la totalité du lobe gauche, qui fut enlevée par thyroïdectomie partielle entre 2 fortes ligatures. La première opérée monta à 40° dès le 2e jour, tandis que la deuxième ne dépassa jamais 38° 3.

Si l'on fait cette autre remarque que chez des sujets goîtreux ou non, l'ingestion de substance thyroïdienne ou de iodothyrine en quantité suffisante détermine des phénomènes de tachycardie, de tremblements et des élévations de température (Robin (de Lyon), Murray, White, Lépine) (1), superposables comme tracés à la fièvre thyroïdienne des opérés, on arrive tout naturellement à la conception pathogénique de cette dernière. Elle traduit simplement des phénomènes d'intoxication, d'hyperthyroïdisation temporaire, dus au passage dans la lymphe ou dans le sang des produits de sécrétion glandulaire mis en circulation par la dilacération du parenchyme, et élaborés parfois pendant quelques jours encore en quantité exagérée à cause de l'irritation des nerfs sécrétoires au cours de l'opération (tiraillements de ces nerfs dans les énucléations laborieuses et dans l'exothyropexie).

Afin d'avoir la preuve expérimentale de cette hypothèse, nous avons utilisé les portions de goître charnu provenant des deux malades auxquelles nous faisions allusion ci-dessus, pour pratiquer chez des lapins des infections intraveineuses d'extrait glycériné de pulpe thyroïdienne goitreuse (2). Chez les sept animaux en expérience, les résultats furent toujours les mêmes; avec des doses d'extrait glycériné (à 50 p. 100 de glycérine) variant de 2 à 8 centimètres cubes suivant le poids des animaux, de façon à injecter environ 2 centimètres par kilogramme, nous avons toujours constaté, de 3/4 d'heure à 1 heure 1/2 après l'injection dans la veine de l'oreille, une élévation de température de 1/2 à 1 degré se poursuivant pendant 2 ou 3 jours pour atteindre 1 degré 1/2 et même 2 degrés. En même temps, le pouls et la respiration s'accéléraient, de la diarrhée apparaissait pendant 1 ou 2 jours; en outre, chez quatre animaux, dès le 2e jour, on put noter des contractures dans les pattes et une hyperexcitabilité réflexe des plus nettes. Chez deux animaux, de nouvelles injections à la même dose furent répétées au bout de 2 et 3 jours et déterminèrent une accentuation de l'hyperthermie et des phénomènes nerveux : au bout de 6 à 8 jours, tout était rentré dans l'ordre. A aucun moment, il ne fut possible de constater quelque phénomène du côté du corps thyroïde des animaux en expérience.

De façon à éviter toute cause d'erreur, nous injectâmes à un animal témoin une dose équivalente d'un mélange de glycérine et d'eau stérilisée qui détermina seulement pendant les 5 premières heures une élévation de température de 4/10 de degré. De même des injections de spermine dans la glycérine à 1/2 ne donnèrent aucune élévation de température.

Ce sont là les premières expériences faites avec de la glande thyroïde de provenance humaine, et hypertrophiée ou goîtreuse. Mais déjà, en 1895, Georgiewski (1) et, en 1896, MM. Ballet et Enriquez (2) avaient noté sur des chiens, après l'ingestion journalière de 5 à 10 grammes de thyroïde fraîche de bœuf, ou après l'injection sous-cutanée de 1 à 8 cent. cubes de suc thyroïdien une série de symptômes graves, réalisant à la longue le tableau complet du basedowisme avec hyperthermie, tachycardie, phénomènes d'excitation manifestes, polyurie, azoturie et glycosurie. Plusieurs de ces chiens moururent, et à l'autopsie on ne trouva que des lésions congestives dans les principaux viscères, avec une hyperhémie surtout marquée de la moelle allongée.

Nous avons cherché aussi à savoir si le suc thyroïdien du goître est plus toxique que celui de la glande normale; nous avons donc injecté, dans des conditions identiques de dilution et de dose, de l'extrait glycériné normal et de l'extrait glycériné goîtreux; après une injection à la dose de 3 cm. cubes par kilog. d'animal, le lapin qui avait reçu le produit de la glande normale présenta une hyperthermie de 8/10 de degré durant un jour seulement, sans phénomènes nerveux ni diarrhée, tandis que celui qui avait reçu de l'extrait de goître était encore au bout des 3 jours en hyperthermie de 1°, avec une diarrhée abondante.

Il semble donc que, déjà dans l'hypertrophie simple de la glande thyroïde (nous ne parlons pas évidemment du goître kystique), cette glande sécrète des produits plus toxiques que normalement. Cette propriété, comme on le sait, est encore beaucoup plus marquée dans l'hypertrophie thyroïdienne du goître exophthalmique et c'est la décharge circulatoire de la glande malade des basedowiens qui donne ces terribles accidents rapidement mortels, avec hyperthermie énorme (40°, 41°), dont les chirurgiens (Allen Starr, Poncet) (3) ont noté la proportion dans 35 p. 100 des cas où l'intervention avait porté sur la glande elle-même, ou avait nécessité des manipulations des lobes [même pour de simples ligatures des artères thyroïdiennes : Koch (*Revue de la Suisse Romande*, 1897)].

L'hyperthermie est la manifestation la plus constante, parfois la seule de cette intoxication basedowienne dont l'origine thyroïdienne n'est plus à démontrer (4). Le fait suivant observé par nous tout récemment dans le service de M. Jaboulay a la valeur d'une expérience : une malade atteinte de goître exophthalmique, à qui M. Jaboulay devait pratiquer une résection partielle double du sympathique cervical, est préparée à l'opération par un infirmier qui, croyant à un goître ordinaire fait une désinfection soigneuse de la région thyroïdienne, avec frictions énergiques de la peau du cou à l'aide d'une brosse

1. Lépine, De la thyroïodine ou iodothyrine (*Sem. méd.*, 1896).

2. Ces expériences ont été faites au laboratoire de la clinique avec le concours de M. Rauzy, élève de l'Ecole de santé militaire, et se trouveront rapportées dans sa thèse sur les intoxications thyroïdiennes dans les opérations pour goître.

1. Georgiewski, *Presse médicale*, 1895, et *Bulletin médical*, 1897.

2. Ballet et Enriquez, *Médecine moderne*, 1896.

3. A. Poncet, Dangers des opérations thyroïdiennes dans le goître exophthalmique (*Acad. de méd.*, juillet-septembre, 1897.)

4. Il ne s'agit, bien entendu, que de la pathogénie de l'intoxication aiguë basedowienne après les interventions sur la tumeur du goître exophthalmique, mais non de la pathogénie du goître exophthalmique lui-même.

trempée dans l'eau de savon. M. Jaboulay pratique, ensuite la sympathectomie double, rapidement et sans incident. Le soir même, la température, qui était auparavant à 37°8, monte à 38°2, et le lendemain matin à 40°3, pour retomber le soir à 38°8, puis revenir définitivement à la normale. L'accélération du cœur avait augmenté de pair avec l'élévation thermique.

On pourrait sans doute admettre, à cause de ce dernier phénomène, qu'il y a eu au cours de l'opération, avant la section, excitation du grand sympathique, d'où décharge de sécrétion thyroïdienne et tachycardie.

Mais comme cet incident ne s'est reproduit chez aucun des autres opérés de sympathectomie, il est plus probable que les excitations de la glande ici furent directes et consécutives aux frictions prolongées exercées par l'infirmier sur la peau du cou.

Nous ne saurions nous prononcer encore sur l'action intime de ces substances hyperthermisantes dans l'économie. En ce qui concerne le goître (sans basedowisme), nous ne les avons pas isolées, faute de matériaux d'expérience en quantité suffisante; tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'elles ne sont pas retenues par le filtre Chamberland: les produits glycérinés filtrés que nous avons utilisés nous ayant donné des résultats expérimentaux semblables à ceux des produits obtenus par simple macération, sans passage au filtre.

Dans une série d'expériences ultérieures, nous chercherons à isoler ces produits et nous reprendrons l'étude de la toxicité urinaire, chez les opérés de goître, commencée par Orcel en 1891.

REVUE DES CONGRÈS

63e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE,

Tenue à Montréal les 31 août, 1er, 2 et 3 Septembre 1897.

SECTION DE MÉDECINE

Arthrite déformante.

M. Stewart. — J'ai observé à l'hôpital 40 cas d'arthrite déformante; il y avait 20 hommes et 20 femmes; on sait que la proportion ordinaire est de 5 hommes pour 1 femme. Dans 8 cas il y avait des antécédents héréditaires de rhumatisme, de tuberculose dans 5 cas et de nervosis urectans 4 cas. Quant aux causes occasionnelles, elles ont été les suivantes : il y avait des antécédents de blennorrhagie dans 30 p. 100 des cas chez les hommes et dans 3 de ces cas il y avait eu au moins deux attaques de chaudepisse. Chez les femmes il n'y a eu de troubles génitaux que dans un cas. Après la gonorrhée, l'exposition au froid paraît avoir une action et elle fut la seule ou la principale cause dans 5 cas. La fatigue fut signalée dans 4 cas. Trois malades ont eu des abcès sous-cutanés, 2 une otite double, 2 l'influenza et 2 une amygdalite. La fièvre typhoïde, la diphthérie agissent aussi. Dans 15 p. 100 des cas on ne put découvrir aucune cause. En somme, dans 50 p. 100 des cas il y a eu une maladie infectieuse antérieure, laquelle a été le plus souvent la gonorrhée.

Les raisons qu'on donne généralement pour faire admettre l'origine nerveuse de l'arthrite déformante sont les suivantes :

1° Dans certaines affections de la moelle, comme le tabès, la syringomyélie, l'atrophie musculaire progressive, on trouve des lésions articulaires rappelant cette maladie;

2° Dans l'arthrite déformante il y a très fréquemment une atrophie musculaire très précoce et très prononcée;

3° On trouve fréquemment dans les antécédents des causes d'affaiblissement du pouvoir de résistance aux maladies du système nerveux central;

4° Souvent l'arthrite déformante se traduit au début par des symptômes nerveux indiquant une lésion nerveuse centrale ou périphérique. Dans 10 des 40 cas précédents la maladie a été précisée par des soubresauts et de l'engourdissement des membres.

Il est difficile d'expliquer l'atrophie précoce de l'arthrite déformante. On doit la mettre sur le compte de quelque lésion articulaire et non sur le compte de lésions nerveuses centrales hypothétiques. Il s'agit avant tout d'une affection articulaire. Je n'ai jamais pu découvrir bien nettement de trouble de la sensibilité dans l'arthrite déformante. Il n'y a jamais d'anesthésie. Sur les 40 cas précédents, il n'y avait que 3 fois des antécédents de tuberculose, proportion à peu près égale à celle qu'on trouve parmi les sujets sains. Cependant une prédisposition tuberculeuse peut, en diminuant la résistance de l'organisme, faciliter l'apparition de l'arthrite déformante, mais dans tous les cas elle n'agirait que de cette façon. Souvent il y a des antécédents rhumatismaux; 4 fois il y a une histoire bien nette de rhumatisme aigu. Dans 30 p. 100 au moins des cas le début a été marqué par du rhumatisme aigu ou subaigu; il y a donc une relation étroite entre ces maladies. Il n'y a pas de ligne de démarcation bien marquée entre le rhumatisme chronique et l'arthrite déformante. En France et en Allemagne on a l'habitude d'appeler rhumatisme chronique une affection qu'en Angleterre on appelle arthrite rhumatoïde (a. déformante). Actuellement nous n'avons pas la preuve que l'arthride rhumatoïde est due à un microbe, mais la chose est fort probable. A mon avis le meilleur traitement consiste en bains d'air chaud, qui amènent une plus grande facilité dans les mouvements.

M. Smith. — Cette affection est une polyarthrite chronique et n'est pas un rhumatisme. Le fait que 30 p. 100 des sujets mâles ont eu la gonorrhée plaide fortement en faveur de l'origine microbienne.

M. Lindsay. — On ne peut pas faire trop bon marché de la théorie nerveuse, car elle a pour elle l'atrophie aiguë. J'ai vu beaucoup de cas d'arthrite déformante consécutive au rhumatisme chronique.

M. Jacobi. — Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des synoviales, l'arthrite déformante est une maladie des cartilages.

Occlusion intestinale.

M. Atherton. — J'ai observé un cas d'occlusion intestinale dû à l'étranglement d'une anse de l'iléon par un diverticule de Meckel, chez un homme qui était atteint d'une petite hernie ombilicale et qui une ou deux fois par an avait des crises douloureuses, s'accompagnant depuis quelque temps de vomissements. Les vomissements devinrent persistants, le ventre se ballonna, le faciès fut grippé; le diverticule de Meckel avait la forme et les dimensions d'une poire; il était en partie gangrené. Le malade mourut 30 heures après l'opération. A l'autopsie on trouva une anse d'iléon engagée dans un orifice du mésentère. Distension intestinale considérable; pas de péritonite.

Régime des diabétiques.

M. Saundby. — Trop souvent, chez les diabétiques, on s'empresse de supprimer tous les aliments hydrocarbonés, ce qui ne fait point disparaître complètement le sucre dans les cas de diabète grave, attendu que dans la série des transformations ayant pour point de départ l'albumine et pour terme l'urée, on voit se former une molécule hydrocarbonée. Le mieux est donc de voir chez chaque malade quelle est la proportion d'aliments azotés, gras et hydrocarbonés qui convient le mieux. Pour apprécier la valeur du régime, on tiendra compte des analyses d'urines et surtout du poids du malade, qui devra se peser régulièrement. Si le régime donne de bons résultats, on pourra progressivement y ajouter du lait, puis des pommes de terre.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 Décembre 1897.

Distribution des prix.

Voir la liste dans notre couverture.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 Décembre 1897.

Cholestérine et sels biliaires vaccins chimiques du venin de vipère.

M. Phisalix, dirigé par ce fait que les venins et les toxines traversent le tube digestif sans provoquer d'accidents chez l'animal, a fait des recherches pour voir si le défaut des toxines ne tiendrait pas en pareil cas à l'action antitoxique de la bile.

Les expériences faites dans cette direction lui ont montré qu'un mélange de bile de vipère et de venin de vipère, injecté sous la peau d'un animal ne produit aucun effet toxique. Si l'on injecte simultanément, mais dans des points différents, de la bile de vipère et du venin de vipère, l'animal succombe. Par contre, si la bile de vipère est injectée 24 heures avant le venin de vipère, l'animal survit. Il semble donc que l'injection de bile de vipère provoque l'apparition des substances immunisantes dans l'organisme de l'animal.

Les recherches faites avec la cholestérine et les sels biliaires (taurocholate et glycocholate de soude) ont montré que ces substances avaient, à peu de chose près, les mêmes propriétés.

M. Charrin a démontré la réalité des modifications d'atténuation subies par les produits microbiens déposés dans l'intestin; il a été amené logiquement à étudier l'action de la bile.

Des mélanges de bile et de toxine s'ont conduit à des résultats nuls ou à des survies indiscutables, mais incomplètes, résultats que des sels de soude associés ont rendu bien meilleurs.

M. Phisalix estime que la différence tient à ce que la bile de vipère qu'il a employée dans les expériences qu'il vient de relater et dans des expériences avec la toxine diphthérique, est plus active que celle dont s'est servi M. Charrin.

Nouvelles expériences montrant que le sérum de Marmorek n'immunise pas le lapin contre le streptocoque de l'érysipèle.

M. Jules Courmont. — Dans deux notes précédentes j'ai montré : 1° que le sérum de Marmorek n'immunise pas le lapin contre le streptocoque de l'érysipèle; 2° que le streptocoque de Marmorek est une espèce distincte du streptocoque pyogène.

Récemment, M. Lemoine a dit qu'il avait vu des propriétés immunisantes du sérum de Marmorek contre le streptocoque d'érysipèle. J'ai recommencé mes expériences avec le sérum et les streptocoques de M. Lemoine. Mes résultats ont été identiques à ceux que j'ai déjà publiés. Je n'ai pas pu constater les propriétés immunisantes du sérum.

Ma divergence avec M. Lemoine tient à ce que cet auteur a inoculé ses animaux à la base de l'oreille pour faire de l'érysipèle. Les résultats sont alors incertains. Il faut inoculer dans le sang, faire de l'infection générale. On voit alors que les immunités ne survivent pas.

M. Van der Velde a dit que le sérum antistreptococcique n'est immunisant que contre l'échantillon utilisé et non contre les autres streptocoques de même espèce. Des expériences en cours seront bientôt publiées sur ce sujet.]

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 Décembre 1897.

Abcès sous-phréniques.

M. Lejars. — Parmi les faits qui ont été présentés à la Société, à la suite de mon observation, il en est un certain nombre qui ne rentrent pas dans ce qu'on est convenu de désigner sous le nom d'abcès sous-phrénique. C'est ainsi que l'abcès gazeux est tout à fait à part, la présence des gaz supposant une perforation du tube digestif, estomac et duodénum le plus souvent, parfois même le côlon, et c'est l'existence de cette perforation qui constitue la gravité particulière de ces cas. A ce point de vue, je désire vous parler d'une malade de M. Courtois-Suffit, opérée par moi. C'était une jeune femme de 32 ans, présentant un long passé gastrique, qui fut prise brusquement de phénomènes plus aigus. Le ventre devint ballonné et la laparatomie médiane conduisit sur une poche contenant des gaz et un pus jaunâtre et fétide; je fis des lavages à l'eau bouillie en même temps que je laissai deux gros drains à demeure. A la fin du 3e jour, nouvelle élévation de la température et mort au 4e jour. A l'autopsie, nous pûmes constater au niveau de la poche ouverte au moment de l'opération, une large perforation de la face antérieure de l'estomac. Derrière l'estomac existait une seconde poche, située en dedans de la rate et cette deuxième poche répondait à une seconde perforation de l'estomac, mais sur la face postérieure. Il y avait donc là un abcès sous-phrénique gazeux, variété un peu à part, dont la pathogénie est intéressante, mais qui, malheureusement, au point de vue thérapeutique, ne saurait prêter à de longs développements.

M. Monod. — J'ai observé deux faits analogues à celui que vient de rapporter M. Lejars. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 25 ans, présentant des douleurs gastriques depuis 2 ans et qui entra à l'hôpital Saint-Antoine le 29 novembre 1894, à la suite d'une crise plus violente, avec un état infectieux des plus graves. L'état général était trop atteint pour permettre un interrogatoire et au bout de quelques jours apparaissait une tuméfaction épigastrique, puis des signes d'épanchement à la base du poumon droit. Le lendemain, la saillie épigastrique avait disparu, tandis que les phénomènes pulmonaires augmentaient. Une large ouverture thoracique permit, mais seulement après avoir traversé le diaphragme, d'évacuer une collection sous-diaphragmatique. La malade sortit guérie au bout de 6 semaines. Dans le 2e cas, c'était un homme, alcoolique, souffrant de crises gastriques de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes et qui fut amené à l'hôpital à la suite d'une crise plus grave qu'à l'ordinaire. Il entra dans le service de M. Hayem où on posa le diagnostic d'abcès sous-phrénique; cependant, devant l'intensité des phénomènes pulmonaires et en présence de ce fait que le malade avait eu quelques jours auparavant une vomique, on aurait pu songer à un foyer de gangrène pulmonaire. Le malade passa dans mon service où je l'opérai d'urgence. Je fis une large incision à la base du thorax non plus à gauche comme dans le premier cas, mais à droite et une résection costale. Le trocart pénétra d'abord dans le poumon, puis au delà, dans une cavité d'où jaillit du pus. Il s'agissait donc d'une collection abondante sous-diaphragmatique, ayant perforé le diaphragme et atteint le poumon. Le malade mourut le soir même.

Au début de l'histoire de l'abcès sous-phrénique, on hésitait entre une collection sous-diaphragmatique et une collection thoracique. Aussi avait-on dit pyo-pneumothorax sous-phrénique et ce mot thorax a une réelle importance, puisqu'il rappelle les difficultés du diagnostic. Aussi je propose d'éliminer le qualificatif pneumo — car il n'y a pas toujours des gaz — et de désigner l'affection sous le nom de *pyo-thorax sous-phrénique*. Dans mes 2 cas, l'origine stomacale est indéniable et c'est ce qui arrive en effet dans la majorité des cas. Au point de vue spécial de la pathogénie, on peut dire qu'il y a deux sortes d'abcès sous-phréniques : les uns, directs, d'origine stomacale, les autres indirects, à distance, à la suite d'appendicite par exemple. Dans la plupart des cas, on se croit en présence d'une pleurésie, mais parfois une saillie épigastrique peut attirer

l'attention; enfin l'interrogatoire met presque toujours sur la voie. En fouillant avec soin les antécédents pathologiques, on y découvre presque toujours des troubles gastriques. Dès le diagnostic posé, il faut intervenir : on ne saurait opérer trop tôt et si dans mes 2 cas l'intervention eût été plus précoce, on aurait évité dans le premier cas la perforation du poumon, et dans le second cas on aurait augmenté les chances de guérison. Maintenant se pose une dernière question. Par quelle voie intervenir? par la voie abdominale ou par la voie thoracique? L'une et l'autre sont bonnes, il faut se conduire d'après le cas particulier; s'il existe une saillie épigastrique, c'est à la voie abdominale qu'il faut donner la préférence, tandis que toutes les fois où les phénomènes thoraciques seront très marqués, il sera plus sage de passer par le thorax.

Hystérectomie abdominale.

M. Ricard. — Il y a près de 6 mois que M. Richelot a fait une communication sur un procédé applicable à l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale et qu'il désigna à cette époque de procédé définitif. Actuellement, devant la Société, devant les congrès, l'hystérectomie abdominale totale a été acceptée par tous comme l'opération de choix. On ne discute plus aujourd'hui sur le pédicule externe ou le pédicule intra-abdominal, tout le monde accepte l'hystérectomie totale et les divergences ne portent plus que sur la façon de la pratiquer.

Je voudrais insister sur la distinction très nette qu'il faut faire à propos de l'hystérectomie abdominale totale, suivant que l'on se trouve en présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus ou de lésions suppurées des annexes.

On peut dire qu'il y a, dans la façon de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, deux grandes méthodes : l'une avec hémostase préalable, l'autre sans hémostase préalable. Dans le second cas on ne s'occupe tout d'abord que de la tumeur et on ne fait l'hémostase qu'en dernier lieu. C'est le procédé de Doyen. Procédé brillant, mais qui ne s'adresse qu'aux cas simples. Suivant l'autre procédé, on va d'abord à la recherche de l'artère utérine, ensuite on enlève le fibrome.

Pour les lésions des annexes, j'ai peu pratiqué l'hystérectomie abdominale totale, mais dans ces cas j'ai fait d'abord, comme pour les fibromes, l'hémostase préalable. C'est souvent très difficile, car les cas où on pratique l'hystérectomie pour annexites sont toujours des cas graves. Il faut décoller les adhérences, faire sa route plus ou moins péniblement vers l'utérine, parfois à travers l'utérus lui-même. C'est à l'utérine correspondant au côté le moins atteint qu'il faut aller tout d'abord, puis ouvrir le vagin, attirer le col, saisir l'utérine du côté opposé et ensuite attaquer les annexes.

M. Peyrot. — Depuis deux ans, je pratique dans mon service, pour l'hystérectomie abdominale totale, un procédé analogue à celui de M. Richelot. Après ouverture de l'abdomen, j'attire autant que possible la tumeur au dehors et je place tout de suite, en passant un fil double à travers ce ligament large. Un fil est lié près de l'utérus, l'autre est ramené en dehors des annexes, puis serré. Après ce temps préliminaire, je fais un lambeau antérieur au moyen des ciseaux, ce qui me permet de décoller la vessie; je coupe ensuite le vagin sur tout le pourtour de l'utérus, en plaçant après chaque coup de ciseau une pince de Kocher. Si le fibrome est très volumineux, cette manœuvre n'est pas facile; j'ai l'habitude dans ce cas d'énucléer le fibrome pour diminuer le volume de l'utérus.

Ablation d'une tumeur du foie.

M. Terrier. — Les ablations de tumeurs du foie ne sont pas très fréquentes. J'ai eu la chance de rencontrer un sujet chez lequel j'avais hésité entre une tumeur du côlon et une tumeur du foie et qui au moment de l'opération, une fois le ventre ouvert, présentait bien une tumeur du foie, susceptible d'être complètement enlevée. J'ai dans cette circonstance utilisé les expériences de mon élève et ami Auvray, c'est-à-dire que j'ai employé le procédé de ligature en chaîne. Il faut serrer très énergiquement, l'on entend les tissus crier; le foie se coupe, mais l'anse reste solidement fixée au tissu profond grâce aux vaisseaux. Une fois la pédiculisation de la tumeur obtenue par la mise en place de la ligature en chaîne, on sectionne au thermocautère. Je n'ai eu tout d'abord aucune espèce d'hémorrhagie, puis en frottant un peu j'ai vu un vaisseau qui donnait assez fort et qu'il fut facile d'obturer au moyen d'une pince. Comme c'était la première intervention de ce genre que je pratiquais, je n'ai pas osé refermer le ventre complètement et j'ai mis de la gaze iodoformée. Les résultats ont été très simples, sans hémorrhagie consécutive et le malade a guéri. En somme les expériences pratiquées sur les animaux ont trouvé dans ce cas leur application dans la thérapeutique chirurgicale.

M. Poirier. — En 1892, j'ai eu l'occasion d'enlever dans le service de M. Richelot une tumeur du foie constituée par un noyau secondaire d'épithélioma. Il n'y eut pas d'hémorrhagie à la suite.

Ulcère de l'estomac avec péritonite par propagation.

M. Tuffier présente une malade qu'il a opérée pour péritonite par suite d'ulcère de l'estomac, sans qu'on ait trouvé la perforation.

M. Hartmann présente une pince pour saisir le col dans l'hystérectomie abdominale totale.

M. Berger rapporte le cas d'une luxation du semi-lunaire.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Décembre 1897.

L'emphysème sous-cutané consécutif à la ponction du pneumothorax.

M. L. Galliard. — Dans l'observation communiquée à la dernière séance, M. Widal a attiré l'attention sur l'abcès gazeux qui s'est produit quelques heures après la ponction autour du point ponctionné.

On n'avait relevé jusqu'ici que des cas où l'emphysème sous-cutané avait succédé *immédiatement* à l'extraction du trocart après la ponction du pneumothorax. M. Galliard a cité ailleurs les cas de Béhier, Church, S. West, et relaté en 1894 une observation personnelle dans laquelle l'emphysème généralisé avait nécessité la pleurotomie immédiate.

Il doit à la libéralité de MM. Ballet et Faure l'observation d'un pleurétique chez qui une injection accidentelle d'air comprimé, venant de l'appareil de Potain, a provoqué un pneumothorax artificiel; au moment de l'extraction du trocart, on vit se produire un emphysème sous-cutané qui resta circonscrit. D'ailleurs, cet emphysème disparut rapidement, l'air injecté dans la plèvre se résorba en 4 semaines environ. La guérison de la pleurésie ne fut pas retardée par cet accident opératoire dont l'effet sembla plutôt favorable.

De même, le professeur Ayerza (de Buenos-Ayres), qui traite méthodiquement les pleurésies tuberculeuses par les injections intra-pleurales d'oxygène, a observé souvent des plaques circonscrites d'emphysème sous-cutané, immédiatement après l'extraction du trocart.

Ici, l'emphysème se distingue du plegmon gazeux, tel que l'a observé M. Widal. Il faut prévoir, dans des cas comme ceux de M. Widal, les abcès gazeux survenant spontanément, sans thoracentèse. M. Galliard les a décrits quand il a étudié, en 1896, le *pyo-pneumothorax de nécessité*. Ils indiqueront toujours l'intervention chirurgicale hâtive.

M. Widal croit qu'il faut établir une différence formelle entre cet emphysème sous-cutané, consécutif à la ponction d'un pneumothorax, et l'emphysème sous-cutané qu'il a observé chez son malade. Le premier est d'origine mécanique, le second d'origine infectieuse, et constituait un véritable abcès gazeux, avec phénomènes inflammatoires aigus; il était dû à la pullulation des germes que l'aiguille, en se retirant, avait semés sur son trajet.

Pleurésie putride sans gangrène, guérie par l'empyème.

M. Achard a observé un cas de pleurésie putride qui peut être rapproché de l'observation communiquée récemment par MM. Widal et Nobécourt. Il s'agit d'un jeune médecin chez qui une pleurésie droite se développa insidieusement. Plusieurs ponctions furent faites et donnèrent issue à du pus fétide. L'état général devint grave, la fièvre hectique apparut, un abcès gazeux se forma au niveau des ponctions. C'est dans ces conditions mauvaises qu'on décida de tenter l'empyème. L'opération fut faite par M. Villemin et suivie d'un succès remarquable. Quelques mois après, le malade reprenait ses occupations.

Il s'agit donc d'un pyothorax avec développement de gaz fétides, sans rien qui rappelât cliniquement la gangrène pleuro-pulmonaire. Ce fait montre bien l'utilité de l'intervention en dépit de la gravité de l'état général.

M. Courtois-Suffit rapporte une observation de pleurésie putride très semblable à celle que M. Widal a communiquée dans la précédente séance.

Il s'agit dans ce cas d'un homme de 23 ans, entrant à l'hôpital avec les signes ordinaires d'une pleurésie aiguë droite avec épanchement moyen. Après une dizaine de jours, le liquide ayant une tendance manifeste à augmenter et, les signes généraux paraissant devenir plus graves, la thoracentèse fut pratiquée et donna issue à un liquide purulent d'une extrême fétidité.

Le surlendemain de la ponction existait, du côté de l'épanchement, un vaste gonflement rougeâtre de la peau, commençant environ à 1 centimètre au-dessous du point d'entrée du trocart et produit par une infiltration de gaz et de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané du thorax. L'opération de l'empyème fut pratiquée, la plèvre lavée avec une solution de permanganate de potasse. La mort survint quelques jours après.

L'autopsie permit de remarquer qu'il n'existait aucune trace de gangrène ni sur le poumon ni sur la plèvre. Les recherches bactériologiques démontrent, à l'examen lamellaire, une très grande quantité de germes, en même temps que la stérilité absolue de tous les milieux de culture ensemencée avec le pus.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde

M. Louis Guinon a observé trois cas de contagion de la fièvre typhoïde à l'hôpital des Enfants-Malades. Ils concernent trois garçons de cinq, six et douze ans, qui avaient été admis à l'hôpital, le premier pour une poliomyélite aiguë, le second, pour un purpura simple récidivant, le troisième pour une bronchite. Ils présentèrent les premiers signes de l'infection typhique 40 jours, 22 jours et 40 jours après leur entrée. Tous trois ont donné la séro-réaction positive et ont guéri au bout de deux à trois semaines.

A ce moment régnait une épidémie de fièvre typhoïde, et la salle qu'occupaient ces enfants contenait des cas graves qu'on traitait par les bains froids. Cette salle était mal éclairée, mal outillée et encombrée. Il n'en faut pas plus pour expliquer la contagion de ces trois enfants. On ne peut invoquer d'autre mode d'infection parce que, pour deux ou moins, l'hospitalisation, déjà ancienne, éloignait la possibilité d'une infection en ville. D'autre part, ces enfants tenus au lit, ne buvant que des tisanes ou du lait, n'ont pu contaminer en buvant de l'eau infectée.

M. Bourcy rapporte un cas semblable; la contagion eut lieu dans des salles encombrées; elle fut favorisée par des conditions hygiéniques très défectueuses.

L'incontinence d'urine et des matières fécales au cours de la paraplégie liée aux névrites alcooliques.

MM. Gilles de la Tourette et **G. Gasne**. — La constatation chez les paraplégiques d'une incontinence des urines et des matières fécales est un des meilleurs arguments en faveur d'une localisation médullaire. Ainsi trois malades de cet ordre, dont nous rapportons l'histoire, avaient été de ce fait considérés comme des myélitiques incurables. Tous les trois ont guéri de leur paraplégie et de leur incontinence, car nous avons pu, au diagnostic de myélite, substituer celui de névrite alcoolique. Dans ces cas l'incontinence, bien qu'effective, n'est pourtant pas grave. Elle ne saurait être attribuée à une paralysie des sphincters d'origine médullaire, mais bien aux troubles mentaux de la psychose polynévritique. Sous son influence le sujet oublieux à chaque instant des faits les plus récents, des habitudes les plus usuelles, urine dans son lit ou par terre au lieu de demander le bassin. Quelle qu'en soit la cause, il n'est pas moins vrai que cette incontinence peut prêter à des erreurs de diagnostic extrêmement préjudiciables, d'autant qu'il s'y ajoute parfois une exagération temporaire des réflexes, que nous n'avons pas encore vu mentionnée dans les paralysies alcooliques. Les précédentes considérations s'appliquent à toutes les polynévrites.

M. Babinski a déjà fait remarquer que l'incontinence d'urine qu'on observe parfois dans cette affection peut être sous la dépendance des troubles psychiques de la psychose polynévritique qui accompagne les phénomènes somatiques.

M. Achard a observé quatre cas de polynévrite alcoolique généralisée, accompagnée d'incontinence d'urine et de matières fécales ; ces malades avaient les troubles mentaux de la psychose polynévritique.

M. Ballet a observé un cas analogue. On a pensé, au début, à une méningo-myélite d'origine inconnue ; cependant, ce diagnostic fut modifié; l'incontinence d'urine et des matières fécales était manifestement sous la dépendance d'une confusion mentale, d'ailleurs légère. Le diagnostic définitif de polynévrite généralisée fut vérifié à l'autopsie.

La ménopause et le rein.

M. Le Gendre. — L'influence exercée par la ménopause sur l'appareil circulatoire et le système nerveux est bien connue; on a moins étudié le retentissement de la ménopause sur la fonction rénale. Plusieurs faits dont j'ai été le témoin me font penser que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire, soit en provoquant une congestion rénale et par suite une diminution de la quantité des urines, soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant, par rétention de poisons que, d'ordinaire, peut entraîner le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication.

C'est surtout chez des femmes présentant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme que l'interruption ou la suspension des règles retentit d'une façon fâcheuse sur l'appareil urinaire.

Cette congestion rénale s'accompagne d'un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître. Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et vomituritions, une céphalalgie intense. Ils peuvent être prévenus, atténués ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 Décembre 1897.

Ulcérations papillomateuses de la jambe.

M. Du Castel montre un malade présentant à la jambe deux ulcérations papillomateuses végétantes, molles, suppurées même à un certain degré, dont on n'a pu trouver la cause. Il est teinturier de profession, et rien, de ce côté, ne peut être relevé comme facteur étiologique. Après une série de pansements aseptiques et antiseptiques, le malade parut guéri ; mais, tout d'un coup, survint une plaque rouge nouvelle, au-dessous des lésions primitives, qui se mit à végéter comme les premières. La surface végétante est entourée d'une zone inflam-

matoire. On a bien pensé ici à une affection parasitaire, mais M. Leredde n'a pas trouvé là le trichophyton qui semblait le plus probable des parasites susceptibles de produire de semblables lésions. Il n'existe pas davantage de traces de tuberculose.

Ichtyose congénitale.

M. A. Fournier a montré un homme qui a la curieuse spécialité de s'exhiber dans les foires, sous le nom d'homme-poisson et qui est atteint d'une ichtyose congénitale. Il appartient à une famille de sept enfants, dont trois atteints de la même affection; les quatre autres enfants n'ont rien. Il présente, en outre, aux doigts des lésions très nettes de pityriasis rubra pilaire.

Ces malades guérissent fort bien. Ainsi M. Fournier cite le cas d'une fort jolie femme qu'il avait soignée bien des fois pour toute autre chose, sans s'apercevoir qu'elle était absolument couverte d'ichtyose. En réalité, elle s'en débarrassait complètement en prenant chaque jour un bain, et en faisant, matin et soir, une onction générale avec un mélange de glycérine et eau plus ou moins additionné de parfum. Ce traitement ayant dû être suspendu pendant une grippe compliquée de broncho-pneumonie, l'ichtyose reprit le dessus, et M. Fournier a pu la constater.

Syphilis héréditaire.

M. A. Fournier montre une fillette dont la mère est absolument saine, le père est mort après avoir présenté une série d'accidents plus ou moins imputables à la syphilis. La petite malade présente, aux deux membres inférieurs, des gommes volumineuses, et de divers côtés des accidents multiples qui sont autant d'arguments en faveur de la syphilis. Ce qui est particulièrement suspect chez elle, ce sont deux dents en tournevis tout à fait caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Un autre malade que présente M. Fournier est âgé de 16 ans, et s'est présenté avec une syphilis tuberculeuse, guérie aujourd'hui, et une glossite superficielle, en partie reparue aussi. Les parents se sont dérobés à notre enquête. Néanmoins on peut affirmer ici l'hérédo-syphilis, en raison des caractères suivants : 1° infantilisme, 2° lésions des oreilles (perforation des deux tympans), 3° lésions oculaires, 4° rachitisme, 5° arrêt du développement intellectuel, 6° altération dentaire, 7° articulations défectueuses des maxillaires, d'où il résulte que les arcades dentaires ne peuvent se rejoindre. Ce stigmate se rencontre chez nombre de dégénérés.

Le troisième hérédo-syphilitique est atteint d'épilepsie. On n'a pu avoir de renseignements sur les parents, mais on a pu savoir que quatre frères et sœurs sont morts en bas-âge. En outre, chez le malade lui-même, on constate des signes caractéristiques tels que infantilisme (développement rudimentaire du système pileux), petitesse exagérée des testicules, strabisme paralytique de l'œil gauche, névrite optique et lésions choroïdiennes, malformations crâniennes. Le malade, en outre, présente deux plaques pseudo-peladiques intéressantes, qui, d'après le récit de ses parents, auraient été attribuées à la pression des branches du forceps.

Mélanodermie et érythrodermie.

M. Danlos présente :

1° Un homme atteint de mélanodermie pédiculaire, avec taches ardoisées sur la muqueuse des joues et sur le bord de la langue. Ce malade n'offre aucun signe de cachexie addisonienne (pas d'affaiblissement, de douleurs lombaires, de troubles gastriques). Pas d'intoxication connue. Le foie est gros, mais sans indice de cancer ou de diabète bronzé. Pas de tuberculose. Du côté du poumon il existe seulement de la bronchite emphysémateuse. Le malade est un artério-scléreux (gros cœur, bruit de galop, albuminurie, etc.);

2° Une femme âgée de 60 ans suspecte de tuberculose, ichthyosique dès l'enfance est atteinte depuis quelques années d'une *érythrodermie d'apparence insolite*. N'existant pour ainsi dire pas sur les parties découvertes, face, mains, pieds, etc., la lésion cutanée occupe la totalité du tronc et le segment central des membres. Elle se caractérise par d'innombrables lignes rouges, anastomosées de manière à constituer un réseau dont les mailles blanches ne présentent d'autre altération que l'exfoliation due à l'ichtyose. Aucune sensation morbide, pas de prurit, pas de dermographisme. La malade, très nerveuse, se plaint simplement d'une sensibilité au froid tellement grande que, depuis plusieurs années, elle passe l'hiver presque sans sortir. La peau serait dans cet état depuis 6 à 7 ans. L'érythrodermie se serait développée après de violents chagrins.

Acrodermatites continues suppuratives.

M. Hallopeau. — L'histoire de ce nouveau type morbide peut être conçue ainsi qu'il suit : pénétration par un traumatisme de staphylocoques sous l'épiderme d'une extrémité digitale ou de la paume d'une des mains ; prolifération de ces microbes pathogènes ; réactions locales sous forme d'érythèmes ou de traînées purulentes polymorphes, défaut d'évacuation, en raison de l'épaisseur que présente l'épiderme dans ces régions, des produits de suppuration et des microbes, extension progressive des altérations dans toute la région où l'épiderme présente ces mêmes caractères; troubles tropho-névrotiques réflexes dans l'extrémité correspondante qui devient un terrain de culture favorable à l'invasion et à la multiplication des mêmes microbes pathogènes; extension progressive des altérations à cette autre extrémité; déformation en massue des dernières phalanges, déviation des doigts, comparable à celle du rhumatisme noueux; résistance des altérations à tous les traitements en raison de l'impossibilité d'atteindre l'agent infectieux sous cette épaisse couche épidermique; poussées secondaires du côté des autres parties du corps et de la muqueuse buccale défaut d'infection généralisée. La dénomination d'acrodermatite continue a l'avantage d'indiquer les caractères essentiels de cette maladie sans impliquer aucune hypothèse.

Folliculites séborrhéiques.

MM. H. Hallopeau et **J. Laffitte**. — Il résulte de ce travail les faits suivants : l'eczéma séborrhéique peut se compliquer de folliculites suppuratives : ces folliculites sont remarquables par leur tendance à récidiver incessamment pendant un laps de temps; leurs sièges de prédilection sont la barbe, le pubis, la face interne des cuisses : on les observe également au cuir chevelu, dans les aisselles et au pourtour de tous les poils adultes du tronc et des membres; elles paraissent dues à l'invasion des follicules pilosébacés par des staphylocoques dorés; sans doute ces parasites y trouvent un terrain qui leur est devenu favorable sous l'influence des produits engendrés par les microbes propres à cet eczéma. Ces folliculites amènent le plus souvent la chute des poils intéressés; il peut en résulter un état presque complètement glabre des parties atteintes ; ces dépilations peuvent n'être pas définitives; elles persistent cependant très longtemps sous l'influence de récidives continues des folliculites.

M. Sabouraud. — Dans ce cas, on ne retrouve pas les signes caractéristiques de la séborrhée; dans la folliculite séborrhéique on ne trouve que le microbacille : toutes les folliculites qui renferment d'autres microbes ne sont pas séborrhéiques.

Crevasses chancriformes des mamelons.

MM. Balzer et **Michaux** montrent le moulage des seins d'une femme qui est accouchée, à 29 ans, d'un premier enfant qui mourut plus tard de diarrhée infantile. Le 8 octobre 1897, naît un second enfant; la mère lui donne le sein 4 heures après la naissance; les mamelons étaient et sont restés aplatis. — Dès le deuxième jour, douleur au mamelon, puis crevasses qui s'agrandissent.

Actuellement, 11 novembre, on voit exactement à l'extrémité des deux mamelons deux érosions arrondies, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, de rouge sombre ; à gauche, au-dessus de l'érosion principale, il existe une seconde crevasse semi-circulaire.

L'aspect est, à s'y méprendre, celui du chancre infectant. Mais il n'y a ni induration, ni ganglions axillaires.

Aucun stigmate de syphilis ni chez la mère, ni chez l'enfant : le père est absolument sain.

Ce cas offre un intérêt particulier au point de vue médico-

légal : il montre avec quelle perfection des crevasses dues à l'allaitement peuvent simuler le chancre infectant. Cette hypothèse de syphilis a pu être rejetée devant trois raisons cliniques : l'absence d'induration, de pléiade ganglionnaire, et la petite crevasse surajoutée au mamelon, et aussi par ce simple raisonnement que la mère, n'ayant donné le sein qu'à son enfant, n'a pu être contaminée par elle, deux jours après la naissance.

Le traitement est venu confirmer ce diagnostic de crevasses chancriformes du mamelon : des compresses de mousseline boriquées ont eu rapidement raison de cette lésion.

Dactylites suppuratives à streptocoques à poussées successives.

M. Gastou montre un malade âgé de 10 ans, qui, depuis l'âge de 4 ans, a des poussées successives de bronchite, alternant avec des poussées de dactylites suppurées, localisées aux extrémités des doigts des mains. La constatation du streptocoque dans le pus des lésions est intéressante et fait songer aux affections streptococciques à poussées successives qui se montrent quelquefois régulièrement chez certains sujets. Mais la nature exacte de l'affection est inconnue : le malade n'a pas de troubles nerveux, aucun antécédent morbide héréditaire ou acquis, et aucune cause d'appel des lésions à l'extrémité des doigts, qui ont l'aspect de l'hypertrophie pneumique.

Cas de lésions pilo-sébacées en placards de nature indéterminée.

MM. Gastou et **Emery** montrent un homme de 20 ans, charcutier, qui fait usage depuis fort longtemps, et à doses assez fortes, d'alcool. Il y a 6 mois environ qu'il a vu apparaître sur la peau des placards éruptifs, très prurigineux. Ces placards sont constitués par des nappes légèrement pigmentées, de la dimension d'une paume de main, donnant l'apparence de la chair de poule et très râpeuses au toucher. Elles sont constituées par l'agglomération de petits cônes centrés d'un point noir ou terminés par une masse filiforme d'aspect sébacée, que l'on fait sourdre par la pression. Quoique la lésion ait quelque ressemblance avec l'élément éruptif du pityriasis pilaris, il n'existe aucun autre signe qui puisse faire porter ce diagnostic. Histologiquement, on trouve des altérations des follicules pilo-sébacés très marqués, de l'hyperkératinisation des masses cornées aux orifices pilaires, des altérations des glandes sudoripares. L'évolution ultérieure de la maladie démontrera s'il s'agit de pityriasis pilaire, d'acné sébacée concrète ou d'une altération dystrophique pilo-sébacée et épidermique de nature encore indéterminée.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Décembre 1897.

Traitement du lymphatisme et de la scrofule.

M. Gallois, après avoir fait l'historique de la question, montre que les scrofuleux ne sont autres que des adénoïdiens ; l'état général de ces malades, considéré autrefois comme diathésique, est secondaire à la lésion locale : celle-ci ne suffit pas à elle seule pour tout expliquer ; mécaniquement, elle obstrue les voies respiratoires et entraîne de l'anoxémie ; par production de muco-pus pharyngien, qui est dégluti, elle entraîne des troubles dyspeptiques, nouvelle cause d'anémie : mais il y a plus, elle crée une porte d'entrée facile à l'infection : celle-ci pourra être la tuberculose ; elle pourra aussi consister simplement en la pénétration d'un petit nombre de microbes divers, d'où création d'un état septicémique atténué, latent, qui est avec l'anoxémie et la dyspepsie une troisième cause d'anémie. Enfin la porte d'entrée ouverte sans cesse aux nombreux germes qui pullulent dans les fosses nasales amène un jour ou l'autre l'infection ganglionnaire cervicale ; on peut dire que les enfants portant des ganglions strumeux du cou sont presque toujours des adénoïdiens ; cette assertion comporte certainement moins d'exceptions que la loi de Bouillaud exprimant les relations du rhumatisme et des cardiopathies.

Quand l'adénite cervicale est constituée, on est en présence de scrofuleux avérés : mais avant que les glandes du cou soient infectées, on observe chez les adénoïdiens un ensemble de troubles morbides (faiblesse générale, pâleur, anémie) qui, avec le faciès spécial, représentent précisément les attributs du lymphatisme. Il existe, sans nul doute, un lymphatisme adénoïdien, qui est le vrai lymphatisme ; à côté de lui se rangent des états analogues, des anémies non adénoïdiennes, reconnaissant des causes variées, au premier rang desquelles figure la dyspepsie.

Il resterait enfin à savoir quelle est l'étiologie des végétations adénoïdes : mais, sur ce point, on n'est pas encore fixé : il est probable qu'elles sont congénitales dans un certain nombre de cas.

Le traitement du lymphatisme va pouvoir maintenant se déduire logiquement des considérations pathogéniques qui viennent d'être exposées.

Le premier point, c'est de s'assurer que le lymphatisme de l'enfant est bien un lymphatisme adénoïdien ; si les diverses autres causes d'anémie et de débilitation ont pu être écartées, si l'existence des adénoïdes est probable, il faut vérifier le diagnostic par l'examen local et immédiatement instituer le traitement de l'affection naso-pharyngienne.

Le traitement sera chirurgical dans les cas avancés, médical dans les cas bénins. Ce traitement médical, suffisamment efficace bien souvent, consiste dans l'emploi de l'iode à l'intérieur :

On prescrira à chaque repas une cuillerée à café d'une des deux solutions suivantes (pour un enfant de 5 à 10 ans) :

1°	Eau	200 gr.
	Iode	1 gr.
	Iodure de potassium	2 gr.
		(Solution de Lugol.)
2°	Sirop de quinquina ou de gentiane	200 gr.
	Teinture d'iode } ââ	2 gr.
	Iodure de potassium }	
		(Parrot.)

Il faut, en outre, combattre chacun des éléments morbides de l'état lymphatique :

Anémie (fer, iodure de fer).

Dyspepsie (amers, quinine, gentiane).

Etat septicémique latent (arsenic, iodoforme, huile de foie de morue).

L'hygiène joue un grand rôle ; la vie en plein air, le séjour à la campagne et au bord de la mer, la gymnastique, l'hydrothérapie, les lavages à l'eau salée, les eaux chlorurées sodiques sont indiquées.

Reste à assurer la prophylaxie des accidents infectieux, ce qui essentiel pour éviter le passage du lymphatisme à la scrofule Cette indication sera remplie par les précautions suivantes :

1° Eviter soigneusement les maladies contagieuses, à l'occasion desquelles les petits adénoïdiens font si facilement des poussées infectieuses ; donc les réunions d'enfants, fertiles en causes de contagion, doivent être déconseillées ; on écartera rigoureusement toute personne capable de disséminer le bacille de Koch.

2° Asepsie des fosses nasales.

Pulvérisations boriquées. Irrigations nasales, sous faibles pressions, pour ne pas refouler dans les trompes le muco-pus pharyngien. Pommades antiseptiques.

Vaseline	30 gr.
Acide borique	6 gr.
Aristol	0 gr. 50
Menthol	0 gr. 10

3° Asepsie du pharynx et de la bouche.

Gargarismes antiseptiques.

4° Asepsie de la peau.

Propreté méticuleuse. Bain quotidien suivi d'une petite douche. Lavage de la figure à l'eau boriquée.

5° Prophylaxie de l'appareil oculaire.

C'est surtout à l'occasion d'un coryza grippal que la conjonctivite s'installe ; il faut veiller à ce que l'enfant ne pas ses mains des narines aux paupières.

Si l'infection s'est faite par la voie lacrymale, il faudra aussi-

tôt faire l'antisepsie des conjonctives soit avec de l'eau boriquée, soit avec une solution de cyanure de mercure à 1 p. 10 000. Il faudra veiller à empêcher l'adhérence des bords ciliaires, pendant la nuit, en les oignant d'une pommade boriquée.

6° Eviter l'impétigo.

C'est également le coryza qui en est la cause habituelle. Il est très important de protéger immédiatement les abords des narines ou des lèvres avec une pommade boriquée un peu épaisse pour éviter les excoriations et la pénétration des germes de l'impétigo.

Idiosyncrasie pour le calomel.

M. Pouchet présente, au nom de **M. Mignon**, une observation de stomatite mercurielle extrêmement intense, provoquée chez un homme de 44 ans, tuberculeux, par l'ingestion de faibles doses de calomel. Le premier jour on donna 0 gr. 10 en une fois : la constipation persistant, le malade prit le lendemain 0 gr. 50 en deux fois; il n'y eut pas de selles, mais dans la nuit apparut la gingivo-stomatite qui augmenta les jours suivants et acquit une grande intensité. Elle finit par guérir.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 6 Décembre 1897.

Pathogénie de la fièvre thyroïdienne.

M. Bérard. — Voir p. 1189,

M. Lépine fait remarquer l'intérêt qu'il y aurait à rechercher la glycosurie d'une manière systématique dans ces cas. On sait, en effet, la fréquence de la glycosurie, au moins alimentaire, à la suite du traitement thyroïdien.

Appendicite et grossesse.

M. Vinay rapporte 4 cas d'appendicite observés : deux pendant la grossesse, et deux dans la période puerpérale.

L'une des deux premières malades a avorté. On rencontre, du reste, l'avortement 12 fois sur 31 cas connus d'appendicite dans la grossesse. Le pronostic est donc grave pour l'enfant; la mortalité maternelle est de 32 p. 100, au lieu de 12 p. 100 environ chez les femmes ordinaires.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 8 Décembre 1897.

Étiologie de l'actinomycose.

MM. Bérard et Nicolas rapportent divers faits expérimentaux relatifs à l'étiologie de l'actinomycose. Ils ont retrouvé, sur des grains d'avoine et de blé ensemencés il y a 3 et 4 ans, au moyen de cultures récentes d'actinomyces bovis, et laissés à la température du laboratoire, le parasite en grande abondance sous forme d'un enduit pulvérulent jaunâtre constitué exclusivement par des spores isolées ou réunies en chaînettes.

Après un maintien aussi prolongé dans des conditions biologiques, très défectueuses, la végétabilité et la virulence de cette forme sporulée du parasite étaient conservées entières, comme le prouvèrent des ensemencements sur les différents milieux de culture et des inoculations aux animaux.

MM. Bérard et Nicolas concluent que cette persistance des spores est un argument des plus sérieux en faveur de l'origine végétale de la contagion dans l'actinomycose.

Dans les tissus animaux, le champignon ne tarde pas à être très atténué à tous les points de vue, ainsi qu'en témoignent la rareté des inoculations positives, et la difficulté habituelle des cultures, en partant des éléments recueillis au sein des tissus infectés.

Au contraire, sur les végétaux, le champignon reste vivace pour ainsi dire indéfiniment; il y revêt, en effet, les formes les plus résistantes qu'on lui connaisse, et il est susceptible de récupérer au bout de plusieurs années ses formes habituelles d'infection.

A propos des massues qui entrent dans la constitution des grains jaunes actinomycosiques, MM. Bérard et Nicolas rappellent qu'il s'agit là d'une forme de dégénérescence du mycélium, et non d'un organe de reproduction comparable aux conidies. Habituellement, ces massues ne sont constatées que sur les éléments parasitaires recueillis dans les tissus malades, et l'on a même nié leur production en dehors de ces conditions. Or, sur de vieilles cultures en bouillon datant de plusieurs mois et réchauffées pendant 24 heures, les auteurs ont coloré, à côté d'éléments sporulés, des éléments mycéliens ramifiés, terminés souvent par des renflements claviformes absolument caractéristiques.

Ces phénomènes de polymorphisme de parasite suivant les conditions physiques et atmosphériques dans un même milieu de culture sont très comparables à ceux qui ont été décrits par Fischl, de Prague, puis, plus récemment, par Babes pour le bacille de Koch.

Jean Lépine.



SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er Décembre 1897.

Infection staphylococcique chronique.

M. Wohlgemuth a communiqué l'observation d'un malade de 56 ans qui, à la suite de l'ablation d'hémorrhoïdes au thermo-cautère, fut pris trois mois plus tard d'une uréthrite et d'une cystite qui guérirent; quelque temps après, il survint des douleurs dans le testicule gauche et ensuite dans la région sus-claviculaire et le bras du même côté. En même temps, on sentait par le palper des ganglions lymphatiques tuméfiés dans le creux sus-claviculaire. Ces douleurs envahirent ensuite le bras droit et la région cervicale qui pré-sentait une telle raideur que la flexion de la tête était impossible.

En février 1893, un abcès se montra au niveau de la pointe du sacrum et, au mois d'avril, il se produisit une inflammation de l'articulation de la quatrième et de la cinquième vertèbres dorsales, accidents qui furent attribués à un rhumatisme chronique.

Enfin, au commencement de 1896, le malade éprouva des douleurs dans l'abdomen et l'on constata dans son hypocondre droit une masse dure et douloureuse; la partie postéro-supérieure de la cuisse du même côté fut également trouvée douloureuse ; une collection purulente apparut peu après dans la région fessière.

Des accidents analogues ne tardèrent pas à se manifester du côté gauche. Plusieurs ponctions de la cuisse étant restées négatives, on pratiqua une large incision qui mit à découvert une ostéo-myélite avec infiltration de tous les tissus. En cultivant le pus, on y trouva du staphylocoque blanc.

Des relations de l'obésité avec le diabète.

M. F. Hirschfeld a vu chez trois diabétiques obèses la glycosurie disparaître après une cure d'amaigrissement, bien que leur alimentation contînt encore chaque jour de 90 à 100 grammes de matières hydrocarbonées et 30 grammes de sucre de canne.

D'après M. Hirschfeld, l'amaigrissement, chez les diabétiques, dépend de 3 facteurs : la diminution des aliments hydrocarbonés, l'amoindrissement des échanges nutritifs et l'augmentation des exercices physiques. Si l'on diminue la quantité des aliments en

faisant augmenter les exercices physiques, il faut nécessairement que le taux du sucre urinaire s'abaisse.

Si l'on constate souvent de la glycosurie chez les personnes atteintes de névroses traumatiques, c'est parce que celles-ci restent pendant des mois et des années inactives tout en prenant une nourriture beaucoup trop riche : exercice insuffisant, alimentation trop généreuse, telles sont, en pareil cas, les conditions pathogéniques du diabète.

Hématémèse dans la cirrhose du foie.

M. Ewald communique l'observation d'un sujet qui présenta des hémorrhagies profuses et succomba avec les signes d'une cirrhose du foie. L'autopsie confirma ce diagnostic : le foie était très augmenté de volume, mais la rate avait ses dimensions normales. En outre, au cours de sa vie le malade n'avait jamais eu d'ictère ni d'ascite, Quant aux hémorrhagies survenues dans les derniers temps, elles étaient liées à la rupture de varices œsophagiennes. Le défaut d'ascite peut s'expliquer par l'existence d'anastomoses très riches entre le système de la veine porte et celui des veines œsophagiennes.

M. Rothmann observe actuellement un individu, ancien syphilitique et alcoolique, atteint de cirrhose depuis 3 ans. A un certain moment il a eu de l'ascite et de l'ictère; et aussi une pneumonie double à laquelle il n'a pas succombé. Depuis lors, l'ascite a complètement disparu.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 7 Décembre 1897.

Atrophie expérimentale des reins à la suite de la ligature des uretères.

M. Rose Bradfort a communiqué le résultat de ses expériences faites sur des chiens dans le but de voir comment se comporte le rein après la ligatnre des uretères. Ces expériences ont consisté à lier un des uretères tout près de son abouchement dans la veine. A des intervalles variant de 11 à 40 jours après cette opération, l'uretère lié était mis à nu, sectionné et suturé à la peau. Les animaux étaient ensuite sacrifiés 7 à 50 jours après cette seconde opération et les reins examinés microscopiquement.

La ligature de l'uretère amenait constamment soit une hydronéphrose, soit plus rarement (3 fois sur 12) une pyonéphrose du rein correspondant. Après la fistulisation de l'uretère lié, il s'écoulait ordinairement 50 à 70 centimètres cubes d'urine par jour. A la suite de ce drainage le rein distendu diminuait de volume, reprenait sa forme et s'atrophiait même de façon que son volume était d'un tiers ou d'un quart moins grand que celui du côté sain.

A l'autopsie des animaux le rein du côté de l'uretère lié, semblait absolument normal à l'œil nu. Mais sous le microscope on trouvait une prolifération du tissu conjonctif. Par places les tubes urinaires avaient disparu, dans d'autres l'épithélium était en partie desquamé. La marque principale du processus atrophique était fournie par la compression des tubes et plus spécialement par la diminution du volume des cellules qui les tapissent. Les cellules épithéliales avaient perdu toutes leurs granulations, leur protoplasma était devenu vitreux; les noyaux se coloraient encore bien.

Rétrécissement aortique.

M. Parker Weber a montré le cœur d'un individu, présentant un rétrécissement de l'orifice aortique par calcification. La valvule mitrale est aussi épaissie et calcifiée. Le cœur, considérablement hypertrophié, surtout au niveau du ventricule gauche pèse 24 onces.

Au point de vue clinique, ce rétrécissement aortique a présenté plusieurs particularités assez intéressantes. La matité notamment s'étendait beaucoup plus à droite qu'à gauche du sternum ; aussi avait-on pensé à l'existence d'un anévrysme de l'aorte. L'un autre côté les symptômes présentés par le malade étaient ceux de rétrécissement aortique pur avec bradycardie persistante, dyspnée plus ou moins permanente et accès syncopaux. Le souffle systolique était particulièrement accentué au niveau des 2e et 3e espaces intercostaux à droite du sternum, était accompagné d'un thrill rude et de légers mouvements pulsatiles sans expansion.

Le malade avait eu la syphilis à l'âge de 17 ans, mais jamais de rhumatisme. L'existence d'une affection cardiaque a été reconnue chez lui depuis plusieurs années, mais jusqu'à ces temps derniers les signes fonctionnels étaient très peu accusés qu'il a pu mener une vie fort active. Les signes d'insuffisance cardiaque avec hydropisie n'ont paru chez lui que peu de temps avant la mort.

BIRMINGHAM AND MIDLAND COUNTIES BRANCH OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Séance du 29 Novembre 1897.

Appendicite et pyléphlébite suppurée.

M. Codd a communiqué l'observation d'un garçon de 18 ans qui trois semaines avant son entrée à l'hôpital fut pris de douleurs abdominales et de vomissements. A son entrée à l'hôpital, on trouva une augmentation considérable du volume du foie qui descendait jusqu'à l'ombilic. L'hypochondre droit présentait une saillie et le périmètre du côté droit du thorax mesurait 2 pouces de plus que celui du côté gauche. Le ventre était dur et douloureux, principalement au niveau de l'épigastre. Dans la région iléo-cæcale on sentait une tumeur fluctuante.

Le malade ayant succombé dans la soirée, l'antopsie montra l'existence d'un abcès péri-cæcal dont le pus entourait l'appendice gangrené. Une autre collection purulente longeait le côlon ascendant. La veine colique droite étaient distendue par un thrombus suppuré. La veine porte était remplie de pus et de caillots septiques. Dans le foie augmenté de volume les branches de la veine porte étaient transformées en une série de cavités remplies de pus.

Obstruction mortelle de l'intestin par des matières fécales.

M. Barling a communiqué l'observation d'un enfant qui 1 an auparavant a été pris d'accidents résultant de l'accumulations de matières fécales dans le gros intestin. A cette époque l'examen montra que le rectum distendu remplissait presque entièrement le bassin, si bien qu'on pensa à un sarcome du pelvis. Sous le chloroforme on constata que la tumeur était composée de matières fécales extrêmement dures qui furent extraites du rectum mélangées avec un grand nombre de noyaux de prunes. Sous l'influence d'un traitement diététique l'enfant se rétablit et quitta l'hôpital avec un intestin qui fonctionnait normalement.

Un an après cette guérison, les mêmes accidents se manifestaient à nouveau, mais lorsque l'enfant fut amené à l'hôpital, il était moribond et succomba sans qu'on ait pu tenter la moindre intervention.

A l'autopsie, on trouva une distension telle de l'abdomen par des matières fécales que le diaphragme, repoussé dans la cage thoracique, arrivait à la hauteur du 2e espace intercostal à droite et à la troisième côte à gauche. Le cœur était entraîné dans cette ascension de sorte que le bord supérieur de l'oreillette droite se trouvait à la hauteur des clavicules.

La distension du gros intestin était énorme. La circonférence du rectum, dont les parois s'étaient extrêmement atrophiées, mesurait 17 pouces. La rectum et l'S iliaque contenaient une une quantité énorme de matières fécales, mais dans le gros intestin la distension était produite principalement par des gaz.

Les parois de l'intestin étaient intactes et nulle part il n'y avait trace de péritonite. La mort a été probablement amenée par la distension de l'abdomen avec les troubles consécutifs du côté du cœur et des poumonss.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 4 Décembre 1897.

Des suites des fractures sous-cutanées du crâne dans la première enfance.

M. Weinlechner a appelé l'attention l'attention sur les fractures sous-cutanées du crâne chez les enfants. Rares pendant la vie intra-utérine, ces fractures sont plus fréquentes au moment de l'accouchement et à la suite des traumatismes de la première enfance. Les fractures et les fissures de cet âge peuvent donner lieu à un écartement des os suivi de méningocèle et de hernie du cerveau; ces fractures occupent le plus souvent la région pariétale. L'écartement des os se produit surtout lorsque la dure-mère est rompue et seulement chez les enfants âgés de moins de trois ans.

On n'observe également de méningocèle qu'à la condition que la dure-mère soit déchirée. S'il s'agit d'une pseudo-méningocèle, les pulsations de la tumeur sont plus faibles. Ces pseudo-méningocèles peuvent avoir le même contenu que les méningocèles vraies sans cependant avoir les mêmes enveloppes. Du reste, la pseudo-méningocèle peut être aussi accompagnée de lésions des méninges et du cerveau; quelquefois on trouve même après plusieurs années des traces de l'hématome. Dans la pseudo-méningocèle, l'écartement des os du crâne est moins prononcé que dans la hernie du cerveau.

On ne sait pas encore exactement comment se terminent ces pseudo-méningocèles; dans les cas de hernie du cerveau il faut s'attendre à voir augmenter l'écartement des os du crâne.

Au point de vue thérapeutique, la ponction suivie ou non d'injections iodées n'offre que des avantages bien problématiques. Dans la porencéphalie traumatique, l'injection iodée est parfois dangereuse. Au début, la pseudo-méningocèle peut guérir à la suite d'une incision et d'un tamponnement à la gaze iodoformée; lorsque l'affection est déjà ancienne et qu'il y a des kystes, il faut extirper la tumeur et suturer la dure-mère. La perte de substance du crâne peut être comblée par une opération ostéoplastique ou fermée par une plaque de celluloïd.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 1er Octobre 1897.

Deux cas de luxation rares.

M. Van Engelen. — Dans un premier cas, il s'agit d'une luxation du coude, à la suite d'une chute sur la main; l'article était peu gonflé, le ligament annulaire du radius était déchiré; le cubitus avait subi une torsion telle que le bec de l'apophyse coronoïde était en rapport avec l'épitrochlée, l'olécrâne étant placé derrière et au-dessus de l'épicondyle. La réduction fut facile sous la narcose, et des mouvements furent imprimés dès le second jour à l'articulation. Ordinairement les luxations du coude sont exemptes de fracture.

Dans le second cas, une luxation du genou, il y avait fracture du condyle externe, la rotule s'était insinuée entre les deux condyles, et le plateau tibial était notablement rejeté en arrière, avec déchirure des ligaments. Ici aussi, la réduction fut facile sous le chloroforme.

A propos des hernies vésicales.

M. Crickx. — J'ai récemment observé, dans l'espace de 8 jours, 3 cas de hernie vésicale, alors qu'en 4 ans je n'en avais vu que 5. Je n'ai jamais trouvé la vessie qu'en dehors du sac. Dans un récent article sur ce sujet, j'ai attiré l'attention sur l'influence de la situation du collet herniaire sur la production de la hernie de la vessie; celle-ci est presque impossible dans la hernie indirecte, tandis qu'elle est fréquente dans la hernie directe, et sous ce terme je désigne les hernies directes primitives aussi bien que celles qui deviennent directes d'une façon secondaire.

De la greffe cutanée dans les ulcères de la jambe.

M. Dufour. — Dans plusieurs cas où j'ai appliqué le procédé de la greffe, les résultats, satisfaisants au début, se maintinrent quelques mois tout au plus. L'ulcère se reforme plus ou moins rapidement, pour atteindre ses dimensions premières, ce qui ne peut surprendre si l'on songe que la cause du mal, la nutrition défectueuse du terrain, persiste tout entière après l'intervention et s'oppose à toute implantation nouvelle définitive.

Anévrysme veineux pris pour un kyste synovial.

M. Derveau rapporte une erreur de diagnostic au sujet d'une tumeur réductible, fluctuante, donnant la sensation nette de crépitation neigeuse et située à 5 centimètres environ au-dessus de l'insertion tibiale du couturier. La tumeur, mobile dans le sens de la longueur du muscle, fut diagnostiquée kyste synovial; mais, dès le début de l'opération, on reconnut un anévrysme veineux dont le conduit de communication avec la veine était oblitéré. Sa cavité était pleine de caillots, ce qui explique la sensation de crépitation perçue à l'examen.

Des causes de la surdité.

M. Hennebert. — Dans un très grand nombre de cas, la surdité peut être évitée, parce que les causes premières qui lui donnent naissance peuvent être très souvent combattues par une prophylaxie bien entendue.

La surdité reconnaît plusieurs groupes de facteurs :

1° Les malformations congénitales, dans la production desquelles l'hérédité, la consanguinité, la syphilis héréditaire semblent jouer un rôle prépondérant.

2° Les traumatismes directs (rupture du tympan, commotion du labyrinthe) ou indirects (maladies professionnelles, chez les artilleurs, forgerons, chaudronniers, etc.).

3° Les obstacles mécaniques s'opposant à la conduction du son, et siégeant surtout dans le conduit externe (cérumen).

4° Les lésions de voisinage, amenant par action mécanique ou par propagation inflammatoire des troubles fonctionnels de l'organe. Il faut ranger ici toutes les causes empêchant l'aération normale de la caisse, surtout celles qui provoquent une obstruction nasale plus ou moins complète, notamment les tumeurs adénoïdes du nasopharynx, dont l'importance étiologique dans les affections otiques ne saurait assez être mise en lumière.

5° Les maladies infectieuses, et parmi celles-ci :

a) Les formes aiguës, dont les premières manifestations se localisent souvent dans le naso-pharynx et se propagent de là à la caisse, où surgissent de nouvelles lésions, de la plus haute gravité parfois (scarlatine). Ces affections aiguës sont : la grippe, la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la variole. La parotidite épidémique et la méningite cérébro-spinale agissent surtout sur les éléments nerveux du labyrinthe ou des centres bulbaires.

b) Les formes chroniques, la syphilis, acquise ou héréditaire, donnant lieu à des labyrinthites à marche brusque ou lente. La syphilis acquise agit aussi fréquemment par les lésions si com-

munes qu'elle détermine dans le naso-pharynx. Il y a encore la tuberculose, facteur le plus habituel des otites chroniques, dont l'évolution ultérieure aboutit trop souvent à des affections endo-crâniennes mortelles.

6° Les maladies générales non infectieuses, qui peuvent, dans certaines circonstances, retentir sur l'ouïe (hystérie, tabès, albuminurie, etc.).

7° Les intoxications, médicamenteuses (quinine, acide salicylique) ou autres (alcool, tabac).

8° Enfin, une série de causes inconnues, dont les effets sont groupés sous le nom de maladies idiopathiques, le cadre de celles-ci se rétrécissant de jour en jour (sclérose, surdité nerveuse).

SOCIETÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 5 Octobre 1897.

Corps étranger dans l'œil.

M. de Lantsheere présente à l'assemblée un morceau de fer pesant 15 milligrammes extrait le matin même de la chambre postérieure de l'œil d'un ouvrier. Après avoir incisé la sclérotique, il a pu l'extraire assez facilement au moyen de l'électro-aimant. Le fragment est resté méconnu dans le fond de l'œil pendant 5 semaines.

Alimentation des enfants.

M. Eugène Lust. — Le lait, et le lait de vache exclusivement, est en règle générale le seul utilisable. Tel qu'il est, le lait de vache diffère de celui de la femme, il renferme plus de caséine, plus de sels, moins de beurre, moins de lactose. Il ne faut donc pas le donner pur dès la naissance, sinon il amène la dyspepsie du lait pur et plus tard le rachitisme. On peut l'humaniser en lui faisant subir diverses transformations qui sont :

1° Le couper d'eau (au moins 1/3); ainsi on équilibre le taux de la caséine et des autres principes du lait.

2° L'additionner de lactose ou, au besoin, de saccharose, car l'intestin de l'enfant est à même d'intervertir le sucre.

3° Y ajouter un peu de crème, environ 4 p. 100.

Ce n'est qu'à 7 mois que l'enfant supporte le lait de vache pur, additionné de 2 p. 100 de lactose; on modifiera le lait au fur et à mesure que l'enfant grandit, en se basant sur les résultats des pesées.

Faut-il donner le lait d'une seule et même vache ou le mélange du lait de plusieurs vaches? Mieux vaut donner le lait de plusieurs vaches, car si l'on administre le lait d'une seule vache, on donne un lait de composition variable suivant l'heure de la traite et même suivant le moment de la traite où il est recueilli, tandis que, en donnant le lait de plusieurs vaches, on fournit à l'enfant un aliment de composition presque constante. De plus, s'il se trouve dans l'étable une bête tuberculeuse, le mélange des divers laits diminue la virulence du lait infecté.

Le lait sera ensuite soumis à la stérilisation par l'ébullition au bain-marie, après avoir été réparti en autant de flacons que l'enfant réclame de tétées. L'appareil de Soxhlet a fait faire d'immenses progrès à l'alimentation des enfants. Cet appareil a cependant quelques inconvénients auxquels j'ai cherché remède : le lait n'est plus en contact avec le caoutchouc au moment de la chauffe et, quoique stérilisé sous pression, conserve ses gaz et sa teneur en eau.

L'ébullition à 100° pendant 3/4 d'heure suffit pour la stérilisation du lait et a en outre l'avantage de le rendre plus digestif.

En résumé, pour l'alimentation du bébé, il faut prendre de bon lait provenant d'une vache saine, bien nourrie et bien abritée, lait trait récemment et proprement, lait coupé et rectifié (humanisation), divisé et réparti en flacons, et chauffé au bain-marie pendant 3/4 d'heure.

Je n'admets pour les enfants qu'un repas toutes les 3 heures et un seul repas la nuit; j'estime que la quantité de lait à administrer ne présente rien d'absolu, mais varie suivant une foule de conditions. En règle générale, on donne en lait pur 14 p. 100 du poids de l'enfant.

Favus de la région du flanc.

M. Dubois-Havenith présente à l'assemblée une jeune fille atteinte de favus caractéristique, remarquable par sa situation insolite dans la région du flanc.

La faradisation appliquée au traitement de l'atonie vésicale.

M. Laruelle. — L'atonie vésicale ou la perte de contractilité vésicale, souvent et improprement dénommée paralysie vésicale, se produit dans deux cas : 1° quand il existe au col de la vessie un obstacle à l'émission des urines; 2° quand, par suite d'une distension exagérée, l'organe atrophié est réduit à l'état d'une poche mince et flasque. Ces deux états sont souvent associés, mais le premier se rencontre de loin le plus fréquemment dans l'hypertrophie prostatique. Bien que quelques auteurs aient nié l'existence de l'atonie vésicale comme telle, primitive, essentielle, sans obstacle au col, c'est dans cette catégorie que M. Laruelle croit devoir ranger le cas suivant :

V..., 29 ans, syphilitique à 20 ans, soigné et paraissant guéri, sans antécédents blennorrhagiques, souffre depuis 7 ans de grandes difficultés de la miction survenues après avoir trop longtemps résisté à un impérieux besoin d'uriner. Ces difficultés sont venues progressivement et à un point tel que le malade ne sentait plus le besoin et n'était averti de l'état de réplétion de la vessie que par la distension du ventre. Le malade n'urine qu'après de grands efforts et toujours le jet est sans force ni ampleur. Les traitements les plus divers, — copahu, térébenthine, traitement mercuriel, ioduré, dilatation de l'urèthre, puis lavages de la vessie, galvanisation du rachis, — n'ont donné aucun résultat appréciable.

En 1895, un examen attentif permet de constater qu'il ne présente aucun développement prostatique apparent et que la vessie, même après de grands efforts de miction, renferme encore une forte quantité d'urine (250 à 450 centim. cubes). Le malade est soumis à un cathétérisme régulier le soir, puis à des séances de faradisation au moyen d'un cathéter spécial introduit dans la vessie. Ce traitement, continué par intervalles assez éloignés, donne en peu de temps une amélioration considérable, et lentement la vessie du malade retrouve son pouvoir contractile; aujourd'hui il parvient à vider sa vessie, mais n'a pas encore retrouvé tout à fait la force ni l'ampleur du jet.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle en date du 2 décembre 1897, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de 1re classe Du Cazal, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Nice; Delmas, nommé directeur du service de santé du 10e corps d'armée, à Rennes.

MM. les médecins-majors de 1re classe Gouell, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon; Dardignac, affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Cassedebat, désigné pour le 86e d'infanterie; De Santi, pour le 38e d'artillerie; Salle, pour le 76e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de 2e classe Legagneur, affecté au 2e zouaves; De Peyret, pour le 19e dragons; Baudisson, pour le 80e d'infanterie; Sanglé-Ferrière, pour le 82e d'infanterie; Perret, pour le 17e d'infanterie; Prieur, pour le 51e d'infanterie; Guérin, pour le 5e chasseurs à cheval; Astier, pour le 9e dragons; Kraus, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Cherpitel, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; Chevassu-Périgny, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Pierron, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Gary, pour le 4e chasseurs d'Afrique; De Vernejoul, pour le 68e d'infanterie; Niclot, pour le 16e dragons; Sire, pour le 106e d'infanterie; Biscons, pour le 142e d'infanterie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — Traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires (p. 1201).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de Faculté de Paris* : De l'éventration consécutive à la grossesse. — Luxations des cartilages costaux. — Traitement de l'appendicite (p. 1207). — Anévrysme inguinal. — Résection de l'anse iléo-cæcale. — Rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme. — L'hydrorrhée déciduale. — Varicelle gangréneuse. — Laryngite suffocante varicelleuse. — L'ichthyose (p. 1209).

REVUE DES JOURNAUX. — *Médecine* : Influence de la péricardite sèche sur le développement de la sténocardie. — Rôle du refroidissement dans l'étiologie des maladies. — Toxines gonococciques (p. 1209). — Elimination des microorganismes par le lait. — De l'auto-intoxication dans la maladie d'Addison. — *Chirurgie* : Résection de l'estomac pour cancer. — Valeur diagnostique de la cystoscopie (p. 1210).

MÉDECINE PRATIQUE. — Nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau (p. 1210). — Régime de l'obésité. — Pipérazine (p. 1211).

VARIÉTÉS. — Hommage à la mémoire de Tarnier (p. 1211).

REVUE GÉNÉRALE

Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires,

Par le Dr Emile Forgue,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

A. — Des indications opératoires en général.

1° Indications pathogéniques. — Les indications opératoires sont ici dominées par deux faits : 1° l'obstruction des voies biliaires; 2° leur infection. Il s'ensuit que l'action chirurgicale vise un double but : désobstruer, désinfecter.

Les premières interventions ont surtout envisagé la première indication; à l'heure actuelle, au contraire, l'élément infectieux devient prépondérant dans la chirurgie des voies biliaires; son rôle est capital, même en matière de lithiase.

§ 1er. — *Des indications fournies par l'obstruction.* — L'obstruction est produite par trois facteurs principaux : par la lithiase; ou bien par un néoplasme avoisinant et comprimant les organes excréteurs de la bile; ou bien enfin par des lésions inflammatoires tuméfiant la muqueuse des voies biliaires ou rétrécissant leurs parois.

La lithiase crée à l'intervention ses occasions les plus fréquentes. Tantôt elle siège sur le canal collecteur — lithiase cholédocienne; tantôt elle se localise à la vésicule — lithiase cysto-vésiculaire. La première éventualité est la plus grave : quand le cholédoque s'obstrue, la rétention biliaire s'établit, plus ou moins complète suivant le degré d'imperméabilité du canal et, avec elle, la cholémie, qui, par la suppression de l'excrétion biliaire, par la stase sous pression et par les lésions qui en résultent pour la cellule hépatique, constitue une grave menace, capable de frapper d'échec une désobstruction trop tardive. Quand, au contraire, les calculs restent cantonnés dans l'appareil diverticulaire — vésicule et conduit cystique — la stagnation biliaire n'exerce son action que sur une part accessoire du système, la grande voie reste libre, la sécrétion et l'excrétion hépatiques demeurent intactes : alors, l'intervention chirurgicale est sollicitée, avec un moindre degré d'urgence, par des douleurs et des complications inflammatoires plus ou moins graves.

Quoiqu'il en soit, dans les obstructions lithiasiques, le chirurgien se propose, comme intervention de choix, de débarrasser, par l'incision directe, les voies biliaires des calculs qu'elles renferment et de rétablir la circulation normale : c'est — suivant le siège des calculs et selon qu'on ouvre le cholédoque, le canal cystique ou la vésicule — la *cholédocotomie*, la *cysticotomie*, la *cholécystotomie*. Pour la vésicule, annexe anatomique non indispensable, l'opération peut être plus radicale et enlever, du même coup, contenu calculeux et organe contenant : c'est le *cholécystectomie*. Enfin, si l'obstacle ne peut être supprimé, on le tourne, soit en dérivant la bile vers l'intestin par la *cholécystentérostomie*, soit en l'évacuant au-dehors par une fistule cutanée. Cette dernière intervention — *cholécystostomie* — répond à plusieurs indications : par cette bouche, dont la permanence se subordonne à son utilité, d'une part, on évacue les calculs, soit ceux qu'on n'a pu désenclaver en aval, soient ceux qui continuent à descendre des voies hépatiques supérieures, et, d'autre part, on draine la bile infectée — car les recherches contemporaines nous ont montré le rôle de l'infection dans les productions calculeuses, — l'on assainit les voies biliaires, et l'on prévient la récidive de la lithiase, en l'atteignant dans sa cause même.

Dans la deuxième hypothèse — obstruction néoplasique — la suppression radicale de l'obstacle est exceptionnelle, limitée aux cas rares d'une tumeur propre de la vésicule ou de ganglions libres le long du cholédoque, ou de brides comprimant le canal. Dans la presque totalité des cas, il s'agit d'occlusion du cholédoque, par un cancer de la tête du pancréas : le chirurgien se borne, par la cholécystentérostomie, à pratiquer une fistule intestinale qui, si elle préserve le patient de l'empoisonnement biliaire, ne l'empêche point de succomber aux progrès de la lésion néoplasique. Riedel a récemment attiré l'attention des chirurgiens sur une lésion inflammatoire de la tête du pancréas, simulant à s'y méprendre le cancer : en pareil cas, la fistule cysto-entérique peut conférer un succès thérapeutique que les néoplasmes vrais ne comportent point.

§ 2. — *Des indications fournies par l'infection.* — Restent enfin les obstructions inflammatoires. Mais ici l'élément occlusion s'efface devant l'élément infectieux; et l'indication consiste à réaliser l'antisepsie des voies hépatiques. Au reste, nous l'avons déjà indiqué, l'infection prend, dans la chirurgie du système biliaire, la place dominante. Même chez les calculeux, son importance est fondamentale; et s'il en est qui sont demeurés aseptiques, il est plus fréquent de trouver des lithiasiques infectés, chez qui l'intervention ne doit point se borner à l'évacuation des calculs formés, mais doit encore, sous peine de récidive ou d'échec par lésions hépatiques, drainer la bile septique.

Car, le meilleur procédé de désinfection, autrement efficace que les moyens médicaux, consiste à créer, pour un temps variable suivant le degré de la septicité biliaire, une fistule cutanée de la vésicule : ainsi s'évacue, avec

les calculs, la bile infectée; les conduits afférents sont rendus perméables par la disparition de l'inflammation; et, grâce à cette issue libre, à cet entraînement mécanique des sécrétions, l'arbre biliaire est assaini jusqu'à ses racines intra-hépatiques. Ce drainage antiseptique du foie peut être soumis à un contrôle bactériologique exact, qui mesure ses délais nécessaires : des échantillons de bile, issue par la fistule, sont mis en culture; tant qu'ils cultivent et tant que persiste leur virulence dont on peut apprécier expérimentalement le degré par inoculation à des animaux, il faut maintenir la bouche biliaire de dérivation. Cette conception nouvelle a permis d'étendre au delà de la lithiase le choix de nos interventions : ainsi sont devenues justiciables de l'intervention chirurgicale l'angiocholite et la cholécystite infectieuse non calculeuses. Et il est juste d'associer à ce progrès thérapeutique le nom de Terrier qui a, ici, prêché d'exemple, apporté des perfectionnements techniques, suscité les travaux importants sortis de l'hôpital Bichat, et qui a insisté sur la nécessité de baser ces interventions sur une observation médicale et bactériologique approfondie.

2° Indications symptomatiques. — Cliniquement, la question de l'intervention est posée par les indications symptomatiques suivantes : 1° rétention biliaire; 2° douleurs rebelles au traitement médical; 3° tumeur de l'hypochondre; 4° phénomènes graves d'infection ou de dénutrition.

§ 1er. — *Rétention biliaire.* — La rétention biliaire caractérisée par son syndrome — ictère persistant, décoloration des selles, urines chargées de matières biliaires — constitue incontestablement l'indication la plus pressante. Par l'action compressive qui résulte de la stase biliaire, en amont du cholédoque obstrué, par l'infection ascendante que favorise la rétention, la cellule hépatique est sous le coup de lésions graves qui peuvent évoluer avec une extrême rapidité, comme évolue la stéatose phosphorée, ce qui éveille bien la pensée d'une action spéciale exercée par les toxines. Or, c'est de l'état de la cellule hépatique que dépendent les suites de l'intervention; et c'est à devancer ces dégénérescences que nous devons nous efforcer désormais. L'urgence opératoire est surtout manifeste en matière d'obstruction calculeuse du cholédoque, puisqu'à l'encontre de l'obstruction cancéreuse notre intervention hâtive peut apporter ici la guérison radicale, et parce que, chez ces lithiasiques rétentionnistes, l'infection biliaire est la règle : l'action chirurgicale y est donc indiquée doublement, pour désobstruer et pour désinfecter. « Lorsque des phénomènes de rétention biliaire, par lithiase cholédoquienne, durent plus de 3 mois, les chances de désobstruction, nous dit Quénu (1), sont si minimes qu'il est permis d'affirmer que, dans la généralité des cas, la chirurgie est l'ultime ressource; il y a tout avantage à ne pas attendre cette date de désespérance : avant que l'état général n'incline à baisser, il faut agir. » A ce titre l'épreuve du glucose peut servir à mesurer l'atteinte de la cellule hépatique.

De là, l'importance majeure du diagnostic précoce et précis de la lithiase du cholédoque. Ce diagnostic est-il toujours possible? Avec Quénu, nous n'hésitons point à répondre négativement. D'abord, les phénomènes de rétention biliaire peuvent être incomplets ou trompeurs.

1. Quénu, Étude sur la chirurgie du cholédoque (*Progrès médical*, 4 mai et 11 mai 1895).

A la période où ces malades sont livrés au chirurgien, le tableau morbide est, comme le dit Vautrin (1), « touffu et chargé de nombreux malaises au milieu desquels il faut savoir démêler l'obstruction cholédocienne ». L'ictère peut manquer, la bile filtrant entre le calcul et la paroi dilatée, par un mécanisme comparable à celui de la miction par regorgement, ou ne se montrer que par intermittences, répondant à des engouements passagers par bouchons muqueux.

Mais, même quand le syndrome de la rétention biliaire est au complet, le diagnostic garde de grosses incertitudes. S'agit-il d'une obstruction calculeuse, ou d'une compression cancéreuse dans la région du cholédoque, ou d'une inflammation angiocholique ou cholédoquienne? Telle est la triple hypothèse qui crée, en clinique, un problème souvent insoluble, que seule la laparotomie exploratrice est capable de trancher. Les ictères, liés aux grandes infections biliaires, surtout à celles portant sur les voies principales, évoluent avec une symptomatologie vive, avec un mouvement fébrile de véritable septicémie; ils se rattachent, de plus, à des conditions étiologiques spéciales — fièvre typhoïde antécédente ou arrivée à son déclin, état infectieux du tube intestinal; — ce ne sont point eux qui créent les plus communes difficultés de diagnostic.

C'est entre l'obstruction calculeuse et cancéreuse que l'hésitation est plus fréquente. La permanence d'un taux d'urée voisin de la normale ne saurait faire exclure la qualité cancéreuse de l'obstacle : nous venons de faire, dans notre service de Montpellier, la cholécystostomie chez un ictérique pissant 20 grammes d'urée par jour, et que nous avons trouvé atteint d'un cancer à multiples nodules. La persistance de la réaction du salol, témoignant de l'intégrité fonctionnelle du pancréas, est un argument pour éliminer l'hypothèse d'un cancer siégeant à la tête de l'organe et fermant le cholédoque; mais ce signe encore vient de nous tromper. L'âge avancé du malade, la cachexie progressive, ne sont que des signes de présomption en faveur d'un carcinome des voies biliaires. L'existence de coliques hépatiques antérieures n'est pas même capable de donner toute certitude, l'obstruction du cholédoque pouvant être la première expression de la lithiase. Le signe de Courvoisier-Terrier, à savoir l'atrophie de la vésicule biliaire en cas de lithiase, sa dilatation en cas d'obstruction cancéreuse est assurément un indice répondant à la majorité des cas; mais, comme le dit Quénu, sa valeur n'est pas absolue, le fait n'étant pas constant ou parfois d'une constatation difficile, en raison de l'énorme hypertrophie du foie. Le signe de Vautrin consiste en la douleur déterminée, dans le cas de lithiase, par la palpation au niveau du cholédoque. « Il faut se placer du côté gauche du malade, étendre les doigts en dehors du muscle droit de l'abdomen, et appuyer avec la main, en déprimant ce muscle doucement, comme si l'on voulait atteindre et palper la gouttière vertébrale droite; si le malade est amaigri, on déterminera à un certain moment une douleur vive à la pression et on pourra même sentir une induration profonde. » Malheureusement, cette exploration sera rendue souvent difficile par l'épaisseur des parois; on sait de plus que les tumeurs du pancréas peuvent déterminer la formation, en amont, de calculs secondaires.

Donc, le diagnostic de la nature de l'obstacle est en-

1. Vautrin, De l'obstruction calculeuse du cholédoque (*Revue de chirurgie*, 10 juin 1895).

touré de causes d'erreurs souvent insurmontables. D'autre part, quelle que soit la cause de la rétention biliaire, il y a tout intérêt à agir précocement. S'il s'agit d'un embarras calculeux ou d'une infection des voies biliaires, cette intervention aura d'autant plus de chances d'être curative qu'elle sera plus hâtive, sauvegardant la glande. Que si on a affaire à un néoplasme, la valeur palliative de l'opération sera d'autant plus grande que l'on n'aura point laissé la cholémie joindre son œuvre à la cachexie cancéreuse. Et nous nous rattachons pleinement à la conclusion de Quénu : « Dans tous les cas où les signes de rétention biliaire, persistant pendant 3 mois sans aucune amélioration, permettent de supposer l'existence d'un calcul cholédoquien, il faut s'en assurer directement par une laparotomie exploratrice. »

§ 2.— *Douleurs.*— Depuis longtemps, un malade souffre de crises hépatiques plus ou moins fréquentes, de troubles digestifs et de constipation; les coliques, d'abord brèves et distantes, se sont rapprochées, prolongées, compliquées d'ictère permanent ou intermittent, de prurit, d'insomnies, de décoloration des selles, d'urines pigmentées : c'est le tableau habituel de l'obstruction calculeuse du cholédoque, et il faut intervenir avant que l'amaigrissement ne s'accuse. Au contraire, il convient, comme l'a dit Gérard-Marchand, de ne pas compter sur les signes de la colique hépatique pour faire le diagnostic de la lithiase vésiculaire. Dans la cholécystite calculeuse, l'évolution est souvent insidieuse : le type classique de la colique hépatique s'y réduit à une forme fruste, revêtant parfois les allures vagues de crises gastriques, localisées habituellement à la vésicule, ce qui tend à prouver que, très probablement, les calculs vésiculaires ne progressent pas du foie vers le cholécyste, mais qu'ils sont une formation vésiculaire propre. L'ictère alors est absent, puisque l'obstruction se limite aux voies accessoires; la cholémie par rétention n'est pas menaçante. Et c'est par ces symptômes douloureux, par les complications inflammatoires qu'elles traduisent, que l'intervention est motivée : après extirpation ou assainissement du cholécyste enflammé et calculeux, les douleurs cessent pour ne plus revenir.

D'autre part, il faut savoir que la colique hépatique n'est point spéciale à la lithiase· et les faits sont assez nombreux de malades « faux calculeux » ayant présenté la localisation nette de la colique biliaire, ses intermittences, l'ictère concomitant, chez lesquels le chirurgien ne découvre aucun calcul au moment de l'opération. Il s'agit alors généralement de péricholécystites adhésives : les crises douloureuses sont liées à un travail d'adhérences péritonéales; l'opérateur obtient un succès par la simple libération des brides. Knaggs guérit ainsi un malade qui souffrait depuis 12 ans de pseudo-coliques hépatiques avec ictère; Sendler, Gersuny, ont aussi débarrassé de leurs douleurs, par la destruction d'adhérences membraniformes, sans toucher à la vésicule, des faux calculeux ; et Fränkel a raison de dire que « l'apparence de la colique hépatique peut être engendrée par des processus inflammatoires qui ont parfois, il est vrai, le même rôle dans les affections calculeuses de la vésicule, mais qui souvent constituent la seule étiologie de l'affection douloureuse. »

§ 3.— *Tumeurs.*— La palpation a révélé la présence d'une tuméfaction de l'hypochondre. Le chirurgien doit s'attacher à préciser s'il s'agit d'un gros foie, d'une tuméfaction paracystique de la région vésiculaire, ou d'une tumeur de la vésicule même.

Le gros foie, soit par congestion, soit par infection radiculaire, complique souvent les obstructions calculeuses ou néoplasiques du cholédoque; mais d'autres indications alors commandent l'intervention. Il est, par contre, un certain nombre de faits où l'opérateur est intervenu pour l'« hépatomégalie », pour l'hypertrophie du foie même, compliquée de subictère ou d'ictère. En 1889, Segond pratiquait dans ces conditions une laparotomie exploratrice et ne trouvait qu'un état congestif du foie; la guérison fut complète. Nous avons récemment opéré de même un malade du professeur Grasset. En 1890, Terrier intervenait pour une hypertrophie du foie avec ictère : une fistule cutanée fut établie; au 14ᵉ jour l'ictère disparaissait, puis les accès fébriles cessèrent; le malade guérit. En 1891, Quénu obtenait un favorable résultat chez une femme atteinte de douleurs vives, sans ictère, porteuse d'une volumineuse tumeur formée par le lobe gauche cirrhotique, congestionné et granuleux, recouvert d'adhérences épiploïques.

Parmi ces hépatomégalies, il faut, comme Longuet (1) l'a fait, distinguer des catégories où l'indication se pose de façon différente. Il y a d'abord des cirrhoses hypertrophiques avec ictère, de Hanot : nous inclinons à penser que le travail de sclérose y répond à une infection biliaire, subaiguë ou chronique, sujette à des recrudescences marquées par des poussées fébriles, par l'augmentation de volume du foie, par l'exagération de l'ictère; il devient rationnel, selon cette conception, de dériver hors des voies biliaires, par une fistule cutanée, cette bile infectieuse qui exerce sur le réseau une action irritante. Bien que le fait de Terrier soit à peu près seul à appuyer cette pratique, le principe est peu contestable. En d'autres faits, dont l'opération de Quénu est le type, la libération d'adhérences peut exercer sur un lobe cirrhotique un bon effet; ailleurs, comme dans les cas de Routier et de Segond et dans le nôtre, la simple exploration, peut-être le massage des canaux biliaires exécuté au cours de l'examen, ont procuré des guérisons rares, peu expliquées, d'ailleurs insuffisantes pour faire exemple.

La région vésiculaire peut être tuméfiée par des suppurations paracystiques, qui sont à la vésicule infectée ce que sont les phlegmons de la fosse iliaque à l'appendicite. J.-L. Petit conseillait déjà d'ouvrir ces abcès paravésiculaires « sans craindre l'épanchement; car ils ne faut pas attendre que la nature fasse toujours des miracles; il est vrai qu'elle les commence puisqu'elle procure les adhérences ». Les abcès antérieurs s'évacuent par une incision en dehors du grand droit; les antéro-supérieurs par une thoracotomie; les postéro-supérieurs par la voie transpleurale d'Israël et Segond; les postéro-inférieurs par la voie lombaire. De semblables interventions ne méritent point le nom de cholécystotomies : les poches de péritonite circonscrite sont alors le fait principal, la présence de la vésicule, enflammée et perforée, devient accessoire ainsi que le dit Langenbuch : il suffira de la débrider, de la mettre au net par des irrigations antiseptiques et l'extraction des calculs accessibles, de même qu'on néglige l'appendice dans les interventions pour suppurations pérityphliques. Plus tard, on pourra trouver, dans la persistance des symptômes locaux, ou dans les récidives, l'indication d'une cholécystectomie secondaire, supprimant le foyer originel.

Un magma d'adhérences périvésiculaires peut être pris pour la vésicule distendue : cela arriva à Keen et Musser, en 1882. Comme l'a dit Terrier, et comme l'a confirmé Tuffier, le diagnostic de *grosse vésicule lithiasique* porté autrefois en l'absence de vérification anatomique,

1. Longuet, Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite non calculeuse (thèse de Paris, 1896).

était applicable aux petites vésicules entourées de grosses adhérences. De plus, le rôle des péritonites périvésiculaires, des péricholécystites fibreuses, pouvant exister en dehors de la lithiase, a été bien mis en lumière surtout par Fränkel et Sendler, qui ont appelé l'attention sur le syndrome douloureux et ictérique auquel elles donnent lieu. Il est des faux calculeux, avec coliques, avec ictère, avec tuméfaction sous le rebord costal, chez qui l'on ne peut rencontrer qu'un englobement de la vésicule dans une masse d'adhérences et qui guérissent per simple suppression de ces brides, sans ouverture des voies biliaires.

La vésicule peut être distendue soit par du pus — empyème vésiculaire — soit par de la sérosité — hydropisie vésiculaire — soit par du sang, hypothèse exceptionnelle. La ponction exploratrice préalable est le moyen de fixer sur ce point l'opérateur. Nous savons, depuis Courvoisier, que dans la cholécystite calculeuse les lésions aboutissent à une rétraction de la vésicule; si bien qu'une dilatation de l'organe dirige le diagnostic soit vers l'hypothèse d'une obstruction néoplasique, soit vers celle d'une cholécystite non calculeuse; nous connaissons cependant les infractions à cette loi et les hydropisies transparentes de la vésicule, dans la lithiase biliaire. Une distension permanente, sans régression de la vésicule indique l'intervention chirurgicale : dans le cas de cancer; elle pare à la cholémie; dans le cas, plus intéressant, de cholécystite, elle évacue, par la cholécystostomie, opération de choix, le contenu septique enfermé dans la vésicule. draine l'arbre bilaire et protège la cellule hépatique, prévient les adhérences et met un terme aux douleurs, — Les communications de Tuffier (1), de Michaux (2), de Schwartz (3), de Broca (4), de Routier, de Marchant, à la *Société de chirurgie*, en 1896, ont mis en relief les indécisions que peuvent créer à l'opérateur les distensions claires ou purulentes de la vésicule : ici, c'est une hydropisie transparente du cholécyste que Tuffier prend pour un kyste hydatique; plus souvent l'erreur consiste à confondre avec une tumeur du rein une collection liquide de la vésicule; c'est surtout avec le rein mobile que la confusion est possible, d'autant qu'il n'est pas rare de le voir coïncider avec une lithiase vésiculaire. Cette confusion peut être ainsi évitée : « Lorsque l'on presse, nous dit Schwartz, sur la tumeur biliaire, elle fuit et s'enfonce dans la profondeur, elle n'y reste pas; il suffit de lâcher la pression pour la sentir reprendre sa position initiale plus superficielle; il n'en est pas de même pour le rein mobile, qui remonte au-dessous du foie, mais y reste. »

§ 4.— *Symptômes généraux*.— La fièvre mérite, au premier chef, l'observation du chirurgien : elle traduit la résorption septique, de même que la cholémie exprime la résorption biliaire. Or, c'est par ces deux ordres d'intoxication que le malade est menacé. Il est des cas où intervient seule la résorption de la bile : cela s'observe chez les calculeux aseptiques. Chez ces malades, dont la situation est comparable aux calculeux vésicaux non infectés, le péril existe, résultant de l'acholie intestinale et surtout de l'hypertension dans la colonne biliaire stagnante et de la pression que s'exerce sur la cellule hépatique. Mais ce danger est singulièrement accru quand l'infection intervient, joignant son effet toxique et nécrosant pour les cellules de l'organe à l'intoxication biliaire : de même qu'un calculeux vésical infecté devient un rénal, de même le calculeux biliaire devient un hépatique; et Charcot a rapproché, en un beau parallèle, la fièvre « uro-septique » de la fièvre hépatique. Or, nous sommes désormais capables de réaliser chirurgicalement cette antisepsie biliaire : sans doute, il est des infections aiguës, du type de l'ictère grave, promptement pernicieuses à l'élément hépatique, qui continueront à rester hors de notre pouvoir; mais dans la plupart des angiocholites nous pouvons, par l'évacuation de la bile septique, désinfecter l'arbre biliaire; et il nous est loisible d'apprécier bactériologiquement l'effet de cette désinfection, en déterminant, par les cultures, la richesse bactérienne et la virulence du liquide biliaire.

Donc, l'état septique commande, à titre d'indication prééminente, notre intervention; et la fièvre en est un bon signe. A côté, se placent les indices de la dénutrition, de l'insuffisance hépatique, de la suppression de l'excrétion biliaire : l'amaigrissement, la déchéance du taux d'urée, l'hypertoxicité des urines quand le rein doit éliminer les toxines que ne modifie plus le foie insuffisant, le trouble profond de la digestion intestinale qui n'est possible que grâce à l'alcalinisation de son contenu par la bile, voilà autant de symptômes qui deviennent des raisons d'agir chirurgicalement dès que la médecine a fait aveu d'impuissance.

B. — Choix de l'intervention.

Les opérations dont dispose la chirurgie biliaire portent soit sur la vésicule, soit sur les canaux d'excrétion, le cholédoque surtout, le cystique parfois, les ramuscules dilatés, exceptionnellement.

Les premières sont au nombre de quatre : 1° la *cholécystectomie* qui extirpe la vésicule, opération que Langenbuch inaugura avec succès le 15 juillet 1882; 2° la *cholécystotomie* qui se borne à l'ouvrir, intervention déjà pratiquée par J.-L. Petit; 3° la *cholécystostomie* qui l'ouvre et l'abouche à la peau, opération faite en deux temps par Thudicum, dès 1859, en un temps par Bobbs dès 1867, répétée sans succès par Marion Sims en 1877, exécutée heureusement par König en 1882, et vulgarisée par Lawson Tait; 4° la *cholécystentérostomie* qui abouche la vésicule à l'intestin, intervention pratiquée pour la première fois par Winivarter en 1882.

Les secondes comprennent surtout des opérations portant sur le cholédoque : 1° la *cholédochotomie*, ou incision du cholédoque, dont l'idée première appartient à Langenbuch, et dont la première réalisation est due à Kümmel en 1884; 2° la *cholédochothripsie* ou broiement des calculs dans le canal, intervention inaugurée par Langenbuch; 3° le *cathétérisme* désobstruant des voies biliaires, manœuvre souvent associée à la cystostomie; 4° quelques opérations portant sur le cystique — *cysticotomie* ou incision du canal; *cysticolithothripsie* ou broiement sur place des calculs enclavés dans le conduit cystique; 5° une intervention exceptionnelle, la *cholangiostomie*, pour employer le mot de Baudoin, consistant en l'incision des radicules biliaires dilatées. Enfin il y faut joindre les opérations atypiques : laparotomie exploratrice, ruptures d'adhérences.

Au total, cette question de médecine opératoire, que complique sa terminologie, se simplifie en pratique. C'est surtout entre la cholécystostomie et la cholécystectomie que le débat clinique se pose habituellement. Deux noms dominent ce débat : avec une égale expérience, Langenbuch et Lawson Tait patronnent, comme intervention

1. Tuffier, Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie (*Société de chirurgie*, 18 mars 1896 et 27 mai 1896).
2. Michaux, *Société de chirurgie*, 6 mai 1896, p. 359.
3. Schwartz, *Société de chirurgie*, 13 mai 1896, p. 379.
4. Broca, *Société de chirurgie*, 6 mai 1896, p. 366.

presque exclusive, le premier la cholécystectomie, le second la cholécystostomie. En France, des documents très étudiés se sont dégagés des travaux de Terrier et des communications récentes apportées à la *Société de chirurgie*; si bien que ce parallèle peut maintenant se débattre chez nous avec une contribution suffisante de faits cliniques. — Une opération, jusqu'à présent négligée en France, a pris aussi un développement prééminent : c'est la cholédochotomie, grâce à laquelle la chirurgie est désormais aussi puissante contre les calculs du cholédoque que devant ceux de la vésicule biliaire et du cystique. En 1892, Terrier en avait recueilli 17 faits; Lepetit avait porté ce chiffre à 20; Quénu, en mai 1895, en colligeait une cinquantaine; Jourdan (1), dans sa thèse étudiée et claire, a pu en rassembler 72 observations. — En revanche, la *cholécystentérostomie* a vu diminuer ses indications; et l'opinion que nous émettions sur ce point dans la première édition de notre *Traité de thérapeutique* s'est trouvée confirmée. — Quant à la *cholécystotomie idéale* de Bernays, *cholécystendise* de Courvoisier (incision de la vésicule, évacuation et nettoyage de ses parois, suture et réduction dans l'abdomen) elle ne saurait convenir qu'aux hydropisies simples et aseptiques de la vésicule, avec parois peu altérées, la perméabilité des voies biliaires étant certaine; mais ces conditions même indiquent sa rareté d'application. « Pour moi, écrit Kehr (2), d'une si grande compétence, la cholécystotomie idéale n'existe plus. »

1° Indications de la cholécystostomie. — Terrier l'a formulé nettement, au Congrès de chirurgie de 1895 : « Dans les cas où les voies biliaires directes ou indirectes, renfermant ou non des calculs, sont le siège d'une inflammation déterminant des accidents fébriles intenses, continus, ou avec exacerbation, il est indiqué d'intervenir par une laparotomie, d'ouvrir la vésicule et de laisser cette ouverture béante à la peau, en un mot de pratiquer la cholécystostomie. » — Grâce à la laparotomie exploratrice, en effet, on se rend compte de l'état des voies biliaires accessoires, canal cystique et vésicule, on examine les voies principales, cholédoque, et l'on procède à la suppression des calculs s'il en existe; grâce, d'autre part, à l'issue de la bile septique, on réalise la désinfection radicale des voies hépatiques.

C'est dans cette action sur l'infection des voies biliaires — infection causale dont la production calculeuse n'est le plus souvent que l'expression — qu'il faut chercher les raisons de la supériorité actuellement affirmée en faveur de la cholécystostomie, dans le traitement de la lithiase vésiculaire. Les Anglais, avec Lawson Tait, l'ont toujours soutenue : dans la première édition de notre Traité, nous avions conclu à sa prééminence et l'on nous avait reproché ces conclusions; or, les travaux récents nous ont donné raison. « La cholécystectomie perd du terrain dans la cure opératoire de la lithiase biliaire », écrivait Martig en 1893, dans une bonne étude critique. « Je considère, dit Kehr, la cholécystostomie comme l'intervention normale dans la cure opératoire de la lithiase vésiculaire. » En France, où, jusque dans ces dernières années, la cholécystectomie était pratiquée avec prédilection, comme le remarque Martig, tandis qu'elle entrait en discrédit dans la chirurgie allemande et suisse, la cholécystostomie prend maintenant le premier rang dans le traitement de la lithiase vésiculaire, ainsi qu'en témoignent l'important article de Lejars (1), les deux communications claires et précises de Tuffier et la discussion qu'elles ont soulevée à la Société de chirurgie en 1896.

Quelle est, de la cholécystostomie ou de la cholécystectomie, l'opération la plus bénigne, la plus simple, la plus efficace, dans le cas de lithiase vésiculaire? C'est sur ces trois points que porte le débat.

« La vésicule peut être supprimée sans trouble grave des fonctions digestives, déclare Langenbuch; elle manque chez maintes espèces; nous voyons vivre sans elle une belle série d'opérés. » Cet argument ne saurait suffire à établir la légitimité de sa suppression. Et les statistiques ici produites ne sauraient trancher la question; celles de Courvoisier nous montrent que les deux opérations ne diffèrent guère.

Au point de vue de la simplicité, il est réel qu'*a priori* la taille de la vésicule, avec fixation à la paroi, est supérieure à l'ablation de l'organe. Toutefois, il est juste d'observer, avec Michaux, que cette simplicité est souvent plus théorique que pratique . il faut procéder, dans une vésicule petite et scléreuse, à l'extraction malaisée des calculs, amener difficilement sa paroi rétractée jusqu'à la peau, la dégager des adhérences.

Mais, en pareils cas, la cholécystectomie sera aussi malaisée. Or, c'est alors surtout qu'elle serait indiquée, par les altérations pariétales de la vésicule, lésions fréquentes dans la cholélithiase, bien étudiées par Janowski, Delbecque, Souville. En de semblables conditions, la cholécystostomie nous paraît plus bénigne; car on peut la pratiquer en deux temps, ou créer entre la vésicule, trop rétractée pour être conduite à la paroi, et cette dernière, un canal isolé du péritoine, soit en décollant la séreuse pariétale, à la façon de Lendner, et en l'amenant en entonnoir jusqu'à la surface de l'organe altéré, soit en utilisant, à l'instar de Terrier, les débris d'adhérences et l'épiploon voisin ramassés par des sutures autour d'un tube à drain et d'un tampon de gaze.

En enlevant la vésicule, dit Langenbuch, vous supprimez du même coup le mal et son siège de production, « les pierres et la carrière ». Mais la vésicule, si elle est le foyer principal de formation des cholélithes, n'en est pas le foyer exclusif. Landerer, en 1884, et Thornton, en 1887, n'ont-ils point dû faire une véritable hépatotomie, c'est-à-dire se frayer le passage vers les calculs biliaires à travers le tissu du foie? Une pièce de Weigert est citée par Hirschberg : en dehors de pierres occupant le cystique et le cholédoque, on pouvait constater la présence d'un grand nombre de calculs encombrant les conduits biliaires secondaires. Parkes, au cours de l'opération, ne trouva pas de calculs dans la vésicule : quelques jours après, il put extraire cinq pierres du poids de 30 grammes. Hofmokl fit, après incision de la vésicule, l'extraction de 13 calculs : dans les jours suivants, il en vit sortir 24 autres dont l'exploration attentive ne lui avait point montré la présence.

Cette migration secondaire de calculs extracystiques est grosse de périls si la voie du cholédoque est barrée. Or la perméabilité du cholédoque reste trop souvent un point d'interrogation. Sans doute, l'absence d'ictère, la coloration normale des fèces permettent de l'affirmer, mais combien d'erreurs possibles! Des débâcles intermittentes peuvent se produire par hypertension en amont de l'obstacle, que J.-L. Petit comparait déjà aux

1. Jourdan, De la cholédocotomie (thèse de Paris, 1895).
2. Kehr, *Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*, Berlin, 1896.

1. Lejars, Contribution à l'étude des indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie (*Revue de chirurgie*, 10 septembre 1896).

mictions « par regorgement » et qui permettent « aux malades atteints de rétention de bile de rendre des excréments bilieux sans que l'on puisse conclure que la bile ait repris un cours libre ». Un calcul émigré des conduits hépatiques peut s'enclaver après l'opération et déterminer une occlusion secondaire, d'autant que, suivant la remarque de Georges Harley, des bouchons de bile épaissie sont capables, aussi bien qu'un calcul, d'obstruer le cholédoque. Il n'y a qu'une chance alors pour l'opéré : c'est que la ligature placée sur le col de la vésicule cède, que des adhérences aient eu le temps de préserver la séreuse, et qu'il se fasse une issue cutanée vers la plaie. L'opéré de Terrier a eu ce bonheur. En présence d'une semblable éventualité, la cholécystostomie est l'opération de prudence, assurant l'évacuation des petits calculs des conduits hépatiques, drainant la bile infectée et par là même combattant la reproduction calculeuse, permettant le cathétérisme ultérieur ou les autres procédés de désobstruction des voies biliaires.

Le rétablissement de la circulation biliaire normale se réalise parfois en des conditions imprévues. On a trouvé, dans le cas d'une lithiase vésiculaire, un calcul enclavé dans le col ou le cystique : il a été impossible de l'enlever; la muqueuse saigne; le conduit rétracté est profond, difficile à inciser : or, après quelques semaines, sous la poussée biliaire, sous l'action d'irrigation, le calcul se délite, se dégage, sort dans le pansement. On a vidé une vésicule qui ne contient que du pus ou un liquide décoloré filant, et l'on voit peu après, le soir même dans le cas de Jalaguier, la bile faire irruption par la bouche cutanée.

Ce n'est point au cystique seulement que s'observent ces désobstructions secondaires : on les observe aussi pour le cholédoque. Quand la gravité de l'état général, l'infection biliaire dénoncée par la fièvre, ont, dans le cas d'une obstruction calculeuse du cholédoque, forcé le chirurgien à écarter la cholédocotomie d'emblée et à pratiquer la cholécystostomie préliminaire, il peut arriver par la suite — et quelques faits le prouvent — que le calcul désagrégé par les irrigations se déplace et que le cholédoque se perméabilise, d'autant que nous savons le rôle obstruant de l'inflammation de la muqueuse des voies biliaires et que la fistule, par son action désinfectante, entraîne la régression de cet épaississement inflammatoire. Il ne faut point compter, dans ce but, sur le cathétérisme des voies biliaires par la fistule : ces manœuvres produisent souvent des hémorrhagies d'une haute gravité, même avec les sondes en gomme. Fontan a proposé les injections d'éther, par quelques gouttes instillées avec la seringue de Guyon : il est possible que leur action dissolvante ait quelque valeur quand les conduits sont oblitérés par une boue biliaire, mais il est douteux qu'elle puisse s'exercer sur un gros calcul enclavé.

La permanence d'une fistule biliaire est assurément la plus sérieuse objection à la cholécystostomie. Les exemples, toutefois, sont assez nombreux de malades gardant, malgré cette déperdition biliaire, un état général satisfaisant : tels le patient de Krumptmann perdant pendant 8 ans une quantité journalière de 240 à 270 grammes; le malade d'Israël évacuant, chaque jour, pendant 10 mois, un litre de bile. — Mais, en général, l'écoulement biliaire se tarit entre une semaine et 2 mois : quand il persiste, c'est que l'obstruction cholédocienne est complète; et mieux vaut assurément subir les inconvénients digestifs de l'acholie intestinale que le péril de l'intoxication par la cholémie : cette permanence de l'occlusion devient d'ailleurs une indication soit à la cholédocotomie secondaire, soit à la cholécystentérostomie.

2° Indications de la cholécystectomie. — La cholécystostomie tend donc à devenir l'intervention de choix dans la lithiase vésiculaire; mais la cholécystectomie y garde des indications. Elle a pour conditions indispensables l'asepsie des voies hépatiques et la perméabilité, *actuelle* ou *ultérieure*, du cholédoque : ce que peut établir l'exploration, confirmant les données cliniques fournies par l'absence du syndrome de la rétention biliaire.

Dans la lithiase, elle a pour indication principale la localisation à la vésicule de l'affection calculeuse. Une seconde indication, moins nette, est fournie par les lésions graves de la vésicule infectée, lésions incompatibles avec sa conservation; mais il arrive alors que ce qui constitue son indication crée sa difficulté d'exécution et que, devant les adhérences, la friabilité pariétale, la rétraction profonde du cholécyste, le chirurgien doit abandonner son extirpation. Si bien que, par opposition avec ceux qui la croient indiquée par les lésions vésiculaires, il est des chirurgiens qui ne l'admettent que quand elle est facile : « Peu d'adhérences; c'est véritablement, dit Tuffier, une poire à cueillir, il n'y a que la queue à couper. » Et, de fait, la cholécystectomie perd sa bénignité, quand la vésicule est adhérente au foie et aux viscères voisins; il est plus simple de l'ouvrir et de la nettoyer que de la décortiquer.

Dans les affections non calculeuses, elle est l'opération idéale et complète, bien que les observations en soient rares, pour le cas d'une hydropisie claire et aseptique de la vésicule : « il faut, dit Terrier, enlever la vésicule distendue, comme on fait d'un kyste de la face inférieure du foie ». Dans l'hypothèse d'un empyème vésiculaire, l'indication est moins nette : il faudrait que l'occlusion du cystique ait transformé la vésicule en une poche purulente bien isolée, enlevable comme un pyosalpinx, sans aucun accident infectieux du côté des voies biliaires ou du foie. Mais alors, les difficultés y sont considérables, venant surtout des adhérences; et quand on passe de la théorie aux faits, on voit, comme l'a fait remarquer Longuet, que la cholécystectomie, méthode de choix pour les distensions vésiculaires non calculeuses, n'a été que rarement applicable et que la cholécystostomie semble destinée à rester pour ces cas l'opération courante.

3° Indications de la cholécystentérostomie. — Un néoplasme inopérable, comprimant le cholédoque, est trouvé par la laparotomie exploratrice; c'est là la meilleure indication de la cholécystentérostomie, favorisée alors par la dilatation de la vésicule. Dans les obstructions calculeuses, avec cholécyste réduit et rétracté, cette intervention est d'applications restreintes. Elle peut se heurter, par les faibles dimensions de la vésicule, à des difficultés insurmontables. Est-elle réalisable, elle n'est que palliative et ne saurait convenir qu'aux cas compliqués de fistules biliaires incurables succédant à une cholécystostomie préliminaire et à l'impossibilité d'une cholédocotomie secondaire.

Il s'en faut d'ailleurs que cette anastomose entérocystique, si rationnelle puisqu'elle conserve aux malades la sécrétion biliaire et assure l'alcalinité du contenu intestinal, indispensable à la digestion, soit sans inconvénient; elle en présente un sérieux, sur lequel Dujardin

Beaumetz a apporté son observation personnelle : c'est l'infection hépatique ascendante. Produite par la pénétration des microbes intestinaux par l'ouverture fistulaire, elle se traduit par des accès de fièvre : tantôt ils se montrent isolément, tous les 4 à 10 jours; tantôt au contraire ils se suivent pendant un certain nombre de jours, 3 à 4 jours, et reviennent alors à heures à peu près fixes. Ils durent de 4 à 6 heures : ils sont précédés d'un état général de courbature, s'accompagnent quelquefois de vomissements et de douleurs d'estomac et se terminent par un affaiblissement des forces. Ce qui les distingue des accès intermittents palustres ce sont les deux points suivants : l'irrégularité de leur apparition d'une part, et de l'autre la résistance qu'ils présentent à une médication quinique; quelle que soit la dose employée, on ne peut en modifier ni l'heure d'apparition, ni l'intensité. Ces accès laissent à leur suite un affaiblissement général et un état de coloration des tissus caractérisé surtout par de la mélanodermie et qui font beaucoup ressembler les individus ainsi atteints d'infection hépatique par voie intestinale aux malades atteints de cachexie palustre. Quelquefoi à la teinte foncée de la peau vient se joindre un véritable subictère déterminé par un ictère infectieux accompagnant l'accès fébrile. On retrouve alors dans les urines de la bilirubine et pendant les périodes d'accès presque toujours de l'urobiline. Lorsque ces accès de fièvre dus à l'infection hépatique se produisent dans les jours qui suivent l'opération, ils présentent un haut degré de gravité et entraînent la mort du sujet qui ne peut résister après le choc opératoire à cet accès. Lorsque au contraire ils se produisent tardivement, 6 semaines à 2 mois après l'opération, le malade peut résister, mais à partir de ce moment, l'amélioration que l'on constatait après l'opération cesse et le malade se trouve alors, par suite de ces infections successives du foie, qui modifient profondément les fonctions de la cellule hépatique, dans des conditions d'infériorité vitale qui lui permettent de devenir facilement la proie des maladies intercurrentes.

4° Indications de la cholédocotomie. — La cholédocotomie est le procédé de choix pour l'obstruction calculeuse du cholédoque; mais la cholécystostomie préliminaire y devient parfois un procédé de nécessité. Chez un ictérique ancien, en proie à la dénutrition, à lésions hépatiques probablement avancées, parfois atteint de complications rénales ou cardiaques, incapable de supporter une intervention de quelque durée, on peut être contraint, comme l'admettent Jourdan et Vautrin, à se borner à une simple cholécystostomie. Dans ces conditions, on peut voir la fistulisation biliaire, en mettant un terme à la rétention, changer le tableau en quelques jours, si l'atteinte du foie, du cœur et des reins n'est pas trop profonde; et ce relèvement des forces permet au chirurgien de tenter une cholédocotomie secondaire, si la persistance de la fistule biliaire l'indique. Mais c'est surtout quand l'obstruction cholédocienne s'accompagne de fièvre, traduisant l'infection biliaire, que la cholécystostomie préliminaire est avantageuse, par sa valeur antiseptique; les faits le montrent bien : d'une part, les succès sont en proportion plus grande pour les cholédocotomies secondaires à des fistules biliaires que pour les cholédocotomies primitives; d'autre part, une des plus fréquentes causes de mort dans les cholédocotomies primaires est l'infection péritonéale par épanchement d'une bile septique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Querneau (A.). *De l'éventration consécutive à la grossesse.* N° 42. (H. Jouve.)

M. Bosdeveix (Aristide). *Considérations sur les luxations des cartilages costaux.* N° 19. (H. Jouve.)

M. Culianu (Alexandre). *Quelques considérations d'ordre pratique sur le traitement de l'appendicite.* N° 25. (H. Jouve.)

M. Bilski (Movcha). *Contribution à l'étude au point de vue clinique et thérapeutique de l'anévrysme inguinal.* N° 28. (H. Jouve.)

M. Carel (André). *Contribution à l'étude de la résection de l'anse iléo-cæcale.* N° 47. (G. Steinheil.)

M. Faûgouin (Alfred). *Contribution à l'étude de la rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme.* N° 33. (Carré et Naud.)

M. Aurégan (A.). *De l'hydrorrhée déciduale.* N° 50. (H. Jouve.)

M. Beaudoin (Charles-Marie). *Contribution à l'étude de la varicelle gangréneuse.* N° 3. (H. Jouve.)

M. Harlez (Charles). *De la laryngite suffocante varicelleuse.* N° 343. (H. Jouve.)

M. Robin (Emile). *L'ichthyose.* N° 2. (H. Jouve.)

Il y a une éventration physiologique consécutive à la grossesse. Sa persistance, à un degré variable, constitue toujours un cas pathologique. Mais M. Querneau pense qu'on peut, par des mesures fort simples et une hygiène spéciale, prévenir, jusqu'à un certain point, la persistance de l'éventration après les couches. Ces mesures doivent être prises bien exactement : 1° pendant la grossesse; 2° pendant l'accouchement; 3° dans les suites de couches.

L'éventration produit à la longue l'entéroptose, avec ses conséquences désastreuses. Elle constitue dans les grossesses suivantes un obstacle à l'accommodation et amène des difficultés dans l'accouchement. On peut y remédier par l'emploi d'une ceinture et la version par manœuvres externes au 8e mois de la grossesse.

Quand l'éventration persiste après l'accouchement, on doit employer longtemps et avec persévérance les moyens médicaux qui sont : d'une part le port d'une ceinture appropriée, d'autre part les procédés suivants : α. hydrothérapie; β. massage; δ. électrothérapie; ε. gymnastique.

Il y a deux indications bien nettes d'intervention chirurgicale, lorsque ces différents moyens ont échoué : A. la femme souffre; B. La difformité est un obstacle aux occupations sociales de la femme. La cure radicale ne sera pas tentée d'emblée. La paroi abdominale sera toujours préparée à l'intervention par le traitement médical durant un temps variable; une moyenne de 3 mois est suffisante. A. Si les muscles droits sont atrophiés, on emploiera le procédé de M. Le Dentu, avec les incisions successives. B. Si les muscles droits sont suffisamment développés, on emploiera le procédé de M. Doléris, suture du péritoine, des muscles droits et de leur gaine, résection en dernier lieu seulement du lambeau cutané.

Il existe des faits bien établis de luxations chondro-sternales; Les luxations chondro-costales devront être considérées comme des fractures siégeant à l'union du cartilage et de la côte. Au point de vue du traitement, les luxations des cartilages costaux se comportent de deux façons : ou ces luxations ne donnent lieu à aucun symptôme fonctionnel ou douloureux : dans ce cas, on se contentera d'un bandage de corps; ou les symptômes douloureux seront très accusés, alors il sera nécessaire de réséquer le cartilage costal luxé. M. Bosdeveix relate de cette dernière intervention une intéressante observation due à son maître Sébileau.

Le diagnostic de l'appendicite peut être très difficile : il nécessite un examen minutieux et approfondi du malade. La douleur fixe (point de Mac-Burney) est un des meilleurs signes.

On se rappellera que la douleur peut être passagère et que la fièvre peut manquer, qu'elle est même remplacée par de l'hypothermie dans les cas les plus graves.

Il est impossible d'établir avec certitude le pronostic d'une appendicite. Les formes les plus simples et les plus bénignes en apparence peuvent déterminer brusquement les accidents les plus graves. Avec son maître Dieulafoy, M. Culianu affirme que c'est au chirurgien et non au médecin qu'appartient le traitement. Comme c'est généralement le médecin qui est appelé le premier, son rôle doit surtout consister à poser un diagnostic précis et à faire comprendre au malade la nécessité d'une intervention chirurgicale. En règle générale, celle-ci a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est plus précoce. Toutefois, *on ne peut donner une règle invariable. Chaque cas a ses indications.* La temporisation ne peut être acceptée quand il y a des phénomènes de septicémie; l'intervention a peu de chances de réussir; mais elle donne au malade la seule chance de salut. On est autorisé à opérer, à froid, un sujet atteint antérieurement d'appendicite; on peut alors plus facilement faire une opération radicale.

Après avoir passé en revue les diverses erreurs de diagnostic auxquelles a donné lieu l'anévrysme inguinal, M. Bilski étudiant le traitement, nous montre que la compression digitale, la compression mécanique, la méthode de Reid donnent quelquefois de bons résultats, mais ne sont pas des procédés sûrs. Toutefois il faut toujours commencer par eux avant de recourir à une opération sérieuse.

La ligature de l'iliaque externe donne d'assez bons résultats, 16,90 p. 100 de mortalité, d'après la statistique de M. Delbet; 12,50 p. 100 de mortalité d'après M. Kirmisson; mais les inconvénients de cette méthode sont les accidents qui peuvent survenir après l'opération, tels que la gangrène, la suppuration, la récidive, l'hémorrhagie, la rupture de la poche.

L'extirpation du sac est la méthode de choix. « Quand les malades guérissent sans gangrène, ils sont radicalement guéris, dit M. Delbet, et c'est la meilleure méthode ». On doit surtout l'employer quand l'anévrysme est très volumineux, car dans ce cas, la circulation collatérale est bien développée; quand la poche est enflammée, car si l'on a recours à une ligature de l'iliaque externe, on a à craindre une rupture du sac; quand on comprime l'artère et que la tumeur ne s'affaisse pas, cela prouve qu'il y a assez des collatérales pour rétablir la circulation dans le membre après l'extirpation, c'est encore une nouvelle indication opératoire (obs. I). Les résultats obtenus par cette méthode jusqu'à présent sont excellents.

La résection de l'anse iléo-cæcale est applicable aux cas exceptionnels d'anus contre nature ou de fistules pyostercorales, ayant amené des lésions graves du côté du cæcum et rendant la libération de l'anse intestinale impossible. Son indication est formellement établie dans les néoplasmes et la tuberculose du cæcum, alors que la tumeur bien limitée et sans adhérences trop considérables, l'absence de généralisation, l'état général du malade, permettent une opération radicale. Dans les cas d'obstructions intestinales consécutives à des affections du cæcum, qui s'accompagnent rapidement d'accidents graves, la résection paraît rarement indiquée, du moins primitivement. C'est alors que l'opération en plusieurs temps par les procédés de Demons ou de Bloch peut trouver son application.

Le petit nombre de documents ne permet pas à M. Carel de donner des conclusions en ce qui concerne les cas d'invagination chronique de gangrène et de rétrécissements cicatriciels.

L'étude des observations publiées dans ces quatre dernières années ne montre pas un progrès sensible dans les résultats opératoires obtenus par la résection de l'anse iléo-cæcale. Le chiffre de la mortalité, qui était de 34,14 p. 100 dans la statistique de Baillet (1894), est cependant descendu dans la nôtre à 28,2 p. 100 (1897).

Des moyens préconisés pour rétablir la continuité du tube intestinal (*plaques anastomotiques, boutons, sutures*); l'auteur rejette les deux premiers, pour se rallier d'une façon absolue à l'entérorraphie. Quant au mode d'abouchement de l'iléon avec le côlon ascendant, si sa statistique plaide en faveur de l'entérorraphie circulaire, il ne lui semble pas qu'il y ait lieu de rejeter les méthodes d'anastomose termino-latérale et d'anastomose latérale qui ont également donné de bons résultats entre les mains de chirurgiens habitués à les pratiquer.

La rétention d'urine d'origine nerveuse à laquelle M. A. Faugouin consacre sa thèse s'observe assez fréquemment chez la femme. Elle peut avoir pour cause soit une lésion organique, soit un trouble dynamique du système nerveux; ou bien elle peut être due à un phénomène réflexe. La rétention de cause organique survient à la suite de lésions cérébrales ou médullaires, localisées ou diffuses. C'est ainsi qu'on la rencontre dans les hémiplégies, les paraplégies, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, etc., et aussi dans certaines maladies infectieuses graves. La rétention d'urine de cause dynamique s'observe, chez la femme, en particulier dans l'hystérie, qu'elle ait pour origine une paralysie vésicale ou une contracture spasmodique du sphincter de l'urèthre. Cette rétention, complète ou incomplète, peut survenir en dehors des crises.

La rétention d'urine de cause réflexe peut apparaître à la suite de tout traumatisme, mais s'observe plus fréquemment quand la région atteinte fait partie de la sphère génitale (zone génitale proprement dite et zone mammaire).

La symptomatologie de la rétention d'urine, complète ou incomplète, ne présente chez la femme aucun point particulier. Le diagnostic de la rétention complète est facile, mais il n'en est pas de même de la rétention incomplète. Dans ce dernier cas, la rétention peut être méconnue, et la tumeur vésicale prise pour une tumeur pelvienne, si l'on n'a pas soin de recourir au cathétérisme. Il restera toujours à faire le diagnostic de la cause qu'un examen complet permettra seul de porter.

L'hydrorrhée déciduale est un écoulement de liquide survenant chez les femmes enceintes, prenant naissance au niveau de la caduque. Cet écoulement peut avoir lieu avant que les deux caduques ovulaires et utérine soient accolées. Son accumulation, pas plus que son écoulement n'amène, dans ce cas de déchirure dans les membranes : on a l'hydropérionie. L'accumulation du liquide se faisant après la soudure des caduques, c'est-à-dire après le troisième de la gestation, amène un décollement de ces membranes : on a alors l'hydrorrhée déciduale proprement dite. Le liquide, le plus souvent séreux et clair, peut être teinté de sang, par suite de rupture des vaisseaux de la caduque ou du placenta. Dans ce cas c'est l'hydro-hématorrhée.

Le liquide de l'hydrorrhée est produit par les culs-de-sac glandulaires de la caduque, qui sont ceux de la muqueuse utérine, peu modifiée. M. Aurégan en fait le résultat d'une filtration exagérée, plutôt que d'une sécrétion proprement dite.

L'hydrorrhée déciduale n'est pas facile à diagnostiquer de l'hydrorrhée amniotique. On se basera : 1° sur l'absence de matière sébacée, poils, etc., dans le liquide; 2° sur le mode d'écoulement du liquide, qui se fait par jets intermittents dans l'hydrorrhée déciduale; 3° sur la persistance toujours nette du ballottement fœtal; 4° sur l'impossibilité d'augmenter l'écoulement soit qu'on exprime l'utérus dans tous les sens, soit qu'on fasse varier la position de la malade; 5° sur la continuation de la grossesse, le travail se déclarant presque toujours peu après l'écoulement, dans l'hydrorrhée amniotique.

Le pronostic de l'hydrorrhée déciduale est le plus souvent bénin. La grossesse arrive à terme et l'enfant naît vivant. On ne peut, cependant, se prononcer d'une façon certaine sur la bénignité de cette affection d'après un premier flot. L'hydropérionie des premiers mois est très bénigne. L'hydrorrhée déciduale type est également bénigne quand les jets ne sont pas trop rapprochés. L'hydrohématorrhée est un pronostic plus sombre. Il faut aussi tenir compte de la cause de l'hydrorrhée déciduale.

Traitement : repos, opiacés.

La varicelle, dont les éléments éruptifs le plus ordinairement guérissent par dessication, peut donner lieu à des suppurations cutanées, à de la gangrène disséminée de la peau, objet de l'étude de M. Beaudoin.

Cette gangrène ordinairement est le résultat d'un affaiblissement extrême de l'individu, tuberculeux, syphilitique ou atteint d'une autre dyscrasie. Elle ne paraît pas être le résultat d'une virulence spéciale de l'agent de la varicelle, car dans une même maison on a vu simultanément des varicelles bénignes et légères et des varicelles gangréneuses.

Le plus ordinairement elle résulte d'une infection secondaire. Elle est, comme l'a démontré M. Netter, fonction de germes et ces germes viennent secondairement infecter les bulles.

La varicelle ne fait que créer soit des portes d'entrée, soit des points de moindre résistance où ces germes peuvent pulluler à leur aise.

Le pronostic est grave puisque la mort s'est produite dans plus de la moitié des cas. Le traitement n'a rien de particulier, mais doit dans la mesure possible, soutenir les forces du malade pour que la réparation soit possible.

M. Harlez étudie la laryngite suffocante varicelleuse, dont il a pu observer un cas d'ailleurs incomplet et qui se joint aux observations déjà connues de Ollivier, Marfan et Hallé, Roger et Bayeux. D'après ces observateurs il en résume les caractères. Une laryngite varicelleuse bénigne à son début peut devenir tellement aiguë et suffocante que, par la continuité et l'intensité de la dyspnée et du tirage, elle en impose pour un croup d'emblée. On retrouve là les trois périodes du croup : la première période caractérisée par des phénomènes laryngés sans asphyxie; la seconde, celle des accès de suffocation, et la troisième, période terminale, beaucoup plus émouvante, qui est celle de l'asphyxie. On trouve cependant des éléments de diagnostic si la varicelle est constatée sur le corps. La bactériologie seule peut résoudre cette question. L'auteur n'a observé aucune adénopathie sous-maxillaire.

Cette laryngite se manifeste nettement par des vésico pustules ou érosions localisées sur les cordes vocales inférieures ou dans la portion sous-glottique donnant lieu aux redoutables phénomènes de la suffocation.

La laryngite de la varicelle n'est pas toujours secondaire à cette maladie et peut parfois frapper précoce et d'emblée le larynx, comme le démontrent deux observations.

Que la laryngite soit primitive, mais plus souvent secondaire dans la varicelle, la vie peut être menacée par le progrès croissants de l'asphyxie. Sur 4 petits malades observés, 3 ont succombé. L'intubation du larynx ou la trachéotomie paraît être la seule chance de salut chez les enfants.

Ces laryngites mortelles frappent de préférence les enfants rachitiques et en bas âge de 1 à 3 ans.

Ces laryngites sont déterminées par des varicelles malignes, car sur 4 cas nous en relevons 2 à forme hémorrhagique, et un autre à vésicules très confluentes.

Les injections de sérum anti-diphthérique ont une inefficacité absolue. Ce qui marque non une différence de degré, mais de nature, entre le croup et la laryngite varicelleuse.

L'ichthyose, qu'étudie M. Robin, est une difformité de la peau et non une maladie cutanée. Elle est héréditaire, intra-utérine ou congénitale. Acquise ou accidentelle, la malformation n'est pas une ichthyose vraie. Cette difformité est due à un trouble embryogénique dont l'ectoderme est le siège et dont l'action se fait sentir sur tous les dérivés ectodermiques. L'ichthyose fœtale constatée chez l'homme est identique à celle que l'on a rencontrée chez les animaux.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Influence de la péricardite sèche sur le développement de la sténocardie (Ueber den Einfluss der trockenen Pericarditis auf die Entstehung der Stenocardie une Cardialasthma), par Pawinski (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LVIII, p. 565). — L'auteur a réuni dans son travail plusieurs observations dont quelques-unes avec autopsie, tendant à montrer que la péricardite sèche peut provoquer des accès sténocardiques simulant l'angine de poitrine ou l'asthme cardique.

Dans les cas qui revêtent la forme d'angine de poitrine, les douleurs siègent à la partie supérieure ou moyenne du sternum, au niveau du sein, à l'épigastre ou vers la pointe du cœur, et de là elles s'irradient dans les bras, dans les parties latérales du cou et vers les omoplates. Ces sensations douloureuses, qui sont très violentes, augmentent à chaque mouvement du malade, et persistent même pendant l'immobilité complète; elles sont ordinairement accompagnées d'une angoisse précordiale des plus intenses.

Si on ausculte soigneusement ces malades, on arrive à constater, au niveau du cœur, l'existence de bruits de frottement en rapport avec les mouvements cardiaques et qui permettent d'établir le diagnostic de péricardite sèche.

En l'absence de ce signe pathognomonique, il est souvent possible de reconnaître qu'on a affaire à une angine de poitrine d'origine péricardique, car, en pareil cas, les moyens employés dans le traitement de l'angine de poitrine consécutive à la sclérose des artères coronaires (nitrite d'amyle, trinitrine, morphine) se montrent impuissants à calmer les douleurs et l'angoisse précordiale.

Les autres symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic et de la sténocardie d'origine péricardique sont : l'apparition de l'*angor pectoris* à la suite d'un refroidissement ou bien d'une amygdalite qui, comme on sait, précède souvent les manifestations rhumatismales; l'existence de mouvements fébriles et, enfin, l'hyperesthésie de la région cardiaque, hyperesthésie qui peut atteindre un degré si considérable qu'un contact même léger du stéthoscope provoque de la souffrance.

La marche de la péricardite sèche avec accès sténocardiques est fort variable : dans certains cas, l'affection évolue d'une façon bénigne, tandis que dans d'autres elle devient progressive et se complique d'épanchement séreux et d'autres lésions pouvant entraîner la mort.

Rôle du refroidissement dans l'étiologie des maladies (Ueber Erkältung als Krankheitsursache), par Chelmonski (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX, p. 140). — Conclusions :

1° Le refroidissement, dans le sens ordinairement accepté du mot, n'existe pas.

2° Le rôle étiologique du refroidissement est très subordonné; dans les maladies inflammatoires il n'intervient qu'à titre de cause prédisposante.

3° Le refroidissement relève de l'action des agents thermiques ordinairement difficiles à éviter.

4° Le mode de réaction de la peau contre l'excitation thermique donnée indique si l'individu peut, dans certaines conditions, contracter un refroidissement.

5° Le degré de disposition au refroidissement n'est pas une propriété constante de l'individu.

6° Les individus âgés, les fébricitants et les individus atteints d'affections rénales paraissent plus sujets au refroidissement.

7° Il n'existe aucun rapport entre la disposition au refroidissement, d'un côté, et l'état de nutrition et la sensibilité thermique de l'autre.

8° On peut se garantir contre les maladies par refroidissement en développant, par des mesures appropriées, le pouvoir de réaction contre les influences thermiques.

Toxines gonococciques (Beitrag zur Frage der Gonococcen-Toxine), par Scheffer (*Fortschr. d. Medic.*, 1897, vol. XV, n° 21, p. 813). — L'auteur a fait deux ordres d'expériences. Les unes ont consisté à injecter sans la peau des cobayes les cultures gonococciques filtrées sur le filtre Berkefeld. Ces injections provoquaient régulièrement chez les animaux une élévation de la température de 1° ou 2°. Mais la même élévation de la température se produisait également quand, à titre de contrôle, on injectait simplement le liquide de culture non ensemencé. L'élévation de la température ne pouvait donc être attribuée à la toxine gonococcique.

Dans une autre série d'expérience, les cultures gonococciques filtrées ont été injectées dans l'urèthre d'individus atteints de gonorrhée chronique mais dont l'écoulement séreux ne contenait plus de gonocoques. Dans les trois cas où ces injections ont été faites il est survenu au bout de 12 à 24 heures un écoulement purulent très abondant, non accompagné de symptômes subjectifs. Le liquide contenait du pus, mais ne renfermait pas de gonocoques. L'injection chez les mêmes individus de liquide de culture non ensemencé ne provoquait rien.

D'après l'auteur l'uréthrite purulente observée dans ces cas serait due à l'action de la toxine gonococcique contenue dans les cultures filtrées qui ont servi aux injections.

Elimination des microorganismes par le lait (Ueber die Ausscheidung von Mikroorganismen durch die thätige Milchdrüse), par Basch et Weleminsky (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 45, p. 977). — Les auteurs ont fait leurs expériences sur des cobayes en lactation auxquelles ils injectaient dans les veines des cultures de microorganismes pathogènes ou non, et dont ils examinaient ensuite le lait au point de vue de la présence des microorganismes.

Les expériences avec le bacille prodigiosus, la bactéridie charbonneuse, le bacille typhique, le vibrion cholérique, le bacille diphthérique ont donné des résultats négatifs, c'est-à-dire qu'on ne retrouvait pas dans le lait les microorganismes qui avaient été injectés dans les veines. Seule l'injection dans le sang de bacilles pyocyaniques amenait le passage de ces microorganismes dans le lait. Dans ces cas il existait ordinairement des hémorrhagies viscérales, principalement dans les glandes mammaires et les capsules surrénales.

D'un autre côté, chez des femmes atteintes de septicémie puerpérale et dont le sang renfermait des streptocoques le lait fut trouvé stérile par les auteurs.

De tous ces faits les auteurs concluent que la glande mammaire n'élimine des microorganismes que dans les cas où elle est le siège d'une hémorrhagie ou d'une autre lésion anatomique.

De l'auto-intoxication dans la maladie d'Addison (Beitrag zur Lehre von der Auto-Intoxication beim Morbus Addisonii), par Mosse (*Fortschr. d. Medic.*, 1897, vol. XV, n° 21, p. 818). — L'auteur a injecté à des cobayes, des lapins et des souris blanches l'extrait de foie, celui de rate et celui de capsules surrénales d'un individu qui a succombé avec les symptômes classiques de la maladie d'Addison et dont l'autopsie montra l'existence d'une atrophie avec dégénérescence caséeuses des capsules surrénales. Tous les animaux ont succombé au bout d'un temps variable après l'injection. Au point de vue de la toxicité, l'extrait de rate était plus actif que celui du foie et de capsules surrénales.

Les expériences de contrôle faites avec le foie la rate et les capsules surrénales d'un brightique ont donné des résultats négatifs ; tous les animaux sont restés en vie.

L'auteur en conclut que la destruction des capsules surrénales, comme dans la maladie d'Addison amène une accumulation des produits toxiques dans le sang et que, par conséquent, les capsules surrénales exercent dans l'économie une fonction antitoxique.

CHIRURGIE

Résection de l'estomac pour cancer (Erfahrungen an 16 Magenresectionen), par Reichard (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 45, p. 978). — L'auteur rapporte dans son travail 16 cas de résection de l'estomac cancéreux observés à la clinique de Lindeman. L'opération, qui était toujours faite sous le chloroforme et durait de 1 heure 1/2 à 2 heures, consistait à réséquer les parties malades, à fermer ensuite l'estomac et à l'aboucher avec l'intestin.

Sur ces 16 cas il y a eu 10 morts dont 4 de péritonite, 1 de shock opératoire, 2 d'inanition, 1 d'hémorrhagie interne, 1 de néphrite méconnue avant l'opération, 1 de pleurésie purulente.

Valeur diagnostique de la cystoscopie (Casuistisches zur Cystoscopie), par Barlow (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 90). — L'auteur publie trois cas où la cystoscopie a permis d'assurer le diagnostic en montrant dans l'un l'existence d'un calcul qu'on n'avait pas senti avec la sonde; dans l'autre une tumeur postérieure de la vessie, cause des hématuries dont souffrait la malade; dans le troisième, l'intégrité de l'uretère et, par conséquent, du rein droit, ce qui a permis d'ouvrir l'abcès tuberculeux que présentait le rein gauche.

Dans ces trois cas le diagnostic cystoscopique a été ultérieurement confirmé au cours de l'opération.

MÉDECINE PRATIQUE

De la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau,

D'après M. le Dr J. Jumelais.

La peau est, à l'état normal, habitée par une quantité considérable de microorganismes, notamment par des saprophytes et les divers agents de la suppuration, staphylocoques blanc et doré, streptocoques, etc. Tant que le tégument externe est intact il oppose aux microbes une barrière qui, pour n'être point aussi infranchissable que le disait Pasteur, est néanmoins suffisante à la défense normale de l'économie contre l'infection. Ces conditions de résistance peuvent se trouver modifiées dans les points où s'exercent des pressions (cou, fesses, etc.,) et surtout dans les régions où la vitalité du tégument se trouve compromise par un état pathologique. Il en résulte que les maladies cutanées constituent une circonstance favorable à la pénétration des microbes, et deviennent dans certains cas l'une des sources de l'infection. Les agents de la suppuration profitent en effet des solutions de continuité que produisent dans l'épiderme les érythèmes, les eczémas, pour donner naissance à des éruptions pustuleuses. Ces pustules vont être à leur tour un foyer d'auto-inoculation capable d'aboutir soit à des abcès ou des phlegmons, soit à une streptococcie ou staphylococcie généralisées.

Ces considérations ont une grande importance au point de vue de l'hygiène thérapeutique que l'on doit appliquer dans les maladies cutanées. Elles conduisent à faire de l'antisepsie la base de tout traitement dermatologique. Mais les difficultés commencent lorsqu'il s'agit de faire passer dans la pratique les idées que suggère une théorie expérimentalement établie. A ce sujet la lecture du travail de M. Jumelais (1) est quelque peu décevante, car s'il établit nettement les données du problème, c'est-à-dire la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau, il ne donne point de solution dont le praticien puisse tirer profit.

M. Jumelais passe en effet en revue la plupart des antiseptiques en usage et conclut en faveur du sublimé, employé à 1 p. 15 000, en grands bains, suivant la méthode de M. Hutinel, L'eau naphtolée, l'eau d'Alibour (sulfate de zinc et sulfate de cuivre) seraient également susceptibles de rendre quelques services. Mais, sans compter que les inconvénients de ces diverses substances sont multiples, elles ne remplissent guère le but auquel elles sont destinées. Sans entrer dans une discussion très approfondie à ce sujet, il nous suffira de faire remarquer que l'antisepsie de mains *saines* ne peut être réalisée par leur simple immersion, plus ou moins prolongée, dans une des solutions précédemment énumérées.

Il n'y a qu'une seule façon, à notre avis, d'obtenir une antisepsie *relative* de la peau de sujets malades, c'est le *savonnage dans un bain tiède*. Après un séjour de quelques minutes dans un bain alcalin, c'est-à-dire additionné de carbonate ou de borate de soude, on savonnera bien exactement la peau avec du savon blanc de Marseille. Il faut choisir un savon aussi neutre que possible, les alcalis en excès dans certaines pâtes étant très irritants pour la peau.

A ce propos faisons remarquer que les savons dits antiseptiques sont des préparations sur lesquelles généralement on ne peut compter. Le savon au sublimé en particulier, dont l'usage s'est très répandu, bénéficie de l'ignorance de ceux qui l'emploient. Le sublimé se décompose, en présence des alcalis et des sels de soude ou de potasse du savon, en chlorure sodique ou potassique et oxyde de mercure insoluble (précipité jaune) : cette réaction fatale donne la mesure de cette combinaison. Si on voulait obtenir un savon à base d'un sel hydrargyrique, il vaudrait mieux choisir l'oxycyanure qui présente une plus grande stabilité que le sublimé. Des essais en ce sens pourraient être faits avec profit.

Le savon au phénol, au thymol, mélanges plus logiques au point de vue chimique, jouissent de propriétés antiseptiques illusoires.

1. Jumelais, Etude sur la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau (th. de Paris, 1897-1898, n° 20).

Les savons au naphtol, à l'ichthyol, etc., ne peuvent être recommandés en raison de la faible solubilité de leurs bases. Se servir de ces savons n'équivaut point à se savonner avec du savon ordinaire dans de l'eau naptholée.

Nous recommanderions plus volontiers les savons au borate et au salicylate de soude. La base est ici très aisément soluble dans l'eau et peut se combiner au savon presque en toutes proportions.

En somme le savon vraiment antiseptique reste à trouver; en attendant les bains alcalins et le brossage soigneux avec un savon aussi neutre que possible semblent, en dermatothérapie, les moyens les plus propres à assurer une antisepsie sans doute toute relative de la peau, mais capable néanmoins de réduire au minimum les dangers de l'infection.

G. Maurange.

Régime de l'obésité.

PERMIS

Potages : En petite quantité, bouillon de bœuf, mouton, poulet avec addition d'herbes, de viande, de riz de veau.

Poissons excepté l'anguille ou le saumon, caviar.

Viandes en abondance, pot-au-feu, mouton, tous les rôtis, poulets de grain, gibier, jambon, langue, saucisson. (Il est avant tout nécessaire d'assurer l'apport d'albuminoïdes destinés à conserver le taux normal des albuminoïdes organiques.)

Œufs.

Légumes verts frais, comme supplément, suivant la saison, cuits à l'eau salée et au beurre fondu, salades vertes, champignons.

Pain : 100 à 200 gr. par jour, rassis et grillé.

Dessert : Fruits à noyaux, raisins, baies, fromages vieux.

Boissons : En cas de repos au lit et d'exercice modéré à l'air, une quantité quotidienne de 1500 à 1800 centimètres cubes sera nécessaire, en tenant compte du liquide contenu dans le potage, les fruits, etc. Eau, eaux minérales, potages légers au gruau ou à l'orge additionnés de jus de citron, café, thé sans sucre, lait écrémé ayant reposé, surtout quand l'appétit est défectueux, 150 centimètres cubes.

Le cas échéant, au repas un verre de vin blanc léger.

DÉFENDU

Viandes et volailles grasses, liquides alcooliques, bière de Bavière, champagne doux, spiritueux, substances produisant du sucre, farineux, pommes de terre, poudings, pâtés, pâtisserie et confiserie, sauces sucrées et compotes.

En cas de faiblesse musculaire, repos au lit, massage : dans l'intervalle, promenades au grand air, gymnastique de chambre hygiénique, lavages et enveloppement du corps à l'eau froide, bains. Au bout de la première quinzaine, se contenter d'une perte de poids de 500 gr. par semaine. La prudence est de rigueur chez les cardiaques, les diabétiques, les bronchitiques et les aliénés. La cure sera dirigée par le médecin qui devra voir son patient au moins tous les huit jours. Examen régulier des urines, au point de vue du sucre et de l'albumine (1).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Pipérazine.

Définition. Solubilité. — La *pipérazine* ou pipérazidine est une base cristalline, soluble en toutes porportions dans l'eau, et capable de former avec les acides, des sels également solubles. L'un de ces sels est le *chlorhydrate* de pipérazine, qui est employé en hypodermie de préférence à la base.

La stérilisation des solutions doit être faite par la méthode de Tyndall (chauffage discontinu à 65° pendant plusieurs jours) : on peut atteindre 85°.

Propriétés thérapeutiques. — La pipérazine est un médicament *anti-goutteux*. Elle forme en effet avec l'acide urique des *urates* solubles dans 47 fois leur poids d'eau. Elle est à ce point de vue supérieure à la lithine dont la combinaison avec l'acide urique n'est soluble que dans 368 parties d'eau : on peut donc considérer la pipérazine comme un des agents les plus actifs de l'élimination de l'acide urique (Bardet).

En conséquence elle a été prescrite dans la goutte, le rhumatisme goutteux, la gravelle, la névralgie sciatique d'origine rhumatismale ou goutteuse. Les succès ont été très variables : mais ils ont été cependant assez nombreux pour autoriser l'application de la pipérazine dans toutes ces maladies dans la thérapeutique desquelles le régime diététique et hygiénique doit toutefois garder la première place.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* de 10 à 20 centigrammes par injection; jusqu'à 30 centigrammes par jour.

Ces doses concernent la pipérazine : elles doivent être doublées pour le *chlorhydrate* de pipérazine.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats :* L'injection est assez irritante localement, spécialement celle de la base, c'est pourquoi on emploie de préférence le chlorhydrate, qui n'a pas sur la pipérazine l'avantage d'une plus grande solubilité. Cette irritation locale ne dure pas longtemps : elle peut être exactement comparée à une sorte de contraction douloureuse au niveau de la piqûre.

Le massage favorise la disparition de cette sensation désagréable. Il n'y a ni persistance de nodosités, ni abcès si l'injection a été faite aseptiquement.

b) *Eloignés :* La pipérazine traduit son action par une diminution rapide des urates en excès, par suite par la suppression des dépôts abondants habituels dans les urines des arthritiques; en même temps on note une augmentation sensible du taux de l'urée (Vogt).

FORMULES

Pipérazine. . . . . 1 gr.
Eau distillée bouillie . . . 10 centim. cubes.
1 à 3 centimètres cubes.

Chlorhydrate de pipérazine . . 2 gr.
Eau distillée bouillie. . . . 10 centim. cubes.
1 à 3 centimètres cubes.

(Bardet.)

G. Maurange.

VARIÉTÉS

Hommage à la mémoire de Tarnier.

Avant-hier soir se sont réunis à la Faculté de médecine les anciens chefs de clinique et internes de Tarnier, et les médecins qu'ils avaient invités à s'unir à eux pour arriver à honorer dignement la mémoire du maître que nous regrettons tous.

M. le Dr Bar a pris le premier la parole pour rappeler les éminents services rendus par M. Tarnier à la science et à l'humanité et le désir qu'ont ses élèves de lui élever à Paris un monument qui perpétuera sa mémoire.

Pour obtenir ce résultat, il faut faire appel au concours de tous ceux qui ont connu et aimé notre vénéré maître à Paris, en France, à l'étranger.

M. le doyen Brouardel a recommandé la constitution immédiate d'un comité d'exécution : M. Brouardel a été nommé président de ce comité.

M. Besnier, vice-président.
M. Champetier de Ribes, secrétaire.
M. Demelin, secrétaire-adjoint.
M. Fontana, trésorier.

On va proposer de faire partie de ce comité :

1° Aux sénateurs et députés du département de la Côte-d'Or;
2° A MM. Gréard et Liard, de l'Université de Paris;
3° A tous les professeurs de la Faculté de médecine de Paris;
4° Aux anciens internes et chefs de clinique de M. Tarnier;
5° Aux membres de l'Académie de médecine;

1. Ce régime est emprunté à l'intéressant *Bloc-notes diététique à l'usage des praticiens*, par *un Médecin praticien*, traduit sur la septième édition allemande par le Dr E. Vogt.

6° A un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux, aux accoucheurs des hôpitaux;
7° Aux présidents et secrétaires généraux des autres sociétés françaises dont faisait partie M. Tarnier;
8° Aux doyens et professeurs d'accouchements de toutes les Facultés et écoles de médecine de province;
9° A MM. Duclaux et Roux, de l'Institut Pasteur;
10° A MM. Peyron et Derouin, de l'Assistance publique;
11° A MM. Voisin et Dubrisay, du Conseil de surveillance;
12° A M. Dubois, conseiller général;
13° A M. Lucipia, du Conseil municipal;
14° A un groupe d'artistes, architectes, sculpteurs et peintres;
15° A un certain nombre d'amis de M. Tarnier;
16° Aux professeurs et amis des Facultés étrangères;
17° Aux directeurs des principaux journaux médicaux de Paris;
18° Aux anciens collègues d'internat de M. Tarnier;
19° A quelques représentants des internes en exercice;
20° A Mmes Henry, Hanicot, Hénault, sages-femmes en chef de la Maternité et de la clinique.

Ce comité très nombreux contient les éléments d'un grand nombre de comités régionaux.

Une souscription est ouverte; la somme souscrite actuellement dépasse 10 000 francs.

Mme Brouardel nous a fait savoir qu'elle comptait se mettre à la tête d'une souscription qui s'adresserait aux mères de famille.

On souscrit :
1° Chez M. Collin, 5, rue de l'Ecole-de-Médecine;
2° Chez M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain;
3° Chez M. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne;
4° Chez M. Fontana, notaire, 10, rue Royale.

La séance s'est terminée par la nomination d'une Commission d'exécution aussi peu nombreuse que possible; elle se compose de :

Président : M. Brouardel.
Membres : MM. Pinard, Budin, Ribemont-Dessaignes, Maygrier, Bar, Bonnaire, Potocki, Magnin, Laboulbène, Guyon, Millard, Bergeron, Cadet de Gassicourt, Peyron, Lucipia, E. Dubois, Collin, Scellier de Gisors, Moreau, Laurens, Bourneville, Huchard, Steinheil, Masson.
Secrétaire : M. Champetier de Ribes.
Secrétaire adjoint : M. Demelin.
Trésorier : M. Fontana.

Les amis et lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* sont priés d'adresser directement leurs souscriptions chez M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Concours de l'Internat.

Anatomie : MM. Bellin, 10; Paul Chevalier, 11; Nicaise; 12; Legroux, 10; Ribierre, 12; Matsoukis, 2; Poirier de Clisson, 3; Sikora, 11; Robert, 10; Pamard, 8; Georges Netter, 13; A. Moret, 7; Heitz, 11; Grosse, 6; Jacowski, 3; Hanotte, 10; Hayem; 6; Le Lorier, 7; Katz, 10; Maubert, 13; Spindler, 5; Balthazard, 12; Ball, 8; Baup, 4; Aguinet, 9; Crouzon, 12; Fernique, 8; Boricaud, 11; Bourgeois, 12; Chifoliau, 14; Cahen, 8.

Pathologie : MM. Levesque, 11; Gasne, 9; Gottschalk, 7; Poulain, 14; Huguier, 13; Mlle Bariselle, 9; Millon, 7; Goubeau, 9; Jeannin, 12; Durand-Viel, 13; Roglet, 9; Traverse, 7; Nollet, 11; Rellay, 9; Silhol, 10; Quiserne, 10; Birman, 8; Férouelle, 13; François-Dainville, 3; Guisez, 13; Gennet, 11; Froin, 10; Godineau, 10; Mousseaux, 11.

Liste de classement des externes.

1. MM. Piquand, Menet, Roland, Mathieu, Braunberger, Osty, Stepenski, Berruyer, Thaon, Bauer, Dromard, Maurice Camus, Marcel Roux, Le Play, Demarque, Lacombe, Dévé, Saint-Cyr, Duraud-Viel, Dehau.

21. Gourmaud, Banaresse, Dehérain, Delaunay, Duval, Courtois, Denis, Goudeau, Papillon, Vitry, Géraudel, Maury, Patto, Barnsby, Roche, J. Camus, Deschamps, Léo Aubertin, Bourgeois.

41. Mlle Gorovitz, MM. Besson de Saint-Mathieu, André, Brizard, Morel, François Lesourd, Silhol, Soûilhé, Jacquemin, Napiéralski, Dalimier, Berthier, Laubry, Lippmann, Cuqu, Monod, Toupart, Bouny, Vicq.

61. Rouault, Griffond, Coutelas, Fabre, Garrigues, Reynaud, Deglos, Digne, Lardennois, Huguier, Lacapère, Mettey, Polle, Netter, Kahn, Barbarin, Baudouin, Vrain, Grosset, Roger.

81. Hautant, Arloing, Bisch, Ripault, Sée, Weill, Galezowsky, Debets de Lacrousille, Rollin, Durozoy, Aubertin, Auffret, Lœw, Quiserne, Roché, Vialard, Baudelot, Forné, Poupardin, Mlle Tyss.

101. MM. Brécy, Chardin, Chevé, Jacowski, Latteux d'Espagne, Lefas, Louis Lesourd, Ducoudray, Goyard, Caillau, Bibet, Lafoy, Liné, Boileau, Croizet, Damotte, de Cisternes, Sambon, Catala, Clapotin.

121. Cornélius, Grivot, Audistère, Ball, Chéruy, Chifoliau, Girod, Goubeau, Housquains, Lelong, Lortat-Jacob, Mircouche, Mutzner, Prat, Hamard, Ponroy, Béclard, de la Volpilière, Patry, Lemonnier.

141. Nattan, Rambaud, Rondeau. Rabourdin, Aribat, Baron, Bricet, Dauzats, du Pasquier, Ertzbischoff, Gosselin, Godineau, Halberchtadt, Houselot, Hulleu, Lévy-Valency, Morichau-Beauchant, Pamard, Baup, Cantonnet.

161. Darré, de Ribier, Cucherousset, Papin, Bréal, Athanasiu, Chevalier, Demerson, Furet, Fouquet, Girard, Lenoble-Meuriot, Pestemalzoglu, Ranson, Milanoff, Viard, Villaret, Balatre, Bougenot.

181. Laurent, Métoz, Mlle Majérezac, MM. Debidour, Giroux, Lemarchand, Renault, Roustan, Bidel, Lebreton de la Perrière, Mlle Maugeret, MM. Rottenstein, Savornin, Arnoux, Bentz, Coudert, Dufour-Labastide, Prudhomme, Berthe, Paris.

201. Trémolières, Depoutre, Cauzard, Duparc, Sagot, Sueur, Baudrand, Bourg, Bué, Jouon, Corlieu, Damaye, Longin, Menusier, Ch. Roche, Demaldent, Rabant, Lemaire, Renou, Zarzycky.

221. Choutet, Houzel, Marsoo, Thomin, Beguinot, Bourguignon, d'Abbadie, Grabié, Mage, Ricou, Tostivint, David, Nivet, Ch. Chevalier, Ermenge, Grassot, Mirande, Ecoffet, Ignard, Sentex.

241. Sicard, Laborde, Rouet, Bernheim, Blanchet, Courgeon, Fayon, Giffard, Gillot, Lombard, Durieux, Fumouze, Hémet, Gatian de Clérambault, Loustau, Traverse, Barre, Mouchotte, Rey, Rivet.

261. Ariès, Privat de Fortunié, Boirivaut, Boucher, Brouillaud, Pater, Pignot, Boyer, Breitel, Delaage, Duclos, Diard, A. Moret, Coutenau, Druelle, Leclerc, Monier, Montais, Petresco, Thiollier.

281. Lejeune, Lutaud, H. Chevallier, Cailleton, Flourens, Zvibel, Paugam, Savoye, Navarre, Asselineau, Ferouelle, Legros, Tesson, Zacchiri, Dabasse, Bordenave, Trolley, Claude, Crépin, Crouzet.

301. Ferrand, Leduc, Ayrignac, Cattier, Fessard, Gernez, Levassort, Mlle Pissareff, MM. Rabant, Simon, Preciado, Segallas, Silvie, Stroheker, Tabary, Mathieu, André Petit, R. Roux, Rodocanachi, Tissot.

321. Murer, Wicard, Feuillet, Forestier, Bondréaux, Maillard, Réniac, Compain, Guichard, Lorot, Aboulker, Cochet, Audy, Rumpelmayer, Vergnaud, Wormser, Perrody, Samsignon, Toupet, Deshayes.

341. Larré, Léon Lévy, Muret, Dalmas, Pillet, Dauban, Barré, Gottard, F. Lévy, Molinsky, Valentin, Morchoisne, Lavenant, Appert, de Frumerie, Pfister, Blanquinque, Taguet, Ch. David, Jamart.

361. Chaix, Chazet, Jouany, Klein, Tansard, Astingo, Boulommier, Boutin, Arnault, Cauton, Quillon, Bonamy, Delom, Amieux, Félizet, Martin, Guérin, Sampé, Perrin, Pron.

381. Durey, Friedel, Lhuillier, Sevray, Mezger, Francoz, Sautelet, Glin, Barret, Hubert, Mazeyrie, Bour, Dausset, Guichard, Herbout, Podevin, Troller, Dramard, Hahn, Paulouch.

401. Chateau, Kauffmann, Monnamy, Dreyfus, Gerboud.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE. — Troubles de la sécrétion salivaire dans les paralysies faciales (p. 1213).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Sur le dosage de l'acidité urinaire. — Fracture de l'humérus. — Résection du pylore. — Tuberculose latente et radiographie. — *Académie des sciences :* Le rouget de l'homme. — Excitation des nerfs et des muscles (p. 1215). — Sur la contamination des puits. — *Société de biologie :* Surdité verbale. — Cultures tuberculeuses. — Injection d'eau de mer. — Chlorose thyroïdienne (p. 1216). — Intoxication pyocyanique. — Sens de l'orientation. — Dosage du carbone. — Syndrome de Little. — Décoloration du bleu de méthylène (p. 1217). — Albumine acéto-soluble. — *Société de chirurgie :* Hystérectomie abdominale. — Hématome du coude. — *Société médicale des hôpitaux :* Contagion de la fièvre typhoïde. — La ménopause et le rein (p. 1218). — *Société anatomique :* Sarcome du cerveau. — Corps étranger opératoire évacué par l'anus. — Plaie de poitrine. — Méningite hémorrhagique. — Septicémies curables. — Anévrysmes de l'aorte. — Ulcère de l'estomac. — Appendicite. — Tumeur du foie et de l'ovaire. — Tumeur de l'omoplate. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :* Tumeur de l'avant-bras (p. 1219). — Déformations osseuses multiples. — Fractures spontanées. — Paralysie atrophique. — Dothiénenterie avec hémorragie intestinale grave (p. 1220). — Lipurie dans un cas de fibrome. — *Société de médecine de Nancy :* Résection de deux maxillaires supérieurs. — Neurofibromatose. — Appendicite. — Hypertrophie de la prostate (p. 1221).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES. — Allemagne. *Société de médecine berlinoise :* Rayons Röntgen (p. 1221). — Hémipertrophie congénitale. — *Société de médecine interne de Berlin :* Myasthénie pseudo-paralytique. — Tuberculose pulmonaire et anévrysmes de l'aorte. — Hydrocéphalie syphilitique. — Infection staphylococcique après un avortement. — Angleterre. *Medical Society of London :* Kystes du pancréas (p. 1222). — *Clinical Society of London :* Obstruction intestinale. — Autriche. *Société império-royale des médecins de Vienne :* Iléus combiné. — Glycosurie. — Tympanisme de l'utérus (p. 1223). — Belgique. *Société médico-chirurgicale du Brabant :* Impuissance sexuelle. — Séro-diagnostic (p. 1234).

NEUROPATHOLOGIE

Hôtel-Dieu annexe. — M. Klippel.

Des troubles de la sécrétion salivaire dans les paralysies faciales centrales et périphériques,

Par M. André.

Interne provisoire des hôpitaux.

De récents travaux sur la sialorrhée (1) ont mis à l'ordre du jour l'étude des troubles salivaires. De notre côté, nous venons d'observer deux malades présentant des modifications de la sécrétion salivaire. Chez le premier, il s'agissait d'un paralysie névritique du nerf facial, chez le second d'un tabès avec localisations bulbaires. Le premier de ces malades présente une diminution de la sécrétion salivaire; le second au contraire une sialorrhée abondante. L'un et l'autre de ces cas offrent d'intéressantes considérations aux deux points de vue pathogénique et diagnostique.

Dans toute paralysie névritique du nerf facial la sécrétion salivaire est diminuée. Ce fait s'explique aisément étant donné que cette sécrétion est un phénomène essentiellement réflexe placé sous la dépendance du bulbe dont l'action est transmise par les fibres centrifuges du nerf facial. Lorsque ce nerf est altéré, il y a par suite diminution ou abolition complète de la sécrétion : il en est ainsi chez notre premier malade.

Notons en passant, et par opposition avec le cas précédent, que dans les paralysies faciales d'origine cérébrale, le nerf reste intact et la sécrétion salivaire est conservée de même que la réaction sudorale sur le territoire du facial n'est pas modifiée. La salivation est au contraire augmentée dans certains cas; ce qui s'explique par la suppression de l'influence inhibitrice de l'écorce sur le centre salivaire du bulbe comme l'ont montré MM. Klippel et Lefas.

Ces symptômes s'observent dans la paralysie faciale d'origine hystérique. Or, il est important d'établir nettement le diagnostic de paralysie faciale d'origine centrale chez un hystérique étant donné qu'une paralysie d'origine traumatique peut également survenir au cours de cette névrose.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre dans le service de notre maître, M. le Dr Klippel à l'Hôtel-Dieu (annexe).

Le malade dont nous relatons l'observation en détail à la fin de cet article a des antécédents héréditaires intéressants qui rendent compte de son état névropathique.

Lui-même, éthylique, présente, peu de temps après une émotion violente, une crise d'hystéro-épilepsie, au cours de laquelle il tombe, se heurte violemment le maxillaire inférieur qui fut même luxé, dit-il. Aussitôt après l'accident, le malade présenta une paralysie faciale droite. Le diagnostic qui fut porté fut celui de grande hystérie traumatique. Depuis, le malade a eu des crises à plusieurs reprises. Aujourd'hui, il présente des signes nets d'hystéro-épilepsie et ce fait particulier que la salivation est diminuée du côté droit. Ce fait nous est déjà indiqué par l'examen et l'interrogatoire du malade. Mais assez difficile à apprécier d'une manière exacte, ce signe pouvait être plus nettement établi.

Nous rappelons l'action de la pilocarpine, nous avons eu l'idée de mettre en évidence l'état de la sécrétion salivaire par l'injection sous-cutanée de cette substance.

Le résultat a été des plus probants : 4 minutes après une injection hypodermique de 1 milligramme, le malade a commencé à ressentir les effets suivants qui se sont continués pendant 12 heures environ.

Le malade a nettement perçu que la salivation était exagérée du côté gauche : la salive, dit-il, sortait comme d'une petite source dans le sillon alvéolo-lingual gauche, coulait ensuite vers la gorge et nécessitait des mouvements de déglutition répétés alors que du côté droit il n'avait pas la même sensation et qu'il ne sentait pas la salive descendre de ce côté du pharynx.

Enfin, à la vue et au toucher, le côté droit était relativement sec alors que le gauche était trempé de salive abondante comme nous avons pu nous en assurer.

De cette expérience, nous pouvons conclure à l'importance de la valeur diagnostique de la pilocarpine dans ces cas où se présente la nécessité de diagnostiquer si l'on a affaire à une paralysie d'ordre névritique ou d'une autre cause. Chez notre malade précisément la distinction n'était pas aisée; le sujet ayant eu des attaques d'hystéro-épilepsie, la paralysie faciale s'étant développée à la suite d'un traumatisme pouvait être considérée comme une forme d'hystéro-traumatisme. L'emploi de la pilocarpine démontra la dégénérescence du nerf facial et de la corde du tympan en établissant la diminution considérable de la sécrétion salivaire du côté droit.

Notre second malade est un tabétique avec lésions

1. Klippel et Lefas, De la sialorrhée (*Gaz. Hôpit.*, 1897, mai).

bulbaires et peut être opposé au premier au point de vue des troubles de la sécrétion salivaire.

Ce malade (observation II) a été pris assez brusquement de troubles tabétiques qui ont évolué avec rapidité. Chez lui, il y a hypersécrétion salivaire surtout du côté gauche et cela par périodes. La corde du tympan et le centre salivaire sont chez lui en état d'intégrité organique normale.

Le nerf facial n'est nullement dégénéré mais le centre salivaire est en état d'hyperactivité fonctionnelle. Dans ces conditions, nous sommes en présence de deux hypothèses pour expliquer la sialorrhée. D'une part, on peut admettre que l'affection bulbaire détermine une irritation de voisinage au niveau du centre salivaire. D'autre part on peut croire, étant donnée la névrite tabétique de la racine de la 5e paire, que cette lésion agit à distance sur ce même centre. Cette manière de voir est rendue fort probable par ce fait que les douleurs fulgurantes dans la sphère du trijumeau et la sialorrhée elle-même sont plus marquées du même côté. Dans ces conditions la pathogénie serait semblable à celle de la sialorrhée au cours du tic douloureux de la face dans lequel MM. Klippel et Lefas ont décrit récemment les crises d'hypersécrétion salivaire.

Observation I. — *Paralysie du nerf facial, suite de névrite traumatique. — Hystéro-épilepsie alcoolique. — Diminution de la sécrétion salivaire du côté lésé mise en évidence par l'emploi de la pilocarpine.*

Le nommé B... âgé de 31 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 2 octobre 1897 pour des éblouissements et vertiges.

Comme antécédents héréditaires, son père, mort à 51 ans d'une rupture d'anévrisme, était éthylique. Sa mère morte à 49 ans, hydropique, avait été enfermée à Sainte-Anne à la suite d'accès de folie due à l'alcoolisme : cette femme pendant 4 à 5 ans s'enivrait seule, chez elle.

Lui-même étant jeune n'a présenté aucune maladie, aucun accident nerveux : il était très vif, très impressionnable. Tonnelier depuis l'âge de 13 ans 1/2, il était employé à la Halle aux vins où il fut victime d'un accident il y a 4 ans (1893). Une après-midi, une pile de fûts pleins s'écroula sur lui et quatre de ses camarades. Ceux-ci furent tués, lui seul en fut quitte pour la peur. Il reprit son travail et pendant trois semaines, il ne présenta rien d'anormal. Puis un matin, il se leva mal à l'aise ayant de la céphalée, des vertiges, une sensation d'étouffement. Pendant son travail, vers 6 heures du matin, il perdit connaissance et tomba sur le fût qu'il maniait de telle façon que le menton porta fortement, qu'il se mordit la langue et eut la mâchoire démise, dit-il. Il eut des convulsions, se débattit et se blessa. La crise dura jusqu'à 11 heures du matin.

A la suite de cela, il abandonna sa profession de tonnelier, devint journalier. Quelques jours après, il eut une autre crise et on le trouva sans connaissance sur son lit. D'autres lui succédèrent : à chaque fois le malade sentait venir sa crise annoncée par une impression d'étouffement et il poussait un cri au moment de sa chute.

Soigné à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière, on porta le diagnostic de grande hystérie traumatique avec paralysie faciale. En effet, après sa chute, lors de sa première crise, le malade avait présenté une paralysie faciale intéressant le facial inférieur du côté droit.

Le malade fut également soigné à Sainte-Anne où il se réveilla un matin ne sachant comment il y était venu. De là il fut envoyé à Ville-Evrard d'où il sortit trois mois après.

Ces crises sous l'influence d'un traitement (bromure de K et douches) étaient devenues moins fréquentes et moins longues.

La dernière remonte à une dizaine de jours avant son entrée dans le service, dura une demi-heure et fut typique. L'avant-dernière se produisit il y a 2 mois dans la rue et consista dans une cécité absolue survenue brusquement et qui dura 20 minutes, sans perte de connaissance.

En dehors de ses crises, le malade a une santé assez satisfaisante : il a parfois des vertiges, des maux de tête; il a eu il y a 5 ans une éruption furonculeuse considérable.

A l'examen actuel, le malade se présente un peu amaigri. Cependant il a bon appétit; il éprouve parfois une légère douleur sourde au-dessous de l'appendice xyphoïde. Il présente de la polyurie (5 à 6 litres). Le cœur et les artères sont normaux; il a parfois des palpitations au moment de ses crises. Un peu de catarrhe bronchique et d'emphysème.

La mémoire est diminuée, l'intelligence normale, le malade est très émotif, très irritable. Il présente un signe de dégénérescence : l'ourlet de l'oreille est déplissé.

La sensibilité à la douleur est diminuée à la face externe des jambes et des cuisses, augmentée à la face interne des cuisses. Hyperesthésie le long de la colonne dorsale. Réflexe pharyngien aboli. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La motilité est normale.

A la face. La motilité du côté gauche est normale; le frontal droit se contracte, les zygomatique et buccinateur de ce côté ne se contractent pas. La commissure labiale est abaissée, à droite. La langue remue normalement.

La sensibilité du côté gauche de la face est normale; à droite, elle est abolie sur la joue, l'aile du nez, existe au front et sur l'oreille.

Le malade a des douleurs en éclairs dans la région temporale.

L'odorat est normal, le réflexe nasal conservé.

L'ouïe légèrement diminuée à droite.

Pour la vue, le champ visuel est un peu restreint en dehors pour l'œil droit.

Le goût est aboli à droite de la langue.

De même la sensation de tact, de température est diminuée.

La salive est produite du côté gauche d'une façon normale alors qu'à droite la sécrétion est diminuée.

Ce côté est en général relativement sec.

Le pilocarpine a montré plus nettement ce phénomène.

Obs. II. — *Tabès avec localisations bulbaires. — Dégénérescence du nerf de la 5e paire, crises de sialorrhée.*

Le nommé P... âgé de 48 ans, journalier, entre le 13 octobre 1897. Hôtel-Dieu (Annexe).

Antécédents héréditaires. Son père est mort de vieillesse à 74 ans et avait toujours été bien portant. Sa mère morte à 73 ans avait eu un peu de rhumatisme chronique.

Son grand-père maternel avait eu une hémiplégie droite avec aphasie et est resté 3 ans ainsi. Son oncle maternel aurait également eu à la suite d'un effort une sorte de paraplégie.

Sa femme est morte de la poitrine, un de ses enfants également à l'âge de 1 an, un autre mort à 1 an 1/2 d'un phlegmon du côté en 5 ou 6 jours(?); un de ses frères est mort en Afrique, il lui reste un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. Etant jeune, il fut bien portant; cependant jusqu'à 15 ans il avait des crises avec perte de connaissance, se mordait la langue, urinait dans son lit.

Il eut la rougeole à 4 ans. Soldat à 21 ans il fut bien portant.

Vers 30 ans il navigue comme chauffeur à la Compagnie transatlantique, pendant 7 à 8 ans. Le malade a bu beaucoup et fumé beaucoup.

Il n'a pas de syphilis.

Il y a un an environ, en août 1896, le malade portait une bielle sur son dos, lorsqu'en la posant il ressentit soudain une douleur vive dans les reins. Il se coucha le soir sans avoir remarqué autre chose et le lendemain en se levant ses jambes n'ont plus obéi à sa volonté; il marchait en zigzaguant.

Quelquefois cependant, avant cette époque, le malade raconte qu'il avait eu des douleurs dans les reins qu'il attribuait à la fatigue, des douleurs dans les genoux. Huit jours avant le début, il avait eu pendant 48 heures dans le côté gauche des douleurs fulgurantes qui le forcèrent à rester couché et à crier.

A l'examen actuel du malade, celui-ci présente :

Des douleurs fulgurantes dans les cuisses et dans les pieds, pas dans les jambes, une sensation d'étau autour de la ceinture, dans les bras un peu d'engourdissement, parfois la main droite lui semble gelée.

Il lui semble marcher sur du caoutchouc. Il a du dérobement, une démarche tabéto-cérébelleuse. Signe de Westphal.

Pas d'ataxie bien marquée du membre supérieur.

Pas de troubles digestifs.

Quelques troubles urinaires. Sensation de brûlure dans la partie profonde de l'urèthre, perte des urines ou plutôt, le malade ne sent pas quand il commence et quand il a fini d'uriner.

Sa vue a diminué depuis 4 mois. Pendant 8 jours, il a présenté de la diplopie, maintenant il voit trouble surtout à droite.

Le champ visuel est très diminué à droite, moins à gauche il présente le signe d'Argyll-Robertson.

De plus, il présente dans la sphère du trijumeau une série de troubles importants portant sur le goût et l'odorat surtout, rentrant dans la catégorie de ceux signalés par M. Klippel.

Le malade éprouve parfois une sorte de sifflement dans l'oreille gauche, parfois aussi une sensation de piqûre.

Le goût est diminué, non perverti, le réflexe pharyngien existe. La sensibilité de la langue au tact est diminuée à gauche ; la sensibilité thermique abolie à gauche très diminuée à droite. L'odorat diminué à gauche, la sensibilité au chatouillement est moindre à gauche, presque nulle. Le réflexe lacrymal est conservé.

La face nous présente une sensibilité diminuée à gauche et le malade a de ce côté des douleurs brusques analogues à un pincement.

De plus, depuis deux mois environ, le malade a par moments une hypersécrétion salivaire marquée. Cette salive est claire comme de l'écume, dit-il.

Le côté gauche salive plus que le droit. Les crises durent de deux à trois heures.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 Décembre 1897.

Sur le dosage de l'acidité urinaire.

M. Joulie. — Au lieu de soude ou de potasse caustiques qui exigent l'emploi d'indicateurs colorés ou colorables, dont la sensibilité laisse beaucoup à désirer lorsqu'on opère sur des urines colorées elles-mêmes et d'une acidité généralement faible, nous employons pour saturer l'urine une dissolution de sucrate de chaux déci-normale.

Cette solution présente sur les alcalis caustiques ordinairement employés plusieurs avantages précieux :

1° Elle ne peut se carbonater sous l'influence de l'air sans se troubler. Il suffit alors de la filtrer et de la retitrer pour éviter toute cause d'erreur.

2° L'acidité de l'urine étant due, en grande partie au moins, à du phosphate acide de chaux, le titrage à la solution de sucrate n'exige l'emploi d'aucun réactif coloré. Lorsque les acides libres et le phosphate acide de soude sont saturés par la chaux, un excès de celle-ci, si faible qu'il soit, détermine la précipitation d'une petite quantité de phosphate tricalcique insoluble qui trouble la limpidité de l'urine essayée. On est alors averti du point de saturation avec une précision qui ne laisse rien à désirer, pourvu que l'urine essayée soit parfaitement limpide.

Fracture de l'humérus.

M. Lucas-Championnière présente un homme vigoureux et bien musclé qui, dans une chute sur son bras, s'était fracturé l'extrémité inférieure de l'humérus. Pendant les quatre premiers jours, le membre fut mis dans une gouttière et soumis au massage. Au bout de quatre jours, la gouttière fut remplacée par une écharpe. Le 18e jour le malade fut libéré de tout appareil.

Actuellement, 40 jours après l'accident, le fonctionnement du membre blessé ne laisse rien à désirer et la souplesse du coude est parfaite.

Le résultat obtenu dans ce cas est attribué par M. Lucas-Championnière à la mobilisation précoce des fragments, laquelle mobilisation est pour lui nécessaire à la formation d'un cal osseux.

M. Marc Sée estime que le mode d'action du massage dans les fractures consiste à favoriser la résorption de l'épanchement sanguin formé autour du foyer et, par là, la consolidation. Or le même résultat peut, d'après lui, être obtenu par l'application d'une bande de caoutchouc qui, par la compression uniforme qu'elle exerce, agit de la même façon que le massage.

M. Péan craint que le massage mal employé ne donne de mauvais résultats entre des mains peu expérimentées. En second lieu il est d'avis de ne pas commencer trop tôt la mobilisation après la réduction des fragments.

Résection du pylore pour rétrécissement cicatriciel.

M. Monprofit (d'Angers) communique l'observation d'une jeune fille qu'il a opérée pour des accidents imputables à un rétrécissement cicatriciel du pylore. Ayant trouvé ce dernier transformé en un anneau fibreux très dur, il essaya, après l'avoir incisé, de dilater avec le doigt l'orifice rétréci. Cette tentative ayant échoué, il fit la pylorectomie et anastomosa l'estomac avec l'intestin. La malade guérit.

En rapportant cette observation. M. Monprofit insiste sur la nécessité de tenter la dilatation digitale du rétrécissement fibreux avant de pratiquer la pylorectomie. Celle-ci lui semble préférable à la gastro-entérostomie d'emblée telle qu'elle se pratique dans les cancers réopérables de l'estomac.

Tuberculose latente et radiographie.

M. Kelsch a fait l'étude radiographique du thorax de 124 sujets, et chez 51 il a constaté des anomalies diverses correspondant à une tuméfaction notable des ganglions bronchiques, enfin à des épaississements de la plèvre et à une ankylose partielle du diaphragme. M. Kelsch suppose que ces anomalies doivent être considérées, au moins en grande partie, comme des indices des lésions tuberculeuses latentes.

M. Chipault a présenté un garçon de 13 ans, opéré 7 ans auparavant d'une ostéomyélite vertébrale et qui actuellement est complètement guéri.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 Novembre 1897.

Le rouget de l'homme.

M. Brucker. — Le rouget ou aoûtat est un parasite de l'homme qui produit, en août et septembre, une éruption de boutons appelée érythème automnal. Ces boutons sont accompagnés de démangeaisons très fortes et disparaissent d'eux-mêmes en quelques jours.

Ce parasite, d'abord considéré comme un acarien adulte et nommé leptus autumnalis, puis comme une larve hexapode de trombidion, serait, d'après mes nouvelles recherches, la larve du trombidium gymnopterum.

J'ai aussi trouvé cette larve sur des rats (mus rattus) et des merles. Je l'ai également recueillie à l'état de liberté sur diverses plantes, en particulier sur des pieds de haricots, et l'extrême abondance des adultes et des nymphes de trombidium gymnopterum dans un seul trombidium holosericeum, recueillies en même temps, rendaient presque évidente *a priori* cette détermination.

Sur la caractéristique d'excitation des nerfs et des muscles.

M. G. Weiss. — M. Dubois (de Berne) a présenté à l'Académie, au mois de juillet dernier (voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 273), une note dont les conclusions paraissent contraires aux résultats que j'ai obtenus et que j'ai fait connaître à

diverses reprises, sur l'excitation des nerfs et des muscles, alors que cette contradiction n'est qu'apparente, les expériences de M. Dubois étant, en réalité, confirmatives de ma manière de voir.

En effet, à la suite de ses expériences sur l'excitation des nerfs et des muscles, M. d'Arsonval a admis que l'élément important de l'excitation était la variation de potentiel au point de contact de l'électrode négative. Ces variations de potentiel pouvaient être enregistrées directement à l'aide d'un dispositif indiqué par M. d'Arsonval, et la courbe représentative est ce que l'auteur appelait la caractéristique d'excitation.

De mon côté, je considère que l'excitation électrique des nerfs et des muscles, aussi bien que toute autre action électrique, est parfaitement définie lorsque l'on connaît la loi suivant laquelle varie le courant électrique traversant l'organe en expérience. Toutes les expériences publiées et toutes celles que j'ai imaginées moi-même peuvent sans exception s'expliquer de cette façon; mais la loi est souvent masquée et n'apparaît qu'après une discussion minutieuse.

Sur la contamination des puits.

M. Duclaux. — Divers auteurs, entre autres M. Martel, ont montré combien était facile la contamination des puits dans les terrains calcaires fissurés : ces puits drainent les eaux superficielles et les reçoivent parfois telles qu'elles courent sur le sol, avec toutes leurs impuretés. Je désirerais établir que le danger n'est pas moins grand dans les terrains perméables et poreux, avec cette différence pourtant que la nitrification peut parfois intervenir et détruire les matières organiques apportées par l'eau avant qu'elle ait atteint la nappe souterraine des puits. Je voudrais profiter aussi de l'occasion pour montrer qu'on peut porter un jugement assuré sur la contamination d'une eau avec les seules ressources de la chimie pure et sans avoir recours aux méthodes de la bactériologie.

Mon attention a été appelée, pendant ces vacances, sur une petite ville du Cantal où avait éclaté une légère épidémie de fièvre typhoïde. Cette ville, assise sur un petit mamelon porté par un contrefort qui court du nord au sud en s'abaissant vers la vallé du Lot, repose sur un terrain de gneiss très absorbant, et possède, par suite, une nappe d'eaux souterraines qui s'écoulent lentement le long des pentes. Il suffit de percer, en un point quelconque, un puits de quelques mètres de profondeur pour y voir arriver l'eau. Aussi beaucoup de maisons ont-elles une pompe dont le réservoir est tantôt dans la cave, tantôt dans le jardin, quand il y en a un. Comme il n'existe nulle part de fosse d'aisances étanche, comme les canalisations sont à l'état rudimentaire, comme, en outre, il n'est pas rare d'y trouver des rues couvertes d'un tapis de fougères, de bruyères ou de genets qui pourrissent en retenant l'eau du ciel et toutes les eaux ménagères, on voit que toutes les conditions sont réunies pour qu'une rotation régulière s'établisse entre la cuisine et le puits de chaque maison.

L'important était de savoir comment se traduisait cette contamination inévitable, et à quel état arrivaient au puits les eaux qui avaient lavé et emporté les déjections et les fumiers accumulés à la surface du sol. C'est pour cela que j'ai fait une série d'analyses portant sur des eaux prises en amont de la ville, dans les puits de la ville et en aval de la ville, dans ses environs médiats ou immédiats, sans quitter pourtant son horizon géologique. J'ai réduit ces analyses au strict nécessaire pour l'objet que j'avais en vue et n'y ai dosé que le résidu d'évaporation à 100°, le chlore, la chaux, l'ammoniaque, les nitrates, et, éventuellement, les phosphates.

Or, je suis arrivé à cette conclusion que l'eau des puits étudiée est, ou du moins était, cette année, après les pluies abondantes de l'été, un mélange de 1 litre d'urine avec 50 litres d'eau de pluie. La proportion doit être plus considérable pendant les été secs. Cette conclusion n'a rien de réjouissant. On peut lui donner une autre forme en disant que l'eau de ces puits est tout à fait comparable aux eaux d'égout de Paris lorsque, après s'être épurées à Gennevilliers, elles sont déversées dans la Seine. Elles ont beau contenir la proportion normale d'oxygène, être limpides et pauvres en microbes, elles sont riches en sels, en nitrates et personne n'en voudrait faire des eaux de boisson, même après cuisson ou infiltration poreuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 Décembre 1897.

Un cas de surdité verbale sous-corticale avec autopsie.

M. Dejerine a communiqué l'observation d'une femme de 57 ans qui a succombé après avoir présenté depuis 4 ans une surdité verbale sous-corticale pure et depuis un an de l'aphasie sensorielle. A l'autopsie on trouva une double lésion des lobes temporaux sous forme de microgyrie par polio-encéphalite chronique progressive avec lésions exclusivement cellulaires et un peu de sclérose. Contrairement au cas publié par Pick (de Prague), il n'existait pas de lésions de la substance blanche sous-jacentes.

Influence du tannin sur les cultures tuberculeuses.

M. Sabrazès a constaté que si l'on traite des cultures tuberculeuses par le tannin, leur virulence augmente. Les animaux auxquels on les injecte succombent très rapidement et au point d'inoculation se forme une ulcération tuberculeuse à tendances phagédéniques. Les tubercules qui se développent chez ces animaux renferment des bacilles tuberculeux à l'état de pureté.

Injection comparatives d'eau de mer et de sérum artificiel.

MM. Quinton et Julia. — Il fallait se demander, après les résultats obtenus avec les injections d'eau de mer, si la solution dite physiologique ou *sérum artificiel*, ne devait pas ses propriétés au sel qui est la base même de l'eau de mer. Dans ce cas, l'eau de mer ne serait-elle pas supérieure à cette première solution ?

Pour résoudre ce problème, MM. Quinton et Julia se sont entourés des précautions expérimentales les plus grandes. Se défendant de conclure d'un animal à l'autre, fussent-ils de même âge, de même race, ils n'ont comparé leurs résultats qu'entre des injections d'eau de mer et de sérum artificiel, accomplies sur la même bête, à une vitesse, à une température et à une isotonie identiques. Sur certains chiens, ils ont fait précéder l'injection d'eau de mer; sur d'autres, l'injection de sérum artificiel. Ils ont modifié de 5 jours à 33 jours l'intervalle entre ces injections. Ils ont opéré sur des chiens de tout âge, adulte et non adulte. Ils ont fait varier la vitesse moyenne d'injection dans les plus larges limites. Or, dans tous les cas invariablement, les résultats ont été d'un sens unique : le fonctionnement rénal a toujours été supérieur, quantitativement et qualitativement, sous l'influence de l'injection d'eau de mer. Non seulement la quantité d'urine éliminée était double et triple dans cette dernière injection, mais, malgré cette abondance, sa densité restait notoirement plus élevée.

Il est inutile de faire remarquer l'importance thérapeutique que peut avoir cette supériorité rénale, dans les cas d'injections salines.

La chlorose thyroïdienne.

M. Capitan. — Depuis un certain temps on tend à ne plus considérer la chlorose comme une entité morbide mais comme un syndrome pouvant être déterminé par des causes diverses. Telle est la conception de la chlorose comme auto-intoxication génitale suivant la théorie de Charrin et de Spillmann, telle aussi l'opinion de Clarke qui fait de la chlorose une intoxication d'origine intestinale, etc.

Je voudrais attirer l'attention sur une forme de chlorose qui semble avoir une individualité propre et qu'on pourrait dénomme la *chlorose thyroïdienne*.

On sait qu'on rencontre très fréquemment chez les chlorotiques une augmentation du corps thyroïde. Le professeur Hayem a constaté cette particularité 29 fois sur 35 chlorotiques obser-

vées par lui en un court laps de temps. Or, si on examine l'état du corps thyroïde dans ces cas, on peut remarquer que tantôt il s'agit de goitres plus ou moins marqués mais mous et ne présentant pas de battements, tantôt au contraire ils sont plus résistants, animés de battements parfois assez violents.

Dans le premier cas il n'existe pas ou peu de symptômes basedowiens : ils sont au contraire nets et quelquefois très caractéristiques dans le second.

On pourrait objecter que dans ce dernier cas il s'agit d'une simple association de la chlorose et du goître exophthalmique. Nous pensons, en nous basant sur de multiples observations que la chlorose est dans ces cas sous la dépendance de la maladie de Basedow : ce serait une forme de l'intoxication thyroïdienne.

Si, en effet, à des malades soignés inutilement depuis longtemps au moyen des médications ordinaires de la chlorose, on prescrit une solution iodo-iodurée un peu plus forte, on constate souvent une amélioration considérable de tous les symptômes et qui survient rapidement.

Mais il y a plus : si à de telles malades on administre exclusivement des tablettes de iodo-thyrine, on voit les phénomènes de chlorose s'amender ainsi que ceux de la maladie de Basedow et disparaître presque complètement après un traitement de 4 à 5 semaines. J'ai déjà observé plusieurs de ces faits à la consultation de la Pitié avec mon élève Jeulain qui fait sa thèse sa sur ce sujet.

Nous continuerons nos observations afin de voir si définitivement la clinique et la thérapeutique permettent d'accepter le bien fondé de cette hypothèse.

Atrophie musculaire expérimentale par intoxication pyocyanique.

MM. Charrin et **H. Claude**. — L'atrophie musculaire réalisée expérimentalement chez les animaux par des infections microbiennes diverses peut être obtenue aussi par l'introduction dans l'organisme des seules toxines microbiennes. Un lapin qui avait reçu 28 centimètres cubes de toxines pyocyaniques en 2 fois fut sacrifié au bout de 4 mois. Il avait présenté une atrophie d'un certain nombre de muscles et particulièrement des membres postérieurs, et une paralysie incomplète des quatre membres avec diminution de la sensibilité des pattes postérieures.

A l'autopsie, une partie des muscles des cuisses, des jambes, de la masse sacro-lombaire et de la ceinture scapulaire se montrèrent pâles, décolorés, plus ou moins réduits de volume et quelques uns mêmes constitues seulement par quelques fibres noyées dans du tissu fibreux. La moelle présentait un ramollissement central cavitaire dans la région du renflement lombaire. L'examen histologique permit de constater l'existence d'un certain nombre de petits foyers de ramollissement avec hémorrhagies disséminées dans l'une ou l'autre des cornes antérieures de la moelle à différentes hauteurs. Le ramollissement de la région lombaire avait apparu autour du canal central et occupait une grande partie des deux cornes antérieures et la substance blanche d'un des cordons latéraux. A côté de ces grosses lésions il existait des altérations des cellules ganglionnaires très variables suivant les points, atrophie complète, lésions de microbiose plus ou moins avancées, désintégration protoplasmique appréciable au Nissl, etc.; les lésions, irrégulièrement distribuées mais prédominantes au niveau des deux renflements lombaire et cervical, étaient parfois limitées à quelques cellules seulement des groupes antérieurs. Les racines antérieures et postérieures sont légèrement atteintes, les nerfs sont normaux. Enfin les muscles offrent des altérations plus ou moins avancées des fibrilles (dégénérescence, multiplication nucléaire, atrophie) et de tissu interfibrillaire proliféré. Il s'agit en somme d'une poliomyélite subaiguë d'origine toxique très analogue aux poliomyélites humaines.

Le sens de l'orientation.

M. Pierre Bonnier. — Les animaux qui doivent parcourir de grandes distances prennent pour point de repère leur point de départ, forcément connu, et non leur point d'arrivée, dont rien ne leur indique la direction. Ils sont nécessairement orientés par rapport à leur point de départ par la notion de leurs déplacements successifs, notion fournie par les opérations du *sens des attitudes*, défini par l'auteur, et qui est dessiné par l'appareil des canaux semi-circulaires de l'oreille.

Sur le dosage du carbone total dans les produits d'élimination de l'organisme.

M. Desgrez. — M. Bouchard ayant mis en évidence, dans son enseignement de ces dernières années, la nécessité de connaître le carbone total des produits solides et liquides éliminés par l'organisme, je me suis proposé l'application d'un procédé plus rapide que la combustion ordinaire et qui permît d'éviter une évaporation préalable de ces produits. La méthode que j'ai décrite au cours de M. Bouchard, quelque temps avant que le professeur Scholz publiât des recherches analogues en Allemagne, consiste à transformer le carbone en acide carbonique par un mélange d'acide sulfurique et d'acide chromique, celui-ci employé en excès. Appliquée à un grand nombre de substances physiologiques, placées dans les conditions où elles se rencontrent dans l'organisme, dissoutes dans l'eau, associées entre elles et aux divers sels, cette méthode m'a toujours permis de réaliser l'oxydation complète de ces substances. Pour l'urine, par exemple, on en mélange 10 grammes avec 8 grammes d'acide chromique et 30 centimètres cubes d'acide sulfurique. Une chaleur modérée suffit à dégager l'acide carbonique qui est entraîné par un courant d'air, privé lui-même d'acide carbonique, et se rend dans une solution de potasse à 40° Baumé où il est fixé. L'acide chlorhydrique et le chlore, formés aux dépens du chlorure de sodium, sont retenus par du borate de soude et du ferrocyanure de potassium desséchés. Cette méthode plus expéditive, quoique un peu moins rigoureuse, sans doute, que la combustion avec l'oxyde de cuivre, donne cependant des résultats exacts, à moins de 0,5 p. 100 près, du carbone total contenu dans les produits d'excrétion.

État du faisceau pyramidal dans 4 cas de contracture spasmodique infantile (syndrome de Little).

MM. Cl. Philippe et **R. Cestan**. — *Cliniquement*, les enfants étaient atteints de contracture spasmodique vraie, généralisée, prédominante aux membres inférieurs, avec exagération des réflexes rotuliens; le résumé des observations et les photographies communiquées montrent bien qu'il s'agissait de la « rigidité spasmodique » de Little. *L'examen histologique* du faisceau pyramidal (bulbe et moelle) a révélé un faisceau absolument normal, sans sclérose ni agénésie. Les auteurs observent que ces cas ne sont pas favorables à la théorie récente qui attribue toujours à une lésion du faisceau pyramidal la contracture spasmodique infantile. Ils se demandent si la lésion essentielle de la rigidité spasmodique infantile ne doit pas être recherchée plutôt du côté de la cellule ganglionnaire des cornes antérieures de la moelle, comme Charcot l'avait expressément dit en 1876. De même, tout récemment, dans plusieurs leçons cliniques, M. le professeur Raymond a insisté sur l'impossibilité d'expliplir *tous les cas* de contracture spasmodique par la *lésion unique* des fibres pyramidales.

Décoloration du bleu de méthylène par les éléments vivants.

MM. Achard et **Castaigne**. — Le bleu de méthylène, au contact des éléments vivants, peut se transformer en substances incolores, qui, sous diverses influences, régénèrent une matière colorante. Ces substances incolores sont dites leucodérivés ou chromogènes. Nous en connaissons de deux sortes.

Une première variété régénère une couleur vert bleu par le chauffage avec l'acide acétique. Elle se trouve dans l'urine humaine, après absorption du bleu; mais elle n'y existe qu'en faible quantité à l'état normal. Au contraire, chez certains animaux (chien, lapin, cobaye), c'est presque exclusivement à l'état de chromogène que s'élimine le bleu, à moins que la quantité absorbée ne soit très considérable. On ne peut obtenir ce chromogène *in vitro* en mettant du bleu en contact avec des

tissus frais d'animaux, à la température du corps. Mais on peut le voir se former déjà au point d'absorption : en injectant du bleu dans le péritoine et en retirant le liquide quelque temps après, on constate qu'il s'est formé du chromogène et que le bleu a disparu.

Un autre dérivé incolore se forme en présence des microbes; dans les milieux de culture additionnés de bleu. Ces milieux se décolorent promptement. Mais, pour reproduire les couleurs, il suffit d'agiter dans l'air; si l'agitation a lieu dans l'azote, le milieu reste décoloré. Ce dérivé incolore est bien moins stable que le précédent. C'est lui qui se forme dans les urines qui ont été émises bleues et qui se décolorent en fermentant.

Albumine acéto-soluble dans l'urine d'un brightique.

MM. Achard, E. Weil et **Gourdet**. — MM. Bar, Menu et Mercier ont signalé récemment la présence d'albumine acéto-soluble dans l'urine de femmes éclamptiques. Nous en en avons observé un cas chez un sujet de 38 ans, atteint de néphrite diffuse, avec poussée aiguë. L'albumine atteignait 15 grammes et elle se dissolvait par l'addition d'un peu d'acide acétique. Mais ces caractères particuliers ont été transitoires et 3 jours après, l'albumine restait insoluble dans l'acide acétique. Le sérum du malade était fortement opalescent. L'épreuve de bleu de méthylène a montré qu'il s'éliminait presque exclusivement à l'état de chromogène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Décembre 1897.

Hystérectomie abdominale.

M. Poirier. — Plusieurs de nos collègues ont parlé de l'hystérectomie abdominale totale en lui donnant le nom de procédé de choix. L'hystérectomie abdominale totale n'est pas le procédé de choix, c'est l'amputatation sus-vaginale avec pédicule réduit, opération plus facile et moins grave. Sur 37 opérations, j'ai 3 décès et je pense que les statistiques d'hystérectomie sus-vaginale sont moins chargées de décès que celles de l'hystérectomie abdominale totale.

M. Tuffier. — Pour les petits fibromes, je reste fidèle à l'hystérectomie vaginale; à la castration dans les cas où les malades ne sauraient résister à une intervention sérieuse; j'ai eu recours dans 5 cas seulement à la ligature de l'artère utérine, mais je ne puis encore formuler d'opinion ferme. Pour les autres cas, reste l'hystérectomie abdominale totale. Il est 2 principes qui ont amené à l'hystérectomie abdominale torsale, la position inclinée et la traction sur le fibrome qui ont fait beaucoup plus pour cette opération que le procédé de Doyen. Après l'opération, je ne fais jamais de suture du péritoine, car c'est là une très bon mode de drainage. Quand on peut conserver les annexes c'est une très bonne chose, et pour ma part je ne les enlève que dans le cas où chercher à les conserver gênerait beaucoup l'opération. Et cela pour ne pas supprimer une fonction dont il est inutile de rappeler l'importance.

M. Reclus. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Tuffier et pour les mêmes raisons que lui. Quant à l'artère utérine, je trouve qu'on s'en préoccupe beaucoup trop; après sa section, on voit un jet partir de la profondeur et il suffit de mettre une pince, puis un catgut. Dans mes 19 opérations d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome, je n'ai jamais eu d'ennui du fait de l'utérine.

M. Richelot. — L'hystérectomie abdominale totale a donné entre nos mains à tous d'excellents résultats et tous aujourd'hui nous faisons des opérations très analogues. Pour ma part j'emploie un procédé qui se rapproche beaucoup du procédé de Kelly, préconisé par Segond et ce qui nous sépare, Segond et moi, ce sont des détails de technique. La bascule sur le côté qui caractérise le procédé américain est excellente quand une ou plusieurs tumeurs fibreuses sont inclus dans le ligament large. Pour les suppurations des annexes, je me suis réclamé formellement du procédé américain, j'ai décrit une variante de ce procédé consistant à traiter de bas en haut les deux ligaments larges, au lieu de ne le faire que d'un seul côté comme les Américains.

Hématome du coude.

M. Picqué communique un rapport sur une observation de M. Brault (d'Alger) concernant un hématome développé en plein muscle brachial antérieur. L'extirpation fut pratiquée au bout de 15 jours seulement et déjà existait un ostéome. Une bande musculaire séparait nettement le galet osseux de la surface du périoste. Ce fait vient plaider contre le point de départ osseux de l'affection et donne un appui sérieux à la théorie de la myosite ossifiante.

M. Témoin (de Bourges) lit une communication sur un cas de rate surnuméraire, extirpée par laparotomie.

M. Jalaguier présente un sou extrait d'un œsophage après un séjour de près de 3 semaines et sur le siège duquel l'examen radiographique avait fourni les résultats les plus nets.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 Décembre 1897.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

M. Troisier a aussi observé un cas de contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. Une jeune femme atteinte de pleurésie fut soignée à l'hôpital Beaujon; quarante jours après son entrée, elle commença une fièvre typhoïde : les signes cliniques, la séro-réaction, tout confirma ce diagnostic. Cette malade qui n'avait bu, depuis son entrée à l'hôpital, que du lait et des limonades faites avec de l'eau de la Dhuys, était couchée à côté de typhiques.

M. Netter a trouvé 5 cas probants de transmission de la fièvre typhoïde par contagion : ils se rapportent à deux infirmières et trois enfants chez lesquels la contagion paraît être faite par contact, la transmission par l'air étant bien invraisemblable.

De 1892 jusqu'en 1895, 27 cas intérieurs de fièvre typhoïde se sont produits à l'hôpital Trousseau, soit chez des infirmières, soit chez des enfants malades. Ces cas se produisirent toujours chez des sujets que leurs fonctions ou leurs maladies retenaient dans les salles où les typhiques étaient soignés; jamais les infirmiers ou malades des autres services ne furent atteints. Parmi les infirmières atteintes, celles du service de nuit paient le plus large tribut à la contagion; on trouve, en effet, 10 infirmières de veille sur 12 cas.

M. Rendu pense que si les infirmiers sont atteints très souvent, c'est que les causes de contamination ne leur manquent pas. Mais chez les malades, la contamination est difficile, c'est ce qui explique la rareté des cas de contagion de malade à malade.

M. Galliard cite un cas de contagion de la fièvre typhoïde observé à Lariboisière chez un pleurétique qui était couché à côte d'un typhique.

M. Richardière soignait, depuis plusieurs mois, un homme atteint de syringomyélie, lorsque, en 1894, lors d'une épidémie de fièvre typhoïde, cet homme contracta cette affection; chez lui les complications broncho-pulmonaires furent très intenses; M. Richardière pense donc que la porte d'entrée de l'infection typhique fut l'appareil respiratoire.

M. Lemoine a observé trois cas de contagion de la fièvre typhoïde. Il est probable que, dans ces cas, la contamination eut lieu par les vases de déjection.

M. Œttinger cite également un cas de contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

La ménopause et le rein.

M. André Petit communique l'observation d'une femme de trente-neuf ans, atteinte d'une double lésion mitrale, avec myocardite, néphrite albumineuse, qui présentait des paroxysmes de dyspnée et de troubles asystoliques à chaque époque menstruelle : ces paroxysmes ont augmenté de gravité depuis

la ménopause. Les émissions sanguines d'injections de sérum artificiel, ont pu, jusqu'ici, enrayer ces accidents périodiques.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 10 et 17 Décembre 1897.

Sarcome du cerveau.

MM. Cottet et **Morély** présentent une tumeur cérébrale qui occupe la région du lobule paracentral. Il s'agit d'un sarcome à petites cellules qui avait provoqué de phénomènes d'épilepsie jacksonienne. L'opération, pratiquée par M. Monod, n'avait pas permis de découvrir la tumeur.

Corps étranger opératoire évacué par l'anus.

M. Morestin rapporte l'observation d'une femme qui, après une intervention chirurgicale pour une salpingite suppurée, fit un abcès de la paroi abdominale, et expulsa un jour par le rectum une pince hémostatique oubliée. L'abcès guérit rapidement dans la suite.

M. Letulle a trouvé une branche de pince analogue, à l'autopsie d'une femme morte dans son service de péritonite pelvienne. L'opération avait été pratiquée pour une salpingite bilatérale.

Section de la mammaire interne dans une une plaie de poitrine.

M. Morestin a lié les deux bouts de l'artère mammaire interne chez un homme qui avait été frappé d'un coup de couteau dans le thorax. Le malade mourut une heure après l'opération, mais l'intervention, si elle avait été pratiquée plus tôt, eût pu sauver le blessé.

Méningite hémorrhagique à microbe anaérobie.

M. Péron a trouvé, à l'autopsie d'un homme de trente et un ans, une inondation ventriculaire, sans foyer hémorrhagique dans la substance cérébrale. Les cultures aérobies ont été négatives, mais l'inoculation de ce sang au cobaye a provoqué chez cet animal une septicémie mortelle en dix-huit heures, avec présence, dans les organes, d'un gros bacille anaérobie, ne se décolorant pas par la réaction de Gram, mais que l'auteur n'a pas cultivé à l'abri de l'oxygène.

Septicémies susceptibles de guérison.

M. Péron lit l'observation d'un malade mort d'urémie aiguë, à l'autopsie duquel on a pu constater une endocardite avec perforation des valvules sigmoïdes aortiques et infarctus de la rate. Le malade est mort par son rein, guéri, pour ainsi dire, de sa lésion infectieuse endocardique.

Dans un autre cas de septicémie consécutive à un abcès de l'amygdale, M. Péron a pu cultiver, à deux reprises, le streptocoque avec le sang recueilli par ponction de la veine du bras; le malade a guéri. Ces faits montrent donc que toutes les septicémies ne sont pas mortelles.

Anévrysmes de l'aorte.

MM. E. Weil et **Mascarel** présentent les pièces d'un malade mort subitement d'un anévrysme aortique rompu. L'aorte présente de nombreux anévrysmes sacciformes de petites dimensions, dans sa portion thoracique. L'anévrysme rompu siège au niveau du diaphragme, partie sur l'aorte thoracique, partie sur l'abdominale. La rupture s'est effectuée du côté gauche dans la gaine du psoas, et la collection sanguine a suivi le trajet des abcès ossifluents jusqu'à la cuisse. Malgré la présence de nombreux caillots dans l'aorte et de nombreuses plaques athéromateuses, il n'y avait aucun trouble moteur ni sensitif du côté des membres inférieurs. Le malade se plaignait seulement de douleurs lombaires du côté gauche; l'anévrysme comprimait, en effet, les nerfs abdomino-génitaux.

Ulcère de l'estomac.

M. Ardouin montre un estomac provenant d'une femme de vingt-trois ans, atteinte d'ulcère latent de l'estomac. A cause d'hématémèses considérables survenues trois jours avant l'entrée de la malade et répétées, on pratiqua une laparotomie et l'ouverture de l'estomac dans le but d'arrêter ces hémorrhagies. On ne vit alors aucune lésion et l'on dut refermer l'estomac, après avoir fait seulement une intervention exploratrice. La malade succomba au bout de six jours. L'autopsie ne permit de voir aucune lésion de la muqueuse gastrique. Mais, après un séjour de trois jours dans l'alcool, on constata une nécrose avec ulcération de gros vaisseaux ayant vraisemblablement causé la mort.

Folliculite suppurée appendiculaire.

M. Ardouin montre un appendice sur lequel on voit très nettement un abcès du volume d'une grosse noisette, exclusivement localisé à la paroi, sans aucune communication avec la cavité même de l'appendice ni avec le péritoine. Il y avait imminence de perforation. Les coupes histologiques démontrent qu'il n'y a, en effet, aucune perforation actuelle. Cet appendice provient d'une opération faite à froid sur un jeune homme de dix-huit ans ayant eu deux crises d'appendicite.

Tumeur du foie et de l'ovaire.

M. Comte présente les organes d'une femme morte de cachexie avec ictère. De la vésicule biliaire, remplie de calculs, part une tumeur dure et blanchâtre qui s'enfonce dans le foie, D'autre part, une énorme tumeur ovarienne donne à la coupe l'aspect d'un autre cancer primitif que celui du foie. L'examen histologique sera communiqué ultérieurement.

Tumeur de l'omoplate.

M. Dartigues présente une grosse tumeur de l'omoplate développée chez une malade âgée de vingt-cinq ans. Les premiers symptômes, qui remontaient à quatre mois environ avant l'entrée de la malade à l'hôpital consistaient simplement en douleurs plus ou moins accusées. La malade ne s'aperçut de la présence d'une tumeur qu'au bout de trois mois. On pratiqua l'ablation de l'omoplate, en conservant le membre supérieur correspondant. La malade est actuellement guérie.

La tumeur, du volume des deux poings, est limitée aux fosses sous-épineuse et sous-scapulaire, sur lesquelles elle fait un relief très considérable. Ce néoplasme doit être rangé dans les tumeurs à myéloplaxes; il s'agit d'une prolifération néoplasique portant exclusivement sur les éléments de la moelle osseuse : c'est une néoplasie médullaire métatypique dont on ne peut affirmer le caractère malin puisqu'elle n'a pas dépassé son territoire normal et qu'elle paraît limitée à la périphérie par le périoste intact.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séances des 22 et 29 novembre 1897.

Tumeur de l'avant-bras.

MM. de Boucaud et **Chemin** — Cette tumeur, développée chez un jeune garçon de 10 ans, avait, il y avait trois mois, la grosseur d'une noix, était dure, douloureuse au-dessous de la peau et siégeait au niveau de la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras. En trois mois elle prit des proportions considérables et a retenti d'une façon très appréciable sur l'état général.

A l'entrée du malade à l'hôpital, état général mauvais, amaigrissement, douleurs, insomnie.

L'avant-bras gauche a perdu son aspect normal: il revêt la forme d'un fuseau à grosse extrémité supérieure. Toute la région antérieure bombe d'une façon considérable et là on con-

state une tumeur dure, lisse, de la grosseur d'un gros œuf d'autruche, au-devant de laquelle la peau glisse imparfaitement. mais qui a conservé une légèreté mobilité sur les parties profondes. Pas de battements ; pas de bruits de souffle.

L'articulation du coude est immobilisée à angle droit ; et les mouvements de pronation, de supination, de flexion des doigts sont impossibles.

Pas de ganglions.

L'amputation du bras au tiers moyen est pratiquée le 25. Suites opératoires parfaites.

L'examen de la tumeur fait constater une énorme masse dure, à coupe régulière, qui a envahi toute la masse des fléchisseurs des doigts, englobé les vaisseaux et nerfs de l'avant-bras, au-devant de laquelle les muscles de la couche superficielle ont conservé toute leur liberté et qui n'a contracté d'adhérences osseuses qu'en un seul point très limité au niveau de l'épicondyle. Partout d'ailleurs le squelette est normal. Il s'agissait, dans ce cas, d'un sarcome à évolution rapide développé au niveau des parties molles de l'avant-bras et plus particulièrement des masses musculaires des fléchisseurs.

M. Arnozan demande s'il n'aurait pas été possible d'enlever la tumeur sans amputer l'avant-bras.

M. de Boucaud répond que cette amputation a dû être faite à cause de l'allure rapide, de la malignité de la tumeur.

M. Braquehaye fait remarquer que l'adhérence aux parties profondes, les veines énormes de la superficie de l'avant-bras obligeaient à cette intervention pour tâcher d'éviter une récidive malheureusement probable.

Déformations osseuses multiples.

M. Fraikin. — Le malade que je vous présente a une scoliose droite assez accentuée. Le membre supérieur droit est aussi très déformé. La main a la forme de la griffe cubitale. Les petites articulations des phalanges sont un peu noueuses. Le coude est considérablement augmenté de volume. Tout autour de l'articulation sont des masses dures, irrégulières, de véritables ostéophytes. Ces productions sont perméables aux rayons X et n'ont pu donner aucune épreuve radiographique. Ce membre supérieur doit être paralysé. On provoque difficilement l'extension des doigts, de même que la flexion et l'extension extrêmes du coude qui amènent des craquements. Les mouvements du radius sont conservés. L'examen électrique a montré l'inexcitabilité des muscles interosseux dorsaux. Rien d'intéressant ailleurs.

Les réflexes sont normaux partout.

Il en est de même de la sensibilité ; seule la sensibilité à la chaleur est abolie au niveau du membre supérieur droit. Dans les antécédents du malade on ne relève ni syphilis, ni alcoolisme, ni maladies aiguës. A quinze ans, il a eu un panaris. Deux mois après une attaque de rhumatisme articulaire aigu, la déformation du coude a commencé à se montrer. Enfin l'atrophie et l'impotence de la main se sont manifestées il y a quatre ans.

Le diagnostic de ces arthropathies est difficile. Il peut hésiter entre la goutte, la syringomyélie et le rhumatisme chronique. Jusqu'à plus ample informé il est probable que c'est cette dernière affection qui doit être mise en cause.

Fractures spontanées chez les diabétiques.

M. Cassaet communique à la Société le résultat de recherches qu'il a entreprises sur les fractures spontanées chez des lapins rendus glycémiques par l'injection de sucre dans les veines.

M. Antony. — Les animaux en expérience étaient-ils jeunes ou vieux ? Les fractures spontanées dans le diabète sont rares. Seraient-elles plus fréquentes chez les enfants ?

M. Cassaet. — Les lapins étaient adultes. Le diabète enlève les enfants en quelques mois. On ne peut pas incriminer le défaut de résistance du tissu osseux.

M. Mongour. — N'est-ce pas le mode d'introduction du sucre qui doit être incriminé ?

M. Cassaet. — La voie lymphatique provoque de la gangrène sèche.

M. Dubreuilh se demande dans quelle mesure on peut assimiler cela au diabète.

M. Mongour. — Ces animaux ont-ils des fractures à cause de la glycémie ? Ne sont-elles pas dues à des embolies, à des thromboses ? Il faudrait injecter autre chose que du sucre.

M. Cassaet. — Si ces fractures étaient dues à des embolies, elles ne se produiraient pas fort longtemps, trois mois après les expériences.

Suppléance de la main gauche dans une paralysie atrophique spinale de l'enfance.

MM. Ginestous et **Rothamel.** — Joseph D..., actuellement âgé de dix-huit ans, a été atteint à l'âge de six mois d'une paralysie atrophique spinale infantile. D'après ce qui lui a été raconté, ce serait à la suite d'une fluxion de poitrine que serait survenue, à l'âge de six mois, une paralysie du membre supérieur droit tout entier. Ses parents s'en aperçurent en l'habillant, et, lui a-t-on affirmé, ses membres inférieurs étaient absolument indemnes ; l'épaule, l'avant-bras et la main du côté droit seuls étaient atteints. Le médecin de la localité institua un traitement électrique, mais ce fut sans résultat ; la paralysie ne rétrocéda nullement, le membre s'atrophia. Si nous examinons en effet ce jeune homme, nous sommes frappé par l'atrophie considérable du membre supérieur droit ; les muscles n'existent pour ainsi dire plus. La sensibilité au tact, à la piqûre est conservée ; la motilité est complètement abolie ou peu s'en faut ; c'est à peine si quelques mouvements sont possibles dans le petit doigt de la main droite, lorsque la température est élevée. Nous n'avons pas cru nécessaire de recourir à un examen électrique. Etant donnés ces caractères, le diagnostic de paralysie atrophique spinale de l'enfance nous paraît suffisamment établi. Si nous présentons ce cas à la Société, c'est qu'il nous paraît intéressant à plusieurs points de vue. Si la paralysie spinale de l'enfance frappe souvent à la période de début des membres entiers, elle ne tarde pas à se localiser à un groupe de muscles, ouis à quelques muscles seulement. Ici, rien de semblable. Le membre supérieur droit tout entier a été atteint ; la paralysie n'a pas rétrocédé ; elle est complète dans le membre supérieur droit tout entier. Telle elle fut au début, telle elle est actuellement.

Dans l'impossibilité de se servir de son membre supérieur droit, ce jeune enfant a dû recourir à différents stratagèmes pour suppléer à cette impotence fonctionnelle. Pour lire ce qu'il écrivait, il fallait regarder par transparence du côté du verso les caractères écrits par lui au recto. Pendant deux années (de cinq ans à sept ans) il écrivit de la sorte. Mais un professeur nouveau l'ayant forcé à écrire comme ses camarades, il modifia sa manière d'opérer. Tandis que chacun trace les caractères horizontalement et de gauche à droite, ce jeune homme les trace verticalement et de haut en bas. Par ce procédé il écrit aussi vite que n'importe qui. Clerc dans une étude d'huissier de notre ville, il noircit ainsi chaque jour de nombreuses feuilles de papier.

M. Mongour fait remarquer que dans tous les cas de supléance, les malades écrivent en miroir.

M. Micheleau a connu au lycée un jeune homme qui, après avoir subi l'amputation du bras droit, arriva fort bien à se servir de la main gauche, et écrivait comme tout le monde

Sur un cas de dothiénenterie avec hémorragie intestinale grave.

M. Hervé. — Cette observation recueillie à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le professeur agrégé Moussous, est intéressante à un double point de vue. La malade, âgée de 10 ans, a eu une hémorrhagie intestinale abondante le neuvième ou le dixième jour après le début de la dothiénentérie. Les hémorrhagies sont, on le sait, très rares chez l'enfant. En second lieu, cette hémorrhagie a été une terminaison de la fièvre typhoïde. En effet, depuis ce jour, la température est toujours restée basse et l'enfant, après les accidents dus à l'hémorrhagie terminés, s'est trouvée entièrement guérie.

M. Mongour. — Chez les enfants, la courbe thermique est irrégulière. Il est impossible de décrire un mode bien net de fièvre dans la dothiénentérie des enfants.

M. de Boucaud a vu une hémorrhagie chez un enfant atteint de dothiénentérie sans que cette hémorrhagie ait eu d'influence sur la température.

Lipurie dans un cas de fibrome.

M. Fraikin. — Je vous présente les reins d'une malade qui, étant atteinte de fibrome utérin, avait eu à plusieurs reprises des urines graisseuses. En septembre dernier, en vous présentant l'utérus fibromateux enlevé par M. Courtin, je vous ai signalé cette lipurie, mais je ne l'ai fait qu'incidemment car nous en ignorions l'origine. Voici les détails les plus importants de l'observation de notre malade. Agée de 48 ans, elle avait eu, comme symptômes fonctionnels : des crises de douleur, des ménorrhagies, et plusieurs crises de rétention d'urine. A son entrée à l'hôpital, l'état général était atteint. La malade avait de la fièvre, de la constipation, quelques vomissements. Elle n'avait pas uriné depuis 2 jours. Sondée à ce moment (on n'avait pas pratiqué le toucher, on n'avait pas donné d'injection et la sonde n'ayant pas été huilée), on retire de la vessie 2 litres d'urine, contenant pour la totalité 0 gr. 50 d'albumine et 23 centimètres cubes d'huile qui vint à la fin de la miction et nageait au-dessus de l'urine. Cette lipurie se reproduisit 3 ou 4 fois. Régime lacté. Sous l'influence du traitement, l'état général s'améliore, l'albumine n'existe plus qu'à l'état de traces ; les urines ne sont plus graisseuses. La malade souffrant toujours, on se décide à l'opérer. Hystérectomie abdominale totale. Les suites opératoires étaient assez bonnes et la malade semblait en bonne voie de guérison lorsque, le 8e jour le pouls devint rapide, le délire se montra assez violent, la malade eut des vomissements. L'état général empira de plus en plus, l'urine diminuant, et la malade mourut avec l'anurie absolue et tous les phénomènes urémiques le 12e jour après l'opération.

A l'autopsie, rien au foie, rien à la vessie et aux uretères. Les deux reins, de poids et de volume normal baignent dans une masse de graisse considérable. A la coupe, le parenchyme est congestionné. Les bassinets sont bourrés d'une graisse demi fluide, transparente, qui coiffe les calices et les comprime. A l'examen microscopique, on trouve des lésions de néphrite mixte, mais pas de dégénérescence graisseuse du tissu rénal.

Voilà donc un cas de lipurie abondante, inexplicable par la dégénérescence graisseuse du tissu rénal. L'urine a-t-elle dissous une partie de la graisse fluide en passant dans le bassinet, et l'a-t-elle entraîné avec elle? Nous ne pouvons l'affirmer, mais le fait est très probable. Cette théorie, dans ce cas particulier, nous paraît être la seule plausible.

M. Mongour rappelle que dans la précédente séance, à l'occasion d'une pneumotomie pratiquée par le Dr Dubourg on a indiqué comme une contre-indication opératoire la grande quantité d'albumine que contenaient les urines du malade. Dans le cas présenté par M. Fraikin, la malade n'avait que 0 gr. 50 d'albumine, ce qui prouve bien que la quantité d'albumine importe peu. Ce qui, seul, a une valeur pronostique, c'est l'état du rein.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 21 Juillet 1897.

Résection de deux maxillaires supérieurs.

M. Gross présente une femme de 45 ans, à laquelle il a dû réséquer les deux maxillaires supérieurs pour un volumineux fibro-chondrome de ces os. L'opération a été suivie de prothèse immédiate. Elle date de 2 ans et il n'y a pas la moindre trace de récidive. L'opérée porte aujourd'hui un appareil confectionné par M. le Dr Rosenthal, dentiste à Nancy, et non seulement la mastication s'opère facilement, mais encore la parole est des plus distinctes.

Neurofibromatose généralisée.

M. Spillmann présente 2 malades atteints de cette maladie. L'affection, héréditaire chez les deux (la mère chez l'un, la mère et le grand-père maternel chez l'autre), a débuté dès la première enfance et évolue encore actuellement.

Elle s'est compliquée chez l'un d'eux de paralysie spastique et d'accidents médullaires attribuables à l'évolution probable de tumeurs analogues dans la moelle.

Sur l'appendicite.

M. Février donne communication d'un travail sur l'appendicite en collaboration avec **M. Th. Weiss** et conclut, de l'étude critique de la question, que l'appendicite doit être opérée très tôt ou très tard, avant la péritonite ou après son apaisement.

Des injections sclérogènes de l'épididyme comme traitement de l'hypertrophie de la prostate.

M. Gross rappelle la discussion qui eut lieu il y a un an à la Société sur le traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection des canaux déférents et la castration. Mettant à profit les expériences récemment pratiquées par M. Bouin, élève distingué de la Faculté, sur l'involution des canaux spermatiques, M. Gross a traité 2 prostatiques par les injections sclérogènes de chlorure de zinc dans l'épididyme. Chez l'un des opérés le résultat a été excellent, chez le second il resta douteux. M. Gross pense néanmoins que la méthode sclérogène de Lannelongue peut être tentée contre l'hypertrophie de la prostate.

M. Th. Weiss exprime la crainte que ces injections ne donnent lieu à des orchites.

M. Heydenreich a connaissance d'un accident de ce genre survenu dans un cas où l'injection avait été pratiquée non dans l'épididyme mais dans le testicule même. Il se produisit une orchite formidable non suppurée, dont le patient guérit d'ailleurs au bout d'un mois.

M. Gross n'a pas encore observé d'accidents semblables et se montrait disposé à les considérer comme tout à fait exceptionnels jusqu'à preuve du contraire.

M. Guilloz présente un patient atteint d'ankylose cicatricielle de la main chez qui les diverses espèces de courants électriques restèrent sans effet, mais qui guérit complètement en quelques séances de transports électrolytique de chlorhydrate d'ammoniaque.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 Décembre 1897.

Des lésions cutanées dues aux rayons Röntgen.

M. Behrend a constaté que les lésions de la peau déterminées par les rayons Röntgen sont d'aspect très variable suivant la durée de l'exposition de la peau aux rayons. Elles peuvent être passagères et superficielles, plus persistantes ou même durables et rappellent celles des brûlures. On trouve de la rougeur et du gonflement de la peau par l'infiltration séreuse du derme. A un degré plus avancé, on observe souvent des vésicules, puis de la desquamation de l'épiderme. Sur les points couverts de poils, ceux-ci tombent, tandis que les ongles prennent les caractères de l'onychogryposis.

Chez un individu qui s'occupait beaucoup de radiographie les ongles étaient recourbés, arrondis transversalement et comme

soulevés dans leur ensemble; c'était l'aspect de l'état atrophique de la sclérodactylie.

En somme, les rayons Röntgen déterminent des lésions analogues à celles des brûlures, de l'eczéma chronique, de la sclérodermie.

M. Levy-Dorn a constaté que les rayons de Röntgen produisent souvent la pigmentation de la peau. Il incrimine plutôt les décharges électriques que les rayons Röntgen, dont l'action directe n'est guère à craindre.

M. Lassar est du même avis. Cependant il rapporte l'observation d'une femme qui présenta de la dermatite gangréneuse de l'abdomen à la suite d'une photographie faite dans un but de diagnostic gynécologique.

Hypertrophie congénitale de la moitié droite du corps.

M. Arnheim a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une petite fille offrant une hypertrophie congénitale du côté droit avec lésions rachitiques. Les viscères du côté droit étaient plus développés que ceux du côté gauche; l'oreillette et le ventricule droits participaient à cette hypertrophie; les bronches droites étaient plus volumineuses que les bronches gauches.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 Décembre 1897.

Myasthénie pseudo-paralytique.

M. Eulenburg a présenté un homme de 28 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, qui, après avoir été successivement atteint d'une ophtalmoplégie externe double avec ptosis et dilatation de la pupille gauche, d'une double parésie du nerf facial et d'une paralysie incomplète des muscles masticateurs et de ceux de la langue, ainsi que de ceux du voile du palais, fut pris ces derniers temps d'un affaiblissement de tous les muscles du corps. La sensibilité est indemne. Les réflexes sont normaux; on note seulement une légère diminution de l'excitabilité faradique.

Ce cas rappelle donc les faits signalés par Jolly, avec cette différence que l'ophthalmoplégie que présente le malade est une ophthalmoplégie intermittente.

Les frictions mercurielles n'ont amené aucun résultat durable. Le malade est traité par le repos et un régime tonique.

M. Bernhardt a observé un malade atteint de myasthénie pseudo-paralytique avec ophthalmoplégie intermittente qui succomba à un accès de suffocation.

Tuberculose pulmonaire et anévrysme de l'aorte.

M. A. Fränkel, qui soutient depuis longtemps qu'en cas de compression d'une bronche par la tumeur anévrysmale la stagnation des sécrétions bronchiques favorise la prolifération des bacilles dans la bronche comprimée apporte, un nouveau fait à l'appui de cette théorie.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, de constitution robuste, qui succomba à des hémoptysies ayant été précédées d'accès de toux et de points de côté.

L'autopsie montra un anévrysme de l'artère pulmonaire qui avait comprimé la branche principale de la bronche gauche; au-dessous du point comprimé, cette bronche se trouvait dilatée et le lobe supérieur du poumon correspondant était le siège d'une infiltration caséeuse d'origine récente.

Hydrocéphalie syphilitique.

M. Heller a communiqué l'observation d'un nourrisson qui, quelques mois après sa naissance, présenta un exanthème syphilitique qui guérit par un traitement spécifique. Un an après se développèrent chez lui tous les signes d'une hydrocéphalie chronique qui disparut complètement sous l'influence d'une nouvelle cure antisyphilitique. Ce qui montre bien que l'hydrocéphalie était dans ce cas d'origine spécifique, c'est que 5 ans plus tard cet enfant présenta une kératite interstitielle double et des gommes sous-périostées du tibia et de l'humérus qui cédèrent à leur tour au traitement spécifique.

Infection staphylococcique après un avortement.

M. A. Fränkel communique l'observation d'une femme de 23 ans, qui entra dans son service à la fin du mois de novembre. Elle présentait de la gangrène de plusieurs doigts et orteils, avec tous les symptômes d'une infection septique : on constata que cette femme avait récemment avorté et elle ne tarda pas à succomber.

L'examen bactériologique du sang décela la présence d'innombrables colonies de staphylocoques à l'état de pureté; il s'agissait donc d'une véritable staphylococcémie. A l'autopsie on trouva, en outre, une endocardite végétante d'origine récente.

ANGLETERRE

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 13 Décembre 1897.

Traitement opératoire des kystes du pancréas.

M. Alban Doran a communiqué l'observation d'une fille de 24 ans, dans les antécédents de laquelle on trouvait plusieurs attaques de mélancolie, qui est entrée à l'hôpital pour une tumeur du flanc gauche. Il y a 2 ans qu'elle avait constaté pour la première fois que son ventre augmentait de volume. Depuis 18 mois, elle éprouvait des douleurs spasmodiques dans son épigastre, accompagnées de nausées mais sans vomissements. Ces douleurs sont devenues depuis quelque temps plus fréquentes et plus intenses et revenaient tous les 3 ou 4 jours.

A l'examen, on constata l'existence d'une tumeur lisse, fluctuante, mobile, qui occupait le flanc gauche et s'étendait des fausses côtes à l'aine gauche et dépassait la ligne médiane de 2 pouces. Le toucher vaginal fit constater que cette tumeur n'était en connexion avec aucun des organes du petit bassin. L'état général est resté bon; il n'y avait rien dans les urines. Pas de fièvre. Les organes thoraciques et abdominaux paraissaient normaux. Les matières fécales avaient une consistance et un aspect anormaux.

Le diagnostic fait après l'examen de la malade était celui de tumeur probable du rein ou de kyste du méso-côlon transverse.

A l'ouverture de l'abdomen, on tomba tout d'abord sur l'estomac qui cachait la plus grande partie de la tumeur dont la portion inférieure était recouverte par le petit épiploon. Après incision de ce dernier, on a pu constater que la tumeur kystique était en connexion avec le côté gauche de la tête du pancréas. La tumeur une fois ponctionnée (ce qui permit de retirer 44 onces de liquide), la poche fut attirée au dehors, suturée à la paroi abdominale, incisée et drainée.

Le liquide évacué était inodore, graisseux, opaque, de couleur âcre et contenait une forte proportion d'albumine. La couche huileuse qui immergeait à sa surface était composé de graisse et de cristaux de cholestérine. Le précipité cristallin qui s'est déposé dans le liquide avait l'aspect de tyrosine, mais ne donnait pas la réaction de cette substance.

Les suites opératoires furent troublées au début par une tonsillite et une éruption d'urticaire accompagnées d'une élévation de la température à 100°6 F. Le liquide qui coulait par le drain devint bientôt clair et transparent, de moins en moins abondant, et la fistule finit par se fermer complètement 5 mois environ après l'opération.

MM. Rolleston et **Turner** communiquent l'observation d'un homme de 30 ans entré à l'hôpital pour des douleurs épigastriques dont il souffrait depuis 6 mois et un ictère datant de 3 mois. A l'examen, on trouvait dans l'abdomen une tumeur rénitente séparée du foie par une zone sonore. L'intensité et la coloration jaune de la peau et l'absence de toute trace

de bile dans les matières fécales fit penser que la tumeur était formée par la vésicule biliaire distendue. La laparotomie faite par M. Turner montra que la tumeur kystique était sans connexion avec le foie et qu'elle se trouvait dans le voisinage du pancréas. Sa ponction donna issue à 30 onces d'un liquide coloré en brun par la méthémoglobine et ne contenant pas de ferments pancréatiques ni de bile.

La poche de la tumeur fut suturée à la paroi abdominale et drainée. Le malade guérit rapidement. L'ictère qui disparut quelques jours après l'opération tenait probablement à la compression du cholédoque par la tumeur.

M. Malcolm a eu l'occasion d'intervenir dans un cas où l'on avait diagnostiqué une hydronéphrose. A l'opération, on trouva un kyste multiloculaire de la queue du pancréas. Son ablation donna lieu à une hémorrhagie abondante dont l'arrêt fut obtenu non sans difficulté. La plaie a pu pourtant être fermée complètement et on n'a pas eu besoin de recourir au drainage. Le malade guérit.

M. Havilland Hall communique un cas où au début il n'existait, en fait de symptômes, qu'une simple jaunisse si bien qu'on diagnostiqua un ictère catarrhal. Plus tard parut au niveau de la région épigastrique une tumeur qui fut incisée et reconnue pour un kyste du pancréas.

M. Battle rapporte l'observation d'un syphilitique qui, à un moment, présenta de l'ictère qu'on attribua à des gommes du foie. Le traitement antisyphilitique constitué à plusieurs reprises échoua. Quelque temps après, le malade présenta une tumeur du pancréas qui, au cours de l'opération, donna l'impression d'être tellement maligne que son ablation ne fut pas jugée utile. Le malade guérit de l'opération, et l'iodure de potassium qui, auparavant, n'avait eu aucun effet, amena une amélioration de tous les symptômes.

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 10 Décembre 1897.

Obstruction intestinale aiguë.

M. Pearce Gould a communiqué l'observation d'un homme de 43 ans entré à l'hôpital avec des symptômes d'obstruction intestinale et opéré au quatrième jour après le début des accidents. A l'ouverture de l'abdomen on trouva une anse de l'intestin tordue sur elle-même; elle fut détordue sans difficultés, et les gaz et les matières fécales accumulés au niveau de l'obstacle passèrent dans l'iléon et le cæcum. Le lendemain le malade eut une selle, mais 2 jours après le malade fut pris de vomissements, la température tomba au-dessous de la normale, une diarrhée profuse se déclara, des taches de purpura apparurent sur le corps et le malade succomba dans le coma, au neuvième jour après l'opération, malgré les injections intraveineuses de sérum artificiel.

D'après M. Gould, la mort aurait été amenée chez ce malade par une intoxication d'origine intestinale, comme semble l'indiquer l'indicanurie abondante qu'il a présentée pendant la vie.

M. Barker a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 56 ans qui présentait les symptômes d'obstruction intestinale provoquée par un cancer du coude gauche du côlon. L'opération ayant montré que l'ablation de la tumeur n'était pas possible, on pratiqua une entéro-anastomose au moyen du bouton de Murphy. Au deuxième jour la malade eut plusieurs vomissements biliaires, et, le cours des matières ne s'étant pas rétabli, elle succomba à intoxication d'origine intestinale après avoir présenté un érythème disséminé.

M. Langton cite le cas d'une femme à laquelle il a fait une colectomie pour symptômes d'obstruction intestinale chronique. Pendant 2 jours pendant lesquels le cours des matières ne s'est pas rétabli, la malade était dans un état comateux et n'émit qu'une très petite quantité d'urine contenant de l'albumine. Tous ces symptômes disparurent au troisième jour quand la malade eut enfin une selle abondante.

M. Colmann rapporte un cas d'obstruction intestinale avec symptômes d'excitation qui disparurent après une selle abondante amenée par un lavement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 10 Décembre 1897.

Iléus combiné.

M. Hochenegg rapporte sous ce titre quatre cas dans lesquels les symptômes d'iléus du côté de l'intestin grêle étaient combinés avec ceux du rétrécissement chronique du côté du gros intestin.

Dans le premier il s'agissait d'un homme que M. Hochenegg opéra pour symptômes d'un rétrécissement cancéreux du gros intestin. Au cours de l'opération on trouva dans la région iléocæcale une bride qui fut sectionnée. La plaie abdominale ne fut pas entièrement refermée; on y fixa l'anse intestinale la plus distendue. Comme les symptômes d'étranglement persistaient après l'intervention, on ouvrit avec le thermocautère l'anse intestinale fixée dans la plaie et bientôt tous les accidents disparurent, mais ils se manifestèrent de nouveau quand la fistule intestinale fut refermée. On pratiqua alors une seconde laparotomie, et on trouva l'intestin grêle fixé à l'ancienne cicatrice, rétréci et coudé. La résection de cette anse, suivie d'une suture circulaire des deux extrémités de l'intestin, amena la guérison; mais 8 mois après l'opéré présenta de nouveau des symptômes d'iléus plus graves que les précédents : on fit une troisième laparotomie qui permit de reconnaître l'existence d'un rétrécissement carcinomateux du côlon transverse. On réséqua le néoplasme et on sutura le côlon transverse au côlon descendant : le malade succomba 12 heures après.

Dans deux autres cas opérés par M. Hochenegg il s'agissait d'un cancer du côlon avec une hernie étranglée; dans le troisième, d'un cancer du côlon transverse coexistant avec une ectopie du testicule fixé dans l'angle compris entre le côlon ascendant et l'iléon.

Dans tous les cas, il existait donc, outre le rétrécissement carcinomateux du côlon, une autre cause d'obstruction de l'intestin grêle. C'est sur la coexistence des symptômes provoqués par les deux lésions que doit s'appuyer le diagnostic. Dans le traitement de l'iléus combiné, il faut d'abord faire disparaître l'obstruction de l'intestin grêle, puis établir une colostomie; dans une seconde séance, on pratique la résection de la tumeur carcinomateuse du gros intestin.

Glycosurie.

M. Kolisch a constaté que le sang des diabétiques, qui contient très peu de sucre, renferme, par contre, une grande quantité de jécorine, substance provenant du foie et découverte par Drechsel. Les urines des diabétiques ne contiennent pas de jécorine. Dans le sang normal on décèle également des traces de sucre et une quantité notable de jécorine, moindre cependant que chez le diabétique. C'est seulement dans la glycosurie alimentaire que le sang est riche en sucre, parce que cette substance y est sans cesse amenée par le tube digestif; cette variété de glycosurie est donc d'origine hyperglycémique. Dans le diabète phloridzinique, comme dans le diabète vrai, on trouve dans le sang peu de sucre et beaucoup de jécorine.

La jécorine n'existe pas à l'état libre dans le sang, mais elle y est combinée à l'albumine.

Tympanisme de l'utérus.

M. Lindenthal a communiqué 4 cas de tympanisme utérin dans lesquels il a trouvé, à côté des staphylocoques, des streptocoques et des colibacilles, un bacille anaérobie. Dans l'eau de l'amnios, ce bacille produit au bout de 12 heures la formation de gaz; inoculé dans l'utérus d'un cobaye gravide, il provoque un tympanisme typique. Placé dans les mêmes conditions, le bacterium coli ne produit pas de gaz; c'est seulement lorsqu'il y a du sucre dans l'eau de l'amnios que le colibacille peut donner lieu à un dégagement gazeux. Ainsi, chez un cobaye rendu diabétique par la phloridzine, l'introduction du bacterium coli détermine du tympanisme. Le bacille anaérobie isolé par M. Lindenthal appartient au groupe des bacilles de l'œdème malin. On le trouve aussi dans les cas de colpo-hyperplasie kystique.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 26 octobre 1897.

L'impuissance sexuelle et son traitement.

M. Laruelle. — Il y a souvent beaucoup à faire pour améliorer et même guérir les malheureux frappés d'impuissance sexuelle. Il faut d'abord reconnaître la cause de l'infirmité.

1° La cause peut être organique et dépendre soit d'une difformité ou de certaines affections de la verge, soit de malformations voisines (obésité, hernies, hydrocèle, etc.) qui empêchent l'accomplissement des rapports. Dans ces cas, l'éjaculation peut s'accomplir, mais le coït et quelquefois l'érection sont impossibles.

2° Une seconde cause relève de l'ordre psychique. On rencontre souvent chez des neurasthéniques une impuissance due à une excitation des nerfs inhibitifs de l'érection provoquée par la crainte de ne pouvoir mener à bien l'acte sexuel.

Le cas se rencontre chez de vieux célibataires convolant tardivement en justes noces, chez des onaniques, chez d'anciens blennorrhagiques ayant souffert de prostatite, d'épididymite, etc. Chez ces malades, il y a fréquemment éjaculation prématurée de sperme. Il est impossible de détailler toutes les variétés d'aspects que peut présenter cette espèce d'impuissance. Il convient cependant de citer comme exemple les cas d'individus chez lesquels certaines femmes déterminées parviennent à éveiller l'appétit sexuel; ce sont généralement des tempéraments délicats : artistes, hommes de lettres, savants, etc.

3° Une troisième catégorie d'impuissants comprend les cas beaucoup plus rebelles où il y a paralysie complète des nerfs érecteurs.

Le traitement doit nécessairement varier avec la cause. Quand il s'agit de malformations ou d'affections de la verge, il faut tâcher, par un traitement médicamenteux ou chirurgical approprié, de rendre à l'organe une possibilité de fonctionnement normal.

Quand la cause de l'impuissance est de nature psychique, il faut avant tout s'occuper de l'état général du sujet et s'efforcer de relever son moral. Les excitants et les toniques (noix vomique, strychnine, quinine, fer, etc.) ne doivent pas faire espérer grand'chose, mais il faut, par un traitement local, arriver à amener des érections qui combattront par leur survenue la dépression du patient et lui rendront le courage qui l'abandonne. A cet effet, plusieurs manœuvres doivent être tentées : le maintien dans l'urèthre d'une sonde pendant 10 à 20 minutes, remplacée dans certains cas par un cathéter à double courant (sonde réfrigérante) dans lequel on fera passer un courant d'eau à la température de 12° à 17°, ou bien, quand l'eau froide est mal supportée, un courant d'eau chaude; la même réfrigération par courant continu d'eau froide sur les bourses, ou encore le cathéter à double courant placé dans le rectum (surtout chez les prostatiques) amèneront généralement l'érection. On peut encore recourir dans le même but à des applications sur la muqueuse de l'urèthre de suppositoires à l'ichtyol, au tannin ou autres astringents; employer des lavages au permanganate ou se servir d'instillations au nitrate d'argent.

Enfin, dans les cas d'impuissance paralytique, les chances de succès sont beaucoup moindres. Il conviendra cependant de s'adresser aux manœuvres hydrothérapiques décrites plus haut et à l'électrisation du périnée.

Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde.

M. Brasseur rappelle l'évolution d'un cas dont les débuts avaient fait supposer l'existence d'une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic, pratiqué par M. Pechère, avait donné une réaction positive, et cependant la marche ultérieure de la maladie, de même que les constatations faites à l'autopsie, controuvèrent le diagnostic de dothiénentérie.

M. Pechère. — Cette observation pèche par l'absence de toute recherche bactériologique. Il fallait, pour infirmer l'existence d'une fièvre typhoïde, démontrer que les organes du sujet ne renfermaient pas de bacille d'Eberth. Ce cas peut être rapproché d'une observation relatée par Pick. Il s'agissait d'une broncho-pneumonie au cours de laquelle le séro-diagnostic s'était montré positif. L'examen pratiqué *post mortem* démontra l'absence des lésions macroscopiques spécifiques de la fièvre typhoïde; on trouva dans les organes le bacille d'Eberth qui, injecté à des cobayes, détermina une infection typhique manifeste, avec réaction séro-diagnostique positive.

La fièvre typhoïde peut évoluer de façons très diverses, et pour affirmer que la méthode de Widal est défectueuse, il faudra fournir des preuves plus sérieuses que celles que l'on a invoquées jusqu'ici.

M. Brasseur se place au point de vue du praticien : en présence d'un cas douteux, le séro-diagnostic peut-il renseigner si le malade est *actuellement* en puissance d'infection typhique?

M. Pechère. — Il faut avoir soin de ne pas demander actuellement au séro-diagnostic plus qu'il ne peut donner : vous savez que la réaction peut être très tardive et d'autre part se prolonger longtemps après la maladie (jusque 11 ans). Aussi faut-il rechercher soigneusement les antécédents du malade pour savoir s'il y a lieu de rejeter, en cas d'agglutination, l'hypothèse d'un typhus antérieur.

M. Brasseur. — Cette anamnèse est souvent fort difficile, et Widal lui-même le reconnaît.

M. Pechère. — En effet, Widal recommande de rechercher attentivement s'il n'y a pas eu d'infections gastriques ou intestinales, même quand ces affections n'ont que sommairement attiré l'attention du malade.

M. Dubois-Havenith. — A-t-on fréquemment recherché si d'autres maladies ne donnaient pas la même réaction?

M. Pechère. — Les statistiques sont nombreuses qui affirment la spécificité du séro-diagnostic, et le cas de M. Brasseur constitue à ma connaissance, le sixième où l'évolution de la maladie ait fait douter du bien fondé du diagnostic. Encore convient-il d'ajouter que ces quelques observations sont entachées d'erreurs ou d'omissions qui en compromettent la valeur.

Un seul cas, récemment relaté par Widal lui-même et bien étudié, a démontré que très exceptionnellement la séro-agglutination peut manquer chez un typhique.

M. Laruelle. — Les cas où l'on a mis en doute la valeur du séro-diagnostic sont, je crois, surtout des cas d'infections par *coli commune*. Ne devrait-on pas voir dans cette constatation une preuve de l'identité des deux bacilles, qui ne différeraient que par la variation de leur virulence?

M. Pechère. — On a retrouvé une pseudo-agglutination non seulement dans des cas d'infection par *coli commune*, mais aussi chez des malades atteints d'affections diverses, telles que méningites, broncho-pneumonies, etc. Mais il importe de remarquer que dans ces cas le phénomène ne se produit pas dans les limites qui permettent de conclure à l'existence de la fièvre typhoïde.

D'ailleurs, les études entreprises par Funck et confirmées depuis à l'étranger par Gruber et Durham. Pfeiffer et Kolle, ont prouvé nettement la spécificité du bacille d'Eberth : la séro-réaction ne se produit pas en présence de ce bacille quand on lui associe du sérum d'animal infecté par le *coli*. La réciproque est vraie et je considère la recherche de la séro-agglutination au sein des cultures douteuses comme le meilleur procédé actuellement connu de diagnostic différentiel.

M. Keiffer. — Quelle est l'opinion de M. Pechère au sujet de la séro-agglutination sur les différentes races de bacille d'Eberth?

M. Pechère. — Il y a certainement des échantillons de bacille typhique qui sont plus favorables à la production du phénomène. Mais ces variations sont si peu importantes qu'on peut n'en point tenir compte dans la pratique. Il est bon de savoir qu'elles existent, car, dans les cas douteux, ce renseignement peut avoir de la valeur, surtout quand il s'agit de l'évaluation du pouvoir agglutinatif.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — Les bronchites pseudo-membraneuses (p. 1225).

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher (p. 1130).

REVUE DES THÈSES. — *Thèses de Faculté de Paris :* Torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (p. 1231). — Pneumotomie dans les abcès aigus du poumon.— Hydrophthalmie et glaucome infantile.— Résultats éloignés des amputations de cuisse et de jambe.— Fistules dentaires et d'origine dentaire. — Gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées (p. 1232). — La peste. Etude étiologique, bactériologique, prophylactique. — Erosions hémorrhagiques de l'estomac (p. 1233).

REVUE DES JOURNAUX. — *Neuropathologie :* Dysphagie et dysarthrie par lésion du genou de la capsule interne.— Céphalalgie avec hallucination de la vue (p. 1233). — *Médecine :* Microorganismes dans le cerveau et la moelle épinière. — Cholangite et cholécystite infectieuse dans la lithiase biliaire. — *Chirurgie :* Pneumotomie pour caverne tuberculeuse du sommet. — Implantation d'un uretère dans la vessie (p. 1234).

MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement de la neurasthénie (p. 1234).— Régime alimentaire dans le catarrhe chronique de l'intestin.— Quinine (p. 1235).

REVUE GÉNÉRALE

Les bronchites pseudo-membraneuses,

Par JEAN LÉPINE,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Le terme de bronchite pseudo-membraneuse s'applique à un certain nombre d'états pathologiques, caractérisés d'une manière générale par la présence dans les bronches d'un exsudat fibrineux reproduisant le moule de leur cavité.

Mais de tels exsudats peuvent se rencontrer au cours d'affections de nature très différente : ils peuvent ne donner lieu qu'à des symptômes accessoires dans l'évolution générale de la maladie, ou bien aussi constituer à eux seuls tout le processus morbide. Il faut donc renoncer à les réunir dans une description unique, et s'appliquer seulement à mettre en lumière les diverses circonstances étiologiques dont ils relèvent et les principales modalités cliniques sous lesquelles ils se présentent.

Il n'y aurait qu'un médiocre intérêt à faire un historique d'ensemble des bronchites pseudo-membraneuses, et à reproduire artificiellement la confusion extrême où les auteurs sont longtemps restés. Il convient seulement de rappeler très rapidement les différentes étapes par lesquelles a passé la connaissance de ces affections.

Dès les premiers âges de la médecine, on avait décrit des polypes des bronches, mais ces observations sommaires restèrent isolées, et naturellement mal interprétées.

Vers la fin du XVII[e] siècle parut un travail assez complet de Clarke (1), surtout utile à consulter pour l'historique de la forme chronique. Survenant après quelques observations très imparfaites, il eut pour effet d'attirer l'attention des médecins sur les cas qu'ils rencontraient et de provoquer d'assez nombreuses publications. La période qui va depuis Clarke jusqu'à ces dernières années a été pour les bronchites pseudo-membraneuses le début de ce que l'on pourrait appeler leur existence officielle.

Peu à peu, parmi les faits épars, les premières tentatives de classification apparurent pour aboutir à la constitution de quelques types, assez mal délimités du reste.

La rareté relative des observations et l'absence de point de départ scientifique ne permettaient guère plus; aussi, lorsque les recherches bactériologiques se sont généralisées, s'est-on efforcé d'établir avec elles une division définitive des bronchites pseudo-membraneuses. La période contemporaine correspond à ces tentatives, elles ont rendu de grands services en permettant de fixer des limites assez exactes aux types déjà créés, mais on doit constater aussi leur impuissance, dans l'état actuel de la science, à rendre compte de tous les faits.

Dans ce siècle, les travaux les plus importants au point de vue de l'étude générale des concrétions fibrineuses des bronches sont, avec ceux de Rokitansky, ceux de Thierfelder et de Peacock en 1854, du professeur Laboulbène en 1861, de Lebert en 1869, et de Biermer en 1871. D'autres se rattachent à une forme seulement, il en sera fait mention à leur place. Enfin, pour la période la plus récente, celle des très nombreuses recherches microbiologiques, il est assez difficile de citer des noms; on retiendra celui de M. P. Claisse, qui reste attaché à l'étude des infections bronchiques, et celui de M. A.-B. Marfan (1), dont le très remarquable article sera consulté avec le plus grand profit.

ÉTIOLOGIE. — A mesure que de nouvelles observations paraissent, il semble que l'étiologie devienne plus compliquée, et il n'est guère aujourd'hui de circonstances qui, pour quelques cas isolés tout au moins, n'aient été invoquées.

On peut les ramener à cinq groupes comprenant :

1° Un certain nombre de maladies infectieuses. Avant la bactériologie, la clinique en avait fait distinguer deux : la diphthérie et la pneumonie. Ce sont en effet de beaucoup les plus importantes, par leur fréquence, et peut-être aussi par leur gravité. A côté d'elles on a signalé des cas de bronchite pseudo-membraneuse dans la rougeole, la scarlatine, la variole, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la tuberculose et la grippe.

2° Le deuxième groupe est mal connu, et ne se rapporte vraisemblablement qu'à un petit nombre de cas. Il comprend des maladies du cœur ou du poumon, non infectieuses, comme l'emphysème.

3° Quelques auteurs ont observé des bronchites à pseudo-membranes chez des individus sains, mais exposés à des poussières abondantes ou des vapeurs, comme certains ouvriers d'usine.

4° Quelques intoxications, parmi lesquelles l'iodisme est à peu près la seule dont l'observation ne soit pas douteuse (2).

5° Enfin il restera un dernier groupe, assez vaste encore malheureusement, où se placeront tous les cas pour lesquels aucune cause n'a été proposée.

La plupart sans doute de ces bronchites pseudo-membraneuses dites idiopathiques reconnaissent pour

1. *Philosophical Transactions*, Londres, 1697.

1. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. IV, 1893, p. 337.
2. FRITSCHKE, *Schmidt's Jahrbuch*, Band CCXXXVII, 1893, p. 219.

cause déterminante une infection, mais celle-ci est souvent difficile à prouver, l'examen bactériologique donnant parfois des résultats douteux.

La flore bactérienne des moules bronchiques est en effet assez riche. On a mis en évidence, outre le bacille de Klebs-Löffler et le pneumocoque de Talamon-Fränkel, le pneumo-bacille encapsulé de Friedländer, et la foule banale des microbes de tout genre, hôtes accoutumés des voies respiratoires supérieures.

Si l'on ajoute que l'étude clinique d'un grand nombre des cas qui viennent d'être signalés repose sur des observations rares et souvent incomplètes, que l'on ne peut, à l'heure actuelle, savoir, sauf exception, à quels symptômes exacts correspond l'une de ces étiologies donnée, il sera facile de comprendre qu'il faut chercher ailleurs la classification des différentes formes de ces affections.

Formes cliniques et symptomatologie. — Quelques types sont mieux connus, et peuvent constituer des entités morbides, au moins provisoires. Deux d'entre eux correspondent à une étiologie unique, ce sont les bronchites pseudo-membraneuses diphthérique et pneumonique. Tous les autres cas seront ramenés à deux types cliniques : bronchites pseudo-membraneuse de causes diverses, aiguës ou chroniques.

I. Bronchite pseudo-membraneuse diphthérique. — La bronchite pseudo-membraneuse n'est pas une complication extrêmement rare de la diphthérie, et un assez grand nombre d'auteurs en ont pu rapporter des observations.

Mais elle doit surtout son histoire à Bretonneau, qui la signala, à Peter (1) et à Millard (2) qui en firent une étude complète, et avant eux à Trousseau dont la description saisissante est restée classique (3).

Un petit garçon de trois ans et demi, raconte Trousseau, fut amené à l'hôpital de la rue de Sèvres, présentant tous les symptômes rationnels du croup.

La dyspnée était extrême, le pouls à 120; pas de fausses membranes dans la gorge, mais un mucus épais et grisâtre obstruait les fosses nasales.

Pas de ganglions sous-maxillaires, ce qui s'expliquait par l'absence de lésions dans le pharynx. Rhonchus sonores dans les deux poumons. Des vomitifs n'eurent aucun effet, et l'asphyxie augmenta progressivement jusqu'à la mort, qui survint 48 heures après l'entrée.

A l'autopsie, on trouva l'arbre respiratoire doublé de fausses membranes épaisses, depuis le larynx jusqu'aux premières ramifications bronchiques; au-dessous, les bronches étaient remplies d'un mucus épais.

Dans cette observation, Trousseau avait noté l'intégrité absolue du pharynx. Ce fait est rare dans la bronchite pseudo-membraneuse de la diphthérie, qui est, dans la majorité des cas, consécutive au croup, avec accompagnement fréquent de coryza diphthérique (4).

La bronchite pseudo-membraneuse de la diphthérie est en général précoce, elle peut exister dès le 2e jour du croup; c'est une suite relativement fréquente de la trachéotomie. Si elle est limitée à la trachée et aux grosses bronches, elle peut guérir sans trop d'encombre, mais si elle s'étend aux fines ramifications bronchiques, la mort est inévitable, quel que soit le degré de l'infection diphthérique.

1. *Gaz. méd. de Paris*, 1863, p. 498.
2. *Du croup* (thèse de Paris), 1858.
3. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, t. I, 1865, p. 346.
4. Sanné, *Traité de la diphthérie*, Paris, 1877.

Aussi une telle forme jouit-elle d'une réputation particulièrement terrible; Peter l'accusait de causer la moitié des morts dans la diphthérie.

Pourtant on l'a vue revêtir des allures plus bénignes; traînant deux ou trois semaines, puis disparaissant après que le malade a expectoré quelques paquets de fausses membranes ramifiées.

Les signes physiques sont presque nuls, la respiration est gênée, le murmure vésiculaire est obscur, ou même absent, mais la sonorité est normale. Quelquefois on a pu entendre un bruit de drapeau ou de soupape, accompagnant le décollement des fausses membranes.

Mais le seul signe certain, de même que dans toutes les bronchites pseudo-membraneuses, consiste dans le rejet par la toux d'un tube blanchâtre et ramifié. Ces tubes sont creux; examinés sur le cadavre, ils se détachent plus facilement que les fausses membranes des régions sus-glottiques. Quelquefois ils sont striés de rouge, et leur coloration peut aller jusqu'au noir. A la coupe, on distingue assez nettement qu'ils sont formés de couches concentriques.

Le microscope fait constater la présence d'un exsudat composé de fibrine disposée en réseau, dans lequel on trouve des leucocytes, des globules rouges ou des cellules épithéliales altérées. La muqueuse sous-jacente présente les lésions inflammatoires banales que l'on rencontre au-dessous des fausses membranes diphthériques.

En colorant par le bleu de Löffler ou de Roux, on peut voir des bacilles diphthériques caractéristiques (extrémités très arrondies, espace clair au centre, quelquefois formes involutives en massue, en poire, etc.). Le plus souvent, ils sont associés soit à des cocci isolés, des bacilles ou des spirilles de la bouche, soit surtout au streptocoque.

Quelquefois on se trouve, à l'ouverture du cadavre, en présence de fausses membranes atypiques, disposées en îlots blanchâtres plus ou moins mamelonnés, rappelant un peu l'éruption de la suette (suette de diphthérie de Peter). Le même auteur a donné le nom de diphthérie coulante à la désintégration de ces fausses membranes par la putréfaction cadavérique.

Enfin, M. Marfan fait remarquer avec beaucoup de raison qu'il faut se garder de confondre la bronchite pseudo-membraneuse diphthérique, propagée aux plus fines ramifications bronchiques, avec la broncho-pneumonie de la diphthérie, qui présente des lésions toutes différentes, et dont la nature est encore controversée.

Quant à l'origine de ces fausses membranes, s'agit-il d'une simple propagation de la diphthérie du pharynx à la trachée, ou peut-il y avoir une bronchite pseudo-membraneuse diphthérique primitive? Le cas de Trousseau ne s'accompagnait pas de diphthérie pharyngée, mais il y avait quelques exsudations nasales. Il en est d'autres plus instructifs, parmi lesquels celui-ci, rapporté par Edgren (1).

Il s'agit d'un homme de 24 ans, de bonne santé antérieure, qui fut amené à l'hôpital en proie à une dyspnée extrême. Les amygdales et les cordes vocales étaient rouges, mais sans fausses membranes. Une injection sous-cutanée de 1 centigramme d'apomorphine provoqua l'expulsion d'un moule creux pseudo-membraneux reproduisant la forme d'un arbre bronchique.

Le lendemain, le malade mourut. A l'autopsie, on trouva une broncho-pneumonie récente, puis dans les

1. *Svenska Läkaresällsk. Handl.*, p. 169; *Hygiea*, 1892, et *Centralb. f. klin. Med.*, 1893, p. 662.

bronches des moules fibrineux qui semblaient de plus en plus récents à mesure que l'on allait vers la trachée, où ils n'étaient plus constitués que par une seule couche de fausse membrane, remontant en haut jusqu'au larynx. L'examen bactériologique permit de retrouver des bacilles de Löffler en abondance. L'auteur pense qu'il s'agit d'une bronchite diphthérique primitive, mais, en raison du petit nombre des observations, la question ne saurait être tranchée (1).

II. Bronchite pseudo-membraneuse a pneumocoques. — La bronchite pseudo-membraneuse a été signalée dans la pneumonie par Nonat, en 1837, et Remak en 1845, mais elle a été surtout l'objet de travaux remarquables du professeur Grancher, qui l'a individualisée sous le nom de pneumonie massive.

La pneumonie massive débute comme une pneumonie ordinaire; dans les deux premiers jours de la maladie, aucun signe ne peut mettre sur sa trace. Puis, assez brusquement, survient une dyspnée le plus souvent considérable. Le malade, en proie à une anxiété extrême, peut, dans cet état, succomber à l'asphyxie progressivement croissante. Mais le plus souvent, dans un effort suprême, l'expectoration, jusque-là très diminuée ou suspendue, se rétablit, et l'on trouve dans le crachoir un moule bronchique fibrineux. Si la partie expectorée correspondait à une large oblitération des bronches, la respiration peut se faire pendant quelque temps tout au moins avec une liberté relative, mais le plus souvent la mort ne tarde pas à survenir.

Pendant ce temps, les signes physiques présentent avec ceux de la pneumonie des différences notables. La matité est devenue absolue, sans élasticité sous le doigt, les vibrations vocales sont supprimées, et aucun bruit respiratoire, normal ou pathologique, ne peut être perçu dans l'étendue du poumon où se distribue la bronche oblitérée. La pneumonie a pris une allure de pleurésie à grand épanchement (2). Si l'oblitération avait cessé à un moment donné, par l'expectoration du bouchon fibrineux, on aurait vu reparaître les signes classiques de la pneumonie franche.

Les moules bronchiques de la pneumonie massive sont de volume très variable; on a pu trouver à l'autopsie un arbre fibrineux complet, allant jusqu'aux fines ramifications bronchiques.

Ils sont blanchâtres parfois, mais plus souvent jaune ambré; ils ne sont pas canaliculés, mais, de place en place, creusés de petites cavités contenant de l'air. Leur adhérence à la muqueuse est moindre encore que celle des moules diphthériques. L'épithélium bronchique est parfois absolument normal, et reste fixé à la paroi lorsqu'on en détache les exsudats. Le microscope ne présente dans leur structure que de la fibrine et des leucocytes. Les couleurs d'aniline permettent de mettre facilement en évidence, soit à l'état de pureté, soit mêlé à d'autres microorganismes, le diplocoque de Talamon-Fränkel en grains lancéolés dont les extrémités pointues se regardent.

En général, et comme dans tous les exsudats, les pneumocoques sont disposés en longues chaînettes, droites ou courbées à angle obtus.

Telle est la bronchite pseudo-membraneuse de la pneumonie, mais le pneumocoque peut être rencontré à l'état de pureté dans un certain nombre de moules bronchiques, en l'absence de toute pneumonie.

Le professeur Jaccoud a cité l'observation d'un tuberculeux atteint de bronchite pseudo-membraneuse dans la période ultime de la maladie; dans l'exsudat, on ne put trouver que le pneumocoque (1).

MM. Landrieux et Triboulet ont rapporté récemment un cas également remarquable. Une femme de 74 ans fut prise brusquement (2), au cours d'une bonne santé, d'accès de suffocation, accompagnés de quintes de toux très fréquentes et très pénibles. Pendant ces quintes, la malade expectorait des mucosités filantes et ambrées. Nulle part on ne put trouver de foyers de râles fins pouvant faire songer à une pneumonie. En donnant des vomitifs, on parvint à faire rendre des cylindres ramifiés, caractéristiques.

L'examen microscopique ne fit rien remarquer au point de vue histologique. Bactériologiquement, on rencontrait, dans les parties les plus périphériques des coupes, des espèces microbiennes variées; au centre, le pneumocoque seul (3).

III. Bronchites fibrineuses aigues idiopathiques. — Des cas comme le précédent serviront de transition entre la bronchite pseudo-membraneuse aiguë de la pneumonie et toutes celles dont on ne connaît pas la cause à l'heure actuelle et dont la marche clinique est aiguë.

Cependant, un trait commun à la plupart de ces observations, qu'elles se rapportent à une infection avérée comme la dothiénentérie, ou que l'origine en soit vraiment obscure, est l'extrême rapidité de l'évolution. Plusieurs cas ont été mortels en cinq jours, parmi lesquels celui de Barron (4).

Une femme de 34 ans, 3 jours après un refroidissement, fut prise d'une dyspnée extrême. Le pouls était à 130, faible et régulier, le corps était baigné de sueur. Il y avait une sensation pénible très manifeste lorsqu'on appuyait sur le larynx ou la trachée, et de la douleur à la poignée du sternum, s'irradiant à une petite distance, de chaque côté de la ligne médiane. A l'auscultation de la trachée, on avait un bruit de va-et-vient semblable à celui qu'aurait pu produire un clapet ouvrant et fermant successivement la trachée. Aux poumons, le son de percussion était normal; on entendait aux bases des sibilances assez rares. Pendant 2 jours, l'état général empira, sans qu'il y eût de modifications appréciables dans les signes locaux. L'oppression alla croissant, la malade expectora à plusieurs reprises des fragments de moules bronchiques, puis elle mourut. L'autopsie dut être limitée aux voies respiratoires supérieures. Barron put détacher dix moules trachéaux et bronchiques, qui étaient très peu adhérents, et qui étaient canaliculés. L'examen microscopique ne donna aucun renseignement important, l'examen bactériologique ne fut naturellement pas fait (1881).

Dans le cas précédent, les symptômes dus à l'état des bronches ont seuls occupé la scène, mais le plus souvent ils sont surajoutés aux signes d'une affection primitive dont la bronchite pseudo-membraneuse n'est qu'une complication. Parmi les plus remarquables, on peut citer les observations de Jäger (5) où les exsudats bronchi-

1. Voir pour la bronchite diphthérique : Möller, *Virchow's Jahresber.*, 1884, II, p. 150.
2. De tels cas ont été décrits sous le nom de pneumonie pseudo-pleurétique par le professeur Lépine.

1. *Cliniques de la Pitié*, t. II, 1885.
2. *Journal des Praticiens*, 15 février 1896.
3. Pour la bronchite pneumococcique, voir Boulay, thèse de Paris, 1891; — Fedoroff, *Gazette des hôpitaux*, 1894.
4. *The Lancet*, 26 novembre 1881, p. 905.
5. *Centrabl. für klinische Medicin*, 1882.

ques apparurent au cours d'une rougeole, d'Eisenlohr (1) et de Mazzotti (2) qui se rapportent toutes deux à des fièvres typhoïdes absolument classiques, dans le second septénaire desquelles se produisit subitement une bronchite pseudo-membraneuse guérie dans le cas d'Eisenlohr, suivie de mort dans celui de Mazzotti.

Les accidents peuvent avoir un débnt extrêmement brusque, comme dans le cas de Picchini (3) où ils suivirent l'inhalation de gaz d'une fosse d'aisances.

Enfin, lorsqu'ils surviennent au cours d'une tuberculose confirmée, ils entraînent en général la mort du malade avec une extrême rapidité (4).

IV. Bronchite pseudo-membraneuse chronique. — La dernière forme de bronchite pseudo-membraneuse est la forme chronique. C'est elle qui a donné lieu au plus grand nombre de travaux, et qui, en raison des inconnues qu'elle renferme encore, a le plus excité l'attention des médecins et des anatomo-pathologistes.

Les noms déjà cités à propos des considérations générales du début seraient ici tout aussi bien à leur place. Il convient d'y ajouter ceux de quelques auteurs récents, parmi lesquels M. P. Lucas-Championnière, dont la thèse remarquable est justement restée classique (5), MM. Dejean (6), Magniaux (7), dont la thèse contient une bibliographie assez complète, et M. P. Claisse (8), D'une manière générale, c'est une affection de l'âge adulte et même de la vieillesse, apparaissant dans l'immense majorité des cas au cours d'une affection pulmonaire déjà de longue durée, tuberculose, emphysème, ou bronchite chronique simple. Un cas récemment publié par M. Huchard (9) et par M. P. Claisse (10) peut servir d'exemple :

Il s'agit d'une femme de 49 ans, atteinte à l'âge de 10 ans d'une affection pulmonaire aiguë, qualifiée fluxion de poitrine, à la suite de laquelle elle expectora jusqu'à l'âge de 20 ans des masses polypeuses d'un blanc laiteux reproduisant le moule de l'arbre bronchique. De 20 à 45 ans, disparition des exsudats dans les crachats, la malade jouit d'une bonne santé, interrompue seulement de temps à autre par des poussées de bronchite. A 45 ans, l'expectoration spéciale reparut, très irrégutière; tantôt la malade, après une période de dyspnée fort accusée, rendait un paquet de moules bronchiques et se trouvait soulagée pour quelques jours : tantôt, pendant plusieurs semaines, elle rendait régulièrement la même quantité de crachats.

Il y a toujours eu un ensemble symptomatique spécial se rattachant à la production très abondante des moules bronchiques. Pendant le séjour de ces membranes dans les voies aériennes, obscurité, silence respiratoire dans les régions du poumon oblitérées. Quelques râles sibilants. Par moments survenait une dyspnée très marquée, surtout la nuit, et s'accompagnant de quintes de toux qui provoquaient l'expulsion des fausses membranes. Cette expulsion pouvait être quelquefois douloureuse, et même s'accompagner d'hémoptysie. Lorsque l'obstacle était levé, la respiration reprenait et la malade éprouvait un grand soulagement.

La santé était restée bonne. Intégrité complète de toutes les autres fonctions; à plusieurs reprises, on a constaté quelques poussées fébriles.

L'examen des moules bronchiques expectorés a été fait par M. P. Claisse avec grand soin. Dans le crachoir, ils se présentaient d'une manière un peu différente suivant qu'il s'agissait de moules de grosses bronches, aisément reconnaissables, ou d'exsudats provenant des bronchioles, auquel cas ils étaient agglutinés entre eux sous forme de petites masses blanchâtres, dont on pouvait facilement mettre en évidence la disposition arborescente en les agitant dans l'eau.

Les coupes montraient que la pseudo-membrane était formée, comme celles des autres types de bronchite fibrineuse, d'un stroma réticulé contenant dans ses mailles des cellules. Ce stroma présentait les mêmes caractères cliniques que la fibrine coagulée (1).

Les cellules étaient très nombreuses, presque toutes très altérées; néanmoins, on pouvait reconnaître par places des cellules cylindriques à plateau ayant encore l'aspect de l'épithélium bronchique. Il semblait que la lésion résultât surtout d'une chute de l'épithélium.

Les microbes existaient dans les coupes en abondance, assez mélangés à la périphérie, mais au centre on rencontrait des streptocoques à l'état de pureté. Des cultures en milieux différents donnèrent les mêmes résultats, aussi M. Claisse pense-t-il que son cas peut être défini : bronchite fibrineuse desquamative streptococcique.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Elle présente d'abord un exemple, non pas d'une durée exceptionnelle de la maladie, mais d'un intervalle inusité entre deux atteintes, puisque de 20 à 45 ans, les moules bronchiques ont disparu de l'expectoration (2).

Elle montre que la bronchite pseudo-membraneuse chronique peut être un accident purement local, coexistant avec une santé parfaite; accident grave cependant, puisqu'il entraîne une dypsnée presque constante, avec des paroxysmes extrêmement pénibles, sinon inquiétants pour la vie du malade. Elle conduit, à propos de la nature histologique des exsudats, à cette conclusion qu'ils sont parfois identiques à ceux des bronchites pseudo-membraneuses aiguës; ce qui diffère de l'opinion du professeur Grancher qui pense, pour celles qu'il a examinées, qu'il ne s'agit pas de moules fibrineux, comme dans la diphthérie, comme dans l'observation de M. Claisse, mais de mucus concret et d'albumine coagulée (pseudo-membranes muco-albumineuses).

Elle soulève enfin la question de savoir si la bronchite pseudo-membraneuse est une maladie infectieuse, douée d'un agent pathogène spécifique, comme le streptocoque que l'auteur a isolé presque à l'état de pureté. Mais ce dernier point doit être réservé pour l'instant, il trouvera sa place à propos de la pathogénie.

1. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1876, p. 446.
2. *Boll. delle scienze med. di Bologna*, 14 juin 1884.
3. *Archives italiennes de clinique médicale*, avril 1889.
4. *Cliniques de Jaccoud, loc. cit.*; — Letellier, thèse de Bordeaux, 1887; — Regard, thèse de Berne, 1887; — Renon et Bernard, *Journal de médecine de Bordeaux*, 5 avril 1896 (tuberculose).
5. Thèse de Paris, 1896, n° 53.
6. Thèse de Paris, décembre 1892.
7. Thèse de Paris, 1895, n° 166.
8. *Société de biologie*, 28 mars 1896; *Presse médicale*, 1896, p. 229.
9. *Journal des Praticiens*, 1895, p. 117.
10. *Loc. cit.*

1. Se rétracte dans l'alcool à 90°; se gonfle et se dissout partiellement dans les solutions de sels neutres (azotate de soude, chlorure de sodium); la partie dissoute se recoagule vers 72°. L'acide chlorhydrique à 1 p. 1 000 la gonfle et la dissout en grande partie, elle décompose l'eau oxygénée.

2. M. Caussade a publié (*Soc. anatomique*, 1889) un cas dans lequel l'affection a également présenté plusieurs étapes successives. La première a eu lieu à l'âge de 7 ans, la deuxième à 16 ans, la troisième à 20 ans. Il s'agissait de moules fibrineux dans lesquels on ne put découvrir de microorganismes.

Kisch a signalé un cas datant de 25 ans (*Wiener med. Presse*, 1889, n° 33).

Ce qu'il convient seulement de faire remarquer, c'est que le tableau de ces accès de dyspnée que l'on remarque dans l'observation de M. Claisse se retrouve dans la plupart de celles qui ont été publiées, c'est là ce qu'il y a de caractéristique dans la marche de l'affection.

Quelquefois ces accès surviennent sans cause apparente, à intervalles plus ou moins réguliers : c'était le cas dans l'observation déjà citée; ou bien ils n'apparaissent qu'à la suite d'une occasion exceptionnelle, comme un refroidissement ou le séjour à l'humidité, par exemple.

Quant aux moules bronchiques, ils sont le plus souvent pleins et sans lumière centrale, sauf au niveau des grosses bronches. Quelquefois ils ne sont ni fibrineux, ni muco-albumineux, mais paraissent infiltrés d'une notable quantité de graisse. Model (1), qui a observé un cas de ce genre, pense s'être trouvé en présence d'une véritable chylorrhée bronchique, mais les preuves manquent à cette manière de voir.

On a signalé dans les exsudats la présence de cristaux de Charcot-Leyden et de cellules éosinophiles d'Ehrlich.

Enfin, la maladie n'a pas toujours évolué d'une manière simple, ne présentant que les symptômes locaux de l'oblitération bronchique, accompagnés parfois de ceux d'une affection pulmonaire primitive en voie d'évolution. On a noté des complications soit pulmonaires (pneumonie, tuberculose), soit consistant en poussées fébriles (la malade de M. Claisse en est un exemple), soit hydropiques (albuminurie, anasarque, œdèmes localisés), soit troubles cutanés (zona, impétigo) (2).

Cependant, étant donné que ce qu'on est convenu de nommer l'arthritisme se rencontre très fréquemment dans les antécédents des malades atteints de bronchite pseudo-membraneuse, il est permis de se demander si ces manifestations cutanées, notées par certains auteurs comme des complications de la bronchite, ne sont pas simplement des signes de la diathèse primitive méconnue (3).

Pathogénie. — L'étude des formes cliniques des bronchites pseudo-membraneuses terminée, on reste en présence de toutes les difficultés qu'ont éprouvées les auteurs en essayant de classer les faits et de les interpréter.

La pathogénie de ces affections ne saurait en effet être solidement établie sur les renseignements, très sommaires dans la plupart des cas, que fournissent la clinique et l'anatomie pathologique. On verra que la microbiologie n'a guère, jusqu'ici, donné que des espérances.

Il est inutile de s'arrêter sur la pathogénie des bronchites pseudo-membraneuses diphthérique, rien ne doit la séparer de celle des fausses membranes de la gorge, et une foule de travaux récents pourront être consultés sur ce sujet (1).

Pour la bronchite fibrineuse pneumococcique, il semble qu'il ne s'agisse que du processus fibrinogène ordinaire du pneumocoque, appliqué aux bronches.

Mais pour les bronchites idiopathiques, aiguës ou chroniques, une foule de théories se sont fait jour.

On peut citer pour mémoire les idées de Galien qui les considérait comme des fragments de vaisseaux pulmonaires expectorés et celles des auteurs du XVII[e] siècle qui pensaient y reconnaître le produit de sécrétion des glandes muqueuses de la trachée et des bronches.

Murray, puis Laënnec, pensèrent que les moules bronchiques n'étaient que le résultat de la décomposition d'un caillot provenant d'une hémoptysie et progressivement décoloré. Cette opinion, soutenue par un assez grand nombre d'auteurs, fut vivement combattue par Rokitansky et par Barth, qui soutenaient qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire entre toutes. Gintrac tenta de concilier les deux parties, en admettant un travail phlegmasique spécial développé à l'intérieur des bronches, et d'autre part, des hémorrhagies bronchiques (2).

La thèse de M. P. Lucas-Championnière vint appuyer, en les perfectionnant, les idées de Rokitansky. Il s'agit pour lui d'une inflammation dont les causes déterminantes peuvent être variables mais qui porte surtout sur les glandes bronchiques. Les examens cliniques du professeur Grancher aboutissent à la même opinion. La fausse membrane de la bronchite chronique se forme petit à petit, par l'agglomération de moules glandulaires, qui sont enrobés dans d'autres sécrétions muqueuses, tandis que celle de la diphthérie est composée de lames de fibrine déposées à la surface de la muqueuse.

Mader, dont l'observation est signalée plus haut, croit que le pemphigus dont sa malade était atteinte en même temps que d'une bronchite pseudo-membraneuse n'est pas une coïncidence et que l'exsudat bronchique n'est autre qu'un pemphigus des voies respiratoires.

En face de cette théorie, au moins originale, il faut signaler les tentatives expérimentales de Picchini, faites à la suite d'une observation de bronchite pseudo-membraneuse qu'il rapporta à l'inhalation de gaz méphitiques des fosses d'aisances (3). En ensemençant les moules bronchiques, il parvint à isoler des cocci qu'il inocula dans la trachée de lapins. Il lui sembla que le résultat était positif, parce qu'il obtint des extravasations sanguines et des coagula présentant quelques analogies avec les moules observés chez ses malades.

Des recherches beaucoup plus précises furent entreprises par M. Magniaux, qui, en inoculant dans la trachée de lapins, après scarifications, des cultures de pneumobacille de Friedländer provenant de fausses membranes bronchiques, put reproduire chez l'animal, non des fausses membranes véritables, mais des plaques d'un blanc laiteux.

De son côté, M. P. Claisse, voulant pousser le plus loin possible l'étude du cas décrit par lui sous le titre de bronchite fibrineuse desquamative streptococcique, fit sur les animaux une série de tentatives, en inoculant soit le streptocoque retiré des exsudats, soit les fausses membranes elles-mêmes. Les résultats furent constamment

1. *Diss. inaug.*, Fribourg, 1890.

2. Streets, *Schmidts's Jahrbuch*, *in* Hoffmann, *Krankheiten der Bronchien* (collection Nothnagel).

En opposition à ces faits, Mader a rapporté un cas dans lequel l'affection avait succédé à une éruption pemphigoïde (*Wiener med. Wochenschrift*, 1882, n° 11).

3. Un certain nombre d'observations de bronchites pseudo-membraneuses chroniques ont déjà été citées plus haut. Parmi les plus importantes de celles dont il n'a pas été parlé, on peut noter celles de : Havilland-Hall, *St.-Barth. Hosp. Reports*, 1877; — Escherich, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1883, n° 8; — Klee, *Virchow's Jahresb*, 1884, II, p. 150; — Sax, *Wiener med. Presse*, 1886, n° 1-3; — Roque, *Prov. méd.*, 1890, 20 septembre; — Eichhorst, *Corresp.-Blatt.*, 1890, 1[er] sept.; — Koch, *Petersb. med. Woch.*, 1892, p. 83; — Duteuil, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1892, 1[er] décembre; — Rohr, *Corresp.-Blatt*, 1892, 15 décembre; — Beschorner, *Volkmann's Sammlung*, n° 73, 1893; — Voituriez, *Journal de méd. de Lille*, 17 février 1893; — Bruhl, *Méd. moderne*, 11 janvier 1893; — Gillet, *Journ. des Pratic.*, 1895, p. 373; — Koch, *Wiener med. Wochenschrift*, 1895, 9 mars; — Braman, *Med. News*, 15 août 1896; — Nachod, *Prager med. Wochenschrift*, 21 janvier 1897.

1. Voir dans le *Berliner med. Wochenschrift*, n° 31, 2 août 1897, un intéressant article de Baumgarten sur la pathogénie des fausses membranes diphthériques.

2. Voir *in* thèse de Magniaux, Paris, 1895.

3. *Arch. ital. di clin. med.*, avril 1889.

négatifs, bien que M. P. Claisse, appliquant les règles données par Albarran pour les infections urinaires, Dupré pour les infections biliaires, et lui-même pour les infections bronchiques, eût créé des lieux de moindre résistance dans les bronches, en y faisant pénétrer une sorte de parachute métallique, auquel était fixé un fragment de membrane.

Enfin, M. Sokolowski (1) signalait vers la même époque que quatre cas de bronchite pseudo-membraneuse observés par lui semblaient être dus à une staphylococcie, mais que cette fois encore, l'expérimentation s'était montrée impuissante.

Que peut-on retenir de ce long exposé de faits, et des opinions si divergentes destinées à les éclairer ?

1° Qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science d'émettre pour les bronchites fibrineuses non diphthériques, et non pneumococciques, une pathogénie univoque.

2° Que, dans un grand nombre de cas, on a pu rencontrer des microorganismes, du reste variés, dans les exsudats, et que l'élément infectieux est, de plus, attesté par les poussées fébriles qu'ont présentées nombre de malades, soit dans la forme aiguë, soit dans la forme chronique.

3° Que, en tous cas, en parcourant la littérature, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la nécessité pour ainsi dire absolue, d'une lésion des voies respiratoires, soit immédiatement avant la bronchite fibrineuse, soit dans un passé plus lointain.

4° Qu'ainsi, si un élément infectieux existe, il ne semble pouvoir se développer qu'à la faveur d'une altération préexistante de l'épithélium, comme l'avait dit depuis longtemps Weigert (2).

5° Que l'infection ne saurait, même avec cette restriction, expliquer tous les faits, puisqu'on n'a pas encore rencontré de cas de contagion.

6° Qu'il faut vraisemblablement admettre, pour la pathogénie des bronchites fibrineuses, plusieurs éléments morbides, parmi lesquels semblent dominer : l'infection, le rôle des lésions antérieures, et sans doute aussi des prédispositions spéciales aux individus.

Diagnostic. — Le diagnostic repose tout entier sur l'expectoration d'un fragment de fausse membrane, et, comme le dit M. Marfan, il ne saurait être fait aisément en l'absence de ce signe. Andral pensait qu'on pouvait songer à cette affection lorsqu'une dyspnée vive survenait au cours d'une bronchite simple, et que la respiration cessait d'être entendue dans une certaine partie du poumon, le son de percussion restant normal.

Avant tout, on devra faire un diagnostic étiologique, qui peut être d'une réelle utilité, dans certains cas, pour le traitement.

Pronostic, traitement. — Le pronostic de ces affections est, comme on l'a vu, extrêmement variable. Très réservé dans les bronchites diphthériques et à pneumocoques, il peut être, pour les autres formes aiguës, soit très sévère, soit d'une bénignité remarquable. Enfin la bronchite fibrineuse chronique est le plus souvent plutôt une infirmité qu'une maladie grave. Au moment des poussées, il y aura cependant lieu parfois d'être inquiet.

Quant au traitement, on s'est généralement plaint de son inefficacité. La médication actuelle est surtout symptomatique. Elle essaye de lutter contre l'oblitération trop complète des bronches par les exsudats, en provoquant des vomissements (ipéca, tartre stibié, etc.). On s'est également servi de l'iodure de potassium, comme excitant de la sécrétion bronchique, espérant favoriser l'élimination des fausses membranes. On aurait obtenu de cette manière quelques résultats satisfaisants.

Naturellement, la bronchite de la pneumonie recevra en même temps le traitement de cette affection, et dans la bronchite de la diphthérie, tous les moyens actuellement en usage seront employés. Il faut remarquer que la trachéotomie ne saurait donner de résultats, et, que l'on devra surtout mettre son espoir dans le sérum.

M. P. Claisse a eu un succès, passager tout au moins, avec le sérum antistreptococcique de Marmorek dans le cas de bronchite à streptocoques dont il a été question.

1. *Gazeta lekarska*, 1895, *in Virchow's Jahresbericht*, 1895, II, p 167.
2. *Virchow's Archiv*, Bd. 70. 1877.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher,

D'après M. le Dr P. Collinet.

Les suppurations du cou d'origine auriculaire sont connues depuis peu. En effet, la première observation de Bruce à ce sujet parut dans les *Archives de médecine* de 1841. Depuis cette époque, de nombreux cas furent publiés tant en France qu'à l'étranger, moins nombreux cependant que ne pourrait le faire supposer la fréquence des affections de l'oreille.

Le point de départ des lésions cervicales se rencontre rarement dans l'oreille externe qui ne présente que des suppurations superficielles et localisées.

L'ostéite, la périostite, l'ostéomyélite aiguë ou chronique, la tuberculose du temporal sont rares comme lésions primitives. La cause de beaucoup la plus fréquente est l'otite moyenne et surtout l'otite compliquée de mastoïdite.

Les agents microbiens sont ceux des otites; ils sont donc très nombreux. En dehors des microbes divers de la suppuration, on a pu incriminer souvent le bacille de Koch. Pour Mouscourt, il se rencontre dans 30 p. 100 des cas (voir *Gazette* 1896, p. 855).

Comme dans toute infection, la virulence de l'agent, le peu de résistance qu'oppose à cet agent un organisme affaibli par une maladie ou une tare antérieure, fièvre éruptive, syphilis, alcoolisme sont des éléments importants aussi bien dans la production que dans l'évolution de ces affections du cou. Celles-ci semblent atteindre surtout l'adulte par la seule raison du reste que c'est chez lui que prédominent les otites.

L'anatomie pathologique ne présente aucune particularité digne d'être signalée, mais par contre le mécanisme de l'infection est d'une grande importance. La circulation lymphatique de la caisse et des cellules mastoïdiennes est encore peu connue, elle existe cependant et son aboutissant semble être le groupe des ganglions cervicaux profonds. C'est donc vers ces ganglions que se fera la propagation infectieuse par les lymphatiques. D'autre part, la circulation veineuse de la mastoïde et de l'oreille moyenne est assurée par de nombreuses veines qui vont se jeter dans la jugulaire interne ou, par des anastomoses postérieures dans les veines occipitales, quelque-

fois directement dans le sinus. Ces diverses voies veineuses explique la pathogénie des phlébites et des périphlébites de la jugulaire interne et des sinus.

Enfin, les parois interne et externe de la mastoïde offrent peu de résistance à la carie; souvent la paroi interne est si mince qu'elle permet de voir le sinus par transparence, les cellules mastoïdiennes ayant disparu; elle peut même présenter des orifices. Le pus formé dans les cellules nombreuses chez l'adulte aura donc d'autant plus de tendance à s'échapper au dehors qu'il rencontrera moins d'obstacle; enfin, il sera guidé et drainé par les aponévroses résistantes des muscles cervicaux qui s'insèrent sur la mastoïde.

En résumé, infection lymphatique et adéno-phlegmon, infection veineuse et phlébite ou périphlébite, perforation osseuse et suppuration par continuité ou contiguïté, telles sont les voies de propagation des lésions auriculaires et les conséquence de ces lésions. Ajoutons qne ces différents modes de diffusion se combinent souvent entre eux. Au point de vue clinique, cette classification semble moins facile à établir, on peut cependant la conserver.

Les abcès d'origine lymphatique se divisent en aigus et chroniques.

Aigus, ils siègent dans la région parotidienne à la face profonde du sterno-cléido-mastoïdien, quelquefois dans la région mastoïdienne et se terminent ordinairement par résolution, rarement par suppuration.

Chroniques, ils surviennent le plus souvent dans le cours d'une otite chronique. Il est difficile, dans ce dernier cas, d'établir la part qui revient à la tuberculose, car les infections secondaires sont de règle et « pour être affirmatif dans ce cas, il nous manque des examens bactériologiques et des inoculations aux animaux ».

Les abcès d'origine veineuse se caractérisent dès le début par l'intensité des phénomènes généraux, symptomatiques du reste de la thrombo-phlébite des sinus. On trouve derrière l'angle de la mâchoire un cordon dur et formé par la veine jugulaire thrombosée. Ce cordon s'arrête souvent au confluent thyro-linguo-facial. Nous n'insistons pas sur la gravité exceptionnelle de ces lésions: la mort se produit ordinairement avant la suppuration; les abcès métastatiques ont été signalés.

Enfin les abcès par propagation directe offrent de nombreuses variétés dont les plus importantes sont les formes connues sous le nom de mastoïdites de Bezold. Ces abcès, qui du reste n'ont pas toujours pour origine la perforation de la face interne de la mastoïde, mais aussi une perforation du plancher de la caisse, une ostéite de la face inférieure du rocher, sont caractérisés d'abord par un gonflement et une douleur au niveau de la fosse digastrique, en arrière et au-dessous de la mastoïde, et surtout par ce fait que si l'on presse sur la tuméfaction du cou, on voit le pus sourdre par le conduit auditif. L'écoulement par l'oreille, dérivation presque toujours insuffisante, n'amène ordinairement pas la guérison. Il peut toutefois empêcher les accidents aigus; aussi ces abcès dits « mastoïdites de Bezold » sont-ils remarquables par leur longue durée, leur tendance à la chronicité.

Outre la forme la plus fréquente, rétro-mastoïdienne ou rétro-maxillaire, on peut voir le pus fuser dans différentes directions; c'est ainsi qu'on aura des abcès : dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la gaine du sterno-cleido-mastoïdien, dans la gaine du digastrique, dans la nuque et le dos. Enfin on a signalé des abcès rétro- et latéro-pharyngiens très rares du reste ainsi que les abcès ouverts dans le larynx, la trachée, le médiastin et la plèvre.

On peut distinguer, en dehors de ces formes, pour ainsi dire, anatomiques, de nombreuses formes cliniques. Nous ne retiendrons que la forme gangréneuse et la forme pyohémique. On a pu voir des abcès par actinomycose. Les complications sont celles de toute suppuration du cou : ulcérations des vaisseaux, névrite des gros nerfs du paquet vasculo-nerveux du cou, lésions cérébrales et méningées. L'albuminurie et les symptômes généraux sont peu marqués.

Le pronostic est très variable suivant les accidents. Quant au diagnostic, il se fera : 1° avec les affections non suppurées du cou (érysipèle, torticolis, kystes, myosite du sterno-mastoïdien, sarcome) 2° avec les suppurations du cou n'ayant pas une origine auriculaire (lésions osseuse de la base du crâne, ostéo-arthrites de la colonne vertébrale).

En somme, en présence d'un abcès du cou dont la cause ne sera pas très évidente, on devra songer à la possibilité d'une cause otique et examiner soigneusement l'oreille moyenne et la région mastoïdienne.

On pourra trouver fréquemment à ce niveau la cause des accidents observés du côté du cou.

Le traitement consistera à donner une issue large et facile au pus et à attaquer la maladie de l'oreille suivant sa nature et les lésions qui peuvent l'accompagner au niveau de la mastoïde, du rocher ou dans l'intérieur du crâne.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1896-97.

M. Mouthon. *De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.* N° 255.

M. Kisseloff. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.* N° 233.

M. Morillon. *Pneumotomie dans les abcès aigus du poumon.* N° 250.

M. Gros. *Etude sur l'hydrophthalmie ou glaucome infantile.* N° 237.

M. Pourtier. *De quelques particularités que présentent les résultats éloignés des amputations de cuisse et de jambe.* N° 222.

M. Ovize. *Les fistules dentaires et d'origine dentaire.* N° 214.

M. Testevuide. *Traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées* (Jouve.)

Dans les kystes de l'ovaire, la torsion du pédicule est un accident qui survient dans 7,8 p. 100 des cas. Les conditions favorables à la torsion sont : la longueur du pédicule; le poids, la régularité et le volume moyen des kystes; aussi les kystes dermoïdes sont-ils très sujets à cet accident. Les causes déterminantes immédiates sont : une grossesse actuelle ou récente, des grossesses antérieures, l'accroissement inégal de la tumeur et les adhérences préexistantes, sa non-homogénéité et peut-être la menstruation. La torsion lente ou brusque oblitère d'abord les veines, puis les artères et comprime les nerfs; d'où congestion et accroissement de la tumeur, adhérences, péritonite partielle ou péritonite généralisée, sphacèle partiel ou total, hémorrhagies intra- ou extra-kystiques, rupture du kyste, etc. Les symptômes de la torsion lente sont peu marqués; la torsion rapide se manifeste par une douleur aiguë et des symptômes généraux graves. La menstruation est rarement troublée. Le pronostic de la torsion est toujours grave, la mort peut survenir dans un délai variable par le fait de nombreuses complications.

D'après M. Mouthon l'ovariotomie doit être faite d'urgence au début des symptômes aigus aussi bien que pendant la poussée de péritonite.

M. Kisseloff étudie également dans sa thèse la torsion du pédicule des kystes ovariens. Il étudie successivement les causes prédisposantes : volume restreint du kyste, longueur considérable du pédicule et absence d'adhérences; les causes occasionnelles : mouvements brusques du corps, accouchement, modifications de volume des organes voisins, etc.; les modes de torsion : brusque. Au début, symptômes généraux et locaux aigus et de grande intensité : douleur violente dans le bas-ventre, vomissements, pouls fréquent, respiration anxieuse, augmentation de volume et tension du kyste qui devient fixe. La température reste normale. Quelquefois la mort survient au milieu de cette crise. Le plus souvent ces phénomènes s'amendent; mais bientôt surgissent d'autres complications : gangrène de la tumeur, rupture du kyste, hémorrhagie plus ou moins abondante, péritonite aiguë ou chronique, septicémie.

Lente. Quelquefois passe inaperçue. Le plus souvent les phénomènes locaux de début sont atténués; les phénomènes généraux font d'ordinaire défaut. Exceptionnellement guérison par atrophie de la tumeur. L'ovariotomie s'impose d'urgence.

La pneumotomie doit être faite dès que le diagnostic d'abcès du poumon a pu être porté et, pour M. Morillon, il ne paraît nullement indiqué, comme le voudrait Quincke, d'attendre qu'un abcès aigu soit devenu chronique. On peut être conduit à intervenir à l'occasion d'une cavité morbide du poumon alors que les symptômes ne permettent pas d'affirmer qu'il s'agit d'un abcès.

C'est alors que la pleurotomie exploratrice rendra le plus de service. La création d'adhérences par les méthodes lentes paraît devoir être rejetée, comme aveugle, dangereuse et par ce fait même qu'elle est lente. Il s'ensuit que tous les procédés pour rechercher si ces adhérences existent, semblent inutiles, lors même qu'ils fourniraient des résultats exacts. Quels que soient la région et le mode opératoire, il y a grand avantage à faire à la paroi thoracique une assez large brèche. La résection d'une ou plusieurs côtes est toujours indispensable. En ce qui concerne l'exploration pulmonaire, il ne semble pas aujourd'hui qu'on puisse se prononcer définitivement entre la méthode extrapleurale du Tuffier, l'étroite ouverture de Bazy ou la large brèche de Delagénière (du Mans). Dans les cas où les adhérences pleurales n'existent pas, on a à choisir, avant d'ouvrir la collection pulmonaire, entre la fermeture périphérique de la séreuse, comme le fait Roux, ou le drainage préventif comme le préfère Delagénière. Le curetage de l'abcès est toujours dangereux et inutile, le lavage est toujours dangereux, le large drainage est suffisant.

L'hydrophthalmie est le glaucome des enfants. L'analyse de tous les travaux a démontré à M. Gros que, dans tous les cas d'hydrophthalmie, aussi bien primitive que secondaire, les voies d'excrétion sont obstruées. Cette obstruction est souvent due à une soudure de *Knies;* il faut alors admettre un mécanisme analogue à celui du glaucome; mais quand cette soudure fait défaut, c'est l'hypothèse de l'*arrêt de développement de l'appareil d'excrétion* qui devient la plus plausible. Dans ces cas, on aurait affaire à un vrai glaucome *primitif* par rétention. L'agrandissement de l'angle iridien dans l'hydrophthalmie n'offre aucun critérium des voies d'excrétion. Les seules lésions qui ont un caractère de constance sont celles qui portent sur les voies d'excrétion, les autres organes de l'œil ne présentent qu'un amincissement avec état d'atrophie. L'excavation de la papille est constante, mais l'atrophie du nerf optique ne se voit que dans les périodes plus ou moins avancées de la maladie.

Si l'iridectomie et la sclérotomie trouvent un égal nombre de partisans, c'est uniquement parce que les indications opératoires ne sont pas toujours les mêmes; chaque cas a son indication propre, mais l'assertion suivante s'applique à tous : *plus l'intervention opératoire est précoce, meilleur sera le résultat.* La guérison même est possible.

Plus les yeux sont gros, plus l'incision oculaire doit être petite, c'est dire que l'iridectomie est contre-indiquée sur des globes très distendus.

En comparant les résultats éloignés des amputations de jambe ou de cuisse, M. Pourtier est arrivé à se rendre compte que l'avantage se trouve de beaucoup du côté des interventions pratiquées au-dessus de l'articulation du genou.

Les amputés de cette dernière catégorie, en effet, ont un moignon dont ils peuvent tirer une grande utilité; ce moignon, est dans tous les cas, fort bien nourri, et donne un bon point d'appui à l'appareil qui doit servir à atténuer l'infirmité des amputés. Cet appareil gêne rarement, est simple, peu coûteux, et, bien qu'un peu fatigant, suffit très bien à permettre aux malades de se livrer à d'assez nombreux travaux.

Au contraire, on voit que les individus qui ont subi l'amputation de la jambe sont généralement peu satisfaits des suites de leur opération.

Les fistules dentaires peuvent, d'une manière générale, se définir : des trajets anormaux s'étendant d'une dent ou de l'alvéole qui la contient à une muqueuse ou à la peau. On les divise en fistules muqueuses et en fistules cutanées; chacune de ces divisions comprenant plusieurs variétés, suivant le siège.

Les fistules sont dues le plus souvent à la périostite alvéolo-dentaire chronique, qui, elle, est due à une infection microbienne. Les bacilles peuvent suivre deux voies : la voie interne, le canal radiculaire (caries pénétrantes) et la voie externe (traumatismes, éruptions difficiles de dents et en particulier de dents de sagesse).

Le siège des fistules varie avec chaque dent, et les raisons du siège le plus ordinaire pour chacune paraissent être absolument anatomiques.

Comme toute fistule, une fistule dentaire comprend un orifice externe, un trajet, un lieu d'origine.

A la muqueuse, l'orifice externe se présente en général sous la forme d'un petit bouton rosé, comme végétant, percé à son sommet d'un orifice que l'on rend visible en faisant sortir par la pression une petite gouttelette de liquide purulent.

A la peau, les bords sont décollés, il y a une dépression en cul-de-poule avec fongosités.

L'écoulement du pus est intermittent.

Le trajet, qui peut être très étendu, s'accompagne sur tout son parcours d'une induration des tissus environnants, ce qui donne sous le doigt la sensation d'une bride. La paroi alvéolaire est amincie, perforée d'un orifice régulier à l'emporte-pièce, ou d'une infinité de trous. La dent offre comme caractère constant une dénudation de l'apex qui est rugueux, soit par destruction du cément, soit par son hypertrophie par suite d'ostéite raréfiante ou d'ostéite productive.

Le diagnostic comprend deux parties :

Etablir qu'on est bien en présence d'une fistule d'origine dentaire : on éliminera suivant les cas les fistules de la parotide, du canal de Sténon, les fistules consécutives à un abcès du sinus, celles par nécrose du maxillaire et enfin les fistules lacrymales. Le système dentaire devra être examiné avec soin dans tous les cas d'abcès ganglionnaires siégeant au voisinage de la bouche, car 50 p. 100 de ces abcès prennent leur source dans une carie dentaire.

Déterminer la dent, origine de la fistule : le diagnostic de la dent qui cause la fistule sera fait par : le siège de la fistule, l'exploration du trajet, le degré de carie, la teinte de la dent, sa mobilité possible, sa douleur à la percussion et enfin les commémoratifs.

Les procédés de traitement sont variés et M. Ovize étudie successivement :

L'asepsie du canal.

La trépanation radiculaire.

La greffe par substitution et enfin l'extraction, moyen radical par excellence.

Dans sa thèse, « Traitement des gangrènes dans les fractures compliquées », M. Testevuide nous montre, d'après des observations personnelles prises dans les hôpitaux, que, malgré des soins donnés au début aussi complets que possible, il n'est pas rare de voir se développer la gangrène gazeuse dans les fractures compliquées. Comme le tétanos, cette complication, ne se développani que quand les fragments de la fracture, issus à travers la plaie ont été souillés par de la terre, de la poussière ou des

détritus animaux, peut être traitée de deux manières : 1° par l'amputation ou la désarticulation ; 2° par un traitement conservateur consistant en larges incisions et pansement iodoformé emprisonnant de l'air dans les plaies. Ce dernier traitement, ayant l'avantage, lorsqu'il réussit bien, de conserver un membre à peu près intact au malade, est, au début de la maladie, préférable à une amputation ou à une désarticulation. On pourra toujours recourir à ce mode de traitement, lorsque, en surveillant bien le malade (ce qui est absolument nécessaire), on verra la gangrène se développer davantage.

On devra cependant préférer l'amputation ou la désarticulation lorsque l'état général grave, l'exaltation nerveuse ou la dépression profonde, l'étendue à tout un membre réclament ce moyen radical. Le traitement par incisions larges et multiples devra au contraire être tenté dans les cas de gangrène peu étendue, chez un sujet jeune, ayant un bon état général et un état moral satisfaisant. Il est de plus le seul à employer lorsque la gangrène gazeuse a envahi le thorax ou l'abdomen.

Année 1897-98.

Mlle Riuréanu (Mircéa J.). *La peste. Etude étiologique, bactériologique, prophylactique.* N° 27. (A. Maloine.)

M. Lainé (Jean). *Des érosions hémorrhagiques de l'estomac.* N° 37. (H. Jouve.)

Mlle Riuréanu, après avoir rappelé que la peste est une maladie spécifique, épidémique et contagieuse due au bacille de Yersin-Kitasato et dont la contagion et l'épidémicité sont surabondamment démontrées par l'histoire des grandes épidémies de peste et par la marche envahissante de ces épidémies, insiste surtout sur la prophylaxie de la maladie. Cette prophylaxie doit être individuelle et générale.

Individuelle, elle concerne le malade, le convalescent et son entourage. Elle est basée sur l'étude bactériologique, et sa réaction devant les agents physiques et chimiques.

Générale, elle concerne l'Europe toute entière et l'auteur rappelle et commente à ce propos les résolutions prises par la conférence de Venise en 1897.

L'érosion hémorrhagique de l'estomac se rencontre chez les tuberculeux à la période de gastrite terminale, dans l'éclampsie puerpérale, la gastrite alcoolique, la cirrhose atrophique, l'urémie, etc.

Il est possible de la produire expérimentalement chez les animaux par l'injection directe du bacille lactique dans l'estomac.

La pathogénie en a été vivement discutée ; les uns croient à une lésion folliculaire, les autres à une nécrobiose liée à la congestion intense des capillaires ; d'autres encore à un abcès miliaire à l'ouverture duquel se forme une petite ulcération ; enfin certains invoquent une action caustique due à l'élimination par les glandes gastriques de poisons retenus dans l'organisme, comme il arrive dans l'urémie. La multiplicité de ces opinions indique qu'il ne faut pas être trop exclusif dans l'explication pathogénique de ces ulcérations. Il est probable que, suivant les circonstances, chacun de ces facteurs joue un rôle effectif dans la production des érosions hémorrhagiques. On peut distinguer, dit M. Lainé, parmi ces facteurs, des facteurs communs à tous les cas et des facteurs particuliers qui varient avec chaque cas.

Facteurs communs : congestion de la muqueuse, suc gastrique.

Facteurs particuliers : acide lactique produit de fermentation (digestion du lait), carbonate d'ammoniaque (urémie), abcès miliaires (gastrite éthylique, Balzer).

Les premiers sont les adjuvants des seconds et l'on peut concevoir ainsi la filiation des phénomènes : congestion de la muqueuse, abcès miliaire lié à l'inflammation, action ulcérative du suc gastrique. Ailleurs, au lieu de l'abcès miliaire, c'est l'acide lactique ou le carbonate d'ammoniaque qui sont la cause de l'ulcération.

Ces lésions se distinguent de l'ulcère rond par ce fait que la muscularis mucosæ n'est jamais entamée alors que les tuniques musculaires elles-mêmes le sont dans l'ulcère ; la raison en est peut-être dans l'état des cellules glandulaires ; dans l'ulcère rond, en effet, celles-ci sont hypertrophiées et sécrètent d'une manière exagérée (hyperchlorhydrie) ; dans les gastrites avec érosions au contraire elles sont en voie d'atrophie et sécrètent sans doute moins qu'à l'état normal (hypochlorhydrie). Dans le premier cas, l'auto-digestion est active — dans le second, presque nulle.

La symptomatologie de ces érosions se perd au milieu des autres symptômes de la gastrite ; mais ce qui leur appartient en propre ce sont des hémorrhagies abondantes et répétées, qu'on met presque toujours sur le compte d'un ulcère rond où de varices œsophagiennes. L'autopsie seule vient montrer la vraie cause de ces hématémèses.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Dysphagie et dysarthrie par lésion du genou de la capsule interne (A case of dysphagia and dysphasia resulting from a lesion in the internal capsule), par Judson Daland (*Journal of nervous and mental disease*, 1897, octobre, vol. 24, n° 10, p. 614). — Le malade, homme de 56 ans (goutteux, athéromateux, brightique), eut un ictus à la suite duquel la parole devint intelligible ; pas d'aphasie vraie, la langue était parésié, la face paralysée à gauche ; pas trace de paralysie aux membres ; dysphagie considérable dépendant des constricteurs du pharynx. Guérison au bout d'un mois. Le malade vécut encore deux ans, présentant pendant tout ce temps des symptômes imputés à la sclérose rénale. Cinq mois avant la mort, irrégularité des mouvements respiratoires aboutissant très vite à un rhythme Cheyne-Stokes qui ne disparut que quelques jours avant la mort, Cheyne-Stokes ayant eu plus de quatre mois de durée. L'autopsie du cerveau montra à droite vers le milieu du noyau caudé, une lésion d'hémorrhagie ancienne (correspondant à l'ictus), coupant ou comprimant les fibres du genou de la capsule interne. Athérome et dilatations anévrysmales considérables des artères de la base (vertébrale d. surtout), qui ont probablement joué un rôle dans la production des symptômes (symptomatologie schématisée à l'extrême dans ce court résumé).

Céphalagie avec hallucination de la vue (Headache with visual hallucination), par John Mitchele (*Journal of nervous and mental disease*, 1897, octobre, vol. 24, n° 10, p. 620). — Le malade est sujet, depuis trois ans, à un mal de tête récurrent ; l'accès s'annonce par l'obscurcissement de la vision ; alors le malade se couche, et l'accès suit avec régularité la marche suivante : d'abord apparaît dans le lointain un nain haut d'un demi-pouce ; le nain approche, peu à peu ses dimensions augmentent au point qu'il devient un gladiateur gigantesque armé d'une massue. Tant qu'il approche, le mal de tête du malade va en s'accentuant, après avoir débuté par des localisations fugitives répétées et variables au niveau des pariétaux ou du bregma. Lorsque le géant est tout près, il frappe de sa massue la tête du malade, à coups redoublés. Il s'ensuit une douleur atroce, qui va en augmentant à chaque coup de massue, jusqu'à ce que le patient perde connaissance ; alors éclatent de violentes convulsions ; pendant les convulsions, le malade renversé sur le dos, soulève son corps en arc, il ne repose que sur la tête et les talons. L'accès a duré 8 heures, la douleur atroce et les convulsions 15 à 40 minutes. Après cela, à part un peu de courbature, le sujet est tout à fait bien. Une fois (une seule), il a demandé au géant ce qu'il avait à le torturer ainsi ; le géant répondit : « J'ai ordre de le faire tant que tu resteras dans ce pays ». Les accès ne se produisent jamais en hiver, ils ne surviennent que de mai à décembre.

Examen des yeux : œil droit, acuité visuelle 1/10, défaut de réfraction et d'accommodation complètement corrigé par un verre cylindrique ; rien autre ; O. gauche normal.

Aucun des cas de migraine accompagnée d'hallucinations de

la vue qui ont été publiés par Weir Mitchell et par De Schweinitz n'offre cette particularité de la relation étroite de la douleur avec l'apparition. Cependant l'observation se rapproch d'un cas de Weir Mitchell où le malade voyait une lumière s'avancer; lorsqu'elle atteignait le sujet, elle faisait explosion; alors commençait l'accès douloureux.

Après avoir rapporté l'histoire d'une femme qui avait pendant ces accès de migraine des hallucinations olfactives (odeu des violettes), l'auteur discute le diagnostic du cas ci-dessu rapporté. Son opinion est en définitive qu'il s'agit d'accès de de migraine. Dans la migraine, il est habituel de rencontrer : 1° un trouble visuel léger; 2° de la douleur; 3° un paroxysme nerveux, le maximum qu'atteint la douleur de tête. Or le sujet présente : 1° le trouble visuel, consistant en la perte de la vue puis en l'apparition de l'hallucination; 2° la douleur qui va en augmentant jusqu'à atteindre; 3° un paroxysme accentué par des convulsions.

Les autres détails qui font pencher en faveur de la migraine sont la périodicité du retour de l'accès, la marche ascendante de son intensité. Les convulsions épileptiformes de l'accès de migraine ou remplaçant l'accès sont connues.

L'accès est-il capable de déterminer dans les centres de la vision des troubles circulatoires qui provoqueraient l'hallucination ?

On peut le supposer. Mais le nombre encore très restreint des cas connus d'hallucination dans l'accès de migraine ne permet pas d'affirmer que l'hallucination est produite par ce mécanisme.

MÉDECINE

De la présence des microorganismes dans le cerveau et la moelle épinière (Pilze und Pilzgifte in Hirn und Ruckenmark), par Seitz (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CL, p. 33). — L'auteur apporte dans son travail 3 observations dont la première se rapporte à un cas de convulsions généralisées chez un enfant de 3 ans, la seconde à un cas de péritonite par perforation de l'appendice chez une fille de 18 ans, la troisième à un cas d'érysipèle après plaie du front chez un homme de 82 ans. Les 3 malades ont succombé et leurs observations présentent ceci de commun que chez tous il a existé pendant la vie des symptômes cérébraux très accusés.

Dans tous les 3 cas, le cerveau et les méninges furent trouvés à l'autopsie sains. L'examen bactériologique des viscères a montré dans le premier cas une infection streptococcique et staphylococcique des poumons qui étaient simplement congestionnés (l'enfant a succombé au bout de 24 heures). Les autres organes n'en contenaient pas, sauf le cerveau dont l'ensemencement donna quelques cultures isolées des staphylocoques et des streptocoques.

Chez la seconde malade, qui avait succombé à la péritonite, le pus du péritoine contenait des colibacilles et des staphylocoques qui se trouvaient également, mais en très petit nombre, dans le cerveau, la rate, le foie et le sang.

Chez le 3e malade, le pus de la plaie de la peau du front, le sang, le foie, la rate et les reins contenaient de nombreux streptocoques; le cerveau, par contre, ne donna lieu, en culture, qu'au développement de quelques colonies isolées de streptocoques.

La virulence de tous ces microorganismes a été établie par des inoculations à des animaux.

Comme la présence de quelques streptocoques ne pouvait expliquer les symptômes cérébraux observés chez ces malades, l'auteur admet qu'il s'agissait là d'une toxinémie cérébro-spinale particulière, c'est-à-dire que les toxines fabriquées par les microorganismes dans un point de l'économie (poumon dans le premier cas, péritoine dans le second, érysipèle dans le troisième), ont exercé une action élective sur le système nerveux, de la même façon que c'est actuellement établi pour le tétanos et la diphthérie.

Cholangite et cholécystite infectieuse dans la lithiase biliaire (Akute infektiöse Cholangitis und Cholecystitis infolge von Gallensteinen), par Trautenroth (*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1897, vol. I, p. 703). — L'auteur publie dans son travail l'observation d'une femme de 45 ans, sujette depuis 15 ans à des attaques de coliques hépatiques et qui entra à l'hôpital avec une fièvre hectique, à grandes oscillations, une sensibilité du foie, qui ne paraissait pas augmenté de volume et de l'ictère. Bien qu'à l'exploration sous le chloroforme on ne sentit pas la vésicule biliaire, on fit la laparotomie et la cholécystostomie en deux temps à 4 jours d'intervalle. L'extraction des quelques calculs contenus dans la vésicule mit fin aux accidents infectieux. La bile ne contenait pas de pus, mais renfermait des colibacilles. La fistule se ferma spontanément au bout de 3 mois.

CHIRURGIE

Pneumotomie pour caverne tuberculeuse du sommet (Beitrag zur Pneumotomie bei Phthisie), par Franke (*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1897, vol. I, p. 688). — Chez une femme de 24 ans présentant pour toute lésion, à en juger du moins par l'auscultation et la percussion, une caverne du sommet droit, l'auteur réséqua la 2e côte sur une étendue de 6 centimètres, ouvrit la plèvre adhérente et incisa au thermocautère le parenchyme pulmonaire, ce qui le conduisit dans une caverne des dimensions d'un œuf de poule, à parois lisses, contenant un liquide muco-purulent. La cavité a été ensuite bourrée de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples. Au début, la cavité sécréta beaucoup, puis la sécrétion diminua, et la cavité finit par se transformer en fistule qui, de temps en temps, sécrétait un peu de mucus. Six mois après l'opération, les crachats ne renfermaient plus de bacilles tuberculeux.

La malade succomba 8 mois après l'opération, à une attaque d'influenza. L'autopsie n'a pas été faite.

Implantation d'un uretère dans la vessie (Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase), par Kaijser (*Centralb. f. Chir.*, 1897, n° 47, p. 1221). — Dans un cas d'hystérectomie pour cancer faite par la voie sacrée, il se forma au bout de 10 jours une fistule urinaire. On rouvrit la cicatrice et on constata que la fistule aboutissait à l'uretère droit. Ce dernier fut alors libéré, puis amené dans la vessie incisée sur une sonde et finalement fixé aux parois vésicales par une suture au catgut. Dès le lendemain, l'urine reparut dans la plaie et la fistule reparut.

Une nouvelle opération fut faite 3 mois plus tard. L'uretère fut de nouveau libéré et amené dans la vessie non sans difficulté. Pour le maintenir en place, il a fallu passer un fil sur lequel l'assistant tirait pendant qu'on le suturait aux parois vésicales. Le fil fut ensuite conduit par l'urèthre au dehors et chargé d'un poids de 200 grammes (comme dans les appareils à extension) afin de diminuer autant que possible la tension de la suture par l'uretère trop tendu. Cet artifice réussit, la suture se cicatrisa et la fistule fut ainsi fermée.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la neurasthénie,

D'après M. le Dr A. Fauvet.

Lorsque la neurasthénie s'accompagne de phénomènes de dénutrition et d'asthénie musculaire, que le repos prolongé au lit est insuffisant à enrayer l'amaigrissement, il faut avoir recours à l'isolement des malades dans une maison de convalescence. C'est là l'élément capital de la méthode de Weir Mitchell en Amérique, Playfair en Angleterre, Burkart en Allemagne, laquelle, expérimentée en France par Lemoine, Bouveret, Ballet et surtout Déjerine, a donné les meilleurs résultats. C'est encore celle que préconise M. A. Fauvet dans un travail récent (1) inspiré par M. Déjerine.

1. Fauvet, Du traitement de la neurasthénie par l'isolement (thèse de Paris 1897-1898, n° 32).

L'isolement n'est pas seulement indiqué dans la forme grave, dont nous parlions tout à l'heure. Il doit être prescrit toutes les fois que le milieu familial est, du fait d'une sollicitude exagérée, nuisible à la guérison. Il n'y a aucun intérêt à prolonger un traitement qui se fait inexactement et qui est soumis aux critiques ou aux louanges de l'entourage. La femme est ici spécialement visée. Pour guérir, dit Burkart, les malades doivent avoir encore un fond d'énergie morale et posséder une certaine intelligence du but poursuivi. Ces deux conditions se trouvent rarement réalisées chez les femmes neurasthéniques et c'est pourquoi elles sont tout particulièrement justiciables de l'isolement.

Ces conclusions ne sont pas applicables à tous les cas. Les femmes qui présentent des symptômes d'excitabilité, qui souffrent de douleurs viscérales ou de douleurs névralgiques dans les membres ne bénéficient pas du traitement. Les succès sont également rares chez l'homme, chez lequel du reste l'asthénie motrice est rarement assez prononcée pour exiger un séjour prolongé au lit ou sur une chaise longue (Bouveret).

Il va sans dire au contraire que l'isolement devient absolument obligatoire lorsqu'aux troubles fondamentaux de l'épuisement nerveux sont venus s'ajouter une intoxication, la morphinomanie, la chloralomanie, l'éthéromanie, l'éthylisme, etc.

Comment doit être conduite cette cure d'isolement? En quoi consiste-t-elle?

L'isolement consiste naturellement dans la suppression absolue de toute communication avec l'extérieur. La personne malade saura dès le début que la séparation d'avec sa famille sera complète; elle ne pourra recevoir ni visites, ni lettres. Il faut que toute influence étrangère sur la volonté de la malade soit anihilée de façon que peu à peu le médecin puisse substituer sa volonté propre à la volonté de la patiente. Pour cela il faut autant que possible placer le malade dans un établissement spécial. Weir Mitchell a essayé de traiter quelques malades dans leur domicile et de les isoler; mais « il l'a rarement fait sans se promettre qu'à l'avenir il ne compliquera pas son traitement de pareils embarras ». C'est également l'opinion de M. Déjerine. Il est bien préférable, surtout dans une grande ville, de les conduire dans une maison de santé, où elles trouveront à la fois « une direction médicale compétente et une garde-malade suffisamment intelligente et exercée pour appliquer les différents moyens dont se compose le traitement ».

Ainsi séparée du monde extérieur, la malade ne reçoit d'autre visite que celle de son médecin; et le rôle de celui-ci devient alors complexe et délicat. Non seulement il doit diriger le traitement physique et s'assurer que ses prescriptions sont exactement remplies; mais il a surtout la direction du traitement moral et pour cela trois qualités lui sont indispensables : la patience, le tact et la fermeté. La *patience* pour écouter le récit des souffrances de la personne malade et gagner sa confiance; du *tact* pour découvrir l'origine réelle de la maladie et agir en conséquence; de la *fermeté* pour imposer sans transaction ses prescriptions.

Le rôle du médecin est singulièrement aidé par celui de la garde-malade. Elle doit être suffisamment intelligente et avoir un bon caractère.

Elle doit être assez aimable et bienveillante pour ne s'attirer ni sa haine, ni son aversion, assez habile pour la distraire par ses conversations et ses lectures, et pour l'aider à supporter patiemment et les soins qui seront commandés et l'ennui d'un long isolement, assez ferme enfin et assez intelligente pour exercer sur elle un certain ascendant et lui imposer sans rigueur la discipline du traitement. « Il serait absurde, on le conçoit aisément, de donner pour garde, à une femme d'esprit cultivé, une infirmière tout à fait illettrée et sans éducation, ou, comme nous l'avons vu quelquefois, une toute jeune fille sans expérience et sans autorité. » (Proust, Ballet.)

Les autres facteurs du traitement sont le repos au lit et la suralimentation. Le séjour absolu au lit est exigé pendant les 6 premières semaines du traitement complet. Pendant les premiers temps et dans certains cas, Weir Mitchel ne permet même pas à la malade de s'asseoir dans son lit, ni d'y coudre, d'y écrire ou d'y lire. C'est pour obvier aux inconvénients de cette immobilisation qu'il faut pratiquer ce qu'il appelle l'exercice passif : c'est-à-dire le massage et l'électrisation, dont néanmoins il faut autant que possible restreindre l'emploi.

Quant à la suralimentation elle consiste surtout à faire absorber progressivement chaque jour à la malade 3, puis 4, puis 5 et 6 litres de lait. Parfois, au bout de plusieurs semaines, on ajoute au régime lacté un ou deux œufs dans la journée. La quantité considérable de lait donnée ainsi à chaque malade était prise à dose fractionnée; car il y avait intérêt aussi à maintenir l'estomac dans un repos relatif.

Les résultats obtenus par l'application rigoureuse de cette méthode sont des plus concluants : les échecs sont rares, la guérison est la règle en 3 à 6 mois : elle s'annonce par l'engraissement. La raison probable du succès de l'isolement est qu'il s'adresse à la nature étiologique de la maladie (influence néfaste du milieu familial) et à la nature clinique de ses formes graves dont le symptôme dominant est la dépression cérébrale. Il permet à l'influence suggestive du médecin de s'exercer seule, et il amène la restauration de la volonté et le rétablissement de l'énergie du patient.

G. M.

Régime alimentaire dans le catarrhe chronique de l'intestin.

PERMIS :

Potages au bouillon de poulet, de pigeon, de bœuf, de mouton, de veau, thé de bœuf. Jus de viande, obtenu en soumettant à la presse de la viande de bœuf fraîchement abattu. Riz, orge, gruau d'avoine, sagou.

Viandes : Gelées de viande, peptones, viande râpée fraîche ou à peine saisie. Beefsteak, gibier, riz de veau, cervelle, jambon maigre cru ou cuit, volailles.

Œufs à la coque ou mollets, cuits durs, hachés.

Pain et farineux : Pain rassis, rôti, biscuits de froment ramollis, macaroni, riz, farines lactées, bouillies au lait et à la farine, au riz, à la mondamine.

Graisses, à condition qu'elles soient digérées facilement.

Entremets : Poudings sans sucre ou édulcorés à la saccharine, à la fécule et aux œufs, omelette au rhum, poudings au lait, crème renversée, flan au riz.

Boissons : En général, peu de liquide : eau, eaux minérales avec ou sans cognac, limonade au citron édulcorée à la saccharine, lait d'amandes, suc de myrtilles sans sucre, Porto, Xérès, Bordeaux, vin de Hongrie sec, cacao, punch au lait ou au thé, thé.

(Eviter les refroidissements, surtout de la région abdominale, ainsi que l'humidité au pieds.)

DÉFENDUS :

Lait, pois et haricots, toutes les boissons qui fermentent facilement, telles que la bière, les sirops; pain frais, viandes salées et fumées, poissons, aliments marinés, viandes de boucherie ou volailes grasses, fritures, bonbons. Tous les fruits sauf les raisins, sans peau, ni pépins.

(Le sucre et les farines fines, absorbées *en abondance*, provoquent des fermentations dans l'intestin: ce processus donne naissance à des acides gras qui irritent l'intestin) (1).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Quinine.

Définition. Solubilité. — La quinine est l'un des alcaloïdes du quinquina. Elle est presque insoluble dans l'eau. Les sels qu'elle forme avec les acides sont solubles et par conséquent seuls employés en hypodermie.

Avant d'énumérer les principaux d'entre eux il faut nous

1. Ce régime est emprunté à l'intéressant *Bloc-notes diététique à l'usage des praticiens*, par un *Médecin praticien*, traduit sur la septième édition allemande par le Dr E. Vogt.

expliquer sur une question de terminologie. On voit fréquemment dans les formules les termes *basique*, *neutre* ou *acide* appliqués à un sel de quinine. Ces désignations qui paraissent claires par elles-mêmes sont l'origine de confusions inexprimables. D'autre part il y a, entre la nomenclature ancienne et la nouvelle, une différence de conception de la constitution chimique élémentaire de la quinine, qui fait que le sel *neutre* de la première correspond au sel *basique* de la seconde, le sel *acide*, au véritable sel *neutre*. La même observation s'applique aux *mono*- et *bi*-sels qui ne sont pas sels *neutres* et sels *acides*, comme on serait tenté de le penser, mais véritables sels basiques ou véritables sels neutres. Il est cependant facile de mettre un peu d'ordre dans la question qui, comme on va le voir, est d'une simplicité et d'une clarté très grandes.

La quinine est une base *bivalente* : ce qui veut dire qu'elle exige, pour être saturée, *deux* molécules d'un acide *monobasique* comme l'est l'un des acides chlorhydrique, sulfurique, bromhydrique, sulfonique, etc., avec lesquels elle forme de sels.

Le sel *basique* sera donc celui qui sera le résultat de la combinaison d'une molécule d'acide avec la base. Il contient naturellement une proportion plus considérable de quinine, mais il est moins soluble que le sel neutre. C'est le véritable *mono*-sel et seul il mérite ce nom. Les expressions *mono*bromhydrate, *mono*chlorhydrate, etc., sont équivalentes aux termes : bromhydrate *basique*, chlorhydrate *basique*.

Le sel *neutre* est celui dont la base est saturée par *deux* molécules d'acide. Il correspond aux *bi*-sels, ou sels improprement appelés *acides*. Les expressions *bi*sulfate, *bi*chlorhydrate, etc., ou bien sulfate *acide*, chlorhydrate *acide*, correspondent aux véritables sels *neutres*. Ces sels neutres doivent en règle générale être employés en hypodermie à l'exclusion des autres. Lorsque l'on prescrit sulfate, chlorhydrate, etc., sans autre mention, le pharmacien doit toujours délivrer le véritable sel neutre.

La solubilité des sels de quinine est augmentée par l'antipyrine. Ce fait est utile à savoir lorsque l'on veut préparer des solutions concentrées. Mais nous verrons que la solubilité est généralement assez grande pour permettre toutes les applications hypodermiques de la quinine seule.

Nous ne saurions en effet trop nous élever ici encore, comme nous l'avons fait fréquemment au cours de ces articles, contre cette pratique détestable qui consiste à chercher à administrer le médicament hypodermique avec le minimum de véhicule. Loin de faciliter l'absorption on la compromet, sans préjudice des dommages locaux (indurations, actions caustiques) qu'on occasionne infailliblement. Lorsque dans la période algide de l'accès pernicieux, on peut craindre que l'absorption ne se fasse pas et qu'il faut avoir recours à l'injection intra-veineuse ou intra-trachéale de la quinine, il ne viendrait à l'idée de personne d'employer des solutions concentrées. Pourquoi les recommander pour le tissu cellulaire, où l'absorption, déjà ralentie par le processus morbide, sera encore retardée par la saturation du liquide injecté. Et, en matière de quinine, l'absorption compromise, c'est fréquemment la mort.

Une autre observation qui a son importance au point de vue de la rapidité de l'absorption est relative à la température de l'injection. Seringue et solution doivent être portées à une température voisine de 40°, et, s'il s'agit d'une injection intra-veineuse, on atteindra sans inconvénient 50°.

Propriétés thérapeutiques. — La quinine est d'abord et avant tout le médicament spécifique de la malaria. Elle agit sur la fièvre, en tuant l'hématozoaire du paludisme (Laveran). Ce fait, démontré par la clinique et l'expérimentation, dispense de longs commentaires. Il va sans dire que toute association, à l'antipyrine, par exemple, est, dans ces cas, formellement contre-indiquée : c'est une action *antiparasitaire* et non *antithermique* qui est cherchée et cette action ne peut être obtenue que par la quinine.

Par quelle voie convient-il d'administrer la quinine, chez les paludiques ? A quelle période de l'accès faut-il pratiquer l'injection ? Telles sont les questions que nous devons examiner.

Il résulte de la lecture attentive des observations que la voie de choix est la voie hypodermique, au moins dans les manifestations aiguës ou subaiguës du paludisme. L'estomac des malades est en effet ordinairement défectueux : fréquemment la quinine est vomie, l'absorption est nulle ou insuffisante. Pour assurer la tolérance du remède il faut fractionner les doses : l'incertitude la plus grande règne sur les résultats. La plupart des auteurs se livrent à des calculs compliqués dans le but de déterminer le moment utile où la quinine devra se trouver en proportion suffisante dans le sang pour s'opposer à l'invasion des hématozoaires : ils aboutissent à des conclusions et à des chiffres variables; car il est pour ainsi dire impossible d'évaluer la rapidité et le coefficient de l'absorption gastrique de la quinine. La même remarque est, *a fortiori*, applicable à la voie rectale. Le seul procédé qui soit sûr c'est l'injection hypodermique ou l'injection intra-veineuse suivant la méthode de Bacelli, cette dernière devant être réservée au traitement des accès pernicieux. Il en est de même de l'injection intra-trachéale pratiquée avec succès par Annequin.

Ce que nous venons de dire simplifie l'examen de la deuxième question : à quelle période de l'accès faut-il injecter la quinine ?

Elle peut être injectée à toutes les périodes de l'accès; elle en constitue le seul traitement rationnel d'urgence. Son action sur l'hématozoaire est toujours identique et constante. Mais lorsqu'on peut choisir son moment il est évident qu'il vaut mieux faire l'injection au début de l'accès.

Que faut-il entendre par ces mots : début de l'accès ? Le début réel de l'accès n'est pas le frisson; à ce moment la température centrale du malade dépasse déjà 39°. L'accès est annoncé par l'augmentation considérable de l'urée dans les urines, indice de l'exagération des combustions organiques. Dans la fièvre à type quotidien, l'écart entre le début réel et le frisson est de 2 heures environ. C'est donc 2 à 3 heures avant l'heure présumée du frisson qu'il faut injecter la quinine. Dans les types tierce et quarte cet écart est plus considérable, atteint de 6 à 8 heures dans le premier, 12 à 18 heures dans le second. Mais là, l'écart est moins important à évaluer au point de vue de la méthode hypodermique. Car il vaut mieux dans ces cas employer, suivant les préceptes de Laveran, le traitement mixte : c'est-à-dire l'injection au moment de l'accès ou pendant, l'ingestion dans l'intervalle des accès.

En dehors de la malaria, la quinine a une action presque spécifique dans la *grippe*. C'est dans cette maladie où l'association de cet alcaloïde avec l'antipyrine donne les meilleurs résultats. Ce mélange injecté au début de la grippe, surtout dans sa forme gastro-intestinale ou gastro-hépatique, peut la juguler : en tous cas, il en prévient les complications, en agisssant probablement d'une façon directe sur le poison grippal et spécialement sur les toxines qui produisent la sensation de courbature.

La quinine a encore été proposée comme antithermique dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la broncho-pneumonie infantile, le rhumatisme articulaire aigu. L'abaissement de température se produit d'une manière assez constante : en même temps la pression artérielle s'élève, le rhythme du cœur se ralentit et augmente d'amplitude. Mais pour obtenir avec certitude cet effet antithermique, il est nécessaire d'atteindre des doses élevées; il en résulte que la quinine est peu employée par la voie sous-cutanée dans ces diverses maladies : l'injection demeure indiquée chez les enfants où elle a son actif de nombreux succès.

Dans la tuberculose pulmonaire, contre la fièvre et les sueurs, la quinine s'est montrée très infidèle et ne peut être conseillée. De même dans les septicémies elle paraît être inefficace. Néanmoins les injections de quinine auraient rendu quelques services dans l'infection puerpérale post-abortive et même d'une façon générale dans le traitement de l'avortement incomplet. L'action de la quinine sur l'utérus est certaine et il est bon de savoir qu'il y a quelque danger à l'employer, sans indications formelles, chez les femmes enceintes de moins de trois mois.

Les injections de quinine dans les névralgies ne donnent guère de guérisons que dans celles qui sont d'origine palustre. Elles seraient efficaces dans l'insolation.

Enfin disons, pour être complet, que les sels de quinine comme les sels d'or et les sels de mercure ont été employés avec succès en injections sous-conjonctivales dans les cas d'ulcères ou abcès de la cornée avec hypopion.

(*A suivre.*) G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

SOCIÉTÉS FRANÇAISES. — *Académie de médecine* : Hystérotomie sphinctérienne. — Cicatrisation et reconstitution intégrale des cavités et conduits muqueux. — Massage dans les fractures. — *Société de chirurgie* : Chirurgie de l'estomac. — Anastomose tendineuse. — Abcès pelvi-rectal à pneumocoques. — Angiothripsie.— Kyste multiloculaire du cou (p. 1237).— Kyste dermoïde du cou.— Ostéotomie oblique du fémur.— *Académie des sciences*: Elimination de la chaux chez les rachitiques.— Entozoaires de l'homme en Normandie (p. 1238).
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.—Le Concours de la médaille d'or (chirurgie), et le Concours d'agrégation (médecine) (p. 1238).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 Décembre 1897.

L'hystérotomie sphinctérienne.

M. Defontaine (du Creusot) lit un mémoire qui aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'hystérotomie sphinctérienne constitue le traitement radical des métrites et des affections dans lesquelles l'inflammation septique de l'utérus entre en jeu, particulièrement des flexions utérines et des dysménorrhées d'origine utérine ainsi que des rétrécissements du col.

2° Elle agit en établissant l'évacuation complète de la cavité utérine, en facilitant l'involution de l'utérus enflammé et en empêchant toute infection ascendante des trompes.

3° Elle s'est montrée efficace là où la dilatation et le curetage avaient échoué.

4° Elle est une opération absolument bénigne.

5° L'obstacle qu'elle oppose à la grossesse doit la faire limiter aux cas dans lesquels l'espoir d'une conception est perdu et à ceux dont la gravité décide à passer outre sur cet inconvénient.

6° Une autoplastie ultérieure peut dans certains cas rétablir le sphincter utérin et la possibilité de la grossesse.

Cicatrisation et reconstitution intégrale des cavités et conduits muqueux après une large ouverture.

MM. Cornil et **Carnot**. — Il résulte des expériences que nous avons faites sur des chiens et des lapins que les conduits et réservoirs muqueux, lorsqu'ils sont ouverts largement et autant que possible maintenus étalés, ont une tendance pour ainsi dire invincible à se refermer, à reconstituer leur forme de cylindre creux ou de cavité. Dans ce processus les parties cicatricielles présentent à l'intérieur des cavités muqueuses les cellules de revêtement et les glandes qui y existent à l'état normal.

Le massage dans les fractures.

M. Labbé, en revenant sur la communication de M. Lucas-Championnière, soutient qu'à l'heure actuelle on abuse du massage dans les fractures. Il veut bien admettre que les fractures articulaires doivent être massées et mobilisées de bonne heure, mais pour toute une série de fractures, notamment pour les fractures de grands segments de membres avec fragments ayant une tendance à former saillie, il préfère l'immobilisation qui garantit mieux que le massage contre la pseudarthrose.

M. Lucas-Championnière, dans sa communication précédente, avait établi un principe qui est que l'immobilisation n'est pas favorable à la consolidation des fractures. Le seul effet de l'immobilisation c'est d'éviter une déformation, d'où il résulte que l'immobilisation est inutile dans les fractures qui peuvent guérir sans déformation.

Pour ce qui est des fractures diaphysaires, M. Championnière soutient que si, dans la fracture du fémur, on obtient de bons résultats avec l'appareil d'Hennequin, cela tient à ce que cet appareil, loin d'immobiliser le membre, établit une sorte de jeu entre les fragments.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Décembre 1897.

Chirurgie de l'estomac.

M. Tuffier. — J'ai opéré trois malades atteints d'ulcère de l'estomac, *un pleine efflorescence* de l'ulcère, pour combattre soit des hématémèses, soit des accidents septiques du côté du péritoine. Dans ces trois cas, j'ai pratiqué la gastro-entérostomie postérieure.

Dans deux cas, il s'agissait d'hématémèses ayant provoqué une anémie grave; dans le troisième, chez une femme, était survenue brusquement une vive douleur sous les fausses côtes gauches, avec ballonnement du ventre, faciès grippé, pouls rapide et filiforme. Mon premier malade est mort au 8e jour, avec des sutures parfaites et sans aucune réaction péritonéale. Mes deux autres opérés ont été guéri.

Dans ces cas, la gastro-entérostomie agit surtout en mettant l'organe au repos. La musculature se trouve ainsi immobilisée, et cela suffit pour supprimer les vomissements et les hémorrhagies.

Anastomose tendineuse.

M. Lejars. — Un de nos confrères de l'armée, M. Delamarre, nous a adressé une observation intéressante d'anastomose tendineuse. L'accident datait de 7 semaines, et il y avait plusieurs tendons sectionnés : les tendons extenseurs du médius, de l'annulaire et du petit doigt. Ne pouvant retrouver le bout central des tendons, l'auteur sutura les bouts périphériques au tendon extenseur de l'index. Après 6 semaines, cicatrisation complète et mouvements d'extension. Actuellement le fonctionnement des doigts est normal.

Abcès pelvi-rectal à pneumocoques.

M. Bazy. — J'ai eu occasion d'observer dernièrement un cas d'abcès de la fosse ischio-rectale avec prolongement dans l'espace pelvi-rectal supérieur contenant du pneumocoque, et il n'était pas possible de trouver dans les antécédents pathologiques de de ce malade l'explication de la présence de ce microbe.

De l'angiothripsie.

M. Tuffier. — J'ai cherché à pratiquer des hystérectomies sans pince ni ligature, et pour cela je me sers d'un instrument dont la force d'écrasement est telle qu'après son application les ligaments larges sont réduits à une très faible épaisseur, une feuille de papier à cigarette. J'ai pu, grâce à cet appareil, pratiquer ainsi deux hystérectomies avec une très bonne hémostase.

Kyste multiloculaire du cou.

M. Walther lit un rapport sur une observalion de kyste multiloculaire du cou appartenant à **M. Buffet**. Extirpation. Il existait en un point des adhérences avec la veine jugulaire interne, qui dut être liée.

M. Ricard rapporte un cas où les adhérences avec la jugulaire étaient tellement intimes et solides que la veine fut également ouverte au cours de l'opération.

M. Kirmisson signale des prolongements qui envahissent parfois le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

M. Walther insiste sur ces adhérences très fréquentes du kyste avec la jugulaire.

Kyste dermoïde du cou.

M. Broca lit un rapport sur une observation de kyste dermoïde du cou envoyée par **M. Chavannaz** (de Bordeaux). L'examen histologique a révélé l'existence de tissu lymphoïde.

Ostéotomie oblique du fémur.

M. Nélaton présente un malade auquel il a pratiqué pour cal vicieux consécutif à une fracture sous-trochantérienne, une ostéotomie oblique. L'extension continue a été nécessaire, et actuellement, au bout de 30 jours, le malade marche avec un faible raccourcissement (1 cent. 1/2).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 Novembre 1897.

Élimination de la chaux chez les rachitiques.

M. Œchsner de Conink. — Les résultats de 100 nouveaux dosages de chaux dans les urines d'enfants rachitiques, obtenus au moyen de la méthode rigoureuse que j'ai déjà eu l'occasion d'employer (voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 360), se décomposent de la manière suivante :

28 dosages donnent, pour un litre d'urine, une proportion de chaux supérieure à 0 gr. 144.

35 dosages donnent, pour le même volume d'urine, des proportions de chaux oscillant autour de 0 gr. 100.

25 dosages donnent, pour le même volume d'urine, des proportions de chaux comprises entre 0 gr. 080 et 0 gr. 050.

11 dosages donnent, pour le même volume d'urine, des proportions de chaux inférieures à 0 gr. 050.

D'après ces analyses, 28 p. 100 des rachitiques examinés éliminent une quantité de chaux considérable. Cette proportion est peut-être assez élevée pour qu'il soit permis de penser que la perte de chaux est sinon la cause, du moins l'une des causes principales de la maladie.

Les entozoaires de l'homme en Normandie.

M. Spalikovski. — Au cours de mes recherches sur l'anthropologie normande, j'ai déjà été amené à faire une enquête sur la fréquence des parasites chez les Normands. On sait, en effet, que telle ou telle race est plus sujette que d'autres à l'helminthiase.

Voici, d'après le souvenir de vieux médecins et mes notes personnelles, le pourcentage approximatif des divers entozoaires les plus répandus dans cette province : *amœba vaginalis*, 14; *amœba intestinalis*, 9; *coccidies*, 14; *tænia saginata*, 29; *tænia solium*, 39; *tænia echinococcus*, 20; *ascaris lumbricoides*, 34; *oxyuris vermicularis*, 40; *trichina spiralis*, 9.

L'âge d'infection varie considérablement suivant que l'on se trouve en présence d'enfants ou d'adultes. Ainsi l'*amœba vaginalis* est plus fréquente chez les jeunes filles que chez les femmes mariées. Les *coccidies* sont plus répandues chez les adultes, les femmes principalement. Les *ténias* sont l'apanage quasi exclusif des gens de trente à cinquante ans. Quant aux *ascarides*, on les rencontre indifféremment dans les deux sexes et le plus souvent entre quinze et vingt-cinq ans.

En résumé, il est permis de conclure que la Normandie est une des provinces où l'helminthiase est la plus fréquente.

M. Ranvier lit une note sur les premières modifications des nerfs dans les plaies simples de la cornée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Concours de la médaille d'or (chirurgie), et le Concours d'agrégation (médecine).

Je n'ai rien à ajouter à la lettre si précise et si explicite que je reçois de M. le professeur Bouchard et que je m'empresse de mettre sous les yeux de mes lecteurs.

Trop souvent déjà, en effet, j'ai développé dans ce journal les réflexions que doivent inspirer à tout esprit impartial les manifestations, aussi regrettables que stériles, que provoquent périodiquement tous les concours de la Faculté.

Je ne trouve rien à modifier à ce que j'ai écrit en 1892 (voir *Gaz. hebd.*, 1892, p. 146, 241 et 552). Je n'ai pas changé d'avis.

L. Lereboullet.

*A Monsieur le D*r *Lereboullet,*
directeur de la Gazette hebdomadaire
de médecine et de chirurgie.

Mon cher ami,

La *Gazette hebdomadaire*, dans son numéro du 23 décembre, reproduit sans commentaires un article de la *Gazette des hôpitaux* que je relève seulement parce que je le trouve dans un journal auquel j'ai eu l'honneur de collaborer. Cet article, à propos du concours de la Médaille d'or (chirurgie) et de l'Agrégation (médecine), contient des allégations qui manquent d'égards à la fois pour les juges et pour la vérité,

Comme président de ces deux jurys, laissez-moi vous dire que, pour le concours de la médaille, les trois nominations ont été faites à l'unanimité des cinq juges; d'où il faudrait conclure que le sort, en puisant par cinq fois dans l'urne qui contenait les noms de tous les médecins, de tous les chirurgiens et de tous les accoucheurs des hôpitaux, n'en a pas pu extraire le nom d'un seul juge équitable. Laissez-moi vous dire aussi que, malgré la *grève des candidats*, vingt-trois candidats parisiens se sont présentés pour se disputer les cinq places d'agrégés mises au concours. J'ajoute que, pour ce concours de l'Agrégation, j'ai la conviction que les décisions finales seront, comme il y a six ans, assez conformes à la justice pour nous valoir, comme il y a six ans, des colères dont je m'honore,

Bien à vous.

Bouchard.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

TABLE DES FIGURES

Ostéome du ligament rotulien, 169, 170.
Mandrins d'appareils de tubage, 193-195.
Moelle dans le pied bot congénital, 266, 267.
Tracé de la tête et de la main dans des cas de tremblement, 373, 374.
Seringue pour injections mercurielles, 442.
Mal de Pott, 505-509.
Sarcome actinomycosique, 534.
Pseudo-actinomycose, 535
Actinomycose pulmonaire, 536.
Dermite perlée, 537, 538.
Eléphantiasis cartilagineuse du nez, 578, 579.
Opérations sur le maxillaire inférieur, 628.
Kyste du cordon, 675.
Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. Radiographie, 731.
Traumatisme du coude, 893.
Coupe d'ulcère phagédénique, 964.
Botryomycose humaine, 1058, 1059.

TABLE DES MATIÈRES

Année 1897. DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* **Année 1897.**

Errata. — Une erreur de pagination a été faite dans les numéros 59, 61 et 63. Prière de rétablir la pagination véritable en remplaçant :

Dans le numéro	59,	page	685	et suivantes, par :	page	697	et suivantes.
—	61	—	709	—	—	721	—
—	63	—	733	—	—	745	—

A

Abadie. Hémorragies oculaires, 376. — Injections de sels mercuriels dans la syphilis, 454. — Glaucome, 474. — Goître exophthalmique, 735.
Abarnou. Croup, 150.
Abcès. — gazeux (Gayet), 140; (Bonnaud), 896, 898. — gazeux sous-diaphragmatiques (Courtois-Suffit), 1100. — ouverts dans la trachée (Closel), 246, 247. — pleuro-diaphragmatique (Verhoogen et Depage), 672. — rétro-pharyngiens (Laurent, Schleicher, Cheval), 48; (Puttemans), 72. — sous-diaphragmatique (Jolasse), 118; (Van Engelen), 240; (Körte), 624. — sous-phréniques (Besredka), 246, 248; (Michaux, Peyrot, Tuffier, Routier, Beyer, Potherat), 1124; (Picqué, Jaleguier), 1172; (Lejars, Monod), 1192. — pelvi-rectal à pneumocoques (Bazy), 1237. — Voir *Cuisse.*
Abdomen. — (Bougie de Hégar dans l') (Marchand), 667. — (Cavité de l'). Résorption (Hamberger), 177. — Contusions (Mendy), 56; (Vitrac, Chavannaz), 406; (Le Dentu, Michaux), 1013; (Tachard, Moty, Tedenat, Doyen, Février, Nimier), 1014; (Guinard, Rioblanc), 1015. — avec péritonite (Delore), 889; (Demons), 973. — Fibromes (Noirot), 703. — Fibrosarcome (Michaux), 667. — Fibromyome (Van Engelen), 71. — Opérations (Lauenstein), 779. — Plaies (Caillet, Chauvel), 909; (Chupin et Michaux, Robert), 40. — Plaie pénétrante (Weil), 561. — Traumatisme (Guinard), 523.
Abeilles. Venin (Langer), 240.
Abel. Avortement, 311.
Abelous et Biarnès. Ferments de l'organisme, 857.
Abercrombie. Fièvre typhoïde, 166.
Ablaire. Maladie des chiens, 629, 630.
Abraham, Arning, Von Bergmann, Thibierge, etc. Lèpre, 1152.
Absinthe. Intoxication (Pauly et Bonne), 455.
Absinthisme. Homicides (Hazemann), 367.
Académie de médecine. Reconstruction, 1140.
Acarien des vins sucrés (Trouessart), 792.
Accouchées. Température (Sarway), 1018.
Accouchement. — Déchirures du col (Audebert), 757. — Influence sur les enfants (Verrier, Gehuchten, Glorieux), 952. — Névralgie de Morton (Chambrelent), 407. — prématuré artificiel (David), 79, 80. — prématuré (Stieber), 398. — Voir *Pieds*, *Présentation*, *Utérus.*
Acétonurie. — (Nebelthan), 1137. — Signe de mort du fœtus (Knapp), 481.
Achard. Passage de la propriété agglutinante à travers le placenta, 233. — Appendicite suppurée, 303. — Fièvre typhoïde, 355. — Concours des médecins des hôpitaux, 587. — Concours des hôpitaux, 947. — Pleurésie putride, 1194.
Achard et Bensaude. Séro-diagnostic du choléra, 404.
Achard et Castaigne. Perméabilité rénale, 433. — Bleu de méthylène pour le diagnostic de la perméabilité rénale, 596. — Élimination du bleu de méthylène, 741. — Glycosurie alimentaire, 1117. — Zona céphalique, 1177. — Bleu de méthylène, 1217.
Achard et Lannelongue. Radiographie et microbes, 71.
Achard et L. Lévi. Paralysies d'origine cardiaque, 983.
Achard et Soupault. Tremblement héréditaire, 373.
Achard, Weil et Gourdet. Albumine acéto-soluble, 1218.
Acné éléphantiasique (Nedeltcheff), 896, 898.
Aconitine et cœur (Matthews), 1162.
Acrodermatites (Hallopeau), 455, 1195.
Acromégalie (Fournier), 125; (Rolleston), 408; (Baylac et Fabre), 788; (Tamburini, Sano, Claus, Glorieux, Debray, Winkler), 954.
Actinomycose. — (Habel), 103; (West, Green, Voelcker), 360; (Briau), 534; (Heim), 785; (Bérard et Nicolas); 1197. — animale (Démias), 535. — appendiculo-cæcale (Hinglais), 535, (Vannay), 548. — cervico-faciale (Duchamp, Poncet), 785. — dans le Gard (Reboul), 785. — de l'appendice (Gangolphe), 22. — Iodure (Bérard), 784. — néoplasique (Ducor), 785. — Typhlite (Gangolphe et Duplant), 755. — Voir *Centres*, *Dermite*, *Foie*, *Langue*, *Poumon*, *Pseudo-actinomycose*, *Sarcome.*
Actol (Maurange), 204.
Addison. Voir *Maladie.*
Adénie (Hayem), 236. — inguinale (Hansteen), 513. — génienne (Poncet), 1145. — Voir *Bubon.*
Adénoïdes (Végétations) des enfants (Cuvillier), 905.
Adénopathie. — syphilitique (Boyer), 1015, 1016. — Trachéo-bronchique (Audion et Bayeux), 137; (Delthil), 1015, 1016. — Granulie (Mathieu, Letulle), 524.
Adénoïdes (Tumeurs) (Gourc), 270. — Végétations (Bertrand, Guéneau), 824.
Adenot. Opération césarienne, 412. — Plaie du rein, 1126.
Adhérences herniaires (Trutié de Vaucresson), 729.
Adrian. Digitaline et digitoxine, 478.
Aérophagie hystérique (Perret, Mollière), 92.
Agglutinante. — (Propriété). Passage par le placenta (Achard), 233. — (Réaction) (Widal), 1143. — (Substance) typhique transmise par l'allaitement (Castaigne), 1123; (Widal), 1124.
Agglutination. — (Salinbeni), 682; (Widal), 887. — des microbes (Bensaude), 1085, 1086. — Pouvoir transmis au fœtus (Landouzy et Griffon, Charrin), 1076.
Agonie. Traumatisme (Haberda), 827.
Ahman. Infection à gonocoques, 779.
Aiguille révélée par la radiographie (Hennecart et Pillot), 1170.
Aine. Adénite (Hanstein), 513.
Aisselle. Adénophlegmon tuberculeux (Renault et Bernard), 657.
Akapnée (Mosso), 209; (Samson), 233.
Alapy. Stérilisation des sondes, 272.
Albarel. Rachitisme, 224.
Albarran. Tuberculose rénale, 1026. — Cathétérisme de l'uretère, 859, 1071. — Lithotritie, 860.
Albarran et Bernard. Cancer d'origine parasitaire, 642.
Alber. Saignée, 59.
Albertin. Déviations rachitiques, 1049.
Albrecht. Peste, 552.
Albu. Influence de la bicyclette sur le cœur et le rein, 214.
Albuminates et peptonates de mercure (Maurange), 562.
Albumine. — acéto-soluble dans une urine brightique (Achard, Weil et Gourdet), 1218. — Réactif (Boureau), 304.
Albuminoïdes. Décomposition (Seelig), 103.
Albuminurie. — (Tzabel), 200, 201; (Coiscou), 557, 558; (Kraus), 687. — Bleu de méthylène (Lemoine), 426. — cyclique (Viardot), 873. — des enfants (Hebner), 829. — des multipares Blandeau), 629, 630. — des nouveau-nés (Audebert et Arnozan, Fieux), 645. — diabétique (Gondart, Maurange), 994. — dyspeptique (Robin), 814. — éclamptique (Bar, Menu et Mercier), 1172. — grave (Patay), 438. — Perméabilité rénale (Dériaud), 1040. — rhumatismale (Collangettes, Maurange), 1115.
Albumoses impures en injections (Fiquet), 664.
Albumosurie (Hugounenq), 333; (Rosin), 1079.
Alcaloïdes. Posologie (Maurange), 32.
Alcaptonurie (Hirsch), 1162.
Alcool. — Désinfection (Epstein), 943. — et travail musculaire (Destrée), 720. — éthylique. Toxicité (Joffroy et Serveaux), 1066. — Intoxication (Berkley), 176. — Toxicité (Antheaume), 911, 912.
Alcoolisme. — (Sutherland), 810. — aigu (Stewart), 298. — chronique (Imbert), 935. — infantile. Épilepsie (Bourneville et Rellay), 306. — Influence sur le fœtus (Anthony, Fieux), 285. — Strychnine (Combemale), 457.
Alexandroff. Doigts en baguettes, 910.
Alexandron. Hernie inguinale, 586.
Alezais et François. Tension artérielle dans la fièvre typhoïde, 823.
Algies rhumatismales. Salicylate de méthyle (Duplessis, Maurange), 828.
Aliénation momentanée par alcoolisme (Sutherland), 810.
Aliénés. — et vagabonds (Marie et Hamel), 789. — Moelle (Anglade), 788. — Scopolamine (Tomasini), 631.
Allaitement. — (Héry), 317. — artificiel (Maurange), 1090. — Voir *Salicylate.*
Allen. Anesthésie, 632.
Allumettes. — et phosphorisme (Lereboullet), 179. — Manufactures (Magitot), 207.
Alopécies (Brocq), 574.
Alten. Ulcération du duodénum, 766.
Altitudes. Gaz du sang (Viault), 858.
Amblyopie. — d'origine traumatique (Chabannes et Ubry, Fromaget), 284. — toxique (De Wecker, Darier, Parinaud, Coppez, Bellencontre), 472.
Ambre gris. Bactériologie (Beauregard), 816.

Amibes. Voir *Entérite.*
Amidopropionate de mercure (Maurange), 515.
Amillet. Anémie aiguë après hémorragies puerpérales, 629, 630.
Amnésie. — rétrograde (Séglas, Carpentier), 258. — tactile (Burr), 683.)
Ampoule. — de Crookes. Troubles trophiques (Scholl), 935. — de Vater (Fichet), 23. — de Vater. Cancer (Thomas) 329.
Amputation de Syme (Delorme, Richard, Lejars, Championnière, Berger), 354; (Ollier), 498
Amputés. Moelle (Flatau), 359.
Amygdales. — Absorption des substances étrangères (Goodale), 903. — Cancer (Heaton), 71. — Chancre (Jullien), 257; (Ferro), 583, 584. — et infections (Lever), 779. — linguale. Inflammation (Bar), 480. — linguale. Syphilis (Ricci), 610. — Morcellement (Frémont), 583, 484. — Tumeurs (Ardenne), 151, 152. — Voir *Tonsillite.*
Amicis (De). Sarcomatose cutanée, 929.
Analgésie par application de la main (Bertran), 848.
Anastomose tendineuse (Lejars), 1237.
Andeer. Sécrétion de l'humeur aqueuse 1098.
Anderodias. Kystes des mamelles. 165. — Traumatisme de la jambe, 189. — Pouce supplémentaire, 212, — Grenouillette, 264.
Andérodias et Hugon. Fibro-chondrome branchial, 525.
André. Épilepsie jacksonnienne, 788. — Paralysies faciales, 1213.
Andreau. Résection du coude, 270, 271.
Andrieux. Fabrication du papier, 151, 152.
Anémie. — aiguë (Portes), 176. — grave avec splénomégalie (Dreyfus, Lépine), 526. — grave (Gumprecht), 82. — Hémoglobine et hématies (Géza Dieballa), 127. — helminthique (Ekkerth), 200, 201. — pernicieuse (Lenoble), 942; (Faber), 993; (Bret, Lépine), 1174; (Bardet), 307.
Anémies. — aiguës après hémorragies puerpérales (Amillet), 629, 630.
Anesthésie. — (Wood et Carter), 468. — chloroformique (Vidal), 388, 389. — dans la lèpre (Jeanselme), 667. — Influence sur la température (Allen), 632. — par l'éther (Gibert), Thorp), 776, 778. — Statistique (Gurlt), 449. — Voir *Ether, Paralysies.*
Anévrysme artério-veineux (Cerné), 739; (Boinet et Villard), 441. — cirsoïde (Roux, Nélaton), 40; (Reverdin), 1048. — de Rasmussen (Bonnet), 140. — Injections de gélatine (Lanceroaux), 593. — ouvert dans les plèvres (Ewart et Rolleston), 551. — veineux (Derveau), 1199. — Voir *Carotide, Hépatique, Sous-clavière.*
Angine. — (Kramer), 83. — à bacille de Friedländer (Nicolle et Hébert), 177. — à bacille en navette (Barbier), 1144. — à strepto-bacilles (Carré), 380. — de Ludwig (Ombredanne et Keim), 63; (Dubois), 1000. — de poitrine tabagique (Iovanovich), 895. — diphthérique (Guillemant), 557, 558. — diphthéroïde de la syphilis (Battier), 799, 801. — d'un nourrisson (Wicot, Nauwelaers), 931. — septicémie (Heddaeus), 969. — Froid (Busquet), 1012.
Angiocholite. — infectieuse. Cholécystostomie (Lejars), 277. — infectieuse (Delagenière, Quénu), 330; (Gilbert et Fournier) 666; (Michaux, G. Marchant), 403.
Angiolipomes (Reboul), 784.
Angiome. — (Juvanon), 439, 440. — et angiolipome (Reboul), 784. — et bec-de-lièvre (De Bovis, Mauclaire), 619
Angiothripsie (Tuffier), 1237.
Anglade. Moelle des aliénés, 788.
Angoisse (Dornblüth), 834.
Angué. Panaris, 439, 440.
Anguille. Voir *Sérum.*
Annexes. Lésions (Pichevin), 377.
Annexites (Audiau), 776. — et curetage (Audebert, Chaleix), 68. — Voir *Appendicite.*
Aniline. Intoxication (Spillmann et Etienne), 176.
Anilipyrine (Gilbert et Yvon), 641.
Anorexie hystérique (Tournier), 717.
Anosmies (Nique), 896, 897 1087.
Anse iléo-cæcale. Résection (Carel), 1207, 1208.
Antheaume. Alcoolisme, 911, 912.
Antheaume et Mouneyrat. Localisations de la morphine, 664.
Anthony. Alcoolisme, 285.
Anthracose (Claisse et Josué), 89.
Antipyrine. — (Deléarde), 1067. — Accidents (Clément), 923. — Dermatite et stomatites (Lyon, Dalché, Jasewicz), 283. — (Intolérance pour l') (Duchenne), 283.
Antiricine (Stépanof), 7.
Antiseptique (Solution) (Maurange), 273.
Antonelli. Syphilis héréditaire, 1111, 1112
Antony et Puissan. Myocardite infectieuse, 646.
Antre. Voir *Sinus.*
Anurie. — (Chevalier et Mauclaire), 1072. — calculeuse (Bégouin, Legueu, Loumeau, Boursier), 1072.
Anus. — contre nature (Franke), 297. — Corps étranger (Morestin, Letulle), 1219. — et rectum. Imperforation (Maffeï), 504. — Fissure (Doumer), 1030. — imperforé (Maffeï), 321. — Muqueuse (Pilliet), 982. — vulvaire (Petit), 282.
Aorte. — abdominale. Pseudo-anévrysmes (Ousmansky), 873, 874. — Anévrysme (G. Luys), 63; (Hervé et Lande), 116; (Chaillous), 208; (Bernard), 329; (Boinet), 682; Mouisset), 1078; (Weil et Mascarel), 1219. — Anévrysme de la crosse et méthode Röntgen (Béclère), 138. — Anévrysme disséquant (Chaillous), 497. — Anévrysme, radioscopie (Etienne), 694. — Anévrysmes, syphilis (Etienne, Faguer, Bernheim, Spillmann, Haushalter), 190. — Athérome dans la diphthérie, 669. — communiquant avec l'artère pulmonaire (Cazin), 873, 874. — Compression opératoire (Lennander), 657. — descendante. Anévrysme (Hervé, Mongour), 308. — Insuffisance (Bonnet, Bard), 597; (Julia), 607, 608. — Lésions de l'orifice (Martin, Bard), 140. — Lésions, rayons X (Béclère, Oudin et Barthélemy), 478. — Rétrécissement (H. Dickinson, N. Moore), 576; (Weber), 1198. — Rupture (Thoinot et Bernard), 1005. — Tubercule (Hanot et Lévy), 31.
Aortite. — aiguë (Iselin), 981. — aiguë par érysipèle (Thoinot et Griffon), 1055. — expérimentale (Boinet et Romary), 1060. — Mort subite (Lesage), 125.
Apert. Purpura, 473. — Tumeurs pigmentaires, 957.
Aphasie. — (Onuf), 609; (Masbrenier), 1045. — hystérique (Remak), 382. — motrice (Lantzenberg), 703, 704. — sensorielle (Lannois), 310.
Apnée des nouveau-nés (Audebert), 971.
Apomorphine (Guinard), 742, 824.
Apostoli. Dermatite radiographique, 690. — Courant ondulatoire, 815.
Appendice. — Folliculite suppurée (Ardouin), 1219. — Hernies (Briançon), 465, 466; (Bidwell, Langton, Eccles), 503. — Invagination (Mac Graw), 1167. — Pseudo-tuberculose (Gouget), 329. — Résection (Isch Wall), 1029.
Appendicite. — (Brun, Pozzi, Bazy, Routier), 16; (Gordon), 30; (Siredey et Le Roy, Rendu, Le Gendre, Mathieu), 113; (Puttemans), 120; (Sonnenburg), 165; (Iselin), 184; (Mosny), 233; (Reclus), 256; (L. Championnière, Dieulafoy), 279; (Potain, Laboulbène, Dieulafoy), 327; (Moizand), 331; (Reclus, Robin), 350; (Talamon), 355; (Villar, Braquehaye, Boursier), 357; (Villar), 358; (Labbé, Dieulafoy), 375; (Goluboff), 390; (Dumontpallier), 425; (Dieulafoy), 451; (Schrader, Karewski), 624; (Gallet, Péchère, Crocq), 720; (Letulle et Weinberg), 738; (Chevalier), 1029; (Hartmann, Mignot), 1125; (Dieulafoy et Caussade), 1144; (Armstrong, Cousins, Jordan, Hickinson), 1166; (Culianu), 1207; (Février et Weiss), 1221. — actinomycosique (Hinglais), 535. — aiguë (Monod et Vanverts), 985. — avec perforation (Lépine), 141. — avec pleurésie (Rioblanc), 1029. — calculeuse (Pilliet), 1142; (Comte), 1145. — des enfants (Renvers), 214; (Baginsky, Fürbringer, Sonnenburg), 215. — d'origine hystérique (Brissaud, Rendu), 282. — épidémique (Charrin), 209. — et annexite (Lutaud, Budin, Doléris), 282; (Delagénière), 1029. — et entéro-colite (Reclus), 303. — et grossesse (Vinay), 1197. — et hystérie (Talamon), Merklen, Hayem, Letulle, Siredey, Mathieu, Le Gendre), 305. — et pyléphlébite (Codd), 1198. — et salpingite (Richelot, Doléris), 377; (Doléris), 1006. — expérimentale (Josué, Charrin), 259. — grippale (Merklen, Florand, Moizard, Siredey, Rendu), 281. — herniaire (Bœckel), 1003. — oblitérante (Letulle et Weinberg), 1074. — perforante (Mauclaire), 88; (Potherat), 1028; (Letulle et Weinberg), 1170. — suppurée (Achard), 303.
Ardenne. Tum. de l'amygdale, 151, 152.
Ardoin. Infection digestive, 317, 318. — Eclats de cuivre sur l'œil, 826.
Ardouin. Calcul du ligament large, 619. — Pied bot congénital, 88. — Ulcère de l'estomac, 1219. — Folliculite suppurée appendiculaire, 1219.
Argétoyano. Névrites sulfocarbonées, 195.
Argon dans le sang (Schlœsing et Regnard), 184.
Argus réflexe (Gibert), 151, 152.
Aribaud, Actinomycose du foie, 1039.
Arié. Compression des nerfs des membres, 30.
Arloing. Sérum antidiphthérique, 310. — Toxicité de la sueur, 522, 816.
Arloing et Chantre. Sphincter ani, 544.
Armaignac. Tuberculose de la paupière, 473.
Armandon. Cystite tuberculeuse, 896, 897.
Armes empoisonnées (Le Dantec), 86.
Armstrong. Appendicite, 1166.
Arnaud. Paralysie générale, 721, 745, 759
Arnheim. Hypertrophie unilatérale du corps, 1222.
Aroche. Intoxication (Mégnin), 815.
Aron. Fractures de la rotule, 270, 271.
Arrault. Perforations intestinales par ascarides, 557, 558.
Arsenic. — Intoxication (Lugaro), 369. — Paralysies (G. Brouardel), 31.
Arsenicisme (G. Brouardel), 601.
Arsonval. Voir *D'Arsonval.*
Artault. Neurasthénie toxique, 89.
Artères. Plaies (Djémil-Pacha, Murphy, Nitze), 861. — Ulcérations (Boudriot), 439, 440.
Artérielle (Tension) (Gallois, Huchard), 644.
Artérioscléreux (Vertige) (Gourçon), 199.
Artériosclérose (Maurange), 226; (Norbury), 923.
Artérite syphilitique (Claude et Josué), 619.
Arthrite blennorrhagique. — (Mercier et Méténier, 262; (Bennecke, König), 450; (Bégoin, Binaud, Fieux), 692. — cervicale (Humeau), 461. — déformante (Stewart, Smith, Lindsay, Jacobi), 1191. — gonorrhéique (Rindfleisch), 1088. — pneumococciques (Duflocq et Ledamany), 405. — rhumatoïde (Riesman), 766. — tuberculeuse des nourrissons (Rovsinn), 103. — Voir *Polyarthrite.*
Arthritisme et bouche (Chemin), 80, 81.
Arthropathie tabétique (Djelalian), 6.
Arthrotomie (Duplay), 862.
Articulations. — Corps étrangers (Berthier et Sieur), 369. — Kystes synoviaux (Dauchelle), 246, 247.
Arzouian. Valvules sigmoïdes fenêtrées, 1113.
Ascarides. Voir *Intestin.*
Ascaris lumbricoides (Sabrazès et Cabannes), 547.
Ascite chyleuse (Lauquin), 935, 936; (Hirtz et Luys, Letulle, etc.), 983. — et tuberculose ganglionnaire (Brasch), 527. — lactescente (Sainton), 61.
Asepsol, réactif de l'urine (Barral), 857.
Asiles d'aliénés. Service médical (Doutrebente), 763.
Askanasy. Encapsulement du contenu intestinal, 104.
Assistance aux blessés (Broca), 227.
Association. — américaine de névrologie, 789. — des médecins de la Seine, 371. — française d'urologie, 1064, 1070, 1095, 1120. — française pour l'avancement des sciences, 782. — générale des médecins de France (Lereboullet), 393, 418. — médicale américaine, 764. — de Grande-Bretagne, 8, 978, 1142, 1166, 1191. — Voir *Congrès.*
Assurances (Compagnies d') (Lereboullet), 36.
Astasie-abasie. — (Nauné), 682. — choréiforme (Mongour et Liaras), 406. — Suggestion (Ginestous), 236.
Asthénopie musculaire (Vignes), 812.
Asthme (Kuss), 270, 271.
Astié. Syringomyélie, 342.
Astier. Étudiants étrangers, 707. — Admission des étudiants étrangers dans les facultés de Paris, 1128.
Astragale. Ablation (Vallas), 479. — Fracture (Destot), 501; (Kummer), 1048.
Asystolie (Merklen), 161. — Voir *Poumon.*
Ataxie. Bleu de méthylène (Lemoine), 570. — cérébelleuse (Spiller), 683. — Elongation (G. de la Tourette et Chipault), 401. — héréditaire cérébelleuse (Pauly), 526. — Méthode de Frenkel (Grasset), 788.
Atherton. Occlusion intestinale, 1191.
Athias. Cervelet, 413.
Athyroïdisme. Nanisme (Delore), 717.
Atrésies post-lupiques (Hallopeau et Weil), 455.
Atrophie. Voir *Muscles.*
Aubert. Induration des chancres, 319.
Auché. Ozène, 481.
Auché et Carrière. Hémorragies de la plèvre, 440.
Auché et Chavannaz. Injections intrapéritonéales du contenu des kystes ovariques, 641.
Auché et Hobbs. Tuberculose morte, 1053.
Auclair. Poisons du bacille tuberculeux, 728. — Tuberculose, 656.

Audebert. Rupture du cordon, 22. — Annexites, 68. — Pansement du cordon, 421. — Tranchées utérines, 517. — Grave hémorragie, 646. — Rétroflexion de l'utérus gravide, ptyalisme, 693. — Œdème des nouveau-nés, 717. — Déchirures du col dans l'accouchement, 757. — Apnée des nouveau-nés, 971.
Audebert et Arnozan. Albuminurie des nouveau-nés, 645.
Audebert et Binaud. Hystéropexie abdominale, 263.
Audiau. Annexites, 776.
Audion et Bayeux. Adénopathie trachéo-bronchique, 137.
Auditif (Conduit). Corps étrangers (Liaras), 406.
Audition. Physiologie (Lugaro), 1185.
Audry. Cancer du cœur, 1145.
Aufrecht. Cirrhose par phosphore, 483.
Augé. Chloroformisation, 679, 680.
Augereau. Pneumothorax latent, 295.
Augiéras. Sécrétion conjonctivales, 474.
Aurégan. Hydrorrée déciduale, 1207, 1208.
Auscher et Lapicque. Cirrhose pigmentaire, 160.
Autodigestion gastrique (Freund, Exner, Pascheles), 648.
Auto-infection. Voir *Œil*.
Auvray. Kyste de la mamelle, 1074.
Avant-bras. — Sarcome (Hennecart et Chifoliau), 185; (Richemond), 329. — Tumeurs (De Boucaud et Chemin), 1219.
Avortement (Abel, Mackenrodt, Kossmann), 311; (Skutsch), 614. — criminel (Lemoine), 465. — Curage digital (Hadot), 1086. — habituel (Charpentier), 400. — incomplet (Maygrier, Budin, Doléris), 668. — Infection (Fränkel), 1222. — Métrite (Pincus), 391. — par le curettage (Daclin), 466, 467. — Sulfate de quinine (Schwab, Cordes, Budin, Maygrier), 412.
Axis. Fracture (C. S. Wallace), 71.
Ayasse. Bec-de-lièvre, 342, 343.
Azoturie (Revilliod), 356.

B

Babès. Septicémie muqueuse, 158.
Babès et Manicatide. Syringomyélie, 154.
Babès et Nanu. Myosarcome intestinal, 391.
Babès et Remnitzer. Tabès, 177.
Babinski. Tétanos, 594. — Hémiplégie organique, 740.
Bacille. — d'Eberth (Faideau), 368. — de Friedländer (Grimbert, Nicolle et Hébert), 177; (Léon), 607, 608. — de Koch. Cultures (Bergonié et Ferré), 880. — de Löffler (Ferré et Creignon), 1146. — de Löffler et diphthérie (Lemoine, Barbier), 622. — diphthérique (Cobbette), 560. — tuberculeux. Poisons (Auclair), 728; (Kima, Poupé et Vesely), 1061; (Vesely), 1063. — typhique (Dvouyéglasoff), 200; (Remlinger et Schneider), 202. — typhique. Agglutination (Malvoz), 1018. — typhique (Lépine et Lyonnet), 1079. — typhique dans l'urine (M. Smith), 166. — Voir *Pyocyanique*.
Bacillus subtilis virulent (De Nittis), 665.
Bactériurie (Markovnikoff, Filatoff), 910.
Baderot. Délire religieux en Bretagne, 629.
Baeumler. Rhumatisme chronique, 565.
Baginsky. Pyélonéphrite infantile, 479. — Altérations du sang, 840.
Bailhache. Diathèses, 607, 608.
Baills. Méningite tuberculeuse, 896.
Bains. Voir *Pneumonie*.
Ball. Folie par emprisonnement, 876.
Ballet. Démence, 524.
Balthazard. Erythème radiographique, 689.
Balzer et Griffon. Erythème, 161. — Impétigo, 257. — Lymphangiectasie de la face, 498. — Urticaire à répétition, 669. — Erythrodermie desquamative, 669. — Streptocoque dans l'impétigo et l'ecthyma, 1031.
Balzer et Michaux. Crevasses du mamelon, 1195.
Bandler. Action du chloroforme et de l'éther sur le foie, 225.
Bannes. Inhalation d'acide carbonique, 221, 222.
Baqué. Salophène, 633.
Bar. Inflammation de l'amygdale linguale, 480.
Bar et Guyesse. Accidents dus à l'éclampsie, 439.
Bar, Menu et Mercier. Albuminurie éclamptique, 1172.
Barbadault. Incontinence d'urine des calculeux, 30.
Barbier. Rougeole, 114. — Chlorose, 211. — Angines, 1144.
Barbier et Tollemer. Diphthérie, 1055.
Barbour. Grossesse extra-utérine, 120.
Bard. Néphrites épithéliales, 494. — Flot lombo-abdominal, 1078.
Bardach. Fièvre récurrente, 904.
Bardeau. Grandes brûlures, 1162.
Bardet. Traitement des anémies, 307. — Rayons X et rétine, 663.
Bardier. Inanition, 159.
Barette. Tumeur du cerveau, 64.
Barié. Bicyclette et cœur, 755.
Barjon. Syndrome rhumatismal, 935, 936.
Barling. Cancer du larynx, 71. — Obstruction de l'intestin, 1198.
Barlow. Méningite circonscrite, 430. Cystoscopie, 1216.
Barnsby. Chondrome du calcanéum, 712.
Baron. Anesthésie par l'éther, 558, 559.
Baronoki. Théobromine, 683.
Barr. Hérédité, 609.
Barral. Hydrocèle, 826. — Asepsol, réactif de l'urine, 857.
Barraud (A.). Extrait de capsules surrénales, 899.
Barré. Oligurie dans l'urémie, 1053.
Barrs. Ulcère de l'estomac, 312.
Barth. Thrombose de la veine porte, 1055.
Barthélemy. Chancres et syphilides, 797. — Traitement de la syphilis, 803. — Diabétides génitales, 812. — Para-hérédo-syphilis, 822.
Bas. Kystes du pancréas, 875.
Basch et Weleminsky. Microorganismes dans le lait, 1210.
Basedow (Maladie de). — (Haushalter), 19; (Eulenburg), 616; (Matthes, Dolega, Bluhm), 617; (Soupault), 664. — Hydrothérapie (Winternitz, Schott), 686. — Pathogénie (Sellerier), 703.
Basedow-Graves (Syndrome de) réflexe (Mayzèle), 703, 704.
Bassin. — Drainage (Frölich), 1028. — Fracture (Mermet), 306. — Fractures. Voir *Urèthre*. — Hydatides (Benoît), 481, 482. — Myxome (Berger, Quénu), 428. — rétréci (Stieber), 398; (Budin, Bué), 412.
Bastard. Traitement du cordon, 629, 630.
Batailler. Peséccutés auto-accusateurs, 654, 655.
Bataillon et Terre. Tuberculose, 664.
Battier. Angines diphthéroïdes, 799, 801.
Bauby. Désarticulation de la hanche, 1049.
Baudouin. Sarcome du tractus uvéal, 481, 482.
Baudrand. Ulcération laryngée par tubage, 367.
Baudry. Simulation, 887.
Baumgarten. Infection puerpérale, 990, 991.
Bausquet. Broncho-pneumonie, 236.
Bayle. Névrites puerpérales, 558, 559.
Bayet. Lèpre et syringomyélie, 321. — Lipomes multiples, 432. — Destruction du septum nasal, 432. — Section des nerfs du poignet, 720.
Bayeux. Appareil de tubage, 193. — Intubation, 884. — Intervention dans le croup, 884.
Baylac. Tuberculose du cervelet, 789.
Baylac et Fabre. Acromégalie, 788.
Bazar de la Charité. Incendie. Nos deuils (Broca), 456.
Bazy. Rétrécissement de l'urèthre, 65. — Chirurgie du poumon, 185. — Fistule vésico-vaginale, 210. — Prostatiques, 543. — Abcès pelvi-rectal à pneumocoques, 1237.
Beaudouin. Varicelle, 1207, 1208.
Beauregard. Bactériologie de l'ambre gris, 816.
Bec-de-lièvre. — (Ayasse), 342, 343 (De Bovis), 619; (Severeano), 807. — compliqué (Samter, Wolff), 449.
Béchet. Familles des paralytiques généraux, 967, 969.
Bechtereff. Dilatation de la pupille, 440. — Tabès, 1162.
Beck. Hystéropexie, 808.
Béclère. Sérothérapie, 7. — Radioscopie pour anévrysme de l'aorte, 138.
Béclère, Chambon et Ménard. Chauffage des sérums, 65.
Béclère, Oudin et Barthélemy. Rayons X dans les lésions de l'aorte, 478.
Bégaiement (Chervin), 956.
Bégouin. Épithélioma de la verge, 23. — Hématocèle vaginale, 115. — Ulcère de l'estomac, 141. — Hystérectomie abdominale, 142. — Cancer du col utérin, 164. — Calcul bizarre du rein, 189. — Hernie crurale étranglée, 308. — Fibrome de l'utérus, 407. — Névrome plexiforme, 501. — Exostose de l'humérus, 598. — Arthrite blennorrhagique, 692. — Anurie calculeuse, 1072.
Bégouin et Andérodias. Fractures de la rotule, 1116.
Behrend. Lésions cutanées radiographiques, 1221. — Syphilis chez un tatoué, 624.
Behring. Thérapeutique étiologique, 617.
Bein. Oreillons, 687.
Bell. Diabète à la suite d'hypnotisations, 377. — Radioscopie cérébrale, 560. — Cancer du rectum, 1168.
Bellin. Môle hydatiforme et déciduome malin, 146.
Bellot. Délivrance, 465.
Below. Mélanurie, 695.
Benda. Étranglement interne, 70. — Cholestéatomes du cerveau, 191. — Cancer de la plèvre, 237. — Leucémie, 984.
Bendersky. Vêtement des femmes et estomac, 904.
Benedikt. Nerfs, 928.
Beneke. Cholestéatomes méningés, 1137.
Bennecke. Arthrite blennorrhagique, 450.
Benoit. Hydatides pelviennes, 481, 482.
Bensaude. Caillot dans le purpura, 65. — Agglutination des microbes, 1085, 1086.
Benzacétine (Maurange), 227.
Benzine. Intoxication (Santesson), 809.
Benzoate de mercure (Maurange), 484.
Benzo-iodhydrine (Chenal), 295, 296.
Bérard. Hystérie, 80, 81. — Goîtres, 147. — Actinomycose, 784. — Fièvre thyroïdienne, 1189.
Bérard et Nicolas. Actinomycose, 1197.
Berchoud. Fracture du crâne, 598.
Berdach. Hoquet épidémique, 288.
Berg. Uréthrite par bicyclette, 225.
Berger. Prognathisme, 896, 898.
Berger (E.). Holocaïne, 593.
Berger (P.). Fistule vésico-vaginale, 186. — Méningite post-opératoire, 207. — Prothèse nasale, 232. — Myxome du bassin, 428. — Fractures de la rotule, 621. — Sarcome des ganglions du cou, 667. — Abcès du foie, 679. — Épithéliomes du cou, 997.
Bergmann. Hernie diaphragmatique, 82. — Kystome de l'épiploon, 657. — Céphalhydrocèle traumatique, 657.
Bergonié. Radioscopie intrathoracique, 38. — Tic douloureux de la face, 816. — Courants de haute pression, 955.
Bergonié et Ferré. Bacille de Koch, 880.
Bériberi (Ghazarossian), 703.
Bérillon. Hystérie infantile, 761.
Berkley. Intoxication alcoolique, 176.
Berlioz. Acidité urinaire, 858.
Bernard. Anévrysme de l'aorte, 320. — Rougeole, 715.
Bernard (A.). Anévrysmes hépatiques, 199. — Température des nouveau-nés, 1015.
Bernard (J.). Syringo-cystadénome, 799, 801.
Bernard (L.). Hydronéphrose calculeuse, 1073.
Bernay. Rétrécissement de l'urèthre, 116.
Bernès-Lasserre. Hernie inguinale des enfants, 223.
Bernhard. Néphrite des enfants, 237.
Bernheim. Stomatite ulcéreuse, 648. — Hypnotisme, 848. — Endocardite, 1143.
Berthelé. Hydatides de la face, 466.
Berthier et Sieur. Corps étrangers des articulations, 369.
Bertran. Action analgésique de la main, 848.
Bertrand. Oxydations par la laccase, 521. — Végétations adénoïdes, 824. — Puériculture, 920, 921. — Dysenterie, 1002.
Besnier. Lèpre, 1052.
Besnier et Barthélemy. Nævus du coude, 575.
Besnier et Hallopeau. Mycosis fongoïde d'emblée, 670.
Besredka. Abcès sous-phréniques, 246, 248.
Besson (A.). Fièvre typhoïde, 899.
Bettmann. Urée comme diurétique, 83. — Glande thyroïde et glycosurie, 527. — Médication thyroïdienne, 779.
Beylot. Diabète sucré, 151, 153.
Bezançon et Bertherand. Cancer de rate, 1171.
Bezançon et Griffon. Infections, 546.
Bezançon et Ravaut. Pneumopathie microbienne, 1171.
Bézy. Tremblement hystérique, 762. — Hystérie infantile, 769.
Bézy et Marie. Hémiplégie infantile, 788.
Bial. Hypersécrétion du suc gastrique, 695.
Biard. Conjonctivite, 679, 680.
Biarnès. Fixation de l'oxygène du sang, 858.
Bibard. Décollement de l'épiphyse humérale, 439. — Odorat, 557, 558.
Bibliographie médicale (Hahn), 1085, 1086.
Bicarbonate de soude (Montagnon), 784.
Bickel. Action de la bile sur le système nerveux, 352.
Bicyclette. — Influence sur le cœur et les reins (Albu, Patschkowsky, Mackenrodt, Rosenthal, Virchow), 214.

— Effets (L.-H. Petit, Rendu, Le Gendre, Hallopeau, Merklen, Debove, Faisans), 517. — Surmenage (Mathieu, Faisans), 572. — et cœur (Barié), 755.
Bidwell. Hernie de l'appendice, 503.
Bierer. Coqueluche, 389.
Bigouin. Ankylose de la hanche, 264.
Biiodure de mercure (Maurange), 633.
Bilhaut. Mal de Pott, 814.
Biliaires. — Cancer (Claisse, Rendu), 1077; (Saint-Fusgien), 1111, 1112; (Rabé et Rey), 1142. — Fistule (Doyon et Dufour), 262. — (Infections) (Chauffard), 391; (Forgue), 1201; (Dauriac), 697. — (Lithiase). (Roux et Nattan-Larrier), 426; (Trautenroth), 1234. — (Lithiase). Estomac (Reichmann), 1088. — (Vésicule) atrophiée (Brunin), 384. — (Vésicule). Calcification (Claude), 233. — (Vésicule). Cancer (Griffon et Légal), 640. — (Vésicule). Epithélioma (Rabé), 640. — (Vésicule). Perforation (Faure et Siredey), 97. — (Calculs) (Mignot), 499; (Teale), 238; (Hunter), 1169; (Osler, Graham), 1170. — (Principes) et thermogenèse du nouveau-né (Charrin), 713. — (Voies). Abouchement dans l'intestin (Brun et Hartmann, Broca, Le Dentu), 260. — (Voies). Infection (Michaux), 201.
Bile. — (Dastre), 259. — antitoxique (Jardon), 558, 559. — et système nerveux (Bickel) 352.
Bilieuse. — (Fièvre) hématurique. Sang (Laveran et Nairet), 304. — hémoglobinurique (Dickson), 413.
Bilski. Anévrysme inguinal, 1207, 1208.
Binaud. Rétention placentaire, 22. — Kyste des petites lèvres, 68. — Commotion cérébrale, 333. — Eventration, 1147.
Binaud et Bégouin. Fibro-myome du mésentère, 549.
Binaud et Chavannaz. Cancer de l'urèthre, 1073.
Binda. Ostéomyélite, 1066.
Bishop. Stimulation cardiaque, 837.
Bismal (Maurange), 274.
Bismuth (Maurange), 256. — Intolérance (Dubreuilh et Dalché), 356. — (Sous-nitrate de). Intoxication (Tocheport), 43. — Voir *Sous-nitrate*.
Bitot et Sabrazès. Tabès, 441.
Blachstein. Chrysoïdine et vibrions cholériques, 59.
Blaise. Ulcère phagédénique, 961.
Blanc. Craniectomie, 782. — Hépatoptose, 823.
Blanchard (R.). Davainea Madagascariensis, 38. — Kyste du canal de Gärtner, 544.
Blandeau. Albuminurie des multipares, 629, 630.
Blanquinque. Psittacose, 87, 109.
Blastoderme. Tumeur par inoculation (Féré), 233.
Blennorrhagie. — (Werner), 225; (Boureau), 840; (Truzzi), 885; (Jullien et Sibut), 1071. — Bleu de méthylène (Moore, Maurange), 1068. — Cornes cutanées (Robert), 509, 511. — Kawakawa (Maurange), 299. — Rhumatisme musculaire (Jacquet), 500. — Voir *Talalgie*, *Ulcération*.
Blessés. Assistance (Broca), 227.
Bleu de méthylène (Laveran), 351; (Achard et Castaigne), 741; (Dériaud, Bourg, Héron de Villefosse), 1040. — Décoloration (Achard et Castaigne). 1217. — Élimination rénale (Voisin et Hauser), 493. — et rein (Achard et Castaigne, Voisin), 596; (Voisin et Hauser, Achard), 621. — Voir *Diabète*.
Blivet. Variole, 935.
Bloc. Siège décomplété, 849.
Bloch. Tumeurs du rein, 859. — Sensibilité de la peau, 1143.
Blondel. Chlorose, 356. — Élongation de la moelle, 426. — Colite mucomembraneuse, 1102.
Blumreich et Jacoby. Résistance à l'infection chez les dératés, 609.
Boas. Cancer de l'estomac, 69. — Cancer intestinal, 647.
Bobkoff. Induration du poumon, 200. 201.
Boccard. Hydronéphrose, 896, 898.
Boccasso. Névrome lingual, 632.
Bock. Épithélioma du gland, 345.
Bodin. Paralysies ascendantes aiguës, 150.
Bodin et Mibelli. Tondante rebelle, 1099.
Boech (De). Épidémie de folie, 322.
Bœckel (J.). Appendicite herniaire. 1003. — Cancer du rectum, 1047. — Hydronéphrose, 1064.
Boinet. Abcès du foie, 203. — Maladie d'Addison, 441. — Anévrysme de l'aorte, 682. — Hydatides du foie, 758. — Tétanos, 1119.
Boinet et Rey. Paludisme, 763.
Boinet et Romary. Aortites expérimentales, 1066.
Boinet et Villard. Anévrysme artério-veineux, 441.
Boisson et Rioblanc. Radiographie, 1145.
Boissons chaudes (Montagnon), 783.
Boisumeau. Diabète conjugal, 939.
Bokai. Intubation, 840, 883.
Bonain. Ostéo-périostite mastoïdienne, 475.
Boncour. Voir *Paul*.
Bond et Tubby. Rupture de la vessie, 202.
Bonhoff. Morve, 392.
Bonjour. Tumeurs à myéloplaxes, 1160.
Bonnafy. Statistique de Cochinchine, 544.
Bonnand. Abcès gazeux, 896.
Bonne. Racines postérieures, 935, 936.
Bonnet. Anévrysme de Rasmussen, 140. — Actinomycose de la langue, 537. — Râles caverneux rythmés, 548. — Insuffisance aortique, 597.
Bonnetblanc. Curettage, 79, 80.
Bonnier. Paralysie faciale, 1081. — Sens de l'orientation, 1217.
Bonnifay. Développement de la tête, 912.
Bonsignorio. Plaies de l'œil, 246, 247.
Booth. Œdème dans la maladie de Graves, 248.
Borborygmes (Sabrazès et [Lamarcq), 788.
Bordas. Glandes à venin des hyménoptères, 509.
Borel. Scarlatine, 703.
Borischpolskly. Épilepsie, 993.
Borland. Tuberculose pulmonaire, 765.
Borol (Maurange), 345.
Bormans. Urine dans la fièvre typhoïde, 631.
Borst. Mélanose du péricarde, 483.
Borsuck et Wizel. Épilepsie jacksonienne, 415.
Bosc et Pourquier. Clavelée, 902.
Bosche. Cancer utérin et grosssesse, 776
Bosdeveix. Luxations des cartilages costaux, 1207.
Bose (F.-J.). Cancer et maladie à sporozoaires, 857.
Botkowskaia. Des occipito-postérieures, 629, 636.
Botryomycose (Poncet et Dor), 999. — humaine (Poncet et Dor), 1058.
Bottini. Hypertrophie de la prostate, 414. — Rétention d'urine, 860.
Botulisme (Von Ermenghem), 159.
Boucaud (de) et Chemin. Tumeur de l'avant-bras, 1219.
Bouchard. Radiographie, 18. — Diagnostic radioscopique des maladies du thorax, 520. — Concours de la Médaille d'or, 1238.
Bouche. Kyste dermoïde (Chavannaz), 115. — Lichen plan (Hallopeau), 162. — Tuberculose inoculée (Tarrade), 849. — Tumeur du plancher (Fieux), 646.
Boucheron. Sinusite maxillaire aiguë, 209. — Sérothérapie dans les rhumatismes, 330. — Phlegmon du sac lacrymal, 692.
Bouchet. Pneumothorax tuberculeux, 522.
Boucher. Grippe, 752, 753.
Bouchot. Myocardite aiguë, 1041.
Boudriot. Ostéomyélites, 439, 440.
Bouet. Lombricose, 151.
Bouffé. Psoriasis et syphilis, 690.
Bougie de Hégar trouvée dans l'abdomen (Marchand), 667.
Bouilly. Kystes des ovaires, 1052.
Bouin. Hystogénèse du tube séminifère, 1135, 1136.
Boulay. Intubation, 883.
Bouleau. Voir *Thé*.
Boursier. Micrométrie du fond de l'œil, 875.
Bourdette. Motilité exagérée de la langue, 188.
Bourdicaud-Dumay. Hémiplégie cérébrale, 967.
Boureau. Réactif des albumines, 304. — Blennorrhagie, 840.
Bourg. Perméabilité rénale, 1040.
Bourgeon (A.). Température dans la rougeole, 1041.
Bourneville. Idiotie myxœdémateuse, 91.
Bourneville et Rellay. Hémiplégie et épilepsie alcooliques, 306.
Bourquet et Tocheport. Luxation de la hanche, 22.
Boursier. Kystes de l'ovaire, 863.
Bousquet. Abcès du cerveau, 525.
Bouton d'Alep (Brocq et Veillon, Moty, Hallopeau, Augagneur), 497. — de Murphy (Marwedel), 423.
Bovis (De). Angiome et bec-de-lièvre, 619.
Boyer. Grossesses multiples, 990. — Adénopathies syphilitiques, 1015, 1016.
Bozzolo. Sarcomatose, 585.
Braatz. Plaies infectées, 882.
Brachio-céphalique (Anévrysme) (Lanessus), 30; (Hervé et Lande), 116; (Larrieu), 703.
Brachial. — (Plexus). Paralysies radiculaires (Cibert), 935. — (Fibro-chondrome) (Andérodias et Hugon), 525. — (Fistules) (Riedel), 448.
Bradfort. Ligature des uretères, 1198.
Bradydiastolie (Huchard), 1054.
Bramwell (Byrom). Sarcome du foie, 249.
Bramwell (Milne). Hypnotisme et suggestion, 955.
Braquehaye. Cholestéatome de l'oreille, 234.
Brasch. Ascite et tuberculose ganglionnaire, 527. — Syringomyélie, 1174.
Brauer. Paralysie pseudo-bulbaire, 319.
Brault. Plaie pénétrante du crâne. 653. — Néphrite, 809.
Braun. Ponction lombaire, 449. — Perforation de l'estomac, 779.
Bréal. Fracture du rachis, 264.
Bremer. Sang dans le diabète, 904.
Brentano. Hernie rétro-péritonéale antérieure, 624.
Bresard. Chirurgie pulmonaire, 481, 482.
Bret. Anémie pernicieuse, 1174.
Briançon. Hernies de l'appendice, 465, 466.
Briand. Pendaison, 87.
Briau. Luxation de la hanche, 455. — Physiologie des racines postérieures. 456. — Actinomycose, 534. — Eléphantiasis du nez, 577. — Gastro-entéro-anastomose, 597. — Iodothyrine dans le goitre, 787. — Ectromélie, 1079.
Briau et Poncet. Myxochondrome du nez, 358.
Briend. Vomissements de la grossesse, 55, 56.
Brindeau et Georghinu. Hydramnios, 438.
Brisard. Eternuement, 368.
Brissaud. Infantilisme myxœdémateux, 1042. — Appendicite d'origine hystérique, 282.
Broca (A.). Polype muqueux naso-pharyngien, 37. — Cancer du foie, 137. — Assistance aux blessés, 227. — Cholestéatome de l'oreille, 234. — Dilatation du canal cholédoque, 278. — Admissibilité dans le concours des hôpitaux, 444. — Nos deuils, 456. — Coxalgie, 546. — Tumeur sublinguale, 739. — Hernies des nourrissons, 1026.
Broca (A.) et Richet. Période réfractaire dans les centres nerveux, 135, 328.
Brocq. Télangiectasies, 67. — Epithéliomes kystiques, 257. — Séborrhées et alopécies, 574. — Nævus de la face, 669.
Brocq et Bernard. Hémato-lymphangiome de la langue, 1100.
Brocq et Veillon. Bouton d'Alep, 497.
Bromure d'éthyle dans les extractions dentaires (Pietsch), 1043.
Bron. Kystes du fémur, 55, 56.
Bronches. Dilatation (Lorrain), 233; (Mongour et Lafarelle, Antony, Boursier, Arnozan), 1146. — épartérielle (D'Hardivillier), 816.
Bronchite chronique des enfants (Frouin), 174, 175. — fétide et hyposulfite de soude (Dumas), 203. — pseudo-membraneuse (J. Lépine), 1225.
Bronchopneumonie. — à tétragènes purs (Deléarde), 637. — chez la mère et l'enfant (Bausquet, Audebert, Bourquelot, Frieux, Chambrelent, Maunous, Freim), 236. — infantile (Meunier), 111; (Kuborn, Maurange), 538.
Broncho-pulmonaire (Infection) (Meunier), 174.
Brot. Immunité vaccinale, 941, 942.
Brouardel (G.). Paralysie arsenicale, 31. — Herpès, 87. — Arsenicisme, 601.
Brouardel (P.). Conférence de Venise, 328. — Œdème du poumon, 450. — Vaccination antirabique, 592.
Brousse. Œdème du larynx, 557, 558.
Brown. Encéphalocèle, 584. — Anévrysme de la maxillaire interne, 1142.
Bruce. Structure de la moelle, 319.
Brucker. Rouget, 1215.
Bruhl. Pneumotyphus, 99.
Bruit de rouet (Galliard), 500.
Brûlures. — (Tschmarke, Sendler), 44. — Acide picrique (Miles), 719. — Autoplastie (Delbet), 158. — (Grandes) (Bardeau), 1162.
Brun. Appendicite, 16. — Kyste de l'ovaire, 281. — Péritonite à pneumocoques, 320. — Coagulations intravasculaires chez les tuberculeux, 413, 414. — Redressement de la gibbosité, 477.
Brun et Hartmann. Abouchement dans l'intestin des voies biliaires, 260.
Brunet. Suc pulmonaire, 151, 152. — Suc pulmonaire, 301.
Brunin. Vésicule biliaire atrophiée, 384.
Brunner. Hernie inguinale étranglée, 993.
Bruns. Tumeurs cérébrales, 863.
Brunton. Médecine pratique, 806.
Brunton (L.). et Bowlby. Laparotomie pour perforation intestinale typhique, 118.
Bubon (Deutsch), 1042. — chancrelleux (Fournier), 223.

BUCCELLI. Paralysie infantile, 778.
BUDINGER. Diastasis de la ligne blanche, 754.
BUDIN. Rétrécissement du bassin, 412. — Lait des nourrices, 439. — Avortement, 658.
BUÉ. Mole vésiculaire, 438.
BUFFET. Kyste du cou, 1237.
BUGLER. Cancer de l'estomac, 33.
BUIST. Hémorrhagie génitale, 119.
Bulbe. Affection (Schlesinger), 96. — Tubercule (Lévi), 737. — Voir *Paralysie, Protubérance*.
Bulbo-spinale (Paralysie) (Kalischer), 248.
BURCHARD. Coxa vara, 850.
BUREAU. Cancer de l'œsophage, 1143.
BUROT. Tétanos à Madagascar, 111.
BURR. Amnésie tactile, 683.
BUSCARLET. Massage dans les fractures, 1047.
BUSCHKE. Champignons de la levure, 1056.
BUSQUET. Furoncle, 705. — Oreillons, 957. — Angines, 1012. — Sporozoaires du cancer, 1143.
BUTHAUD. Luxations du coude, 55, 56.
BUYCK. Hydrocèle, 799, 800.
BUYS. Sérothérapie dans l'ozène, 48.

C

CABANNES et UBRY. Phlegmon de l'orbite, 378.
CABELLO. Kyste épidermique du doigt, 1085, 1086.
CABROL, Tabès, 990, 992.
CACAUD. Association de rougeole et de scarlatine, 967.
CACHE. Tabès, 990, 991.
Cachexie palustre (Georgieff), 1160. — pigmentaire (Caramanos), 941, 942. — Réaction de débilité (Girard), 1179.
CADE. Anomalie du cœur, 623. — Ulcère de l'estomac, 1078.
Cæcum. — Cancer (Palleroni), 556. — Invagination (Mac Graw), 1167. — Nodosités inflammatoires (Demoulin et Lavillauroy), 512. — Tuberculose (Vautrin), 380.
Caféine. Accidents (Dalché, Gallois, Le Gendre), 307.
CAILLET. Acides sulfo-conjugués de l'urine, 86. — Plaies de l'abdomen, 909.
Caisses de secours pour les veuves de médecins (Lereboullet), 105.
Calcanéum. — Chondrome (Barnaby), 712. Hyperostose blennorrhagique (Liaras et Hobs, Villar), 163.
Calculeux. Voir *Incontinence*.
Calculs. Voir *Appendicite, Biliaires, Urinaires, Vessie*.
CALMETTE (A.). Sérum antivenimeux 552.
CALMETTES et DELÉARDE. Toxines non microbiennes, 202.
Calomel. — (Mongin), 295, 297; (Maurange), 515; (Nogué), 1067. — Idiosyncrasie (Mignon), 1197.
Calorifères de cave (Gréhant), 352.
CALOT. Mal de Pott, 807, 1001. — Scolioses graves, 1001.
Cals exubérants (Frère), 752, 753.
Calvitie (Sabouraud), 257.
CAMAC. Maladies du cœur, 764.
CAMESCASSE. Gangrène des extrémités, 1144.
CAMINADE. Développement thoracique, 151, 157.
Camphre antigalactagogue (Herrgott), 214.
CAMPOS. Sécrétion lacrymale, 620. — Nerfs sécréteurs des larmes, 941, 942.
CAMUS. Diphthérie, 389, 390.
CAMUS et GLEY. Activité de la présure, 816.
Canal. — de Wharton. Calcul (Hajek), 96. — de Gärtner. Kyste (Blanchard), 543. — Voir *Cholédoque, Thoracique, Vertébral*.
Canaux semi-circulaires (Kœnig), 679.
Cancer. — (Bosc), 857. — d'origine parasitaire (Albarrand, Bernard), 642. — Sérothérapie (v. Jaksch), 225. — vert (Paviot et Gallois), 20; (Paviot et Fayolle), 284. — Voir *Ampoule, Amygdale, Biliaire, Cœur, Estomac, Foie, Larynx, Muscle, Œsophage, Pharynx, Rectum, Sporozoaires, Surrénal, Urèthre*.
CAPDEPON. Ligature de la carotide primitive, 43.
CAPITAN. Chlorose, 1216.
CAPITAN et CROISIER. Inversion des viscères, 738.
CAPITAN et POKRYCHKINE. Phonendoscopie, 642.
CAPMARTY. Cœur dans les néphrites, 388.
Capsule. — interne. Lésion du genou (Daland), 1233. — interne. Tumeur (Jacobsohn, Schuster), 382. — surrénale. Effets de l'ablation (Donetti), 546.
CARAGEORGIADÈS. Endocardite, 101, 102.
CARAMANOS. Cachexies pigmentaires, 941, 942.
CARBAJAL. Présentations occipito-postérieures, 909.
Carbone. Dosage (Desgrez), 1217.
Carbonique (Acide). Inhalation (Bannes), 221, 222.
Cardiaques. —Exercice musculaire (A. Fränkel, Leyden, Lévy), 93. — Exercice musculaire (Mayer, Albu, Zuntz), 118. — Régime (Rumpf), 312.
Cardiopathies (Krivonogoff), 200; (Rumpf), 618.
CAREL. Résection de l'anse iléo-cæcale, 1207, 1208.
Carie sèche (Rusovici), 1160.
CARLET. Pleurésie enkystée, 1040.
CARLIER. Hypertrophie de la prostate, 1070. — Tuberculose du rein, 1071. Tumeurs du rein, 1071.
CARMONO Y VALLE. Hépatite intercellulaire, 873.
CARNOT. Tuberculose utérine, 259. — Pigmentation, 682.
Carotide. — Anévrysme (Prosser), 215. — primitive. Ligature (Capdepon), 43.
CARPENTIER. Tuberculose surrénale, 935.
CARR. Méningite, 383.
CARRÉ. Angines à strepto-bacilles, 380.
CARRET. Entérocolite, 654, 655.
CARREZ. Obésité, 967, 968.
CARRIÈRE. Lèpre mixte, 164. — Symphyse du péricarde, 189. — Érysipèle, 212. — Leucémie sphlénique, 264. — Ulcère tuberculeux de la joue, 284. — Lésions dues à la tuberculine, 320. Lupus de la langue, 333.
CARRIÈRE, et RAINGUET. Névrite ascendante, 501.
CARRIÈRE et WICHU. Ostéo-sarcome coxal, 406.
CARRIEU. Néphrites, 879.
CARTAZ. Abcès du voile du palais, 464.
CARTER. Tumeur du médiastin, 312.
CARVASSE. Atrésie de la veine cave inférieure, 1143.
CASAL. Rhumatisme déformant, 873, 874.
CASCIANI. Éthers sulfuriques dans l'urine, 610.
CASPER. Castration, 311. — Gonorrhée chronique, 632. — Castration et prostate, 826. — Testicules et prostate, 1042.
CASSAN. Rétrécissement mitral ancien, 511.
CASSE. Paralysies post-chloroformiques, 321.
CASSIRER. Maladie de Friedreich, 647.
CASTAIGNE. Tubercule cérébral, 88. — Cirrhose atrophique, 88. — Septicémie à tétragènes, 451. — Pneumotyphoïde, 649. — Maladie d'Addison, 569. — Epithélioma surrénal, 1075. — Substance agglutinante et allaitement, 1123.
CASTEL (DE). Langue géographique, 454.
CASTEX. Affections du larynx, du nez, etc., et médecine légale, 464. — Maladies de la voix, 930. — Laryngotomie, 930.
Castration. — (Casper), 311; (Hazarabédian), 342; (Delagénière), 1095. — abdominale (Jonnesco), 864. — de la femme (Kehrer), 718. — et prostate (Casper), 826. — secondaire (Vitrac), 142.
Cataracte (Chevallereau), 692. — Guérison (Kœnig), 376. — Opération (Terson, Rohmer, De Wecker, Dufour), 473.
Catarrhe suffocant (Veillon), 1015, 1016.
Cathétérisme rétrograde (Princeteau et Michel), 23.
CAUJOLE. Pyloroplastie, 1.
CAUVIN. Fractures, 207.
Cave (Veine) inférieure. Atrésie (Carvasse), 1143.
Cavité génitale. Microbiologie (Stint), 583, 584.
CAZIN (L.). Communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire, 873, 874.
CAZIS DE LAPEYROUSE (A. DE). Eau chaude hémostatique, 317.
CECCHERELL. Rétrécissements de l'œsophage, du pylore et du rectum, 806.
Cécité psychique (Lépine), 358, 379.
Cellule. — nerveuse (Goldscheider), 287; (Heger, Stéfanowska), 658.— nerveuse. Altérations cadavériques (Neppi), 683. — nerveuse. Fatigue (Pugnat), 1123. — nerveuse. Pathologie (Marinesco, Ballet et Dutil, Sabrazès), 833.
CELS. Kératose pilaire, 6.
CENAS. Lèpre nostras, 783. — Empyème, 814.
Centres nerveux. — Actinomycose (Job), 534. — Cellules de l'écorce dans les foyers destructifs (De Grazia), 1088. — Microorganismes (Seitz), 1234. — Période réfractaire (Broca et Richet), 135, 328.
Céphalalgie. — avec hallucination (Mitchell), 1233. — chronique. Bleu de méthylène (B. Lewy), 31.
Céphalhydrocèle traumatique (Bergmann), 657.
Céphalométrie (Bonnifay), 912.
Cérébello-médullaire (Affection) (Pauly et Bonne), 441.
Cérumen (Lannois et Martz), 456.
Cerveau. — Abcès (Grunert), 81; (Reynier, Broca, Championnière, Brun, Félizet, Marchant), 90; (Guinard), 260; (Vouzelle), 352; (Mills et Spiller), 391; (Bouquet), 525; (Jaboulay et Rivière), 1025. — Abcès et tumeur (Jeanne), 618. — Affections infantiles (Koeppen), 984. — Chirurgie (Washburn et A. Lane), 336; (Knaggs), 383. — Cholestéatomes (Benda), 191. — Commotion (Binaud), 333. — et labyrinthe (Ewald), 154. — Excitabilité (Richet et A. Broca), 137. — Gliome (Devic et Courmont), 467. — Hémorrhagie (Lea), 144. — Lésions de l'hémisphère droit (Marie et Kattwinkel), 356. — Localisations (Ferrand), 888. — Maladie rare (Higier), 248. — Maladies. Faim et soif consécutives (Paget, Wallès, Colman, Fowler, Smith), 192. — Radioscopie (Bell), 560. — Sarcome (Cottet et Morély), 1219. — Syphilis (Kahane), 239. — Traumatisme (Solly), 238. — Tubercule (Castaigne), 88; (A. Martin). 476. — Tumeur (Thomas et Keen), 31; (Hambotte), 46; (Broca, Barette), 64; (Kempner et Fragstein), 754; (Zenner), 790; (Bruns), 863. — Voir *Capsule, Centres, Corps calleux, Ventricule*.
Cervelet (Thomas), 911, 912. — Abcès (Viollet), 522. — Gliome (Trenel et Antheaume), 922. — Hémorrhagie (Martin et Latteux), 63. — Histogenèse (Athias), 413. — Ramollissement par artérite syphilitique (Claude et Josué), 619. — Sarcome (Nonne), 335. — Tuberculose (Hahn), 239; (Baylac), 789. — Tumeur (Charton), 1080.
Cervicale (Colonne). Fracture (Heydenreich, Frœlich, Gross, Weiss), 309.
CESARE. Epilepsie, 1088.
Césarienne (Opération). — (Pollosson), 358; (Adenot), 412; (Pinard), 639; (Guéniot), 640; (Fritsch), 705; (Vasten), 744; (Loison), 1079. — avec hystérectomie abdominale (Pinard et Segond), 62.
CESTAN. Kyste mucoïde du gland, 136.
CESTAN et MOUCHET. Traumatisme du coude, 892.
CHABANNES et UBRY. Amblyopie, 284.
CHAILLOUS. Anévrysme de l'aorte, 208. — Anévrysme disséquant de l'aorte, 497. — Intoxication par le sublimé, 1075.
CHALAIS. Mal perforant, 967, 968.
CHALUFOUR. Fractures de la rotule, 342.
CHAMBARD-HÉNON. Zona, 548. — Pneumonie infantile, 1079. — Zona, 1090.
CHAMBRELENT. Infection puerpérale, 407. — Névralgie de Morton, 407. — Symphyséotomie, 693.
CHAMPIONNIÈRE (L.). Fistules vésico-vaginales, 260. — Entérocolite et appendicite, 279. — Fracture de la clavicule, 327. — Cure radicale des hernies, 736, 861. — Fractures, 819. — Fracture de l'humérus, 1215.
Chancres. — (Barthélemy), 797. — Induration (Aubert), 349. — mous (Lanz), 632. — multiples (Lesné, Besnier, Mauriac), 669; (Morel-Lavallée, Fournier), 670.
CHANTEMESSE. Toxine typhique, 88.
CHAPUT. Fracture des deux rotules, 499. — Ulcère de l'estomac, 1006.
Charbon. — Infection (Le Roy des Barres), 888; (Roger), 982. — Moelle osseuse (Roger et Josué), 689. — pulmonaire (Pétroff), 1114. — Voir *Sérum*.
CHARPENTIER. Avortement habituel, 400. — Scarlatine, 967.
CHARPENTIER et LUTAUD. Déclaration des fœtus, 643.
CHARRIN. Appendicite, 209. — Toxines et cœur, 305, 353 — Sécrétions multiples d'un même microbe, 451, 520. — Lécithines et croissance, 477. — Principes biliaires et thermogénèse, 713. — Pigmentation, 713. — Monstre double, 713. — Chlorose, 790. — Défenses gastro-intestinales, 791. — Modifications des échanges, 791. — Urologie du nouveau-né, 792. — Hérédité indirecte, 815.
CHARRIN et CLAUDE. Atrophie musculaire pyocyanique, 1217.
CHARTON. Tumeur du cervelet, 1080.
CHARTRES. Ophthalmie des nouveaux-nés, 151, 152.
CHATIN (J.). Huîtres et fièvre typhoïde, 256.
CHAUVEAU. Dépense énergétique des muscles, 18. — Toxines microbiennes, 184. — Travail des muscles, 328.
CHAUFFARD. Lithiase biliaire, 391. — Infection blennorrhagique, 403. — Insuffisance tricuspide, 477. — Cirrhoses du foie, 865.
CHAUVAIN. Tuberculose chez les variolisés, 1141.
CHAVANNAZ. Kyste dermoïde du plancher buccal, 115. — Kyste du médius, 379. — Ostéomyélite du fémur, 407. — Kyste dermoïde de la grande lèvre, 646. — Kyste dermoïde du cou, 1238.

CHAVANNAZ et MICHEL. Hypertrophie de la prostate, 285. — Encéphaloïde testiculaire, 406.
CHELMONSKI. Refroidissement, 1209.
CHEMIN. Arthritisme, 80, 81.
CHENAL. Benzo-iodhydrine, 295, 296.
CHENU. Sérums lactescents, 367.
CHERECHEWSKI. Sens musculaire et des altitudes, 317, 319.
CHERVIN. Bégaiement, 956.
CHEVAIS. Rhumatisme chronique, 911.
CHEVALIER. Appendicite, 1029.
CHEVALIER et MAUCLAIRE. Anurie, 1072.
CHEVALLEREAU. Tuberculose intra-oculaire, 1078. — Cataracte, 692.
CHEVALLIER. Sérothérapie antidiphtérique, 56, 58. — Goutte saturnine, 1183, 1184.
CHEVASSUS. Fracture du cubitus, 40.
Cheveux. Aplasie moniliforme (Jeanselme), 163.
CHEYNE. Gibbosité pottique, 1175.
CHEYNET. Hyoscine, 1044.
CHIARI. Cancer du larynx, 886.
CHIBRET. Fistule vésico-intestinale, 1002.
Chiens (Maladie des) (Ablaire), 629, 630.
CHIPAULT. Résections des racines postérieures, 62. — Gibbosités, 76. — Mal perforant, 328, 1049.
Chirurgiens. Responsabilité (Lereboullet), 946.
Chloroforme. — Action sur le foie (Bandler), 225. — Paralysies (Casse), 321. — Voir *Anesthésie*.
Chloroformisation (Augé), 679, 680.
Chlorose. — (Barbier), 211; (Huchard, Le Gendre, Ferrand), 212; (Bardet), 307; (Blondel), 356; (Charrin), 790; (Gilbert), 809; (Warfvinge, Goloubinine, De Dominicis), 836. — Ingestion d'ovaires (Maurange), 995. — ménorrhagique (Gaullieur L'Hardy), 728. — Souffle veineux (Gilbert et Garnier), 427. — thyroïdienne (Capitan), 1216. — Traitement (Maurange), 676.
Chlorure. — de sodium. Action (Maurel), 89. — et cyanure d'or (Maurange), 1068.
Cholécystite. — calculeuse (Tixier, Poncet), 717; (Moulonguet), 1030. — infectieuse (Lejars), 277.
Cholécystostomie (Lejars), 277.
Cholécystotomie idéale (Kümmel, Lenhartz), 23; (Wiesinger, Fränkel, Prochownik, Krause, Rumpel, Simmonds), 24.
Cholédocotomie (Lejars, Schwartz, Tuffier, Routier), 1125: (Quénu), 1172.
Cholédoque. Calculs (Couturier), 170. — Dilatation (Broca), 278.
Choléra. — Chrysoïdine et vibrions (Blachstein), 59. — colibacillaire (Hobbs), 1124. — Séro-diagnostic (Achard et Bensaude), 404.
Cholestéatome. — (Braquehaye), 234. — méningés (Beneke), 1137.
Chorée. — (Legay), 295, 296. — chronique. Urine (Rispal et Baylac), 789. — Cœur (Oguse), 990, 991. — hémiplégique (Gheury), 503. — héréditaire (Lannois et Paviot), 788. — variable (Patry), 1105.
Choroïde. Rupture (Fage), 473. — Tuberculose (Liebrecht, Deutschmann), 44.
CHOYAU. Grossesse tubaire, 269.
CHRISTMAS (DE). Gonocoque, 1018.
Chromatolyse (Van Gehuchten), 1176.
Chrysoïdine et vibrions cholériques (Blachstein), 59.
CHRZANOWSKA. Pneumothorax, 752.
CHUPIN. Trépanation préventive, 18. — Plaie de l'abdomen, 40.
CHVOSTEK. Rhumatisme articulaire, 568.
Chylurie. Ichtyol (Moncorvo), 1145.
CIBERT. Paralysies du plexus brachial, 935.
Cicatrice chéloïdienne après cautérisation iodée (Thibierge), 67.
CIMA. Lipome du mésentère, 632.
Circoncision (Guiard), 1073.
Circulation. Voir *Sang*.
Cirrhose infectieuse infantile (Pidancet), 1017. — Voir *Foie*.
CITTADINI. Ovaires prolabés, 1007.
CLAISSE. Cancer des voies biliaires, 1077.
CLAISSE (P.). et JOSUÉ. Anthracose pulmonaire, 89.
CLARCK. Fibro-myome utérin, 881. — Insomnie, 979.
CLAUDE. Calcification de la vésicule biliaire, 233. — Myélite par intoxication tétanique, 571. — Lésions du foie et des reins par toxines, 607. — Intoxication générale, 620.
CLAUDE et JOSUÉ. Ramollissement du cervelet, 619.
Clavelée (Bosc et Pourquier), 902.
CLAVEY. Hémiplégie cérébrale, 967, 969.
Clavicule. Fracture (L. Championnière, Péan, Sée), 327. — Luxation (Rémond), 342. — Ostéite (Lacaille et Rénon), 354.
CLÉMENT. Antipyrine, 923. — Zona et pneumonie, 967, 968.
CLERC. Myxome de la cuisse, 896.
Cliniques de gynécologie, 348.
CLOSEL. Ouverture des abcès dans la trachée, 246, 247.
CLOZIER. Lavage de l'intestin, 864.
CLUTTON. Abcès du pharynx, 528. — Anévrysme de la sous-clavière, 528.
COBBETTE. Bacille diphthérique, 560.
Cocaïne et eucaïne (Reclus), 158. — Paralysies passagères (Comte et Rist), 928.
Coccidies (Simond), 1018.
Coccyx. Résection (Liell), 631.
Cochinchine. Statistique médicale (Bonnafy, Lannelongue), 544.
COCQUELET. Kyste du ligament large, 776, 767.
CODD. Appendicite, 1198.
Cœliotomie vaginale (Steffeck), 58.
Cœur. — Anévrysme (Parisot et Spillmann), 661. — Anomalie (Cade), 623; (Coyon), 981. — Artères coronaires (Dragneff), 1113. — Arythmie (Comby), 796. — Battements (Porter), 1018. — Cancer (Audry, Maillard), 1145; (Rabé), 1171. — Changements de forme pendant la course (Capitan et Pokrychkine), 642. — Communication interventriculaire (Keim), 712. — Compression (François-Franck), 89. — dans les névroses (Pokrychkine), 873, 874. — Déplacement par un épanchement (Pic), 623. — Dilatations (Harrisson), 45. — Dilatation aiguë (Stadelmann), 215. — Ectopie (Moutard-Martin), 332. — Ectopie par pleurésie (Petit, Galliard, Béclère), 691. — et menstruation (Guilmard), 728. — et péricarde. Plaies (William), 585. — Influence de la section de la moelle (Prévost et Radzikowski), 135. — Insuffisance chronique (Neumann), 609. — Maladies (Rochester, Herrich, Marvin), 764. — Maladies et gymnastique (Tacké), 895, 896. — Métrorrhagies (Dalché), 572. — Myofibrose, 904. — Nerfs (De Cyon), 690. — Plaies (Rehn, Riedel, Rieder, Körte, Bardenheuer, Sendler, Lauenstein), 425; (Lennertz), 752, 753. — Rupture (Milian et Loubet), 497. — Séméiologie (Faraut), 873, 874. — Stimulation (F. Bishop), 837. — Symphyse (Labbé), 260. — Thrombus (Dekeyser et Gallet), 383. — Traitement de Schott (Camac, Osler, Stockton, 764. — Toxines (Charrin), 353. — Triple rétrécissement (Laroyenne, Bard), 262. — Tuberculose (Fontoynont), 88 — Tumeurs malignes (Lenoble), 177. — Valvules sigmoïdes fenêtrées (Azonian), 1113. — Voir *Aorte*, *Cardiaques*, *Cardiopathies*, *Estomac*, *Grossesse*, *Mitrale*, *Néphrite*, *Oreillette*, *Paludisme*, *Syphilis*, *Toxines*.
COISCOU. Albuminurie, 557, 558.
Col. — Epithélioma (Fraikin, Boursier), 1147. — fémoral. Fracture (Vanverts), 351. — Œdème pendant l'accouchement (Meyer), 993. — Voir *Utérus*.
Colibacille (Rénon), 427. — et voies urinaires (Melchior), 755. — Milieu (Peckham), 1161. — Passage à travers la paroi vésicale (Reymond), 640.
COLIN. Peste, 110.
Colite mucino-membraneuse. Erythème infectieux (Galliard, Legendre, Sevestre), 235. — muco-membraneuse (Glénard), 375; (Mathieu), 573; (Blondel, Bardet, Mathieu), 1102.
COLLANGETTES. Albuminurie, 1115.
COLLET. Sclérose en plaques, 117.
COLLINET. Suppurations du cou, 1230.
COLMAN. Crétinisme, 1104.
COLMS. Epilepsie jacksonienne, 391.
COLOMBINI. Syphilis, 754. — Action de l'iodure sur le sang, 754.
Côlon. Cancer (Tédenat), 1028. — Carcinome (Marsh), 312.
Colonies scolaires de vacances (Vuillermoz), 935, 936.
COLONNA WALEWSKI. Abcès de la cloison nasale, 481, 482.
Colpocoeliotomie (Pichevin), 377.
Coma diabétique (Lépine), 333.
COMBA. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 610.
COMBE. Radiographie de la face, 519.
COMBEMALE. Alcoolisme, 457.
COMBES. Ulcères de l'intestin, 512.
COMBY. Scarlatine, 187. — Entérite des enfants, 261. — Rein mobile, 500. — Arhythmie du cœur, 796.
COMBY et VOGT. Pyopneumothorax, 428.
Comédons (Sabouraud), 497.
Compteur de lettres (Ginestous), 263.
COMTE. Appendicite calculeuse, 1145. — Tumeur du foie et de l'ovaire, 1219.
COMTE et RIST. Cocaïne, 928.
CONCETTI. Croup prolongé, 631.
Concours des hôpitaux. — Admissibilité (Broca), 444. — Epreuve des titres (Achard), 947. — Réforme, 1139. — Voir *Médaille*.
Conférence de Venise (Brouardel), 328.
Congrès. — allemand de médecine interne, 565, 615, 639, 687. — de la Société allemande de chirurgie, 400, 422, 446. — de la Société allemande de gynécologie, 580, 590, 614. — français de chirurgie, 999, 1013, 1024, 1046, 1094. — français des médecins aliénistes et neurologistes, 759, 787. — international de la lèpre, 1152. — international de médecine de Moscou, 806, 830, 841, 847, 854, 879, 902, 927. — international de neurologie, de psychiatrie, 444, 950. — Voir *Association*, *Société*.
CONITZER. Tuberculose de la prostate, 272.
Conjonctive. — Antisepsie (Turot), 70; (Kalt, Lagrange), 496. — Catarrhe printanier (Gardette, Maurange), 323. — Chancre (Valude et Laur), 257. — Injections sous-conjonctivales (Fromaget et Laffay, Lagrange), 379. — Sécrétions (Augiéras), 474. — Tuberculose (Rohmer), 550; (Valude), 767.
Conjonctivite. — (Morax, De Lapersonne), 495; (Lagrange, Kalt, Chibret), 496. — à streptocoques (Valude), 474. — (Biard), 679, 680. — infectieuse (Coppez), 47; (Dominique), 342. — Subaiguë (Morax), 42.
CONSTANS. Volume du fœtus, 920, 922.
CONSTANT. Infection d'une nourrice par un nourrisson syphilitique, 187.
CONSTENSOUX. Péritonite tuberculeuse, 1171.
CONTE. Décollement juxta-épiphysaire de l'humérus, 439.
Contenu intestinal encapsulé (Askanazy), 104.
Contracture spasmodique infantile (Philippe et Cestan), 1217. — Voir *Hystérie*.
CONTURIE. Hystérie, 101.
COPPEZ. Conjonctivites infectieuses, 47. — Tumeurs des paupières, 322. — Diphthérie de l'œil, 473.
COPPEZ père et fils. Sarcome de l'orbite, 600.
Coqueluche. — (Weill, Bard), 358; (Violi), 904; (Michel), 967. — Contagion (Bierer). 389. — Hémiplégie spasmodique (Rolleston), 408. — Quinoléine (Martin, Maurange), 568.
CORDES. Frigothérapie, 1030.
Cordon. — Insertion vélamenteuse (Porak), 188. — Kyste (Mencière), 675. — ombilical (Bastard), 629, 630. — Soins (Peaudecerf), 920, 922. — Pansement (Audebert), 421. — Rupture (Audebert), 22. — spermatique. Tumeurs (Deroyer), 583.
CORININ. Accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée, 317.
Corne d'Ammon (Déjerine), 593.
Cornée. — déformée (Despagnet), 376. — Osmose (Mermet), 366, 367. — Suture conjonctivale (Rohmer), 694. — Ulcère (Dufour, Kalt, Vacher, etc.), 472.
Cornes cutanées dans la blennorrhagie (Robert), 509, 511. — cutanées (Reboul), 783.
Cornet inférieur. Dégénérescences (Crouzillac), 223.
CORNIL. Inflammations, 256. — Tumeurs mammaire d'une chienne, 451. — Thromboses, 812.
CORNIL et CARNOT. Fibrine introduite dans les séreuses, 619. — Fibrine dans les plaies du foie, 619. — Cicatrisation des cavités muqueuses, 1237.
CORONAT. Désarticulation coxo-fémorale, 79, 80.
Corps. — calleux (Lo Monaco), 683. — ciliaire. Extrait (Dor, Parent, Darier), 496. — Hypertrophie unilatérale (Arnheim), 1222. — jaunes (Orthmann), 614. — vitré. Troubles (Gorecki, Sulzer), 1101.
COSTINESCO. Hémorragies gastro-intestinales, 1015.
COSTE. Variole, 202.
Côte cervicale surnuméraire (Czerny), 718.
Côtes. Luxation des cartilages (Bosdevoix), 1207. — Régénération (Depage), 383. — Résection (Grosclaude), 56, 57.
COTTET et MORÉLY. Sarcome du cerveau, 1219.
Cou. — Arthrite (Humeau), 461. — Epithéliomes (Berger), 997. — Fistule (Hacker), 1137. — Kyste (Mauny), 1000; (Buffet), 1237; (Chavannaz), 1238. — Phlegmon (Wicot), 240. — Pigmentation réticulée chez un tuberculeux (Thibierge), 163. — Sarcome des ganglions (Berger, Marchand), 667. — Suppurations (Collinet), 1230. — Tératome (Swoboda), 81
Coude. — Ankyloses (Goguel), 270. — Hématome (Picqué), 1218. — Luxations (Buthaud), 55, 56. — Nævus (Besnier et Barthélemy), 575. — Ostéo-arthrite tuberculeuse (Mouchet), 733. — Résection (Andreau), 270, 271. — Traumatisme complexe, radiographie (Schwartz), 186. — Traumatisme (Cestan et Mouchet), 892.
COUDERC. Accident professionnel des maîtres d'armes, 151, 152.
COUDRAY. Méthode sclérogène, 1050.
Couleurs (Vision des) (D'Arsonval), 184.
COULON (DE). Crétins, 224.
Courant. — de haute fréquence (Oudin), 690. — de haute pression (Bergonié, Foveau, Gilles, Régnier), 955. — galvanique (Dubois), 815. — ondulatoire (Apostoli), 815.

COURMONT. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 21. — Teignes exotiques, 31. — Sérum antistreptococcique, 284. — Séro-diagnostic, 501. — Pleuro-péricardite, 548. — Fièvre typhoïde, 714. — Sérothérapie antistreptococcique, 742. — Tuberculose strepto-bacillaire, 1098. — Réaction agglutinante chez les typhiques, 1136.
COURMONT (J.). Erysipèle, 1192.
COURMONT et FIXIER. Tuberculose strepto-bacillaire, 1174.
COURNOL. Présentation de la face, 465, 466.
COUROUBAKALIS. Peste bubonique, 1040.
COURTELLEMONT. Acide picrique en clinique, 724.
COURTILLIER et DURANTE. Pied-bot congénital, 265.
COURTOIS-SUFFIT. Abcès gazeux sous-diaphragmatiques, 1100.
COUTAL. Infection de l'enfant, 920, 921.
COUTURE. Fièvre typhoïde de l'enfant 317, 318.
COUTURIER (P.). Calculs du cholédoque, 170.
COUVELAIRE. Grossesse ectopique, 619.
COVILLE. Monstre symélien, 282.
Coxa vara (Hofmeister, Nasse), 424; (Zehnder), 632; (Burchard), 850.
Coxalgie. — (Broca, Brun, Reynier, Quénu), 546; (Kirmisson, Reclus), 523; (Ménard), 571; (G.-Marchant, Berger, Jalaguier, Kirmisson), 621; (Kreis), 654; (Ménard), 862; (Redard), 1050. — suppurée (Ménard), 354.
Coxite (Wolff), 390.
COYNE. Kystes de la mamelle, 213.
COYON. Pourriture d'hôpital, 7. — Anomalie du cœur, 981.
Crâne. — Corps étranger (Marcy, Le Dentu), 1123. — Croissance (Danilewsky), 665. — Enfoncement (Mouchet), 1000. — Fracture (Berchoud), 598; (Habart), 1149; (Weinlechner), 1199. — Lipomes (Guilheim), 207. — Nécrose syphilitique (Wallet), 679, 680. — Plaie par coup de feu (Brault), 653. — Projectiles (Péan), 1170. — Radiographie (Obici et Bollici), 1185. — Trépanation (Littlewood), 312; (Weiss), 335; (Obalinsky), 993. — Tumeur (Secheyron et Maurel), 763. — Tumeur sanguine (Gallet, Dandois, Depage, Lambotte, Lorthioir, Hendrikx, Lavisé), 46. — Voir *Oreille*, *Trépanation*.
Crâniens (Nerfs). Polynévrite (Minor), 934.
Crânio-cérébrale (Contusion) (Stabel), 933.
CRAS. Hydatites de la rate, 176.
Crétinisme (Thibierge), 306; (Colman, Carr), 1104.
Crétins (De Coulon), 224.
CRESTOVICH. Péritonite aiguë, 808.
CRICKX. Luxation compliquée, 72. — Rétroflexion gravide, 120. — Tuberculose du péritoine, 344. — Intoxication par sublimé, 504. — Hernies vésicales, 1199.
Criminel. — Psychologie (Niceforo), 778. — Sensibilité (Spina), 778.
CRIPPS. Anastomose intestinale, 561.
Cristallin. Luxation (Jacqueau), 262; (Piton), 376.
CROCKER. Pelade, 907.
CROCQ. Gastrites, 904.
Croissance. — Causes des troubles (Springer et Serbanesco), 521. — Lécithines (Charrin), 477.
CROS. Rétention des membranes, 317.
Croup. — (Abarnon), 150; (Murier, Maurange), 780. — fruste (Vagniot), 367, 368. — Intervention (Bayeux, Rauchfuss). 884. — prolongé (Concetti), 631. — Trachéotomie (Heyman), 388, 389. — Tubage (Guillaume), 295.
CROUTES. Parotidite saturnine, 217.
CROUZILLAC. Dégénérescences du cornet inférieur, 223.
CROZAT. Méningite infectieuse, 411.
Crurale. — (Hernie) étranglée (Bégouin), 308. — (Hernie) (Gesland), 728, 729. — (veine). Plaie (Lebesgue), 168.
Cubital. — (Nerf) étranglé dans une cicatrice (Jullier, Routier), 739. — (Nerf) Résection (Monod), 331. — (Nerf) Luxation (Lévy), 238. — postérieur. Synovite tuberculeuse (Guinet), 439, 440.
Cubitus. Fracture (Schwartz, Chevassus), 40.
CUFF. Rupture de la vessie, 249.
Cuisse. Abcès froid (P. Merklen), 328. — Amputations (Pourtier), 1231, 1232. — Lipome (Jourdanet), 1145. — Myxome (Clerc), 896. — Sarcome (Planchu), 140; (König, Maas), 381.
CULIANU. Appendicite, 1207.
Curettage (Bonnet blanc), 79.
CURIE. Synovites tendineuses, 246, 247.
CUVILLIER. Végétations adénoïdes, 905.
CUYLITS. Paralysie agitante, 431, 659.
Cyanate et cyanure de mercure (Maurange), 611.
Cylindrome parotidien (Du Castel), 162.
CYON. Nerfs du cœur, 690.
Cystinurie familiale (Pfeiffer), 513.
Cystite (Richter), 81. — gonorrhéique; (Kalischer), 104. — fausse (Greandcourt et Guépin), 860. — tuberculeuse (Armandon), 896, 897.
Cystocèle. — crurale (Fargues), 126; (Morin), 728, 729. — vaginale (Marsi), 864.
Cystoscopie (Fenwick), 215; (Barlow), 1210.
Cystostomie sus-pubienne (Rose), 70; (Lépine), 781; (Tailhefer), 1074.
CZERNY. Côte cervicale surnuméraire, 718. — Rétrécissements de l'œsophage, du pylore et du rectum, 806, 839.

D

DACLIN. Avortement par le curettage dans les vomissements incoercibles, 466, 467. — Péritonite tuberculeuse, 896, 897.
Dacryocystite (Vadon), 1112, 1113.
Dacryops (Lagrange, Fromaget), 1146.
Dactylites. — (Gastou), 1196. — syphilitique (Gaucher et Barbe), 498.
Dahomey. Campagne (Szmigielski), 557, 558.
DALAND. Hématimètre, 838. — Lésion de la capsule interne, 1233.
DALCHÉ. Infection à streptocoques, 41. — Métrorrhagies, 572. — Faiblesse généralisée, 1005. — Métrorrhagies, 1101.
DALCHÉ et DUBREUILH. Intolérance pour le bismuth, 356.
DANILEWSKY. Nerfs et électricité, 663. — Croissance du crâne, 665.
DANLOS. Lichen simple, 163. — Psoriasis, 163. — Lichen annulaire, 163. — Psoriasis, 497. — Mélanodermie et érythrodermie, 1195.
DARIER. Forme tarsienne du catarrhe printanier, 475.
DARIER et GASTOU. Sclérodermie, 454.
DARRAS. Ulcère du duodénum, 799, 800.
DARTIGUES. Ostéo-sarcome du fémur, 259. — Tumeur de l'omoplate, 1219.
D'ARSONVAL. Vision des couleurs, 184.
DASTARAC. Paralysie hystérique, 762.
DASTRE. Bile, 259. — Fonction martiale du foie, 1143.
DAUCHELLE. Kystes synoviaux articulaires, 246, 247.
DAURIAC. Infections biliaires dans la fièvre typhoïde, 697.
DAVAINE. Rhumatisme articulaire, 413.
Davainea Madagascariensis (R. Blanchard), 38.
DAVID. Trépanation, 58. — Accouchements prématurés, 79, 80.
DEBIENNE. Hernie du poumon, 481.
DEBIERRE. Hôpitaux de Lille, 347.
Débilité (Réaction de) (Girard), 1179.
DEBOVE. Ostéoporose, 687. — Etudiants étrangers, 707. — Œdème segmentaire, 1005.
Déciduome. — (Bellin), 146. — malin (Durante, Doléris), 188; (Reinicke), 250; (Oulesko-Stroganoff), 744; (Sogall), 776, 777.
DECLOUX et NATTAN. Cancer du canal thoracique, 233.
Décubitus acutus dans l'hystérectomie (Thésée), 776, 777.
Défenses contre les toxines (Charrin), 791.
DEFONTAINE. Hystérotomie sphinctérienne, 1237.
Dégénérescence. — graisseuse (Rosenfeld), 618. — et neurasthénie (Lentz, Verhoogen), 953. — mentale et neurasthénie (Vial), 1041. — propagées (Durante), 810.
DEGLAIRE. Végétations du pharynx, 270.
DEGRENNE. Tuberculose du testicule, 679, 681.
DEGUY. Névrite périphérique, 202.
DEHAINE et AUBOUIN. Ulcère de jambe, 177.
DEHIO. Érythromélalgie, 154. — Myofibrose du cœur, 904.
DEJARDIN. Tuberculose du rectum, 321. — Hernie ombilicale, 959.
DÉJERINE. Névrite de l'enfance, 7. — Maladie de Little, 258. — Main succulente, 571. — Corne d'Ammon, 593. — Syringomyélie, 666. — Surdité verbale, 1216.
DÉJERINE et MIRAILLÉ. Névrite motrice, 203.
DÉJERINE et THÉOARI. Paralysie faciale, 1172.
DEJOVANY. Grossesse double, 630, 631.
DEKEYSER et GALLET. Thrombus du cœur, 383.
DELAGENIÈRE. Exploration intra-stomacale, 260. — Angio-cholite infectieuse, 330. — Gastroplastie pour ulcère, 712. — Appendicite, 1020. — Castration totale, 1095.
DELANGLADE. Malformations multiples, 397.
DELAUNAY. Fonctions de la thyroïde, 481, 482.
DELBET. Autoplasties pour brûlures, 158. — Phlegmon sous-ombilical, 351. — Corps étranger du rectum, 1069.
DELCOURT. Lupus, 1161.
DELÉARDE. Broncho-pneumonie à tétragènes purs, 637. — Antipyrine, 1067.
DELETTREZ. Corps étrangers du genou, 321.
DELEZENNE. Pression sanguine, 352.
DELGRANGE. Sérums, 150.
Délire mélancolique (Vallon et Marie), 834. — onirique (Pichon), 102. — prophétique (Prouvost), 151, 153. — religieux en Bretagne (Baderot), 629.
DELIUS et KOLLE. Immunisation contre l'influenza, 970.
Délivrance (Bellot), 465. — Hémorragies (Weiller), 1086, 1087.
DELORE. Circulation placentaire, 263. — Neuro-fibromatose, 334. — Exostose sous-unguéale, 500. — Pustule maligne, 526. — Nanisme, 717. — Placenta, 782. — Redressement forcé, 784. — Méat hypogastrique chez les prostatiques, 786. — Contusions de l'abdomen, 889.
DELORME. Rupture musculaire, 331. — Perforation du palais, 331. — Amputation de Syme, 354.
DELTHIL. Adénopathie trachéo-bronchique, 1015, 1016.
DEMANTKÉ. Fibromes utérins, 776.
DEMARS. Hernies, 520.
Démence. Lésions centrales (Ballet), 524. — progressive (Homen), 809.
DÉMIAS. Actinomycose animale, 535.
DEMONS. Rachitisme intra-utérin, 164. Contusions de l'abdomen, 973. — Luxations de l'épaule, 1049.
Démoralisation professionnelle (Lereboullet), 275; (Fournier, Lereboullet), 323.
DEMOULIN et LAVILLAUROY. Nodosités inflammatoires du cæcum, 512.
DEMOULIN. — Étranglement dans un sac herniaire, 667.
DENEFFE. Holocaïne, 600.
Dentaire (art). Enseignement (Lereboullet), 563.
Dents. — de sagesse. Accidents (Moty), 909. — Anomalie (Houzé), 322. — Carie (Poel), 971. — Extraction, bromure d'éthyle (Pietsch), 1043.
DENYS. Sérum antistreptococcique, 903 Tête fœtale, 920, 922.
DEPAGE. Fistules vésico-vaginales, 45. — Laryngectomie, 168. — Carcinome du larynx, 345. — Régénération des côtes, 383. — Cancer du sein, 672.
DERCUM et SPILLER. Syringomyélie, 249.
DÉRIAUD. Perméabilité rénale dans l'albuminurie, 1040.
Dermatite par rayons X (Lannelongue et Porel, Crookes), 402; (Apostoli), 690.
Dermite perlée à allure d'actinomycose (Rouffiandis), 537.
Dermatoses (Gaucher), 929. — de l'enfant (Saurain), 1015, 1016.
DEROCQUE. Perforation intestinale, 259.
DEROYER. Tumeurs du cordon, 583.
DERVEAU. Anévrysme veineux, 1199.
Désarticulation tibio-tarsienne (La Bonnardière), 896.
DESFOSSES. Rupture du foie, 982.
DESGRANGES. Pneumonie des vieillards, 1015, 1016.
DESGRÈS. Dosage du carbone, 1217.
DESGUIN. Goître exophthalmique, 672.
DESLANDES. Accidents gravido-cardiaques, 150.
DESNOS. Prostatectomie, 905. — Tumeurs de la vessie, 1121.
DESPAGNET. Cornées déformées, 376.
DESPREZ. Fractures de jambe, 1047.
DESQUEZ. Vaccination et nutrition, 665.
DESTOT. Radiographie en chirurgie, 43. — Fractures de l'astragale, 501. — Troubles dus aux rayons X, 521. — Troubles d'origine sympathique, 645. — Paralysie du médian, 718. — Radiographie, 334, 742, 783. — Ostéomalacie sénile, 1126.
DESTOT et BÉRARD. Radiographie anatomique, 91.
DESTRÉE. Alcool et travail musculaire, 720.
DEUCHER. Digitaline, 272. — Résorption de la graisse des lavements, 468.
Deuils (Nos) (Broca), 456.
DEUTSCH. Bubons, 1042.
DEVIC et COURMONT. Gliome cérébral, 467.
DEVILLAS. Syphilis de l'oreille, 56, 57.
DEYL. Colobome de la tache jaune, 887.
D'HARDIVILLIER. Bronches épartérielles, 816.
DHEUR. Mélancolie, 78.
D'HUENENS. Uréthrite antérieure, 240.
Diabète. — (Loeb), 82; (Marie et Legoff), 524; (Senator), 509. — Bleu de méthylène (Marie et Legoff), 453. — bronzé (Rendu et Massary), 138; (Jeanselme, Hayem); 139; (Widal), 140; (Parmentier et Carrion), 185. — Coma (Lépine), 333. — conjugal (Boisumeau), 939. — et mélancolie (P. Marie et Robinson), 622. — et pancréas (Wille, Simmonds, Fränkel, Unna), 502. — Fractures spontanées (Cassaet, Antony, Mongour, Dubreuilh), 1220. — insipide (Robertson), 9. — lévulosurique (Sekeyan), 1183. — Nécrose intestinale (Ludwig), 1162. — Œil (Martin, Sous, Armaignac), 357. — Régime (Saundby), 1191. — Sang

(Bremer), 904. — sucré (Lœb), 441; (Rosenberg, Kolisch), 480; (Winter), 629. (Lépine, Pavy), 856. — sucré. Sang (Le Goff), 703, 704. — sucré. Levure (Beylot), 151, 153. — sucré. Moelle (Souques et Marinesco), 427. — Voir *Hypnotisation, Lévulosurie.*
Diabétides génitales (Barthélemy), 812.
Diaphragme. — Abcès (Jolasse), 118; (Körte), 624. — Abcès gazeux sous-diaphragmatiques (Courtois-Suffit), 1100. — Abcès sous-phréniques (Michaux), 1124. — Voir *Abcès.*
Diarrhée infantile (Watu), 10.
Diathèses (Bailhache), 607, 608.
DIAVANDRE. Varicocèle, 168.
DICKINSON (H.). Rétrécissement aortique, 576.
DICKSON. Fièvre bilieuse hémoglobinurique, 413.
DIEULAFOY. Lithiase intestinale, 231. — Appendicite, 451.
DIEULAFOY et CAUSSADE. Appendicite, 1144.
Digestif (Tube). — Cancer (Fürbringer, Krönig, Pollnow, Albu), 696. — Myaso (Lallier), 509, 510.
Digestion. — gastrique (Guinard), 911. — pancréatique (Linossier), 427.
Digitale dans la pneumonie et la grippe (Gingeot et Deguy), 528.
Digitaline (Deucher), 272. — et digitoxine (Adrian), 478.
DJELALIAN. Arthropathie tabétique, 6.
DJÉMIL PACHA. Sarcome de l'épiploon, 860. — Sutures des plaies artérielles, 861.
DIMITRESCO. Epididymectomie, 583, 584.
DIMOUX-DIME. Fièvre typhoïde, 344.
Diphthérie. — (Gougenheim), 114; (Camus), 389, 390; (Lemoine, Barbier), 622; (Sevestre, Lemoine), 690; (Marfan), 715; (Sevestre), 884; (Sevestre, Lemoine, Barbier), 1077. — à l'hôpital des Enfants-Malades (Sevestre), 715. — à l'hôpital Trousseau (Variot, Barbier) 643. — Accidents de la sérothérapie (Romniciano), 817. — Athérome de l'aorte (Mollard et Regaud), 689. — Bacille (Cobbette), 560. — Bactériologie (Barbier et Tollemer), 1055. — chronique (Jessen), 359. — Epidémies, isolement (Fibiger), 1114. — hémorragique (Stevens et Parfitt), 143. — Myocarde (Mollard, et Regaud), 689. — Paralysie (Katz), 335. — Sérum (Arloing), 310. — Toxine. Son action sur la moelle osseuse (Roger et Josué), 39. — toxique (Roger), 199. — Voir *Leucocytose, Sérothérapie, Sérum.*
Diplégie spasmodique (Finizio), 711.
Diplômes et examens (Lereboullet, A.-J. Martin), 539, 540.
DIRIART. Fibromes utérins, 367, 368.
Diverticule de Meckel. Suppuration (Picqué et Guillemot), 1029.
DOCK. Sang leucémique, 837.
DOEDERLEIN. Voie opératoire vaginale, 614. — Injections intra-utérines, 614.
DŒNHOFF. Opération de Porro, 993.
Doigts. — en baguettes (Alexandroff), 910. — Kyste épidermique (Cabello), 1085, 1086. — Voir *Médius.*
DOLEGA. Massage, 888. — Scoliose, 887.
DOLÉRIS. Appendicite, 1006. — Eventration post-partum, 1006.
DOLÉRIS et SCHEFFER. Fracture intra-utérine du tibia, 188.
DOLSA. Psychopathies, 848.
DOMINIQUE. Conjonctivite infectieuse, 342.
DONATH. Hémiatrophie faciale, 754.
DONELLI. Urémie, 730.
DONETTI. Ablation des capsules surrénales, 546.
DOPTER. Troubles de sensibilité du nerf fémoro-cutané, 558.
DOR (L.). Névrome malin, 283. — Myopie, 473. — Ophthalmie sympathique, 589.
DOR fils. Extrait de corps ciliaire, 496.
DORAN. Kyste du pancréas, 1222.
DORFF. Hystérectomie. 94. — Vomissements incoercibles, 95.
DORNBLÜTH. Etats d'angoisse, 834.
DOUMER. Réactions anormales des muscles et des nerfs, 954. — Fissure à l'anus, 1030.
DOUTREBENTE. Service médical dans les asiles d'aliénés, 763.
DOYEN. Goître exophthalmique, 711. — Balle dans la troisième vertèbre cervicale, 981. — Entérorraphie, 1027.
DOYON. Pilocarpine, 63. — Calculs de l'uretère, 544. — Troubles par section du sympathique, 645.
DRAGNEFF. Artères coronaires du cœur, 1113.
Drainage pelvien (Frölich), 1028.
DRANSART. Myopie, 474.
DREYER-DUFER. Maladie de Friedreich, 369. — Méningite à forme ophthalmoplégique, 1101. — Strabisme, 1160.
DREYFUS. Anémie grave, 526. — Fausse pellagre, 597.
DROUET. Variole, 389.
DRUAULT et TSCHERNING. Verres isométropes, 767.
DUBARD. Greffe osseuse, 1098. — Tuberculose animale, 1170.
DUBOIS. Courant galvanique, 815. — Angine de Ludwig, 1000. — Gros enfants en obstétrique, 1057. — Bactérie du phylloxéra, 1170.
DUBOIS-HAVENITH. Lichen plan, 322. — Tuberculose de la peau du genou, 504. — Favus, 1200.
DUBOS. Tumeurs des os, 366, 367.
DU BOUCHET. Bactériologie des affections utérines, 342, 343.
DUBOURG. Sténoses du pylore, 999.
DUBOUSQUET-LABORDERIE. Immunités pour la tuberculose, 792.
DUBRISAY et THOYER. Phlegmatia alba, 63.
DU CASTEL. Tricophytie cutanée, 66. — Cylindrome parotidien, 162. — Ulcères phéniqués, 575. — Ulcères de la jambe, 1194.
DU CAZAL. Péritonite tuberculeuse, 478.
DUCHAMP. Actinomycose, 785.
DUCHENNE. Intolérance pour l'antipyrine, 283.
Duchenne (de Boulogne). Notice (Lereboullet), 635.
DUCKWORTH. Arrêt de la respiration, 834.
DUCLAUX. Contamination des puits, 1216.
DUCLION. Lymphosarcomatose et tuberculose des ganglions, 224.
DUCOR. Actinomycose, 785.
DUDOUYT. Fractures du radius, 654, 655.
DUFFAU. Rate dans les maladies infectieuses, 368.
DUFLOCQ. Infection pneumococcique, 262.
DUFLOCQ et LEDAMANY. Arthrites pneumococciques, 405.
DUFOUR. Pendaison, 87. — Papillome de la vessie, 120. — Rhumatisme blennorrhagique, 345. — Ulcère de la cornée, 472. — Mérycisme, 691. — Péritonisme, 959. — Ulcères de jambe, 1199.
DUJARIER et ROSENTHAL. Perforation de l'estomac par l'acide sulfurique, 184.
DUJON (V.). Monstre double, 18. — Glande vulvo-vaginale et ses abcès, 174, 175.
DUMAREST. Toxicité du sérum, 1041.
DUMAS. Hyposulfite de soude dans la bronchite fétide, 203.
DUMAS (P.). Séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde, 6.
DUMÉRY. Zona ophthalmique, 558, 559.
DUMONT. Kératite, 223.
DUMONTPALLIER. Appendicite, 425.
Duodénum. — Cancer (Letulle), 1030, 1144. — Polype (Thompson), 144. — Ulcération (Alten), 766; (Darras), 799, 800; (Souligoux), 712.
DU PASQUIER. Rétrécissement mitral, 512.
DUPEU. Néphrite, 752, 753.
DUPLANT. Myome malin, 20.
DUPLAY. Hémihypertrophie partielle, 529. — Ostéomyélite chronique d'emblée, 673. — Tuberculose du testicule, 839. — Ostéo-arthrites tuberculeuses, 862. — Arthrotomie, 862. — Grenouillette sublinguale, 1108.
DUPLAY et CAZIN. Cure radicale des hernies, 882.
DUPLESSIS. Algies rhumatismales, 828.
DUPRAZ. Emphysème, 682.
DUPUIS. Mimiques voulues, 935.
DURAN. Péritonite tuberculeuse, 808.
DURANTE. Déciduome malin, 188. — Môle hydatiforme, 669. — Infection hémorrhagique, 755. — Dégénérescences propagées, 810.
DURANTE et SIVON. Atrésies moniliformes de l'intestin, 188.
DURET. Exstrophies vésicales, 1073.
DURRIEUX. Fractures du rachis, 184.
DUSSIN. Acide urique dans la pneumonie, 956.
DVONYÉGLASOFF. Bacille typhique, 200.
Dyshidrose (Farez), 79.
Dyspepsie (Magnaux), 413; (Rosenbach), 415; — infantile (Thomas, Josias), 429. — nerveuse (Sansom, Rosenheim), 863. — névropathique (Sansom, Ewald), 903.
Dysphagie et dysarthrie (Daland), 1233.
Dyspnée toxique (Picard), 654. — urémique (Lemoine et Gallois), 570. — urémique. Ether (Gallois), 710.
Dysenterie. — (Bertrand), 1002. — Ecorce de simarouba (Maurange), 924.
Dystocie pour kyste ovarique (Fieux, Audebert, Chavannaz), 549.

E

Eau. — chaude dans les maladies cutanées (Rosenthal), 285. — chaude hémostatique en obstétrique (de Cazis de Lapeyrouse), 317. — de mer en injections (Quinton et Julia), 1216; (Hallion), 1172. — de mer en injections intra-veineuses (Quinton), 982, 1098. — oxygénée en thérapeutique oculaire (Vacher), 496. — Point de congélation (Gautier, Winter), 18. — salée en injections (Lépine), 693. — salée glacée en injections (Roger), 665. — potable (De Koutkowski), 887.
EBSTEIN. Vertige auriculaire, 272. — Calculs urinaires, 837.
Échanges. — interstitiels. Préparations thyroïdiennes (Gluzinski et Lemberger), 467. — Modifications (Charrin), 791.
Éclampsie. — (Favre), 438; (Bar et Guyesse), 439; (Bar, Menu et Mercier, 1172. — Accouchement (Michel), 920, 921. — infantile (Clozier), 111; (Nauvelaers), 240. — post-partum (Maygrier), 599. — puerpérale (Vaquez et Nobécourt, Debove), 113; (Hagopoff), 920, 921. — Veratrum (Fontan d'Andon), 920, 921.
Echtyma. Streptocoque (Balzer et Griffon), 1031. — ulcéreux (Triboulet), 1004.
Ectromélie (Maffeï), 504; (Briau), 1079.
Eczéma. — (Leredde), 575. — Acide picrique (Gaucher), 499.
EGER. Régénération du sang, 943.
EGGER. Tumeurs nasales, 481.
Égypte ancienne. Tatouages (Fouquet), 544.
EHRMAN. Urano-staphylorraphie, 519.
EHRMANN. Suture des nerfs, 124. — Syphilides, 288.
EICHHORST. Cirrhose du foie, 827. — Herpès, 943.
EISELSBERG. Chirurgie gastro-intestinale, 730.
EKKERTH. Anémie helminthique, 200, 201.
Éléphantiasis (Gastou et Dominici), 670; (Prothon, Nové-Josserand, Lépine), 430. — nostras (Rénon), 329. — Voir *Nez.*
EMBDEN. Paralysie faciale, 1080. — Scoliose hystérique, 1080.
Embolie. Voir *Moelle.*
Emphysème (Dupraz), 682. — après laparotomie (Heil), 297.
Empyème (Cénas), 814.
Encéphale. Tumeurs (Mossé et Cavalié), 789.
Encéphalite aiguë (Murat), 935. — hémorrhagique (Murat), 1113.
Encéphalocèle (Brown), 584; (Teuner), 705; (Ott), 824, 825.
Encéphalome (Ott), 824, 825.
Encéphalopathie saturnine (Seegelken), 83.
Endocardite. — (Reichel), 192. — à pneumocoques (Garrod), 143; (Bernheim), 1143. — aiguë (Holst), 1067. — blennorrhagique (Thayer, Michaëlis), 903. — des tuberculeux (Étienne), 381. — fibreuse (Thoma), 359. — gonococcique (Carageorgiadès), 101, 102. — infectieuse (Godonnèche), 388. — traumatique (Leyden), 526; (Litten), 576; (Fürbringer, Lewy, Fränkel, Litten, Leyden), 647. — ulcéreuse (Keller), 82; (Lenhartz), 1175, — végétante (Jacobson), 640; (Griffon), 688; (Étienne), 958.
Endothéliomes (Glöckner), 857.
Enfants. — Alimentation (Lust), 1200. — Diarrhée (Watu), 10. — gros en obstétrique (Dubois), 1057. — Infection (Contal), 920, 921. — (Médecine des) (Baginsky, Engel, Vermel, Romniciano, Shuttleworth, Bokay), 840. — Mortalité (Guillon), 920, 921. — Névrite (Déjerine), 7. — Paraplégie (Gasne), 337. — Poids (Letourneau), 920, 921. — Tuberculose (Haushalter), 285.
Engagement. Mécanisme (Varnier), 908.
ENGELEN. Voir *Van Engelen.*
Engelures chroniques (Mineau), 455.
ENGLISCH. Extirpation des glandes de Cowper, 1088.
Enophthalmie et exophthalmie alternantes (Terson), 509, 510.
ENOUF. Paralysies pneumoniques, 557, 558.
Entérite. — amibienne (Sargo), 167. — infantile (Lesage), 1003. — membraneuse. Anus contre nature (Franke), 297. — muco-membraneuse (Mathieu), 478; (Mathieu, Dalché), 525. — muco-membraneuse des enfants (Comby, Marfan, Mathieu), 261.
Entéroclyse (Mercier), 1015.
Entéro-colite. — muco-membraneuse (Carret), 654, 655; (Reclus), 303. — et appendicite (L.-Championnière), 279; (Dieulafoy), 280; (Potain, Laboulbène, Dieulafoy), 327; (Reclus, Robin), 350.
Entéroptose (Hernette), 79, 80.
Entérorraphie (Doyen), 1027.
Entoptiques (Phénomènes) (Macquin), 126, 127.
Entozoaires en Normandie (Spalikovski). 1238.
Épanchements. Drainage (Ewald, Klemperer, Stadelmann, Senator), 550.
Épaule. Contusion (Van Engelen, Wicot), 344. — Luxations (Demons), 1049. — Résection (Etiévant), 430; (Duplay), 862.
Épicondylalgie (Rivière), 685.
Épiderme. Vitalité (Linggren), 882.
Épididyme. Kystes (Tharreau), 679, 680.
Épididymectomie pour tuberculose (Dimitresco), 583, 584.
Épididymite à gonocoques (Gross), 1128. — par bicyclette (Berg), 225.

Épigastrique (Hernie) (Préjaldino), 321; (Le Bœuf), 728, 729.
Épiglotte. Kystes (Michel), 151, 152. — Lésions lupoïdes (Liaras), 307.
Épilepsie. — (P. Parisot), 19; (Mairet et Vires), 86; (Unverricht), 615; (Flechsig, Binswanger, Rump, Jolly), 616; (Worcester), 683; (Leszynsky), 790; (S. de Sanctis), 876; (De Cesare), 1088. — alcoolique (Bourneville), 306. — Amnésie rétrograde (Séglas, Carpentier), 258. — Circulation cérébrale (Borischpolskly), 993. — expérimentale (Thomas), 40. — jacksonienne (Thouvenet), 56, 57; (Colms), 391; (Borsuck et Wizel), 415; (André), 788; (Voisin), 792; (Lavista, L.-Championnière, Doyen), 830. — Lithiase rénale (Rouquette), 295. — Œil (De Gouvéa), 473. — Traitement chirurgical (Winkler, Voisin), 950. — traumatique (Negretto), 632.
Épiphora. — (Maurange), 1138.
Épiploïtes après cure des hernies (Mencière), 459.
Épiploon. — Kystome (Bergmann), 657. — Sarcome (Djémil-Pacha), 860.
Épithéliomatose (Gorgon), 583.
Épithéliome — kystique (Brocq), 257. — Voir *Col, Gland, Intestin, Joue, Langue, Main, Peau, Sein, Surrénal, Utérus.*
Épistaxis (Joal), 481.
EPSTEN. Désinfection par l'alcool, 943.
ÉRAUD. Uréthrites, 1095.
Éreuthophobie (Régnier), 176.
ERNOUL. Mutisme hystérique, 911.
Éruptions. Hyperémie (Jacquet, Dastre), 63.
Érysipèle. — (Parvu), 824, 825. — Aortite (Thoinot et Griffon), 1055. — Contagion (Gabrielle), 826. — Gaïacol (Wagon, Maurange), 484. — Sérum (Carrière, Antony, Arnozan), 212; (Lemoine), 1031. — Sérum de Marmorek (Courmont), 1192. — Urine (Kirkbride), 1137.
Érythème. — (Jacquet, Laborde, Fr. Franck), 112. — infectieux (Kent-Monnet), 413. — noueux (Schamaun), 873, 874. — ortié et névrite sciatique (Voituriez), 876. — par ichtyol (Hallopeau et Weil), 162. — pigmenté réticulaire (Balzer et Griffon), 161. — radiographique (Balthazard), 689. — récidivant Thibierge), 162. — Voir *Colite.*
Érythrodermie. — (Pospeloff), 910; (Danlos), 1195. — dans le traitement du psoriasis (Balzer et Griffon), 669. — prémycosique (Hallopeau et Weil), 575.
Erythromélalgie (Dehio), 154.
Escrime. Accident professionnel (Couderc), 151, 152.
ESQUERDO. Fractures, 862.
Estlander (Opération d') (Lauenstein), 1007.
Estomac. — Action de la morphine (Kleine), 827. — Adénome (Franke), 423. — Atonie (Rosenheim), 93. — Cancer (Bugler), 33; (Boas), 69; (Fontoynont), 136; (Reineboth), 273; (Israel), 415; (Sabrazès et Cabannes), 880; (Hirtz et Luys, Letulle, Rendu, Troisier), 983; (Hartmann), 1098; (Reichard), 1210. — Cancer, cœur (Gauthier), 388. — Chirurgie (Kader, Ewald; 905, (Tuffier) 1237. — Contractions (Roux et Balthazard), 713. — des femmes. Vêtements (Bendersky), 904. — Dilatation (Chauffard), 668; (Finhorn), 766. — Dilatation chez les nourrissons (Rousseau), 1183. — du chien (Roux et Balthazard), 665. — et intestin. Chirurgie (Eiselsberg), 730. — Érosions (Lainé), 1233. — Exploration (Delagenière), 260. — Gangrène (Le Roy des Barres), 426, — Gaz (Vauthey), 511. — Motricité (Roux et Balthazard), 570. — Névrose (Herz, Oser, Singer, Reichl), 1127. — Perforation (Le Dentu), 426; (Braun), 779. — Perforation par l'acide sulfurique (Dujarier et Rosenthal), 184. — Résection (Fick), 705. — Ulcère (Etienne, Parisot, Bernheim, Heydenreich), 114; (Leblanc), 183; (Barrs), 312; (Tuffier et Dujarier), 351; (von Leube), 400; (Mikulicz, Körte, Lobker, Alsberg, Rosenheim, Braun), 422; (Rabi), 476; (Hawkins et Wallace), 560; (Delagenière), 712; (Chaput, Mathieu), 1006; (Cade), 1078; (Poulain), 1135; (Tuffier), 1193; (Ardouin), 1219. — Ulcère et cancer consécutif (Mathieu), 739. — Ulcère latent (Bégouin), 141. — Ulcère perforé (Heresco), 39. — Ulcère rond (Widal et Meslay), 253. — Voir *Hémorragie, Muqueuse.*
Éternument. — (Brisard), 368. — paroxystique (Maurange), 299.
Éther. — Action sur le foie (Bandler), 225. — Anesthésie (Baron), 558, 559; (Gibert), 776, 778.
Éthérisation (Throp), 776, 778.
Éthéromanie. Hyperesthésie auditive (Gellé), 185.
Éthers sulfoniques dans l'urine (Casciani), 610.
ÉTIENNE. Ulcère de l'estomac, 114 — Anévrysmes de l'aorte, 189. — Endocardite des tuberculeux, 381. — Anévrysme aortique, 694. — Endocardite, 958. — Nævi, 1114.
ÉTIENNE et JACQUES. Péritonite suppurée, 550.
ÉTIÉVANT. Résection de l'épaule, 430.
Étranglement. Voir *Intestin.*
Études à la Faculté de Paris, 611.
Étudiants étrangers (Debove, Astier, etc.), 706. — Leur admission, 1148.
Eucaïne (Pouchet), 114; (Reclus), 158; (Hernette), 295, 297; (Martin), 465.
EULENBURG. Goître exophthalmique, 953. — Myasthénie, 1222.
Europhène dans les maladies cutanées (De Molènes), 378.
Éventration. — (Binaud), 1147. — après grossesse (Querneau), 1207. — post-partum (Doléris), 1006.
Éviscération (Guinard et Texier), 785.
Éwald. Cerveau et labyrinthe, 154. — Exstrophie de la vessie, 167. — Rétrécissement intestinal, 215. — Drainage des épanchements, 550. — Myxœdème, 858. — Cirrhose du foie, 1198.
ÉWART et ROLLESTON. Anévrysme ouvert dans les plèvres, 551.
Éwen (Mac). Hypertrophie prostatique, 8.
Examens (Lereboullet, A.-J. Martin), 539.
Exercice illégal (Lereboullet), 731.
Exophtalmie intermittente (Moyart et Van Duyse), 600.
Exophtalmos pulsatile (Picqué), 160.
Exosplénopexie (Houzel), 518.
Exostoses hérédo-syphilitiques (A. Fournier), 256.
Experts. Voir *Médecins.*
Extraits organiques. Action (Schift), 216.

F

FABER. Anémie pernicieuse, 993.
FABRE. Fistules recto-vaginales, 896, 897.
Face. Hémiatrophie (Donath), 754. — Hydatides (Bertelé), 466. — Lupus (Schulze), 862. — Lymphangiectasie (Balzer et Griffon), 498. — Nævus (Brocq, Barthélemy), 669. — Pathologie (Hajek), 886. — Plaie (Inglessis), 1000. — Présentation (Cournol), 465, 466. — Radiographie des os (Combe), 519.
Faciale (Névralgie) (Massoulard), 466. — (paralysie) (Eichhorst), 943; (Embden), 1080; (Bonnier), 1081; (Lépine), 1145; (Déjerine et Théoari), 1172; (André), 1213.
FADEUILHE. Suffocation, 413, 414.
FAGE. Rupture de la choroïde, 473.
Faiblesse généralisée (Dalché), 1005.
FAIDEAU. Bacille d'Eberth dans les selles typhiques, 368.
FAIERMAN. Hydrargyrie cutanée, 935.
Faim et soif dévorantes. Voir *Traumatisme* et *Cerveau.*
FAISANS et LE DAMANY. Tétragènes et pleurésies, 643.
FAITOUT. Cirrhose atrophique, 88. — Cysto-épithéliome de la mamelle, 208. — Ovaro-salpingite tuberculeuse, 545.
FAIVRE D'ARCIER. Pancréatite, 1017.
FAJERSTAJN. Paralysie asthénique, 201.
FARAUT. Séméiologie cardiaque, 873, 874.
Farcin aigu (G. Roux, Forestier, Courmont), 92.
FAREZ. Dyshidrose, 79.
FARGUES. Cystocèle crurale, 126.
FAUGOUIN. Rétention d'urine, 1207, 1208.
FAURE (J.-L.). Tumeurs malignes du maxillaire inférieur, 627. — Goître exophthalmique, 1001. — Gastro-entérostomie, 1028. — Adénome intestinal, 1076. — Névralgies du cancer de l'utérus, 1158.
FAURE (J.-L.) et SIREDEY. Péritonite diffuse par perforation de la vésicule biliaire, 97.
FAUQUEZ. Rein cardiaque, 911, 912.
FAUVET. Neurasthénie, 1234.
FAVRE. Éclampsie, 438.
Favus (Dubois-Havenith), 1200. — unguéal (Haushalter, Simon), 115.
FAYOLLE et PERRET. Sclérose en plaques, 597.
FEDOROFF. Hématuries, 1088.
FEINDEL. Neurofibromatose, 270.
FELTZ et ARCHAMBAUD. Rage, 925.
Fémur. — Fracture. Voir *Rectum.* — Fracture symétrique par ostéo-sarcome (Keim et Dartigues), 87. — Kystes (Bron), 55. — Ostéomyélite (Chavannaz), 407. — Ostéosarcome (Dartigues), 259. — Ostéotomie oblique (Nélaton), 1238.
Fémoro-cutané (Nerf). Troubles de sensibilité (Dopter), 553.
FENWICK. Cystoscopie, 215.
Fer chez le fœtus (Guillemonat), 40. — Élimination par l'urine (Jolles), 239.
FÉRÉ. Tumeur par inoculation de blastoderme, 233. — Psychose migraineuse, 682. — Hémiplégie hystérique, 970.
FERRSTER. Responsabilité dans les crimes, 703, 704.
Ferments de l'organisme (Abelous et Biarnès), 857.
FERNET. Ostéo-arthrite à pneumocoques, 1056.
FERRAEZ. Ophtalmo-malacie, 79.
FERRAND. Septicémie grave, 90. — Réaction agglutinante de Widal, 112. — Localisations cérébrales, 888.
FERRATON. Pseudarthrose des os de la jambe, 41.
FERRÉ et BECHASI. Suc ovarien, 598.
FERRÉ et CREIGNON. Bacille de Löffler, 1146.
FERRIER. Rate paludéenne, 369. — Goître épidémique, 369.
FERRO. Chancre de l'amygdale, 583.
FÉVRIER et WEISS. Appendicite, 1221.
FIALON. Cirrhose saturnine, 221, 222.
FIBIGER. Isolement des diphthériques, 1114.
Fibrine dans les plaies du foie (Cornil et Carnot), 619. — introduite dans les séreuses (Cornil et Carnot), 619.
Fibro-chondrome branchial (Andérodias et Hugon), 525.
Fibrome. Voir *Utérus.*
FICHBERG. Pneumonie, 765.
FICHET. Cancer de l'ampoule de Vater, 23.
FICK. Résection de l'estomac, 705.
FIEUX. Paralysie obstétricale, 23. — Placenta bilobaire, 213. — Placenta albuminurique, 263. — Présentation du siège, 263. — Symphyséotomie, 308. — Kyste du col utérin, 525. — Fibres musculaires de l'utérus, 549. — Kyste cause de dystocie, 549. — Tumeur du plancher de la bouche, 646. — Curettage dans l'infection puerpérale, 717.
Fièvre. — (Lœwy et Richter), 441; (Ughetti), 835. — urineuse (Lavaux), 1002.
FINDLEY. Mère à douze ans, 348.
FINHORN. Dilatation de l'estomac, 766.
FINIZIO. Diplégie spasmodique, 711.
FIQUET. Toxicité des peptones impures, 664.
Fistules. — biliaire (Doyen et Dufour), 262. — branchiales (Riedel), 448. — cutanées sacrées héréditaires (Godin), 641. — dentaire (Ovize), 1231, 1232. — recto-vaginale (Frœlich), 380; (Fabre), 896, 897. — uretérales (Amann), 615. — uretéro-ventrale (Seiffart), 827. — vésicales. Taille (Fabrikant), 1185. — vésico-intestinale (Chibret), 1002. — vésico-utérine (Ricard), 739. — vésico-vaginales (Hoareau); (Depage), 45; (Berger), 186; (Bazy), 210; (Routier), 235; (Lucas-Championnière, Quénu), 260; (Martin), 776, 777; (Loumeau), 1120.
FITZ. Respiration, 298.
FLATAU. Moelle chez les amputés, 359.
FLETCHER. Kyste congénital du médiastin, 191.
FLODERUS. Péritonite appendiculaire, 298.
Flot lombo-abdominal (Bard), 1078.
FOCHIER. Grossesse avec fibrome, 412. — Présentation du pariétal, 438.
Fœtus. — (Déclaration des) (Charpentier et Lutaud), 643. — Maladies infectieuse de la mère (Martel), 6. — Volume (Constans), 920, 922. — Voir *Tête.*
Foie. — Abcès (Peyrot et Roger), 513; (Lyonnet), 526; (Berger), 679; (Picqué et Macé), 1083. — Abcès « nostras » (Boinet), 203. — Actinomycose (Aribaud, P. Lereboullet), 1039. — Adénome (Milian), 280. — Affections (Kalisch), 1104. — Cancer (Routier, Quénu, Ricard), 64; (Michaux, Ricard, Broca), 137; (Picry), 262. — Chirurgie (Müller, Israël), 449. — Cirrhose (Castaigne), 88; (Faitout), 88; (Auscher et Lapicque), 160; (Maugé), 280; (Mathieu), 429; (Lyonnet), 283; (Saingery), 703, 704; (Eichhorst), 827; (Chauffard), 865; (Gilbert et Surmont), 869; (Ribas y Perdigo), 872. — Cirrhose hyperalcoolique (Letulle), 140. — Cirrhose alcoolique (Lancereau), 864; (Vallin, Lancereaux), 981; (Laborde, Lancereaux, Vallier), 1003; (Laborde, Lancereaux) 1053. — Cirrhose diabète bronzé (Rendu et Massary), 138; (Jeanselme, Hayem), 139; (Widal), 140. — Cirrhose, hématémèse (Ewald, Rothmann), 1198. — Cirrhose hypertrophique (Gilbert et Garnier), 641. — Cirrhose par phosphore (Aufrecht), 483. — Cirrhose saturnine (Fialon), 221, 222. — Congestions De Sévedavy), 873, 874. — Destruction de l'hémoglobine (Lapicque), 520. — et ovaire. Tumeur (Comte), 1219. — et toxines (Teissier et Guinard), 823. — Fonction martiale (Dastre), 1143. — Glycogénie (Lacassagne et Martin), 926. — Hydatides

(Vautrin), 141; (Spencer, Marsh, Makins), 382; (Perret), 679, 680; (Boinet), 758. — Infections (Gouget), 1066. — Kyste (Steiner), 981; (Sargnon), 1174. — Lésions par toxines (Claude), 601. — Maladies, métrorrhagies (Dalché), 1101. — mobile (Terrier et Auvray), 1137. — Néoplasmes (Tuffier), 85. — Plaies (Hahn), 933; (Ikovitz), 911. — Propeptone (Gley), 873. — Régénération (Kahn), 317, 319. — Résection (Kousnetzoff et Penski), 82. — Rupture (Vanverts), 259; (Desfosses), 982. — Sarcome (Byrom Bramwell), 219. — Syphilis (Thomas), 429. — Traumatismes (Terrier et Auvray), 81. — Tuberculose (Lévy), 136. — Tumeur (C. Martin), 45; (Terrier et Poirier), 1193.
Folie épidémique (De Bœch), 322. — et affections pelviennes (Hobbs, Russell), 978. — par emprisonnement (Ball), 876.
Folliculites séborrhéiques (Hallopeau, Laffitte, Sabouraud), 1195.
FOLLY. Hémothorax traumatique, 875.
Fongus ombilical (Frœlich), 750.
FONTAN D'ANDON. Eclampsie puerpérale, 920, 921.
FONTET. Lithiase intestinale, 151, 152.
FONTOYNONT. Tuberculose du cœur, 88. — Cancer pharyngo-laryngé et stomacal, 136. — Tuberculose du myocarde, 185. — Epithélioma du gros intestin, 1031.
Forceps (Helleu), 125.
FORESTIER. Farcin aigu, 92.
FORGUE. Gastrostomie, 1028. — Lithiase biliaire, 1201.
Formol. — (Verneuil), 383; (Le Dentu, Maurange), 802. — Désinfection (Mérieux), 742.
FOSSE. Méningite tuberculeuse, 1015, 1016.
FOUQUET. Tatouage, 544.
FOURMEAUX. Injections salines, 56, 57.
FOURNIER. Démoralisation professionnelle, 323. — Ichtyose congénitale, 1195. — Syphilis héréditaire, 1195.
FOURNIER (A.). Ostéopathies, 162. — Exostoses hérédo-syphilitiques, 256. — Lésions syphilitiques d'apparence tuberculeuse, 498.
FOURNIER (C.). Acromégalie, 125.
FOURNIER (H.). Bubon chancrelleux, 223.
FOURNIER (V.). Psoriasis, 851.
FOURNIER et SPRINGER. Hérédo-syphilis, 669.
Foudre (Mort par la) (Pélissié), 413, 414.
Fous et vagabonds (Marie et Hamel), 789.
FOVEAU DE COURMELLES. Lésions osseuses et rayons X, 545. — Rayons X, 689. — Mal des montagnes, 823.
FRACHINI. Epithélioma du vagin, 599.
Fractures. — (Esquerdo), 862. — compliquées. Gangrène (Testevuide), 1231. — Conservations (Cauvin), 207. — incertaines (Schröter), 512. — Massage (L.-Championnière), 819; (Buscarlet), 1047); (Labbé, L.-Championnière), 1237. — Médication thyroïdienne (Poncet, Gauthier, Lépine), 548. — spontanées (Guthrie, Morgan), 407. — Voir *Diabète*.
FRAENKEL. Pneumocoques dans le sang, 69. — Exercice musculaire chez les cardiaques, 93. — Influenza, 310. — Péricardite fibrineuse, 617. — Leucémie aiguë, 687. — Tuberculose pulmonaire, 1222. — Avortement, 1222.
FRAIKIN. Papillome de la grande lèvre, 164. — Epithélioma du col, 1147. — Lipome de la nuque, 1147. — Déformations osseuses, 1220. — Lipurie, 1221.
FRANCHET. Fractures de jambe, 1160.
FRANCHETTI. Phthisie traumatique, 509, 510.
FRANÇOIS. Néphrite saturnine, 322.
FRANÇOIS-FRANCK. Compression du cœur, 89.
FRANGUELA. Fièvre typhoïde, 838.
FRANKE. Entérite membraneuse, 297. — Adénome de l'estomac, 423. — Pneumotomie pour caverne, 1234.
FRANZ. Méningite, 943.
Frein sublingual. Section, hémorrhagie (Reboul), 786.
FRÉMONT. Morcellement des amygdales, 583, 584.
FRENKEL et FAVRE. Tabès dorsal, 7.
FRÈRE. Cals exubérants, 752, 753.
FREUDENBERG. Hypertrophie de la prostate, 335.
FREUND. Nævus pigmentaire, 96. — Autodigestion gastrique, 648.
FREYER. Kyste de la vessie, 1103.
FRIEDLAENDER. Excitation vasomotrice, 903.
Friedreich (Maladie de) (Cassirer), 647. — Voir *Maladie*.
Frigothérapie (Cordes), 1030.
FRITSCH. Opération césarienne, 705.
FROELICH. Calcul vésical chez un enfant, 213. — Fistule recto-vaginale, 380. — Fongus ombilical, 750. — Hernie des nourrissons, 1026. — Drainage pelvien, 1028. — Tumeurs vermineuses, 1137.
FROMAGET et CABANNES. Irido-cyclite, 333.
FROMAGET et LAFFAYE. Suppurations oculaires, 264. — Injections sous-conjonctivales, 379. — Injections intra-oculaires, 430.
Frontal. — Fracture (Lejars), 186. — Tumeur (Lagrange, Vitrac, Binaud), 598.
FROUIN. Bronchite chronique, 174, 175.
FUERBRINGER. Endocardite traumatique, 647. — Cancer du tube digestif, 696.
FURNEAUX-JORDAN. Pyonéphrose calculeuse, 45.
Furoncle. Staphylococcie (Busquet), 705.
FUZINAMI. Cancer du rectum, 250.

G

GABORIAU. Surmenage intellectuel, 801.
GABORY. Ladrerie, 990, 992.
GABRIELLE. Érysipèle, 826.
Gaïacol chloroformé (Malot), 295, 297.
Gaïacyl anesthésique (Maurange), 972.
Gaines tendineuses. Myélomes (Bonjour), 1160.
Galactophorite à streptocoques (Georgin), 1102.
Gale. Teinture de benjoin (V. de Holstein), 320.
GALEZOWSKI. Scrofule oculaire, 67.
GALLET, Tumeur sanguine intra-crânienne, 46. — Perforation de la trachée, 323. — Appendicite, 720.
GALLI. Pellagre, 838.
GALLIARD. Zone sonore inféro-dorsale à gauche, 41. — Sigmoïdite aiguë, 41. — Colite et érythème, 235. — Bruit de rouet, 500. — Hernie du poumon, 643. — Son amphorique, 1173. — Pneumothorax, 1193.
GALLIARD et BRUNEAU. Pneumothorax, 405.
GALLOIS. Tension artérielle, 644. — Dyspnée urémique, 710. — Lymphatisme et scrofule, 1196.
GALLOWAY. Tumeur maligne de la peau, 1169.
GAMGEE. Angiome de la parotide, 71.
Ganglions lymphatiques. Lymphosarcomatose et tuberculose (Duclion), 224.
GANGOLPHE. Actinomycose, 22. — Psoïte, 116. — Cancer du rectum, 671. — Typhlite actinomycosique, 755.
Gangrène. — (Lejars), 620; (Reyt), 679, 681. — des extrémités (Camescasse), 1144. — par endartérite (Ginestous, Bégouin), 379. — sèche (Vignard), 284. — spontanée (Munk), 901. — Voir *Poumon*.
GANNAT. Hystérotomie, 481, 482.
GARDETTE. Catarrhe de la conjonctive, 323.
GARNIER. Pendaison, 87.
GARROD. Endocardite, 143. — Scléreuse des nouveau-nés, 288.
GARROW. Hernie ombilicale, 1167.
GASNE. Paraplégie spasmodique, 337.
GASSER. Sérodiagnostic, 622.
GASTLING. Thromboses dans la fièvre typhoïde, 45.
GASTOU. Ulcères phlébitiques, 162. — Œdème chronique, 162. — Pyodermite eczématiforme, 670. — Chancre induré du poignet, 670. — Dactylites, 1196.
GASTOU et DOMINICI. Éléphantiasis du pied, 670.
GASTOU et ÉMERY. Lésions pilo-sébacées, 1196.
GASTOU, LESNÉ et DOMINICI. Syringomyélie, 498.
Gastrectomie (Péan), 679.
Gastrites (Crocq), 904.
Gastro-entéro-anastomose (Jaboulay), 20; (Briau), 597; (Hepp), 737.
Gastro-entérostomie. — (Reynier), 89; Quénu, Chaput, Ricard), 90; (Mencière), 151; (Lane, Bidwell, Barker), 191; (Gross, Heydenreich, Weiss), 286; (Weiss), 309; (Faure), 1028; (Tuffier, Terrier), 1054. — Alimentation (Siegl et Herusheimer), 297.
Gastropathies. Bains de mer (Lindemann), 687.
Gastroplastie (Delagenière), 712.
Gastroscopie (Rewidzoff), 903.
Gastrostomie (Villar), 110; (Hartmann), 325; (Forgue), 1028.
Gastrosuccorrhée (M. Soupault), 13.
Gâtisme (Manheimer), 990, 992.
GATTI. Péritonite tuberculeuse, 58, 632.
GAUCHER. Eczéma, 499. — Dermatoses, 929.
GAUCHER et BARBE. Hérédo-syphilis, 498.
GAUDIER. Empyème du sinus maxilloire, 465. — Syphilis de la mâchoire, 1074.
GAULLIEUR L'HARDY. Chlorose ménorrhagique, 728.
GAUTHIER (G.). Cancer de l'estomac, 388. — Fractures, 548.
GAVINO. Tuberculose laryngée, 886.
GAYET. Abcès gazeux, 140. — Sarcome de l'œil, 283.
GEHUCHTEN (VAN). Rigidité musculaire et contracture, 951. — Chromatolyse, 1176.
GELLÉ. Hyperesthésie auditive d'un éthéromane, 185. — Affections auriculaires goutteuses, 475. — Surdimutité, 1031.
GENESTOUS. Tuberculose de la langue, 142.
Génitale (Hémorrhagie) (Buist), 119.
Génitaux (Organes) féminins. Médication thyroïdienne (Jouin), 808.
Genou. — Corps étranger (Delettrez), 321. — Désarticulation double chez un hémimélien (Vénot et Lafarelle), 264. — (Peau du). Tuberculose (Dubois-Havenith, Péchère), 504.
GENOUVILLE et PASTEAU. Prostatiques, 713.
GEORGIEFF. Cachexie palustre, 1160.
GEORGIN. Galactophorite, 1102.
GÉRARD. Salive d'épileptique, 1143.
GERHARDT. Pouls inégal, 93.
GÉRIN. Trépanation du sternum, 439, 440.
GERMAIN. Pelade, 86.
GEROTH. Absorption par la vessie, 860.
GESLAND. Hernie crurale, 728, 729.
GÉZA DIABALLA. Sang dans les anémies, 127.
GHAZAROSSIAN. Béribéri, 703.
GHEURY. Chorée hémiplégique, 503.
GHILLINI. Difformités des os, 861.
GIANELLI. Morphinisme, 1088.
Gibbosité. Méthode de Calot (Krause. Kümmel), 551; (Tubby et Jones), 1126; (Langton, Calot, Murray), 1127. — pottique (Jonnesco, Redard), 861. — Redressement (Lange), 970; (Vincent, Ollier, Poncet), 623; (Ménard), 505; (Ménard, Brun, Michaud, Poirier, Broca), 477. — Traitement (Chipault, 76; (W. Cheyne, Barwell, Smith, Clarke, Spencer), 1175.
GIBERT. L'argus réflexe, 151, 152. — Syphilis et tuberculose, 212.
GIBERT (J.). Anesthésie par l'éther 776, 778.
GIBIAT. Placenta prævia, 86.
GILBERT. Tétanie hépatique, 111. — Phosphate de gaïacol, 209. — Chlorose, 809.
GILBERT et FOURNIER. Angiocholite infectieuse, 666.
GILBERT et GARNIER. Paralysie infantile, 280. — Souffle chlorotique, 427. — Cirrhose alcoolique hyperthrophique, 641.
GILBERT et ROGER. Stéthographie, 202.
GILBERT et SURMONT. Cirrhose du foie, 869.
GILBERT et YVON. Anilipyrine, 641.
GILES et MACLEAN. Grossesse tubaire, 719.
GILKINET. Levures dans l'organisme, 1066.
GILLEUR et GARNIER. Main succulente dans l'hémiplégie, 545.
GINESTOUS, Astasie-abasie, 236. Un compteur de lettres, 263. — Pouce surnuméraire, 285. — Gangrène, 379.
GINESTOUS et ROTHAMEL. Suppléance de la main gauche, 1220.
GIRARD. Double souffle intermittent crural, 752. — Résection du maxillaire supérieur, 1000. — Débilité cachectique, 1179.
GLAIVE. Varioles frustes, 941, 942.
Gland. — Épithélioma (Beck, Gratia), 345. — Kyste mucoïde (Costan), 136.
Glandes. — à venin des hyménoptères (Bordas), 509. — de Cowper. Extirpation (Englisch), 1088. — Kystes (Kimia), 867.
Glandules parathyroïdes (Gley), 738.
GLANTENAY. Syphilome de la verge, 1122.
Glaucome. — (Abadie, Rochon-Duvignaud, Javal, Kalt), 474; (Jonnesco) 1003. — foudroyant (Sulzer), 42. — infantile (Gros), 1231, 1232.
GLAVTCHÉ et NICOULINE. Psoriasis, 910
GLÉNARD. Colite muco-membraneuse. 375.
GLEY. Glande thyroïde, 39. — Glandules parathyroïdes, 738, 858. — Myxœdème, 858. — Propeptone et foie, 873.
Gliome. Voir *Cerveau*.
Globules blancs leucocythémiques (Maurel), 713.
GLOECKNER. Endothéliomes, 857.
GLORIEUX. Paralysie agitante, 956.
GLOVER et VARIOT. Laryngites aiguës, 944.
GLUZOSKI. Préparations thyroïdiennes, 467.
Glycérophosphate de chaux (Labesse), 295, 296.
Glycogénie (Lacassagne et Martin), 926.
Glycosurie. — (Strauss), 311; (Bettmann), 527; (Kolisch), 1223. — alimentaire (Achard et Castaigne) 1117.
GODIN. Fistules cutanées héréditaires, 641.
GODONNÈCHE. Endocardite, 388. — Fractures du rachis, 654, 656.

GŒNNER. Saprophites vaginaux dans la grossesse, 779.
Goître (Bérard), 147. — d'origine infectieuse (Guéniot), 688. — épidémique (Février), 369. — exophtalmique (Owen), 8; (Debove, Marie), 65; (Tuffier), 229; (Vignard) 230; (Schwartz, Poncet), 234; (Doyen), 411; (Riche), 409; (Reclus et Faure), 592; (G. Marchant), 625; (Desguin, Depage, Venneman), 672. — exophthalmique; (Abadie), 735; (Péan), 737; (Spalding), 876; (Poncet), 877; (Eulenburg, Voisin, Régnier, etc.), 953; (Faure), 1001. — exophthalmique et diabète (Lannois, Lépine), 1078. — Section du sympathique (Jaboulay), 709. — Fièvre thyroïdienne opératoire (Bérard), 1189. — Iodothyrine (Briau), 787. — Traitement thyroïdien (Lichtwitz et Sabrazès), 205.
GOLDBERG. Tuberculose rénale, 1042.
GOLDHAMMER. Gaïacol dans la toux, 1090.
GOLDSCHEIDER. Cellules nerveuses, 287. Excitabilité des neurones, 639.
GOLOVINE. Kyste de l'orbite, 911.
GOLUBOFF. Appendicite, 390.
Gommes syphilitiques (Le Tellier), 799, 801.
Gonocoque. — (Jundell et Ahman), 272; (Lanz), 657; (Christmas), 1018; (Schaeffer), 1209. — Culture, 609; (Wassermann, Kiefer, Wertheim, Buschke), 718. — Infection (Ahman), 779. — Voir *Infection.*
Gonorrhée (Spietschka), 1136. — Chronique (Casper, 632. — Voir *Blennorrhagie, Infection.*
GOODALL. Fièvre typhoïde, 192. — Scarlatine, 288. — Absorption par les amygdales, 903.
GOGUEL. Ankyloses du coude, 270, 271.
GORDON. Appendicite, 30.
GORECKI. Troubles du corps vitré, 1101.
GORGON. Epithéliomatose et sarcomatose, 583.
GORIS. Empyème du sinus maxillaire, 48. — Tuberculose du larynx, 408.
GORMAN. Expulsion de l'œuf en bloc, 629, 630.
GOUDART. Albuminurie diabétique, 994.
GOUGET. Pseudo-tuberculose de l'appendice, 329. — Infections hépatiques par le proteus, 1066. — Insuffisance hépatique, 1115.
GOUGUENHEIM. Diphthérie, 114.
GOUIN. Variole hémorragique, 101.
GOULARD. Accidents asystoliques, 1183, 1184.
GOULD. Obstruction intestinale, 1223.
GOURC. L'amygdale de W. Meyer, 270.
GOURÇON, Vertige, 199.
GOURDIAS. Tumeur du nez, 896.
GOURFEIN. Mort des animaux décapsulés, 815.
Goutte.—(Sternberg), 320; (Hutchinson, Stockton, Oliver, Pearce, Wood, Davis), 766. — et rhumatisme. Diagnostic radiographique (Oudin, Barthélemy et Béclère), 524. — Radiographie (Potain et Serbanesco), 135. — saturnine (Chevallier), 1183, 1184.
GOUVÊA (DE). Œil dans l'épilepsie, 473.
GRAF. Cancer du larynx, 447.
GRAHAM. Hémiplégie croisée, 1168.
GRALL. Tumeur de nerfs, 875.
GRANCHER. Faux sourd-muet, 640.
GRANDCLÉMENT. Décollement de la rétine, 718.
GREANDCOURT et GUÉPIN. Cystites fausses, 860.
Granulie après adénopathie (Mathieu, Letulle), 524.
GRANVAL. Anté- et latéro-versions de l'utérus, 849.
GRASSET. Régime des tabétiques, 730. — Ataxie, 748. — Tabès, 803. — Tic du colporteur, 1087. — Sclérose multiple disséminée, 1114.
Graves. Voir *Maladie.*
GRAWITZ. Inflammations pleurales, 551.
GRAZIA (DE). Cellules de l'écorce, 1088.
GRECO. Alcalinité du sang, 631.
Greffe. — osseuse (Dubard), 1098. — ovarienne (Jayle), 512.
GRÉHANT. Énergie musculaire, 281. — Calorifères de cave, 352. — Oxyde de carbone dans les bouches de chaleur, 476. — Absorption de l'oxyde de carbone, 1123.
GREIDENBERG. Paralysie progressive, 834.
GREIFFENHAGEN. Splénopexie, 415.
Grenouillette. — (Andérodias), 264. — sublinguale (Duplay), 1108.
GRIFFITH. Fragilité des os, 585.
GRIFFON et RÉGAL. Cancer de la vésicule biliaire, 640.
GRIFFON. Endocardite, 688.
GRIMBERT. Pneumobacille, 177.
GRIMBERT et PICQUET. Ferment des tartrates, 1098.
GRIMODIE. Hydrorrée déciduale, 377.
Grippe. — et tuberculose (Petit), 959. — Suppurations (Boucher), 752, 753.
GROGNOT. Mal de Pott, 439.
GROS. Inoculation antirabique, 618. — Hydrophtalmie, 1231. 1232.
GROSCLAUDE. Opération d'Estlander, 56, 57.
GROSJEAN. Névralgie du maxillaire supérieure, 126.
GROSS. Gastro-entérostomie, 286. — Taille vésicale chez l'enfant, 309. — Résections des maxillaires supérieures, 1221. — Hypertrophie de la prostate, 1221.
Grossesse. — avec fibrome (Fochier), 412. — Cancer utérin (Bosche), 776. — Cœur (Deslande), 150, 151. — double (Dejovany), 630, 631. — et fibrome (Mouchet), 304. — et fièvre typhoïde (Chambrelent), 22. — extra-utérine (Couvelaire), 619; (F. Barbour), 120; (Henrotay, Rouffart), 216. 384; (Routier), 232; (Pinard), 593; (Rossier), 615; (Pagny), 703; (Nédorodoff), 904; (Thiébaut), 931; (Picqué), 1054. — gémellaire univitelline (Maygrier, Porak), 524; (Jullien), 984. — Maladies infectieuses (Martel), 6; (Jacob), 927. — multiples (Boyer), 990. — Oblitération du col (Ozo), 174, 175. — Pigmentations (Marlio), 920, 921. — Sang (Wild), 513; (Lutaud), 643. — tubaire (Jacobs), 504; (Giles et Maclean, Maidlow, Galabin), 719. — tubaire. Inondation sanguine péritonéale (Choyau), 269. — Voir *Hystéropexie, Rétention, Tuberculose, Utérus.*
GROSZ. Névrite syphilitique, 408. — Épididymite à gonocoques, 1128.
GRUNERT. Abcès cérébral, 81.
GUÉNIOT. Placentome, 439. — Goître infectieux, 688.
GUERÉ. Résection de prémolaire, 501.
Guermonprez (Le D[r]) et la Compagnie du Nord (Lereboullet), 106.
GUERRERO. Présentation du sommet, 175.
GUIARD. Circoncision, 1073.
GUIGNOT. Pseudo-actinomycose, 534.
GUILBAUD. Rétinite, 824, 825.
GUILHEM. Lipomes du crâne, 207.
GUILLAUME. Intubation dans le croup, 295. — Tubercule sous-cutané douloureux, 799, 800.
GUILLEMANT. Angine diphthérique, 557, 558.
GUILLEMONAT. Fer chez le fœtus, 40.
GUILLIERMAIN. Phénacétine, 1067.
GUILLON. Hypermnésies, 102. — La mort de Louis XIII, 873, 875. — Mortalité infantile, 920, 921.
GUILLOZ. Rayons X, 115.
GUILMARD. Menstruation et cœur, 728.
GUINARD. Abcès du cerveau, 260. — Toxicité des sérums, 645. — Vomissements, 814. — Apomorphine, 742, 824. — Digestion gastrique, 911.
GUINARD et TEXIER. Eviscération, 785.
GUINET. Synovite tuberculeuse du cubital postérieur, 439, 440.
GUINON. Empoisonnement par la quinine, 161. — Fièvre typhoïde, 1194.
GUINON et MEUNIER. Tuberculose et fièvre typhoïde associées, 332.
GUITARD. Streptocoque dans l'eau, 159.
GUMPRECHT. Destruction des leucocytes, 82. — Tétanie, 779.
GURLT. Anesthésies, 449.
GUTHRIE. Fractures spontanées, 407.
GUYON et ALBARRAN. Rétentions rénales, 1064.
GUYOT. Responsabilité, 102. — Compression de l'uretère, 285.
GVOSDINSKY. Septicémie, 911.
Gymnastique. — (Perrin), 344. — respiratoire (Caminade), 151, 152. — Voir *Cœur.*

H

HABART. Fracture du crâne, 1149.
HABEL. Actinomycose, 103. — Tabès et rein mobile, 414.
HABERDA. Traumatisme pendant l'agonie, 827.
HACKER. Fistule du cou, 1137.
HADOT. Avortement, 1086.
HAGOPOFF. Eclampsie puerpérale, 920, 921.
HAHN. Tuberculose cérébelleuse, 239. — Intoxication saturnine, 239. — Plaies du foie, 933.
HAHN (V.-L.). Bibliographie médicale, 1085, 1086.
HAJEK. Calcul du canal de Wharton, 96. — Affections de la face, 886.
HALL et EUBANK. Régénération du sang, 298.
HALLION. Injection d'eau de mer, 1172.
HALLOPEAU. Lichen plan buccal, 162. — Acrodermatites, 455. — Mycosis fongoïde, 498. — Lèpre bretonne, 498. — Toxines, 821. — Lèpre, 930, 977. — Mycosis fongoïde, 1100. — Acro-dermatites, 1195.
HALLOPEAU et BUREAU. Pseudo-pelade, 66. — Mycosis, 66. — Tuberculides acnéiformes, 66. — Tuberculides, 162.
HALLOPEAU et LAFFITTE. Tuberculides, 670. — Folliculites, 1195.
HALLOPEAU et POULAIN. Lichen de Wilson, 575.
HALLOPEAU et WEIL. Erythème par ichtyol, 162. — Atrésies post-lupiques, 455. — Erythrodermie prémycosique, 575.
Hallux valgus (Lucas), 583, 584.
Hallucinations. — verbales psycho-motrices (Marson), 509, 510. — Voir *Céphalalgie.*
HAMBURGER. Résorption dans la cavité abdominale, 177.
HAMEL. Hématurie essentielle, 799, 800.
Hanche. — Ankylose (Bigouin), 264. — Coxa vara et arthrite déformante (Maydl), 657. — Désarticulation (Coronat), 79, 80. — Désarticulation (Bauby), 1049. — Luxation (Bourquet et Tocheport, Coyne), 22; (Mouczy), 79; (Briau), 455; (Walther), 739. — Luxation congénitale (A. Hoffa), 279; 390; (Lorenz), 862; (Hirsch), 1088. — Tuberculose juxta-coxale (Ménard), 1050.
HANOT et LÉVY. Tubercule de l'aorte, 31.
HANRIOT. Lipose du sérum, 136.
HANSTEEN. Adénite inguinale, 513.
HARISPE. Rhumatisme articulaire, 388.
HARLEZ. Laryngite suffocante varicelleuse, 1207, 1209.
HARRISON. Dilatations du cœur, 45. — Exstrophie de la vessie, 407.
HARTMANN. Anévrysme faux primitif de la jambe, 41. — Gastrostomie, 325. — Urétérectomie, 1026. — Splénectomie, 1020. — Occlusion intestinale, 1098. — Résection de l'estomac, 1098.
HARTMANN et REYMOND. Suppurations de l'urèthre chez la femme, 1065. — Collection rétro-vésicale, 1097.
HARTMANN et VAQUEZ. Sang après la splénectomie, 112.
HASLAM. Cancer du pylore, 45.
HAUSER. Fièvre typhoïde, 123.
HAUSHALTER. Maladie de Basedow, 19. — Favus unguéal, 115. — Autopsie d'enfants tuberculeux, 285. — Myopathie progressive, 334. — Corps étranger du poumon, 380.
HAWKINS. Ictère dans la fièvre typhoïde, 118.
HAWKINS et WALLACE. Ulcère de l'estomac, 560.
HAYEM. Urobilinurie, 110. — Saignée, 111. — Adénie, 236. — Maladie de Reichmann, 475. — Ictère effacé, 478. — Sténoses pyloriques, 1101.
HAYEM et GHIKA. Ictère, 716.
HAZARABÉDIAN. Hypertrophie de la prostate, 342.
HAZEMANN (R.). Homicides chez les absinthiques, 367.
HEATON. Cancer de l'amygdale, 71. — Ectopie du testicule, 215.
HECKEL (F.). Sulfibenzoate de soude, 274.
HEDDAEUS. Angine, 969.
HEIDEMANN. Symphyse du péricarde, 441.
HEIDENHAIN. Occlusion intestinale, 423.
HEIL. Laparotomie, 297.
HEIM. Actinomycose, 785.
HEINRICIUS. Kystes du pancréas, 754.
HEISER. Scoliose essentielle, 654, 656.
Hélénine (Maurange), 9.
HELFERICH. Hypertrophie de la prostate, 446.
HELLER. Carcinome de la langue, 671. — Hydrocéphalie, 1222.
HELLEN. Forceps, 125.
Helminthiase. — (Laveran), 909. — à forme dysentérique (Sabrazès et Cabannes), 547.
Hématémèse (Ewald), 1198.
Hématimètre (Daland), 838.
Hématocèle. — (Lavisé, Gallet, Depage, Verneuil, Thiriar), 46. — para-vaginale (Lemichez), 849. — vaginale (Bégouin), 115. — Hématomètre (Lackie), 119.
Hématométrie (Margarito), 808.
Hématomyélie centrale (Pitres et Sabrazès), 832.
Hématoporphyrinurie, 779; (Nakarai), 467.
Hématurie. — (Fedoroff), 1088. — essentielle (Hamel), 779, 800.
Hémianopsie. — horizontale (DE Lapersonne et Grand), 328. — binasale (Veasey), 408.
Hémicraniectomie. — (Marcotte), 56. — temporaire, 882.
Hémihyperesthésie névro-musculaire (Jacquet), 1005.
Hémihypertrophie partielle (Duplay), 529.
Hémimélie (Vinot et Lafarelle), 264.
Hémiparaplégie de Brown-Séquard (Ruhemann), 527.
Hémiplégie. — (G. de la Tourette, Marie) 355; (Seletzki, Kohler et Pick, 744. — alcoolique (Bourneville et Rollay), 306. — cérébrale (Clavey, Bourbicaud-Dumay), 967, 969. — cholérique (Matignon), 691. — croisée (Graham, Mackenzie, Angell), 1168. — hystérique (Féré), 970. — infantile (Bézy et Marie), 788. — Main succulente (Gilleur et Garnier), 545. — organique (Babinski), 740. — pneumonique (Mouisset et Lyonnet), 1070. émithyroïdectomie (Tuffier), 229.
Hémoglobine. Voir *Foie.*
Hémoglobinurie paroxystique (Layral), 783; (Van Thoff), 1042.

Hémorragies. — dans l'expulsion de fœtus morts (Roger), 56. — des nouveau-nés (Orlowski), 728. — grave (Audebert), 646. — gastro-intestinales (Costinesco), 1015, 1016. — gastro-intestinales des nouveau-nés (Hermary), 244. — post-partum (Olivier), 19. — Voir *Placenta*.
Hémothorax traumatique (Folly), 875.
Hendrix. Torticolis, 672.
Hennebert. Mastoïdite aiguë, 240. — Surdité, 1199.
Hennecart et Chifoliau. Sarcome de l'avant-bras, 185.
Hennecart. Néphrectomie, 509.
Henrotay. Inversion utérine, 94. — Grossesse extra-utérine 216, 384.
Henry (P.). Pseudo-diphtéries à streptocoques, 58.
Hépatique (Artère). Anévrysmes (Bernard), 199.
Hépatite. — intercellulaire (Carmono y Valle), 873. — nostras (Jourdan), 896, 898. — suppurée nostras (Jourdan), 1113.
Hépatopexie (Michl), 861.
Hépatoptose (Blanc), 823.
Hepp. Gastro-entéro-anastomose, 737.
Herbert. Pleurésies traumatiques, 121.
Hérédité. — (Barr), 609; (Hillemand et Pétrucci), 857; (Souberbielle), 941, 942. — indirecte (Charrin), 815.
Heresco. Ulcère de l'estomac, 39.
Heresco et Magnan. Occlusion intestinale, 1074.
Hermann. Scrofule, 624.
Hermaphroditisme (Shattock), 191.
Hermary. Hémorragies gastro-intestinale des nouveau-nés, 244.
Hernette. Entéroptose, 79, 80. — Eucaïne, 295, 297.
Hernies. — (Lannelongue), 639. — congénitale (Legueu), 351. — Cure radicale (Van Engelen, Crickx, Cittadini), 72; (Van Engelen, D'Haenen), 120; (Kocher), 705; (L.-Championnière), 736; (Championnière, Corvin et Vicol), 861; (Duplay et Cazin, Jonnesco), 882. — diaphragmatique (Bergmann), 82. — Injections au chlorure de zinc (Demars, Lannelongue), 520. — Voir *Adhérences, Crurale, Epigastrique, Inguinale, Muscles, Nourrissons, Péritoine, Vagino-péritonéal, Vessie*.
Héron de Villefosse. Bleu de méthylène, 1040.
Herpès. — (G. Brouardel), 87. — et paralysie faciale (Eichhorst), 943.
Herrgott. Camphre anti-galactagogue, 214. — Rétention d'urine, 958.
Herrick. Leucémie lymphatique, 766.
Herringham. Tachycardie paroxystique, 70. — Perforation intestinale typhique, 119.
Hervé. Adhérence de la mitrale, 180. — Anévrysme de l'aorte, 308. — Fièvre typhoïde, 1220.
Hervé et Lande. Anévrysme de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, 116.
Hervieux. Vaccine obligatoire, 303.
Herxheimer. Psoriasis, 1115.
Héry. Allaitement, 317.
Herz. Névrose de l'estomac, 1227.
Herzfeld. Respiration des nouveau-nés, 1174.
Heubner. Méningites à méningocoques, 479. — Alimentation des nourrissons, 527. — Néphrite des enfants, 829.
Heusner. Fracture de la rotule, 447.
Heydenreich. Sarcome du rein, 115. — Fractures de la colonne cervicale, 309. — Régénération du nerf sous-orbitaire, 335. — Fracture du maxillaire inférieur, 380. — Toucher vésical, 999.
Heyman. Croup, 388, 389.
Higier. Maladie rare du cerveau et de la moelle, 248.
Hildebrand. Torticolis, 450.
Hillemand et Petrucci. Hérédité, 587.
Hinglais. Actinomycose appendiculo-cæcale, 535.
Hirsch. Luxation de la hanche, 1088. — Alcaptonurie, 1162.
Hirschfeld. Obésité et diabète, 1197.
Hirtz et Luys. Ascite chyleuse, 983.
Histon et nucléo-histon, Pouvoir immunisant (Novy), 298.
Hitzig. Syringomyélie, 319.
Hlava. Pancréatite hémorragique, 793. — Pneumoconiose, 846.
Hoareau. Fistules vésico-vaginales, 30.
Hobbs. Myosite infectieuse, 236. — Folie et affections pelviennes, 978. — Choléra colibacillaire, 1124.
Hoch. Paralysie générale infantile, 609.
Hochenegg. Iléus combiné, 1223.
Hodgdon. Réflexes préputiaux, 778.
Hodgkin. — Voir *Maladie*.
Hofer. Tonsillites aiguës, 153.
Hoffa. Luxation congénitale de la hanche, 279.
Hoffmann. Maladie de Thomsen, 7.
Hofmann. Urine des ostéomalaciques 512.
Hofmeier. Placenta prævia, 590.
Hofmeister. Coxa vara, 424.
Hogge. Anatomie de l'urèthre, 1122.
Hollænder. Kélotomie, 58. — Lupus de la face, 862.
Holocaïne (Maurange), 346; (Berger), 593; (Deneffe), 600.
Holst. Endocardite aiguë, 1067.
Holstein (V. de). Gale, 320.
Homen. Démence progressive, 809.
Homicides. — chez les absinthiques (Hazemann), 367. — par un aliéné (Vallon, Descoust), 376.
Honoraires médicaux, 636, 780.
Hôpital de campagne (Phocas et Inglessis), 999.
Hôpitaux de Lille (Debierre), 347. — Voir *Concours*.
Hoquet (Martelly), 104. — épidémique (Berdach), 288.
Houilleurs (Oberthür), 557, 558.
Houzé. Anomalie dentaire, 322.
Houzel. Herpertrophie de la rate, 518. — Hydatides du rein, 547.
Huber. Méningite cérébro-spinale épidermique, 287. — Rectite gonorrhéique, 1042.
Huber et Blumenthal. Sang après les maladies infectieuses, 1115.
Huchard. Œdème du poumon, 401. — Urémie, 644. — Théobromine, 1006. — Bradydiastolie, 1054.
Hudson. Fracture vertébrale, 923.
Hugounenq. Albumosurie, 333.
Hugues. Ozène, 659, 1087.
Huile de cade (Ramond, Maurange), 298.
Huiles (Maurange), 32.
Huîtres. Microbes (Sabatier, Ducamp, Petit), 1123. — Voir *Typhoïde*.
Humeau. Arthrite cervicale, 461.
Humérus. Chondro-fibrome (Mermet et Lacour), 712. — Décollement de l'épiphyse (Bibard), 439; (Conte), 439. — Exostose (Bégouin, Pousson, Binaud), 598. — Fracture (L.-Championnière, Sée, Péan), 1215. — Tumeur (Le Dentu), 1048.
Humeur aqueuse de l'œil (Andeer), 1098.
Hunt. Thrombus de l'oreillette, 551.
Hunter. Calculs biliaires, 1169.
Hutchinson. Goutte, 766.
Hutinel et Auscher. Rachitisme, 691.
Hydatides. Voir *Fémur, Foie, Iliaque, Ovaire, Rate*.
Hydramnios (Brindeau et Georghinu), 438.
Hydrargyrie cutanée (Faierman), 935.
Hydrastine (Maurange), 83.
Hydrocèle (Barral), 826. — en bissac (Buyck), 799, 800.
Hydrocéphalie. — (Lévy et Claisse), 280; Stewart), 719; (Monti), 863. — chronique (Taylor), 503. — héréditaire (P. Marie et Sainton), 478. — intra-utérine (Sergent), 920. — syphilitique (Heller), 1222.
Hydronéphrose. — (Gibert), 264; (Schwartz), 547; (Boccard), 896, 898. calculeuse (Bernard), 1073. — double (Vervaeck, Gratia, Vandervelde), 768. — Néphrectomie (Bœckel), 1064.
Hydrophtalmie (Gros), 1231, 1232.
Hydro-pneumothorax chez un tuberculeux (Troisier, Rendu, Widal), 572.
Hydrorrée déciduale (Grimodie, Bonnet, Porak, Bar), 377; (Aurégan), 1207, 1208.
Hydrothérapie (Winternitz), 1080.
Hyménoptères. Glandes à venin (Bordas), 509.
Hyoïde. Ostéotomie (Vallas), 597.
Hyoscine (Maurange), 60; (Cheynet, Maurange), 1044.
Hyperchlorhydrie (Mathieu, Le Gendre, Bovet), 67; (Plesoianu), 367, 368; (Linossier), 427; (Plesoianu, Maurange), 514.
Hyperglycémie (Lépine), 782.
Hypermnésies (Guillon), 102.
Hypnotiques (Pilez), 168.
Hypnotisation. Diabète consécutif (C. Bell et Motet), 377.
Hypnotisme. — et maladies mentales (Kokarsky), 863. — et suggestion (Bernheim), 848; (Bramwell, Joire), 955.
Hypodermie (Maurange), 972.
Hypospadias (Nové-Josserand), 479; (Reure), 896, 898.
Hyposulfite de soude (Dumas, Maurange), 203. — double de mercure et de potasse (Maurange), 756.
Hypothermie post-opératoire (Lacombe), 246, 247.
Hystérectomie. — (Jacobs, Thiriar), 672. — abdominale (Pichevin, Doléris, Richelot), 524; (Richelot), 595; (Quénu), Nélaton, Routier), 738; (Terrier, Tournay, Le Bec, Jonnesco, Doyen, Montprofit, Bouilly, Hartmann, Pantaloni), 1051; (Ricard, Peyrot), 1193; (Poirier, Tuffier, Reclus, Richelot), 1218. — abdominale totale (Bégouin, Demons), 142; (Reclus, Reynier), 666; (Segond, Hartmann, Schwartz, Pozzi), 714. — pour fibrome (Dorff, Jacobs, Henrotay), 94. — vaginale et laparotomie (Pauchet), 157; (Nourrit et Villar), 164; (Léopold), 297; (Snyers), 1008. — Voir *Césarienne, Infection, Utérus*.
Hystérie. — (Bérard), 80, 81; (Conturie), 101. — Contractures (Roux), 270, 271. — en Vendée (Terrien), 207. — infantile (Bézy, Pitres, Paillas, Briand, Régis, Bérillon), 761; (Garnier, Doutrebente, Bézy, Sabrazès et Lamacq), 762; (Bézy), 769. — Tremblement (Bézy), 762. — Voir *Appendicite, Mutisme, Œdème*.
Hystérogènes (Points) (Pescheux), 6.
Hystéropexie. — (Beck), 808. — abdominale et grossesse (Audebert et Binaud, Chaleix, Fieux), 263.
Hystérotomie. — pour fibromes (Gannat), 481. — sphinctérienne (Defontaine), 1237.
Hytier. Tuberculose orbitaire, 1111, 1112.

I

Ichtyol (Maurange), 156; (Jacovidès, Maurange), 416.
Ichtyose. — (Robin), 1207, 1209. — congénitale (Fournier), 1195.
Ictère. — avec névrite (Kausch), 956. — chronique (Le Gendre, Hayem, Galliard), 332. — des nouveau-nés (Vermel), 840; (Milon), 920, 922. — effacé (Hayem), 478. — grave fœtal (Lop, Crouzat et Jeannel), 438. — méthémoglobinhémique (Hayem et Ghika), 716. — Thyroïde (Lindemann), 1137. — Voir *Typhoïde*.
Idées fixes (Pitres et Régis), 847.
Idiotie. — microcéphalique (Blanc), 783. — myxœdémateuse (Bourneville, Vaquez, Marie, Debove), 91.
Ikovitz. Plaie du foie, 911.
Iléo-cæcale (Valvule). Sarcome (Lejars), 1076.
Iléus combiné (Hochenegg), 1223.
Iliaque (Os). — Hydatides (Vanverts), 136. — Ostéosarcome (Carrière et Wiehn, Arnozan), 406.
Imbert. Hernie inguinale. 426. — Alcoolisme chronique, 935.
Immunisation anti-staphylococcique et anti-streptococcique (Van der Velde), 24; (Richet, Phisalix), 353.
Immunité. — (Calmette et Deléarde), 202; (Roger), 809; (Metchnikoff), 888. — streptococcique (Paltauf), 648. — vaccinale (Roger), 640; (Brot), 941, 942. — Voir *Tuberculose*.
Impaludisme chronique (Georgieff), 1160.
Impétigo. — (Lévy), 1017. — Cicatrices (Balzer et Griffon), 257. — Streptocoque (Balzer et Griffon), 1031.
Impuissance. — Ligature de la veine dorsale du pénis (Murray, Maurange), 1138. — sexuelle (Laruelle), 1224.
Impulsivité morbide (Marti y Julia), 848.
Inanition (Bardeir), 159.
Incontinence d'urine. — (Guigues), 896, 897. — des calculeux (Barbadault), 30. — et des matières fécales (G. de la Tourette et Gasne), 1194.
Infantilisme et myxœdème (Thibierge), 306. — myxœdémateux (Brissaud), 1042.
Infectieuses (Maladies). — Sang (Huber et Blumenthal), 1115. — Moelle (Voinot), 1135.
Infections. — (Lexer), 779. — à streptocoques (Dalché), 41. — blennorrhagique (Chauffard), 403; (Duflocq, Debove, Siredey, Béclère), 404. — Capsules surrénales (Wybauw), 1161. — cause de lithiase biliaire (Chauffard), 391. — de l'enfant (Coutal), 920, 921. — digestive (Ardoin), 317, 318. — d'origine naso-pharyngée (Letainturier), 1183, 1184. — gonococcique généralisée (Rendu et Hallé), 1101. — gonorrhéique (Schuster), 1088. — hémorrhagique (Durante), 755. — Paralysie artérielle (Lavisé, Verneuil), 168. — Pouvoir agglutinatif du sérum (Bezançon et Griffon), 546. — puerpérale. Hystérectomie (Prochownik), 118; (Thoizon), 317. — Abcès au poumon (Chambrelent), 407; (Schuhl, Thiry, Stœber...), 694; (Baumgarten), 990, 991. — pyocyanique après ecthyma (Triboulet), 1004. — Résistance chez les dératés (Blumreich et Jacoby), 609. — Splénectomie (Duffau), 368. — Système nerveux (Marinesco), 714.
Inflammations (Cornil), 256.
Influenza (Fränkel), 310. — Bacille (Meunier), 111. — Immunisation (Delius et Kolle), 970.
Ingelrans. Tabès, 990, 991.
Inglessis. Sclérose du rein, 306. — Plaie de la face, 1000.
Inguinal (Anévrysme) (Bilski), 1207, 1208.
Inguinal. Lymphangiome (Le Dentu), 796.
Inguinale (Hernie). — (Pancot), 151; (Bernès-Lasserre), 223. — (Puttemans), 503; (Alexandron), 586; (Jonnesco), 658; (Payot), 728, 729, (Villar), 1026. — étranglée (Brunner), 993; — graisseuse (Imbert), 426. — Méthode sclérogène (Nimier), 1027.
Injections. — intra-utérines (Döderlein, Olshausen), 614. — massives salines (Lochelongue), 295, 296. — mercurielles (Jullien), 811. — salines (Fourmeaux), 56, 57.

Insomnie (Clarke, Wilcox), 979; (Phedran, Ferguson, Richet, Macalister), 980.
Insuffisance aortique (Bonnet, Bard), 597; (Julia), 607, 608. — hépatique (Gougot), 1115. — tricuspide (Chauffard), 477. — Voir *Cœur*.
Institut antirabique de Marseille (Livon), 824.
Intestin. — Adénome (Faure), 1076. — Anastomose (Cripps), 561. — Atrésies moniliformes (Durante et Livon), 188. — Cancer (Boas), 647. — Catarrhe chronique (Maurange), 1235. — Désinfection (Löwenthal, Strauss), 1175. — Épithélioma (Laubie et Carles), 1147. — Étranglement herniaire (Demoulin), 667. — Étranglement interne (Benda), 70. — Gangrène (Lockwood), 502. — (Gros) (Lowitz), 151. — (Gros). Épithélioma (Fontoynont), 1031. — (Gros). Infarctus (Spillmann), 334. — (Gros). Tumeur (Vautrin), 1028. — Invagination (Meck), 561. — Lavage (Clozier), 864. — Lithiase (Fontet), 151, 152; (Dieulafoy), 231. — Méthode d'invagination (Monod), 799. — Myosarcome (Babès et Nanu), 391. — Nécrose (Péron), 280. — Obstruction (M'Ardle, Tobin, Croly), 71; (Périer, Villemin), 642; (Quénu, Kirmisson, Reclus, Berger, Segond, Nélaton, Michaux, Routier, Hartmann, etc.), 982; (Barling), 1198. — Obstruction aiguë (Gould, Barker, Langton, Colmann), 1223. — Occlusion (Atherton), 1191; (Hecker), 58; (Pollosson), 358; (Heidenhain), 423; (Legueu), 613; (Raymond), 826; (Lejars, Félizet, Segond, Picqué, Chauvel), 1004; (Poirier, Reynier), 1054; (Peyrot, Schwartz), 1076; (Hartmann, Broca, Kirmisson, Peyrot), 1098. — Occlusion par diverticule (Heresco et Magnan), 1074. — Occlusion post-partum (Tournay, Rouffart, Stouffe, Henrotay, Keiffer), 383. — Perforation (Deroccquo), 259. — par ascarides (Arrault), 557, 558. — Pseudo-lithiase (Moussous), 357. — Putréfaction (Neumann), 224. — Résection (Shepherd), 1142; (König), 1148. — Rétrécissement (Ewald), 215. — Rétrécissement. Anémie (Faber), 993. — Sable (Mathieu), 356. — Ulcération, péritonite (Pitois), 561. — Ulcères (Combes), 512. — Voir *Contenu*, *Fistule*.
Intoxication. — générale (Claude), 620. saturnine (Pol), 754. — successives (Rénon), 1075.
Intubation (Bokai), 840; (Bokai, Heubner, Boulay, Sevestre, Bayeux), 883.
Inversion des viscères (Capitan et Croisier), 738.
Iodates (Maurange), 128.
Iode (Maurange), 105. — Teinture. Voir *Cicatrice*.
Iodoforme. — (Maurange), 178. — en chirurgie (Lomry), 82.
Iodure de potassium et de sodium (Maurange), 204. — et appareil circulatoire (Vierordt), 617.
IOVANOVICH. Angine de poitrine, 895.
Iridectomie (Panas), 351.
Irido-cyclite (Fromaget et Cabannes), 333.
ISCH-WALL. Polypes naso-pharyngiens, 1000. — Résection de l'appendice, 1029.
Ischion. Fibro-sarcome (Péan), 233.
ISELIN. Appendicite, 184. — Aortite aiguë, 981.
ISRAEL. Occlusion de l'uretère, 225. — Cancer de l'estomac, 415.
IZAC. Symphyséotomie, 1086.

J

Jaborandi (Laval, Bardet), 429.
JABOULAY. Suture pour gastro-entéro-anastomose, 20. — Goitre exophtalmique, 709.
JABOULAY et RIVIÈRE. Otites suppurées, 1025.
JACOB. Infection dans la grossesse, 927.
JACOBS. Hystérectomie, 94. — Tumeurs des ovaires, 322. — Carcinome utérin, 504. — Grossesse tubaire, 504. — Hystérectomie, 672. — Sarcome de la trompe, 1008.
JACOBSON. Endocardite, 640. — Kyste des petites lèvres, 744.
JACOVIDÈS. Ichtyol, 416.
JACQUEAU. Luxation du cristallin, 262.
JACQUEMART. Thyroïdectomie, 481.
JACQUEMIN. Fièvre typhoïde, 511.
JACQUES. Omoplate anormale, 309.
JACQUET. Hyperémie dans les éruptions, 63. — Érythèmes, 112. — Talalgie blennorrhagique, 235. — Rhumatisme musculaire dans la blennorrhagie, 500. — Pelade et lichen, 574. — Hémi-hyperesthésie, 1005.
JACQUET et BUTTE. Hyperémie cutanée, 208.
JACQUET et GHIKA. Rhumatisme blennorrhagique, 90.
JACQUIN. Toux pharyngée, 481.
JACUSIEL. Maladie de Hodgkin, 238.
JAKSCH (VON). Sérothérapie du cancer, 225.
JACKSON. Sarcome, 980.
JALAGUIER. Fractures de l'olécrane, 246, 248. — Péritonite, 427.
JALARES. Sérum de cheval, 928.
Jambe. — Amputation (Pourtier), 1231, 1232. — Anévrysme faux primitif (Picqué, Hartmann), 41. — Fractures (Reclus), 569; (Desprez), 1047; (Franchet), 1160. — Pseudarthrose (Ferraton, Picqué), 41. — Traumatisme (Andérodias, Chavannaz, Braquehaye, Lagrange, Mongour, Arnozan), 189. — Ulcère (Dehaine et Aubouin), 177; (Du Castel), 1194. — Ulcères. Greffe (Dufour), 1199.
JANET. Polypes uréthraux, 1121.
JANSON. Tuberculose chirurgicale, 656.
JARDON. Antitoxicité de la bile, 558, 559.
Jaune (fièvre) (Sarcarelli), 1002.
JAYLE. Greffes ovariennes, 712.
JEANNE. Abcès du cerveau, 618. — Malformations du pied, 654, 655. — Ovaro-salpingite, 737. — Cancer de la langue, 737. — Muscles moteurs du pied, 1059.
JEANSELME. Radiographie sur les organes pigmentés, 140. — Aplasie moniliforme des cheveux, 163. — Ostéomyélite, 453. — Anesthésie dans la lèpre, 667. — Syndrome de Morvan, 740.
JEANSELME et LAURENS. Lèpre, 715.
JEANSELME et PAPILLON. Pigment ocre, 405.
JELLINEK. Fer du sang, 1149.
JESSEN. Diphthérie chronique, 359.
JIVOULT. Kéloïdes, 934.
JOAL. Épistaxis, 481.
JOB. Actinomycose des centres nerveux, 534.
JOCQS. Balle dans l'orbite, 1077.
JOFFROY et SERVEAUX. Toxicité de l'alcool, 1066.
JOIRE. États médianiques de l'hypnose et la suggestion mentale, 955.
JOLASSE. Abcès sous-diaphragmatique, 118.
JOLLES. Élimination du fer, 239.
JONNESCO. Hernies inguinales, 658. — Néphropexie, 859. — Splénectomie, 860. — Gibbosités pottiques, 861. — Castration abdominale, 864. — Hémicraniectomie temporaire, 882. — Résection du sympathique cervical, 882. — Glaucome, 1003.
JORDAN. Tuberculose des lymphatiques, 527.
JOSIAS et ROUX. Pseudo-méningocèle traumatique, 468.
JOSIPOVICE. Uréthrite à colibacilles, 250.
JOSUÉ. Appendicites, 259.
JOTEYKO. Neurine, 329.
Joue. — Épithélioma (Gayet, Rollet), 429. — Tumeur érectile (Schwartz), 739. — Ulcération syphilitique (Vitrac et Laubée), 646. — Ulcère tuberculeux (Carrière), 284.
JOUIN. Médication thyroïdienne, 808. — Métrites, 1102.
JOULIE. Acidité urinaire, 1215.
JOURDAN. Hépatite, 896, 898. — Hépatite suppurée nostras, 1113.
JOURDANET. Lipome de la cuisse, 1145.
JOUSSET. Névralgie phrénique, 739.
JUGE. Insertion vicieuse du placenta, 155.
JULER. Névro-rétinite syphilitique, 473.
JULIA. Insuffisances aortiques, 607, 608. — Traitement des néphrites, 610.
JULLIEN. Chancre des amygdales, 257. — Ulcération blennorrhagique, 811. — Zona et syphilis, 811. — Injections mercurielles, 811. — Syphilis, 885. — Grossesses gémellaires, 984.
JULLIEN et SIBUT. Blennorrhagie, 1071
JULLIER. Nerf cubital étranglé, 739.
JULIUSBERGER et MEYER. Syphilis du système nerveux, 696.
JUMELAIS. Antisepsie cutanée, 1210.
JUNDEL et AHMAN. Gonocoque, 270.
JUSSEAUME. Rétrécissements de l'urèthre, 799, 800.
JUVANON. Angiomes, 439, 440.

K

KACHPÉROV. Neurasthénie, 895.
KADER. Chirurgie de l'estomac, 905.
KAHANE. Syphilis cérébrale, 239.
KAHN. Régénération du foie, 317, 319.
KALISCH. Affections du foie, 1104.
KALISCHER. Cystite gonorrhéique, 104. — Paralysie asthénique, 248. — Tabès et syphilis, 671. — Immigration de fils dans la vessie, 730.
KALT. Sarcome du nerf optique, 306. — Antisepsie de la conjonctive, 496.
KANAMORI. Tumeur de la vessie, 225.
KAPOSI. Nævus pileux, 408. — Pemphigus, 648. — Tuberculose cutanée, 929. — Xérodermie pigmentaire, 1080.
KAREWSKI. Pérityphlite, 69, 166.
KASPAREK. Ancienne tuberculine, 993.
KATZ. Paralysie diphthérique, 335.
KAUSCH. Ictère avec névrite, 956.
KAYSER. Implantation d'uretère dans la vessie, 1234.
KEHRER. Castration de la femme, 718.
KEIFFER. Virilisme, 95. — Développement du vagin, vulvovaginite, 95. — Circulation dans l'utérus, 931.
KEIM. Communication interventriculaire, 712.
KELLER. Endocardite ulcéreuse, 82.
Kéloïdes (Jivoult), 934.
Kélotomie. — (Marsh, Langton, Lockwood), 503. — Plaies de la vessie (Hollander) 58.
KELSCH. Tuberculose latente, 1215.
KELSCH et GIMONIN. Rôle des poussières, 957.
KEMPNER et FRAGSTEIN. Tumeur du cerveau, 754.
KENT-MONNET. Erythème infectieux, 413.
Kératite. — (Kœnig, Meyer), 496. — parenchymateuse (Dumont), 223.
Kératose pilaire (Cels), 6.
KETCH. Paralysie spasmodique, 585.
KHIWITZ. Pneumothorax, 752.
KILDIOUCHEVSKY. Fièvre typhoïde, 200.
KIMIA. Kystes des organes glandulaires, 857.
KIMLA, POUPÉ et VESELY. Bacille tuberculeux, 1061.
KIRKBRIDE. Urine dans l'érysipèle, 1137.
KIRMISSON. Kystes des testicules, 111. — Panaris, 260. — Opération de Syme, 330. — Pied bot, 403. — Incurvation du tibia, 477. — Coxalgie, 523.
KISSEL. Réaction d'Ehrlich, 910.
KISSELOFF. Kystes de l'ovaire, 1231.
KITTEL. Dépôts d'urates, 609.
KLEINE. Morphine et estomac, 827.
KLIPPEL. Le plexus rénal dans les néphrites, 445.
KLIPPEL et LEFAS. Sialorrhée des tabétiques, 137. — Kystes séreux de la rate et des reins, 476.
KNAGGS. Chirurgie du cerveau, 383.
KNAPP. Acétonurie, 484.
KOCH. Tuberculine, 326. — Exstrophie de la vessie, 993.
KOCHER. Cure radicale des hernies, 705.
KOENIG. Cataracte, 376. — Hypertrophie du thymus, 381. — Sarcome de la cuisse, 381. — Autoplastie de la trachée, 447. — Kératite, 496. — Canaux semi-circulaires, 679. — Résection de l'intestin, 1148.
KOENIGSTEIN. Extrait surrénal en ophtalmologie, 648.
KOEPPEN. Affections cérébrales infantiles, 984.
KOERTE. Péritonite diffuse, 422. — Abcès sous-diaphragmatique, 624.
KOESTLIN. Lait de la femme et mastite, 483.
KOJEWNIKOFF. Paralysie bulbaire asthénique, 24.
KOKARSKY. Hypnotisme, 863.
Kola (Labesse), 295, 296.
KOLISCH. Glycosurie, 1223.
KOLL. Pleurésie sèche, 153.
KOLLE. Bactériologie de la peste, 238.
KOLLI. Fièvre typhoïde, 910.
KOUTKOWSKI (DE). Eaux potables, 887.
KORNHOLD. Maladie de Thomsen, 1085.
KOSE. Staphylocoque, 854.
KOUDRIACHOFF. Lymphangiome tubéreux, 743.
KOUSNETZOFF et PENSKI. Résection du foie, 82.
KRAMER. Angines, 83.
KRAUS. Sérum cholérique et typhique, 480. — Albuminurie, 686.
KRAUSE. Spina-bifida, 483. — Redressement de la gibbosité pottique, 551.
KREIS. Coxalgie, 654.
KRIVONOGOFF. Cardiopathies, 200.
KROENIG. Ponction lombaire, 1147.
KRON. Paralysie du nerf péronier, 599.
KRUEGER. Séro-diagnostic, 117.
KUBORN. Broncho-pneumonie infantile, 538.
KUEMMEL. Cholécystotomie idéale, 23. — Maladie de Basedow, 502.
KUEMMELL. Rayons X, 423.
KUETTNER. Lymphatiques de la langue, 448. Calcul de l'urèthre, 632.
KUMMER. Fractures astragaliennes, 1048.
KUSS. Asthme, 270, 271.
Kyste. Voir *Articulation*, *Epiglotte*, *Foie*, *Lèvres* (petites), *Ligament*, *Mamelle*, *Mésentère*, *Ovaire*, *Pancréas*, *Poignet*, *Poumon*, *Rate*, *Testicule*, *Utérus*, *Vagin*.

L

LAACHE. Urémie, 835.
LABBÉ. Maladie de Parot, 88. — Symphyse cardiaque, 260. — Érysipèle de l'ombilic, 280. — Appendicite, 375. — Massage dans les fractures, 1237.
LABESSE. Glycérophosphate de chaux et kola, 295, 296.
LABICHE. Épithéliome de la main, 703.
LA BONNARDIÈRE. Désarticulation tibiotarsienne, 896.
LABORDE. Cirrhose des buveurs, 1003. — Cirrhoses alcooliques, 1053.
LABOUR. Poumons des lapins, 109. — Labyrinthe et cerveau (Ewald), 154.
LACASSAGNE et MARTIN. Glycogénie hépatique, 926.
Laccase. Oxydation (Bertrand), 521.
LACKIE. Hématomètres dans un utérus cloisonné, 119.

Laclautre. Pneumonie, 101.
La Courbe (De). Hypothermie post-opératoire, 246, 247.
Lacour (R.). Pharyngotomie sous-hyoïdienne, 1181.
Lacrymal (Canal). Anomalie (Van Duyse et Rutten), 48. — (Sac). Phlegmon (Boucheron, Jocks, Darier, Parinaud, Tersoa, Galezowski), 692.
Lacrymales (Glandes). — Ablation (De Wecker, Terson, Galezowski, Gorecki), 692. — Extirpation (Sauzeau de Puyberneau), 151, 152. — Innervation (Laffay), 151, 152.
Ladrerie (A. Petit, Thibierge, Barbier), 210; (Gabory), 990, 992.
Lafarelle et O'zou. Imperforation du rectum, 646.
Laffay (A.). Glandes lacrymales, 151, 152.
Lago. Sciatique double, 607, 608.
Lagrange. Tumeur du frontal, 598. — Dacryops, 1146.
Laguaitte. Névralgie du trijumeau, 43.
Lainé. Érosines de l'estomac, 1233.
Laissus. Affections utérines chroniques à Salins-Moutiers, 1112, 1113.
Lait. — des nourrices (Budin, Guéniot), 439. — Pexine (Warren), 1162. — Stérilisation (Sénèque), 317. — de femme. Bactériologie (Köstlin), 483. — Véhicule de micro-organismes (Basch et Weleminsky), 1210.
Lallier. Myase du tube digestif, 509, 510.
Lambotte. Tumeur cérébrable, 46. — Phlébite otitique du tissu latéral, 134.
Lamy. Métrorragie de la puberté, 126. — Lésions médullaires par embolies, 154.
Lancereaux. Traitement des anévrysmes, 593. — Cirrhose des buveurs, 864. — Rein flottant, 909.
Landel. Caractères micro-chimiques du mucus, 607, 608.
Landolph. Urines, 768.
Landouzy et Griffon, Pouvoir agglutinant transmis au fœtus, 1076.
Lane. Gastro-entérostomie, 191.
Lanessus. Anévrysmes brachio-céphaliques, 30.
Lang. Lupus, 239.
Lange. Gibbosité pottique, 970.
Langer. Venin des mouches à miel, 240.
Langerhans. Phtisie laryngée, 616.
Langlois (G.). Gangrène pulmonaire, 558, 559.
Langue. — Actionmycose (Bonnet), 537. — Amputation (Wheeler, Swan, Tolein), 167. — Cancer (Weil), 570; (Jeanne), 737. — Carcinome (Heller), 671. — Epithéliome (Faure), 523; — géographique (Du Castel), 454. — Hémato-lymphangiome (Brocq et Bernard), 1100. — Hémiatrophie (Lyonnet), 284. — Lymphatiques. Cancer (Küttner, Heidenhain), 448. — Lésions lupoïdes (Liaras), 307; (Vergely, Moure), 308. — Lupus (Carrière), 333. — Motilité exagérée (Bourdette), 188. — Névrome (Boccasso), 632. — Sarcome (Marion), 1162. — Tuberculose (Ginestous), 142. — Voir *Sublinguale.*
Lannelongue. Dermatite par rayons X, 402. — Hernies, 639. — Tuberculoses chirurgicales, 806.
Lannelongue et Vitrac. Kyste du sein, 716.
Lannelongue et Achard. Immunité des gallinacés à l'égard de la tuberculose, 520.
Lannois. — Vaccine des vieillards, 263. — Aphasie, 310. — Séquestre des conduits auditifs, 644. — Pneumatocèle mastoïdienne, 693. — Empyème du sinus frontal, 693. — Goître exophtalmique, 1078.
Lannois et Martz. Cérumen, 456.
Lannois et Paviot. Chorée
Lantsheere (De), Corps étranger de l'œil, 1200.
Lantzenberg. Aphasie motrice, 703, 704.
Lanz. Chancre mou, 632. — Gonocoque, 657.
Laparotomie. — (Wœlfler), 239; (Heil), 297; — secondaire (Voltschini), 905. — Troubles intestinaux (Uhlmann), 1185. — Voir *Hystérectomie*, *Typhoïde.*
Lapersonne (De). Méningite après énucléation, 474.
Lapersonne (De) et Grand. Hémianopsie, 328.
Lapicque. Destruction dans le foie de l'hémoglobine, 520.
Laporte (L'affaire), 1150; (Lereboullet, 995, 1021, 1187; (Ribemont-Dessaignes), 1091; (Varnier), 1033.
Lardennois et Banzet. Péritonite, 522.
Lardennois et Levrey. Péritonite par ulcère duodénal, 63.
Larmes. Nerfs sécréteurs (Campos), 941, 942. — Sécrétion (Campos), 620.
Laroyenne. Rétrécissements cardiaques, 262.
Larrieu. Anévrysme brachio-céphalique, 703.
Larrouy. Fièvre typhoïde, 223.
Laruelle. Atonie vésicale, 1200. — Impuissance sexuelle, 1224.
Laryngectomie (Depage), 168.
Laryngite. — aiguë (Glover et Variot), 944. — aiguë. Tubage (Pelletier), 317, 318. — Pulvérisations (Vacher), 480). — suffocante varicelleuse (Harlez), 1207, 1209. — varicelleuse (Roger et Bayeux), 352.
Laryngoplégie (Molinié), 480.
Laryngotomie (Casten), 930.
Larynx. — Affections et médecine légale (Castex), 464. — Cancer (Barling), 71; (Graf), 447; (Chiari), 886. — Carcinome (Depage, Gratia, Pechère, Stiénon), 345. — Œdème (Seguin), 56, 57; (Liaras, Moure), 285. — Œdème brightique (Brousse), 557, 558. — Phtisie (Langerhans, Petruschky, Rumpf), 616. — Région sous-glottique (Renault), 151, 152. — Spasme (Noguès et Saïrol), 789. — Sténose (Meyer), 624. — Tuberculose (Goris, Jauquet), 408; (Pechère, Goris, Dubois-Havenith), 768; (Gavino, Botey, Scheppegrell), 886. — Ulcération par tubage (Baudrand), 367.
La Torre. Position à la Walcher, 908.
La Tourette (G. de). Atrophie musculaire des hémiplégiques, 355.
La Tourette (G. de) et Chipault. Élongation vraie de la moelle, 401.
La Tourette (G. de) et Gasne. Paraplégies, 1194.
Laubié et Carles. Épithélioma de l'intestin, 1147.
Laudanum (Maurange), 227.
Lauenstein. Opérations abdominales, 779. — Opération d'Estlander, 1007.
Launois. Parotidite saturnine, 210. — Corps étranger de l'oreille, 1126.
Lauquin. Ascite chyleuse, 935, 936.
Laure. Désinsertion des muscles de l'œil, 246.
Laurens. Maladies de l'oreille et de l'œil, 222.
Laurent. Radiographie en médecine, 6. — Inversion utérine, 94. — Pseudo-syphilide d'un tuberculeux, 1111, 1112.
Lautmann. Ozène atrophiant, 174, 175.
Lauwers. Myomes utérins, 932.
Laval. Jaborandi, 429.
Lavaux. Fièvre urineuse, 1002. — Calculs et tuberculose urinaires, 1002.
Lavements. — d'iodure de sodium et de quinine (Somma), 585. — Graisse (Doucher), 468.
Laveran. Rate dans le paludisme, 158. — Fièvres palustres, 351. — Pigments, 452. — Helminthiase, 909.
Laveran et Catrin. Rougeole, 478.
Laveran et Nairet. Sang après fièvre bilieuse hématurique, 304.
Laveran. Sa démission, 36.
Lavisé. Hématocèle, 46. — Paralysie artérielle dans les infections, 168.
Lavista. Épilepsie jacksonienne, 830
Layral. Hémoglobinurie paroxystique, 783.
Lebas. Propeptone, 221, 222.
Lebesgue. Plaie de la veine crurale, 168.
Le Bihan. Cardiectasie dans le paludisme, 511.
Leblanc. Ulcère de l'estomac, 188. — Fractures du maxillaire inférieur, 654, 656.
Le Bœuf. Hernie épigastrique, 728, 729.
Lebrun. Maladie de Little, 1049.
Lecercle. Rayons X et température, 816.
Lécithines et croissance (Charrin), 477.
Leconte. Hémorragies surrénales, 752.
Lecourt. Kystes synoviaux du poignet, 246, 247.
Le Damany. Pleurésie séro-fibrineuse, 1097.
Le Dantec. Poisons des flèches, 86.
Le Dentu. Uranioplastie, 232. — Perforation de l'estomac, 426. — Lymphangiome inguinal. Orchites des pays chauds, 796. — Formol, 802. — Contusions de l'abdomen, 1013. — Tumeur de l'humérus, 1048. — Lymphangiome, 1125.
Lefebvre. Rétention d'urine par grossesse, 849, 850.
Lefrançois. Plaies de l'œil, 246.
Legay. Chorée, 295, 296.
Le Gendre. Ictère chronique, 332. — Urémies, 573. — Obésité, 927. — Pyramidon, 876. — Ménopause et rein, 1194.
Le Goff. Sang dans le diabète sucré, 703, 704.
Legrand. Imperforation de l'œsophage, 366, 367. — Lupus, 342, 343.
Leguen. Occlusion intestinale, 613. — Hernie congénitale, 351. — Cancer d'un rein mobile, 476. — Varicocèle, 1072. — Chirurgie de l'urèthre féminin, 1122.
Lejars. Maladie de Basedow, 160. — Ostéotomie du ligament rotulien, 169. — Gangrène pulmonaire, 181. — Fracture du frontal, 186. — Cholécystite et angiocholite infectieuses, 277. — Fractures de la rotule, 523. — Occlusion intestinale, 1004. — Plaies de poitrine, 1025. — Sarcome iléo-cæcal, 1076. — Cholédochotomie, 1125. — Abcès sous-phréniques, 1192. — Anastomose tendineuse, 1237.
Lemasle. Desquamatation dans la fièvre typhoïde, 295, 296.
Le Meignen. Syndrome de Little, 990, 992.
Lemichez. Hématocèle para-vaginale, 849.
Lemoine. Scarlatine, 113. — Chaleur et vaccine, 304. — Albuminurie, 426. — Rhumatisme, 453. — Avortement, 465. — Érysipèle, 1031.
Lemoine (G.). Ataxie, 570.
Lemoine (G.-H.). Néphrites, 565.
Lemoine et Gallois. Dyspnée urémique, 570.
Lo Monaco. Corps calleux, 683.
Le Nadan. Hydatides de l'ovaire, 176.
Lenhartz. Varicelle, 359. — Ponction lombaire, 617. — Leucémie aiguë, 1126. — Endocardite, 1175.
Lennander. Compression temporaire de l'aorte, 657. — Ruptures de l'urèthre, 970. — Néphro-lithotomie, 1042.
Lennertz. Plaies du cœur, 752, 753.
Lenoble. Tumeurs malignes du poumon et du cœur, 177. — Perforation recto-vaginale chez une accouchée, 377. — Anémie pernicieuse, 942.
Le Noir et Claude. Purpura, 1055.
Lentz. Piebs bots, 1049.
Léon. Bacille de Friedländer, 607, 608.
Lépine. Le pyramidon, 117, 141, 548. — Appendicite, 141. — Coma diabétique, 333. — Cécité psychique, 358, 379. — Injections d'eau salée, 693. — Obsession, 693. — Hyperglycémie, 782. — Diabète sucré, 856. — Paralysies faciales, 1145.
Lépine (J.). Cystostomie sus-pubienne, 781. — Bronchites pseudo-membraneuses, 1225.
Lépine et Lyonnet. — Phlébite par injections de toxine typhique, 742. Bacille typhique, 1079. — Toxine typhique, 1103.
Lépine et Martz. Alcalinité du sang, 71
Lèpre (Thibierge), 262; (Unna), 311. (Besnier, Von During, Kubler, Dyer, Alvarez, Hansen), 1052; (Abraham, Arning, Von Bergmann, Thibierge, etc.), 1152. — à Paris (Hallopeau), 977. — Anesthésie (Jeanselme), 667. — bretonne (Hallopeau), 498. — en Bosnie (Neumann), 1149. — et syringomyélie (Bayet), 321. — Localisations (Jeanselme et Laurens), 715. — mixte (Carrière, Sabrazès), 164. — nostras (Cenas, Poncet), 783. — Sérothérapie (Hallopeau), 930; (Olaya Laverde), 978. — Troubles psychiques (Meschede), 906.
Lereboullet (L.). Le jubilé Th. Roussel, 11. — Translation du corps de Pasteur, 12. — Médecins de nuit, 35. — Médecins et compagnies d'assurances, 36. — Caisses de secours, 105. — Le Dr Guermonprez et la Compagnie des chemins de fer du Nord, 106. — La peste, 129. — Allumettes et phosphorisme, 179. — Magistrats et médecins experts, 252. — Démoralisation professionnelle, 275, 323. — Magistrats et médecins experts, 299. — Association des médecins de France, 393, 418. — Diplômes et examens, 539. — Enseignement de l'art dentaire, 563. — Exploitation du corps médical, 731. — Responsabilité des chirurgiens, 946. — Cas du Dr Laporte, 995, 1021, 1187. — Notice sur T[illegible]inier, 1149. — Concours de la Médaille d'or, 1238.
Lereboullet (P.). Actinomycose du foie, 1039.
Leredde. Eczéma, 575.
Lermoyez. Paralysies récurrentielles, 462.
Lermoyez et Barozzi. Zona double bucco-pharyngien, 160.
Le Roy des Barres. Gangrène péristomacale, 426. — Infection charbonneuse, 888.
Lesage. Aortite, 125. — Entérites infantiles, 1003.
Lesné. Chancres multiples, 669.
Le Strat. Salicylate de méthyle, 151.
Leszynsky. Epilepsie, 790.
Letainturier de la Chapelle. Infection d'origine naso-pharyngée, 1183, 1184.
Le Tellier. Gommes syphilitiques, 799, 801.
Letourneur. Poids de l'enfant, 920, 921.
Letulle. Cirrhose alcoolique du foie, 140. — Appendicite, 305. — Cancer du duodénum, 1030, 1144.
Letulle et Péron. Ostéomalacie, 620.
Letulle et Weinberg. Appendicite, 738, 1074, 1170.
Leube (Von). Ulcère de l'estomac, 400.
Leucémie. — (Gumprecht), 82; (Benda), 984. — aiguë (Fränkel), 687; (Lenhartz, Cohen, Fränkel), 1126. — lymphatique (Herrick), 766. — splénique (Carrière), 264. — Sang (Dock), 837.
Leucocytes. Rôle (Ranvier), 258.

Leucocytose par toxine diphthérique (Nicolas et Courmont), 1067.
Leucokératose vulvo-vaginale (De Puiffe de Magondeau), 583, 584.
Leutert. Otites, 681.
Levi. Paralysie diphthérique, 711.
Lévi (C.). Méningite à pneumocoques, 320. — Tubercule de la protubérance et du bulbe, 569. — Épithélioma de la peau, 737. — Tubercule bulbaire, 737.
Lévi (L.). Paralysies d'origine cardiaque, 1093.
Lévis. Troubles menstruels, 776, 777.
Lèvres. — (Grandes). Kyste dermoïde (Chavannaz), 646. — (Grandes). Papillome (Fraikin, Boursier), 164. — (Petites). Kyste (Binaud, Coyne), 68; (Jacobson), 744.
Lévulosurie (May), 153.
Levure. Champignons (Buschke), 1056. — Cultures (Metchnikoff), 594. — dans l'organisme (Gilkinet), 1066.
Lévy. Antéflexion de l'utérus, 849, 850. — Impétigo, 1017.
Lévy (C.). Tuberculose du foie, 136.
Lévy (C.) et Claisse. Hydrocéphalie, 280.
Lévy (L.). Maladie de Paget, 258.
Lévy (W.). Luxation du nerf cubital, 238.
Lewy (B.). Bleu de méthylène dans la céphalalgie, 31.
Lexer. Infections, 779.
Leyden. Endocardite, 526.
Liaras. Œdème du larynx, 285. — Lésions lupoïdes de la langue et de l'épiglotte, 307. — Otite moyenne, 333.
Liaras et Buard. Stomatite ulcéro-membraneuse, 456.
Liaras et Hobs. Hyperostose blennorrhagique du calcanéum, 163.
Lichen annulaire (Danlos), 163. — de Wilson (Hallopeau et Poulain), 575. — ortié, 533. — plan (Hallopeau), 162; (Dubois-Havenith), 322. — simple (Danlos), 163. — Voir *Pelade.*
Lichtwitz et Sabrazès. Traitement thyroïdien du goître, 205.
Liebman. Aiguille dans l'ovaire, 512.
Liebrecht. Tuberculose de la choroïde, 44. — Lupus, 718.
Liégeois. Suggestions criminelles, 955.
Liell. Résection du coccyx, 631.
Ligament large. Calcul (Ardouin), 619. — Castration (Delagénière), 1095. — Kyste (Cocquelet), 776, 777. — rotulien. Ostéome (Lejars), 169.
Ligatures. — Voir *Vaisseaux.*
Ligne blanche. Diastasis (Budinger), 754.
Lihou. Rougeole à l'hôpital, 79.
Likhatcheff. Rhinosclérome, 934.
Lindemann. Gastropathies, 687. — Thyroïde dans l'ictère, 1137.
Lindenthal. Tympanisme utérin, 1223.
Linggren. Vitalité de l'épiderme, 882.
Lipose du sérum (Hanriot), 136.
Lipomes multiples symétriques (Bayet), 432. — Voir *Cuisse, Nuque.*
Lipurie (Fraikin, Mongour), 1221.
Liséré saturnin (Ruge), 483.
Lithiase pancréatique (Nicolas), 133. — urinaire (Mendelsohn), 687. — Voir *Biliaire, Intestin, Vessie.*
Lithotritie (Severeano, Milton), 807; (Albarran, Nitze), 860.
Litten. Endocardite traumatique, 576.
Litten (Phénomène de) (Swenson), 103.
Little (Maladie de). Voir *Maladie.*
Littlewood. Trépanation du crâne, 312.
Livon. Institut antirabique de Marseille, 824.
Lochelongue. Injections massives salines, 295, 296.
Lockwood. Plaie du mésentère, 502.
Lœb. Diabète, 82, 441.
Loehlein. Hématomes de la vulve, 415.
Lœw. Suppuration post-typhique, 1176.
Lœventhal. Fièvre récurrente, 837. — Désinfection de l'intestin, 1175.
Lœwy et Richter. Fièvre, 441.
Loison. Troubles trophiques post-opératoires, 380. — Opération césarienne, 1079.
Lombes. Voir *Ponction.*
Lombricose (Bouet), 151; (Tauchon), 873.
Lomry. Iodoforme en chirurgie, 82.
Lop. Ictère grave fœtal, 438. — Variole et vaccine à Marseille, 467.
Lorenz. Luxation congénitale de la hanche, 862.
Lo Re. Tuberculose chirurgicale, 755.
Loreta (Opération de) (White et Langton), 1032.
Lorrain. Dilatation des bronches, 233.
Louis XIII (La mort de) (Guillon), 873, 875.
Loumeau. Tuberculose du rein, 1002. — Pyonéphrose, 1071. — Fistules vésico-vaginales, 1120.
Lourier. Œdème névropathique éléphantique, 270.
Lowitz. Gros intestin, 151.
Loyd. Calculs de l'uretère, 1168.
Ludwig. Diabète, 1162.
Luc. Suppurations de l'oreille moyenne, 465.
Lucas. Hallux valgus, 583.
Lugaro. Intoxication par l'arsenic et le plomb, 369. — Myoclonie, 415. — Peste, 778. — Canaux semi-circulaires, 1184.
Lugeol. Rétention d'urine, 357.
Lupus. — (Nélaton, Brocq, Du Castel), 66, (Legran), 342, 343), (Lang, Hebra, Gersuny), 239. — Air chaud (Hollander), 862. — Érythémateux (Maurange), 299. — et vaccination (Liebreich), 718. — Traitement (Delcourt), 1161. — Voir *Atrésies, Nez.*
Lust. Alimentation des enfants, 1200.
Lutaud. Appendicite et annexite, 282. — Sang dans la grossesse, 643.
Luxations rares (Van Engelen), 1199.
Luys (G.). Anévrysme de l'aorte, 63. — Cancer du rectum, 136.
Lymphangite pneumococcique (Gilbert et Grenet), 111.
Lymphangiome (Le Dentu), 1125. — tubéreux (Kondriachoff), 643.
Lymphatiques. Tuberculose (Jordan), 527.
Lymphatisme (Gallois), 1196.
Lymphosarcomatose (Duclion), 224.
Lyon. Accidents dus à l'antipyrine, 283.
Lyonnet. Cirrhose hépatique, 283. — Hémiatrophie linguale, 284. — Méningite, 310. — Pneumonie, 429. — Abcès du foie, 526.
Lyonnet, Mérieux et Carré. Toxine typhique, 1126.

M

Maass. Spina-bifida, 983.
Macaud. Congestion pulmonaire, 1183.
Macé. Rate du nouveau-né, 388, 389. — Fibromes de l'utérus, 481, 482.
Machado. Percussion de l'oreillette gauche, 509, 510.
Mac Graw. Invagination de l'appendice et du cæcum, 1167.
Mâchoire supérieure. Séquestre syphilitique (Gaudier, Péraire), 1074.
Machthorn. Péritonite tuberculose, 850.
Mac Phedran. Insomnie, 980.
Macquin. Phénomènes entoptiques, 126, 127.
Macrycostas. Toxicité urinaire des nouveau-nés, 941, 942.
Maffé. Anus imperforé, 321.
Maffeï. Imperforation ano-rectale, 504. — Ectromélie, 504.
Magdelaine. Souffles cardio-pulmonaires, 873, 874.
Mage. Peptogénie, 151.
Magitot. Manufactures d'allumettes, 207.
Magnaux. Dyspepsie, 413.
Magnésie. Élimination (Yvon), 1172.
Magnétiseur (Le) Mouroux acquitté, 636.
Main. — Désinfection (Maurange), 155. — Épithélioma (Labiche), 703. — Érythème radiographique (Richer et Londe), 662. — gauche. Suppléance (Ginestous et Rothamel), 1220. — succulente (Déjerine), 571; (Marinesco), 688. — Voir *Hémiplégie.*
Maire. Mento-postérieures engagées, 465, 466.
Mairet et Vires. Épilepsie, 86.
Maitre. Ostéosarcomes, 654, 655.
Maixner. Paralysie musculaire, 832.
Majewska (De). Névrite ascendante, 607, 608.
Mal. — de Bright des vieillards (Parmentier), 509, 510. — de montagne (Risanoff), 509, 510; (Foveau de Courmelles, Cénas, Guinard), 823. — de Pott (Ramond et Bonnus), 39; (Siredey et Grognot, Moutard-Martin, Achard), 211; (Grognot), 430; (Ménard), 505; (Civel), 523; (Monod), 541; (Péan, Berger, Le Dentu), 543; (Bilhaut), 814; (Calot, Ducrocquet), 807; (Calot, Phocas, Bilhaut), 1001; Voir *Gibbosité.* — perforant (Chipault), 328; (Chalais), 967, 968; (Chipault), 1049.
Maladie. — d'Addison (Gouget), 39; (Boinet), 441; (Mosse), 1210. — d'Addison. Prurigo (Milian), 532. — d'Addison. Pigmentation des ganglions (Castaigne), 569. — de Basedow (Haushalter), 19; (Kümmel. Nonne, Lauenstein, Sänger, Alsberg, Lennhartz), 502; (Nonne, Sänger, Kümmel, Seligmann), 551; (Eulenburg), 616; (Matthes, Dolega, Bluhm), 617; (Soupault), 664; (Sellerier), 703. — de Basedow. Hydrothérapie (Winternitz, Schott), 686. — de Basedow. Persistance du thymus (Mackenzie et Edmunds), 143. — de Basedow. Strumectomie (Wolff), 381. — de Basedow. Thyroïdectomie (Lejars, Quénu, Tillaux), 160; (Verhoef), 168. — de Friedreich (Dreyer-Dufer), 369; (Cassirer), 647. — de Graves. Œdème (Booth), 248. — de Hodgkin (Jacusiel, Ewald, Virchow), 238. — de Little (Déjerine), 258; (Myer et Levi), 369; (Massalongo), 730; (Le Meignen), 990, 992; (Lebrun), 1049. — de Morvan (Marinesco, Jeanselme), 161. — de Paget (Pic), 20; (Lévy), 258. — de Parrot (Labbé), 88. — de Pavy (Ostwald), 641. — de Reichmann et sténose pylorique (Hayem, A. Robin), 475. — de Thomsen (Hoffmann), 7; (Pelizæus), 190. — de Weil (Weiss), 167. — des chiens (Ablaire), 629, 630.
Malapert. Péritonite généralisée, 281.
Malformations multiples (Delanglade), 397.
Malherbe. Tumeurs de la vessie, 1121.
Malot (L.). Gaïacol chloroformé, 295, 297.
Malvoz. Agglutination du bacille typhique, 1018.
Mamelle. — Cysto-épithéliome (Faitout), 208. — d'une chienne. Tumeur (Cornil), 451. — Kystes (Anderodias, Coyne, Binaud), 165; (Coyne), 213; (Auvray, Cornil), 1074. — supplémentaire (Moschkovitch), 696.
Mamelons. Crevasses (Balzer et Michaux), 1195.
Mammaire interne. Section (Morestin) 1219.
Mangin et Charrin. Toxines et parasites végétaux, 545.
Manheimer. Gâtisme, 990, 992.
Mankiewicz. Calcul vésical, 827.
Manuel Morillo. Séroréaction, 125, 126.
Manouélidès. Salpingo-ovariotripsie, 896, 897.
Maragliano. Empoisonnement par tuberculine, 305. — La nouvelle tuberculine, 570. — Tuberculine, 641.
Marandon de Montyel. Stupidité, 385. — Paralysie générale régressive, 1153.
Marchand. Cancer du rectum, 666. — Bougie de Hégar dans l'abdomen, 667.
Marchant (Gérard), Coxalgie, 621. — Goître exophtalmique, 625.
Marchoux. Paludisme, 1018.
Marcotte. Hémicraniectomie, 56.
M'Ardle. Obstruction intestinale, 71.
Maréchal. Paralysie du trijumeau, 956.
Maresch. Résection du pylore, 167.
Marey, Radiographie du crâne, 1123.
Margarito. Hématométrie, 808.
Marfan. Vulvo-vaginite blennorrhagique, 241. — Tubercule de la moelle, 261. — Vulvo-vaginite blennorrhagique, 313. — Diphthérie, 715.
Margouliès. Névrites apoplectiformes, 990.
Mariachess. Sarcome de l'urèthre, 1097.
Marie (A.). Toxine tétanique, 1818.
Marie (R.). Infarctus du myocarde, 174, 175.
Marie et Astié. Syringomyélie, 186.
Marie et Hamel, Fous et vagabonds, 789.
Marie et Kattwinkel. Troubles par lésions de l'hémisphère droit, 356.
Marie et Le Goff, Dosage du sucre dans le sang, 452. — Diabète traité par le bleu de méthylène, 453. — Diabète, 524.
Marie et Robinson. Diabète et mélancolie, 622.
Marie et Sainton. Hydrocéphalie héréditaire, 478.
Marinesco. Maladie de Morvan, 161. — Système nerveux et infections, 714. — Syringomyélie, 752, 753, 815, 906. — Cellule nerveuse, 833.
Marion. Paralysie vésicale paludique, 295. — Sarcome de la langue, 1162.
Martinet. Paralysie ascendante, 1111.
Markovnikoff. Bactériurie, 910.
Marlier. Syphilis conceptionnelle 317, 318.
Marlio. Peau dans la grossesse, 920, 921.
Marsh, Résection du côlon, 312. — Sarcome de la prostate, 383. — Kélotomie, 503.
Marsi. Cystocèle vaginale, 864.
Marson. Hallucinations verbales psycho-motrices, 509, 510.
Martel. Influence sur l'enfant des maladies infectieuses pendant la grossesse, 6.
Martelly. Hoquet, 104.
Marti y Julia. Impulsivité morbide, 848.
Martin. Lésions de l'orifice aortique. 140. — Troubles oculaires du diabète. 357. — Eucaïne, 465.
Martin (A.). Tubercule cérébrale, 476.
Martin. (A.-J.). Diplômes et examens, 539.
Martin (C.). Tumeur du foie, 45. — Fistules vésico-vaginales, 776, 777. — Régénération des os, 1030.
Martin (M.). Coqueluche et quinoléine, 568.
Martin (C. F.) et Hamilton. Sarcomatose avec purpura, 203.
Martin et Latteux. Hémorragie du cervelet, 63.
Martinais. Uréthrite chronique, 270, 271.
Marty. Sciatique, 679, 681. — Méningite, 922.
Marwedel. Bouton de Murphy, 423.
Masbrenier. Méningite tuberculeuse, 1045,
Masius et Béco. Staphylococcie, 1115.
Massage (Dolega), 338. — Voir *Fractures.*

Massalongo. Maladie de Little, 730.
Masse. Pharyngo-mycose, 308.
Masson. Synovites du poignet, 126.
Massoulard. Névralgie faciale, 466.
Mastite (Köstlin), 483. — chronique (Poujol), 682.
Mastoïde. Pneumatocèle (Lannois), 693.
Mastoïdite. — aiguë (Hennebert), 240. — récidivante (Mauclaire), 619. — suppurée (Spira), 730.
Maternité à douze ans (Findley), 348.
Mathieu. Hyperchlorhydrie, 67. — Sable intestinal, 356. — Cirrhose du foie, 429. — Entérite muco-membraneuse, 478. — Tuberculose du péricarde et du cœur, 524. — Entérite muco-membraneuse, 525. — Surmenage par bicyclette, 572. — Côlite muco-membraneuse, 573. — Cancer de l'estomac, 739.
Matthews. Aconitine, 1162.
Mauclaire. Appendicite perforante, 88. — Mastoïdite récidivante, 619. — Hernie propéritonéale étranglée, 619.
Mauclaire et **Darrieux.** Tumeur du voile du palais, 664.
Maugé. Cirrhose hépatique, 280.
Maugourd. Obstruction du pylore par calculs, 799.
Mauny. Kyste du cou, 1000.
Maurange. Hélénine, 9. — Posologie des alcaloïdes, 32. — Huiles, 32. — Solutions aseptiques pour l'usage hypodermique, 59. — Hyoscine, 60. — Obésité, 83. — Hydrastine, 83. — Iode, 105. — Séneçon, 127. — Iodates, 128. — Quinaphtol, 134. — Désinfection des mains, 155. — Péronine, 156. — Ichtyol, 156. — Iodoforme, 178. — Hyposulfite de soude, 203. — Pityriasis versicolore, 204. — Actol, 204. — Iodures de potassium et de sodium, 204. — Artério-sclérose, 226. — Démangeaisons, 227. — Benzacétine, 227. — Laudanum, 227. — Fièvre typhoïde, 250. — Menthol, 251. — Tribromophénolate de bismuth, 256. — Phosphate de bismuth, 256. — Solutions antiseptiques, 273. — Sulfibenzoate de soude, 274. — Sulfate de magnésie, 274. — Bismal, 274. — Huile de cade, 298. — Lupus, 299. — Éternument, 299. — Blennorrhagie, 299. — Catarrhe de la conjonctive, 323. — Migrainine, 323. — Borol, 345. — Holocaïne, 346. — Mercure, 346. — Ichtyol, 416. — Mercure, 370, 416, 441, 468. — Gaïacol, 484. — Benzoate de mercure, 484. — Hyperchlorhydrie, 514. — Amido-propionate de mercure, 515. — Calomel, 515. — Bains chauds dans la broncho-pneumonie, 538. — Salicylate de soude, 562. — Thé de bouleau diurétique, 562. — Albuminates de mercure, 562. — Coqueluche et quinoléine, 568. — Hernie inguinale, 586. — Sublimé, 586. — Pilocarpine, 610. — Cyanate et cyanure de mercure, 611. — Salophène, 633. — Biiodure de mercure, 633. — Oxyde jaune de mercure, 659. — Traitement de la chlorose, 676. — Théobromine, 683. — Sels de mercure, 684. — Salicylate de mercure, 705. — Thymolate et thymolacétate de mercure, 731. — Hyposulfite double de mercure et de potasse, 756. — Croup, 780. — Méthylal, 780. — Algies rhumatismales, 828. — Nitro-glycérine, 828. — Psoriasis, 851. — Picrotoxine, 852. — Pyramidon, 876. — Extrait de capsules surrénales, 899. — Morphine, 900. — Péritonite tuberculeuse, 913. — Antipyrine, 923. — Dysenterie, 924. — Morphine, 924. — Laryngites de l'enfance, 944. — Morphine, 945. — Carie dentaire, 971. — Anesthésie par le gaïacyl, 972. — Hypodermie, 972. — Albuminurie diabétique, 994. — Chlorose, 995. — Napelline, 995. — Tuberculose pulmonaire, 1018. — Narcéine, 1020. — Hyoscine, 1044. — Essence de niaouli, 1044. — Phénacétine, 1067. — Calomel, 1067. — Blennorrhagie, 1068. — Chlorure et cyanure d'or, 1068. — Opothérapie, 1089. — Allaitement artificiel, 1090. — Toux chronique, 1090. — Zona, 1090. — Rein flottant, 1090. — Paraldéhyde, 1091. — Albuminerie rhumatismale, 1115. — Fractures de la rotule, 1116. — Sauge antisudorale, 1116. — Pellotine, 1116. — Épiphora, 1138. — Impuissance fonctionnelle, 1138. — Permanganate de potasse, 1139. — Ulcères variqueux, 1163. — Pilocarpine, 1163. — Sérum antidiphthérique, 1186. — Acide phénique, 1186. — Antisepsie cutanée, 1210. — Régime de l'obésité, 1211. — Pipérazine, 1211. — Neurasthénie, 1234. — Catarrhe intestinal, 1235. — Quinine, 1235.
Maurel. Chlorure de sodium, 89. — Leucocythémie, 713.
Maxillaire. — inférieur. Fracture (Heydenreich), 380; (Leblanc), 654, 656. — inférieur. Tumeurs malignes (Faure), 627. — interne. Anévrysme (Brown), 1142. — Ostéo-sarcome (G. Marchant), 523. — Ostéomyélite (Reboul), 523; (Moty, Routier), 499. — supérieur. Névralgie (Grosjean), 126. — supérieur. Résection (Severeano), 807; (Girard), 1000; (Gross), 1221.
Maximowitch. Naphtol, 84.
May. Lévulosurie, 153.
Maydl. Coxa vara, 657.
Mayet. Vessie des enfants, 56, 57.
Maygrier. Placenta inséré sur une tumeur utérine, 138. — Grossesse gémellaire univitelline, 524. — Éclampsie post-partum, 509. — Avortement, 668.
Maygrier et **Letulle.** Phlébite puerpérale, 619.
Mayzèle. Syndrome de Basedow-Graves, 703, 704.
Méat urinaire. Excroissances (Ousset), 223. Médaille d'or. Concours (Bouchard, Lereboullet), 1238.
Médecins. — de nuit (Lereboullet), 35. — des hôpitaux, 636. — des hôpitaux. Concours (Achard), 587, 1139. — experts et magistrats (Lereboullet), 257, 209. — Pléthore et disette (Lereboullet), 515.
Médecine pratique (Brunton), 806.
Médian (Nerf). Paralysie (Destot), 718.
Médiastin. — Kyste congénital (Fletcher), 191. — Tumeur (Carter), 312.
Médius. Kyste épidermique (Chavannaz, Lagrange), 379.
Meek. Invagination intestinale, 561.
Mégnin. Pseudorage chez le chien, 62. — Intoxication par l'aroche, 815.
Mejia. Péritonite blennorrhagique, 342, 343.
Mélancolie (Dheur), 78; (Toulouse et Vaschède), 620. — Voir *Diabète.*
Mélanodermies (Vulpian), 49; (Danlos), 1195.
Mélanurie (Below, Ewald), 695.
Melchior. Colibacille et voies urinaires, 755.
Membranes. Rétention (Cros), 317.
Membres. — inférieurs. Ostéosarcome (Vaslin), 1048. — supérieurs (Amputation (Vallas), 42.
Ménachem. Trichiasis, 1160.
Ménard. Coxalgie, 354, 571, 862. — Gibbosité, 477. — Redressement brusque de la gibbosité pottique, 505. — Sarcomes rétro-péritonéaux, 799. — Tuberculose juxta-coxale, 1050.
Mencière. Gastro-entérostomie, 151. — Epiploïtes tardives, 459. — Kyste du cordon, 675.
Mendel. Tabès et scléroses en plaques, 142. — Migraine, 933.
Mendelsohn. Lithiase urinaire, 687. — Lithiase rénale, 705. — Réflexes, 951.
Mendy. Contusions de l'abdomen, 56.
Méneau. Engelures chroniques, 455.
Méneau et **Frèche.** Lupus de la face, 455.
Méninges. Cholestéatomes (Beneke), 1137. — Sarcome (Morély), 426.
Méningisme et Méningites (Pochon), 289.
Méningite. — (Marty), 922. — à colibacille (Lyonnet), 310. — à forme ophtalmoplégique (Dreyer-Dufer, Terson), 1101. — à méningocoques (Heubner, Fürbringer), 479. — à pneumocoques (Lévi), 320. — Bactériologie (Still), 1032. — cérébro-spinale épidémique (Huber), 287; (Stoelzner), 609; (Franz), 943. — circonscrite (Carr), 383; (Wolf), 391; (Barlow), 430; (Leeds, Church, Ballance), 431. — enkystée (Voisin), 762. — hémorrhagique (Péron), 1219. — infectieuse (Crozat), 411; (Kieffer, Demelin), 412. — post-opératoire (Berger, Luc), 207. — séreuse (Quincke), 176. — tuberculeuse (Sokoloff), 743); (Baills), 896; (Fosse, Delthil), 1015, 1016; (Masbrenier), 1045. — Voir *Orbite.*
Méningocèles (Weinlechner, Fränkel), 1175.
Méningo-encéphalocèle (Moyart et Van Duyse), 600.
Ménopause et rein (Le Gendre), 1194. Métrorrhagie (Pichevin), 669.
Menstruation. Troubles (Lévis), 776, 777.
Menthol (Maurange), 251.
Mercier. Entéroclyse chez le nouveau-né, 1015.
Mercier (A.). Uro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 703, 704.
Mercier et **Méténier.** Arthrite blennorrhagique, 262.
Mercure. — (Maurange), 346, 370, 392, 416, 441, 468. — Oxyde jaune (Maurange), 659. — Phénate, Sozo-iodolate. Tannate (Maurange), 684. — Voir *Albuminates, Biiodure, Cyanate, Injections, Salicylate, Sublimé, Syphilis, Thymolate,* etc.
Mérieux. Formol, 742.
Merklen. Asystolie, 161. — Appendicite grippale, 281.
Merklen (P.). Abcès froid de la cuisse, 328.
Mermet. Exosmose oculaire, 40. — Fracture du bassin, 306. — Osmose cornéenne, 366, 367.
Mermet et **Faitout.** Epithélioma du sein, 306.
Mermet et **Lacour.** Chondro-fibrome de l'humérus, 712.
Méry et **Lorrain.** Scarlatine, 159. — Sérum de Marmorek, 185. — Rougeole, 233.
Mérycisme (Dufour), 691.
Meschede. Lèpre, 906.
Mésentère. — Fibro-myome (Binaud et Bégouin, Demons, Boursier), 549. — Kyste chyleux (O'Conor), 561. — Lipome (Cima), 632. — Plaie (Lockwood, Marsh, Taylor), 502.
Meslay. Ostéomyélite, 1142.
Metchnikoff. Cultures des organismes unicullaires, 594. — Immunité, 888.
Méthylal (Maurange), 780.
Métrite. — disséquante puerpérale (Veinschtein), 743. — Electrolyse (Reynier, Boisseau), 403. — Essence de Wintergreen (Georgin, Jouin), 1102. — Voir *Avortement.*
Métrorrhagies. — (Dalché), 572, 1101. — de la puberté (Lamy), 126.
Meunier. Broncho-pneumonie infantile, 111. — Infection broncho-pulmonaire, 174.
Meurisse. Sauge antisudorale, 1116.
Meyer. Sténose laryngée, 624. — Œdème du col pendant l'accouchement, 993.
Mibelli. Tondante rebelle, 1099.
Michaelis. Oreillons, 359. — Rétrécissement du pylore, 695.
Michaux. Cancer du foie, 137. — Infection pneumococcique des voies biliaires, 281. — Angiocholite infectieuse 403. — Contusions de l'abdomen, 1013. — Abcès sous-phréniques, 1124.
Michel. Kystes de l'épiglotte, 151, 152. — Hépatopexie, 861. — Symphyséotomie, 920. — Accouchement et éclampsie, 920, 921. — Coqueluche, 967.
Michelet. Canal vagino-périnéal, 729.
Microbes. Radiographie (Achard et Lannelongue), 91. — Sécrétions multiples (Charrin), 451, 520.
Mignon. Calomel, 1197.
Mignot. Appendicite, 1125.
Migraine. — (Mendel), 933. — Bleu de méthylène (B. Lewy), 31. — ophthalmoplégique (Mingozzini), 608.
Migrainine (Maurange), 323.
Mikulicz. Ulcère de l'estomac, 422.
Miles. Brûlures, 719.
Milian. Adénome du foie, 280. — Prurigo dans la maladie d'Addison, 532. — Oblitération de l'artère rénale, 640.
Milian et **Loubet.** Rupture du cœur, 497
Millard. Purpura, 161.
Millian et **Chevallier.** Sclérose pulmonaire, 570.
Mills. Fièvre typhoïde, 838.
Mills et **Spiller.** Abcès cérébral, 391.
Milon. Ictère des nouveau-nés, 920, 922.
Milton. Lithotritie, 807.
Mimin. Pleurésie, 583.
Mimiques voulues (Dupuis), 935, 936.
Mingazzini. Migraine ophthalmoplégique, 608.
Minor. Syringomyélie, 831. — Polynévrite crânienne, 934.
Mission scientifique russe de Bombay, 678.
Mitchell. Céphalalgie avec hallucination, 1233.
Mitral. — (Insuffisance et rétrécissement) (Roger), 752. — (Orifice). Oblitération (Toupet et Cavasse), 208. — (Rétrécissement) (Reless), 101; (Wilbaut), 208; (Du Pasquier), 712. — (Ancien rétrécissement) (Cassan), 511.
Mitrale. Adhérence (Hervé), 189.
Mitro-aortique (Région) (Weber et Deguy), 682.
Métrorrhagie (Pichevin), 669.
Moelle. — Abcès (Schlesinger), 95. — Commissure grise postérieure (Valenza), 713; (Valenza, Gehuchten) 956. — dans les maladies infectieuses (Voinot), 1135. — des aliénés (Anglade), 788. — des os. Sérums (Roger et Josué), 353. — Elongation (Blondel), 426 — Elongation vraie (G. de la Tourette et Chipault), 401. — Épinière. Faisceau spécial (Bruce) 319. — Lésions par embolies (Lamy), 154. — Maladie rare (Higier), 248, — osseuse. Hématopoièse (Rœtzky), 200. — osseuse. Staphylococcie (Roger et Josué), 304. — Sclérose en plaques (Fayolle et Perret), 597; (Rossolimo), 909. — Tubercule (Marfan), 261. — Tumeurs (Mossé et Cavalié), 789. — Voir *Sclérose.*
Moizard. Appendicite, 331.
Môle et déciduome (Bellin), 146. — hydatiforme (Ouvry), 221, 222; (Durante), 669; (Segall), 776, 777. — vésiculaire (Bué), 438.
Molènes (de). Europhène, 378.
Mollard et **Regaud.** Myocarde dans la diphthérie, 528. — Diphthérie, 689.
Molinié. Laryngoplégie, 480.
Moltchanoff. Diphthérie oculaire, 910.
Moncorvo. Chylurie, 1145.
Mongin. Calomel, 295, 297.
Mongour. Stomatite diphthéroïde, 1145.
Mongour et **Lafarelle.** Pneumotomie, 1146.

MONGOUR et LIARAS. Astasie-abasie, 406.
MONNIER. Otite sèche, 480. — Corps étrangers de l'œsophage, 792. —
MONOD. Fibromyome utérin, 407. — Mal de Pott, 541. — Corps étranger du rectum, 1099. — Abcès sous-phrénique, 1192.
MONOD (AD.). Méthode de l'invagination de l'intestin, 799.
MONOD (C.). Uretéro-pyélo-néostomie, 303.
MONOD (E.). Corps étrangers du vagin, 1188.
MONOD et VANVERTS. Péritonites par perforation, 513. — Appendicite, 985.
Monstre double (Dujon), 18; (Charrin), 713.
MONTAGNON. Boissons chaudes, 783. — Bicarbonate de soude, 784.
MONTI. Hydrocéphalie, 863.
MONTPROFIT. Résection du pylore, 1215. — Occlusion du pylore, 545.
MOORE. Blennorrhagie, 1068.
MORAT. Nerfs vaso-dilatateurs, 521. — Section des racines postérieures, 545. — Grand sympathique, 663.
MORAT et DOYON. Section du sympathique cervical, 767. — Racines postérieures, 767.
MORAX. Conjonctivite subaiguë, 42. — Conjonctivites, 496.
MOREL-LAVALLÉE. Pleurésie sèche, 1144.
MORÉLY. Sarcome des méninges, 426.
MORESTIN. Corps étranger évacué par l'anus, 1219. — Section de la mammaire interne, 1219.
MORILLON. Abcès du poumon, 1231.
MORIN. Cystocèle crurale, 728, 729. — Sinusites frontales, 824, 825.
Morphine. — (Maurange), 900, 924, 945. — Localisations (Antheaume et Mouneyrat), 664.
Morphinisme (Gianelli), 1088.
MORRO et GÆRELEIN. Pouvoir absorbant de la vessie, 969.
MORSE. Toxines staphylococciques et reins, 298.
Morsures de serpents. Sérum antivenimeux (Calmette), 552.
Mort dans les suites de couches (Parquet), 849, 850.
Morvan (Syndrome de) (Jeanselme), 740. — Voir *Maladie*.
Morve. Histologie (Wright), 202. — transmise par sérum (Bonhoff), 392.
MOSCHKOVITCH. Mamelle supplémentaire, 696. — Paramétrite, 696.
MOSNY. Appendicite, 233.
MOSSE. Maladie d'Addison, 1210.
MOSSÉ et CAVALIÉ. Tumeurs des centres nerveux, 789.
MOSSÉ et DAUNIC. — Fièvre typhoïde, 236.
Mosso. Akapnée, 209.
MOTY. Urèthre périnéal supplémentaire, 210. — Ostéo-myélite du maxillaire, 499. — Dent de sagesse, 909.
MOTZ. Hypertrophie de la prostate, 77.
Mouches à miel. Venin (Langer), 240.
MOUCHET (A.). Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, 733.
MOUEZY. Luxation de la hanche, 79.
MOUISSET. Anévrysme de l'aorte, 1078.
MOUISSET et LYONNET. Hémiplégie pneumonique, 1079.
MOULLIN. Sarcome, 1104.
MOULONGUET. Enfoncement du crâne, 1000.— Cholécystite calculeuse, 1030. — Ruptures des tendons d'Achille et rotulien, 1030.
MOURE. Otite suppurée, 357. — Ozène, 462. — Complications intra-crâniennes, 480. — Sinusites, 813.
MOURETTE. Lavage du sang, 295, 296.
MOUSSOUS. Pseudo-lithiase intestinale, 357.
MOUSSU. Fonction thyroïdienne et para-thyroïdienne, 63.
MOUTARD-MARTIN. Ectopie cardiaque, 332.
MOUTHON. Kystes de l'ovaire, 1231.
MOYART et VAN DUYSE. Méningo-encéphalocèle de l'orbite, 600. — Exophtalmie intermittente, 600.
Mucus. Caractères micro-chimiques (Landel), 607, 608.
Muguet. — (Teissier), 656. — expérimental (Roger et Josué), 136.
MULLER. Chirurgie du foie, 449.
MUNK. Gangrène spontanée, 901.
Muqueuses. — gastrique (Séméiologie (Sansani), 610. — (Cavités). Cicatrisation (Cornil et Carnot), 1237. — — Voir *Peau*.
MURAT. Encéphalite aiguë, 935, 936. — Encéphalite aiguë hémorrhagique, 1113.
MURATOW. Paralysie générale, 833.
MURIER. Croup, 780.
MURRAY. Impuissance, 1138.
Muscles. — Atrophies (Pick), 834. — Atrophie des hémiplégiques (G. de la Tourette, Marie), 355. — Atrophie neurotique (Oppenheim et Cossivor), 319. — Atrophie progressive (Pelizæus), 190. — Atrophie pyocyanique (Charrin et Claude), 1617. — Cancer lisse (Paviot et Bérard), 548, 1066. — Contraction (Pompilian), 545, 967, 969. — Dépense énergétique (Chauveau), 18. — Energie (Gréhant), 281. — Nerfs. Réactions anormales (Doumer, Foveau, Verhoogen, Réguier, Allard, Wertheim, Maréchal), 954. — Hernie (Rioblanc), 91. — Ostéomes (Capmas), 896. — Radioscope (Rémy et Contremoulin), 136. — Rigidité et contracture (Van Gehuchten, Sano, Onimus, Gilles), 951. — Rupture (Delorme), 331. — Travail (Chauveau), 328.
Mutisme hystérique (Ernoul), 911.
Mutualité médicale, 384.
Myase du tube digestif (Lallier), 509, 510.
Myasthénie (Eulenburg, Bernhardt), 1222.
Mycose à grains jaunes (Guignot), 534.
Mycosis. — (Hallopeau et Bureau), 66. — fongoïde (Hallopeau, Bureau et Weil), 498; (Hallopeau, Fournier, Du Castel), 1100. — fongoïde d'emblée (Besnier et Hallopeau), 670.
Myélite. — aiguë (Thiroloix et Rosenthal), 426. — par intoxication tétanique (Claude), 571. — syphilitique (Schwanhard), 895.
Myélome (Bonjour), 1160.
MYER et LEVI. Maladie de Little, 369.
Myocarde. — Apoplexie (Vaquez), 1030. — Diphtérie (Mollard et Regaud), 528. — Infarctus (Marie), 174, 175. — Tuberculose (Fontoymont, Letulle), 185. — Tuberculose (Péron), 1142.
Myocardite. — (Weber et Blind), 7. — aiguë (Bouchot), 1041. — alcoolique (Schnabl), 96. — infectieuse (Antony et Puissant, Mongour), 646.
Myoclonie (Lugaro), 415.
Myodynamomètre (Gréhant), 281.
Myome malin (Duplant), 20.
Myopathie progressive (Haushalter), 334.
Myopie. — (Vacher), 280; (Vacher, Chauvel), 593; (Rohmer), 958. — Correction (Dor), 473; (Dransart, Pechdo), 474. — Iridectomie (Dransart), 474.
Myosite infectieuse (Hobbs), 236.
MYSZYNSKA. Néphrites infectieuses, 339.
Myxœdème (Thibierge), 306; (Gley, Ewald), 858. — Infantilisme (Brissaud), 1042. — post-opératoire (Sargnon), 1145. — Voir *Idiotie*.

N

NAAMÉ. Astasie-abasie, 682.
Nævus. — (Brocq), 669; (Étienne), 1114 — pigmentaire et rayons X (Freund, Zemann, Schiff), 96. — pileux (Kaposi), 408.
NAKARAI. Hématoporphyrinurie, 467.
Nanisme (Reichel, Kassowitz), 239; (Delore), 717.
Napelline (Maurange), 995.
Naphtol (Maximovitch), 84.
Narcéine (Maurange), 1020.
Nasales (Fosses). — Enchondromes (Sicard), 366, 367. — Lésions (Péan), 351.
Naso-pharynx. — Polype muqueux (Broca), 37. — Polypes (Isch-Wall), 1000.
NAUSSAC. Actinomycose pulmonaire, 535.
NAUWELAERS. Ponction lombaire, 72, 120. — Éclampsie infantile, 240.
NAVAS. Pyélo-néphrites gravidiques, 630
NEBELTHAN. Acétonurie, 1137.
Nécrose phosphorée (Vallin, Magitot), 184.
NEDELTCHEFF. Éléphantiasis du nez, 896, 898.
NÉDORODOFF. Grossesse extra-utérine, 904.
NÉFÉDIEFF. Typhus récurrent, 743.
NEGRETTO. Épilepsie traumatique, 632.
NEIÉLOFF. Tuberculose de l'utérus, 911.
NEISSER. Syphilis, 686.
NÉLATON. Traitement du lupus, 66. — Ostéotomie oblique du fémur, 1238.
Néoplasmes (Sematzky), 808.
Néphrectomie. — (Fenwick), 215; (Harrison), 407; (Hennecart), 509. — (Bœckel 1064. — lombaire (Ratynski), 799, 800.
Néphrites. — (Lemoine), 565; (Dupeu), 752, 753; (Brault), 809. — chronique des enfants (Heubner), 829; (Pavlinow, Crocq), 834; (Senator, Jawein, Gerhardt, Ewald), 835. — Classification (Carrieu), 879. — Dilatation du cœur (Capmarty), 388. — épithéliale (Bard), 494. — infectieuse. Cantharides (Myszynska), 339. — interstitielle (Bernhard, Fürbringer, Strauss), 237; (Phear), 1032. — Pilocarpine (Julia), 610. — Plexus rénal (Klippel), 445. — saturnine (François, Stiénon, Gratia, Vandervelde), 322.
Néphrolithotomie (Lennander), 1042.
Néphropexie (Jonnesco, Albarran, Küster), 859.
NEPPI. Cellule nerveuse, 683.
NEPVEU. Peste, 663, 783.
Nerfs. — Conductibilité (Benedikt), 928. — des membres. Compression accidentelle (Arié), 30. — Excitation (Weiss), 1215. — Excitation par les rayons électriques (Danilewsky), 663. — Réactions anormales (Doumer, Verhoogen, etc.), 954. — Racines postérieures (Bonne), 935, 936. — Suture (Ehrmann), 124. — Tumeurs (Grall), 875.
Nerveuses (Lésions) syphilitiques (Schnabl), 1176.
Nerveux. — (Centres). Syphilis (Julisberger et Meyer), 696. — (Centres). Maladies (Robertson), 810. — (Système). Lymphomes (Benda), 984. — (Système). Pièces anatomiques (Pianese), 942. — (Système). Sclérose multiple (Grasset), 1114. — Voir *Cellules*.
NETTER. Pneumocoque dans une salle d'hôpital, 522.
NEUMANN. Putréfaction intestinale 224. — Ulcérations du pénis, 408. — Insuffisance du cœur, 609. — Plaies des gros vaisseaux, 933. — Lèpre, 1149.
Neurasthénie. — (Kachpérov), 805; (Lentz), 953; (Régnier), 956; (Vial), 1041. — toxique (Artault de Vevey), 89. — Traitement (Fauvet, Maurange), 1234. — urinaire (Sorel, Boursier), 1073.
Neurine. Action (Joteyko), 329.
Neurofibromatose. — (Feindel), 270; (Delore), 334; (Oriot), 799, 801. — centrale (Mossé et Cavalié), 789. — généralisée (Spillmann), 1221.
Neurones. Excitabilité (Goldscheider), 639.
Neuro-névralgies (Skultecki), 1087.
Névralgie. — diaphragmatique (Crespin), 1077. — de Morton (Chambrelent), 407. — phrénique (Jousset), 739. — Voir *Utérus*.
Névrites. — alcooliques. Paraplégies (G. de la Tourette et Gasne, Babinski, Achard, Ballet), 1194. — apoplectiformes (Margouliès), 991. — ascendante (De Majewska), 607, 608. — ascendante traumatique (Carrière et Rainguet, Vitrac), 501. — de l'enfance (Déjerine), 7. — motrice avec anasarque (Déjerine et Miraillé), 203. — périphérique (Deguy), 202. — puerpérale (Bayle), 558, 559. — sulfocarbonée (Argétoyano), 195. — syphilitique (Gross, Ehrmann), 408.
Névrome. — malin (Dor), 283. — multiples (Péan), 62. — plexiforme (Bégouin, Dubreuilh, Arnozan), 501.
Névro-rétinite syphilitique (Juler), 473.
Névrose héréditaire (Shuttleworth), 840. — traumatique (Schnabl), 1176.
Nez. — Abcès de la cloison (Colonna-Walewski), 481, 482. — Abcès et hypertrophie de la cloison (Vaptzaroff), 1017. — Destruction du septum (Bayet), 432. — Déviations (Sarremonne), 465. — Éléphantiasis cartilagineux (Briau), 577. — Éléphantiasis (Nedeltcheff), 896, 898. — Lupus (Méneau et Frèche), 455. — Médecine légale (Castex), 464. — Myxo-chondrome (Briau, Dor), 358. — Prothèse (Berger, Delorme, Péan), 232. — Tumeurs (Egger), 481; Gourdias), 896. — Voir *Naso-pharynx*.
Niaouli (Essence de) (Maurange), 1044.
NICEFORO. Psychologie du criminel, 778.
NICOLAS. Séro-diagnostic, 111.
NICOLAS (J.). Lithiase pancréatique, 133.
NICOLAS et COURMONT. Leucocytose toxique, 1067.
NICOLICH. Calcul enchatonné de la vessie, 1097. — Tumeur vésicale, 1122.
NICOLLE et FRIEDLAENDER. Angines bacille de Friedländer, 177. — Échantillon de bacille de Friedländer, 177.
NICOLLE et ZIA-BEY. Bacille pyocyanique, 24.
NIEBERGALL. Inoculation carcinomateuse du vagin, 297.
NIKONOFF. Maladie de Thomsen, 1085.
NIMIER. Hernie inguinale, 1027.
NIQUE. Anosmies, 895, 896, 1087.
Nitro-glycérine (Maurange), 828.
NITTIS (DE). Sérothérapie, 18. — Splénomégalies, 304. — Bacillus subtilis virulent, 665.
NITZE. Tumeurs de la vessie, 81.
NOACK. Extraction par les pieds, 466, 467.
NOBLE. Rein flottant, 1090.
NOCARD. Tuberculose bovine, 856. — Antitoxine tétanique, 688. — Sérum anti-tétanique, 712.
NOGUÈS. Uréthrites non gonococciques 1096.
NOGUÈS et SAÏROL. Spasme laryngé, 789.
NOIROT. Fibromes abdominaux, 703.
Noma typhique (Weil), 284.
NONNE. Sarcome du cervelet, 335. — Maladie de Basedow, 551.
NORBURY. Artériosclérose, 923.
Nourrice. Syphilis du nourrisson (Constant, Charpentier, 187.
Nourrisson. Alimentation (Heubner), 527. — Hernies (Frölich, Forgue, Broca), 1026.
NOURRIT et VILLAR. Hystérectomie vaginale,

Nouveau-nés. — Albuminurie (Audebert et Arnozan, Fieux), 645. — Entéroclyse (Mercier), 1015. — Érysipèle de l'ombilic (Labbé), 280. — Hémorragies (Hermary), 244. — Ictère syphilitique (Milon), 920, 922. — Paralysie (Fieux), 23. — Sclérème (Garrod), 288. — Température (Bernard), 1015. — Urologie (Charrin), 792.
Nové-Josserand. Hypospadias, 479.
Novy. Histon et nucléo-histon, 298.
Nucléo-histon. Voir *Histon.*
Nuque. Lipome (Fraikin), 1147.

O

Obalinski. Trépanation du crâne, 993.
Obésité. — (Maurange), 83; (Zinn), 827; (Le Gendre), 927; (Carrez), 967, 968. — et diabète (Hirschfeld), 1197. — Régime (Maurange), 1211.
Oberthur. Houilleurs, 557, 558.
Obici et Bollici. Radiographie intracrânienne, 1185.
Obsession (Lépine), 693; (Pitres et Régis, Atanasiu, Marti et Julia, Boucher), 847; (Vallon et Marie, Arie de Jong, Koustantinowsky), 848.
Occipito-sacrée (Dégagement en) (Corinin), 317.
Occlusion. Voir *Intestin.*
O'Conor. Kyste du mésentère, 561.
Ocre. Voir *Pigment.*
Od (Bertran), 848.
Odorat. Troubles (Bibard), 557, 558.
Œschner de Conink. Rachitisme, 1238.
Œdème. — (Théaulon), 558, 559. — chronique (Gastou, Fournier), 162. — des nouveau-nés (Audebert, Lefour, Fieux), 717. — hystérique (Warde), 911. — névropathique éléphantique (Lourier), 270. — segmentaire (Debove, Mathieu), 1005. — Voir *Maladie de Graves.*
Œil. — Abcès du grand angle (Rochon-Duvignaud), 692. — Corps étranger (Raulin), 358; (De Lantsheere), 1200. — Diphthérie (Coppez, Morax), 473; (Moltchanoff), 910. — Désinsertion des muscles (Laure), 246. — Eau oxygénée (Vacher), 496. — Éclats de cuivre (Ardoin), 826. — Énucléation, méningite (De Lapersonne, Kalt), 474. — Exosmose (Mermet), 40. — Hémorragies (Abadie), 376. — Injections (Fromaget et Laffay, Braquehaye, Dubreuilh, Sabrazès, Cassaet), 430. — Maladies. Auto-infection (Panas), 470; (Trousseau, Meyer, De Wecker, Vacher, Despagnet, Galezowski, Lagrange, Valude), 472. — Plaies (Lefrançois), 246; (Bonsignorio), 246, 247. — Sarcome (Gayet), 283. — Scrofule (Galezowski), 67. — Suppurations, injections de cyanure de mercure (Fromaget et Laffay), 264. — Tuberculose (Chevallereau, Fage), 1078. — Micrométrie (Bourcier), 875. — Voir *Uvée.*
Œsophage. — Cancer (Bureau), 1143. — Corps étrangers (Monnier), 792; (Variot, Rendu), 1125. — Imperforations (Legrand), 366, 367. — Perforation syphilitique (Tannenhain), 648. — Rétrécissements (Villard), 785; (Czerny, Cecchorelli, Van Iterson), 806, 839. — Rétrécissements, gastrotomie (Villard), 21. — Rupture (West et Andrews), 360.
Œuf. Expulsion en bloc (Gorman), 629, 630.
O'Followel. Anesthésie par le gaïacyl, 972.
Oguse. Cœur dans la chorée, 990, 991.
Olaya Laverde. Lèpre, 978.
Olécrane. Fractures (Jalaguier), 246 248.
Olivier. Hémorrhagies post-portum, 19.
Ollier. Régénérations osseuses, 380, 476, 521. — Amputation de Syme, 498. — Ostéoplastie, 512.
Olshausen. Déviations de l'utérus, 581.
Ombilic de nouveau-né. Erysipèle (Labbé), 280. — Fongus (Frœlich), 750. — Phlegmon (Delbet), 351.
Ombilicale (Hernie). — (Garrow), 1167. — et éventration (Dejardin), 959.
Ombredanne et Keim. Angine de Ludwig, 53. — Lymphosarcome du tibia, 569.
Omoplate. — Ablation (Berger), 739. — anormale (Jacques), 309. — Tumeur (Dartigues), 1219.
Onanisme (Schmukler), 928.
Ongles. — Dystrophie (Rist, Sabouraud), 1100. — Exostose sous-unguénale (Delore, Poncet, Arloing), 500. — Favus (Haushalter, Simon), 115.
Onuf. Aphasie, 609.
Opérations. — d'Estlander (Lauenstein, Krause), 1007. — de Syme (Kirmisson, Berger, Le Dentu, Jalaguier), 330. — Troubles trophiques (Loison), 380.
Ophthalmie. — des nouveau-nés (Chartres), 151, 152. — du Congo (Venneman), 48. — purulente (Vian, Kalt), 496. — sympathique (L. Dor), 589; (Trousseau), 472.
Ophthalmomalacie (Ferraez), 79.
Opothérapie (Rivière), 787; (Maurange), 1089.
Oppenheim. Excitation de la première racine dorsale, 154.
Oppenheim et Cossivor. Atrophie musculaire neurotique, 319.
Optique (Nerf). — Atrophie après brûlure (Terson), 1004. — Sarcome (Kalt), 306; (Parent, Jocqs, Morax, Vacher, Darier, Wuillomenet, Vignes), 307.
Or. Voir *Chlorure.*
Orbite. — (Balle dans l') (Jocqs, Terson, Meyer), 1077. — Tuberculose (Hytier), 1111, 1112. — Hématome (Valude), 158. — Hydatide (Golovine), 911. — Méningo-encéphalocèle (Moyart et Van Duyse, Vennemann, Coppez, Pergens), 600. — Opérations. Méningite après énucléation (De Lapersonne, Kalt), 474. — Phlegmon (Cabannès et Ubry, Lagrange) 378. — Sarcomes (Teillais, Kalt), 496; (Coppez père et fils), 600.
Orchites des pays chauds (Le Dentu), 796.
Oreille. — Affections goutteuses (Gellé), 475. — Canaux semicirculaires (Lugaro), 1185. — Cholestéatome (Braquehaye, Broca, 234. — Complications intra-crâniennes (Moure), 480. — Corps étranger (Launois), 1126. — externe. Séquestre (Launois), 644. — Médecine légale (Castex), 464. — moyenne. Suppurations (Luc), 465. — Suppurations de la caisse (Reynier, Broca, Malherbe), 1024. — Syphilis (Devillas), 56, 57. — Voir *Auditif.*
Oreillette gauche. — Percussion (Machado), 509, 510. — Thrombose (Hunt), 551; (Hall, Rolleston), 552.
Oreillons (Busquet, Laveran), 9; (Michaelis), 359; (Bein), 687.
Organothérapie (Philippen), 931. — dans le tabès, etc. (Victoroff), 810.
Orientation (Sens de l') (Bonnier), 1217.
Oriot. Neurofibromatose, 799, 801.
Orlowskki. Hémorragies des nouveau-nés, 728.
Orschansky. Hérédité névropathique, 929.
Orthmann. Corps jaunes, 614.
Os. — Déformations (Fraikin), 1220. — Difformités (Ghillini), 861. — Fragilité (Griffith), 585. — Lésions, radiographie (Foveau de Courmelles), 545. — longs. Sarcomes (Reinhardt), 449. — Régénérations (Ollier), 380, 476, 521; (Martin), 1030. — Sarcomatose (Rosin), 1079. — Suture (Sorrentino), 632. — Tumeurs (Dubos), 366, 367.
Osler. Fièvre typhoïde, 765.
Osten. Torticolis, 30. — Urine (Hofmann), 512.
Ostéo-arthrite. — à pneumocoques (Fernet), 1056. — tuberculeuse (Duplay et Cazin), 862.
Ostéo-arthropathie pneumique (Ruelle), 1007.
Ostéoclasie et ostéotomie (Albertin), 1049.
Ostéomalacie. — (Letulle et Péron), 620. — et opothérapie (Senator), 93. — sénile (Destot), 1126.
Ostéomyélite. — à streptocoques (Meslay), 1142. — larvée (Poncet), 19. — typhique (Savatier), 752, 753; (Jeanselme), 453; (Binda), 1066. — chronique d'emblée (Duplay), 673. — Ulcération artérielle (Boudriot), 439, 440.
Ostéopathies (Fournier), 162.
Ostéophytes tuberculeux (Pilliet, Cornil), 1074.
Ostéoplasie (Ollier), 512.
Ostéoporose progressive (Debove), 687.
Ostéo-sarcome. (Maître), 654, 655; (Thévenot), 693; (Vaslin), 1048. — Voir *Fémurs.*
Ott (C.). Encéphalocèle et encéphalome, 824, 825.
Otites. — Complications intra-crâniennes, ponction lombaire (Leutert), 681. — grippale (Vouzelle), 352. — moyenne (Ponfick), 1114; (Liaras), 333. — moyenne. Abcès du cerveau (Bousquet), 525. — moyenne sèche (Monnier), 480. — Ostéopériostite mastoïdienne (Bonain), 475. — suppurée (Moure), 357. — suppurées. Abcès cérébraux (Jaboulay et Rivière), 1025.
Otorrhée. Voir *Septico-pyohémie.*
Oudin. Accidents dus aux rayons X, 811. — Courants de haute fréquence, 690.
Oudin et Barthélemy. Electricité dans les maladies de la peau et des muqueuses, 792.
Oudin, Barthélemy et Béclère. Méthode Röntgen pour le diagnostic de la goutte et du rhumatisme, 524.
Ouïe. Hyperesthésie (Gellé), 185.
Oulesko-Stroganoff. Déciduome malin, 744.
Ouraque. Kyste (Rotter), 381.
Ousmansky. Pseudo-anévrysmes de l'aorte, 873, 874.
Ousset. Excroissance du méat, 223.
Oustinoff. Tuberculose congénitale, 910.
Ouvry. Môle, 221, 222.
Ovaires. — (Suc de l'). Action (Ferré et Bechasi), 598. — Abcès (Jacobs), 504. — (Aiguille dans l') (Liebmann), 512. — Hydatides (Le Nadan), 176. — Ingestion (Maurange), 995. — Injections intra-péritonéale du contenu des kystes (Auché et Chavannaz), 641. — Kyste dermoïde (Tocheport), 23. — Kystes (Villar), 68; (Brun), 281; (Tixier), 645; (Boursier et Monod), 863; (Bouilly), 1052; (Richelot, Pauchet), 1054; (Mouthon, Kissoloff), 1231. — Kystes suppurés (Pitha), 1185. — Papillome (Prochovnik), 118. — prolabés micro-kystiques (Cittadini), 1107. — Tumeur (Jacobs, Stiénon, Gratia), 322.
Ovaro-salpingite. — (Jeanne), 737. — tuberculeuse (Faitout), 545.
Ovize. Fistules dentaires, 1231, 1232.
Owen. Goitre exophthalmique, 8.
Oxydase (Abelous et Biarnès), 497.
Oxyde de carbone. — Absorption (Gréhant), 1123. — dans les bouches de chaleur (Gréhant), 476.
Ozène. — (Moure), 462; (Auché), 481; (Hugues, Sarremone), 659. — atrophiant (Lautmann), 174, 175. — Electrolyse (Hugues), 1087. — Sérothérapie (Bugs), 48.
Ozo. Oblitération du col dans la grossesse, 174, 175.

P

Paget. Faim et soif dévorantes après traumatismes, 192.
Paget. (Maladie de) (Pic), 20. — Voir *Maladie.*
Pague. Pharyngite, 207.
Palais. — Abcès du voile (Cartaz, Grant), 464. — Fractures (Thomas), 583. — Perforation (Delorme), 331. — Voir *Voile.*
Palas. Toux pharyngée, 56, 57.
Palleroni. Cancer du cæcum, 556. — Double rein flottant, 775.
Palper abdominal (Pinard, Leopold), 907; (Kützner, Ott, La Torre), 908.
Paltauf. Immunité streptococcique, 648.
Paludisme. — au Sénégal (Marchoux), 1018. — Cardiectasie (Le Bihan), 511. — Hématozoaires (Saharow, Coronado, Gautier, Mossé), 836. — Rate (Laveran), 158. — Troubles psychiques (Boinet et Rey, Régis, Cullerre), 763.
Palustres (Fièvres). Bleu de méthylène (Laveran), 351.
Pamard. Nombres des sages-femmes, 516.
Panaris. — (Augué), 439, 440. — profond (Kirmisson), 260.
Panas. Auto-infection dans les maladies oculaires, 470. — Iridectomie, 351.
Pancréas. — Cancer (Spillmann et Etienne), 550. — Kystes (Heinricius), 754; (Bas), 875; (Doran, Rolleston, Turner, Malcolm, Hall, Battle), 1222. — Voir *Diabète.*
Pancréatite. — (Faivre d'Arcier), 1017. — hémorragique (Hlava), 793.
Papier. — Fabrication (Andrieux), 151, 152.
Papillome. Voir *Lèvre, Ovaire.*
Paquy. Grossesse extra-utérine, 703.
Para-hérédo-syphilis (Barthélemy), 822.
Paraldéhyde (Maurange), 1091.
Paralysies. — agitante (Cuylits), 431; (Cuylits, Pechère, Vandervelde, Le Bœuf), 658; (Glorieux), 956. — arsenicales (G. Brouardel), 31. — ascendante (Reulinger), 1031. — aiguë (Bodin), 150; (Martinet), 1111. — dans le traitement antirabique (Rendu), 568; (Roux, Laveran, Grancher, Brouardel), 569. — asthénique (Fajersztajn), 201; (Kalischer), 248. — bulbaire asthénique (Kojewnikoff), 24. — bulbaire Syndrome d'Erb. (Widal et Marinesco), 355. — diphthérique (Katz), 335; (Lévi), 711; (Smaniotto), 778. — d'origine cardiaque (Achard et Lévi), 983; (Lévi), 1093. — générale (Arnaud), 745, 759; (Régis, Garnier, De Perry, Briand, Giraud, Doutrebente, Petrucci), 760; (Arnaud, Cullerre), 761; (Carrier et Carle), 787; (Sciamanna), 711; (Thomsen, Antonelli, Régnier, Crocq, Lentz, Glorieux), 952. — des aliénés (Muratow), 833. — générale. Diagnostic (Arnaud), 721. — générale. Familles (Béchet), 967, 969. — générales infantiles (Hoch), 609. — générale régressive (Marandon de Montyel), 1153. — hystérique (Dastarac), 762. — infantile (Pasteur, Ormerod, Beevor, Buzzard), 336; (Buccelli), 778. — infantile. Tuberculose (Gilbert et Garnier), 280. — musculaire pseudo-hypertrophique (Maixner), 832. — obstétricale (Fieux

23. — pneumoniques (Enouf), 557, 558. — post-anesthésiques (Schwartz), 1048. — progressive (Greidenberg), 834. — pseudo-bulbaire de l'enfance (Brauer), 319. — pseudo-hypertrophique (Destarac), 788. — récurrentielles (Lermoyez), 462. — spasmodique (Ketch), 585. — spinale (Schmaus), 6.
Paramétrite (Moschkovitch), 696.
Paraplégie. — liée aux névrites alcooliques (G. de la Tourette et Gasne, Babinki, Achard, Ballet), 1194. spasmodique infantile (Gasne), 337.
Parasites végétaux non bactériens. Toxines (Mangin et Charrin), 545.
Parasyphilitiques (affections) (Vizioli), 812.
Parathyroïdes (Glandules) (Gley), 858.
PARINAUD. Ptosis, 692.
PARISOT (P.). Épilepsie, 19.
PARMENTIER. Mal de Bright, 509, 510.
PARMENTIER et CARRION. Diabète bronzé, 185.
Parole. Troubles (Marie et Kattwinkel), 356.
Parotide. — Angiome caverneux (Gamgee), 71. — Cylindrome (Du Castel, 162.
Parotidite saturnine (Launois), 210; (Croutes), 217.
PARQUET. Mort subite dans les suites de couches, 849, 850.
Parrot. — Voir *Maladie*.
PARVU. Érysipèle, 824, 825.
PASTEUR. Paralysie infantile, 336.
Pasteur. Translation du corps, 12.
PATAY. Albuminurie, 438.
PATRICK. Irritation spinale, 923.
PATRY. Chorée, 1105.
PAUCHET. Hystérectomie vaginale et laparotomie, 157. — Kyste ovarien, 1054.
PAUCOT. Hernies inguinales, 151.
PAUL-BONCOUR. Pleurésies, 125.
PAULESCO. Rate, 824, 825.
PAULY. Hérédo-ataxie, 526. — Torticolis, 391.
PAULY et BONNE. Affection cérébello-médullaire, 441. — Intoxication par l'absinthe, 455.
Paupière. — Tuberculose (Armaignac, Motais, Terson), 473. — Tumeurs Coppez), 322.
PAVLINOV. Néphrites chroniques, 834.
PAVIOT et BÉRARD. Cancer musculaire lisse, 548.
PAVIOT et GALLOIS. Cancer vert, 20.
PAVIOT et FAYOLLE. Cancer vert, 284.
Pavy (Maladie de) (Ostwald), 641.
PAVY. Diabète sucré, 856.
PAWINSKI. Péricardite, 1209.
PAYOT. Hernie inguinale, 728, 729.
PÉAN. Cancer du rectum, 1046. — Gastrectomie, 679. — Goître exophtalmique, 737. — Lésions des fosses nasales, 351. — Névromes de polyorchidie, 62. — Projectiles dans le crâne, 1170. — Restauration du périnée, du vagin et du rectum, 233. — Fibro-sarcome de l'ischion, 233.
Peau. — Antisepsie (Jumelais, Maurange), 1210. — et muqueuses. Maladies. Courants de haute fréquence (Oudin et Barthélemy), 79?. — Épithélioma (Lévi), 737. — Hyperémie (Jacquet et Butte), 208. — Lésions radiographiques (Behrend), 1221; (Lévy-Dorn, Lassar), 1222. — Maladies. Huile de cade (Ramond, Maurange) 298. — Sarcomatose (De Amicis), 929. — Sensibilité (Bloch), 1113. — Tuberculoses Ullmann, Ehrmann), 480; (Kaposi), 929; (Schwimmer), 1038. — Tumeur maligne (Galloway, Coley), 1169.
PEAUDECERF. Cordon ombilical, 920, 922.
PECHÈRE. Tuberculose canine, 504. — Tuberculose laryngée, 768. — Fièvre typhoïde, 1161.
PÉCHIN. Tumeurs blanches, 246, 247.
PECKHAM. Colibacille, 1161.
Pédicule. Torsion (Mouthon, Kisseloff). 1231.
PEL. Intoxication saturnine, 754.
Pelade. — (Germain), 86; (Crocker), 907. — et lichen (Jacquet), 574. — (Pseudo-) en bandes (Hallopeau et Bureau), 66.
Pellagre. — fausse (Dreyfus), 597. — Fer (Galli), 838.
PELIZÆUS. Sclérodermie, 190. — Maladie de Thomsen, 190.
PÉLISSIÉ. Mort par la foudre, 413, 414.
PELLETIER. Tubage pour laryngite aiguë, 317, 318.
Pemphigus. — foliacé (Rivet), 509, 510. — neurotique (Kaposi), 648.
Pendaison (Dufour, Briand, Garnier), 87.
PÉNIÈRES. Tuberculoses chirurgicales, 1053.
Pénis. Ulcérations (Neumann), 408.
Peptogénie (Mage), 151.
Peptones en injections (Fiquet), 664.
PERCHERON. Tuberculose rénale, 1184.
Percussion. Son amphorique (Galliard), 1173.
PERGENT. Verres de couleur, 48.
Péricarde. — Épanchements (François Franck), 89. — Mélanose (Borst), 483. — Symphyse (Carrière), 189; (Heidemann), 441. — Tuberculose (Mathieu), 524. — Voir *Cœur*.
Péricardite. — fibrineuse (Fränkel), 617. — sèche (Paurinki), 1209.
PÉRIER. Obstruction intestinale, 642.
Périnée. Restauration (Péan), 233.
Périnévrite. Voir *Rhumatisme*.
Périphlébite éléphantiasique (Vinay), 742.
Périsplénite (Richmond), 320.
Péritoine. — Hernie rétro-péritonéale (Brentano), 624. — Inondation sanguine (Choyau), 269. — Sarcomes rétro-péritonéaux (Ménard), 799. — Tuberculose (Crikx, Puttmans), 344.
Péritonisme (Dufour, Wicot et Nauwelaers, Cittadini), 959.
Péritonite. — (Peyrot, L.-Championnière, Reynier), 452; (Jalaguier), 427; (Poirier, G. Marchant, Routier, Nélaton, Quénu), 428; (Senn), 927. — à pneumocoques (Brun), 320. — aiguë (Van Engelen, Nauwelaers, Crickx), 720; (Crestovich), 808. — appendiculaire (Floderus), 298. — blennorrhagique (Mejia), 342, 343. — cancéreuse (Vitalien), 799. — chronique (Filakoff, Krasnoboieff, Kissel), 934. — diffuse (Faure et Siredey), 97; (Körte, Lennander, König, Israel), 422. — d'origine génitale (v. Winckel), 881. — généralisée (Malapert, Richelot, Quénu, Reynier, Brun, Kirmisson), 281. — par perforation duodénale (Lardennois et Banzet), 522. — par ulcère duodénal (Lardennois et Levrey), 63. — post-opératoire (Poncet), 598. — purulente (Routier, Quénu, Bouilly, Chaput, Walther), 499. — suppurée (Etienne et Jacques), 550. — tuberculeuse (Gatti), 58, 632; (Du Cazal), 478; (Duran), 808; (Daclin), 896, 897; (Maurange), 913. — tuberculeuse infantile (Constensoux), 1171. — tuberculeuse, Laparotomie (Machthorn), 850. — Voir *Intestin*, *Typhoïde*.
Pérityphlite. — Azoturie (Revilliod), 356. — des enfants (Karewski), 69, 166; (Lauenstein), 297; (Roux, Kümmel, Grinda, Maydl, Le Dentu, Sonnenburg), 838.
Perlèche (Planche), 389.
Permanganate de potasse (Maurange), 1139.
PÉRON. Méningite hémorragique, 1219. — Septicémies, 1219. — Nécrose de la muqueuse intestinale, 280. — Tuberculose du myocarde, 1142. — Typhlite gangréneuse, 1124.
Péroné. Absence (Kirmisson), 477.
Péronier (Nerf). Paralysie (Kron), 599; (Bernhardt, Gerhardt), 600.
Péronine (Maurange), 156.
PÉRONNET. Variole, 654, 655.
PERRET. Aérophagie hystérique, 92. — Hydatides du foie, 679, 680.
PERRIN. Gymnastique, 344.
Perversion sexuelle (Tambroni), 942.
PESCHEUX. Points hystérogènes, 6.
Peste (Colin), 110; (Lereboullet), 129; Albrecht, Paltauf), 552; (Nepveu), 663, 783; (Riuréanu), 1233. — Bactériologie (Kolle), 238. — bubonique (Wyssokowitz et Zabolotny), 1018; (Couroubakalis), 1040. — de Bombay (Wyssokowitch et Zobobati, Roux), 678. — en Orient (Proust, Roux), 87. — expérimentale (Lugaro), 778.
PETIT (A.). Ladrerie, 210.
PETIT (L.-H.). Bicyclette, 547. — Ectopie cardiaque par pleurésie, 691. — Trèves de la tuberculose pulmonaire, 959.
PETIT (P.). Anus vulvaire, 292. — Prolapsus génital, 138.
PETIT (R.). Hypertrophie de la prostate, 25. — Sérum antidiphtérique, 150.
PÉTROFF. Charbon pulmonaire, 1114. — Pneumonie fibrineuse biliaire, 853.
PETRUCCI. Paralysie générale, 760.
PEYROT. Abcès du thorax, 1025. — Fractures de la rotule, 571. — Occlusion intestinale, 1076. — Péritonite, 245.
PEYROT et ROGER. Abcès du foie, 513.
PFEIFFER. Cystinurie, 513.
Phagolyse (Pierrallini), 899.
Pharyngite chronique (Pague), 207.
Pharyngomycose des enfants (Masse, Coyne), 308.
Pharyngotomie — (Frarier, Vallas), 334. — sous-hyoïdienne (Lacour), 1181.
Pharynx. — Abcès (Clutton, Pitter, Cripps), 528. — Abcès rétro-pharyngiens (Laurent, Schleicher, Cheval), 48, (Puttemans), 72. — Cancer (Krönlein), 447; (Küster), 448. — et estomac. Cancer (Fontoynont), 136. — Gommes (De Castel), 454. — Mycosis (Prévost), 728, 729. — nasal. Végétations (Willemin), 481, 482; (Guéneau), 824. — Végétations (Deglaire), 270.
PHEAR. Thrombose des sinus, 1032.
Phénacétine (Guilliermin, Maurange), 1067.
Phénique (Acide) (Maurange), 1186.
Phénomène de Litten (Swenson), 103.
PHILIPPE. Tabès dorsal, 1114.
PHILIPPE (C.). Tabès dorsal, 607.
PHILIPPE et CESTAN. Syndrome de Little, 1217.
PHILIPPEN. Pneumonie typhique, 696; — Organothérapie, 931.
PHILIPPOFF. Pied bot, 654, 656.
PHISALIX. Sérum de salamandre, 522. — Venin de vipère, 902, 1192. — Venin de frelon et venin de serpent, 1171.
Phlébite. — par injections de toxine typhique (Lépine et Lyonnet), 742. — puerpérale (Maygrier et Letulle), 619.
Phlegmatia alba (Dubrisay et Thayer), 63.
PHOCAS et INGLESSIS. Hôpital de campagne, 999.
Phonendoscopie (Capitan et Pokrychkine), 642.
Phosphate de bismuth (Maurange), 256. — de gaïacol (Gilbert), 209.
Phosphore. — Voir *Foie*, *Nécrose*.
Posphorisme. Prophylaxie (Lereboullet), 179.
Photographie. Voir *Radiographie*.
Phrénique (Névralgie) (Jousset), 739.
Phtisie traumatique (Franchetti), 509, 510.
Phylloxéra, Bactérie pathogène (Dubois), 1170.
PHISALIX. Venin des serpents, 18.
PIANESE. Pièces du système nerveux, 942.
PIC. Maladie de Paget, 20. — Refoulement du cœur par un épanchement pleural, 623.
PICARD. Dyspnée toxique, 654.
PICHEVIN. Colpocœliotomie, 377. — Hystérectomie abdominale, 524. — Métrorragie de la ménopause, 669.
PICHEVIN et PETIT. Kraurosis vulvae, 188.
PICHEZ. Synencéphalie, 102.
PICHON. Délires oniriques, 102.
PICK. Atrophies musculaires, 834.
PICOU. Épithélium scléro-cornéen, 826. — Changement de position de la rate, 737.
PICQUÉ. Abcès sous-phréniques, 1172. — Corps étrangers de la vessie, 1122. — Exophthalmos pulsatile, 160. — Grossesse extra-utérine, 1054. — Hématome du coude, 1218.
PICQUÉ et GUILLEMOT. Suppuration du diverticule de Meckel, 1029.
PICQUÉ et MACÉ. Abcès du foie, 1083.
Picrique (Acide) en clinique (Courtellemont), 724.
Picrotoxine (Maurange), 852.
PIDANCET. Cirrhose infectieuse, 1017.
Pied. — Anomalie (Jeanne), 654, 655. — Déviations (Piéchaud), 1049. — Éléphantiasis (Gastou et Dominici), 670. — (Extraction par le) (Noack), 466, 467. — Muscles moteurs (Jeanne), 1059. — (Plante du). Dépôts d'urates (Kittel), 609. — bot (Lentz), 1049. — congénital (Ardouin), 88; (Courtillier et Durante), 265. — bot paralytique (Philippoff), 654, 656. — bot. Tarsectomie (Kirmisson, Nélaton), 403.
PIÉCHAUD. Déviations du pied, 1049.
PIERALLINI. Phagolyse, 899.
PIERY. Cancer du foie, 262.
Pigment ocre. — Jeanselme et Papillon), 405. — Voir *Tumeurs*.
Pigmentation. — (Carnot), 682. — expérimentale (Charrin), 713.
Pigments (Laveran), 452.
PIGOT. Purpura, 990.
PILCZ. Hypnotiques, 168.
PILLIET. Calcul de l'appendice, 1142. — Capsule surrénale accessoire, 63. — Muqueuse anale, 982. — Ostéophytes tuberculeux, 1074.
PILLIET et PIATOT. Tuberculose et épithélioma du sein, 476.
PILLON. Luxation de la rotule, 957.
Pilocarpine. — (Doyon), 63; (Laval, Bardet), 429; (Maurange), 1163. — et néphrites (Julia), 610.
Pilo-sébacées (Lésions) (Gastou et Emery), 1196.
PINARD. Exploration externe, 907. — Septicémie puerpérale, 908. — Grossesse extra-utérine, 593. — Opération césarienne, 639.
PINARD, ALBARRAN et VARNIER. Lésions vésicales produites par une aiguille de matelassier, 1150.
PINARD et SEGOND. Opération césarienne, 62.
PINARD et VARNIER. Monstre symèle, 519.
PINCUS. Métrite, suite d'avortement, 391.
PITANCE. Tumeurs du voile du palais, 967, 968.
PITHA. Kyste de l'ovaire, 1185.
PITOIS. Ulcération intestinale, 561.
PITON. Luxation du cristallin, 376.
PITRES et SABRAZÈS. Hématomyélie, 832.
PITSCH. Extraction dentaire avec bromure d'éthyle, 1043.
Pituitaire (Extraits de la) (Schiff), 943.
Pityriasis versicolor (Brocq), 204.
Placenta. — albuminurique (Fieux), 263. — bilobaire. Hémorragie (Fieux, Chaleix, Lefour, Audebert, Binaud.

213. — Circulation (Delore), 263, 782. — Hémorragie par insertion vicieuse (Schuhl), 310. — inséré sur une tumeur utérine (Maygrier, Doléris), 138. — Insertion vicieuse, hémorragie (Juge), 155. — prævia (Gibiat), 86, (Hofmeier), 590; (Schatz), 591; (Bayer, Küstner, Ahlfeld), 592. — Rétention (Binaud, Chaleix, Audebert), 22. — Voir *Agglutinante*.
Placentome (Guéniot), 439.
Plaies infectées (Braatz, Credé, Preobragensky), 882. — Infection (Nötzel), 449.
PLANCHE. Perlèche, 388, 389.
PLANCHU. Sarcome de la cuisse, 140. — Sarcome poplité, 141.
PLANQUE. Fibromes utérins, 776, 777.
PLESOIANU. Hyperchlorhydrie, 367, 368, 514.
Pleurésies. — (Mimin), 583. — de l'enfance (Paul-Boncour), 125. — enkystée (Carlet), 1040. — purulente (Siredey et Grosjean, Rendu, Sevestre), 187. — putride (Widal et Nobécourt), 1173; (Achard, Courtois-Suffit), 1194. — sèche (Koll), 153; (Morel-Lavallée), 1144. — séro-fibrineuse (Le Damany). 1097. — sous-diaphragmatique (Verhoogen et Depage), 672. — Tétragènes (Faisans et Le Damany, Achard), 643. — Traumatique (Herbert), 121, (Sturdza), 270.
Pleuro-péricardite (Courmont), 548.
Plèvre. — Abcès (Verhoogen et Depage), 672. — Actinomycose (West), 360. — Cancer (Benda, Fränkel, Litten, Schwalbe), 237. — Hémorragies (Auché et Carrière), 440. — Hydatides (Spencer, Marsh, Makins), 382. — Inflammations (Grawitz), 551.
Plomb. — Intoxications (Hahn), 239; (Lugaro), 369. — aiguë (Rénon), 957. Voir *Liséré*, *Saturnisme*.
PLUYMERS. Sarcosporidies, 31.
Pneumatocèle mastoïdienne (Lannois), 693.
Pneumobacille (Grimbert), 177.
Pneumococcie (Ramond et Decorre), 522; (Vinay), 379.
Pneumoconiose (Hlava), 846.
Pneumocoques. — dans le sang (A. Fränkel), 69. — dans une salle d'hôpital (Netter), 522.
Pneumonie. — (Laclautre), 101. — Acide urique (Dussin), 956. — Arthrites (Duflocq et Le Damany), 405. — Bains chauds (Fichberg), 765. — Digitale (Gingeot et Deguy), 528; (Roubel), 742, 904. — du vieillard (Desgranges), 1015, 1016. — Epidémie (Monisset), 1079. — et zona (Clément), 967, 968. — fibrineuse bilieuse (Pétrov), 853. — infantile (Chambard-Hénon), 1079. — infectieuse (Lyonnet), 429. — Infection (Duflocq), 262. — typhique sérodiagnostic (Philippen, Nauwelaers), 696. — Voir *Paralysie*.
Pneumopathie microbienne (Bezançon et Ravaut), 1171.
Pneumothorax. — (Van Engelen, Crikx) 344; (Galliard et Bruneau), 405; (Khiwitz, Chrzanowska), 752; (Galliard, Widal), 1193. — latent (Augereau), 295. — tuberculeux (Bouchet), 522.
Pneumotomie. — (Mongour et Lafarelle), 1146. — pour abcès (Morillon), 1231, 1232. — pour caverne (Franke), 1234.
Pneumo-typhoïde avec séroréaction retardée (Castaigne), 69.
Pneumotyphus (Bruhl), 99.
POCHON. Méningisme et méningites, 289.
POEL (VAN DE). Carie du collet des dents, 971.
Poignet. — Chancre induré (Gaston), 670. — Kystes (Lecourt), 246, 247. — Luxation (Crickx), 72. — Section des nerfs (Bayet, Demoor, Stiénon), 720. Synovites tuberculeuses (Masson), 126. — Tuberculose (Vaslin), 1050.
POIRIER. Hystérectomie abdominale, 1218. — Occlusion intestinale, 1054. — Suture de la rotule, 642.
Poisons des flèches (Le Dantec), 86.
Poitrine. Plaies (Lejars), 1025.
POIX. Intoxication par le sublimé, 691.
POLAILLON. Tétanos, 111.
Poliomyélite antérieure (Stieglitz), 609.
POKRYSCHKINE. Cœur dans les névroses, 873, 874.
POLLOSSON. Opération césarienne, 358.
POLOSSON et PONT. Tératome sacrococcygien, 310.
Polyarthrite tuberculeuse (Poncet), 1050.
Polyphlébite infectieuse (Recasens), 835.
Polynévrite aiguë (Remak), 249.
Polype. Voir *Rectum*.
POMPILIAN. Contraction musculaire, 545, 967, 969.
PONCET. Adénite génienne, 1145. — Cancer du rein, 455. — Goitre exophthalmique, 877. — Ostéomyélite larvée, 19. — Péritonite post-opératoire, 598. — Polyarthrite tuberculeuse, 1050. — Tuberculose pulmonaire, 101.
PONCET et DOR. Botryomycose, 999. — Botryomycose humaine, 1058.
Ponction lombaire (Nauwelaers), 72, 120; (Braun, Garré), 449; (Lenhartz), 617; (Fürbringer, Krönig), 618; (Leutert), 681; (Stadelmann), 1056; (Krönig), 1147; (Oppenheim, Goldscheider, Fürbringer, Von Leyden, Fränkel, Kayser), 1148.
PONFICK. — Otite moyenne, 1114.
PONT. Torticolis, 92.
Poplité. Sarcome (Planchu), 141.
PORAK. Insertion vélamenteuse du cordon, 188.
Porte (Veine). Thrombose (Barth), 1055.
PORTER. Anémie aiguë, 176. — Battements du cœur, 1018.
Porro (Opération de) (Dönhoff), 993.
Position à la Walcher (La Torre), 908.
POSNER. Infection de la vessie, 448.
Posologie infantile (Troitzky), 849.
POSPELOFF. Érythrodermie, 910.
POTAIN. Entérocolite et appendicite, 327.
POTAIN et SERBANESCO. Radiographie dans la goutte et le rhumatisme chronique, 135.
POTHERAT. Appendicite, 1028. — Hydatides du poumon, 1026.
Pott. — (Mal de) (Calot, Ducrocquet), 807; (Bilhaut), 814; (Calot), 1001. — Voir *Mal*.
Pouce. — Luxations (Vitrac), 44, 1099. — supplémentaire (Anderodias), 212. — surnuméraire (Ginestous), 285.
POUCHET. Eucaïne, 114. — Intoxication par viandes avariées, 159.
POUJOL. Mastite, 682.
POULAIN. Ulcère de l'estomac, 1135.
Pouls inégal (Gerhardt, Leyden, Litten), 93.
Poumon. — Abcès, pneumotomie (Morillon), 1231, 1232. — Accidents asystoliques (Goulard), 1183, 1184. — Actinomycose (Naussac), 535. — Anthracose (Claisse et Josué), 80. — Caverne, pneumotomie (Franke), 1234. — Charbon (Pétroff), 1114. — Chirurgie (Tuffier), 137; (Quénu, Bazy, Delorme), 160; (Bazy, Routier), 185; (Bresard), 481; (Tuffier), 841; (Sapiejko, Fabricourt, D'Antona, Macewen), 846. — Congestion (Macaud), 1183. — Corps étranger (Haushalter), 380. — des lapins (Labour), 199. — et streptocoque (Roger), 1031. — Gangrène (Lejars), 181; (Langlois), 558, 559; (Volkovitch, Sapiejko), 744. — Hernie (Debienne), 481; (Galliard), 643. — Hydatides (Potherat), 1026. — Hypertrophie (Wethered), 191. — Induration (Bobkoff), 200, 201. — Kyste (Steiner), 984. — Œdème (Huchard), 401; (Debove, Brouardel, Huchard, Dieulafoy), 402; (Brouardel, Landouzy, Renaut), 450. — Œdème. Anévrysme du cœur (Parisot et Spillmann), 661. — Phlegmasie, radiographie (Rendu et Du Castel), 65. — Plaie (Tocheport), 44. — Sclérose (Millian et Chevallier), 570. — Trèves de la tuberculose (Petit), 959; (Poncet), 101; (Queyrat, Du Cazal, Chauffard, Debove), 691; (Borland), 765; (Maurange), 1018; (Fränkel), 1222. — Tuberculose. Mercure (Dubois), 111. — Tumeurs malignes (Lenoble), 177.
POUPART. Ectopie testiculaire, 247.
Pourriture d'hôpital (Coyon), 7; (Vincent), 411.
POURTIER. Amputations de cuisse et de jambe, 1231, 1232.
Poussières (Kelsch et Gimonin, Laveran), 957.
POUSSON. Hypertrophie des seins, 642. — Récidive de lithiase vésicale, — 1065. — Tumeur vésicale, 1122.
POZZI. Appendicite, 16.
PRÉJALDINO. Hernie épigastrique, 321.
Prémolaire. Résection des extrémités radiculaires (Quénu, Fromaget), 501.
Prépuce. Réflexes (Hodgdon), 778.
Présentation. — du pariétal postérieur. Forceps (Fochier), 438. — du siège (Rubeska), 682. — du siège décomplétée (Fieux), 263. — du sommet (Guerrero), 174, 175. — mento-postérieure (Maire), 465, 466. — Voir *Face*. — occipito-postérieures (Botkowskaia), 629, 630; (J. Carbajal), 909.
Présure. Activité (Camus et Gley), 816.
PRÉVOST. Mycosis du pharynx, 728, 729
PRÉVOST et RADZIKOWSKI. Influence de la section de la moelle cervicale sur le cœur, 135.
PRINCETEAU et MICHEL. Cathétérisme rétrograde, 23.
PROCHOVNIK. Hystérectomie pour infection puerpérale, 118. — Papillome de l'ovaire, 118. — Polype du rectum, 81.
PRODHON. Intoxication par le sulfure de carbone, 654, 655.
Profession médicale (Lereboullet), 731.
Prolapsus génital (P. Petit), 138.
Propeptone. — et foie (Gley), 873. — (Lebas), 221, 222.
Prophétisme (Prouvost), 151, 153.
PROSSER. Anévrysme de la carotide, 215.
Prostate. — Hypertrophie (Mac Ewen, Harrison, Moullin, Southam), 8; (R. Petit), 25; (Motz), 77; (Vitrac et Laubié), 212; (Chavannaz et Michel, Villar), 285; (Freudenberg), 335; (Hazarabédian), 342; (Bottini), 414; (Helferich), 446; (Socin, Borelius, Bier, Schede), 447; (Gross, Weiss, Heydenreich, Guilloz), 1221. — Hypertrophie, castration (Carlier, Hamonic), 1070. — Sarcome (Marsh, Sutton, Griffith, Targett), 383. — Tuberculose (Conitzer), 272. — Tumeurs (Tailhefer), 805.
Prostatectomie (Desnos), 905.
Prostatiques. — (Genouville et Pasteau), 713. — calculeux (Rebillard), 998. — Méat hypogastrique (Delore, Duchamp, Poncet, Reboul), 786. — Traitement (Bazy), 543.
Prostituées. Maladies vénériennes (Serebriakoff), 885.
Proteus. — Infections. Cœur (Rabaud et De Nittis), 665. — vulgaris. Infections hépatiques (Gouget), 1066.
PROTHON. Eléphantiasis, 430. — Torticolis spasmodique, 21.
Protubérance et bulbe. Tubercule (Lévi), 569.
PROUST. Peste en Orient, 87.
PROUVOST. Délire prophétique, 151, 153.
Prurigo. Voir *Maladie d'Add ison*.
Prurit (Brocq), 227.
PRUTZ. Torsion du rectum, 448.
PRUVOST. Utérus double, 397. — Symphyséotomie, 398.
Pseudo-actinomycoses (Guignot, 534.
Pseudo-diphthéries à streptocoques (Henry), 58.
Pseudo-membrane (Roger), 259.
Pseudo-méningocèle traumatique (Josias et Roux), 468.
Pseudo-rhumatisme (Poncet), 1050.
Pseudo-syphilide d'un tuberculeux (Laurent), 1111, 1112.
Pseudo-tuberculose. Voir *Appendice*.
Psittacose 361. — (Blanquinque), 87. — Diagnostic (Blanquinque), 109.
Psoïte (Gangolphe), 116.
Psoriasis. — (Danlos), 497; (Balzer et Griffon), 669; (Glavtché et Nikouline), 910; (Herxheimer), 1115. — Acide cacodylique (Fournier, Maurange), 851. — Arsenic (Danlos), 163. — et syphilis (Bouffé), 690. — vaccinal (Vignal), 389, 390.
Psychopathies (Dolsa), 848.
Psycho-physiologie (Sommer), 431.
Psychose. — (Sante de Sanctis, Lentz), 953. — migraineuse (Féré), 682. — polynévritique (Soukhanoff, 682.
Ptosis (Parinaud, Parent), 692.
Ptyalisme (Audebert), 693.
PUGNAT. Fatigue des cellules nerveuses, 1123.
Purpura (Pigot), 990.
Puberté. Métrorrhagies (Lamy), 126.
Puériculture (Bertrand), 920, 921.
Puerpéral (État). Voir *Infection*, *Mort*.
Puerpérale. — (Fièvre) (Saft), 225. — (Infection) (Chambrelent), 407; (Schuhl Thiry, Stœber, Herrgott, Parisot, Étienne), 694; (Wallich), 808; (Rein, Pissemsky), 911. — (Infection). Curetage (Fieux). 717. — (Infection). Hystérectomie (Prochownik), 118.
Puerpéralité. Température (Sarwey), 513.
PUIFFE DE MAGONDEAU (DE), Leucokératose vulvo-vaginale, 583, 584.
Puits. Contamination (Duclaux), 1216.
Pupille. Dilatation volontaire (Bechtereff), 440.
Purpura. — (Apert), 473. — Caillot (Bensaude), 65. — hémorrhagique (Millard), 161. — par benzine (Le Noir et Claude), 1055. — Voir *Sarcomatose*.
Pus gangréneux (Veillon et Zuber), 233.
Pustule maligne (Delore, Poncet), 526.
PUTTEMANS. Appendicite, 120. — Hernie inguinale, 503.
PUYADOR Y FAUVA. Scarlatine, 928.
Pyélo-néphrites. — gravidiques (Navas), 630. — infantile (Baginsky, Finkelstein), 479.
Pyléphlébite (Codd), 1108.
Pylore. — Cancer (Haslam), 45. — Obstruction (Maugourd), 799. — Occlusion par un calcul (Montprofit), 545. — Résection (Maresch, Wölfler), 167; (Montprofit), 1215. — Rétrécissements (Tuffier et Marchais), 513; (Michaelis), 695; (Czerny, Ceccherelli, Van Iterson), 806, 839; (White et Langton), 1032; (Tuffier), 1165; (Voron), 1174. — Sténose (Hayem), 475, 1101; (A. Robin, Debove, Hayem), 496; (Dubourg), 999. — Sténose avec dilatation gastrique (Chauffard, Debove, Moutard-Martin), 668.
Pyloroplastie (Caujole), 1; (Sonnenburg), 1148.
Pyocyanique (Bacille) (Nicolle et Zia-Bey), 24.
Pyodermite eczématiforme (Gastou), 670.
Pyonéphrose. — (Loumeau), 1071. — calculeuse (Furneaux-Jordan, Heaton), 45.
Pyopneumothorax (West, H. Hall, Sheild), 1149. — gangréneux (Comby et Vogt, Netter, Rendu), 458.

Pyramidon (Lépine), 117, 141, 548; (Legendre, Maurange), 876.

Q

QUÉNU. Chirurgie du poumon, 160. — Cancer du rectum, 210, 594. — Cholédocotomie, 1172. — Hystérectomie abdominale, 738. — Luxation du scaphoïde, 453. — Obstruction intestinale, 982.
QUÉNU et HARTMANN. Cancer du rectum, 1009.
QUERNEAU. Éventration après grossesse, 1207.
QUEYRAT. Tuberculose pulmonaire, 691.
Quinine. — (Maurange), 1235. — Empoisonnement (Guinon, Béclère, Lermoyez), 161.
QUINCKE. Méningite séreuse, 176.
Quinaphtol (Maurange), 134.
Quinoléine. Voir *Coqueluche*.
QUINTON. Injections d'eau de mer, 982, 1098.
QUINTON et JULIA. Injections d'eau de mer, 1216.

R

RABAUD et DE NITTIS. Cœur dans l'infection par le *Proteus*, 665.
RABÉ. Cancer du cœur, 1171. — Épithélioma de la vésicule biliaire, 640. — Hypertrophie du thymus, 1143. — Sarcome du corps thyroïde, 665. — Ulcère de l'estomac, 476.
RABÉ et REY. Cancer de la vésicule biliaire, 1142.
RABUSON. Tumeurs blanches, 439, 440.
Rachidiens (Nerfs) postérieurs. Résection (Chipault), 62. — Voir *Racine*.
Rachis. — Fractures (Puttemans), 46; Durrieux), 184; (Bréal, Vitrac), 264; (Godonnèche), 654, 656. — Hémorrhagies (Stolper), 863.
Rachitisme. — (Albarel), 224. — congénital (Tchistovitch), 743. — Déviations (Albertin), 1049. — intra-utérin (Demons, Lugeol), 164. — tardif (Hutinel et Auscher), 691. — Troubles moteurs (Variot), 1144. — Élimination de la chaux (Œchsner de Coninck), 1238.
Racines. — dorsale (1re). Excitation (Oppenheim), 154. — postérieures. Physiologie (Briau, Morat), 456. — postérieures. Section (Morat), 545; (Morat et Doyon), 767.
RACZYNSKI. Toxines et circulation, 272.
Radial (Nerf). Suture (G. Marchant), 331.
Radiale (Paralysie) (Sick et Sänger), 705.
Radiographie. — (Destot), 742, 783; (Boisson et Rioblanc), 1145. — anatomique (Destot et Bérard), 91. — en chirurgie (Destot), 43. — en médecine (Bouchard), 18. — Physiologie (Destot), 334. — sur les organes pigmentés (Jeanselme), 140.
Radioscopie. — intrathoracique (Bergonié), 38. — musculaire (Rémy et Contremoulin), 136. — Voir *Aorte*, *Thorax*.
Radius. Fractures (Dudouyt), 654, 655.
Rage. — (Feltz et Archambaud), 925. — Accidents pseudo-rabiques (Mégnin, Weber), 62. — Inoculation (Gros, Rendu), 618. — Vaccination (Brouardel), 592. — Voir *Paralysie*.
RAÏCHLINE. Tabès, 1098.
Râles caverneux rythmés (Bonnet), 548.
RAMOND. Huile de cade, 298.
RAMOND et BONNUS. Mal de Pott, 39.
RAMOND et DECORRE. Pneumococcie, 522.
RANVIER. Rôle des leucocytes, 258.
Rate. — Cancer (Bezançon et Bertherand), 1171. — Changements de position (Picou), 737. — dans les maladies infectieuses (Duffau), 368. — du nouveau-né (Macé), 388, 389. — Hydatides (Cras), 176. — Hypertrophie (Houzel), 518. — Kystes (Hartmann, Jonnesco), 1029. — Kystes séreux (Klippel et Lefas), 476. — paludéenne (Ferrier), 369. — Structure (Paulesco), 824, 825. — Syphilis (Thomas), 429. — Voir *Infection*, *Splénomégalie*.
RATYNSKI. Néphrectomie lombaire, 799, 800.
RAULIN. Corps étranger de l'œil, 358.
RAVANIER. Rétrécissements de l'urèthre, 965.
RAYMOND. Occlusion intestinale, 826.
Rayons X. — (Kümmel), 423; (Hoffa, Riedel, Joachimsthal, Löbker), 424; (Foveau de Courmelles), 689; (Robert), 824, 825. — Accidents (Oudin, Barthélemy et Darier), 811. — Action (Sabrazès et Rivière), 520. — dans la phlegmasie du poumon (Rendu et Du Castel), 65. — Dermatite (Lannelongue et Sorel, Crookes), 402. — et microbes (Achard et Lannelongue), 91. — Troubles physiologiques (Destot), 521. — Visibilité (Guilloz), 115. — Voir *Goutte*, *Radiographie*, *Radioscopie*, *Rétine*, *Skiagraphie*.
Réaction. — agglutinante de Widal (Ferrand, Widal), 112. — d'Ehrlich Kissel, Filatoff), 910. — Voir *Agglutination*.
REBILLARD. Prostatiques calculeux, 998.
REBOUL. Cornes cutanées, 783. — Angiomes et angio-lipomes, 784. — Actinomycose, 785. — Section du frein sublingual, 786. — Prolapsus du rectum, 1027. — Section du sciatique poplité interne, 1048.
RECASENS. Polyphlébite infectieuse streptococcique, 835.
RECLUS. Éloge de Verneuil, 107. — Cocaïne et eucaïne, 158. — Appendicite, 256. — Entéro-côlite et appendicite, 350. — Fractures de jambe, 569. — Hystérectomie abdominale, 666.
RECLUS et FAURE. Goître exophtalmique, 592.
Recto-vaginale (Perforation) chez une accouchée (Lenoble, Maygrier, Bar), 377.
Rectum. — Cancer (G. Luys), 136; (Quénu), 210, 547, 594; (Marchand, Quénu, Poirier), 666; (Gangolphe, Pollosson, Nové-Josserand, Ollier, Vallas), 671; (Quénu et Hartmann), 1009; (Julliard, Pollosson, Berger, Gallet, Péan), 1046; (Bœckel, Heydenreich, Depage, Moulonguet, Tailhefer, Bauby, Willems, Deplat), 1047; (Bell, Ball, Keen), 1168. — Cancer. Fracture du fémur (Fuzinami), 250. — Corps étranger (Delbet), 1069; (Monod), 1099. — Extirpation (Schwartz), 642. — Polype (Prochownik), 81. — Prolapsus (Reboul), 1027. — Restauration (Péan), 233. — Rétrécissement (Sonnenburg, Israël, Körte), 166; (G.-Marchant, Verchère), 235; (Sonnenburg, Treudelenburg, Küster, Hofmeister, Riedel), 424; (Czerny, Ceccherelli, Van Iterson), 806, 839. — Torsion (Prutz, Riedel, Rehn, Gersuny), 448. — Tuberculose (Dejardin), 321.
Récurrente (Fièvre) (Lœventhal), 837; (Bardach et Metchnikoff), 904.
REDARD. Coxalgie, 1050.
Redressement forcé (Delore), 784.
Réflexes. (Mendelssohn), 951; (Babineski, Crocq, Gehuchten, Sano), 952. — pharyngé. Trouble (Marie et Kattwinkel), 356.
Refroidissement (Chelmonski), 1209.
REGNAULT. La sorcellerie, 102.
RÉGNIER. Éreuthophobie, 176. — Neurasthénie, 956.
REHFISCH. Occlusion de la vessie, 1185.
REHN. Plaies du cœur, 425.
REICHARD. Cancer de l'estomac, 1210.
REICHEL. Endocardite, 192. — Nanisme, 239.
REICHMANN. Lithiase biliaire, 1088. — Voir *Maladie*.
REID. Sang dans la vaccine, 1161.
Rein. — Action du sérum antidiphthérique (Siegert), 103. — Altérations par les toxines staphylococciques (L. Morse), 298. — Calcul (Bégouin, Auché), 189. — Cancer. Néphrectomie (Poncet), 455. — cardiaque (Fauquez), 911, 912. — Congestion (Loumeau), 1071. — Diagnostic de perméabilité (Achard et Castaigne, Voisin), 596; (Debove, Rendu, Hirtz, Chantemesse, Galliard), 597; (Voisin et Hauser, Achard), 621. — (Double) flottant (Palleroni), 775. — Ectopie (Schwalb), 103. — Fistule (Albarran), 499. — flottant (Lancereaux), 909; (Noble, Maurange), 1090. — Hydatides (Houzel, Kirmisson, Peyrot, Bazy, Championnière), 547. — Hypertrophie compensatrice (Sacerdotti), 103. — Infection puerpérale, 911. — Kystes séreux (Klippel et Lefas), 476. — Lésions par toxines (Claude), 607. — Lithiase (Weber), 657; (Mendelsohn), 705. — Ménopause (Legendre), 1194. — mobile. Cancer (Legueu), 476. — mobile chez l'enfant (Comby), 500. — mobile et tabès (Habel), 414. — Opérations (Tuffier), 1139. — Perméabilité (Achard et Castaigne), 433; (Dériaud, Bourg), 1040. — Plaie (Adenot), 1126. — Sarcome (Heydenreich, Spillmann, Haushalter), 115. — Sclérose (Inglessis), 306. — tuberculeux (Vignaud), 479. — Tuberculose (Tuffier), 64; (Routier), 186; (Loumeau), 1002; (Albarran), 1026; (Goldberg), 1042; (Cartier, Duret, Pousson), 1071; Percheron), 1184. — Tumeurs (Bloch, Küster, Tuffier, Israël, D'Antona), 895; — Tumeurs (Carlier, Malherbe), 1071; (Legueu), 1072. — Voir *Rétention*, *Syphilis*.
REINEBOTH. Cancer de l'estomac, 273.
REINHARDT. Sarcome des os longs, 449.
REINICKE. Déciduome malin, 250.
RELESS. Rétrécissement mitral, 101.
REMAK. Polynévrite aiguë, 249. — Aphasie hystérique, 382.
RÉMIGNARD. Rougeole, 967, 968.
RÉMOND. Luxations sterno-claviculaires, 342, 343.
RÉMY. Opérations chez les vieillards, 1024.
RÉMY (S.). Salicylate de soude et allaitement, 562.
RÉMY et CONTREMOULIN. Muscles et radioscopes, 136.
Rénale (Artère). Oblitération (Milian), 640.
RENARD. Séroréaction, 1183, 1184.
RENAULT. Larynx, 151, 152.
RENAULT (A.). Stomatite mercurielle, 162.
RENAULT et BERNARD. Adénophlegmon tuberculeux de l'aisselle, 657.
RENDU. Paralysie dans le traitement antirabique, 568.
RENDU et HALLÉ. Infection gonococcique, 1101.
RÉNON. Éléphantiasis, 329. — Colibacille, 427. — Intoxication saturnine aiguë, 957. — Intoxications successives, 1075.
RENVERS. Appendicite, 214.
Respiration. — (Fitz), 298. — Arrêt (Dyce Duckworth), 834. — de Cheyne-Stokes (Merklen), 161. — striduleuse (Herzfeld), 1174.
Responsabilité. — (Guyot), 102; (Lereboullet), 946. — dans les crimes (Ferester), 703, 704. — médicale (Lereboullet), 995. — professionnelle, 1113.
Rétentions. — d'urine (Herrgott, Remy), 958; (Faugouin), 1270, 1208. — d'urine par utérus gravide (Lefebvre), 849, 850. — d'urine par hypertrophie prostatique (Bottini, Freudenberg, Watson, Lavista), 860. — rénales (Guyon et Albarran), 1064. Voir *Urine*.
Rétine. — Action des rayons X (Bardet, D'Arsonval, 663. — Décollement (Rohmer), 214; (Grandclément, Dor), 718. — Hémorragies (Sauvineau), 376.
Rétinite proliférante (Guilbaud), 824, 825.
Rétrécissement. Voir *Cœur*.
REULINGER. Paralysie ascendante, 1031.
REURE. Hypospadias, 896, 898.
Rêve et folie (Sante de Sanctis), 953.
REVERDIN. Anévrysme cirsoïde, 1048.
REVILLIOD. Azoturie dans la pérityphlite, 356.
REWIDZOFF. Gastroscopie, 903.
REYMOND. Passage du coli-bacille à travers la paroi vésicale, 640.
REYNIER. Gastro-entéro-stomie, 99. — Abcès cérébral, 90. — Électrolyse dans les métrites, 403. — Suppurations de la caisse, 1024. — Occlusion intestinale, 1054. — Prolapsus utérin, 1094.
REYT. Gangrènes, 679, 681.
Rhinites spasmodiques (Vassal), 824, 825.
Rhinosclérome (Likhatcheff), 934.
Rhumatisme. — articulaire. Microbe (Thiroloix, Achalme), 259; (Harispe), 388; (Davaine), 413. — articulaire aigu (Chvostek, Siner, Michaelis), 568; (Thiroloix), 937; (Riva), 1018 — Bactériologie (Thiroloix, Charrin), 1075. — Périnévrite (Steiner), 483. — blennorrhagique (Jacquet et Ghika), 90; (Dufour, Lor), 345. — chronique (Bäumler), 565; (Ott, Schüller, Thoma, Friedländer), 567; (Von Noorden), 568; (Chevais), 911. — chronique. Moelle (Triboulet), 1075. — chronique. Radiographie (Potain et Serbanesco), 135. — déformant (Casal), 873, 874. — goutteux (Teissier, Destot), 813. — Microbe (Triboulet, Coyon et Zadoc), 1125. — Salicylate de méthyle (Lemoine), 453; (Siredey, Le Gendre, Linossier), 454. — Sérothérapie (Boucheron), 330. — Syndrome (Barjon), 935, 936. — syphilitique (Fournier), 162. — Voir *Algies*.
RIBAS Y PERDIGO. Cirrhoses du foie, 872.
RIBEMONT-DESSAIGNES. L'affaire Laporte, 1091.
RIBIER (DE). Sages-femmes, 1085, 1086.
RICARD. Fistule vésico-utérine, 739. — Hystérectomie, 1193.
RICCI. Amygdale linguale dans la syphilis, 610.
RICHE. Hérédité et tuberculose, 353. — Goitre exophtalmique, 409. — Toxicité urinaire des nourrissons, 593.
RICHELOT. Péritonite, 281. — Salpingite et appendicite, 377. — Hystérectomie abdominale, 595.
RICHET. Sérum d'anguille, 88. — Immunisation, 353.
RICHET et A. BROCA. Anesthésiques et excitabilité cérébrale, 137.
RICHER et LONDE. Erythème des mains, 662.
RICHMOND. Sarcome de l'avant-bras, 320. — Périsplénite, 320.
RICHTER. Cystite, 81.
Ricine et antiricine (Stépanoff), 7.
RIEDEL. Fistules branchiales, 448.
RIESMAN. Arthrite rhumatoïde, 766.
RINDFLEISCH. Arthrite gonorrhéique, 1088.
RINUY. Vaccine généralisée, 509, 510.
RIOBLANC. Hernie musculaire, 91. — Appendicite, 1029.

RISPAL et BAYLAC. Chorée chronique, 789.
RIST. Dystrophie unguéale, 1100.
RIURÉANU. Peste, 1233.
RIVA. Rhumatisme articulaire aigu, 1018.
RIVET. Pemphigus foliacé, 509, 510.
RIVIÈRE. Épicondylalgie, 685. — Opothérapie, 787.
RIVRON. Rupture du sinus circulaire, 849.
ROBERT. Troubles cutanés dans la blennorrhagie, 509, 511. — Rayons X, 824, 825.
ROBERTSON. Diabète insipide, 9. — Maladies du système nerveux central, 810.
ROBIN. Albuminurie, 814.
ROBIN (A.). Sténoses pyloriques, 496.
ROBIN (E.). Ichtyose, 1207, 1209.
RŒMHELD. Septicémie à pneumocoques, 970.
RŒTZKY. Hématopoièse et moelle, 200.
ROGER. Charbon, 982. — Diphthérie toxique, 199. — Pseudo-membrane diphthéritique, 259. — Immunité vaccinale, 640. — Immunité, 809. — Injections d'eau salée glacée, 665. — Poumon et streptocoques, 1031.
ROGER et BAYEUX. Laryngite varicelleuse, 352.
ROGER et JOSUÉ. Action des sérums sur la moelle des os, 353. — Charbon, 689. — Moelle osseuse dans la staphylococcie, 304. — Muguet, 136. — Toxine diphthérique et moelle osseuse, 39.
ROGMAN. Tumeurs épibulbaires, 47.
ROHMER. Myopie, 958. — Suture de la cornée, 694. — Tuberculose de la conjonctive, 550.
ROLLESTON. Acromégalie, 408. — Hémiplégie après coqueluche, 408. — Urobilinurie après trional, 288.
ROLLET. Sinusites maxillaires, 787.
ROMME. Tétanie des enfants, 73.
ROMNICIANO. Diphthérie, 817. — Syphilis héréditaire, 840.
ROSANOFF. Mal de montagne, 509, 510.
ROSC. Cathétérisme de l'uretère, 391.
ROSE. Cystostomie sus-pubienne, 70. — Aiguille dans la 10e vertèbre dorsale, 70.
ROSENBACH. Dyspepsie, 415.
ROSENBERG. Diabète sucré, 480.
ROSENFELD. Dégénérescence graisseuse, 618.
ROSENHEIM. Atonie de l'estomac, 93. — Dyspepsie, 863.
ROSENTHAL. Cœur dans la syphilis, 117. — Eau chaude dans les maladies cutanées, 287.
ROSIN. Sarcomatose des os, 1079.
ROSSIER. Grossesse extra-utérine, 615.
ROSSOLIMO, Sclérose en plaques, 909.
ROSTAING. Varicocèle, 875.
ROTH. Scoliose, 1167.
ROTTER. Carcinome de la vessie, 381.
Rotule. — Fracture (Martin et Andérodias, Braquehaye, Chavannaz), 142; (Aron), 270, 271; (Chalufour), 342; (Heusner, König), 447; (Chaput), 499; (Lejars, Walther, Routier, Monod, Chaput), 523; (Peyrot, L.-Championnière), 571; (Berger, Faure, Nélaton, Ricard), 621; (Bégouin, Maurange), 1116. — Luxation (Pillon), 957. — Suture (Poirier, L.-Championnière), 642.
ROUBEL. Pneumonie, 742, 904.
ROUFFART. Fibrome utérin, 383. — Salpingo-péritonite tuberculeuse, 383.
ROUFFIANDIS. Dermite perlée, 537.
Rougeole. — (Barbier), 114; (Laveran et Catrin), 478. — aux Enfants-Malades (Bernard), 715. — ecchymotique (Rouger), 79. — et scarlatine. Association (Cacaud), 967. — Gangrène pulmonaire (Méry et Lorrain), 233. — Prophylaxie (Lihou), 79. — Récidives (Rémignard), 967, 968. — Température (Bourgeois), 1041.
ROUGER. Rougeole ecchymotique, 79.
ROUGET. Fièvre typhoïde, 453.
Rouget de l'homme (Brucker), 1215.
Rougeur émotive (Régnier), 176.
ROUHER. Zona de la tuberculose, 317, 318.
ROUQUETTE. Lithiase rénale des épileptiques, 295.
ROUSSEAU. Dilatation de l'estomac, 1183.
Roussel (Th.). Jubilé, 11.
ROUTIER. Appendicite, 16. — Cancer du foie, 64. — Grossesse extra-utérine, 232. — Fistules vésico-vaginales, 235. — Péritonite purulente, 499. — Tuberculose du rein, 186.
ROUX, Anévrysme cirsoïde, 40. — Pérityphlite, 838. — Peste en Orient, 87.
ROUX (C.). Contractures hystériques, 270, 271.
ROUX (G.). Farcin aigu, 92. — Urticaire, 86.
ROUX et BALTHAZARD. Contractions de l'estomac, 713. — Estomac du chien, 665. — Motricité de l'estomac, 570.
ROUX et NATTAN-LARRIER. Lithiase biliaire, 426.
ROVSINN. Arthrite tuberculeuse, 103.
ROYER. Hémorragies dans l'expulsion de fœtus morts, 56. — Insuffisance et rétrécissement mitral, 752.
RUBEL. Pneumonie, 742, 904.
RUBESKA. Présentations du siège, 682. — Tétanos puerpéral, 1162.
RUELLE. Ostéo-arthropathie pneumique, 1007.
RUGE. Liséré saturnin, 483.
RUGE et HUTTNER. Tabès, 1115.
RUHEMANN. Hémiparaplégie, 527.
RUMPF. Cardiopathies, 618. — Régime des cardiaques, 312.
RUSOVICI. Carie sèche, 1160.

S

SABATIER, DUCAMP et PETIT. Huîtres et microbes, 1123.
Sable intestinal (Mathieu), 356.
SABOURAUD. Calvitie, 257. — Comédons, 497.
SABRAZÈS. Cultures tuberculeuses, 1216. — Pathologie de la cellule nerveuse, 833.
SABRAZÈS et CABANNES. Cancer de l'estomac, 880. — Helminthiase, 547.
SABRAZÈS et RIVIÈRE. Rayons X, 520.
SACERDOTTI. Hypertrophie compensatrice des reins, 103.
SACQUÉPÉE. Vaccin, 389.
Sacro-coccygienne (Tumeur) (Phocas), 18.
Sacrum. Voir *Tératome.*
SAFT. Fièvre puerpérale, 225.
Sages-femmes. — (De Ribier), 1085, 1086. — Leur nombre (Lereboullet, Pamard), 515.
SAHAROW. Paludisme, 836.
Saignée (Alber), 59; (Hayem), 111.
SAINGERY. Cirrhose du foie, 703, 704.
SAINT-FUSGIEN (DE). Cancer biliaire, 1111, 1112.
SAINTON (P.). Ascite lactescente, 61.
Salicylate de mercure (Maurange), 705. — de méthyle (Le Strat), 151. — de soude et allaitement (Remy, Maurange), 562.
Salivaires (Glandes). Ferments (Warren), 1162.
Salive. Pouvoir saccharifiant (Bourquelot, Gérard), 1143.
SALMON. Parasites de la vaccine, 942. Vaccine et variole, 111.
Salophène (Baqué, Maurange), 633.
Salpingite et appendicite (Richelot, Doléris), 377.
Salpingo-ovariotripsie (Manouélidès), 896, 897.
Salpingo-péritonite tuberculeuse, 383.
Salpingo-utéro-vaginale (Cavité). Microbiologie (Stint), 583, 584.
SAMSON. Akapnée, 233.
SAMTER. Bec-de-lièvre, 449.
SANARELLI. Fièvre jaune, 1002.
Sang. Action de l'iodure (Colombini et Simonelli), 754. — Alcalinaté (Greco), 631; (Lépine et Martz), 717. — Altérations (Baginsky, Engel), 840. — Ammoniaque (Winterberg), 970. — aux altitudes (Viault), 858. — Examen impuissant à déceler la grossesse (Lutaud), 643. — Fer (Jellinek), 1149. — Fixation de l'oxygène (Biarnès), 858. — Lavage (Mourette), 295, 296. Pression (Delezenne), 352. — Régénération (Eger), 943; (Hall et Eubank), 298. — Teneur en ammoniaque (Winterberg), 288. — Voir *Bilieuse.*
SANO. Abolition des réflexes de la moelle lombaire, 951.
SANSANI. Séméiologie des fragments de muqueuse gastrique, 610.
SANSOM. Dyspepsie, 863, 903.
SANTE DE SANCTIS. Épilepsie, 876. — Psychoses et rêves, 953.
SANTESSON. Intoxication par la benzine, 809.
Sarcomatose. — (Bozzolo), 585; (Gorgon), 583. — avec purpura (Martin et Hamilton), 203. — cutanée (De Amicis), 929.
Sarcome. — actinomycosique (Thollon), 534. — pigmentaire (Jackson), 980. — Sérum de Coley (Moullin, Colman), 1104. — Voir *Avant-bras*, *Cervelet*, *Œil*, *Os*, *Prostate*, *Rein*, etc.
Sarcosporidies (Pluymers), 31.
SARGNON. Kyste du foie, 1174. — Myxœdème post-opératoire, 1145.
SARGO. Entérite amibienne, 167.
SARREMONNE. Déviation de la cloison nasale, 465. — Ozène, 659.
SARWAY. Température puerpérale, 513. — Température des accouchées, 1018.
SASSE. Kystes du sein, 250.
SASSIER. Utérus après ablation des annexes, 776, 777.
Saturnisme (Pel), 754.
Sauge antisudorale (Maurange, Meurisse), 1116.
SAUNDBY. Régime des diabétiques, 1191.
SAURAIN. Dermatoses de l'enfant, 1015, 1016.
SAUSSOL. Varicocèle, 799, 800.
SAUVINEAU. Hémorrhagies rétiniennes, 376.
SAUZEAU DE PUYBERNEAU. Extirpation des glandes lacrymales, 151, 152.
SAVANEWSKY. Prolapsus de la muqueuse uréthrale, 910.
SAVATIER. Ostéomyélite typhique, 752, 753.
Scaphoïde. Luxation (Quénu), 453.
Scarlatine. — (Borel), 703; (Charpentier, Cacaud), 967; (Comby), 187; (Pujador y Fauva), 928. — localisée à la face (Lemoine), 113. — Sérum (Méry et Lorrain, 159 — Thromboses (Goodall, Coupland), 288.
SCHAEFFER. Hémorrhagies dans le canal vertébral des nouveau-nés, 483. — Toxines gonococciques, 1209.
SCHALENKAMP. Ulcère variqueux, 250.
SCHALL. Ampoule de Crookes, 935.
SCHAMANN. Érythème noueux, 873, 874.
SCHARFF. Insensibilisation de l'urèthre, 250.
SCHATZ. Placenta prævia, 591.
SCHEFFLER. État mental des vieillards, 344.
SCHEIER. Cathétérisme des sinus frontaux, 887.
SCHIFF. Préparations pituitaires et thyroïdiennes, 216, 943.
SCHLESINGER. Abcès de la moelle, 95. — Affection bulbaire, 96. — Physiologie de la vessie, 1128. — Syringomyélie, 830.
SCHLŒSING et REGNARD. Argon dans le sang, 184.
SCHMAUS. Paralysie spinale, 6.
SCHMUCKLER. Onanisme, 928.
SCHNABL. Lésions nerveuses syphilitiques, 1176. — Névrose traumatique, 1176. — Myocardite alcoolique, 96.
SCHNEIDER. Anévrysme de l'artère sous-clavière, 469.
SCHRADER. Appendicite, 624.
SCHRÖTER. Fractures incertaines, 512.
SCHUHL. Insertion vicieuse du placenta, 310.
SCHULTZE. Déviations de l'utérus, 580. — Lupus de la face, 862. — Syringomyélie, 906.
SCHUSTER. — Infection gonorrhéique, 1088.
SCHWAB. Avortement, 412.
SCHWALBE. Ectopie du rein, 103.
SCHWANHARD. Myélite syphilitique, 895.
SCHWARTZ. Extirpation du rectum, 642. — Fracture du cubitus, 40. — Goître exophthalmique, 234. — Hydronéphrose, 547. — Paralysies post-anesthésiques, 1048. — Uretérocystonéostomie immédiate, 1095.
SCHWEINITZ. — Tuberculose, 765.
SCHWIMMER. Tuberculose de la peau, 1038.
SCIAMANNA. Paralysie générale, 711.
Sciatique. — double (Lago), 607, 608. — poplité interne. Section (Reboul), 1048. — rebelle (Marty), 679, 681.
Sclérème des nouveau-nés (Garrod), 288.
Scléro-cornéen (Limbe). Épithéliome (Picon), 826.
Sclérodermie (Darier et Gastou), 454; (Pelizæus), 190.
Sclérogène (Méthode) (Coudray), 1050.
Sclérose. — en plaques (Collet), 117. — multiple disséminée (Grasset), 1114. — Voir *Moelle.*
Sclérotique. Tumeurs (Rogman, Van Duyse, Nuel), 47.
SCOFONE et BATTISTINI. — Spartéine, 585.
Scolioses. — (Calot, Bilhaut, Chipault, 1001; (Dolega), 887; (Roth), 1167. — essentielle (Heiser), 654, 656. — hystérique (Embden), 1080.
Scopolamine chez les aliénés (Tomasini), 631.
Scrofule (Gallois), 1196; (Hermann), 624.
Séborrhées et alopécies (Brocq, Jacquet, Darier, Barthélemy, Hallopeau, Sabouraud), 574.
SECHEYRON et MAUREL. Tumeur du crâne, 763.
SEEGELKEN. Encéphalopathie saturnine, 83.
SEELIG. Décomposition des albuminoïdes, 103.
SEGALL. Môle hydatiforme, 776, 777.
SÉGLAS. Amnésie rétrograde, 258.
SEGOND. Hystérectomie, 714.
SEGUIN. Œdème du larynx, 56, 57.
SEIFFART. Fistule uretéro-ventrale, 827.
Sein. — Cancer (Depage), 672. — Hydatides (Lannelongue et Vitrac), 716. — Kystes (Sasse), 250. — Tuberculose et épithélioma (Pilliet et Piatot), 476.
SEITZ. Micro-organismes dans les centres nerveux, 1134.
SEKEYAN. Diabète lévulosurique, 1183.
Sel. — Voir *Chlorure.*
SELETZKI. Hémiplégies, 744.
SELLERIER. Maladie de Basedow, 703.
SEMATZKY. Néoplasmes, 808.
SENATOR. Diabète, 599. — Ostéomalacie et opothérapie, 93.
Séneçon (Maurange), 127.
SÉNÈQUE. Stérilisation du lait, 317.
SENGER. Luxation congénitale de la hanche, 390.

SENN. Péritonite, 927.
Sens musculaire et des altitudes (Checrechewski), 317, 319.
Septicémie. — (Gvosdinsky), 911. — à pneumocoques (Rœmheld), 970. — à tétragènes (Castaigne), 451. — curables (Péron), 1219. — des veaux (Thomassen), 1137. — grave (Ferrand), 90. — muqueuse (Babès), 158. — puerpérale (Pinard, Weinstein, Ott, La Torre, Carbajal, Farza), 908. — Sérum de Marmorek (Weiss), 141.
Septico-pyohémie par otorrhée (Villard et Rivière), 1025.
SEREBRIAKOFF. Prostitution, 885.
SERGENT. Hydrocéphalie intra-utérine, 920.
Sérodiagnostic (Courmont), 501; (Hayem, Sabrazès et Hugon), 42; (Krüger, Fränkel, Stadelmann), 117; (Nicolas), 111; (Arloing, Widal, Renon), 112. — Voir *Choléra*, *Typhoïde* (fièvre).
Séroréaction (Manuel Morillo), 125, 126; (Renard), 1183, 1184.
Sérothérapie.—(De Nittis), 18; (Sematzky, Wallich), 808; (Verger), 23. — Accidents (Béclère, Chambon et Ménard), 7; (Ungauer), 317, 318 — antidiphthérique (Chevallier), 56, 58. — antistreptococcique (Vinay), 358; (Courmont), 742.
Serpents. Voir *Morsures*.
Sérums. — (Delgrange), 150. — antidiphthérique (Petit), 150; (Weil, Maurange), 1186.— antistreptococcique (Van der Velde), 1066.— antitoxique (Phisalix), 522. — charbonneux (Sobernheim), 1137, — Chauffage (Béclère, Chambon et Ménard), 65. — cholérique ou typhique (Kraus), 480. — d'anguille (Richet), 88. — de cheval (Jalares), 928. — de Marmorek (Méry et Lorrain, 185; (Courmont), 284. — lactescents (Chenu), 367. — physiologique. Injections (Vigour), 246, 247. — Toxicité (Dumarest), 1041; (Guinard), 645. — Voir *Diphthérie*.
SÈVEDAVY (DE). Congestion du foie, 873, 874.
SEVEREANO. Calculs urinaires, 807. — — Bec-de-lièvre, 807. — Résection du maxillaire supérieure, 807. — Suture en chirurgie, 905.
SEVESTRE. Diphthérie, 690, 715, 884, 1077. — Tubage et trachéotomie, 114,
SEVESTRE et BONNUS. Corps étranger de la trachée, 1055.
SHATTOCK. Testicules d'hermaphrodite, 191.
SHEPHERD. Résection de l'intestin, 1142.
SHUTTLEWORTH. Névrose héréditaire, 840.
Sialorrhée. Voir *Tabès*.
SIBUT. Syphilome primitif, 679, 680.
SICARD. Enchondromes du nez, 366, 367. — Ostéochondrite sterno-costale, 497.
SICK et SAENGER. Paralysie radiale, 705.
Siège décomplété (Bosc), 849.
SIEGERT. Sérum antidiphthérique et rein, 103.
SIEGL et HERUSHEIMER. Suites de la gastro-entérostomie, 297.
Sigmoïdite aiguë (Galliard), 41.
SIMOES. Rétrodéviations mobiles, 342, 343.
SIMON. Hémorragie mortelle par ouverture du sinus circulaire occipital, 31.
SIMOND. Coccidies, 1018.
SIMONS. Traitement intra-utérin mécanique, 191.
Simulation (Baudry), 887.
Sinus. — circulaire occipital. Hémorragie (Simon), 31. — Rupture (Rivron), 849.— frontal. Empyème (Lannois), 693.— frontal. Suppuration (Nélaton), 499.— frontaux. Cathétérisme (Scheir), 887. — latéral. Phlébite (Chipault, Lambotte), 134.— maxillaire. Empysème (Goris, Cheval, Schleicher), 48; (Gaudier), 465. — Phlébite d'origine otique (Villard), 283. — Thrombose (Phear, Fowler, Abraham), 1032.
Sinusites. — (Moure), 813. — frontales (Morin), 824, 825. — maxillaires (Rollet), 787. — maxillaire aiguë (Boucheron), 209.
SIREDEY et GROGNOT. Mal de Pott, 211.
SIREDEY (A.) et GROSJEAN. Pleurésie purulente, 187.
SIREDEY (A.) et LE ROY. Appendicite, 113.
SKULTECKI. Neuro-névralgies, 1087.
SKUTSCH. Avortement, 614.
SMANIOTTO. Paralysie diphthérique, 778.
SMEDOVSKY. Rétrécissements de l'urèthre, 896, 897.— Rétrécissements de l'urèthre après fracture pelvienne, 1113.
SMITH (G. B.). Tumeur infectieuse du chien, 360.
SMITH (M.). Bacilles typhiques dans l'urine, 166.
SNYERS. Hystérectomie vaginale, 1008.
SOBERNHEIM. Sérum charbonneux, 1137.
Société allemande de balnéologie, 686. — française d'ophthalmologie, 470, 495. — française d'otologie et de laryngologie, 462, 475, 480. — obstétricale de France, 397, 411, 438.
SOKOLOFF. Méningite tuberculeuse, 743.
SOLLY. Traumatisme du cerveau, 238.
Solutions aseptiques pour l'usage hypodermique (Maurange), 59.
SOMMA. Lavements d'iodure de sodium et de quinine, 585.
SOMMER. Psycho-physiologie, 431.
SONNENBURG. Appendicite, 165. — Rétrécissement du rectum, 166. — Pyloroplastie, 424, 1148.
Sondes. Stérilisation (Alapy), 272; (Wolff), 755.
Sorcellerie (Regnault), 102.
SOREL. Dermatite par rayons X, 402. — Neurasthénie urinaire, 1073.
SORRENTINO. Suture osseuse, 632.
SOUBERBIELLE. Hérédité, 941, 942.
Souffles.— cardio-pulmonaires (Magdelaine), 873, 874. — chlorotique (Gilbert et Garnier), 427. — (Double) intermittent crural (Girard) 752.
Soufre. Elimination (Yvon), 1172.
SOUKHANOFF. Psychose polynévritique, 682.
SOULIGOUX. Ulcère du duodénum, 712.
SOUPAULT (M.). Gastrosuccorrhée, 13. — Maladie de Basedow), 664.
SOUQUES et MARINESCO. Diabète sucré, 427.
Sourd-muet (Faux) (Grancher), 640.
Sous-carbonate de soude (Thubert), 295, 296.
Sous-clavière. Anévrysme (Schneider), 469; (Clutton), 528.
Sous-nitrate de bismuth. Intoxication (Gérard), 354.— Voir *Bismuth*.
Sous-orbitaire (Nerf). Régénération (Heydenreich, Gross), 335.
SPALDING. Goître exophthalmique, 876.
SPALIKOWSKI. Hypnotisme et tabès, 663. — Entozoaires en Normandie, 1238.
Spartéine (Scofone et Battistini), 585.
Sphincter ani (Arloing et Chantre), 544.
SPIETSCHKA. Gonorrhée, 1136.
SPILLER. Ataxie cérébelleuse, 683.
SPILLMANN. Infarctus du gros intestin, 334. — Hernie obturatrice, 334. — Neurofibromatose, 1221.
SPILLMANN et ÉTIENNE. Cancer du pancréas, 550. — Intoxication par l'aniline, 176.
SPINA. Sensibilité des criminels, 778.
Spina bifida. — (Maass), 983. — et prolapsus utérin (Krause), 483.
Spinale (Irritation) (Patrick), 923.
SPIRA. Mastoïdite, 730.
Splénectomie (Jonnesco), 860; (Hartmann), 1029. — Sang (Hartmann et Vaquez), 112.
Splénomégalie (De Nittis), 304. — Voir *Anémie*.
Splénopexie (Greiffenhagen), 415.
Spléno-pneumonie (Waitz), 1015, 1017.
Sporozoaires. — du cancer (Busquet), 1143. — (Maladies à) (Bosc), 857.
SPRINGER et SERBANESCO. Troubles de la croissance, 521.
SSALISTCHEV. Hernies vésicales, 415.
STABEL. Contusion crânio-cérébrale, 933.
STADELMANN. Dilatation aiguë du cœur, 215. — Ponction lombaire, 1056.
STANGILLE. Abcès péri-uréthraux blennorrhagiques, 755.
Staphylococcie.— (Kose), 854; (Wohlgemuth), 1197. — septicémique (Masius et Béco), 1115.
STEFANOWSKA. Cellule nerveuse, 658.
STEFFECK. Cœliotomie vaginale, 58.
STEINER. Hydatides du foie et du poumon, 984. — Périnévrite dans le rhumatisme, 483.
Sténocardie (Pawinski), 1209.
STÉPANOFF. Ricine et antiricine, 7.
STERNBERG. Goutte, 320.
Sterno-claviculaire (Luxation) (Rémond), 342, 343.
Sterno-costale (Ostéochondrite) à pneumocoques (Sicard), 497.
Sternum. Trépanation (Gérin), 439, 440.
Stéthographie bilatérale (Gilbert et Roger), 202.
STEVENS et PARFITT. Diphthérie hémorrhagique, 143.
STEWART. Alcoolisme aigu, 298. — Arthrite déformante, 1191. — Hydrocéphalie, 719.
STIEGLITZ. Poliomyélite antérieure, 609.
STILL. Méningite, 1032.
STINT. Microbiologie des cavités génitales, 583, 584.
STŒLZNER. Méningite cérébro-spinale, 609.
STOERK. Stomatite épidémique, 96.
STOLPER. Hémorrhagies du rachis, 163.
Stomatite diphthéroïde (Mongour), 1145. — épidémique (Stoerk), 96. — mercurielle (A. Renault), 163. — ulcéreuse (Bernheim), 648. — ulcéro-membraneuse (Liaras et Buard), 456.
STOUFFS. Atrésie vulvaire, 931.
Strabisme (Dreyer-Dufer), 1160.
STRAUS. Tuberculose par ingestion, 31.
STRAUSS. Glycosurie, 311.
Streptocoques. — (Balzer et Griffon, Lemoine, Roger), 1031. — dans l'eau (Guitard, Charrin), 159. — Sérum (Denys), 903.
STRUBE. Parasites dans l'urine des nègres, 695.
Strumectomie (Wolff), 381.
Stupidité (Marandon de Montyel), 385,
STURDZA. Pleurésie traumatique, 270.
Sublimé. — (Maurange), 586. — Intoxication (Chaillous), 1075; (Crickx) 504; (Poix), 691.
Sublinguale (Tumeur) (Broca), 739.
Suc. — gastrique. Hypersécrétion (Bial, Rothmann), 695. — pulmonaire (Brunet), 151, 152, 301.
Sucre du sang. Dosage (Marie et Le Goff), 453.
SUDECK. Embolie sylvienne, 1007.
Sueur. Toxicité (Arloing), 522; (Arloing, Berthelot), 816.
Suffocation (Fadeuilhe), 413, 414.
Suggestions criminelles (Liégeois, Crocq, Castelain), 955.
Sulfate de magnésie (Maurange), 274.
Sulfibenzoate de soude (Heckel, Maurange), 274.
Sulfonal. Intoxication (Schulz), 6.
Sulfure de carbone. Intoxication (Prodhon), 654, 655.
SULZER. Glaucome foudroyant, 42.
Suppurations post-typhiques (Löw), 1176.
Surdi-mutité (Gellé), 1031.
Surdité. — (Hennebert), 1199. — verbale (Déjerine), 1216.
Surmenage. — intellectuel. Phosphure de zinc et strychine (Gaboriau), 801. — par bicyclette (Mathieu), 572.
Surrénal. — (Cancer) (Weinberg et Turquet), 1074. — Épithélioma (Castaigne), 1075. — (Extrait) en ophthalmologie (Königstein, Biedl), 648; Barraud, Maurange), 899.
Surrénales. — (Capsule) accessoire (Pilliet), 63. — (Capsules) dans les infections (Wybauw), 1161. — (Capsules) des grenouilles (Langlois), 185. — (Capsules). Mort après extraction (Gourfein), 815. — (Capsules). Rôle (Wendling), 629. — (Hémorragies) (Leconte), 752. — (Tuberculose), 935. — Voir *Capsules*.
SUTHERLAND. Alcoolisme, 810.
Suture. — en chirurgie (Severeano). 905. — osseuse (Sorrentino), 632.
SWENSON Phénomène de Litten, 103.
SWOBODA. Tératome du cou, 81.
Sycéphalien synote (Dujon), 18.
Sylvienne (Artère). Embolie (Sudeck), 1007.
Syme. Voir *Opération*.
Symélien (Monstre), (Coville, Maygrier), 282; (Pinard et Varnier), 519.
Sympathique. — cervical. Résection (Jonnesco), 882. — Section (Morat et Doyon), 767. — et troubles nerveux (Destot), 645. — (Grand) (Morat), 663. — (Section du). Troubles (Doyen), 645.
Symphyse cardiaque (Labbé), 260.
Symphyséotomie (Fieux, Binaud, Moussous), 308; (Pruvost), 398; (Chambrelent, Audebert), 693; (Varnier), 880; (Zweifel, Kutzner, Dimant), 908; (Michel), 920; (Izac), 1086.
Syndrome de Little (Le Meignen), 990, 992; (Philippe et Cestan), 1217.
Syncéphalie (Pichez), 102.
Synovites multiples (Widal et Mercier), 571. — tendineuses (Curle), 246, 247.
Syphilides — (Thibierge), 114.— Anatomie (Ehrmann), 288. — ulcéreuses (Barthélemy), 797.
Syphilis. — (Jullien, Rosolimos, Gaucher), 885; (Tarnowski et Jakowlev), 907.— Affections rénales (Welander), 224. — Balnéothérapie (Neisser), 686. — chez un tatoué (Behrend), 624. — Cœur (Rosenthal), 117. — conceptionnelle (Marlier), 317, 318. — Contagiosité tardive (Tarassévitch), 967, 968. — et paralysie générale (Carrier et Carle, Doutrebente), 787; (Régis), 788. — et tuberculose (Gibert, Anthony), 212. — héréditaire (Romniciano), 840; (Fournier), 1194. — Cartilage diaphyso-épiphysaire (Fournier et Springer), 669. — Dactylite (Gaucher et Barbe), 498. — Œil (Antonelli), 1111, 1112. — Hérédité névropathique (Orschansky), 929. — Injections de sels mercuriels (Abadie), 454. — Iodures (Colombini et Cerulli), 754. — Lésions d'apparence tuberculeuse (Fournier, Augagneur, Jacquet, Sabouraud), 498. — Produits (Winkler), 851. — Traitement (Barthélemy), 803. — Voir *Amygdale*, *Angines*, *Exostoses*, *Foie*, *Joue*, *Myélite*, *Névro-rétinite*, *Nourrice*, *Œsophage*, *Pharynx*.
Syphilome primitif (Sibut), 679, 680.
Syringo-cystadénome (Bernard), 799, 801.
Syringomyélie.— (Babès et Manicatide), 154; (Dercum et Spiller), 249; (Hitzig), 319; (Bayet), 321; (Astié), 342; (Gastou, Lesné et Dominici), 498; (Déjerine), 666; (Marinesco), 752, 753; (Marinesco, Fr. Franck), 815; (Schlesinger), 830; (Minor, Maixner, Sabrazès), 831; (Schultze, Marinesco), 906; (Brasch), 1174. — et lèpre (Jean-

selme), 740. — Main succulente (Marinesco), 688. — Thorax (P. Marie et Astié), 186.
SZMIGIELSKI. Campagne du Dahomey, 557, 558.

T

Tabac. Société contre l'abus, 348.
Tabès. — (Cache, Ingelrans, Cabrol), 990, 991; (Grasset), 803.— Dermographisme (Raichline), 1098. — dorsal (Philippe), 607; (Colella, Jacob, Dakschevitch, Obersteiner, Raichline), 832; (Philippe), 1114. — Attitudes (Frenkel et Favre), 7. — Élongation (G. de la Tourette), 1170. — et insuffisance aortique (Ruge et Huttner), 1115. — et rein mobile (Habel), 414. — et sclérose en plaques (Mendel, Kron, Bruns), 142. — et syphilis (Kalischer), 671. — Histologie (Babès et Remnitzer), 177. — Hypnotisme (Spalikowski), 663. — Régime (Grasset), 730. — Sensibilité testiculaire (Bitot et Sabrazès), 441. — Sialorrhée (Klippel et Lefas), 137. — Signes (Bechtereff), 1162.
Tache jaune. Colobome (Deyl), 887.
Tachycardie paroxystique (Herringham, Abraham, West, Taylor), 70.
TACKÉ. Gymnastique dans les maladies du cœur, 895, 896.
TAILHEFER. Thyroïdite chronique, 143. — Tumeurs de la prostate, 805. — Kyste du vagin, 949. — Cystotomie sus-pubienne, 1074.
Taille. — chez les enfants (Mayet), 56. — hypogastrique (Fabrikant), 1185. — vésicale chez l'enfant (Gross), 309.
Talalgie blennorrhagique (Jacquet), 235.
TALAMON. Appendicites, 355. — Appendicite et hystérie, 305.
TAMBRONI. Perversion sexuelle, 942.
TAMBURINI. Acromégalie, 954.
Tamponnement préventif (Lauenstein), 779.
TANNENHAIN. Kyste du troisième ventricule, 751. — Perforation syphilitique de l'œsophage, 648.
TANO. Uréthrite chronique, 272.
TARASSÉVITCH. Contagiosité syphilitique, 967, 968.
TARNIER. Monuments, 1211.— Sa nécrologie (Lereboullet), 1149.
TARNOWSKI. Syphilis, 907.
TARRADE. Tuberculose inoculée buccale, 849, 850.
Tarse. Catarrhe (Darier), 475.
Tartrates. Ferment (Grimbert et Picquet), 1098.
TASTE. Inversion utérine, 466, 467.
Tatouage (Fouquet), 544.
TATY. Fièvre typhoïde, 1078.
TAUCHON. Lombricose, 873.
TAURELLI SALINBENI. Agglutination, 682.
TAYLOR. Hydrocéphalie, 503.
TCHISTOVITCH. Rachitisme, 743.
TEALE. Calcul biliaire, 238.
TÉDENAT. Cancer du côlon, 1028.
Teignes exotiques (Courmont), 31.
TEILLAIS. Sarcomes de l'orbite, 496.
TEISSIER. Champignon du muguet, 656. — Rhumatisme goutteux, 813.
TEISSIER et GUINARD. Foie et toxines, 823. — Toxines, 159.
Télangiectasies en plaques (Brocq), 67.
Température. Action des rayons X (Lecercle), 816.
Tendons d'Achille et rotulien. Rupture (Moulonguet), 1030.
Tératome sacro-coccygien (Pont et Pollosson, Gangolphe), 310.
TERRIEN. Hystérie en Vendée, 207.
TERRIER. Hystérectomie abdominale, 1051. — Tumeur du foie, 1193.
TERRIER et AUVRAY. Foie mobile, 1137. — Traumatismes du foie, 81.
TERSON. Atrophie des nerfs optiques, 1004. — Cataracte, 473. — Enophthalmie et exophthalmie alternantes, 509, 510.
TESTEVUIDE. Fractures compliquées, 1231, 1232.
Testicules. — d'hermaphrodite (Shattock), 191. — Ectopie (Heaton), 215; (Poupart), 246, 247.— en ectopie. Cancer (Chavannaz et Michel, Lagrange, Pousson), 406. — et prostate (Casper), 1042.—Histogenèse du tube séminifère (Bouin), 1135, 1136. — Kystes (Kirmisson), 111. — Prothèse (Vitrac, Braquehaye), 142. — Tuberculose (Degrenne), 679, 681; (Duplay), 839. — Tuberculose primitive (Dimitresco), 583, 584. — Voir *Hématocèle.*
Tétanie — (Gumprecht), 779. — des enfants (Romme), 73. — hépatique (Gilbert), 111.
Tétanos. — (Babinski), 594; (Wehlin), 679. — à Madagascar (Burot, Polaillon), 111. — Antitoxine (Nocard), 688. — puerpéral (Rubeska), 1162. — Sérothérapie (Boinet), 1119. — Sérum (Nocard), 712.—Toxine (Marie), 1018.
Tête.— Développement (Bonnifay), 912. — fœtale. Mensuration (Denys), 920, 922.
Tétragènes. Voir *Broncho-pneumonie, Pleurésies.*
TEUNER. Encéphalocèle, 705.
THARREAU. Kystes de l'épididyme, 679, 680.
THAYER. Trichinose, 857. — Endocardite blennorrhagique, 903.
Thé de bouleau diurétique (Winternitz, Maurange), 562.
THÉAULON. Œdème, 558, 959.
THELLIEZ. Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, 125, 126.
Théobromine. — Accidents (Huchard, Patein, Bardet, Pouchet, Le Gendre), 1006. — Thérapeutique (Baronaky, Maurange), 683.
Thérapeutique étiologique (Behring), 617.
Thèse de doctorat, 660.
THÉSÉE. Décubitus acutus, 776, 777.
THÉVENOT. Ostéosarcome, 693.
THIBIERGE. Cicatrice chéloïdienne d'origine iodique, 67. — Erythème récidivant, 162.— Pigmentation réticulée du cou, 163. — Lèpre, 262. — Infantilisme, myxœdème et crétinisme, 306. — Syphilides, 114.
THIÉBAUT. Grossesse extra-utérine, 931.
THIRIAR. Thyroïdectomie, 47, 672.
THIROLOIX. Microbe du rhumatisme articulaire, 259. — Rhumatisme articulaire aigu, 937, 1075.
THIROLOIX et ROSENTHAL. Myélite aiguë, 426.
THOINOT et BERNARD. Rupture de l'aorte, 1005.
THOINOT et GRIFFON. Aortite dans un érysipèle, 1055.
THOIZON. Infection puerpérale, 317.
THOLLON. Sarcome actinomycosique, 534.
THOMA. Endocardite fibreuse, 359.
THOMAS. Cervelet, 911, 912. — Dyspepsie infantile, 429. — Syphilis hépatique et splénique, 429. — Fractures du palais, 583.
THOMAS et KEEN. Tumeur du cerveau, 31.
THOMASSEN. Septicémie des veaux, 1137.
THOMSEN. Paralysie générale, 952.
Thomsen (Maladie de) (Hoffmann), 7; (Hornhold, Nikonoff), 1085. — Voir *Maladie.*
THOMSON. Polype du duodénum, 144.
Thoracique (Canal). Cancer (Troisier, Letulle), 210; (Decloux et Nattan), 233.
Thorax.— Abcès froids (Peyrot), 1025.— Développement par gymnastique (Caminade), 151, 152. — Gangrène (Vunder), 851. — (Maladies du). Diagnostic radioscopique (Bouchard), 520. — Zone sonore inféro-dorsale à gauche (Galliard), 41.
THORP. Éthérisation, 776, 778.
THOUVENET. Épilepsie jacksonienne, 56, 57.
Thromboses (Cornil), 812.
THUBERT. Sous-carbonate de soude 295, 296.
Thymolate de mercure (Maurange); 731.
Thymus. Hypertrophie (König), 381; (Rabé), 1143. — Voir *Maladie de Basedow.*
Thyroïde. — (Extraits de la) (Schiff), 943.— Fonctions (Moussu), 63; (Delaunay), 481, 482. — (Glande) (Gley), 39. — dans l'ictère (Lindemann), 1137. — et glycosurie (Bettmann), 527. — Sarcome (Rabé), 665. — Voir *Échanges.*
Thyroïdectomie. — (Lejars), 160; (Thiriar), 47, 672; (Verhoef), 168; (Walther), 1076. — Hémorragies (Jacquemart), 481.
Thyroïdienne.— (Fièvre) (Bérard), 1189; (Lépine), 1197. — (Médication) (Bettmann), 779.
Thyroïdite chronique (Tailhefer), 145.
Tibia. Fracture intra-utérine (Dolérs et Scheffer, Kirmisson, Porak), 188. — Incurvation (Kirmisson, Reclus, Nélaton), 477. — Lymphosarcome (Ombredanne), 569. — Ostéo-sarcome (Verchère), 523.
Tic. — douloureux de la face (Bergonié), 816. — du colporteur (Grasset), 1087.
TISSIER. Rupture de l'utérus, 138.
TISSIER et MERCIER. Volvulus congénital, 1102.
TIXIER. Cholécystite calculeuse, 717. — Kyste de l'ovaire, 645.
TOCHEPORT. Intoxication par le sous-nitrate de bismuth, 43. — Plaie du poumon, 44. — Kyste dermoïde des ovaires, 23.
Tondante rebelle (Bordin et Mibelli, Sabouraud), 1099.
Tonsillite aiguë (Hofer), 153.
TOMASINI. Scopolamine chez les aliénés, 631.
Torticolis. — (Osten), 30; (Pont, Delore), 92; (Hildebrand, Petersen), 450; (Hendrix), 672; (Delore), 784. — spasmodique (Proton, Nové-Josserand), 21; (Pauly), 391; (Walton), 789; (Dana, Leszynsky), 790.
Toucher vésical (Heydenreich), 999.
TOULOUSE et VASCHIDE. Mélancolie, 620.
TOUPET et CAVASSE. Mort subite par oblitération de l'orifice mitral, 208.
TOURNAY. Occlusion intestinale post-partum, 384.
TOURNIER. Vomissements et anorexie hystériques, 717.
Toux. — Gaïacol (Goldhammer, Maurange), 1090. — pharyngée (Palas), 56, 57; (Jacquin), 481.
Toxines (Teissier et Guinard, Charrin), 159. — Action sur le cœur (Charrin), 305. — en dermatologie (Hallopeau), 821. — et circulation (Raczynski), 272. — et cœur (Charrin), 353. — gonococciques (Schæffer), 1209. — microbiennes (Chauveau), 184; (Teissier et Guinard), 823; (Guinard), 1126. — non microbiennes (Calmette et Deléarde), 202. — typhique (Lépine et Lyonnet), 1103; (Lyonnet, Mérieux et Carré), 1126.
Trachée. — Abcès (Closel), 246, 247. — Autoplastie (König), 447. — Corps étranger (Sevestre et Bonnus), 1055. — Perforation (Gallet, Gratia, Depage), 323.
Trachéotomie (Sevestre), 114.
Tranchées utérines (Audebert), 517.
Transfusion (Hayem), 111.
Traumatismes. Faim et soif dévorantes (Paget, Wallis, Colmann, Fowler), 192.
TRAUTENROTH. Lithiase biliaire, 1234.
Tremblement héréditaire (Achard et Soupault), 373.
TREUDELENBURG. Rectum rétréci, 424.
TRENEL et ANTHEAUME. Gliome du cervelet, 922.
Trépanation préventive (Chupin), 18. — Réimplantation de tissu osseux (David), 58.
TRIBOULET. Infection pyocyanique, 1004.— Rhumatisme chronique, 1075.
TRIBOULET, COYON et ZADOC. — Microbe du rhumatisme, 1125.
Tribromophénolate de bismuth (Maurange), 256.
Triceps fémoral. Rupture (Vandersmissen), 321.
Trichiasis et distichiasis (Ménachem), 1160.
Trichinose (Thayer), 857.
Trichocéphalus dispar (Sabrazès et Cabannes), 547.
Tricophytie cutanée (Du Castel), 66.
Tricuspide. Insuffisance (Chauffard), 477.
Trijumeau. — Névralgie (Laguaitte), 43; (Klippel et Lefas), 185. — Paralysie (Maréchal), 956.
Trional (Rolleston), 288.
TROISIER. Cancer du canal thoracique, 210. — Fièvre typhoïde, 1218. — Hydro-pneumothorax chez un tuberculeux, 572.
TROITZKY. Posologie infantile, 849.
Trompe. Sarcome (Jacobs), 1008.
TROUSSEAU. Ophtalmie sympathique, 472.
TRUTIÉ DE VAUCRESSON. Adhérences herniaires, 729.
TRUZZI. Blennorrhagie, 885.
TSCHMARKE. Brûlures, 44.
Tubage. — et trachéotomie (Sevestre), 114. — Importance du mandrin (Bayeux), 193. — Voir *Croup, Larynx.*
TUBBY et JONES. Gibbosité pottique, 1126.
Tubercule sous-cutané douloureux (Guillaume), 799, 800.
Tuberculides (Hallopeau et Bureau), 162; (Hallopeau et Laffite), 670. — acnéiformes (Hallopeau et Bureau, Barthélemy, Leredde, Brocq, Thibierge), 66. — Tuberculine (Koch), 326.
Tuberculine. — (Accidents Carrière), 320. — ancienne (Kasparek), 993. — de Koch (Maragliano), 641. — Empoisonnement (Maragliano), 305. — (Nouvelle) (Maragliano), 570; (Letulle), 1077.
Tuberculose.— animale (Dubard), 1170. — bovine (Nocard, Morot, Vaughan), 856. — canine (Pechère, Gratia, Crocq), 504. — chez les variolisés (Chauvain), 1141. — chirurgicale (Janson), 656; (Lo Re), 755; (Lannelongue), 806. — chirurgicale. Résine d'euphorbe (Pénières), 1053. — Coagulation intra-vasculaire (Brun), 413, 414. — congénitale (Oustinoff), 910. — Cultures (Sabrazès), 1216. — du pigeon (Auclair), 656. — et fièvre typhoïde associées. Séro-diagnostic (Guinon et Meunier, Rendu, Widal, Barié, Chantemesse), 332. — et grossesse (Lefour), 22. — Forme saprophytique (Bataillon et Terre), 664. — Hérédité (Riche), 353. — Immunité des gallinacés (Lannelongue et Achard), 520.— Immunités (Dubousquet, Laborderie), 792. — latente (Kelsch), 1215. — miliaire (Wild), 1162. — morte en injections (Auché et Hobbs), 1053. — par ingestion (Straus), 31. — Préservatif, 1188. — strepto-bacillaire (Courmont), 1098; (Courmont et Tixier), 1174. — surrénale (Carpentier), 935. — Trai-

tement (Schweinitz, Mac Farland, Rochester, Flick), 765; (Ziemssen, v. Leyden), 854; (Senator, Drozda, Crocq, Kernig, Dehio, Jawein, Gerhardt, Stchépotiev, Michaelis, Kimla), 855. — Zona prémonitoire (Rouher), 317, 318. — Voir *Aisselle, Arthrite, Bacille, Bouche, Cæcum, Conjonctive, Cou, Cubital, Endocarde, Enfants, Foie, Ganglions, Genou, Hanche, Hydropneumothorax, Joue, Lymphatiques. Méningite, Moelle, Orbite, Ostéophytes, Ovaro-salpingite, Paralysie, Paupières, Peau, Poignet, Polyarthrite, Poumon, Protubérance, Pseudosyphilide, Rein, Salpingo-péritonite, Syphilis.*
TUFFIER. Chirurgie du poumon, 137, 841. — du rein, 1129. — Gastro-entérostomie, 1054. — Gastro-entérostomie pour rétrécissement du pylore, 1165. — Goître exophtalmique, 229. — Ligatures vasculaires, 1024. — Néoplasmes du foie, 85. — Tuberculose rénale, 64. — Ulcère de l'estomac, 1193. — Chirurgie de l'estomac, 1237. — Angiothripsie, 1237.
TUFFIER et DUJARIER. Ulcère rond, 351.
TUFFIER et MARCHAIS. Rétrécissements du pylore, 513.
Tumeurs. — blanches (Péchin), 246, 247; (Rabuson), 439, 440. — infectieuse du chien (Smith), 360. — pigmentaires sous-péritonéales (Apert), 957. — vermineuses (Frœlich), 1137.
TUROT. Antisepsie de la conjonctive, 79.
Typhique (Toxine) (Chantemesse), 88.
Typhlite actinomycosique (Hinglais), 535. — par intoxication alcoolique (Péron), 1124.
Typhoïde (Fièvre) (Hauser), 123; (Goodall, Philips, Benham), 192; (Jacquemin), 511; (Franguela), 838. — à forme mélancolique (Taty, Lannois), 1078. — à Toulouse (Larrouy), 223. — Bacille (Dvonyéglasoff), 200; (Remlinger et Schneider), 202. — Bactériologie (Besson), 899. — Contagion (Guinon, Bourcy), 1194; (Troisier, Netter, Rendu, Galliard, Richardière, Lemoine, Œttinger), 1218. — Courbe thermique (Kildiouchevsky), 200. — de l'enfant (Couture), 317, 318. — Desquamation (Lemase), 295, 296. — Hémorrhagie intestinale (Hervé, Mongour, De Boucaud), 1220. — Huîtres (Chatin), 256. — Ictère (Hawkins), 118. — Infections biliaires (Dauriac), 607. — Manifestations nerveuses (Abercrombie, Herringham, H. Hall, Moore, Wells), 166. — Noma (Weil), 284. — Perforations. laparotomie (Brunton et Bowlby), 118; (Herringham et Bowlby, N. Moore, Goodall, Phillips), 119. — Péritonites (Monod et Vanverts), 513. — Pouvoir agglutinatif (Widal et Sicard, Charrin), 208. — transmis au fœtus (Landouzy et Griffon, Charrin), 1076. — Réaction agglutinante (Rouget, Achard, Mathieu, Debove, Widal), 453. — Séro-pronostic (Courmont), 1136. — Rechutes (Osler), 765. — Séro-diagnostic (Dumas), 6; (Courmont), 21; (Thelliez), 125, 126; (Dimoux-Dime), 344; (Combâ), 610; (Gasser, Widal), 622; (Welch, Cabot, Bloch, Gerhardt, Musser, Richardson, Davis), 764; (Mills), 838; (Widal), 894; (Kolli, Alexeïeff et Kissel), 910; (Pechère), 1161; (Brasseur, Pechère, Laruelle, Keiffer), 1224. — Sérodiagnostic rétrospectif (Achard), 355. — Séro-réaction du placenta et de l'enfant (Mossé et Daunic), 236. — Sérum agglutinant (Courmont), 714. — Substance agglutinante et immunisante (Widal et Nobécourt), 738. — Tension artérielle (Alezais et François), 823. — Thromboses (Gastling), 45. — Traitements (Maurange), 250; (West, Upshur), 765. — Urine (Bormans), 631. — Uro-diagnostic (Mercier) 703, 704. — Voir *Bacille, Grossesse, Sérodiagnostic.*
Typhus récurrent (Néfédieff, Mikhaïloff), 743.
TZABEL. Albuminurie, 200, 201.

U

UGHETTI. Urémie fébrile, 835. — Fièvre, 835.
UHLMANN. Laparotomies, 1185.
Ulcération blennorrhagique (Jullien), 811.
Ulcères. — phagédénique (Blaise), 961. — phéniqués (Du Castel, Leredde, Sabouraud, Darier, Brocq, Besnier), 575. — phlébitiques (Gastou, Darier), 162. — variqueux (Vaissier, Maurange), 1163. — variqueux. Oxyde de mercure (Schalenkamp), 250. — Voir *Estomac.*
ULLMANN. Tuberculoses cutanées, 480.
UNGAUER. Sérothérapie, 317, 318.
UNNA. Lèpre, 311.
UNVERRICHT. Epilepsie, 615.
Uranoplastie (Le Dentu), 232.
Urano-staphylorraphie. Fistules (Ehrman), 519.
Urates. Dépôts sous la plante des pieds (Kittel), 609.
Urée comme diurétique (Bettmann), 83.
Urémie. — (Le Gendre), 573; (Donelli), 730; (Huchard), 644. — fébrile (Ughetti), 835. — Oligurie (Barré), 1053. — Saignée (Laache, Pick, Pisek), 835. — Voir *Dyspnée.*
Uretère. Calculs (Doyon), 544; (Loyd), 1168. — Implantation dans la vessie (Kayser), 1234.
Uretères. — Cathétérisme (Rosc), 391; (Albarran, Gersuny, Kader), 859; (Albarran), 1071. — Compression (Guyot), 289. — Fistules (Amann), 615. — Ligature (Bradfort), 1198. — Occlusion calculeuse (Israël), 225.
Uretéro-pyélo-néostomie (C. Monod), 303.
Uretérectomie totale (Hartmann), 1026.
Uretérocystonéostomie immédiate (Schwartz), 1095.
Urèthre. — Abcès péri-uréthraux blennorrhagiques (Stangille), 755. — Anatomie (Hogge, Albarran), 1122. — Calcul (Kutner), 632. — Cancer (Binaud et Chavannaz), 1073. — Corps étrangers (Goldberg), 705. — féminin. Chirurgie (Legueu), 1122. — féminin. Suppurations (Hartmann et Reymond, Verchère), 1065. — Insensibilisation (Scharff), 250. — Oblitération (Berger), 186. — périnéal supplémentaire (Moty), 210. — Polypes (Janet), 1121. — Prolapsus de la muqueuse (Savanewsky), 910. — Rétrécissement (Bazy, Routier), 65; (Bernay, Gangolphe, Poncet), 116; (Jusseaume), 799, 800. — Rétrécissement après fractures du bassin (Smedovsky), 896, 897, 1113. — Rétrécissement membraneux (Ravanier), 965. — Rétrécissement, taille (Fabrikant), 1185. — Ruptures (Lennander), 970. — Sarcome (Mariachess), 1097.
Uréthrites. — à colibacilles (Josipovice), 250. — antérieure (D'Huenens), 240. — chronique (Martinais), 270, 271; (Tano), 272. — non gonococciques (Eraud), 1095; (Noguès, Janet, Hogge, Genouville, Guiard), 1096. — par bicyclette (Berg), 225.
Urinaires. — (Calculs) (Severeano, Milton), 807; (Ebstein), 837. — (Tuberculose) (Lavaux), 1002.
Urine. Acides sulfoconjugués (Caillet), 86. — Acidité (Berlioz, Lépinois et Michel), 858; (Joulie), 1215. — Analyse optique (Landolph), 768. — Asepsol réactif (Barral), 857. — Bacilles typhiques (Smith, Dickinson), 166. — des nègres. Parasites (Strube), 695. — des nouveau-nés, Toxicité (Macrycostas), 941, 942. — Rétention (Lugeol, Mandillon, Loumeau), 357. — Toxicité chez les nourrissons (Riche), 593. — Voir *Éthers, Incontinence, Rétention.*
Urobilinurie. — (Hayem), 110. — après trional (Rolleston), 288.
Uro-diagnostic. Voir *Typhoïde.*
Urologie du nouveau-né (Charrin), 792.
Urticaire. — (Roux), 86. — à répétition (Balzer et Griffon), 669.
Utérus. Affections, bactériologie, (Du Bouchet), 342, 343. — Affections chroniques à Salins-Moutiers (Laissus), 1112, 1113. — Anté- et latéro-versions (Granval), 849. — Antéflexion (Lévy), 849, 850. — après ablation des annexes (Sassier), 776, 777. — bicorne (Routier), 523. — Cancer (Winter et Schmitt), 779. — Cancer du col (Bégouin, Boursier, Binaud), 164. — Cancer, névralgies (Faure), 1158. — Carcinome Jacobs), 504; (Kustner, Mackenrodt), 614. — cloisonné. Hématomètre (L. Lackie), 119. — Circulation (Keiffer), 931. — Déchirures. Voir *Accouchement.* — double (Pruvost, Patay), 397. — Épithélioma (Vitrac, Binaud, Demons), 213; (Vitrac), 308, 309. — Épithéliome du col (Vitrac), 309. — Évidement (Canet), 896. — Fibres musculaires (Fieux), 549. — Fibrome, grossesse (Mouchet) 1304; — Fibrome (Villar), 22; (Vitrac, Boursier, Négrié), 309; (Rouffart, Jacobs, Depage), 383; (Begouin), 407; (Gannat), 481, 482; (Van Engelen, Cittadini), 503; (Vautrin, Gross), 549; (Demantké), 776; (Planque), 776, 777. — Hystérectomie (Diriart), 367, 368. — Fibrome, torsion du pédicule (Macé), 481, 482. — Fibromyome (Monod), 407; (Clarck), 881. — gravide. Rétroflexion, ptyalisme (Audebert), 693. — Injections, péritonisme (Dufour), 959. — Inversion (Henrotay, Laurent), 94; (Taste), 466, 467. — Kyste du col (Fieux, Binaud, Chavannaz), 525. — Myomes (Léopold), 297; (Lauwers, Jacobs, Cittadini), 932. — Prolapsus (Chavannaz, Chaleix, Binaud), 716; (Reynier), 1094. — Rétrodéviations mobiles (Simoes), 342, 343. — Rétroflexion gravide (Crickx), 120. — Rétroversion et rétroflexion (Schultze), 580; (Olshausen), 581; (Winter, Dührssen, Werth, Wertheim, Veit, Fehling, Küstner, Löhlein, Martin, Léopold, Fritsch), 582; (Chrobak, Pfannenstiel), 583. — Rupture (Tissier, Porak), 138, — Traitement mécanique intra-utérin (Simons, Landau, Czempin, Gottschalk), 191. — Tranchées (Audebert), 517. — Tuberculose (Carnot), 259; (Neiéloff, Rein), 911. — Tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement (Keiffer), 398; (Guéniot, Grynfelt, Maygrier, Budin, Charpentier, Boissard); 399; (Guéniot), 400. — Tympanisme (Lindenthal), 1223. — Vagino-fixation (Dönhoff), 993. — Voir *Hystérectomie.*
Uvéal (Tractus). Affections (Vignes), 812.
Uvée. Sarcome du tractus (Baudouin), 481.

V

Vaccin. — (Sacquépée), 389. — Immunité (Brot), 941, 942.
Vaccination. — antirabique (Brouardel), 592; (Gros, Rendu), 618. — et nutrition (Desquez), 665,
Vaccine. — Bactériologie (Solovtzeff), 934. — Chaleur (Lemoine), 304. — chez les vieillards (Lannois), 262. — et variole. Infection (Salmon), 111. — et variole. Parasites (Salmon), 942. — et variole. Sang (Reed), 1161. — généralisée (Rinny), 509, 510. — Immunité (Roger), 640. — obligatoire (Hervieux), 303.
VACHER. Eau oxygénée, 496. — Laryngites, 480. — Myopie, 280.
VADON. Dacryocystites, 1112, 1113.
Vagin. — Corps étrangers (Monod), 1188. — Développement (Keiffer), 95. — Épithélioma (Frachini), 599. — Hématocèle (Lemichez), 849. — Imperforation (Legueu), 351. — Inoculation carcinomateuse (Niebergall), 297. — Kyste (Tailhefer), 949. — Restauration (Péan), 233. — Saprophytes (Gœnner), 779. — Voie opératoire (Döderlein, Martin, Chrobak, Olshausen, Wertheim), 614. — Voir *Cœliotomie, Fistules.*
Vagino-périnéal (Canal). Hernies (Michelet), 729.
VAGNIOT. Croup fruste, 367, 368.
Vaisseaux. Ligatures (Tuffier, Hartmann), 1024. — Phénomènes nerveux (Vaquez), 595. — Plaies (Neumann), 933.
VAISSIER (G.). Ulcère variqueux, 1163.
VALENZA. Commissure grise postérieure, 713; 956.
VALLAS. Amputation de la langue, 479. — Ablation de l'astragale, 479. — Amputation du membre supérieur, 42. — Ostéotomie de l'os hyoïde, 597. — Pharyngotomie, 334.
VALLIN. Cirrhose des buveurs, 981.
VALLON. Homicide par un aliéné, 376.
VALLON et MARIE. Délire mélancolique, 834.
VALUDE. Conjonctivite à streptocoques, 474. — Hématurie orbitaire, 158. — Tubercule de la conjonctive, 767.
VALUDE et LAUR. Chancre de la conjonctive, 257.
Valvules. Voir *Cœur.*
VANDERSMISSEN. Rupture du triceps fémoral, 321.
VAN DER VELDE. Immunisation des lapins, 24. — Sérum antistreptococcique, 1066.
VAN DUYSE et RUTTEN. Anomalie du canal lacrymal, 48.
VAN ENGELEN. Abcès sous-diaphragmatique, 240. — Fibrome utérin, 503. — Fibromyome abdominal, 71. — Cure radicale de hernie, 72. — Hernies, 120. — Luxations rares, 1199. — Péritonite aiguë, 720. — Pneumothorax, 344. — Contusion de l'épaule, 344.
VAN ERMENGHEM. Botulisme, 159.
VAN THOFF. Hémoglobinurie, 1042.
VANVERTS. Fracture du col, 351. — Hydatides de l'os iliaque, 136. — Rupture du foie, 259.
VAPTZAROFF. Abcès de la cloison, 1017.
VAQUEZ. Apoplexies myocardiques, 1030. — Phénomènes vasculaires, 595.
VAQUEZ et NOBÉCOURT. Éclampsie puerpérale, 113.
Varicelle. — (Lenhartz, Rumpel, Unna), 359. — gangréneuse (Beaudoin), 1207, 1208.
Varicocèle. — (Rostaing), 875. — douloureux (Diavandro, Verhoogen, Lavisé), 168. — et hypocondrie (Saussol), 799, 800. — et tumeurs du rein (Legueu), 1072.
Variole. — (Coste), 202; (Drouet), 389; (Péronnet), 654, 655; (Blivet), 935. — à Marseille (Lop), 467. — fruste (Glaive), 941, 942. — hémorragique (Gouin), 101.
VARIOT. Corps étranger de l'œsophage,

1125. — Diphthérie à l'hôpital Trousseau, 643. — Rachitisme, 1144.
VARNIER. Engagement, 908. — L'affaire Laporte, 1033. — Symphyséotomie, 880.
VASLIN. Ostéo-sarcome, 1048. — Tuberculose du poignet, 1050.
Vaso-dilatateurs (Nerfs) (Morat), 521.
Vaso-motrice (Excitation). (Friedländer), 903.
VASSAL. Rhinites spasmodiques, 824, 825.
VASTEN. Opération césarienne, 744.
VAUTHEY. Gaz de l'estomac, 511.
VAUTRIN. Fibrome utérin, 549. — Hydatides du foie, 141. — Tuberculose cæcale, 380. — Tumeurs du gros intestin, 1028.
VEASEY. Hémianopsie binasale, 468.
VEILLON. Catarrhe suffocant, 1015, 1016.
VEILLON et ZUBER. Pus gangréneux, 233.
VEINSCHTEIN. Métrite puerpérale, 743.
Venins. — antagonistes (Phisalix), 1171. — des serpents (Phisalix), 18. — de vipère (Phisalix), 902; (Phisalix, Charrin), 1192.
VENNEMAN. Ophthalmie du Congo, 48.
VÉNOT et LAFARELLE. Genou d'un hémimélien, 264.
Ventricule (3e). Kyste (Tannenhain), 754.
VERCHÈRE. Rétrécissement du rectum, 235.
VERDELET et LAFARELLE. Corps étranger de la vessie, 1147.
Verge. Épithélioma (Bégouin, Vitrac), 23. — Syphilome (Glantenay), 1122. — Voir *Pénis*.
VERGER. Sérothérapie, 23.
VERHOEF. Thyroïdectomie pour maladie de Basedow, 168.
VERHOOGEN et DEPAGE. Abcès pleuro-diaphragmatique, 672.
VERMEL. Ictère des nouveau-nés, 840.
Verneuil. Éloge (Reclus), 107.
VERNEUIL. Formol, 383.
Verres de couleur (Pergent), 48. — isométropes (Druault et Tscherning), 767.
VERRIER. Influence de l'accouchement sur les enfants, 952.
Vers. — Voir *Tumeurs*.
Vertébral (Canal) des nouveau-nés. Hémorragies (Schaeffer), 483.
Vertébrale (Colonne). — Voir *Rachis*.
Vertèbre. — cervicale (3e). Balle (Doyen), 981. — cervicale (5e). Fracture (Hudson), 923. — dorsale (Aiguille dans une) (Rose), 70.
Vertige. — auriculaire (Ebstein), 272. — des artérioscléreux (Gourçon), 199.
VERVAECK. Hydronéphrose, 768.
VESELY (A.). Bacille de la tuberculose, 1061, 1063.
Vessie. — Absorption (Geroth), 860; (Morro et Gaebelein), 969. — Vessie. Atonie (Laruelle), 1200. — Calcul (Mankiewicz), 827. — Calcul chez un enfant (Frœlich), 213. — Calcul enchâtonné (Nicolich), 1097. — Calculs récidives (Pousson, Chevalier, Albarran, Malherbe, Tédenat, Nicolich, Guiard, Loumeau, Carlier), 1065. — Carcinome (Rotter), 381. — Collection rétro-vésicale (Hartmann et Reymond, Reblaud), 1097. — Corps étrangers (Picqué), 1222; (Verdelet et Lafarelle), 1147. — des enfants. Taille (Mayet), 56, 57. — Exstrophie (Ewald), 167; (Harrison), 407; (Koch), 993; (Duret, Pousson), 1073; — Hernies (Ssalistcher), 415; (Crickx), 1199. — Immigration de fils (Kalischer), 730. — Infection (Posner, Küttner), 448. — Kyste calculeux (Freyer), 1103; (Barker. Morgan), 1104. — Lésions produites par une aiguille de matelassier (Pinard, Albarran et Varnier), 1150. — Occlusion (Rehfisch), 1185. — Papillome (Dufour), 120. — Paralysie paludique (Marion), 295. — Physiologie (Schlesinger), 1128. — Plaies. Voir *Kélotomie*. — Rupture (Bond et Tubby), 202; (Cuff), 249. — Tumeur (Nitze), 81; (Kanamori), 225; (Malherbe), Desnos), 1121; (Pousson, Nicolich), 1122. — Voir *Fistules*.
VIAN. Ophthalmie purulente, 496.
Viandes avariées. Intoxication (Pouchet, 159.
VIANNEY. Actinomycose appendiculo-cæcale, 548.
VIARDOT. Albuminurie cyclique, 873.
VICTOROFF. Organothérapie dans le tabès, etc., 810.
VIDAL. Anesthésie chloroformique, 388. 389.
Vie. Continuité (Virchow), 806.
Vieillard. Opérations (Rémy), 1024.
Vieillesse. Etat mental (Scheffler), 344.
VIERORDT. Iodures, 617.
VIGNAL. Psoriasis vaccinal, 389, 390.
VIGNARD. Gangrène sèche, 284. — Goitre exophtalmique, 230. — Rein tuberculeux, 479.
VIGNES. Affections du tractus uvéal, 812. — Asthénopie musculaire, 812.
VIGOUR. Injections de sérum, 246, 247.
VILLAR. Appendicite, 357, 358. — Fibrome utérin, 22. — Hernies inguinales, 1026. — Kyste de l'ovaire, 68.
VILLARD. Phlébite des sinus, 283. — Rétrécissement de l'œsophage, 21, 785.
VILLARD et RIVIÈRE. Septico-pyohémie, 1025.
VINAY. Appendicite et grossesse, 1197. — Périphlébite éléphantiasique, 742. — Pneumococcie, 379. — Sérothérapie antistreptococcique, 358. — Thrombus de la vulve, 548.
VINCENT. Pourriture d'hôpital, 411. — Procédé de Calot, 623.
VIOLI. Coqueluche, 904.
VIOLLET. Abcès du cervelet, 522,
VIRCHOW. Continuité de la vie, 806.
Virilisme (Keiffer) 95.
Viscères. Inversion (Capitan et Croisier), 738.
VITALIEN. Péritonite cancéreuse, 799.
VITRAC. Contusion de l'abdomen, 406. — Epithélioma de l'utérus, 308, 309. — Fibrome de l'utérus, 308, 309. — Hypertrophie de la prostate, 212. — Épithélioma utérin, 213. — Luxations du pouce, 44, 1099. — Prothèse testiculaire, 142.
VITRAC et LAUBIE. Ulcération syphilitique de la joue, 646.
VIZIOLI. Affections parasyphilitiques, 812.
Voile du palais. Tumeur (Mauclaire et Durrieux), 664; (Pitance), 967, 968.
VOINOT. Moelle dans les maladies infectieuses, 1135.
VOISIN. Épilepsie jacksonienne, 792. — Méningite enkystée, 762.
VOISIN et HAUSER. Bleu de méthylène, 493.
VOITURIEZ. Erythème ortié, 876.
Voix. — eunuchoïde (Kraus), 1170. — Maladies (Castex), 930.
VOLKOVITCH. Gangrène du poumon, 744.
VOLTSCHINI, Laparotomie, 905.
Volvulus congénital (Tissier et Mercier), 1102.
Vomissements. — (Guinard), 811. — de la grossesse (Briend), 55, 56. — hystériques (Tournier), 717. — incoercibles (Dorff), 95. — incoercibles. Curettage (Daclin) 466, 467. — Rupture de l'œsophage (West et Andrews), 360.
VORON. Rétrécissement du pylore, 1174.
VOUZELLE. Abcès cérébral, 352.
VUILLERMOZ. Colonies scolaires de vacances, 935, 936.
VULPIAN. (L.-A.). Mélanodermies, 49.
VUNDER. Gangrène du thorax, 851.
Vulve. — Atrésie (Stouffs), 931. — Hématomes (Löhlein), 415. — Kraurosis (Pichevin et Petit), 188. — Leucokératose (De Puiffe de Magondeau), 583, 584. — Thrombus (Vinay), 548.
Vulvo-vaginale (Glande). Abcès (Dujon), 174, 175.
Vulvo-vaginite. — blennorrhagique (Marfan), 241. — des petites filles (Marfan), 313; (Keiffer), 95.

W

WAGON. Érysipèle et gaïacol, 484.
WAITZ. Spléno-pneumonie, 1015, 1017.
WALLACE (C. S.). Fracture de l'axis, 71.
WALLET. Nécrose syphilitique du crâne, 679, 680.
WALLICH. Infection puerpérale, 808.
WALTHER. Thyroïdectomie, 1076.
WALTON. Torticolis, 789.
WARDE. Œdème hystérique, 911.
WARREN. Ferment du lait, 1162. — Ferment des glandes salivaires, 1162.
WASHBOURN et A. LANE. Chirurgie du cerveau, 336.
WASSERMANN. Gonocoques, 718.
WATU. Diarrhée infantile, 10.
WEBER. Lithiase rénale, 657. — Rétrécissement de l'aorte, 1198.
WEBER et BLIND. Myocardites, 7.
WEBER et DEGUY. Région mitro-aortique, 682.
WECKER (DE). Ablation de la glande lacrymale palpébrale, 692. — Amblyopies toxiques, 472.
WEHLIN. Tétanos, 679.
Weil (Maladie de). — Voir *Maladie*.
WEIL. Noma dans la fièvre typhoïde, 284. — Plaie de l'abdomen, 561. — Sérum antidiphthérique, 1186.
WEIL (P.-E.). Cancer de la langue, 570.
WEIL et MASCAREL. Anévrysmes de l'aorte, 1219.
WEILL. Coqueluche, 358.
WEILLER. Hémorragies de la délivrance, 1086, 1087.
WEINBERG et TURQUET. Cancer surrénal, 1074.
WEINLECHNER. Fractures du crâne, 1199. — Méningocèles, 1175.
WEISS. Caractéristique d'excitation, 1215. — Gastro-entérostomie, 309. — Maladie de Weil, 167. — Sérum de Marmorek dans la septicémie, 141.
WEISS (T.). Trépanation du crâne, 335.
WELANDER. Affections rénales dans la syphilis, 224.
WELCH. Fièvre typhoïde, 764.
WENDLING. Rôle des capsules surrénales, 629.
WERNER. Gonorrhée, 225.
WEST. Fièvre typhoïde, 763. — Pyopneumothorax, 1149.
WEST (S.). Actinomycose, 360.
WEST et ANDREWS. Rupture de l'œsophage dans le vomissement, 360.
WETHERED. Hypertrophie du poumon, 191.
Wharton. — Voir *Canal*.
WHEELER. Amputation de la langue, 167.
WEITE et LANGTON. Rétrécissement du pylore, 1032.
WICOT. Angine d'un nourrisson, 931. — Phlegmon cervical profond, 240.
WIDAL. Agglutination, 887. — Réaction agglutinante, 1143. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 894.
WIDAL et MARINESCO. Paralysie bulbaire, 355.
WIDAL et MERCIER. Synovites multiples, 571.
WIDAL et MESLAY. Ulcère rongeant dans la pyohémie, 253.
WIDAL et NOBÉCOURT. Fièvre typhoïde, 738. — Pleurésie putride, 1173.
WIDAL et SICARD. Pouvoir agglutinatif chez les typhiques, 208.
WILBAUT. Rétrécissement mitral, 208.
WILCOX. Insomnie, 979.
WILD. Sang chez les femmes enceintes, 513. — Tuberculoes miliaire, 1162.
WILLE. Diabète, 502.
WILLIAMS. Plaie du cœur, 585.
WILLEMIN. Végétations du pharynx nasal, 481, 482.
WINCKEL (V.). Péritonite d'origine génitale, 881.
WINKLER. Épilepsie, 950. — Produits de la syphilis, 851.
WINTER. Diabète sucré, 629. — Point de congélation de l'eau, 18.
WINTER et SCHMITT. Cancer de l'utérus, 779.
WINTERBERG. Ammoniaque du sang, 970. — Sang, 288.
WINTERNITZ. Hydrothérapie, 1080.
WOELFLER. Laparotomie pour plaie, 239.
WOHLGEMUTH. Staphylococcie, 1197.
WOLF. Méningite circonscrite, 391.
WOLFF. Coxite, 390. — Stérilisation des sondes, 755. — Strumectomie, 381.
WOOD et CARTER. Anesthésie, 468.
WORCESTER. Épilepsie, 683.
WRIGHT (J.-H). Histologie de la morve, 202.
WYBAUW. Capsules surrénales dans les infections, 1161.
WYSSOKOWITZ et ZABOLOTNY. Peste, 1018. — Peste de Bombay, 678.

X

Xérodermie pigmentaire (Kaposi), 1080.

Y

YVON. Élimination du soufre et de la magnésie, 1172.

Z

ZEHNDER. Coxa vara, 632.
ZENNER. Tumeur cérébrale, 790.
ZIEMSSEN. Traitement de la tuberculose, 854.
ZINN. Obésité, 827.
Zona. — céphalique, Achard et Castaigne), 1177. — double bucco-pharyngien (Lermoyez et Barozzi), 160. — et pneumonie (Clément), 967, 968. — et syphilis (Jullien), 811. — ophtalmique (Duméry), 558, 559. — Salicylate de méthyle (Chambard-Hénon, Lannois, Dor), 548; (Chambard-Hénon, Maurange), 1090. — Voir *Tuberculose*.
ZWEIFEL. Symphyséotomie, 908.

PARIS. — TYP. CHAMEROT ET RENOUARD, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 35692.